



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**TAM BAĞIMLI ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ HASTALARA
BAKIM VERENLERİN BAKIM SÜREÇLERİ İLE İLGİLİ
YAŞADIKLARI DENEYİMLER: NİTEL ÇALIŞMA**

Dr. ELİF GİZEM OCAK

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**TAM BAĞIMLI ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ HASTALARA
BAKIM VERENLERİN BAKIM SÜREÇLERİ İLE İLGİLİ
YAŞADIKLARI DENEYİMLER: NİTEL ÇALIŞMA**

Dr. ELİF GİZEM OCAK

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Elif Gizem OCAK

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Tam Bağımlı Şizofreni Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Süreçleri İle İlgili Yaşadıkları Deneyimler: Nitel Çalışma

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2025 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2025

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11/12/2024 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır.

.../.../2025

Elif Gizem OCAK

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlama süresince, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve çalışmama yön veren değerli Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum kıymetli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın ve Dr. Öğr. Üyesi Erkut Etçioğlu'na,

Tez sürecim boyunca nezaket ve sabırla beni destekleyen kıymetli hocam Prof. Dr. Esra YAZICI' ya,

Her zaman her anımda yanımda olan, desteğini eksik etmeyen yol arkadaşım sevgili eşim Dr. Melih OCAK'a,

Hayatıma renk katan, her zaman mutlu ve huzurlu hissetmemi sağlayan kızlarım Melis OCAK ve Elif Ada OCAK'a,

Görüşmeleriyle çalışmama katkı sağlayan tüm katılımcılara,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Elif Gizem OCAK

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi	3
2.2. Şizofreni Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.3. Şizofreni Etiyoloji	7
2.3.1. Genetik	8
2.3.2. Çevresel ve sosyal etkenler	8
2.3.3. Perinatal süreç ve komplikasyonları	9
2.3.4. Enfeksiyon.....	10
2.4. Şizofreni Tanısı	11
2.5. Şizofreni Patofizyolojisi	12
2.5.1. Biyokimyasal kuram	12
2.5.2. Beyinde yapısal ve işlevsel bozukluklar	14
2.5.3. Stres-diatez modeli.....	14
2.6. Şizofreni Türleri	15
2.7. Şizofreni Kliniği.....	15

2.8. Şizofreni Tedavisi	17
2.9. Bakım Veren Olmak.....	18
2.10.Şizofreni Tanılı Hastaya Bakım	20
2.11.Tam Bağımlı Hasta.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	22
3.5. Verilerin Analizi.....	23
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	24
4. BULGULAR	25
4.1. Tanı Anı ve İlk Tepkiler.....	30
4.1.1. Şok ve inkâr.....	31
4.1.2. Üzüntü ve kaygı	31
4.1.3. Suçluluk ve geçmişe dönük sorgulama	32
4.1.4. İnanç ve kabullenme süreci	32
4.2. Bakım Sorumluluğu ve Günlük Rutinler	33
4.2.1. Fiziksel bakım faaliyetleri.....	33
4.2.2. Ruhsal ve duygusal destek	34
4.2.3. Bakımda karşılaşılan zorluklar.....	34
4.3. Bakımın Bakıcı Üzerindeki Etkileri	36
4.3.1. Kendi yaşamından ödün verme	36
4.3.2. Psikolojik tükenmişlik.....	36
4.3.3. Fiziksel sağlık problemleri	37

4.3.4. Kişisel zamanın kalmaması.....	37
4.3.5. Bakım sürecinde yalnızlaşma.....	37
4.4. Toplum ve Sosyal Çevre ile İlişkiler.....	38
4.4.1. Damgalanma ve ayrımcılık deneyimi	38
4.4.2. Anlayışlı çevre örnekleri	38
4.4.3. Bilinçsiz toplum ve eğitim eksikliği.....	39
4.4.4. Hastalığı gizleme eğilimi	39
4.5. Sistem ve Kurumsal Destek Algısı.....	39
4.5.1. Devlet desteklerinin yetersizliği.....	39
4.5.2. TRSM memnuniyeti.....	40
4.5.3. Sağlık hizmetlerinde devamlılık sorunu.....	40
4.5.4. Sosyal hizmet ve bakım kurumu talepleri	40
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	42
6. KAYNAKLAR.....	48
7. EKLER.....	56
7.1. Ek 1: Etik kurul kararı	56
7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu	57
7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)	58
7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)	59
7.3. Ek 3: Anket Formu.....	60
ÖZGEÇMİŞ	61

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

BOS: Beyin Omirilik Sıvısı

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektrokonvulsif Tedavi

GABA: Gamma-Aminobutyric Acid

HPA: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Aksı

HSV: Herpes Simpleks Virüs

ICD: Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması ve İlgili Sağlık Sorunları

LSD: Lizerjik Asit Dietilamid

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NMDA: N-Metil-D-Aspartat

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

WONCA: Dünya Aile Hekimliği Organizasyonu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Bakım verilen kişinin akrabalık derecesi.....	27
Şekil 4.2. Bakım verme sıklığı ve bakım verme yılının bakım veren sayısı ile karşılaştırmalı grafiği.....	28
Şekil 4.3. Bakım veren hane gelir miktarı.....	28
Şekil 4.4. Bakım veren gelir durumu algısı ve bakım veren gelir miktarının karşılaştırmalı grafiği.....	29
Şekil 4.5. Katılımcıların bakım verme sürecindeki deneyimleri hakkındaki görüşlerinin kelime bulutu (www.edwordle.net, Erişim tarihi: 02 Mayıs 2025).....	33

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri.....	25
Tablo 4.1. (devam) Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri.....	26
Tablo 4.2. Tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım verenlerin bakım süreçleri ile ilgili yaşadıkları deneyimler için belirlenen tema ve alt temalar.....	30



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Tam bağımlı şizofreni tanısı almış hasta, şizofreni hastalığının ileri seviyelerinde olup günlük yaşam aktivitelerini (yemek yeme, kişisel bakım, giyinme ve tuvalet gibi temel ihtiyaçlar) kendi yerine getiremeyen ve tamamen başkalarının yardımıyla yaşamını sürdürebilen kişiyi ifade eder. Bu çalışmada bu hastalara bakım veren ve yasal olarak vasisi olan kişilerin bakım sürecinde karşılaştıkları zorluklar, yaşadıkları deneyimler ve bu süreçteki duygusal, sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerin ayrıntılı bir şekilde incelenmesi, bakım verenlerin destek ihtiyaçlarını ve bu durumla nasıl başa çıktıklarını ortaya koyarak bakım verenlere daha iyi destek yolları geliştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu araştırma, tanımlayıcı bir nitelikte ve niteliksel yöntemle yapılmıştır. Araştırma 01.01.2025 ile 01.04.2025 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olan tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren yasal vasilerine ulaşılmıştır. Veriler, sosyo-demografik verileri içeren anket formu ve açık uçlu soruların yer aldığı yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak ve görüşmelerde ses kaydı alınarak toplanmıştır. Alınan ses kayıtları bire bir metne dönüştürülmüştür. Elde edilen veriler; temalar ve alt temalar şeklinde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Görüşmeler sonucunda beş ana tema ve alt temalar belirlenmiştir. Katılımcılar, bakım sürecinde fiziksel ve psikolojik yük yaşadıklarını, sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını ve toplumun damgalayıcı tutumlarıyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

SONUÇ: Bakım sürecinde karşılaşılan psikolojik ve sosyal zorlukları azaltmak için bakımverenlere yönelik danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. TRSM kapasiteleri artırılmalı ve bakım verenlere yönelik destek programları oluşturulmalıdır. Şizofreni hastalığına yönelik toplumsal farkındalık artırılmalı, damgalanma ve ayrımcılığın önüne geçmek için eğitimler düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, deneyim, sosyal destek, şizofreni, tam bağımlı

ABSTRACT

The experiences of caregivers in the care processes of patients diagnosed with fully dependent schizophrenia: a qualitative study

INTRODUCTION AND AIM: A patient diagnosed with fully dependent schizophrenia refers to an individual at an advanced stage of the disorder who is unable to perform daily living activities independently and relies entirely on the assistance of others. This study aims to examine in detail the challenges faced, experiences lived, and the emotional, social, psychological, and physical impacts encountered by the legal guardians providing care for these patients. Furthermore, the study seeks to identify the caregivers' support needs and coping mechanisms, thereby contributing to the development of better support strategies for caregivers.

MATERIALS AND METHODS: This research was conducted using a descriptive and qualitative design. Between January 1, 2025, and April 1, 2025, legal guardians caring for fully dependent patients diagnosed with schizophrenia who had applied to the Psychiatry clinic of Sakarya University Hospital were recruited. Data were collected using a questionnaire that included socio-demographic information and a semi-structured interview form containing open-ended questions. Audio recordings were taken during the interviews. These recordings were transcribed verbatim. The obtained data were categorized into themes and subthemes.

RESULTS: Based on the interviews, five main themes and sub-themes were identified. The participants stated that they experienced physical and psychological burden during the caregiving process, needed social support, and faced stigmatizing attitudes from society.

CONCLUSION: To alleviate the psychological and social challenges encountered during the caregiving process, counseling services should be provided to caregivers. The capacity of Community Mental Health Centers (CMHCs) should be increased, and support programs specifically for caregivers should be established. Public awareness about schizophrenia should be raised, and educational initiatives should be implemented to prevent stigma and discrimination.

Keywords: Caregiver, experience, fully dependent, schizophrenia, social support

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, halüsinasyonlar (varsanılar), sanrılar (hezeyanlar), bilişsel ve sosyal işlevlerde bozulmalar gibi belirtilerle kendini gösteren, günlük yaşamı önemli ölçüde etkileyen, kronik, karmaşık ve yıkıcı bir psikiyatrik rahatsızlıktır (Kapur ve Van Os, 2009). Tam bağımlı şizofreni tanısı almış hasta ise şizofreni hastalığının ileri seviyelerinde olup günlük yaşam aktivitelerini (yemek yeme, kişisel bakım, giyinme ve tuvalet gibi temel ihtiyaçlar) kendi yerine getiremeyen ve tamamen başkalarının yardımıyla yaşamını sürdürebilen kişiyi ifade etmektedir. Bu hastalarda zihinsel bozuklukların yanı sıra sosyal, fiziksel ve bilişsel işlevlerde de ciddi bozukluklar görülmektedir.

Şizofreni, yalnızca hasta olan bireyin duygudurumu, düşünce yapısı, algılama ve davranışlarını olumsuz etkileyen bir rahatsızlık olmakla kalmayıp, aynı zamanda hastaya bakım veren kişilerin yaşam koşullarını da zorlaştıran ruhsal hastalıktır. Kronik hastalara bakım sağlayan bireylerin yaşadığı güçlükler küresel bir sorun olarak görülmüş ve bu sürecin sürekli bilgi, enerji ve empati gerektirdiği; ayrıca bakım verenlerin günlük yaşamını belirgin şekilde etkilediği görülmüştür (Chan, 2011). Şizofreninin genellikle genç yaşlarda başlaması ve uzun süreli ilerleyiş göstermesi, bu zorluğu hem hasta hem de bakım veren açısından daha da artırmaktadır (Lavretsky, 2008). Yapılan araştırmalarda, hastaneden taburcu olduktan sonra şizofreni hastasının bakımını üstlenen bireylerin, genel topluma kıyasla daha az yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür (Lueboonthavatchai, 2006; Wong ve ark., 2012).

Araştırmalar, şizofreni hastalarının işlevselliklerindeki azalmalar, bakım veren bireyler üzerinde ciddi bir yük oluşturduğunu göstermektedir (Inogbo ve ark., 2017). Bakım sağlama sorumluluğu, bakım verenler için sürekli bir stres kaynağı olup ruh sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kronik stres, zamanla çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesine yol açabilirken, bakım sürecindeki bireylerin kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını ihmal etmelerine de neden olmaktadır (Schulz ve Sherwood, 2008). Son yıllarda, literatürde ve klinik uygulamalarda daha çok şizofreni hastalarına odaklanılmış olsa da, artık bakım veren bireylere de odaklanması

gerektiği vurgulanmaktadır. Şizofreni hastalarının işlevselliğini artırmada, sosyal ilişkilerini güçlendirmede, ilaç tedavisine uyum sağlamada ve düzenli doktor kontrollerini sürdürmede bakım verenlerin rolü büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, hasta-bakım veren ilişkisinin yalnızca hastalığın seyri açısından değil, aynı zamanda aile içindeki bakım veren bireylerin gereksinimleri doğrultusunda da ele alınması gerekmektedir (Kuşcu, 2000).

Hastalık sürecinde ebeveynler, karşılaştıkları zorluklar nedeniyle kendi benliklerinden ve yaşamlarından önemli fedakârlıklar yapmaktadır. Yeterli sosyal çevre ve aile desteği bulamadıklarında ise içsel dengeleri olumsuz etkilenmektedir. Böyle bir durumda kendilerini çaresiz, değersiz, güçsüz ve tükenmiş hissetmektedirler. Bu duygular, bireylerin sahip oldukları kişisel ve çevresel kaynakları fark etmelerini zorlaştırarak mevcut destek sistemlerinden yeterince faydalanmalarına engel olabilmekte ve bu durum ebeveynlerin fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ruhsal yönlerden güç kaybetmelerine neden olmaktadır.

Yaptığımız çalışma ile bu hastalara bakım veren ve yasal olarak vasisi olan kişilerin bakım sürecinde karşılaştıkları zorluklar, yaşadıkları deneyimler ve bu süreçteki duygusal, sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerin ayrıntılı bir şekilde incelenmesi, bakım verenlerin destek ihtiyaçlarını ve bu durumla nasıl başa çıktıklarını ortaya koyarak bakım verenlere daha iyi destek yolları geliştirilmesine katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, sanrılar (delüzyonlar, bireyin kültürel yapısı ile açıklanamayan, somut gerçeklikle çelişen ve yanlış olduklarına dair kanıtlar olsa da varlıklarını sürdüren, değişmez düşünceler olarak tanımlanır (Acar ve ark.,2016)), varsanılar (halüsinasyonlar), bilişsel ve sosyal işlevlerde bozulmalar gibi belirtilerle kendini gösteren, hastanın günlük yaşamını önemli ölçüde olumsuz etkileyen, oldukça değişken bir seyir gösteren ve sadece hastayı değil, aynı zamanda hasta bakımını üstlenen aile üyeleri ile bakım verenlerin de ciddi şekilde etkilendiği, kronik ve yıkıcı bir psikiyatrik bozukluktur (Kapur ve Van Os, 2009).

Şizofreni, çeşitli belirti ve bulguların bir araya gelmesiyle ortaya çıktığından dolayı tek bir hastalıktan ziyade, bir sendrom olarak kabul edilir. Hastalığın başlangıç yaşı, klinik seyri ve tedaviye yanıtlar kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu nedenle, şizofreninin etiyolojisi her vaka için ayrı olmakla birlikte, kesin olarak belirlenmiş bir sebebi yoktur. Genel olarak kabul edilen bazı sebepler arasında kalıtım, enfeksiyonlar, beyin dokusunda meydana gelen dejenerasyonlar, doğum öncesi veya sonrası dönemdeki beyin gelişimi bozuklukları, patolojik olaylar, stres ve sosyal çevre faktörleri sayılabilir (Kikinis ve ark., 1992).

Şizofreni, insanlık tarihi boyunca karşılaşılan ağır ruhsal bir bozukluktur. Bilimsel çalışmaların yapılmadığı eski zamanlarda, bu hastalığın doğaüstü güçlerden kaynaklandığına inanılırdı. Bu inançlar, toplumun şizofreni hastalığı tanısı alan bireylere karşı korkuyla yaklaşmasına ve onların izole bir yaşam sürmelerine yol açıyordu. Günümüzde bile, toplumsal yanlış bilgi ve önyargılar, bu bireylerin damgalanmasına ve tedavi süreçlerinde zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır (Özdemir, 2010).

Bilimsel olarak şizofreniyi tanımlamaya çalışan ilk isimlerden biri, 1860 yılında Fransız psikiyatrist Morel'dir. Morel, bu bozukluğu tanımlarken "erken bunama" anlamına gelen "Démence Précoce" terimini kullanmıştır. Bu ifade, hastalığın erken

yaşlarda başladığını ve zamanla bilişsel bozulmalara yol açtığını vurgulamaktadır. Sonrasında Hecker şizofreniyi daha spesifik bir alt tür olarak "Hebefreni" (gençlik dönemi psikozu) olarak tanımlamış, Kahlbaum ise "Katatoni" terimi ile hastalığın motor davranışlarındaki bozulmayı ifade etmiştir. Bu dönemde şizofreninin farklı alt türleri çeşitli psikiyatristler tarafından çeşitli isimlerle tanımlanmıştır.

1896 yılında ise Alman psikiyatrist Emil Kraepelin, şizofreniyi "Dementia Praecox" (Erken Bunama) olarak tanımlamış ve bu bozukluğu üç ana sınıfta toplamıştır: Paranoid, hebefrenik ve katatonik (Aschhauer,1994). Kraepelin'in tanımına göre, şizofreninin temel özelliklerinden biri, erken yaşta başlaması ve genellikle bilişsel yıkımla sonuçlanmasıdır. Kraepelin, bu hastalığı, eğer yıkımla sonlansa Dementia Praecox, yıkım olmadan devam ederse ise Manik Depresif Psikoz olarak sınıflandırmıştır (Erkin, 2018; Yurt, 2006).

Uzun yıllar boyunca Burghölzli Hastanesi'nde şizofreni hastalarıyla çalışan İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler, 1911 yılında yayımladığı "Erken Bunama ve Şizofreniler Grubu" adlı eserinde, şizofreninin tanısına dair önemli bir değişiklik yapmıştır. Bleuler, Emil Kraepelin'in şizofreniyi erken başlangıç ve demansla sonuçlanma zorunluluğuna dayalı tanımını reddederek, hastalığın her zaman erken başlamayabileceğini ve her zaman demansla sonuçlanmayacağını belirtmiştir. Ayrıca, Bleuler, bozukluk için akıl ya da zihin bölünmesi anlamına gelen "Schizophrenia" terimini kullanmış ve bu terim, günümüzde de hala yaygın olarak kullanılmaktadır (Ceylan ve Çetin, 2005; Kocal ve ark., 2017). Bleuler, şizofreninin temelinde bir dissosiyatif sürecin bulunduğunu, belirtiler açısından geniş bir çeşitlilik gösterdiğini ve farklı görünümlerine rağmen etiyolojik ve fizyopatolojik açıdan tek bir hastalık olduğunu vurgulamıştır. Bleuler, şizofrenik belirtileri iki gruba ayırmıştır: Birincil belirtiler (4A: çağrışım bozukluğu, otistik düşünce ve davranış, anormal duygulanım, ambivalans) ve ikincil belirtiler (sanrılar ve halüsinasyonlar). Bu ayırım, hastalığın anlaşılmasına ve sınıflandırılmasına önemli bir katkı sağlamıştır (Hatemi ve ark, 2003).

1930'larda Kurt Schneider, şizofreniye özgü olduğunu savunduğu "birinci sıra belirtileri" tanımlamıştır. Bu belirtiler arasında düşüncelerin başkaları tarafından duyulduğuna ve zihne yerleştirildiğine veya yayıldığına dair inançlar; kişinin kendisi hakkında konuşan ya da yorum yapan sesler; ayrıca düşünce, hareket ve davranışların başkaları tarafından kontrol edildiğine dair sanrılar ve halüsinasyonlar yer alır (Kendler ve Mishara 2019).

DSÖ, ruhsal hastalıkları ilk kez 1948'de yayımlanan "Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı" adlı rehber kitapta ele almıştır. Bu çalışmada psikotik bozukluklar değerlendirilmiş ve ruh sağlığı alanında uluslararası düzeyde kabul görülen standartların belirlenmesine öncülük etmiştir (Sadock, 2007).

Günümüzde şizofreni, hem ICD-11 hem de DSM-5 içerisinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Bu sınıflama sistemleri, şizofreni ve diğer ruhsal bozuklukların daha iyi tanımlanmasına olanak sağlayarak teşhis ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Birliği AP, 2013).

2.2. Şizofreni Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Şizofreni, dünya çapında tüm toplulukları etkileyen, kronik ve karmaşık bir ruhsal bozukluk olup, toplumda önemli oranda bireysel ve ekonomik problemlere neden olan bir hastalıktır (Barbato, 1997).

DSÖ'nün 2022 yılında resmi web sitesinde yayımladığı verilere göre şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon insanı etkilemektedir. Bu hastalık uzun vadeli ve kalıcı etkiler yaratan ilk on hastalık arasında yer almakta olup 15-35 yaş grubunda görülme sıklığı %0,7 olarak belirlenmiştir (Cortesi ve ark., 2013).

Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmaların sınırlı olmasına rağmen, şizofreninin toplumda görülme oranının %0,8 olduğu ve kalıcı etkiler yaratan dokuzuncu hastalık olarak sınıflandırıldığı belirtilmektedir (Yüksel ve Oflaz, 2012; Kocal ve ark, 2017) Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, şizofreninin her iki cinsiyette benzer görülme

oranlarına sahip olduğu bilinmekteyken son dönemlerde yapılan çalışmalarda şizofreninin erkeklerde daha yaygın olduğu ve erkek/kadın oranının ortalama 1,4 olarak raporlandığı belirtilmiştir. Hastalığın ortaya çıkış yaşı ve seyri cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Erkeklerde genellikle 15-25 yaşları arasında başlarken, kadınlarda görülen başlangıç yaşı genellikle 25-35 aralığındadır (Jauhar ve ark., 2022). Başka bir deyişle, şizofreni kadınlarda erkeklere göre daha ileri yaşlarda başlamaktadır. Kadınlarda menopoz sonrası dönemde ikinci bir pik gözlemlenmektedir. Ayrıca, şizofreni daha nadir bir şekilde erken ya da ileri yaşlarda da başlayabilmektedir. 15 yaşından önce başlarsa erken başlangıçlı, 13 yaşından önce başlarsa çok erken başlangıçlı olarak kabul edilirken, 45 yaşından sonra hastalığa yakalanan vakalar geç başlangıçlı şizofreni olarak sınıflandırılmaktadır. 60 yaşından sonra başlayan vakalar ise çok geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozlar olarak tanımlanmaktadır. Geç yaşta başlayan vakaların büyük kısmı kadınlarda görülmekte olup, bu bireylerde tedaviye yanıt oranı daha yüksek ve hastalık seyri daha az yıkıcıdır (Chen ve ark., 2022).

Şizofreni hastalığının düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler, kırsal bölgelerde yaşayanlar, azınlık gruplar, göçmenler ve evsizler arasında daha yaygın görüldüğü bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise kent merkezlerinde yaşayanların, kırsal bölgelerde yaşayanlara göre daha yüksek bir şizofreni hastalığı riski taşıdığı belirtilmiştir. Ayrıca, şizofreninin gelişmiş ülkelerde, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha olumsuz bir klinik seyir izlediği vurgulanmaktadır. Medeni durum açısından bakıldığında, evli olmanın şizofreni riskini azaltıcı ve hastalığın klinik seyrini olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir. Çünkü şizofreni, genellikle bekar veya boşanmış bireylerde daha sık ortaya çıkmaktadır (Lin ve arkadaşları, 2022). Bu bireylerin genel topluma kıyasla eğitim seviyeleri ve işe girme olanakları genellikle daha düşüktür. Özellikle erken yaşta başlayan şizofreni, akademik başarıyı ve meslek hayatını sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ortalama yaşam sürelerine bakıldığında, şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık olarak %20 daha kısa bir yaşam süresine sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, şizofreninin ölüm riskini artırttığını ve yaklaşık 28,5 yıl gibi ciddi bir yaşam kaybına neden olduğunu göstermektedir (Yung ve ark., 2023). Erken ölümlerin temel

nedenleri arasında, eş zamanlı görülen kronik hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmalarda, özellikle kalp damar hastalıkları ve diyabet gibi çeşitli kronik hastalıkların şizofreni hastalarında daha sık ortaya çıktığı rapor edilmiştir. Bununla birlikte, bu eş tanımlı kronik hastalıkların seyri ve tedavi sonuçları, şizofrenisi olmayan hastalara göre daha olumsuz bir tablo çizmektedir. Bu durum, şizofreni tanımlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının daha düşük olması, sağlık kuruluşlarına daha az başvurmaları ve tedaviye uyumlarının daha az olmasıyla ilişkilendirilmektedir (Yung ve ark., 2023).

Şizofreniye bağımlı yaşam tarzı değişiklikleri, yetersiz fiziksel aktivite ve tedavi amacıyla kullanılan ilaçların yan etkileri, hastalarda kronik hastalıkların gelişmesine veya mevcut kronik hastalıkların daha kötü bir seyir izlemesine yol açabilmektedir. Ayrıca, şizofreni tanısı alan bireylerde tütün, alkol ve madde kullanım bozukluklarının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Nikotin bağımlılığı hastaların büyük bir çoğunluğunda (%90) rapor edilmiştir. Bunun yanı sıra, bu bireylerin %30-50'sinde alkol ve madde kullanım bozuklukları da gözlemlenmektedir. Psikotik belirtilerin yoğunlaştığı dönemlerde bu maddelerin kullanımının daha da arttığı belirtilmiştir (Ward ve ark., 2022).

Şizofreni tanısı alan bireyler, intihar ve kendine zarar verme davranışları açısından yüksek risk grubunda yer almaktadır. İntihar, şizofreni hastalarında erken ölüme yol açan önemli nedenlerden biridir ve vakaların %10-15'inde intihar girişimi ölümlle sonuçlanmaktadır. En az %50'sinin yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu rapor edilmiştir. İntihar girişimleri açısından bakıldığında cinsiyetler arasında belirgin bir fark olmadığı görülmüştür ancak erkek hastalarda ölümlle sonuçlanan intiharlar daha sık görülmektedir.

2.3. Şizofreni Etiyoloji

Şizofreni hastalığının ortaya çıkışını açıklamaya yönelik nörokimyasal, nörogörüntüleme ve genetik araştırmalardan önemli bulgular elde edilmiş olmasına rağmen, hastalığın patogenezi ve nedenleri tam olarak açıklanamamıştır. Şizofreninin nedenleriyle ilgili öne sürülen iki temel varsayıma göre, genetik ve çevresel faktörler

erken çocukluk döneminde beyin gelişimini olumsuz etkileyerek şizofreni hastalığına yatkınlık oluşturmaktadır. Bu yatkınlık, ilerleyen yaşlarda yaşanılacak stresli olaylarla birleşince hastalığın belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Crawford ve Go, 2022).

2.3.1. Genetik

Şizofrenide genetik yatkınlığın varlığı, uzun yıllardır dikkat çeken bir konu olmuştur. Bu alanda yapılan araştırmalar sonucunda genetik faktörlerin şizofreni gelişiminde önemli bir yere sahip olduğu görülmüştür (Zamanpoor ve ark., 2020). Aile geçmişinde şizofreni hastası bulunan bireylerin bulunmayanlara kıyasla bu hastalığı geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Genel toplumda şizofreni hastalığı görülme oranı %1 iken, birinci derece yakınlarında şizofreni hastası bulunan bireylerde bu oran %8-10 seviyesine çıkmaktadır. Eğer ebeveynlerden birinde şizofreni tanısı varsa hastalık riski %13-14'e, her iki ebeveynde şizofreni bulunması durumunda ise %50'ye kadar yükselmektedir (Nehme ve ark., 2022).

Şizofreni ile ilgili genetik araştırmalar genellikle ikiz, aile ve evlat edinme çalışmaları üzerinden yürütülmektedir. Evlat edinilmiş şizofreni hastalarının biyolojik aile üyelerinde, evlat edinen biyolojik olmayan aile üyelerine göre daha yüksek şizofreni görülme oranı, genetik faktörlerin hastalıkta önemli bir rol oynadığını göstermektedir. İkiz çalışmaları da bu alanda önemli bulgular sunmuştur. Tek yumurta ikizlerinin, çift yumurta ikizlerine kıyasla şizofreni hastalığı geliştirme olasılığının yaklaşık üç kat daha fazla olduğu, ayrıca eş zamanlı hastalanma oranlarının tek yumurta ikizlerinde %45-58, çift yumurta ikizlerinde ise %12-14 arasında değiştiği belirlenmiştir (Nehme ve ark., 2022).

2.3.2. Çevresel ve sosyal etkenler

Şizofreni hastalığına neden olabilecek birkaç çevresel faktör tanımlanmıştır. Bu faktörler arasında stresli yaşam olayları, göç ve doğum mevsimi öne çıkmaktadır. Araştırmalar, şizofreninin kış aylarında doğan bireylerde daha sık görüldüğünü

göstermektedir. Kış aylarında doğan kişilerde şizofreni geliştirme riski, yaz aylarında doğanlara kıyasla %12 daha yüksektir (Crawford ve Go, 2022).

Son dönemdeki araştırmalar şehirde doğmanın veya büyümenin şizofreni için önemli bir çevresel risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Şehirde doğan ya da büyüyen bireylerde, şizofreni riskinin 2 ila 4 kat artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise, göçmen bireylerde şizofreni riskinin 2 ile 13 kat arttığı saptanmıştır (Bromet EJ ve ark, 2002).

Toplumda bireyin karşılaştığı sosyal eşitsizliklerin, şizofreniyle güçlü bir bağlantı oluşturabileceği çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu eşitsizlikler, bireyin eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve toplumsal statüsü ile bağlantılı olabilir. Bunun yanı sıra, günlük yaşamda bireyin cinsel yönelimi, işitme engeli ya da dış görünüşü nedeniyle ayrımcılığa maruz kalması da şizofreni riskini artırabilecek faktörler arasında yer almaktadır (Eaton ve Harrison, 2000).

2.3.3. Perinatal süreç ve komplikasyonları

Anne karnındaki koşulların, şizofreni riskini artırabileceği öne sürülmektedir. Bu dönemde sinir hücrelerinin gelişimi, göçü ve bu hücrelerin miyelinizasyon süreçlerini etkileyen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır (Brown ve ark., 1996).

Şizofreni etiyolojisinde, intrauterin dönemde geçirilen enfeksiyonlara bağlı immünolojik olayların rolü uzun zamandır bilinmektedir. Özellikle influenza pandemisinin ardından şizofreni vakalarının artması, bu görüşü destekleyen niteliktedir. Anne karnında geçirilen bazı virüs enfeksiyonları, özellikle ikinci trimesterde, şizofreni riskini artırabilir. Influenza, Varisella Zoster, Epstein Barr, Herpes Simpleks, Sitomegalovirüs ve daha nadiren Rubella gibi virüsler bu riski artırabilmektedir. Bu durumu, maternal enfeksiyonun ateş ve sitokin aktivasyonu gibi etkilerle, beyin gelişimi sırasında sinir hücresi göçünün etkilenmesiyle açıklamak mümkündür. Nörotropik virüsler, beynin belirli bölgelerindeki sinir hücrelerini enfekte edebilir ve bu enfeksiyonlar sinir sistemi işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (Zhang ve ark, 2022).

Şizofreni gelişiminde prenatal ve doğumla ilgili komplikasyonlar da önemli bir risk faktörüdür. Şizofreni tanısı konmuş bireylerin geçmişinde, şizofrenisi olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda prenatal ve doğum komplikasyonlarına rastlanmaktadır. Özellikle erken yaşta başlayan şizofreni vakalarında fetal dönemde kan uyuşmazlığı, yetersiz beslenme, folat eksikliği, sigara, alkol ve madde kullanımı, hipoksi, preeklamsi, diyabet, uterus atonisi, sezaryenle doğum, düşük doğum ağırlığı, küçük baş çevresi ve konjenital malformasyonlar gibi fetal gelişim bozuklukları gözlemlenmiştir. Bu tür prenatal ve perinatal komplikasyonlar, şizofreni riskini 1.5-1.9 kat artırmaktadır. Ayrıca birden fazla komplikasyon varlığında, şizofreninin başlama yaşının daha erken olmasına, hastalığın seyrinin daha süregelen hale gelmesine ve negatif belirtilerin daha da belirginleşmesine neden olabilmektedir (Zhang ve ark, 2022).

Gebelik sürecinde annenin yaşadığı stresli yaşam olaylarının, çocuklarda şizofreni riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Örneğin, gebelik sırasında ani eş kaybı yaşayanın, çocuklarda şizofreni gelişimiyle ilişkili olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Abel ve ark., 2014).

2.3.4. Enfeksiyon

Epidemiyolojik araştırmalar, bulaşıcı ajanların şizofreni gelişiminde potansiyel risk faktörleri olabileceğini öne sürmektedir. Özellikle influenza salgınları sırasında şizofreni vakalarının arttığı gözlemlenmiştir. Kış mevsiminin sonları ve ilkbaharın erken dönemlerinde doğan bireylerde şizofreni sıklığının yüksek olması, influenza ile şizofreni arasındaki ilişkiyi destekleyen bir bulgudur. (Elmer ve ark., 2005). Ayrıca, Toksoplazma Gondii'ye karşı anne tarafından üretilen IgG antikor seviyelerindeki artışın, şizofreni riskini %60-70 oranında artırdığı belirtilmektedir (Hougaard ve ark., 2007). Diğer bir önemli maternal enfeksiyon ajanı ise HSV-2'dir. Çocukluk döneminde geçirilen ve hastaneye yatışa neden olan bakteriyel enfeksiyonların da şizofreni riskini artırdığı bilinmektedir (Brown ve Derkits, 2010).

Enfeksiyonların risk üzerindeki etkisi tam olarak açıklanamasa da, enfeksiyona neden olan ajanların MSS ye doğrudan hasar vererek bu riski artırabileceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte, enfeksiyonun annenin bağışıklık sistemini tetiklediği ve bu bağışıklık yanıtının plasentadan geçip fetüse ulaşp MSS üzerinde etkiler yaratabileceği öne sürülmektedir (Benros ve ark., 2011).

Bağışıklık sisteminin aktif hale gelmesi, proinflamatuvar sitokinlerin dolaşımdaki seviyelerinin yükselmesine neden olur. Şizofreni hastalarında bu sitokinlerin seviyelerinin normalden yüksek olduğu bildirilmiştir (Buckley P, 2011).

2.4. Şizofreni Tanısı

Şizofreni hastalığına özgü, yalnızca bu hastalıkta görülen patognomonik bir klinik bulgu ya da belirti bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra, şizofreni hastalarında ortaya çıkan semptomlar ve belirtiler, diğer psikiyatrik hastalıklarda da görülebilmektedir. Şizofreni tanısı koymada, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan DSM tanı kriterleri kullanılmaktadır. Daha önceleri DSM-IV-TR kullanılırken, 2013 yılında Türkçe çevirisi yayımlanan DSM-5 tanı kriterleri kullanılmaya başlanmıştır. DSM-5'te bazı değişiklikler yapılmış olup ve bu sayede tanı sürecine katkıda bulunulmuş ve hastalığın daha iyi anlaşılması sağlanmıştır (Birliği AP, 2013).

Şizofreni tanısı konulabilmesi için karakteristik belirtilerin (örneğin, varsanılar, sanrılar, düzensiz konuşma ve davranışlar, negatif belirtiler) en az 6 ay süreyle devam etmesi gerekmektedir. Bu belirtilere ek olarak, bu süre boyunca bireyin sosyal yaşamında ya da işlevselliğinde belirgin bir bozulma olması da tanıda önemli bir kriterdir. DSM-5'e göre şizofreni tanısı için aranan tanı kriterleri şu şekildedir:

- A. Aşağıda sıralanan belirtilerden en az ikisi (veya daha fazlası), bir aylık süre boyunca (ya da etkili bir tedavi ile daha kısa sürede) belirgin bir şekilde gözlemlenmelidir. Bu belirtilerden en az birinin (1), (2) veya (3) olması şarttır.
1. Sanrılar (delüzyonlar)
 2. Varsanılar (halüsinasyonlar)
 3. Düzensiz konuşma (örneğin, sık sık konudan sapma ya da anlaşılması güç ifadeler)
 4. İleri derecede düzensiz (dezorganize) davranış veya katatoni (hareketsizlik, donakalma)

5. Negatif belirtiler (örneğin, duygusal ifadelerde azalma veya eyleme geçmede zorluk).
- B. Toplumsal ve mesleki işlevsellikte bozulma: Bozukluğun başlangıcından itibaren, mesleki yaşam, kişiler arası ilişkiler veya kişisel bakım gibi temel işlev alanlarında belirgin bir gerileme görülür. (Eğer şizofreni çocukluk ya da ergenlik döneminde başlamışsa, sosyal beceriler, eğitim durumu veya iş yaşamı beklenen düzeyde gelişmemiş olabilir.)
- C. Süre: Şizofreni belirtileri en az altı ay boyunca varlığını sürdürmelidir. Bu altı aylık dönemin, A tanı kriterlerini karşılayan en az bir aylık (veya etkili bir tedavi ile daha kısa) aktif belirtileri içermesi gerekir. Bu süre zarfı, prodromal (başlangıç) ve rezidüel (kalıntı) dönemleri de içerebilir. Rahatsızlık, prodromal veya rezidüel aşamalarda yalnızca negatif belirtilerle ya da tanı kriterlerinde yer alan iki veya daha fazla belirtinin hafif şekilleriyle (örneğin, sıra dışı inançlar veya alışılmadık algılar) kendini gösterebilir.
- D. Psikotik özellik gösteren şizoafektif bozukluk veya duygu durum bozuklukları ayırt edilmelidir. Aktif belirtiler döneminde majör depresif, manik ya da karma epizodlar bulunmamalıdır. Eğer aktif semptomlar sırasında duygu durum epizodları gözleniyorsa, bu epizodların toplam süresi aktif ve kalıntı (rezidüel) dönemlerin toplam süresinden daha kısa olmalıdır.
- E. Bu tanı, herhangi bir madde kullanımından (örneğin, uyuşturucu ya da ilaç kötüye kullanımı) veya başka bir tıbbi durumun etkilerinden kaynaklanmamaktadır.
- F. Eğer hastanın geçmişinde otizm spektrum bozukluğu ya da başka bir yaygın gelişimsel bozukluk bulunuyorsa, şizofreni tanısı ancak sanrı (delüzyon) ve halüsinasyonların en az bir ay süreyle görülmesi durumunda tanı konulabilmektedir (ASA, 2013).

2.5. Şizofreni Patofizyolojisi

2.5.1. Biyokimyasal kuram

Şizofrenide gözlemlenen beyin işlev bozukluklarının, karmaşık biyokimyasal süreçlerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Dopamin, norepinefrin, serotonin,

glutamat, GABA ve asetilkolin gibi nörotransmitterlerin yanı sıra büyüme hormonunun da hastalığın ortaya çıkışında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir.

Şizofreni etiyolojisinde en çok üzerinde durulan nörotransmitterlerden biri olan dopamin, merkezi ve periferik sinir sisteminin çeşitli bölgelerinde sentezlenen bir amindir. Şizofrenide dopamin aktivitesinin artış gösterdiği düşünülmektedir. Ayrıca, dopamin antagonisti ilaçların şizofreni tedavisindeki etkinliği, bu hipotezi destekleyen önemli bir bulgu olarak kabul edilmektedir. (Weinberger, 2022). Dopaminin beyindeki ana yollardan biri olan mezolimbik yoldaki artan dopaminerjik aktivitenin, şizofreninin pozitif belirtileri olan sanrı ve varsanıların ortaya çıkmasında neden olduğu düşünülmektedir. Öte yandan mezokortikal dopamin yolundaki azalmış aktivitenin, bilişsel ve duygusal işlevlerdeki bozukluklarla ilişkili olduğu görüşü hakimdir. (Cuesta ve ark., 2022).

Norepinefrin ile ilgili yapılan çalışmalarda ise şizofreni hastalarında norepinefrin düzeylerinin yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir. Ancak, bu nörotransmitterin hastalığın gelişimindeki kesin etkisi henüz tam olarak anlaşılmış değildir.

Şizofreni tedavisinde kullanılan atipik antipsikotik ilaçların, GABA nöronlarındaki 5HT_{2C} (5-hidroksitriptamin) reseptörlerini engelleyerek norepinefrin düzeylerini artırabileceği bildirilmiştir (Nagamine, 2020). Tedaviye dirençli şizofreni vakalarının klopazine olumlu yanıt vermesinin bu ilacın norepinefrin düzeyleri üzerindeki etkisiyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Aynı zamanda serotoninin bu hastalıktaki rolü giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Serotonine benzer bir yapıya sahip ve serotonin reseptörlerine bağlanan LSD kullanımının varsanılara yol açması gibi gözlemler, şizofreni etiyolojisinde serotonin sisteminin etkili olabileceğini düşündürmektedir (Tsegay ve ark., 2020).

MSS nin en önemli inhibitör nörotransmitteri olan GABA, GABA-A ve GABA-B reseptörleri üzerinden etkisini gösterir. Şizofreni hastalarında yapılan araştırmalar, prefrontal bölgede GABAerjik nöronların işlevlerinde bozukluk olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra, şizofrenide yaygın olarak görülen uyku problemlerinin GABAerjik sistemdeki anormalliklerle bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür (Luvsannyam ve ark., 2022).

Glutamat ise beynin ana uyarıcı nörotransmitteri olarak, dopamin, serotonin, GABA ve norepinefrin gibi diğer nörotransmitterlerin salınımını düzenlemede kritik bir rol oynar. Şizofreni ile ilgili araştırmalar, glutamat sistemindeki düzensizliklerin hastalıkla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Örneğin, NMDA reseptör antagonisti ilaçların (ketamin gibi) kullanımının şizofreni belirtilerini tetiklemesi veya mevcut semptomları kötüleştirilmesi, glutamatın şizofreni gelişimindeki olası etkisini desteklemektedir (Uno ve Coyle, 2019).

Asetilkolin, özellikle bilişsel işlevler üzerinde önemli bir etkiye sahip olan bir nörotransmitterdir. Asetilkolin, nikotinik ve muskarinik olmak üzere iki ana reseptör türü aracılığıyla işlev görür. Şizofreni tanısı almış ve tedavi görmeyen bireylerde gözlemlenen ekstrapiramidal yan etkilerin, dopamin ve asetilkolin arasındaki dengenin bozulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Yohn ve ark., 2022).

2.5.2. Beyinde yapısal ve işlevsel bozukluklar

Son yıllarda şizofreni, beynin nöral döngülerinin bir bozukluğu olarak incelenmektedir. Bu yaklaşıma göre, beynin bazı bölgelerinde yapısal ya da işlevsel bozukluklar, beynin tüm işlevsel döngüsünün dengesini bozabilmektedir.

Şizofreniyle en çok ilişkilendirilen beyin bölgeleri, prefrontal korteks ve limbik sistemdir. Yapılan çalışmalar prefrontal kortekste gri ve beyaz cevherde hacim kaybı ve buna bağlı olarak metabolizma ve kan akımında değişiklikler gösterdiğini ortaya koymuşlardır. Ayrıca, ventriküllerde genişleme ve hipokampal, entorinal kortekste hacim kaybı gözlemlenmiştir. Nörogörüntüleme çalışmaları, şizofreni hastalarının beyinlerinde zayıf nöronal ve sinaptik yapılar olduğunu, ayrıca işlevsel görüntüleme teknikleriyle beynin birçok bölgesinde kan akışında azalma ve metabolik bozukluklar tespit edildiğini göstermektedir. Özellikle, şizofreninin negatif belirtilerinin daha yoğun olduğu bireylerde, temporal ve frontal bölgelerde daha belirgin azalmalar ve kan akışında düşüşler görülmektedir (Keshavan ve ark., 2020).

2.5.3. Stres-diatez modeli

Birçok çalışma, stresli yaşam olayları ile ruhsal hastalıklar arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Özellikle erken yaşlarda yaşanan travmalar, yetişkinlikteki ruhsal bozukluklar için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Şizofreni tanısı olan bireylerin hastalık belirtilerinin başlamadan önce stresli olaylar yaşadıkları ve bu tür olayların hastalığın başlangıcındaki rolü üzerinde durulmaktadır. Araştırmalar, şizofreni hastalarının kontrol gruplarına göre daha yüksek serum kortizol seviyelerine sahip olduğunu göstermiştir. Yüksek kortizol seviyelerinin, beyindeki dopamin salınımını etkileyen HPA sistemi üzerinden etki gösterdiği öne sürülmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin, çocukluk dönemlerinde daha fazla travma yaşadıkları ve bu travmaların şizofreni gelişiminde neden olduğu vurgulanmıştır (Akbeý ve ark., 2019; Uyan ve ark., 2022).

2.6. Şizofreni Türleri

DSM-IV tanı sistemine göre şizofreni, klinik bulgulara dayalı olarak beş alt tipe ayrılmaktadır. Paranoid, hebefrenik, katatonik, farklılaşmamış, rezidüel şizofreni şeklindedir. Bu alt tipler, öne çıkan klinik bulgular doğrultusunda belirlenir ve tedaviye yanıtları ile prognozları farklılık gösterebilir (Köroğlu, 2007).

DSM-5 ayrıca alt tipleri, sunulan semptomla göre ayrı tanı kategorileri olarak ortadan kaldırdı. APA'ya göre, birçok alt tipin birbiriyle örtüşmesi ve tanı geçerliliğini azalttığı düşünüldüğü için bunun yararlı olmadığı bulundu.

2.7. Şizofreni Kliniği

Şizofreni, hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize davranış ve çağrışımların gevşemesi gibi pozitif semptomlar; küntleşmiş duygulanım, apati, avolüsyon, anhedoni, sosyal çekilme, ambivalans ve düşünce içeriğinin fakirliği gibi negatif semptomlar; ayrıca bilişsel semptomlar olmak üzere üç ana semptom kümesiyle tanımlanır. Bu semptomlar, hastalarda farklı şekillerle bir araya gelebilir (Öztürk, 2011).

Hastaların çoğunda, şizofreninin alevlenme döneminden önce prodromal evre adı verilen bir süreç yaşanabilir. Bu süreç, toplumdan kendini soyutlama, okul veya işe olan ilginin azalması, kişisel bakımın ihmal edilmesi, bilişsel işlevlerde bozulmalar ve alışılmadık davranışlar gibi belirtilerle kendini gösterir. Bununla birlikte, hastalığın aniden başladığı durumlar da mevcuttur (Tandon ve ark., 1995). Prodromal evredeki belirtilerin hasta yakınları tarafından fark edilmesi zor olabilir ve genellikle kişinin sadece zorlu bir dönemden geçtiği düşünülebilir. Şizofreni çoğunlukla bu dönemi takip

eden pozitif psikotik belirtilerle teşhis edilir. Bu nedenle, hastalık uzun bir süre sinsi bir şekilde ilerleyebilir ve kötüye gidiş fark edilmeden devam edebilir. Şizofreni hastaları genellikle hastalık öncesi dönemde içine kapanık, hayal kurmayı seven, toplumsal etkileşimlerden uzak duran ve sıra dışı davranışlar sergileyen bireyler olarak tanımlanır. Prodromal dönemin süresi birkaç haftadan bir yıla kadar değişiklik gösterebilir. Şizofreni, genellikle alevlenmeler ve yatışmalarla seyreden, kronikleşme eğilimi gösteren ve işlev kaybına yol açan bir hastalıktır. Zamanla pozitif belirtilerde azalma, negatif belirtilerde ise artış görülebilir. Ancak, yapılan araştırmalar prognozun değişken olduğunu, bazı hastalarda alevlenmeler ve yatışmalarla devam ettiği, bazılarında ise hastalığın kronik bir tabloya dönüştüğünü göstermektedir (Kaplan ve Saddock, 1998).

Şizofreni atağının ardından hastaların büyük çoğunluğunda mesleki işlevsellikte ciddi düzeyde bozulma meydana gelmektedir. Uzun süreli takip çalışmalarında, şizofreni hastalarının yaklaşık %15-20'sinin nüks yaşamadan tamamen iyileştiği, %15'inin ise ilk atağı atlatamayarak semptomatik kaldığı ve yoğun sosyal ile tıbbi desteğe ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Bunun dışında kalan hastalar, ilk atağı kısmen atlatsalar da eski işlevsellik düzeylerine ulaşamamışlardır. Ayrıca, tedaviye olumlu yanıt veren hastalar dahil olmak üzere, bu bireylerin %80'inin beş yıl içinde yeniden alevlenme yaşadığı saptanmıştır (Buchanan ve Lewis, 2002).

Genellikle şizofreni yıkıcı sonuçlara yol açan kronik bir hastalık olarak kabul edilse de, yakın zamanlı yapılmış olan araştırmalarda, bazı hastalarda daha olumlu bir seyrin mümkün olduğunu ortaya koymaktadır. Olumlu prognoz ile ilişkilendirilen faktörler şunlardır: Hastalık öncesi dönemde sağlıklı bir kişilik yapısının bulunması, hastalık öncesinde iyi bir uyum düzeyi, normal zeka seviyesine sahip olunması, orta veya yüksek sosyoekonomik statü, kadın cinsiyeti, evlilik durumu, prenatal komplikasyonların olmaması, ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması ancak duygudurum bozukluğu öyküsünün olması, eşlik eden bir duygudurum bozukluğunun varlığı, aktif evre semptomlarının kısa sürmesi, hastalığın 20'li yaşlarda veya daha sonra başlaması, akut başlangıç, stres faktörleriyle ilişkili ortaya çıkış, başlangıçta konfüzyon ve atipik belirtilerin olması, depresif belirtilerin varlığı, yapısal beyin

patolojilerinin olmaması, bilişsel işlevlerin korunmuş olması, belirtilerin “ego distonik” nitelik taşıması, hastanın tedaviye uyum göstermesi, hastanın tedavisiz kalma sürenin kısa olması, hastaneye yatış sıklığı ve süresinin azlığı, ailenin hastalık ve tedaviye yönelik olumlu yaklaşımı gibi durumlarda hastalığın gidişatının olumlu yönde ilerlediği gösterilmiştir (Kaplan ve Saddock, 1998),(Mueser ve ark., 2005).

2.8. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni bireylerin sosyal ilişkilerini, kişisel yaşamlarını ve iş hayatlarını ciddi şekilde etkileyebilir. Bu süreç yalnızca hastalar için değil, aile üyeleri ve yakın çevreleri için de büyük bir mücadele gerektirir. Bu hastalığın tedavisinde genel bir standart bulunmamakla birlikte, sürecin başlangıcında hastayla doktor arasında güven temelinde bir ilişki kurulması önem taşımaktadır. Sosyal destek yetersizliği, bilişsel sorunlar ve düzensiz davranış gibi durumların olmasından dolayı şizofreni hastalarının tedaviye devam etme oranı oldukça düşüktür. Araştırmalar hastaların %50’sinin ilk tedaviden sonraki bir yıl içinde ilaç tedavisini bırakabileceğini göstermektedir. Ayrıca ilk tedavi sonrası 2 ila 5 yıl içinde hastaların %80’inde hastalığın belirtilerinin yeniden görüldüğü bildirilmektedir (Çetin, 2015; Güleç ve Köroğlu, 2007). Şizofreni hastalarında psikotik atakların kontrol altına alınması ve yeni atakların önlenmesi için temel tedavi yaklaşımı ilaç kullanımıdır. Antipsikotik ilaçlar, medikal tedavi sürecinin ana unsuru olarak hezeyanlar, halüsinasyonlar ve dezoryantasyon gibi psikotik belirtileri düzeltir. Ayrıca saldırganlık ve hezeyan gibi davranışları azalttığı görülmüştür. İdame tedavisi ise hastalığın nüks etme durumunu önemli ölçüde azaltabilmektedir. Bununla birlikte, negatif semptomlar ve bilişsel işlev bozukluklarında bu ilaçların etkinliği, pozitif belirtilere kıyasla daha sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Altamura, 2007).

Şizofreni tedavisindeki temel hedefler semptomların kontrol altına alınması, hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması ve bireyin topluma yeniden kazandırılarak işlevselliğinin artırılmasıdır. Ancak, hastaların büyük bir kısmı, hastalık öncesindeki işlev düzeyine tamamen ulaşamayabilir. Bu nedenle, uzun vadeli başarı için ilaç tedavisinin yanı sıra farklı tedavi yaklaşımlarının da kullanılması gereklidir. Farmakolojik yöntemler şizofreni tedavisinde önemli bir yere sahip olsa da, tedavi

sonrası devam eden semptomlar göz önünde bulundurulmalı ve psikoterapi gibi farmakolojik olmayan yaklaşımların etkisi göz ardı edilmemelidir (Dickerson ve Lehman, 2011; Patel ve ark., 2014).

Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerde tedaviye uyum genellikle düşüktür. Bu kişiler, hastalığı kabul etmeme, ilaçların yan etkilerinden şikayet etme veya psikotik semptomlar ve yetersiz içgörü nedeniyle tedaviye ihtiyaç duymadıklarını düşünme gibi sebeplerle tedaviyi reddedebilmektedirler (Patel ve ark., 2014). Farmakolojik olmayan tedaviler yalnızca ilaç tedavisinin eksik kalan yönlerini tamamlamakla kalmaz, aynı zamanda hastanın tedaviye uyum sağlamasını da kolaylaştırır (Lindenmayer ve ark., 2009).

Tedavi süreçleri yalnızca hastaları değil, aynı zamanda onların ailelerini ve bakım verenlerini de desteklemeyi hedefler. Bu tür tedavi programları, hastaların sosyal işlevselliğini artırmaya yardımcı olurken, hastaneye yatış gereksinimini de azaltabilir. Aile üyelerine ve bakım verenlere, hastayı nasıl takip edecekleri ve tedavi sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri ne zaman ve nasıl klinisyene bildirecekleri konusunda psikoeğitim sunulabilir (Patel ve ark., 2014; Rummel-Kluge ve ark., 2008). Şizofreni hastalarının %20-30'unda, antipsikotik ilaçlarla uygulanan temel tedavilere ve psikoterapilere rağmen istenen klinik yanıt elde edilememektedir. Bunun yanı sıra, tedavi direnç kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak mevcut psikofarmakolojik tedavilere rağmen belirgin iyileşme göstermeyen hastalarda, özellikle negatif ve bilişsel belirtiler ciddi işlevsel kayıplara yol açtığı görülmüştür (Bhagyavathi, 2015). Bu gibi durumlarda, tekrarlayıcı transkraniyal manyetik uyarım ve EKT tedavisi gibi elektriksel beyin uyarımı yöntemleri tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. EKT, günümüzde şizofreni tedavisinde akut dönemde intihar riski taşıyan, hızlı müdahale gerektiren, katatonik semptomlar veya duygudurum bozuklukları eşlik eden vakalarda ya da ilaç tedavisine yetersiz yanıt veren bireylerde uygulanmaktadır (Buchanan ve ark., 2004; Miyamoto ve ark., 2014).

2.9. Bakım Veren Olmak

Bakım sağlama, yardıma veya desteğe ihtiyaç duyan bireylere fiziksel, duygusal, psikolojik ve ekonomik açıdan yardımcı olmayı kapsamaktadır. Yapılan araştırmalara

göre, yaklaşık 44 milyon kişi kronik hastalığı olan bir yakınlarına (eş, çocuk, ebeveyn, arkadaş gibi) bakım sağlamaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bakım sağlama görevi genellikle aile bireylerine düşmektedir (Mollaoğlu ve ark., 2011). Yapılan araştırmalarda, bakım sağlama sorumluluğunun çoğunlukla aile içindeki kadınlar tarafından üstlenildiği ortaya konulmuştur (Stone ve ark., 1987).

Bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, etnik kökeni, sosyal özellikleri, kültürel yapısı, inançları ve sosyo-ekonomik durumu, bakım verme sürecinde önemli rol oynayan faktörlerdir (Atagün ve ark., 2011). Bakım verme süreci; bakım sağlanan kişinin hastalığı, bu hastalığın belirtileri ve ilerleyişi, hasta ile bakım verenin ilişkisi, hastanın bireysel özellikleri, bakım verenin karakteri, hastalığa yaklaşımı ve hastalık öncesi ve sonrası mevcut destek düzeyine bağlı olarak farklılık gösterebilir. Örneğin, fiziksel yetersizliği olan bir hasta ya da ruhsal bir rahatsızlığı bulunan bir hasta, birbirinden farklı gereksinimlere sahiptir ve bu durum bakım verenlerin üstlendiği sorumlulukların da çeşitlenmesine neden olur. Hastaların etkilendiği alanlar doğrultusunda, bakım verme süreci de değişir. Fiziksel yardıma ihtiyaç duyan bir hasta için temel öncelik fiziksel desteği sağlamaktır. Ancak, psikiyatrik rahatsızlığı olan bir hasta söz konusu olduğunda, daha karmaşık ve çok boyutlu bir destek süreci gereklidir. Bu durum, bakım verenlerin birden fazla alanda görev üstlenmesini zorunlu kılar (Hinojosa ve ark., 2009). Bu kronik hastalıkların ilerlemesiyle, hastaların bakım veren kişilere olan bağımlılıklarının arttığı görülmüştür (Silver ve Wellman, 2002). Bu artan bağımlılık, bakım veren kişilerin yaşam alanlarını ve genel yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir (McCullagh ve ark., 2005).

Yapılan çalışmalar, bakım verenlerin %60,6'sının kendi ihtiyaçları için yeterince zaman ayıramadığını ve %56,6'sının ekonomik zorluklar yaşadığını ortaya koymuştur. Ayrıca, bakım verenlerin %84,9'unun hasta ile iletişim kurmada zorluk çektiğini ve %78,8'inin hasta ile ilgilenmekten dolayı kendini sürekli yorgun hissettiği görülmüştür (Larsen, 1998). Son zamanlarda hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine bağlı olarak anksiyete ve depresyon görülme sıklığının arttırdığı gözlemlenmiştir (Andersson ve ark., 2011).

2.10. Şizofreni Tanılı Hastaya Bakım

Şizofreni tanılı birçok hasta, günlük yaşamını tek başına sürdürememekte ve neredeyse her konuda bir başkasının desteğine ihtiyaç duymaktadır. Şizofreni, yeti kaybına yol açan kronik bir hastalık olduğu için bu hastalar, en temel günlük aktivitelerinde bile bakım desteğine gereksinim duyar (Doğan, 2001). Bu nedenle, şizofreni hastalarının büyük bir kısmı, hem ihtiyaç duydukları desteği almak hem de kültürel ve sosyal faktörler sebebiyle genellikle aileleriyle birlikte yaşamaktadır (Prasko ve ark., 2011). Şizofreni yalnızca hastayı değil, onunla aynı evde yaşayan aile bireylerini de derinden etkileyen bir hastalıktır (Sharif ve ark., 2012). Çeşitli toplumlarda yapılmış olan araştırmalar, bakım verme rolünün çoğunlukla aile üyeleri tarafından üstlenildiğini gözlemlenmiştir. (Talwar ve Matheiken, 2010).

Aile üyeleri, bu durumla karşılaştıklarında yoğun bir duygusal karmaşa içine girebilmektedirler. Çoğu zaman ne yapacaklarını bilemezler, endişe ve korku içinde kalırlar. Bunun başlıca nedeni, hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları ve sürecin nasıl ilerleyeceğini tahmin edememeleridir. Bu durum, ailedeki günlük yaşamı altüst eder ve zamanla aile içi iletişimde kopukluklar ile sosyal etkileşimlerde azalma gibi sorunlara yol açmaktadırlar. (Soygür, 1999).

Şizofreni hastalarında halüsinasyon görme, düşünce ve davranışlarda düzensizlik, dağınık konuşma gibi pozitif semptomların yanı sıra, bilişsel etkilenimler, sosyal geri çekilme ve günlük aktivitelerini yerine getirmede güçlük gibi negatif semptomlar gözlemlenebilir (O'Brien ve ark., 2009). Bu belirtiler, aile üyelerinde utanma, suçluluk hissi ve depresif belirtiler gibi duygusal tepkilere yol açabilir. Ayrıca, aile üyeleri bu semptomlar nedeniyle kendilerini sosyal çevreden izole edebilirler. Yapılan birçok araştırma, şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin yaşam alanlarının bu süreçten etkilendiğini ortaya koymuştur (Doğan ve ark., 2002).

2.11. Tam Bağımlı Hasta

Tam bağımlı engelli birey; engel oranı %50 ve üzeri olan, doku, organ ve/veya fonksiyon kaybı ya da psikiyatrik bir tanıya bağlı olarak muhakeme yeteneği

değerlendirilmesi sonucunda, günlük yaşam aktivitelerini yardıma rağmen bağımsız bir şekilde yerine getiremediği tespit edilen kişiyi ifade eder. Başka bir deyişle, fiziksel, zihinsel veya ruhsal bozuklukların bireyi günlük yaşam aktivitelerini (yeme, giyinme, temizlik gibi) bağımsız şekilde gerçekleştiremeyecek hale getirmesini ifade eder. Bu grup genellikle felç, ileri evre demans, kas hastalıkları, ağır fiziksel engeller ve ileri düzey ruhsal bozuklukları olan bireylerden oluşur. Şizofreni hastaları bu grup içerisinde bir alt grubu temsil eder (<https://www.aile.gov.tr/eyhgm>, Erişim tarihi: 17 Şubat 2025). Dünya genelinde yaklaşık 24 milyon kişiyi etkileyen şizofreni, uzun vadede kalıcı hasar bırakan ilk on hastalık arasında yer almaktadır ve tedaviye dirençli veya hastalığı ilerlemiş olan bireyler tam bağımlı hale gelebilmektedirler. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, Erişim tarihi 20 Şubat 2025).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, betimleyici bir nitelikte olup, nitel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde 2025 yılında yapılmıştır. 01.01.2025 ile 01.04.2025 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.01.2025 ile 01.04.2025 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olan tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren yasal vasileri oluşturmaktadır. Veri doyumuna (benzer ve tekrar eden görüş ve ifadeler) ulaşıldığında, görüşmeler sonlandırılmıştır. Bundan dolayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh ve Sinir Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olan tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren yasal vasilerin, çeşitli sosyo-demografik özelliklere sahip, en az 6 ay süre ile düzenli olarak şizofreni tanılı hastanın bakımını üstlenen 18 erişkin bakım verenden oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Bu araştırmada veriler, yarı yapılandırılmış bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde, katılımcılara yönelik on yedi adet sosyodemografik bilgiye yer verilmiştir. İkinci bölümde ise, tam bağımlı şizofreni tanısı almış bireylerin yasal vasilerinin bakım sürecinde edindikleri deneyimleri derinlemesine incelemeyi amaçlayan beş açık uçlu soru bulunmaktadır. Söz konusu sorular, bakım verenlerin karşılaştıkları güçlükleri ve yaşadıkları deneyimleri ortaya koymak amacıyla, alan yazın doğrultusunda hazırlanmış ve detaylı görüşmeleri olanaklı kılacak şekilde

yapılandırılmıştır. Araştırma konusuna ilişkin kapsamlı bir literatür taramasının ardından görüşme soruları belirlenmiş ve bu doğrultuda kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Anket formunun hazırlanması sürecinde, soruların açık, anlaşılır ve akıcı bir dille ifade edilmesine özen gösterilmiş; yönlendirici ifadelerden özellikle kaçınılmıştır (EK-1).

Görüşmelere katılacak bireylere, görüşme öncesinde araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirme yapılmış, sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri ve araştırmanın yürütüldüğü kurum hakkında bilgi verilmiştir. Bununla birlikte, elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı ve katılımcıların kişisel bilgilerine (ad, soyad vb.) yer verilmeyeceği açıkça ifade edilmiştir.

Görüşmeler, katılımcıların uygunluk durumlarına göre belirlenen tarihler arasında (01.12.2024–01.04.2025) Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların izni alınarak görüşmeler sırasında ses kaydı yapılmış, eş zamanlı olarak notlar tutulmuştur. Görüşmeler, katılımcılarla karşılıklı göz teması kurulacak şekilde aynı düzeyde oturularak ve aktif dinleme teknikleriyle sürdürülmüş; görüşme formundaki sorularla süreç yönlendirilmiştir. Ortalama görüşme süresi 40 dakika olarak kaydedilmiştir. Elde edilen ses kayıtları ve notlar, araştırmacı tarafından yazılı metne dönüştürülerek analiz sürecine geçilmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Yapılan ayrıntılı görüşmelerin dökümleri, katılımcıların tutum ve algılarını daha derinlemesine anlayabilmek amacıyla analiz edilmiştir. Bu analiz sürecinde içerik analizi yöntemi kullanılmış, veriler belirli anahtar kelimelerle kodlanmıştır. Benzer özellik gösteren kodlar, kavramsal benzerlikleri dikkate alınarak kategorilere ve temalara ayrılmış, bu şekilde hiyerarşik bir yapı oluşturulmuştur. Sürecin temel amacı, elde edilen verilerin anlamlandırılması ve yorumlanmasıdır. Elde edilen bulgular, araştırmanın bulgular bölümünde detaylı bir şekilde sunulmuş ve değerlendirilmiştir.

Araştırmanın başlangıcında, görüşme kayıtları araştırmacı tarafından dijital ortama aktarılmıştır. Ardından, elde edilen veriler iki bağımsız araştırmacı tarafından defalarca okunarak kodlanmıştır. Kodlama sürecinde, görüşmeler sırasında tutulan notlar da dikkate alınmış ve araştırmanın amacına uygun temalar geliştirilmiştir. Bu temalar, alanında uzman üçüncü bir kişi tarafından kontrol edilerek değerlendirilmiştir. Sonrasında, üç araştırmacı bir araya gelerek kodlar ve temalar üzerinde ortak bir görüşe ulaşmıştır. Veriler, belirlenen temalar doğrultusunda gruplandırılmış ve kodlama işlemi yeniden gözden geçirilerek araştırma sorusuyla doğrudan ilişkili sonuçlara ulaşılmıştır. Araştırmanın nicel verileri SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı ile analiz edilirken, nitel verilerin analizi uygun nitel veri analiz programları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden bakım verenlerle sınırlandırılmıştır. Elde edilen bulgular yalnızca araştırmaya katılan çalışma grubunu kapsamakta olup, tüm evrene genellenemez. Nitel araştırmalarda bulguların genellenebilirliği sınırlı olduğundan, bu çalışmada da sonuçlar yalnızca belirlenen katılımcı grubuyla ilişkilidir. Ayrıca, araştırmanın verileri, çalışmanın yürütüldüğü zaman dilimi ve katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmeler sırasında elde edilen bilgilerle sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.12.2024 tarihli ve E.43012747 sayılı onayı doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmaya dâhil edilmeden önce katılımcılara, çalışmanın amacı, elde edilecek verilerin nasıl kullanılacağı ve yanıtların gizliliği konularında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Bilgilendirme sürecinin ardından, gönüllü katılım gösteren birey-ler örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırma etiği ilkeleri gereğince, katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve hiçbir aşamada isimlerine yer verilmemiştir.

4. BULGULAR

Araştırma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne tam bağımlı şizofreni tanılı hastası için başvuran ve bakım veren 18 hasta yakını ile yürütülmüştür. Katılımcıların %55,6'sı (n:10) kadın, %44,4'ü (n:8) erkektir. Yaş ortalaması $52,17 \pm 10,16$ standart sapma (SS) yıldır. Araştırmaya dahil edilen katılımcılardan yaş olarak en küçüğü 34, en büyüğü 69 yaşındadır. Katılımcıların medeni durumu; %83,3'ü (n:15) evli, %5,6'sı (n:1) bekar, %5,6'sının (n:1) eşi ölmüş, %5,6'sı (n:1) boşanmıştır. Katılımcıların eğitim durumu; %61,1'i (n:11) ilkokul mezunu, 5,6'sı (n:1) ortaokul mezunu, %16,7'si (n:3) lise mezunu, %16,7'si (n:3) üniversite mezunudur. Konuyla ilgili detaylı bilgiler Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

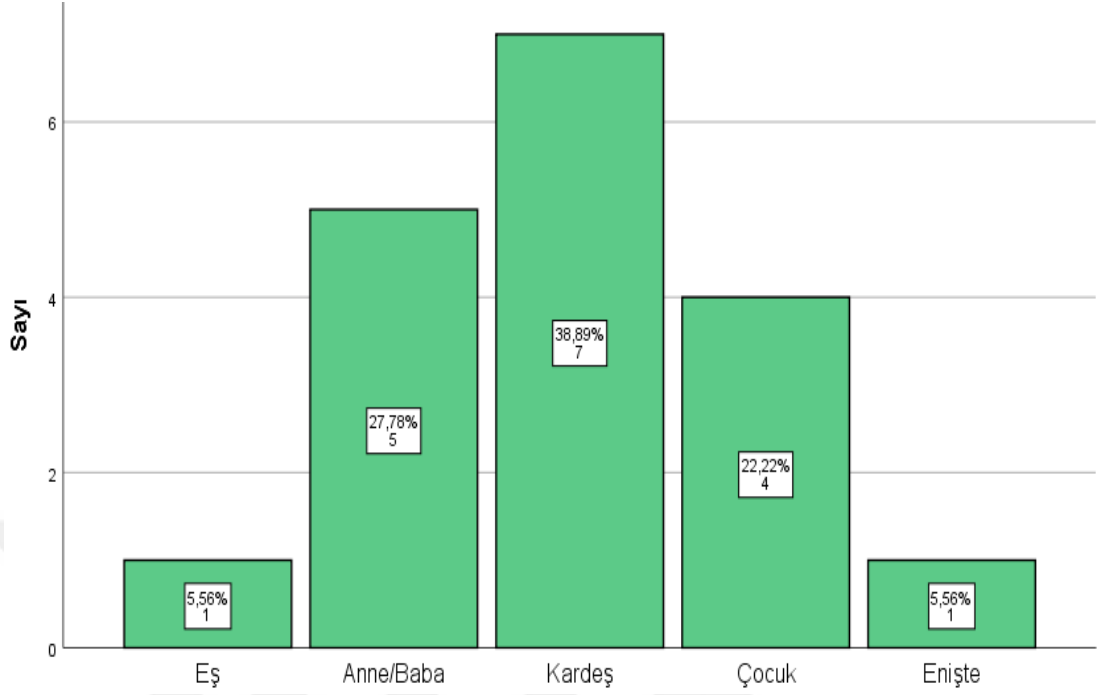
Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	10	55,6
Erkek	8	44,8
Eğitim Durumu		
İlkokul	11	61,1
Ortaokul	1	5,6
Lise	3	16,7
Üniversite	3	16,7
Medeni Durum		
Evli	15	83,3
Bekar	1	5,6
Dul	1	5,6
Boşanmış	1	5,6
Çalışma Durumu		
Tam Zamanlı	4	22,2
Yarı Zamanlı	3	16,7
Çalışmıyor	10	55,6
Emekli	1	5,6

Tablo 4.1. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri (devam)

İş Hayatı Etkilenme Durumu		
Çalışma Saatlerini Azaltan	2	11,1
Etkilenmeyen	16	88,9
Çocuk Sayısı		
Yok	1	5,6
1 Çocuk	5	27,8
2 ve Üzeri Çocuk	12	66,7
Sağlık Sorunu		
Evet	8	44,4
Hayır	10	55,6

Araştırma kapsamında yer alan bakım veren bireylerin bakım süresine ilişkin bulgular incelendiğinde; katılımcıların %5,6'sının (n:1) 1-3 yıl, %16,7'sinin (n:3) 4-6 yıl, %16,7'sinin (n:3) 7-10 yıl ve %61,1'inin (n:11) ise 10 yıldan daha uzun süredir bakım hizmeti sunduğu belirlenmiştir. Bu dağılım, bakım sürecinin çoğunlukla uzun soluklu olduğunu ve kronik bir sorumluluk haline geldiğini ortaya koymaktadır. Özellikle 10 yıl ve üzeri süreyle bakım veren bireylerin oranının oldukça yüksek olması şizofreni gibi uzun süreli seyir gösteren kronik ruhsal hastalıklarda bakım yükünün yıllar içinde katlanarak arttığını ve bu bakım verenlerin hayatlarında kalıcı bazı değişikliklere neden olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu ayrıca literatürde de sıklıkla vurgulanan ve şizofreni hastalığına sahip bireylerin bakımının devamlılık arz eden bir sorumluluk olduğu yönündeki görüşlerle örtüşmektedir.

Çalışma kapsamında görüşmeye katılan katılımcıların %38,89'unu (n:7) hastaların kardeşleri oluşturmaktadır. Bunu %27,78 (n:5) ile anne/baba ve %22,22 (n:4) çocuklar takip etmektedir. Eş ve enişte gibi daha uzak dereceli akrabaların oranı ise %5,56 (n:1) ile oldukça düşüktür. Bu durum, bakım sorumluluğunun çoğunlukla birinci dereceden aile bireyleri tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Aile üyelerinin bu sürece dâhil olması, hem bakımın sürekliliğini sağlamakta hem de duygusal bağlar nedeniyle sorumluluğu gönüllü olarak üstlendiklerini düşündürmektedir.

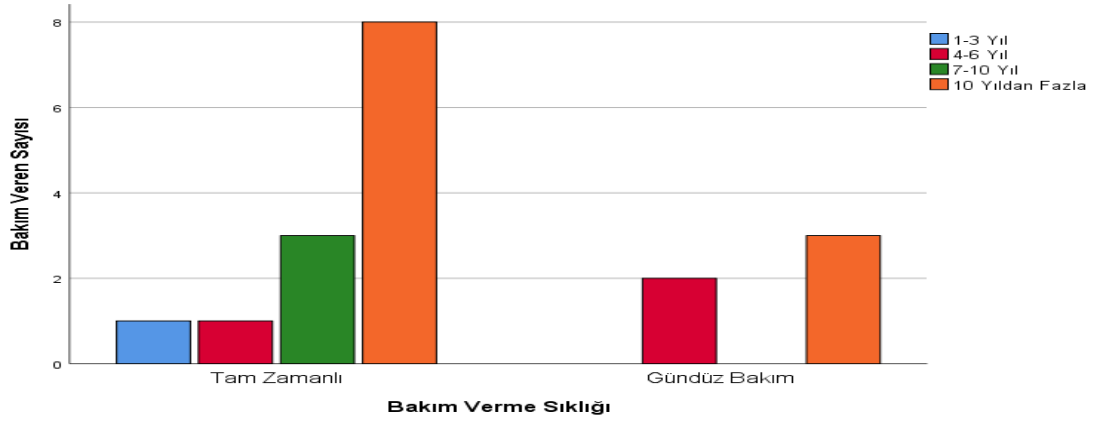


Şekil 4.1. Bakım verilen kişinin akrabalık derecesi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %44,4'ü (n:8) aile bireylerinden destek aldığını, %55,6'sı (n:10) ise herhangi bir destek almadığını ifade etmiştir. Bu bulgu, bakım verenlerin yarısından fazlasının sosyal destek kaynaklarından yoksun olduğunu göstermektedir.

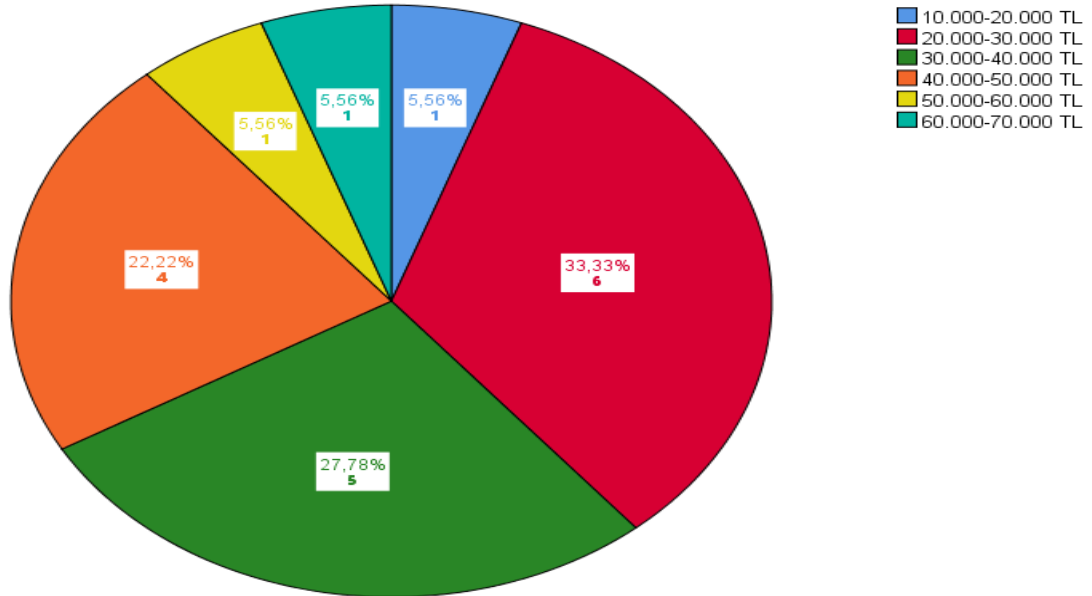
Araştırmaya katılan bakım verenlerin %77,8'i (n:14) devlet destekli sosyal hizmetlerden, %22,2'si (n:4) ise özel bakım merkezlerinden destek aldığını ifade etmiştir. Bu bulgu, devlet destekli hizmetlerin bakım sürecinde en çok tercih edilen destek kaynağı olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılanlardan 1-3 yıl ve 7-10 yıl arası bakım verenlerin tamamı tam zamanlı bakım sağlarken, 4-6 yıl arası bakım verenlerin %66,7'si gündüz bakım vermektedir. 10 yıldan uzun süredir bakım verenlerin %72,7'si tam zamanlı bakım vermekte, %27,3'ü ise gündüz bakım sağlamaktadır.

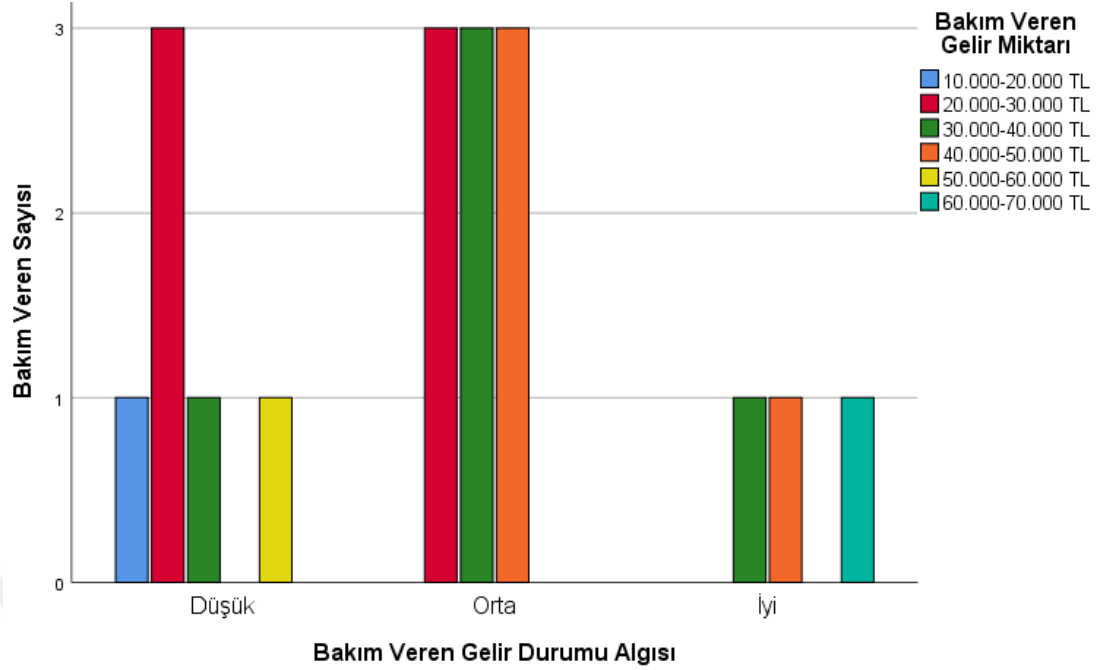


Şekil 4.2. Bakım verme sıklığı ve bakım verme yılının bakım veren sayısı ile karşılaştırmalı grafiği

Katılımcıların gelir durumu algısı; %33,3'ü (n:6) düşük, %50'si (n:9) orta, %16,7'si(n:3) iyi olarak değerlendirmiştir. Gerçek gelir miktarları incelendiğinde, düşük gelir algısına sahip olanların %50'si (n:3) 20.000-30.000 TL gelir bandında yer almaktadır. Orta gelir algısına sahip olanların %33,3'ü (n:3) 20.000-30.000 TL, %33,3'ü (n:3) 30.000-40.000 TL, %33,3'ü (n:3) 40.000-50.000 TL gelir bandında yer almaktadır.



Şekil 4.3. Bakım veren hane gelir miktar



Şekil 4.4. Bakım veren gelir durumu algısı ve bakım veren gelir miktarının karşılaştırmalı grafiği

Tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım verenlerin vasisi olan yakınlarıyla bakım süreçleri ile ilgili yaşadıkları deneyimler açısından yapılan görüşmelerin ardından elde edilen veriler analiz edilmiş ve veri setinde sıkça tekrarlanan veya katılımcıların özellikle vurguladığı olaylar ve durumlar belirlenmiş ve elde edilen veriler beş ana başlık ve uygun alt başlıklar altında toplanmıştır. Görüşmelerin nitel verilerinden elde edilen bulgular; “Tanı Anı ve İlk Tepkiler”, “Bakım Sorumluluğu ve Günlük Rutinler”, ”Bakımın Bakıcı Üzerindeki Etkileri”, “Toplum ve Sosyal Çevre ile İlişkiler” ve “Sistem ve Kurumsal Destek Algısı” olmak üzere beş tema altında sunulmuştur (Tablo 4.2.). Bu beş tema için uygun alt temalar belirlenmiştir. Bu temalar ve alt temalar hakkında detaylı açıklamalar yapılmış ve her bir tema ve alt tema için örnek ifadelerle vurgu yapılmıştır.

Tablo 4.2. Tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım verenlerin bakım süreçleri ile ilgili yaşadıkları deneyimler için belirlenen tema ve alt temalar

Tema	Alt Tema
Tanı Anı ve İlk Tepkiler	Şok ve inkâr Üzüntü ve kaygı Suçluluk ve geçmişe dönük sorgulama İnanç ve kabullenme süreci
Bakım Sorumluluğu ve Günlük Rutinler	Fiziksel bakım faaliyetleri Ruhsal ve duygusal destek Bakımda karşılaşılan zorluklar
Bakımın Bakıcı Üzerindeki Etkileri	Kendi yaşamından ödün verme Psikolojik tükenmişlik Fiziksel sağlık problemleri Kişisel zamanın kalmaması Bakım sürecinde yalnızlaşma
Toplum ve Sosyal Çevre İle İlişkiler	Damgalanma ve ayrımcılık deneyimi Anlayışlı çevre örnekleri Bilinçsiz toplum ve eğitim eksikliği Hastalığı gizleme eğilimi
Sistem ve Kurumsal Destek Algısı	Devlet desteklerinin yetersizliği TRSM memnuniyeti Sağlık hizmetlerinde devamlılık sorunu Sosyal hizmet ve bakım kurumu talepleri

4.1. Tanı Anı ve İlk Tepkiler

Bu tema, bakım veren bireylerin şizofreni tanısı almış yakınlarıyla ilgili ilk tanı anında verdikleri tepkileri ve bu süreçte oluşan duyguları kapsamaktadır. Katılımcılar, genellikle yakınlarının şizofreni tanısı almasının beklenmedik bir durum olduğunu ve bu durumu anlamlandırmakta ve kabullenmekte zorluk yaşadıklarını ifade etmektedirler. Verilen ilk tepkiler ve hissedilen duygular arasında inkâr, şok, üzüntü, suçluluk ve kabullenememe durumu gözlemlenmektedir.

4.1.1. Şok ve inkâr

Şizofreni tanısı, bakım verenler için çoğu zaman beklenmedik bir durum olarak tanımlanmakta; bu tanı, bakım veren yakınlarının inkâr ve şaşkınlık duygusu hissetmesine yol açmaktadır. Özellikle hastalığın ruhsal sağlıkla ilgili olması, hasta yakınlarının bu durumu anlaması ve kabullenmesini daha da zorlaştırmaktadır.

K 1: "Doktor muayene etti sonra da bir defter verdi elime. Teyzeciğim bu oğlan şizofreni dedi... Şizofreni dedi ama ben böyle baka kaldım... Şok oldum. Böyle bir hastalık nasıl olabilir? Nasıl bizim başımıza gelebilir?"

K 2: "İlkokuldan üniversiteye kadar derslerimde bana yardım eden birisi... Bu nasıl olur? Zeki birisiydi diyorum ya. Yakıştıramıyorsun. Şoka giriyorsun."

K 3: "Oğlum çok zeki bir çocuktı... Bu tanıyı alınca nasıl hissedebildim ki... Dondum kaldım, ama ne yapabilirsiniz? Elimden ne gelir ki?"

K 17: "Tanısını öğrendim sonrasında... O zaman dünyam çöktü işte. İçime kötü bir his geldi. Dayanamadım, yüreğim dayanmadı. Kabul edemedim."

4.1.2. Üzüntü ve kaygı

Tanı sürecinde bakım verenlerin yoğun bir üzüntü, çaresizlik ve gelecek kaygısı yaşadığı görülmektedir. Bu durum, hasta yakınlarının yakını tanı aldıktan sonra yakınına dair beklentilerinin, hayallerinin ve planlarının sarsılmasıyla ilişkilidir.

K 2: "Bir hafta içinde saçlarım bembeyaz oldu... Çünkü beni ilkokuldan üniversiteye bu denli akademik düzeyde ders çalıştıran birisi. Nasıl böyle bir tanıyı alır?"

K 9: "Çok üzüldüm, çok. Neden böyle? diye hep sorguladım... Deprem ve ablamın hastalığı üst üste geldi. Yakınlarımızı kaybettik hep. Çok zorluk yaşadık."

K 10: "Benim oğlum 14 sene sonra oldu... 14 sene sonra da rahatsızlandı... Hüsrana uğradım... Hayatın akışında hiç o şekilde düşünmüyorsun ama hayat sizi o yöne doğru dolduruyor."

K 11: "Başımdan aşağı kaynar sular döküldü. Korku ve şok aynı zamanda üzüntü hepsi birbirine karıştı... Ama kendimi bildim bileli de hep bir sorun vardı evde."

4.1.3. Suçluluk ve geçmişe dönük sorgulama

Bazı bakım verenler tanı koyulduktan sonra geçmişe dönük sorgulamalara yönelmiş, belirtileri önceden anlayamamaları ya da uygun müdahaleyi zamanında gerçekleştirememek nedeniyle kendilerini suçlamışlardır.

K 5: "Ben çok sinirlenmişim. Çünkü bu hastalık çocukluktan geliyormuş. Küçükken fark edilseymiş daha kolay tedavi edilirmiş... Dedim ki ihmal mi ettik acaba? Biz de mi suç?"

K 9: "Benim ablam ezik büyüdü... Eşinden şiddet gördü. Deprem de yaşadık. Sonra kendi kendime dedim ki... bunların hepsi birikti, bu hastalığı o yüzden yaşadı belki de suç bizdedir."

K 10: "Acaba annem babam ayrılmayı böyle olur muydu diye düşündüm. Bunun vicdan azabını annem de çok yaşadı. Sürekli bir sorgulama ve suçluluk oluyor.."

4.1.4. İnanç ve kabullenme süreci

Tanının ardından geçen zamanla birlikte bazı bakım verenler dini inançları ya da elde ettikleri deneyimler sonucunda durumu kabullenmeye başladıkları, bu kabullenmenin ise bakım verme sürecini daha da kolaylaştırdığını belirtmişlerdir.

K 6: "Ama zamanla insanoğlu her şeye alışıyor. Kardeşimin şizofreni olmasına da zamanla alışacağımı bildiğim için de tepkilerim daha olgun olabilir."

K 14: "Mücadele etmeyi biliyorum. Bunları da göz önünde bulundurabilirsiniz... Eğer inançlı olmasaydım... kendimi harap edebilirdim."

K 17: "Çok şükür biraz böyle dini inancımız olduğu için bunlar bize çok zor gelmedi bana. İmtihan dedim. Bu da bir sınav benim için dedim."

K 8: "Tuvalete bile destekle gider. Tuvaletini her zaman tutamadığı ve gidemediği için altı her zaman bezlidir. Kıyafetlerini çıkaramaz, giyemez mesela.

K 15: "Yemesini içmesini kendisi yapabiliyor ama diğer tüm ihtiyaçlarını biz gideriyoruz. Bize tam bağımlı. Biz olmadan yapamaz. Bebek gibi bakıyoruz ona işte."

K 16: "Tırnaklarını keserim. Etimi kesiyorsun, parmağımı kesiyorsun sen der bana... Altını bezliyorum mesela. Onun kontrolünü yaparım. Saçını tararım. Saçını ben keserim mesela."

4.2.2. Ruhsal ve duygusal destek

Fiziksel bakıma ek olarak, bakım verenlerin hastalara duygusal destek sağlama, onları yalnız hissettirmeme ve hastaların ruhsal olarak kötüleştiği dönemlerde psikolojik anlamda yanında olduklarından ve desteklerinden bahsetmişlerdir.

K 1: "Ben artık günlerimi falan iptal ettim... böyle olunca benim bütün dengem bozuldu. Ama ilgisizlik yapmam asla. Sabah kalkar kahvaltısını hazırlarım, dışarı çıkarız.. Kötüleştiği dönemlerde hep yanında hissetmesi için elimden geleni yapıyorum."

K 3: "Bir günümüz huyuna suyuna gitmekle geçiyor. Huyuna giderseniz sıkıntı olmuyor. Ben kendi devrimi kapattım. Şu an oğlumla ilgileniyorum. Yalnız hissetmemesi için destekliyorum."

K 4: "Benim oğlum 14 sene sonra oldu... Onu çok dolu dolu yaşadık. Bir gününü kaçırmadık. Şu an özel bir yaşantımız yok. Kendimize ait bir hayatımız kalmadı. Tüm odak noktamız oğlumda, onun mutluluğunda."

K14: "Onu mutlu etmek, onu hoş tutmak. Yani nasıl anlatacağım bilmiyorum... Kısacası artık ben diye bir şey yok."

4.2.3. Bakımda karşılaşılan zorluklar

Banyo yapmayı reddetme gibi davranışlar bakım sürecini ve hijyeni olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım sürecinde hasta ile yaşanan iletişim sorunları ve inatlaşmalar bakım verenin duygusal yükünü artırmakta, sürekli bakım ihtiyacı ise iş hayatını zorlaştırmakta ve ekonomik olarak bakım verenleri zorlamaktadır. Aynı zamanda

sağlık sisteminde yaşanan uzman doktor eksikliği, tedavi süreçlerinde aynı hekime muayene olamama ya da kurumsal desteklerin sınırlı olması gibi faktörler bakım sürecini daha da zorlaştırmaktadır.

K 2: "Banyosuna kadar ben yaptırıyordum. Bakım becerilerini ben yaptırıyorum. Tuvalet temizliği, kıyafetleri, yemeğinin hazırlanması... Zihninizde şöyle düşünün, yeni doğmuş bir bebek bakıyorsunuz ama ele avuca sığmıyor."

K 5: "Mesela benim abim bir gün oturuyor. Meksika Brezilya maçı var. Durup dururken dedi ki bana ne dedi, bu Meksika takımından antrenörlük teklifi geldi bana dedi. Ne yapayım dedi. Dedim abi hemen karar verme düşün dedim biraz. Meksika dedim bak sıcak memleket. Düşüneyim değil mi dedi. Düşün dedim abi ya."

K 6: "Kardeşimle ilgilenebilmek için çalışma saatlerimi bile azalttım... Maddi ihtiyaçlar da oluyor elbette. Aldığı engelli maaşı yetmiyor. Destek oluyoruz hep."

K 7: "Banyoya yardım ediyorum... Ama taharet problemi de yaşıyordu. Durarak, anlatarak üzerinde durarak onu da biraz aştık. Aştım yani."

K 8: "Komşular gelir mesela eve. Komşu yani oturmaya geliyor işte. Beni sen yıka diyor. Bunlar bana bakmıyor diyor. Sanki hiç yıkanmıyormuş gibi."

K 9: "Bakım verdiğim süreçte en çok zorlandığım konu kesinlikle banyo yaptırmak... Bu suyu sevmemesi gibi bir şey değil. Banyonun fiziksel şartlarıyla alakalı... Duşakabin çok yüksek. Zor çıkartıyordum."

K 12: "Yemek yaparız. Ben bu yemeği yemem der. Yemeyeceğim der. Niye yemeyeceksin ? Ben bunu yersem günaha gireceğim ve cehenneme gireceğim. Ama gelin görün ki onu anlatın. Eğer yemeyecekse kesinlikle yemiyor."

K 13: "Mesela buraya getireceğim maddi olarak zorlandığım zamanlar da oldu. Getirmeye paramın olmadığı zamanları bilirim. İstedğim gibi kardeşime koşamadığım zamanlar oldu."

K 14: "Bakın yaklaşık 15 sene sonra yardım alabildik. Biz bu hastaya zaten daha önce de bakıyorduk... Ama bugün alınan paranın kesinlikle bez parasına bile yettiğine inanmıyorum."

K 15: "Tedavi için götürdüğümde hep farklı doktorlar çıkıyor. Anlat anlat tekrar başa dön. Yeni biri anlamıyor. Devamlılık yok. Her doktor farklı bir şey söylüyor."

4.3. Bakımın Bakıcı Üzerindeki Etkileri

Bu tema, bakım sürecinin bakım verenlerin kişisel yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır. Bakım verenler hem fiziksel hem ruhsal açıdan büyük bir yük taşımakta ve kendi yaşamlarından önemli ölçüde ödün vermektedir.

4.3.1. Kendi yaşamından ödün verme

Bakım süreci, bireyin kendi kişisel hayatından ödün vermesine neden olabilmekte ve hobilerinden, sosyal aktivitelerinden, eğitim ve kariyer hedeflerinden fedakarlık yapmak zorunda kalmasına yol açmaktadır.

K 3: "Doğru konuşmak gerekirse doktor bey, şu an ben kendi devrimi kapattım. Şu an oğlumla ilgileniyorum. Artık ben diye bir şey yok."

K 5: "Ben eskiden hep ailemi terk etmeyi düşünüyordum. Çünkü abim bana çok zulüm ederdi... Ama şimdi onunla ilgileniyorum. Kendi ihtiyaçlarım elbette aksıyor."

K 17: "Ben kendim için yaşamıyorum şu anda zaten. Tamamen hayatımdan ödün verdim. Hep birilerinin düzeni için yaşıyorum şu anda."

4.3.2. Psikolojik tükenmişlik

Uzun süreli bakıma ihtiyacı olan tam bağımlı şizofreni tanısı almış hastalara bakım verme sürecinde bakım verenler duygusal olarak olumsuz etkilenmekte dolayısıyla tükenmişlik, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtiler gözlemlenmektedir.

K 5: "Ben de psikolojik destek alacak bazı duygularımı atlatmaya çalıştım. İnsanın bedeni hastalanıyor ya. Ruhunu da hastalanıyor. Yani sadece beden değil, insanın ruhu da hastalanabiliyor. Benim de ruhum hastalandı."

K 8: "Bazen şey böyle. Hani ister istemez siz de sinirleniyorsunuz. Bu sefer de vicdan azabı duyuyorsunuz. Yani niye sesimi yükselttim? Hani zaten hasta... Sonra da üzüntü işte."

4.3.3. Fiziksel sağlık problemleri

Sürekli bakım yükü psikolojik tükenmişlik yanında ayrıca bakım verenlerde uyku düzensizlikleri, kronik ağrılar, hipertansiyon, mide problemleri gibi fiziksel sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

K 3: "Şu an tansiyon hastasıyım. Yalan değil. Tansiyon ilaçları kullanıyorum. Bu süreçte oldu... Bu süreç beni tansiyon hastası yaptı daha nasıl ödüne vereyim?"

K 7: "Bazen bu dönem uyuyamıyorum mesela. Ya çok uyuyorum ya hiç uyuyamıyorum... Bakım süreci, eşimin alakasız olması falan beni çok yordu."

4.3.4. Kişisel zamanın kalmaması

Bakım verme sorumluluğunu üstlenmek bakım verenlerin kendine zaman ayırmasını engellemekte ve kişisel yaşamını ihmal etmesine yol açmaktadır.

K 3: "Bir günümüz onun huyuna suyuna gitmekle geçiyor. Sabah kalkar, kahvaltı yaparız... Benim artık dışarı çıkmak, araba sürmek, sosyal hayatım yok. Kendime zaman ayıramıyorum."

K 9: "Sürekli başkasını düşünmek zorundasın. Kafan hep dolu. Hep bir meşguliyet var. Düşünün kendinize zaman zaten ayıramıyorsunuz... ama zaman bulduğunuz zamanda zihniniz meşgul."

4.3.5. Bakım sürecinde yalnızlaşma

Bakım veren bireylerin sosyal çevrelerinden uzaklaştıkları, yalnızlaştıkları ve bazen sosyal destekten yoksun hissettikleri görülmektedir.

K 6: "Böyle bir durumda yalnız kaldığımı çok hissettiğim zamanlar oldu. Çaresiz kaldığım anlar da oldu."

K 7: "Ben ağlayıp zırlayabilen bir insan değilim... Ama çok fazla yalnızlık ve çaresizlik yaşadım. Hatta şöyle diyeyim; benim arkamda kimse yoktu."

4.4. Toplum ve Sosyal Çevre ile İlişkiler

Bu tema, tam bağımlı şizofreni tanısı almış hasta yakınlarının sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini ve toplumun ruhsal hastalıklara karşı bakış açısını kapsamaktadır. Bakım verenler bu süreçte yaşadıkları damgalanma ve destek deneyimlerini aktarmaktadır.

4.4.1. Damgalanma ve ayrımcılık deneyimi

Toplumun şizofreni tanısı almış hastalara yönelik önyargıları nedeniyle hasta ve bakım veren damgalanmakta; bu durum sosyal dışlanma ve etiketlenme ile sonuçlanmaktadır.

K 1: "Mesela biri geliyor evimize, ona bakıyor böyle şaşkınlıkla. Sorular soruyor ama hep ön yargıyla. Resmen dışlıyorlar.."

K 10: "Benim ilk eşimle evli olduğum dönem babam bana al kardeşini götür sen bak demişti. Aldım ben ağabeyimi getirdim. Eşimden o sıcaklığı hissedemedim. Bir bakamam imajı oldu. Veya öyle bir şey hissettim ben.Sanki ayrımcılık yaptı... Sonrasında ayrıldık zaten."

K 18: "Türkiye'de ben bu şeyi yaşadım. Ayrıntılı gördüm. O nasıl desem etiket mi desem onu hissettim. Yeni jenerasyonda gördüm ama ailelerden akrabalarından falan herkes sahip çıkıyor sağ olsun."

4.4.2. Anlayışlı çevre örnekleri

Bazı bakım verenlerin sosyal çevresindeki insanların durumlarını anlamaya ve destek olmaya çalıştığı, empati kurabildiği gözlemlenmiştir.

K 6: "Eşim mesela beni hiç yalnız bırakmadı. İlk zamanlar zordu ama birlikte alıştık. Şimdi o da destek oluyor."

K 9: "Benim çevrem çok anlayışlıydı. Komşularım olsun, akrabalarım olsun hep destek oldular. En azından halimi hatırımı sorarlar. O bile yetiyor insana."

4.4.3. Bilinçsiz toplum ve eğitim eksikliği

Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin bilgisinin yetersiz olması, hastalığın yanlış anlaşılmasına ve hasta bireylerin ötekileştirilmesine neden olmaktadır.

K 1: "Bizim açıklamaktan yorulduğumuz oluyor. Toplum çok bilgisiz."

K 5: "Toplumun eğitilmesi gerektiğini düşünüyorum... Belki seminer belki televizyon da tanıtımlar..."

K 7: "Birçok insan hâlâ bu hastalığı bilmiyor. Delilik sanıyor. Onlara anlatmak gerekiyor ama herkes dinlemiyor ki. Bilgisizlik çok."

4.4.4. Hastalığı gizleme eğilimi

Bakım verenler, sosyal çevrelerinden damgalanma korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi göstermekte, bu da destek arayışlarını sınırlamaktadır.

K 12: "Biz başlarda hep sakladık. Komşulara bile söylemedik. Bir şey olur, laf ederler diye. Sonra yavaş yavaş anlattık ama hep bir tedirginlik vardı."

K 15: "Kızım okuldayken öğretmenlerine bile uzun süre anlatmadık. Fark etmesinler istedik. Ayıplarlar diye korktuk açıkçası."

4.5. Sistem ve Kurumsal Destek Algısı

Bu tema, bakım veren bireylerin kamu desteklerine ve sağlık kuruluşlarına ilişkin düşünceleri gözlemlenmektedir. Bakım verenler mevcut desteklerin yetersizliğini vurgulamakta ve çözüm önerilerini dile getirmektedir.

4.5.1. Devlet desteklerinin yetersizliği

Maddi yardım, devlete ait bakımevlerinin az olması gibi devlet desteklerinin yetersizliği, bakım verenlerin yükünü artırmakta ve memnuniyetsizliği artırmaktadır.

K 6: "Bakın yaklaşık 15 sene sonra yardım alabildik. Biz bu hastaya zaten daha önce de bakıyorduk... Ama bugün alınan paranın kesinlikle bez parasına bile yettiğine inanmıyorum."

K 10: "Biz tavana vurmuş durumdayız. O 25 senelik öyküyü anlatsak 10 tane film çıkar... Bu sistemde destek alabilmek çok zor."

4.5.2. TRSM memnuniyeti

TRSM'nin sağladığı sürekli aynı ekip tarafından takip, sosyal etkinlikler ve rehabilitasyon hizmetleri bakım verenler tarafından olumlu değerlendirilmiştir.

K 4: "Olumlu görüşüm TRSM'ler. Mesela toplum ruh sağlığı merkezine gidiyor, orada el işleri öğreniyor. Sosyalleşiyor. İlaçlarını düzenli alıyor."

K 18: "Yani TRSM'deki doktorları çok seviyor. Onlarla her şeyini paylaşıyor artık. Mesela ben buraya gönderemiyordum önceden, şimdi kendi istiyor."

4.5.3. Sağlık hizmetlerinde devamlılık sorunu

Tedavi sürecinde aynı hekime ulaşmada zorluk veya hekim değişiklikleri ve hizmetlerin sürekliliğinin sağlanamaması, hastanın iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir.

K 12: "Tedavi için götürdüğümde hep farklı doktorlar çıkıyor. Anlat anlat tekrar başa dön. Yeni biri anlamıyor. Devamlılık yok. Her doktor farklı bir şey söylüyor."

K 15: "Hastanelerde sürekli farklı ekiple karşılaşmak tedavi sürecini zorlaştırıyor.. Devamlılık önemli...."

4.5.4. Sosyal hizmet ve bakım kurumu talepleri

Bakım verenler hastalara bakım verilebilecek, hastaların yerleştirilebileceği veya gün içerisinde zamanlarını geçirebilecekleri nitelikli sosyal hizmet kuruluşlarının sayıca artırılmasını ve bu hizmetlere erişimin kolaylaştırılmasını talep etmektedir.

K 4: "Ben Şimdi Kocaali'ye taŐındım. Kocaali'de TRSM yok. Böyle çalıŐabilecekleri, para kazanabilecekleri yerler olmalı artık. Sadece el iÇi değil, üretim de olmalı."

K 13: "Devletimizden bu konuda daha fazla yerleŐim yeri, sosyal hizmet kurumu istiyoruz. İnsanlar bu yükle baş başa kalmamalı. Herkesin gücü yetmiyor."



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Şizofreni, bireyin yalnızca zihinsel ve davranışsal işlevlerini değil, aynı zamanda yaşam kalitesini derinden etkileyen karmaşık ve kronik bir ruhsal bozukluktur. Hastalığın ileri evrelerinde bireyler temel yaşamsal gereksinimlerini karşılayamayacak hale gelerek tam bağımlı bir konuma gelebilirler. Bu durum, bakım verenlerin omuzlarına yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve ekonomik açıdan da ağır bir sorumluluk yüklemektedir. Literatürde sıklıkla şizofreni hastalarının tedavi süreçleri üzerinde durulsa da, bakım verenlerin yaşadığı deneyimlerin göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır. Özellikle uzun süreli bakım süreçleri, bireylerin ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratarak tükenmişlik, izolasyon, suçluluk ve çaresizlik gibi duygulara neden olabilmektedir. Bu bağlamda, çalışmamızda tam bağımlı şizofreni tanısı almış bireylerin bakımını üstlenen yasal vasilerin, bakım sürecinde karşılaştıkları zorluklar, bu sürecin çok boyutlu etkileri ve başa çıkma yöntemleri derinlemesine incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bakım verenlerin sadece kısa süreli yardıma değil psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan uzun vadeli ve planlı hizmetlere ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bu tür destekler, hem hasta bakımının kalitesini artırabilir hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini korumaya yardımcı olabilir.

Bu çalışma, tam bağımlı şizofreni tanısı almış bireylerin bakım süreçlerinde yer alan bakım verenlerin yaşadıkları çok yönlü deneyimleri incelemiş ve bu bireylerin karşılaştıkları fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal zorlukları kapsamlı biçimde ortaya koymuştur. Araştırmanın bulguları, önceki literatürle büyük oranda örtüşmekte olup, özgün vaka örnekleri ise bu alanın daha derinlemesine anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Çalışmamızda tam bağımlı şizofreni tanısı almış bireylerin bakımını üstlenenlerin deneyimleri beş ana tema altında incelenmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı, hastalık tanısının konulduğu ilk anda şok, inkâr, üzüntü, kaygı ve suçluluk gibi yoğun duygusal tepkiler yaşadıklarını ifade etmiş; zamanla inanç sistemleri doğrultusunda bu durumu kabullenme sürecine geçtikleri görülmüştür. Günlük yaşamda üstlendikleri

fiziksel bakım görevlerinin yanı sıra, hastalarına duygusal anlamda destek sunma sorumluluğu da taşımaları, bakım sürecini daha karmaşık hale getirmiştir. Bu süreçte birçok bakım veren; kişisel yaşamından ödün verme, psikolojik tükenmişlik, fiziksel sağlık sorunları yaşama ve sosyal çevreden uzaklaşma gibi çok yönlü etkilerle karşı karşıya kalmıştır. Ayrıca toplumun damgalayıcı bakışı, dışlanma ve hastalığı gizleme eğilimi, bakım verenlerin sosyal izolasyonunu artırmış; toplumdaki bilinç düzeyinin düşüklüğü, sürece ilişkin destek beklentilerini olumsuz etkilemiştir. Katılımcılar, TRSM hizmetlerinden kısmen memnun olduklarını belirtmekle birlikte, devlet desteklerinin yetersiz kaldığını, sağlık hizmetlerinde süreklilik sorunu yaşandığını ve sosyal hizmetlere erişimin güç olduğunu vurgulamışlardır. Bu bulgular, bakım veren bireylerin sadece bireysel değil, aynı zamanda yapısal düzeyde çok yönlü desteğe ihtiyaç duyduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin bakım sürecinde yaşadıkları deneyimler çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Özellikle şizofreni tanısının ilk kez koyulduğu dönemde aile bireylerinin yaşadığı inkâr, şok, üzüntü ve kaygı gibi duygular dikkat çekicidir. Tanı anında ailelerin yaşadığı bu duygular, çoğunlukla yetersiz bilgi, korku ve çaresizlikle ilişkili görülmektedir (Kaya ve Gençdoğan, 2019). Bu çalışmada da benzer şekilde, katılımcılar inanç temelli başa çıkma stratejileri geliştirerek süreci anlamlandırmaya çalışmışlardır. Özellikle dini inançlar ve kader anlayışı, bakım verenlerin bu yükü kabullenmelerine yardımcı olmuş; bu durum yalnızca Balcı ve Ertem'in (2022) bulgularını değil, aynı zamanda şizofreni hastalarına bakım verenlerde dini baş etmenin psikolojik iyilik halini artırdığını ortaya koyan birçok çalışmayı desteklemektedir (Murray-Swank et al., 2006; Kakati et al., 2020; Rohmi et al., 2023; Riasmini et al., 2023).

Bakım sürecinde yaşanan suçluluk hissi, hastalığın geçmişte fark edilmemesi ya da müdahale edilmemesi gibi nedenlere dayanmaktadır. Katılımcılar, geçmişte yapılan ya da yapılmayan davranışlardan dolayı kendilerini sorumlu hissetmekte; bu da onların duygusal yükünü daha da artırmaktadır. Suçluluk duygusu, aile üyelerinin kendilerini yargılamasına ve geçmiş yaşantılarla hesaplaşmasına neden olmaktadır. Bu durum,

aile içi rollerin yeniden tanımlanması ve bireyin bakım veren olarak kimlik kazanması sürecinde karmaşa yaratmaktadır.

Bakım sürecinin fiziksel yükü oldukça belirgindir. Görüşmelerden elde edilen bulgulara göre, kişisel hijyen, beslenme, ilaç takibi, kriz yönetimi gibi temel bakım görevleri, bakım verenler tarafından üstlenilmiştir. Bu durum bazı çalışmalarda da belirtildiği üzere, bakım verenin yaşam kalitesini düşürmekte ve kendi sağlığını ikinci plana atmasına neden olmaktadır (Şahin ve ark., 2020; Kara ve ark., 2018; Yılmaz ve Gündüz, 2017; Öztürk ve ark., 2021). Katılımcılar arasında bu yükü “bebek gibi bakmak zorundayız”, “hiç büyümeyen bir çocuk bakıyoruz” şeklinde tanımlayan bireyler, sürecin yoğun emek gerektiren bir yaşam biçimine dönüştüğünü açıkça ortaya koymuştur.

Bununla birlikte, psikolojik tükenmişlik, suçluluk duygusu ve yalnızlık gibi psikososyal sorunlar da bakım sürecinin önemli bir parçasıdır. Kadın katılımcılar özellikle sosyal çevrelerinden uzaklaştıklarını ve kişisel yaşamlarını geri planda bıraktıklarını vurgulamıştır. Güler ve Uçanok'un araştırmasına göre, kadın bakım verenlerin bireysel rollerle bakım verme rolleri arasında sıkıştıkları ve bu durumun tükenmişlik düzeylerini artırdığı görülmektedir (Güler ve Uçanok, 2021). Ayrıca Yıldız ve Yıldız tarafından yapılan çalışmada da, kadınların bakım yükü nedeniyle depresyon ve anksiyete semptomları yaşadığı belirtilmiştir (Yıldız ve Yıldız, 2017). Bu çalışmadaki bulgular da bu durumu desteklemektedir; zira katılımcılar “Ben diye bir şey kalmadı.” ya da “Kendi devrimi kapattım.” ifadeleriyle bireysel benliklerinin silinmeye başladığını ifade etmiştir.

Ekonomik sorunlar da bakım sürecinin önemli bir bileşenidir. Katılımcılar, maddi açıdan yıprandıklarını, çalışmadıklarını ve devlet desteklerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Şenol ve arkadaşlarının çalışmasında da belirtildiği gibi, kronik psikiyatrik hastalıklarda bakım verenler sıklıkla iş gücü piyasasından uzaklaşmakta ve ekonomik bağımsızlıklarını kaybetmektedir (Şenol ve ark., 2019; Demirtaş ve Kaya, 2017; Aksoy ve Yılmaz, 2020; Taş ve ark., 2018). Bu çalışma da bu durumu doğrular

niteliktedir, zira katılımcıların çoğu, engelli maaşlarının günlük ihtiyaçlara yetmediğini belirtmiştir.

Toplumun şizofreni hastalarına ve onların ailelerine yönelik tutumları, damgalanma ve dışlanma biçiminde ortaya çıkmaktadır. Corrigan ve Watson’a göre damgalama, sadece hastayı değil, ailesini de kapsayan bir sosyal ayrımcılık biçimidir (Corrigan ve Watson, 2022). Katılımcıların çoğu, komşularından ya da sosyal çevrelerinden olumsuz tepkiler alma korkusuyla hastalığı gizleme eğilimi göstermektedir. Bu durum, toplumun ruh sağlığına dair bilgi eksikliğini ve önyargılarını ortaya koymaktadır. Görüşmelerde yer alan “Komşulara söylemedik.”, “Utaniyoruz.” gibi ifadeler, bu sosyal baskının bakım verenler üzerindeki etkisini somut şekilde gözler önüne sermektedir.

Kurumsal hizmetler konusundaki görüşler iki yönlüdür. Katılımcıların büyük kısmı, TRSM gibi kuruluşların olumlu katkı sağladığını belirtmekle birlikte, bu hizmetlere coğrafi ve altyapısal nedenlerle her bölgede eşit şekilde erişim sağlanamadığını vurgulamıştır. Ancak, tam bağımlı şizofreni hastalarının bakımında aile hekimliğinin önemi giderek artmaktadır. Aile hekimliği modeli, hastalara sürekli, kapsamlı ve bütüncül bakım sunma işleviyle ön plana çıkmaktadır. Özellikle doktor sürekliliği açısından aile hekimliği sistemi, hastaların ve bakım verenlerin tedavi sürecinde kopukluk yaşamamasını sağlayarak, hasta ve bakım veren ilişkisinin güçlenmesine katkı vermektedir. Bu bağlamda, aile hekimlerinin sahip olduğu sürekli bakım, hastalık önleme, sağlık eğitimi ve toplum odaklı hizmet gibi çekirdek yeterlilikler tam bağımlı psikiyatrik hastaların karmaşık bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında kritik rol oynamaktadır. Ayrıca, Dünya Aile Hekimliği Organizasyonu (WONCA) tarafından tanımlanan “Wonca Tree” modeli, aile hekimliğinin disiplinler arası, kapsamlı ve hasta merkezli yaklaşımını göstermekte; bu model çerçevesinde aile hekimleri, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarının sürekliliğini sağlamakla yükümlüdür. Böylece aile hekimliği, sağlık sisteminde süreklilik, bütüncül hizmet ve hasta takibi gibi temel ilkelerin etkin biçimde uygulanmasına olanak tanımakta ve bakım kalitesini artırmaktadır (Türk Aile Hekimliği Derneği, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2021; WONCA, 2018).

Sonuç olarak tam bağımlı şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren bireylerin deneyimleri, sadece hastaya yönelik fiziksel hizmetlerle sınırlı olmayan; aynı zamanda bakım verenin tüm yaşamını etkileyen kapsamlı bir süreci içermektedir. Bu araştırma, bireysel özveri, toplumsal algılar ve kurumsal destekler arasında sıkışmış olan bakım verenlerin yaşadıkları zorlukları çok yönlü olarak ortaya koymuştur. Katılımcıların anlatımları, bakım sorumluluğunun bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilediğini, sosyal yaşamdan izole ettiğini ve ekonomik açıdan ciddi yükler doğurduğunu açıkça göstermiştir. Bulgular, mevcut sistemin bakım verenlerin ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kaldığını ve bu bireylerin çok boyutlu risk altında olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulguları doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıda gerekçeleriyle birlikte sunulmaktadır:

Psikososyal destek hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır: Bakım sürecinde psikolojik tükenmişlik, depresyon ve yalnızlık duyguları sıklıkla gözlemlenmektedir. Katılımcılar bu destekleri alamadıklarında kendi ruh sağlıklarının bozulduğunu belirtmişlerdir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin sayısı artırılmalı ve kırsal bölgelere erişimi sağlanmalıdır: Mevcut merkezlerden memnuniyet yüksek olsa da, bu merkezlerin her bölgede bulunmaması hizmete erişimi kısıtlamaktadır. Özellikle kırsal kesimdeki bakım verenler için bu durum hizmet eşitsizliği yaratmaktadır.

Bakım verenlere yönelik bilgi ve beceri kazandırıcı eğitim programları uygulanmalıdır: Birçok bakım veren, hastalıkla ilgili temel bilgilere sahip olmadan bakım sürecine başlamaktadır. Eğitim desteği, bakım kalitesini artırmanın yanında, bireyin kendine olan güvenini de yükseltmektedir.

Maddi destekler gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir: Engelli bireyler için sağlanan ekonomik yardımların yetersizliği, bakım verenlerin maddi yüklerini artırmakta; çalışamayan bireyleri ciddi bir yoksunlukla karşı karşıya bırakmaktadır. Katılımcıların neredeyse tamamı engelli maaşlarının yetersizliğini vurgulamıştır.

Toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik bilgilendirici kampanyalar düzenlenmelidir: Damgalanma, hem hasta bireyin hem de bakım verenin sosyal çevreyle ilişkisini sınırlandırmaktadır. Katılımcılar, hastalığı saklama ihtiyacı duyduklarını belirtmiş; bu da eğitim yoluyla toplumun ruh sağlığına dair bilinç düzeyinin artırılmasının önemini ortaya koymuştur.

Sonuç olarak, şizofreni tanısı almış bireylerin bakım süreçlerinde görev alan bireyler, sistemli bir desteğe ihtiyaç duyan görünmez kahramanlardır. Bu kişilerin yaşam kalitesinin artırılması, yalnızca bireysel değil, toplumsal sağlığın bütüncül şekilde desteklenmesi anlamına gelir. Bakım verenlerin desteklenmesi, toplumun ruh sağlığı sistemine duyduğu güveni artıracak ve sağlık politikalarının daha kapsayıcı olmasına katkı sağlayacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Abel, K., Heuvelman, H., Jørgensen, L., Magnusson, C., Wicks, S., Susser, E., et al. (2014). Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ*, 348.
- Akbey, Z. Y., Yıldız, M., & Gündüz, N. (2019). Is there any association between childhood traumatic experiences, dissociation and psychotic symptoms in schizophrenic patients? *Psychiatry Investigation*, 16(5), 346–354.
- Aksoy, B., & Yılmaz, F. (2020). Bakım verenlerin iş gücü piyasasından çekilme nedenleri: Ekonomik ve sosyal etkiler. *Sağlık ve Toplum Araştırmaları*, 15(2), 55-63.
- Altamura, A. C., Bobo, W. V., & Meltzer, H. Y. (2007). Factors affecting outcome in schizophrenia and their relevance for psychopharmacological treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 22(5), 249–267.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- Andersson, E., Ljotsson, B., Hedman, E., Kaldö, V., Paxling, B., Andersson, G., & diğerleri. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry*, 11, 125.
- Aschauer, H. N., Meszaros, K., Willinger, U., Reiter, E., Heiden, A. M., Lenzinger, E., & Resinger, E. (1994). The season of birth of schizophrenics and schizoaffectives. *Psychopathology*, 27(6), 298–302.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513–552.
- Balcı, R., & Ertem, M. Y. (2022). Psikiyatrik hastalıklarda dini başa çıkma stratejileri: Hasta ve bakım veren deneyimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 25–32. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.39452>
- Barbato, A. (1997). *Schizophrenia and public health*. World Health Organization.
- Benros, M. E., Dalton, S. O., Eaton, W. W., Nielsen, P. R., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2011). Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for schizophrenia: a 30-year population-based register study. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1303–1310.
- Bhagyavathi, H. D., Mehta, U. M., Thirthalli, J., Kumar, C. N., Kumar, J. K., Subbakrishna, D., & Gangadhar, B. N. (2015). Cascading and combined effects of cognitive deficits and residual symptoms on functional outcome in schizophrenia—a path-analytical approach. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 264–271.

Birliği, A. P. (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Buchanan, R. W., Buckley, P. F., Chiles, J. A., Essock, S. M., Finnerty, M., Marder, S. R., et al. (2004). The Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2003 update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(4), 500–508.

Buckley, P., Kirkpatrick, B., Mellor, A., Miller, B. J., & Seabolt, W. (2011). Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. *Biological Psychiatry*, 70(7), 663–671.

Ceylan, M. E., & Çetin, M. (2005). *Şizofreni-I. (Üçüncü Baskı)*. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık.

Chan, S. W. C. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339–349.

Chen, Y., Yu, L., Liu, Y., Long, Q., You, X., Liu, J., & Zeng, Y. (2022). In-depth investigations of the molecular basis underlying sex differences among middle-aged and elderly schizophrenia populations. *Psychiatric Genetics*, 32(5), 178–187.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Cortesi, P. A., Mencacci, C., Luigi, F., Pirfo, E., Berto, P., Sturkenboom, M. C., et al. (2013).

Compliance, persistence, costs and quality of life in young patients treated with antipsychotic drugs: Results from the COMETA study. *BMC Psychiatry*, 13, 98.

Cuesta, M. J., Ballesteros, A., Sánchez-Torres, A. M., Amoretti, S., López-Ilundain, J. M., Merchán-Naranjo, J., et al. (2022). Relapse of first-episode schizophrenia patients and neurocognitive impairment: The role of dopaminergic and anticholinergic burden. *Schizophrenia Research*, 248, 331–340.

Crawford, P., & Go, K. V. (2022). Schizophrenia. *American Family Physician*, 106(4), 388–396.

Çetin, M. (2015). Şizofreni tedavisi: geçmişi, bugünü ve geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 95–99.

Demirtaş, H., & Kaya, S. (2017). Psikiyatrik hastaların bakım verenlerinin ekonomik sorunları: Bir saha çalışması. *Toplum ve Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3), 88-95.

Doğan, O. (2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 41–46.

Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., & Doğan-Başegmez, F. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 133–139.

Eaton, W., & Harrison, G. (2000). Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 38–43.

Elmer, G. I., Koenig, J. I., Lee, P. R., Mayo, C., Joy, B., Shepard, P. D., et al. (2005). Prenatal exposure to a repeated variable stress paradigm elicits behavioral and neuroendocrinological changes in the adult offspring: potential relevance to schizophrenia. *Behavioural Brain Research*, 156(2), 251–261.

Erkin, E. (2018). Şizofreni hastalarında depresyon ve içgörü arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi). *Üsküdar Üniversitesi*, İstanbul.

Evren Kılıçaslan, E., Acar, G., Ekşioğlu, S., Kesebir, S., & Tezcan, E. (2016). Şizofreni hastalarında bilişsel işlev bozuklukları: Duygudurum belirtileri ile ilişkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29, 29–35.

Güleç, C., & Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB.

Güler, C., & Uçanok, Z. (2021). Psikiyatrik hastaya bakım veren kadınların tükenmişlik düzeyleri: Nitel bir analiz. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(2), 379–398.

Herbert, Y., Heltzer, M. D., & Hatemi, H. (2003). Şizofreni. In S. Birsöz & T. Karaman (Çev. Ed.), *Curent Psikiyatri Tanı ve Tedavi* (s. 260–277). Ankara: Güneş Kitabevi.

Hinojosa, M. S., Rittman, M., & Hinojosa, R. (2009). Informal caregivers and racial/ethnic variation in health service use of stroke survivors. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46(2), 233–241.

Hougaard, D., Mortensen, P. B., Nørgaard-Pedersen, B., Waltoft, B. L., Sørensen, T. L., Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (2007). Toxoplasma gondii as a risk factor for early-onset schizophrenia: analysis of filter paper blood samples obtained at birth. *Biological Psychiatry*, 61(5), 688–689.

Inogbo, C. F., Olotu, S. O., James, B. O., & Nna, E. O. (2017). Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *Nigerian Journal of Psychiatry*, 28, 284.

Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *The Lancet*, 399(10323), 473–486.

Kakati, R., Baruah, A., & Kalita, D. (2020). Coping strategies and psychological well-being among caregivers of schizophrenia patients. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 7(2), 189–194. <https://doi.org/10.1007/s40737-020-00181-1>

Kara, H., Demirtaş, H., & Erdem, S. (2018). Kronik hastalara bakım verenlerin fiziksel sağlık sorunları: Bir alan çalışması. *Journal of Nursing Studies*, 24(3), 45-53.

Kaya, E., & Gençdoğan, B. (2019). Şizofreni tanısı alan bireylerin aile üyelerinde görülen psikolojik tepkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 213-221. <https://doi.org/10.5505/kpd.2019.44693>

Keshavan, M. S., Collin, G., Guimond, S., Kelly, S., Prasad, K. M., & Lizano, P. (2020). Neuroimaging in schizophrenia. *Neuroimaging Clinics of North America*, 30(1), 73-83.

Kendler, K. S., & Mishara, A. (2019). The prehistory of Schneider's first-rank symptoms: Texts from 1810 to 1932. *Schizophrenia Bulletin*, 45(5), 971-990.

Kocal, Y., Karakuş, G., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

Köroğlu, E. (2007). *Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kuşcu, M. (2000). Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? *3P Dergi*, 8, 30-34.

Larsen, L. S. (1998). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(8), 26-32.

Lavretsky, H. (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. In *Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 3-13).

Lin, D., Kim, H., Wada, K., Aboumrad, M., Powell, E., Zwain, G., Benson, C., & Near, A. M. (2022). Unemployment, homelessness, and other societal outcomes in patients with schizophrenia: A real-world retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 458.

Lindenmayer, J. P., Liu-Seifert, H., Kulkarni, P. M., Kinon, B. J., Stauffer, V., Edwards, S. E., et al. (2009). Medication nonadherence and treatment outcome in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder with suboptimal prior response. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(7), 990.

Lueboonthavatchai, P., & Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(Suppl 3), S9-S13.

Luvsannyam, E., Jain, M. S., Pormento, M. K. L., Siddiqui, H., Balagtas, A. R. A., Emuze, B. O., & Poprawski, T. (2022). Neurobiology of schizophrenia: A comprehensive review. *Cureus*, 14(4), e23959.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36(10), 2181–2186.

Miyamoto, S., Jarskog, L. F., & Fleischhacker, W. W. (2014). New therapeutic approaches for treatment resistant schizophrenia: A look to the future. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 1–6.

Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., & Fertelli, T. K. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *DEUHFYO Eğitim Dergisi*, 4(3), 125–130.

Murray-Swank, N. A., Lucksted, A., Medoff, D. R., Yang, Y., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Religiosity, psychosocial adjustment, and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 361–365. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.361>

Nagamine, T. (2020). Role of norepinephrine in schizophrenia: An old theory applied to a new case in emergency medicine. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 17(7–9), 8–9.

Nehme, R., Pietiläinen, O., Artomov, M., Tegtmeier, M., Valakh, V., Lehtonen, L., et al. (2022). The 22q11.2 region regulates presynaptic gene-products linked to schizophrenia. *Nature Communications*, 13(1), 3690.

O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Ho, L., Rudd, A., Kopelowicz, A., & Daley, M. (2009). Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: A longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 107(2–3), 198–205.

Olfson, M., Stroup, T. S., Huang, C., Wall, M. M., Crystal, S., & Gerhard, T. (2021). Suicide risk in Medicare patients with schizophrenia across the life span. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 876–885.

Özdemir, H. İ. (2010). Şizofrenide, beyinde görülen yapısal değişikliklerin manyetik rezonans görüntüleme ile vokselle tabanlı morfometrik analizi (Doktora tezi). *Ege Üniversitesi*, İzmir.

Öztürk, F., Korkmaz, Ö., & Ayhan, F. (2021). Bakım verenlerin fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerine etkileri: Sistemik bir inceleme. *Toplum ve Sağlık Dergisi*, 15(1), 67–78.

Öztürk, O. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (s. 242–324). Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.

Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: Overview and treatment options. *P & T*, 39(9), 638–645.

Pratt, S. I., Mueser, K. T., Smith, T. E., & Lu, W. (2005). Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. *Schizophrenia Research*, 78(2–3), 187–197.

Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K., & Mainerova, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czech Republic*, 155(4), 385–396.

Riasmini, N. M., Nursalam, N., Devy, S. R., & Efendi, F. (2023). Promoting spiritual coping of family caregivers of an adult relative with severe mental illness: A quasi-experimental study. *Healthcare*, 11(3), 379. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030379>

Rohmi, L. M., Ibrahim, N., & Ismail, S. (2023). What benefits might a family expect from using spiritual coping mechanisms when providing care for people with schizophrenia? A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 62, 2312–2332. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01749-z>

Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(7), 1067–1077.

Sadock, B., & Kaplan, S. V. (2007). *Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8. baskı). Lippincott Williams & Wilkins.

Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye’de aile hekimliği sistemi ve hizmet sunumu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23–27.

Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12, 48.

Shenton, M. E., Kikinis, R., Jolesz, F. A., Pollak, S. D., LeMay, M., Wible, C. G., et al. (1992). Abnormalities of the left temporal lobe and thought disorder in schizophrenia. A quantitative magnetic resonance imaging study. *New England Journal of Medicine*, 327(9), 604–612.

Silver, H. J., & Wellman, N. S. (2002). Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(6), 831–836.

Soygür, H. (1999). Şizofreni tedavisine genel bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 839–890.

Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *Gerontologist*, 27(5), 616–626.

- Swann, A. C., Graham, D. P., Wilkinson, A. V., & Kosten, T. R. (2022). Suicide risk in a National VA Sample: Roles of psychiatric diagnosis, behavior regulation, substance use, and smoking. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(3), 21m14123.
- Şahin, T., Yılmaz, M., & Aydın, E. (2020). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin yaşam kalitesi: Tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Sayısı*, 2, 22–28.
- Şenol, V., Demirci, N., & Kızılırmak, A. (2018). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin karşılaştıkları güçlükler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 48–56.
- Talwar, P., & Matheiken, S. T. (2010). Caregivers in schizophrenia: A cross-cultural perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 29–33.
- Tandon, R., Jibson, M., Taylor, S. F., & DeQuardo, J. R. (1995). The pathophysiology of positive and negative symptoms in schizophrenia. In C. Shriqui & H. A. Nasrallah (Eds.), *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia* (pp. 109–124). Cambridge University Press.
- Taş, G., Öztürk, P., & Arslan, D. (2018). Kronik hastalıkta bakım verenlerin ekonomik bağımsızlık kaybı ve yaşam kalitesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 10(4), 120-128.
- Tsegay, E. W., Demise, D. G., Hailu, N. A., & Gufue, Z. H. (2020). Serotonin Type 6 and 7 Receptors as a novel therapeutic target for the treatment of schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2499–2509.
- Türk Aile Hekimliği Derneği. (2019). *Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri*. <https://www.tahd.org.tr>
- Uno, Y., & Coyle, J. T. (2019). Glutamate hypothesis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(5), 204–215.
- Uyan, T. T., Baltacıoğlu, M., & Hocaoglu, C. (2022). Relationships between childhood trauma and dissociative, psychotic symptoms in patients with schizophrenia: A case-control study. *General Psychiatry*, 35(1), e100659.
- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Şizofreni. *Lancet*, 374(9690), 635–645.
- Ward, H. B., Beermann, A., Nawaz, U., Halko, M. A., Janes, A. C., Moran, L. V., & Brady, R. O., Jr. (2022). Evidence for schizophrenia specific pathophysiology of nicotine dependence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 804055.
- Weinberger, D. R. (2022). It's dopamine and schizophrenia all over again. *Biological Psychiatry*, 92(10), 757–759.

Williams, H. I., & Saddock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8. baskı). Baltimore: Williams & Wilkins.

WONCA. (2018). *Wonca tree: The family medicine discipline*. World Organization of Family Doctors. <https://www.wonca.net>

Wong, D. F., Lam, A. Y., Chan, S. K., & Chan, S. F. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: Roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 15.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (10. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, M., & Yıldız, B. (2017). Şizofreni hastalarına bakım veren kadınların bakım yükü ve tükenmişlik düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 151–158.

Yılmaz, A., & Gündüz, S. (2017). Bakım verenlerde psikolojik stres ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 9(4), 112-119.

Yohn, S. E., Weiden, P. J., Felder, C. C., & Stahl, S. M. (2022). Muscarinic acetylcholine receptors for psychotic disorders: Bench-side to clinic. *Trends in Pharmacological Sciences*, 43(12), 1098–1112.

Yung, N. C. L., Wong, C. S. M., Chan, J. K. N., & Chang, W. C. (2023). Mortality rates in people with first diagnosis of schizophrenia spectrum disorders: A 5-year population-based cohort study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(6), 854–864.

Yurt, E. (2006). Şizofreni hastalarında aleksitimi; negatif belirtiler, ilaç yan etkileri, depresyon ve içgörü ile ilişkisi (Uzmanlık tezi). *Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH*, İstanbul.

Yüksel, Ç. T., & Oflaz, F. (2012). Antipsikotik ilaç kullanan bir grup yatan hastada ilaç yönetimi eğitiminin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 67–74.

Zamanpoor, M. (2020). Schizophrenia in a genomic era: A review from the pathogenesis, genetic and environmental etiology to diagnosis and treatment insights. *Psychiatric Genetics*, 30(1), 1–9.

Zhang, H., Khan, A., Kushner, S. A., & Rzhetsky, A. (2022). Dissecting schizophrenia phenotypic variation: The contribution of genetic variation, environmental exposures, and gene-environment interactions. *Schizophrenia*, 8(1), 51.

7. EKLER

7.1. Ek 1: Etik kurul kararı



7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu

Tam Bağımlı Şizofreni Tanısı Almış Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Süreçleri İle İlgili Yaşadıkları Deneyimler: Niteliksel Bir Çalışma

Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

Hasta İsim Soyisim:

Bakım Veren İsim Soyisim:

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3. Eğitim Durumu:

- ☐ Okuryazar olmayan
- ☐ Okuryazar
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek Lisans/Doktora ve üzeri

4. Medeni Durum:

- ☐ Bekar
- ☐ Evli
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul
- ☐

5. Meslek:

- ☐

7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

6. Çalışma Durumu:

- ☐ Tam zamanlı çalışıyorum
- ☐ Yarı zamanlı çalışıyorum
- ☐ Çalışmıyorum
- ☐ Emekliyim

7. Bakım vermenin iş yaşamınızı etkileme durumu:

- ☐ İşimden ayrılmak zorunda kaldım
- ☐ Çalışma saatlerimi azaltmak zorunda kaldım
- ☐ İşim etkilenmedi
- ☐ Diğer:

8. Gelir durum algısı (TL Aralığı):

- ☐ Düşük
- ☐ Orta
- ☐ İyi

9. Çocuk Sayısı:

- ☐ Yok
- ☐ 1
- ☐ 2 ve üzeri

10. Bakım Verilen Kişinin Akrabalık Derecesi:

- ☐ Eş
- ☐ Anne /baba
- ☐ Kardeş
- ☐ Çocuk
- ☐ Diğer:

11. Bakım Verme Süresi:

- ☐ 6 ay – 1 yıl
- ☐ 1-3 yıl
- ☐ 4-6 yıl
- ☐ 7-10 yıl
- ☒ 10 yıldan fazla

7.2. Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (devam)

12. Bakım Verilen Kişinin Yaşı:

13. Bakım Verilen Kişinin Hastalığının Süresi:

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-3 yıl
- ☐ 4-6 yıl
- ☐ 7-10 yıl
- ☐ 10 yıldan fazla

14. Bakım Verme Sıklığı:

- ☐ Tam zamanlı(24 saat bakım)
- ☐ Gündüz bakım
- ☐ Haftanın belirli günlerinde
- ☐ Diğer:.....

15. Sosyal Destek Durumu:

- ☐ Aile bireylerinden destek alıyorum
- ☐ Profesyonel bakım hizmetlerinden destek alıyorum
- ☐ Destek almıyorum
- ☐ Diğer:

16. Siz Herhangi Bir Sağlık Sorunu Yaşıyor Musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Eğer evet ise , lütfen belirtiniz:

17. Bakım Verme Sürecinde Destek Aldığınız Kurumlar Ve Kaynaklar Nelerdir?

- ☐ Devlet destekli sosyal hizmetler
- ☐ Özel bakım merkezleri
- ☐ STK 'lar veya dernekler
- ☐ Aile ve Arkadaş desteği
- ☐ Diğer:

7.3. Ek 3: Anket Formu

- 1. Bakım vermiş olduğunuz yakınınıza ilk şizofreni tanısı koyulduğunda neler hissettiğinizden ve vermiş olduğunuz tepkilerden bahseder misiniz?**
- 2. Yakınınıza günlük olarak vermiş olduğunuz bakımlardan söz eder misiniz ? Bu rutinler zamanla nasıl değişti? Bu bakımları verirken yaşadığınız zorluklar nelerdi ?**
- 3. Hastanıza bakım verirken bir gününüz nasıl geçiyor ? Kendi ihtiyaçlarınızı karşılama durumunuzla ilgili neler söyleyebilirsiniz ? (Öz bakım, hobiler, faaliyetler vb.) Kendi hayatınızdan ödün verdiğinizi düşünüyor musunuz ?**
- 4. Sosyal çevreniz tarafından ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz ? eğer düşünüyorsanız bu durumun nedenlerinden söz eder misiniz ?**
- 5. Bakım süreciyle alakalı olumlu ya da olumsuz ek görüşlerinizden bahseder misiniz?**

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Elif Gizem	Soyadı	OCAK
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı	
Lisans			
Yüksek Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum	Süre	
Pratisyen hekim			
Pratisyen hekim			
Aile hekimi			
Araştırma görevlisi			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce			