



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA İLE YALNIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Tülay YILDIRIM

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Funda BUDAK**

Yüksek Lisans Tezi -2018

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA İLE YALNIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tülay YILDIRIM

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Funda BUDAK

MALATYA

2018

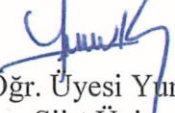
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Tülay YILDIRIM** 'ın "**Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma İle Yalnızlık Arasındaki İlişki**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/11/2018


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Dr. Öğr. Üyesi Funda BUDAK
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Yunus KAYA
Siirt Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni Tanımı	4
2.2. Epidemiyoloji.....	4
2.3. Etiyoloji	4
2.3.1. Kalıtım	4
2.3.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar	5
2.3.3. Doğumdan Önce, Doğum Anında ve Doğumdan Sonraki süreçte Travma ve Virüs Varsayımları	5
2.3.4. Biyokimyasal Araştırmalar	6
2.3.5. Stres-Diatez Teorisi	6
2.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular	6
2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış	6
2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma	6
2.4.3. Duygulanım(Affect).....	7
2.4.4. Bilişsel Yetiler	7
2.4.5. Düşünce	7
2.4.6. Devinim(Hareket)	8
2.5. Şizofrenide Tanı.....	8
2.5.1. Pozitif Belirtiler	8
2.5.2. Negatif Belirtiler	8
2.5.3. DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Ölçütleri	9
2.6. Gidiş ve Sonlanım.....	9
2.6.1. Gidiş.....	9
2.6.2. Sonlanım	10
2.6.3. İyi sonlanım belirtileri	11

2.7. Tedavi	12
2.8. Şizofrenide Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanma	12
2.9. Yalnızlık ve Şizofreni	16
2.10. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yalnızlığı Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	18
3. MATERYAL/METOT	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Veri Toplama Araçları	21
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	40
EKLER.....	44
EK 1. Özgeçmiş	44
EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu	45
EK 3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	46
EK 4. UCLA Yalnızlık Ölçeği.....	49
EK 5. Etik Kurul Onay Formu	50
EK 6. Kurum İzin Formu	51
EK 7. Araştırmaya Katılım Onayı.....	52

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bana ışık ve rehber olan bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Funda BUDAK' a, çalışmamın her aşamasında ve istatistiksel değerlendirmede destek veren ve yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ' ye, çalışmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için araştırmanın yapıldığı TRSM'de çalışan TÜM SAĞLIK PERSONELİNE, değerli katılımlarıyla çalışmama katkıda bulunan TÜM HASTALARA, değerli arkadaşlarım Mustafa KAVAK' eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen ANNEME, BABAMA ve KARDEŐLERİME

TÜM KALBİMLE TEŞEKKÜR EDERİM...

ÖZET

Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma İle Yalnızlık Arasındaki İlişki

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı toplam 250 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 200 şizofreni hastasına ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında "Hasta Tanıtım Formu", "Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)" ve "UCLA Yalnızlık Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler Haziran 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik dağılım, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskal Wallis, ANOVA, Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yalnızlık düzeylerinin 57.20 ± 10.38 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamalarının 79.65 ± 13.48 olduğu saptanmıştır. Hastaların yalnızlık ve içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .05$, $r = .854$).

Sonuç ve Öneriler: Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça yalnızlık düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeylerinin azaltılması için psikiyatri hemşireleri tarafından hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İçselleştirilmiş Damgalanma, Şizofreni, Yalnızlık

ABSTRACT

The Relationship Between Internalized of Stigmatization and Loneliness in Patients with Schizophrenia

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between the internalized of stigmatization and loneliness in patients with schizophrenia.

Material and Method: This research was conducted as a relational descriptive created 250 patients with schizophrenia registered in Community Mental Health Center in the Province of Diyarbakır, Turkey. In the research 200 schizophrenia patients who eligible within the criterias of this research without going on for a sample selection and accepted to participate in this research were selected. Patient Information Form, UCLA Loneliness Scale and Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale were used for data collection. The datas was collected between May 2018 and September 2018. Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation, independent samples t test, Kruskal-Wallis, ANOVA and Correlation analysis were used in the evaluation of the data.

Results: The loneliness level of patients who participated in this research detected as 57.20 ± 10.38 . The average in total point of patients' internalized stigma detected as 79.65 ± 13.48 . There was a statistically significant positive relationship between Loneliness Scale total scores and mean ISMIS sub-scale and total scores of the patients ($p < .05$, $r = .854$).

Conclusion: It was found that the level of stigmatization and loneliness was high in patients with schizophrenia. As the level of stigmatization of the patients increased, the level of loneliness increased too. It may be advisable to provide training by healthcare professionals in order to reduce the level of stigmatization and loneliness in patients with schizophrenia.

Keywords: Internalized Stigmatization, Schizophrenia, Loneliness

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi..... 20



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Alt Boyutları	22
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.2. RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları	25
Tablo 4.3. UCLA Yalnızlık Ölçek Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları	25
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.6. Yalnızlık ile RHİDÖ Arasındaki İlişki	32

1. GİRİŞ

Şizofreni, bireyin kişiler arası ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşıp, algılama ve yorumlama alanlarında yaşadığı sorunlarla birlikte, kendi dünyasında içe kapandığı; duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü, yeti yitimine yol açan genellikle yaşam boyu süren ağır bir ruhsal hastalıktır (1). Şizofreni toplumda görülme sıklığının fazla olması ve genç yaşta ortaya çıkmasından dolayı önemli bir psikiyatrik sorundur. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı % 1.5, erkek ve kadınlarda görülme oranı 1.4 olarak belirlenmiştir (2). Şizofreni hastalığının tedavisinde üç temel hedef vardır. Bunlar; hastada belirtilerin azaltılması, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılması ve hastaların kişisel hedefler kazanmasına yardımcı olacak şekilde iyileşmenin desteklenmesidir (1). Hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında damgalanma önemli bir sorun oluşturmaktadır (3).

Damgalanma; ruhsal hastalık tanısı konmuş bireyin hastalıkla ilgili ilaç kötüye kullanımı ya da fiziksel yetersizlik gibi olumsuz düşünce kalıplarının ortaya çıkardığı bir statü kaybı ve dışlanma olarak tanımlanmaktadır (4). Ruhsal hastalığı olan bireyler, toplum tarafından etiketlendiklerinde istemeden de olsa kendilerini yetersiz ve dışlanmış olarak görmeye başlamaktadırlar. İçselleştirilmiş damgalanma denilen bu durum; hastanın toplumun etiketlerini benimsemesinin yanı sıra yetersizlik ve utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan soyutlamasıdır (5). Ruhsal hastalığı olan kişilerin toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmaları, kendi kendilerinin de damgalanmasına neden olmakta ve bu süreçte kendilerine atfedilen özellikleri içselleştirmektedirler. Böylece ruhsal hastalığı olan kişiler toplumun alışlagelmiş olumsuz yargılarını kendisi için kabullenmektedirler. İçselleştirilmiş damgalanma; ruhsal hastalığı olan bireylerin, toplumdan izole olmalarına, psikiyatrik yardım almaktan kaçınmalarına, tedaviye uyumlarının bozulmasına ve prognozlarının kötüleşmesine yol açmaktadır (6). Verhaeghe ve ark. şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada, içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısıyla negatif ilişkili olduğunu saptamışlardır (7). Yapılan başka bir çalışmada; içselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında depresif belirtiler, sosyal geri çekilme, benlik saygısında azalma ve psikiyatrik belirtilerde artma meydana getirdiği belirlenmiştir (5).

İçselleştirilmiş damgalanma ile ilgili yapılan çalışmalarda; en fazla ruhsal hastalığa sahip bireylerin damgalandıkları ve ruhsal hastalıklar içerisinde ise en fazla şizofreni hastalarının damgalandıkları görülmektedir (8). İçselleştirilmiş damgalanma endişesi yaşayan bireyler tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna başvurmakta çekimser davranmakta, tedaviye başlanılsa bile toplum tarafından dışlanmaları tedavi süreçlerinde ve tedaviye uyumlarında sorunlara yol açtığından bireylerin tedaviye uyumu, işlevselliği ve yaşam kaliteleri açısından ciddi bir engel oluşturmaktadır (3). Şizofreni hastalarının tedavilerinde amaç hastaları topluma entegre ederek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Hasta bireylerin yaşam kalitelerinin düşmesine neden olan faktörlerden biri de yalnızlıktır.

Yalnızlık; bireyin kendisini çevresine yabancı hissettiği ya da kişiler arası yakınlık gereksiniminin yeterince karşılanamaması sonucu ortaya çıkan hoş olmayan bir duygusal rahatsızlık durumudur (9). Çağımızın temel sorunlarından biri olan yalnızlığın oluşumuna sebep olan faktörlerin incelenmesini içeren birçok araştırma yapılmıştır (10). Ruhsal hastalıklarda özellikle şizofreni hastalarının yalnızlık riskleri daha yüksek olabilmektedir. Angell ve Test bazı bireysel ve çevresel faktörlerin toplumda yaşayan şizofreni hastalarında yalnızlık görülme sıklığını arttırdığını belirlemişlerdir (11). Toplumda yaşayan bazı şizofreni hastaları yaşam becerilerindeki yetersizlikten dolayı öz denetim ve günlük yaşam aktivitelerinde başarısız olabilmektedirler. Bu da hastaların toplum tarafından damgalanmalarına, yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin azalmasına neden olduğu için hastaları derinden etkilemenin yanı sıra toplumsal yaşamlarında da yalnızlığa itilmelerine sebep olmaktadır (12).

Şizofreni hastalarının tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve işlevselliklerinin artırılmasında damgalanma ve yalnızlık önemli bir yer tutmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin hastaların damgalanma ve yalnızlık düzeylerini saptaması ve azaltmaya yönelik girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bu nedenle araştırma sonuçlarının psikiyatri hemşireliği uygulama alanına katkı sağlayacağı beklenmektedir.

Bu araştırma şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yalnızlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada řu sorulara cevap aranmaktadır:

- şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma dűzeyleri nasıldır, sosyodemografik özellikler içselleştirilmiş damgalanmayı etkiler mi?
- řizofreni hastalarının yalnızlık dűzeyleri nasıldır, sosyodemografik özellikler yalnızlık dűzeyini etkiler mi?
- şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma dűzeyleri ile yalnızlıkları arasında bir ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, bireyin kişiler arası ilişkilerinden ve gerçeklerden uzaklaşıp, algılama ve yorumlama alanlarında yaşadığı sorunlarla birlikte kendi dünyasında içine kapandığı; duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü, yeti yitimine yol açan genellikle yaşam boyu süren ağır ruhsal bir hastalıktır (1).

2.2. Epidemiyoloji

Şizofreni hem yaygınlığı hem de genç yaşta ortaya çıkarak kişinin hayatında yol açtığı kayıplar açısından majör halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yapılan çalışmalarda en fazla yeti yitimine yol açan hastalık grubu olan ruhsal hastalıklar grubunda şizofreni hastalığını yeti yitimi ağırlığı açısından ilk sıradadır (1). Şizofreni tüm toplumda görülme sıklığı fazla olan ruhsal bozukluklardan olmasına rağmen epidemiyolojik çalışmalarda değişkenlik göstermektedir. Yapılan araştırmada bir yılda görülme oranı % 1 ve ömür boyu görülme oranı % 1.5' tir (3). Eskiden kadın-erkek arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı bakımından önemli fark görülmediği düşünülürken son zamanlarda erkeklerde daha yaygın görülmektedir. Bunun yanı sıra kadın hastalarda başlangıç yaşı daha geç olmakla birlikte genellikle erkek hastalara göre daha iyi bir gidişat gösterdiği bilinmektedir (1).

Şizofreni tüm toplumlarda ve sosyoekonomik düzeylerde görülebilmektedir (5). Ancak sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde daha sık görüldüğü ve en çok medeni durumun bekar olduğu durumlarda saptanmıştır (3). Şizofreninin gelişmiş ülkelere oranla gelişmemiş ülkelerde daha kötü gidişat gösterdiği bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki kentlerde kırsal kesime oranla şizofreni görülme sıklığı 2-4 kat daha fazladır. Bu durum; şizofreni riski olan bireylerde sosyal stresörlerin varlığının şizofreniye sebep olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (1, 2).

2.3. Etiyoloji

2.3.1. Kalıtım

Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında yapılan kontrollü çalışmalarda şizofreni riski 1.4 ile 16.2 arasında değişen risk oranlarında saptanmıştır. Araştırmalarda

ebeveynlerden herhangi birinde hastalık var ise çocuklarda hastalık görülme riski %12.5-13.8 arasında değişmektedir. Ebeveynlerin her ikisinde de hastalık var ise şizofreninin görülme riski %35-46 arasında değişmektedir (1, 4).

Ebeveynlerde hastalığın olmadığı ancak çocuklardan herhangi birinde hastalık var ise, kardeşlerde şizofreni görülme riski %6.7-8.2 arasında değişmektedir. Yakın akrabaları arasında şizofreni hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre şizofreni hastalığı görülme riski 7-10 kat daha yüksektir. Bir şizofreni hastasının birinci derece akrabalarında şizofreni görülme riski ortalama %8-10'dur. Bu veriler şizofrenide ailesel bir birikimin bulunduğu desteklemektedir (1, 4).

Şizofreniyle ilgili yapılmış 13 ikiz çalışmasının tümünde tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerinden daha yüksek eş hastalanma oranları bulunmaktadır. Eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %31-78, aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerinde ise %12-28 arasında olduğu bildirilmektedir (1, 3).

2.3.2. Beyinde Yapısal ve İşlevsel Bozukluklar

Şizofren hastalarının Manyetik Rezonans (MR) ve Bilgisayarlı Tomografi (BT) gibi radyolojik görüntülemelerde beyin bazı kesimlerinde değişiklikler tespit edilmiştir fakat bu değişikliklerin şizofreniye özgü olup olmadığı bilinmemektedir. Yaşamını kaybeden şizofren hastalarının beyin biyopsilerinde beyin bazı dokularında değişiklikler görülmüştür. Bu değişikliklerin hastalığın öncesinde mi veya sonrasında mı olduğu bilinmemektedir (2).

2.3.3. Doğumdan Önce, Doğum Anında ve Doğumdan Sonraki süreçte Travma ve Virüs Varsayımları

Uzun süren izleme çalışmalarındaki verilere göre doğumdan önceki dönemde, doğum anında ve doğumdan sonraki süreçte bebeğin karşılaştığı fiziksel travmaların beyin gelişmesine etki ederek şizofreni etiolojisinde yer alabileceğini destekleyen bulgular belirlenmiştir (1).

Şizofreninin oluşma nedenleri üzerine çalışılan başka varsayımda; gebeliğin ikinci trimesterında annede oluşan bir enfeksiyonun çocuğun ileriki yaşamında şizofreni oluşumuna yol açabileceğini belirtmektedir (1). Baharın ilk ayları, kışın sonlarına doğru viral enfeksiyon ile uyumlu doğumlar, doğum komplikasyonları, doğumdaki fiziksel anormalliklerdeki artışlar, hastaneye yatış mevsimi ve yetişkin hastaların yaşadıkları coğrafya viral hipotezi destekleyen veriler arasında yer almaktadır. Ayrıca çocukluk

dönemindeki merkezi sinir sistemi viral enfeksiyonları ile yetişkin başlangıçlı şizofreni arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (5, 6).

2.3.4. Biyokimyasal Araştırmalar

Şizofrenide beyin biyokimyasını araştıran çalışmalarda nörotransmitterler üzerinde durulmaktadır. Araştırılan bu nörotransmitter sistemler dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA'dır. Bazı hastalarda serotonin bazılarında ise dopamin düzeyindeki değişiklikler şizofreni semptomları ile ilişkilendirilmektedir (1, 3).

2.3.5. Stres-Diatez Teorisi

Bu teoriye göre; bünyesel yatkınlığa sahip kişiler bir stresörle karşılaştığı zaman şizofreni ortaya çıkmaktadır. Şizofreninin ortaya çıkmasında psikososyal, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte etkin olduğu ve stres durumunun da bu etkenlerden biriyle ilgili olabileceği belirtilmektedir (2). İlk 6 aylık süreçte, strese bağlı oluşan yaşam olayları şizofreni oluşma riskini 2 katına çıkarmaktadır. Bunun yanı sıra hem ilk epizodun meydana geldiği hem de tekrarlara sebep olduğu iddia edilmektedir (3).

2.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular

2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreninin farklı belirtiler gösteren bir bozukluk olmasından dolayı genel bir görünüm tanımlanamaz. Hastaların büyük bir kısmında ilgisizlik, umursamazlık donukluk ve çekingen görünüm vardır. Hastalığın uzun sürmesi sonucunda hastalar bakımsız ve dağınık görünebilirler (1).

2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Şizofreninin türüne, dönemine ve ağırlığına göre ilişki kurma ve konuşma özellikleri değişir. Konuşurken ses tonu tek düze bir şekilde ve duygularını belli etmeden konuşabilir. Hastanın düşünce içeriğindeki bozukluklar, sanrılar, acayiplikler konuşmasına da yansır. Şizofreni hastalarında kendiliğinden konuşma belirgin olarak azalmış olabilir, konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, mantık dışılık, hiç konuşmama gibi değişik düşünce bozukluğu belirtileri olabilir (1).

2.4.3. Duygulanım(Affect)

Şizofrenide genel olarak bir duygu azalması ve yokluğu var denilebilir. Olaylara duygusal olarak az ya da hiç tepki göstermezler. Bunun yanı sıra hastalar aldırılmaz, umursamaz ve duygusuz gibi görünebilirler (1, 5).

Hastaların donuk ve ilişki kurmanın güç olduğu durumlar sıklıkla görülür. Birçok şizofreni hastasının ilk dönemlerinde aşırı bunaltı görülür. Bazı hastalarda panik benzeri sıkıntılı bir durum vardır. Zamanla duygularda küntleşme, sıklık ve yüzeyselleşme belirginleşir. Bazı vakalarda da tuhaf ve anlamsız gibi görünen ağlama, taşkınlık, gülme ve duygu durumunda uygunsuzluk görülür (1, 5).

2.4.4. Bilişsel Yetiler

Bilinç, yönelim ve bellek; şizofrenide yönelim ve bilinç genellikle bozulmamıştır. Hastada ileri derecede ilgisizlik ve vurdumduymazlık varsa, günlük basit sorulara hasta kimi zaman yandan ya da yanlış yanıtlar verebilir ve hastanın yönelimi kolaylıkla bozulabilir (1).

Algılama; şizofreni hastalarında önemli algı bozuklukları olabilir. Algı bozuklukları arasında sıklıkla halüsinasyonlar ve illüzyonlar yer alır. Dikkatin çabuk dağılması ve çevredekilere ilgide azalmadan dolayı algılama da azalmış gibi görünür. Ancak paranoid özellikteki hastalarda algılama artar (1).

Halüsinasyon (Varsanı): Herhangi bir uyarıcı olmamasına rağmen ortaya çıkan algılamalara denir ve beş duyunun herhangi biriyle ilgili olabilir. Ancak sıklıkla işitsel halüsinasyonlara rastlanılmaktadır (5).

2.4.5. Düşünce

a) Yapısal düşünce bozuklukları

Konuşma ve konuşmanın miktarındaki azalmaya bağlı negatif yapısal düşünce bozuklukları ve basınçlı konuşma, fikir uçuşması, düşüncelerde sapma ve dağılma, enkoherans, neolojizm, klang çağrışım, perseverasyon, ekolali gibi pozitif yapısal düşünce bozukluklarıdır (5).

b) Düşünce içeriğindeki bozukluklar

Hezeyanlar (sanrı) şizofrenide görülen ana düşünce bozukluklarıdır. Hezeyanlar, kişinin yaşadığı toplum, kültür ya da alt kültürün özellikleriyle açıklanmayan, tartışma ya da kanıtlarla değiştirilemeyecek kadar sarsılmaz düzeye ulaşmış yanlış düşüncelerdir ve içerdikleri temaya göre sınıflandırılır (5).

Büyükölük (grandiyöz), kötölük görme (perseküsyon), nihilistik, erotomanik, denetlenme, zihin okunması, düşüncelerin sokulması, yayılması ve çekilmesi gibi sanrılar en çok görülen sanrılardır (5).

c) Düşüncede regresyon

Yaş ile birlikte soyut düşünme yeteneği gelişir ve şiirlerin, atasözlerin, fıkraların anlamını kavrayıp sınıflandırma yapılır. Şizofreni hastalarında ise yaşla birlikte kazanılan bu yeteneğin gerilediği görölmektedir. Hasta birey konuşmasında soyut ifadelere yer veremez (5).

2.4.6. Devinim(Hareket)

Katatonî, katalepsi(donakalma), negativizm, katapleksi, narkolepsi, stereotipi, hipoaktivite(hipokinezis), hiperaktivite(hiperkinezis), agresyon, eksitasyon(taşkınlık), ekopraksi, akatizi, manyerizm gibi belirtiler şizofrenide en sık gözlenen devinimsel bulgulardır (5).

2.5. Şizofrenide Tanı

2.5.1. Pozitif Belirtiler

Anormal olarak görölen aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan belirtilerdir (1).

Halüsinasyonlar: Gerçekte var olmayan şeyleri duyma, görme veya hissetmedir. Halüsinasyonlar beş duyunun herhangi biriyle gerçekleşebilir.

Yanılsamalar: Gerçek olan ile olmayanı ayırt edememe nedeniyle güçlü mantıksız ve yanlış inançlara kapılmadır.

Dağınık düşünme: Yetersiz ilişkilendirmeler yapmadır. Gerçeğe dayanmayan sonuçlar çıkarmadır. Mantıksal muhakeme yapamamadır.

Ajitasyon: Rahatsız edici yüksek gerilim ve asabiyet durumudur (2).

2.5.2. Negatif Belirtiler

Normal işlevlerde azalma, eksiklik veya yokluk belirtileridir.

İsteksizlik veya inisiyatif kullanamama: Hiçbir şey yapmak istemeden yatakta çok fazla vakit geçirir.

Sosyal çekilme/depresyon: Hastalıktan etkilenen kişinin yalnız kalmayı tercih etme ve kimseyi görmek istememe izlemidir.

İlgisizlik: Boşluk hissi yaşamadır. Planları gerçekleştirememedir.

Duygusal tepki eksikliği: Normal duyguları göstermeme, mutlu veya üzgün hissetmedir (2).

2.5.3. DSM-5'e göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Ayırt edici belirtiler:

- Sanrılar
- Varsanılar
- Konuşmada düzen bozukluğu
- Çok dağınık ya da katatonik davranış
- Duygu ifadesinin ya da istencin azalması gibi negatif belirtiler

Bunlardan ikisi ya da fazlasının hastada görülmesi koşulu konmuştur. Belirtiler hastada en az bir ay süreyle devam etmelidir.. Ancak eğer belirtiler sağaltımla bir aydan önce düzelmişse en az bir ay koşulu geçerli olmayabilir. İki belirtiden biri ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.

B. Hastalık başladıktan sonra iş, insan ilişkileri, kendine bakım gibi işlev alanlarından en az birinde hastalık öncesine oranla gerileme olmalıdır.

C. Süre: Hastalık belirtilerinin en az 6 ay sürmesi gerekmektedir ve bu altı ayda en az bir ay belirtiler A ölçütüne de uymalıdır.

D ve E ölçütlerine göre şizoafektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır. Belirtiler bir ilaç/madde kullanmaya veya fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.

F. Hastanın öyküsünde bir otistik yelpaze bozukluğu varsa en az bir ay süre ile sanrılar ve varsanıların bulunması gerekir (1).

2.6. Gidiş ve Sonlanım

2.6.1. Gidiş

Hastalığın başlama yaşı kadınlarda 25-35, erkeklerde ise 15-25 yaşlarındadır. Kadınların başlangıç yaşı ortalama olarak 3-4 yıl daha geç olarak saptanmıştır. Ancak bu oranlar şizofreni hastalarının yoğun olduğu aileler için geçerli değildir. Erkeklerin %61.6'sında, kadınların ise %47'sinde hastalığın belirtileri 25 yaşına kadar ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda görülme sıklığı 40-45 yaşlarında, menopoz öncesi ikinci bir zirve yapar (1).

Şizofreni çocukluk döneminde de başlayabilir. Fakat çocukluk döneminde başlayan ve yetişkin yaşamda devam eden şizofreniyi, başka bir hastalık çeşidi olan çocukluk şizofrenisinden ayırmak gerekir (1).

Çocukluk dönemindeki psikotik belirtiler ileri dönemdeki şizofreni riskini arttırmaktadır. Bir doğum izlem çalışması 11 yaşında kesin psikotik belirtisi bulunan çocukların 26 yaşında şizofreniform bozukluk tanısı konma olasılığının, hiç psikotik belirtisi olmayan çocuklardan 16 kat yüksek olduğunu göstermektedir (4).

Belirtiler bakımından da tipik bir başlangıç yoktur. Renkli sanrılar, varsanılar, acayip davranışlarla, taşkınlıklarla ortaya çıkabileceği gibi çok sinsi olarak da gelişebilir. İlk nöbetlerin yarısında psikoza geçiş yavaş yavaş olur, tetikleyici bir etken bulunmaz (2, 3). Bazı hastalarda başlangıç döneminde henüz açık psikotik belirtiler ortaya çıkmadan hastanın işlev düzeyinde bir gerileme olur, çevreye ilgisi azalmıştır, sosyal ortamlardan kaçınır, duygulanımda küntleşme, tuhaf düşünce ve davranışlar görülebilir. Bu dönemde dikkatini toplamada güçlük, bunaltı, uyku sorunları, çabuk sinirlenme, halsizlik, kendisinden beklenen işleri yapamama, kendine bakımın azalması gibi şizofreniye özgü olmayan belirtiler görülebilir. Bazen birkaç hafta veya ay devam eden bu durum, çoğu zaman 2-5 yıl devam edebilir ve ardından pozitif belirtilerin baskın olduğu bir psikotik tablo ortaya çıkar (10, 13).

İlk psikozun ortaya çıkışından sonraki 5-10 yıl içerisinde hastalık genellikle bazen açık, pozitif psikotik belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve arada yatışmalarla gider. Yatışma dönemlerinde negatif belirtiler genellikle şiddetli bir şekilde sürer. Bu 5-10 yıllık kritik dönemin sonunda, çoğu hastada alevlenmeler olmaz ve işlev düzeyi fazla değişmez (1).

2.6.2. Sonlanım

Şizofreni farklı gidişat ve sonlanma gösteren genellikle devamlı ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Hastaların uzun süre izlenmesiyle %60'ının belirli düzeyde veya tamamen iyileştiği, kalan bölümün ise anlamlı olarak bir düzelme göstermediği bildirilmektedir (2).

Yavaş ve sinsi başlanarak yıllarca devam ederken alevli dönemler ortaya çıkabilir. Bu dönemler sağaltımla veya bazen kendiliğinden sakinleşir. Daha sonra tekrar çok yavaş ilerleyerek daha çok negatif belirtilerin ağırlıkta olduğu kalıntı (rezidüel) şizofreniye dönüşebilir. Hastaneye yatmayla sağaltım görmüş hastaların, düzenli ilaç kullanımıyla bile, neredeyse %35-40'ı ilk yılda ikinci bir psikoz dönemi

geçirirler. Depreşme sayısı artmasıyla hastalığın süreğenleşme ihtimali artar. Hastalığın gidişatı ve sonlanımını önceden bilmek neredeyse imkansızdır (1).

2.6.3. İyi sonlanım belirtileri

- Geç başlangıç
- Açık tetikleyici etkenlerin varlığı
- Hastalıktan önceki uyumun iyi olması
- Evli olma
- Ailede duygu durum bozukluk öyküsü
- Sosyal destek sistemlerinin iyi olması
- Pozitif belirtiler
- Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu; iş veya hobiler
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Dengeli yaşam koşulları
- Güvenli ve yapılandırılmış bir çevre
- Fiziksel iyilik hali
- Gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma (1, 2).

2.6.4. Kötü sonlanım belirtileri

- Erken başlangıç
- Tetikleyici etkenlerin yokluğu
- Hastalık öncesi uyumun kötü oluşu
- Sinsi başlangıç
- Bekar veya dul olma
- Ailede şizofreni varlığı
- Sosyal destek sistemlerinin iyi olmaması
- Negatif belirtiler
- Nörojenik semptomlar
- Perinatal travmanın varlığı
- Düzelmelerin 3 yıl içinde olmaması
- Nüksler, özellikle pozitif semptomların yeniden ortaya çıkışıyla giden ek nüksler
- Saldırganlık öyküsü
- Madde kötüye kullanımı

- Aşırı stres (1, 2).

2.7. Tedavi

İlaç tedavisi şizofreni hastalığında tedavinin en önemli bölümünü oluşturur ve ilaç tedavisinin süreğen olması gerekmektedir. İlaç tedavisinde amaç hastalığı kontrol altına almak, nüksleri önlemek ve iyileşmeyi sağlamaktır. Ancak ilaç tedavisi hastalığın tedavisinde her ne kadar birincil öneme sahip olsa da negatif belirtilerin kontrolü ve yeterli bir işlevsellik için hastalığın psikososyal tedavi yaklaşımlarının da benimsenmesi gerekmektedir. Psikososyal tedavi sürecinin içerisine hastanın yakınlarının da dahil edilmesi hastalık süreci ile etkili baş etme mekanizmalarının kazandırılması hastalık ile ilgili yanlış inançların düzeltilmesi damgalanmanın azaltılmasında ve hastalığın tedavisinde önemli olmaktadır. Bunların yanı sıra, hastaların semptomlarında hızlı bir iyileşme hedeflendiğinde ve ilaç tedavisinden sınırlı düzeyde yanıt alındığı, intihar riski yüksek olan hastalara Elektrokonvulsif Terapi (EKT), hastalıkla baş etme konusunda temel bilgiyi içeren, hastalığın prognozu üzerinde olumlu etkisi olan aile terapisi ve şizofreni hastalarına yaşadıkları semptomlar ve onlara verilen tepkilere karşılık daha mantıksal bakış açıları kazandırmak amacıyla başvuru alan bilişsel davranışçı terapi yöntemlerine de başvurulmaktadır (1, 3, 8).

2.8. Şizofrenide Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Damgalanma genel anlamda; bireyin diğerlerinden ayrılacak biçimde gözden düşürülmesi, saygınlığının azaltılması ve diğer insanlardan aşağı görülmesi, kötülenmesi ve dışlanmasıdır (10, 11). Damgalanma; ruhsal hastalık tanısı konmuş bireyin ya da o tanı ile adlandırılmış olan bireylerin ruhsal hastalık, ilaç kötüye kullanımı ya da fiziksel yetersizlik gibi olumsuz düşünce kalıplarının ortaya çıkardığı bir statü kaybı ve dışlanma olarak tanımlanmaktadır (6).

Damgalanma süreci çeşitli basamaklardan oluşmaktadır;

1. Etiketleme: Damgalanma süreci çoğunlukla bir ruhsal hastalık tanısı veya etiketinin alınması ile başlayan bir süreçtir. Bu etiket, stereotipleri uyandırmaktadır (14).

2. Stereotipler: Ruhsal hastalığı olan bireylerin nasıl bireyler oldukları konusu toplumun önceden hemfikir olduğu tanımları belirleyen bir kavramdır. Bir bireyin hasta olduğu söylendiğinde kişiler öncelikle bu stereotiplerle durumu kavramlaştırmaktadır.

Toplumdaki “ruhsal hasta kişi” stereotipi de birçok araştırmada ortaya çıktığı gibi “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan” stereotipidir. Bu sonuç; bir ön yargının oluşmasına neden olur (14).

3. Bilişsel Ayırma ya da Önyargılar: Etkinleşen stereotipiler sebebiyle hasta birey, diğere özelliklerinden bağımsız olarak tehlikeli biri olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bir bakıma hasta birey denildiği zaman, değerlendirme artık toplumun zihninde daha önceden bulunan önyargılara göre yapılmaktadır. Önyargı, kişilerin bir nesne veya durum konusunda, dış gerçekler hakkında bilişsel bir değerlendirme yapılmaksızın, önceden mevcut bazı yargılar ve stereotipiler üzerinde oluşturulmuş bir yargıdır. Nesnenin veya durumun gerçek özellikleri önyargılı bir yaklaşımda önemsizdir. Önyargıların stereotipleri desteklemesiyle beraber bazı duygusal tepkimelere sebep olabilir (14).

4. Duygusal Tepkimeler: Korku ve öfke önyargılar sonucu hastalara karşı oluşan duygulardır. Hastaların tehlikeli kişiler olduğu düşüncesi korkunun en önemli nedenidir. Öfkenin temelinde ise daha çok hastaların toplum huzurunu bozan kişiler olarak düşünülmesinin yanında, beceriksiz, işe yaramaz ve kendilerine bakamayan bireyler olarak değerlendirilmeleri de yatmaktadır. Sonuçta hasta bireyler, toplumda sıklıkla öfke ve korkuya sebep olmaktadır (14).

5. Sosyal Statü Yitimi: Hem bilişsel hem de duygusal tepkimeler sonucu, damgalanan bireyler toplumda eski konularında olamayacaklardır. Toplum, bu bireylerden uzak durmanın yanı sıra hastaları da kendilerinden ve çevreden uzak tutmak istemektedir. İnsan ilişkilerinin her basamağına yansıyan bu tutum sonucu, hastalar bariz bir ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalmaktadır (14).

6. Ayrımcılık (Discrimination): Stereotiplere ve önyargılara göre değerlendirme sonucu meydana gelen duygusal ve bilişsel yanıtlar, davranışa yansır. Hastalar öncelikle toplumsal yaşamda pek çok kısıtlamalara maruz kalır ve sonra somut olarak toplumdan dışlanır. Ayrımcılık, uzak durma, karşı olma durumundan başlayıp hastaların kısıtlanması, engellenmesi ve toplumdan dışlanması aşamalarını içermektedir (14).

Damgalanma, dışlama ve ayrımcılık, psikiyatrinin yüzyıllardan beri süre gelen ve halen mevcut olan en önemli sorunlarından biridir (9).

Psikiyatrik hastalığı olan hastalar, toplum tarafından etiketlendiklerinde, istemeden de olsa kendilerini yetersiz ve dışlanmış olarak algılamaya başlarlar.

Toplumun benimsediği tehlikelilik ve yetersizlik gibi damgalayıcı görüşlerin ruhsal hastalığa sahip birey tarafından benimsenmesine içselleştirilmiş damgalanma denilmektedir. Bir diğer tanıma göre; bireyin toplumun etiketlerini benimsemesi ve sonuç olarak değersizlik, utanma gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan soyutlamasıdır (10). Damgalanmanın içselleştirilmesiyle bu olumsuz etiketlendirmeler bireyler için geçerli “gerçekler” meydana getirir ve bireyde utanma duygusuna neden olur (15). Ruhsal hastalığı olan kişilerin toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmaları, kendi kendilerinin de damgalanmasına neden olmakta ve bu süreçte içselleştirilmektedir. Böylece ruhsal hastalığı olan kişiler toplumun alışlagelmiş olumsuz yargılarını kendisi için kabullenmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma; ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan izole olmalarına, psikiyatrik yardım almaktan kaçınmalarına, tedaviye uyumlarının bozulmasına ve prognozlarının kötüleşmesine yol açmaktadır (16).

Günümüzde tüm hastalıklar içerisinde damgalanmadan en fazla etkilenen grup olan ruhsal bozukluk tanısı konulmuş hastaların damgalanmışlık deneyimini büyük oranda yaşadığı kültüre, ruhsal hastalığa ve diğer bazı değişkenlere bağlı olarak damgalamanın şiddeti değişmekle birlikte hemen her toplumda damgalanmanın olumsuz sonuçları olan sosyal yönden reddedilme, ayrımcılık ve dışlanmaya en çok maruz kalan hastalar olduğu söylenebilir (12, 15, 17). Ruhsal hastalığı ağır olan bireylerin üçte birinin yüksek düzeyde damgalanma yaşadığı belirtilmiştir (12).

Dünya üzerinde yaklaşık 45 milyon şizofreni hastası bulunmaktadır ve riskli yaş gruplarına doğru nüfus artmasıyla bu sayıda artış olacağı beklenmektedir (17). Şizofreni farklı araştırmalarda damgalanmaya en fazla maruz kalan ruhsal hastalık olarak gösterilmiştir (15). Yapılan diğer çalışmalar sonucunda toplumun şizofreni hastalarını damgalayarak dışladıkları ve onlarla yakın ilişkiler kurmaktan çekindikleri belirtmişlerdir. Bu tutumun en önemli nedeni de şizofreni hastalarının ne zaman ne yapacakları belli olmayan tehlikeli kişiler olarak değerlendirilmesidir (18).

Literatürde yapılmış araştırmaların sonuçları dikkate alındığında, toplumun şizofreni hastalarını olumsuz olarak algıladığı görülmektedir (15). Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumun %76.5’ i şizofreni hastalığını ruhsal bir hastalık olarak bilmektedir. Örneklem grubunun dörtte biri şizofreninin tehlikeli olduğuna ve toplumda serbest bırakılmaması gerektiğine inanmaktadır. Katılımcıların %25.7’si şizofreni hastalarının toplum içinde serbestçe dolaşmaması gerektiğini, %69.9’u şizofreni hastası

ile evlenmek istemediğini, %46.8' i şizofreni hastası ile birlikte çalışmak istemediğini, %33.22' si şizofren komşusunun olmasından rahatsızlık duyacağını, %43'ü evini bir şizofreni hastasına kiraya vermek istemediğini, %58.6'sı şizofreni hastalarının hayatları ile ilgili doğru kararlar veremeyeceklerini belirtmişlerdir (12).

Damgalanmanın ilk olarak kişinin kendisi ve yakın çevresinde başladığını ileri sürülmektedir. Bazen bireyin kendisini damgalaması, toplum tarafından damgalanmasını kolaylaştırmaktadır (19).

Aile, sağlık personeli ve toplum tarafından damgalanan bireylerin halinden utanç duyma, sosyal ilişkilerden kaçınma ve yetersizlik duygusu gibi sebeplerle kendilerini değersiz görerek özgüvenlerini yitirmekte, ümitsizliğe kapılmakta, reddedilme korkusu yaşamakta ve sosyal uyumda bozulma gibi birçok olumsuz durum yaşamaktadırlar (10, 13, 17). Damgalanma endişesi yaşayan bireyler sağaltım için sağlık kuruluşuna başvurmaktan çekinmektedirler. Hatta hastalar tedaviye başlasalar bile toplum tarafından dışlanmaları onların tedavi süreçlerinde ve tedaviye uyumlarında sorunlara yol açtığından hastaların tedavisi için ciddi bir engel oluşturmaktadır (17). Ruhsal hastalık hakkında yanlış inançlar, korku ve olumsuz tutumlar damgalamaya neden olmaktadır. Şizofreni hastalığından dolayı damgalanma yalnızca hastanın kendisi ile sınırlı kalmayıp; hastalık, hastalığın tedavi yöntemleri, hasta yakınları ve sağlık çalışanları ile de ilişkilidir (12). Ruhsal hastalığa sahip bireyler sadece toplum tarafından değil, sağlık çalışanları tarafından da damgalanmaya maruz kalmaktadırlar. Toplumun ruhsal hastalıklara karşı tutumları hastalığın tanınmasından uygun tedavinin devam ettirilmesine kadar ruh sağlığı hizmetlerini tüm aşamalarda olumsuz etkilemektedir (10).

Damgalanma; ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir sorun oluşturmakla birlikte hastalarda olduğu kadar hastaya bakım verenlerin de psikolojik durumlarını ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir (17, 20). Şizofreni hastalarının tedavisinde içselleştirilmiş damgalanma da önemli bir engel oluşturmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma, hastalık belirtilerinin daha kötüye gitmesine sebep olup iyileşmeyi geciktirdiğinden dolayı hastalara zarar vermektedir. Şizofreni hastalarında damgalanma duygusunun artması benlik saygılarında azalmaya neden olmaktadır. Damgalanma; benlik saygısında azalmaya sebep olmasının yanı sıra çoğunlukla suçluluk, utanç duygusu, sosyal ilişkilerde ve toplumsal uyumda bozulma gibi durumlarda artışa sebep olmaktadır. Bu durumda bireyin tedavisinde önemli

sorunlara neden olmakla birlikte işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (15). Vergaeghe ve ark. benlik saygısı ile damgalanma arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (7).

Damgalanma yalnızca şizofreni hastalarını değil, onların ailelerini de etkileyen bir durumdur (21). Kronik yapısına bağlı olarak olguların büyük bir kısmında şizofreni hastalarının yanı sıra bakım verenlerin de yükünü arttırmaktadır. Hastalık yükünün artması; yetersizlik ve maddi açıdan kayıplara neden olmakla birlikte hasta bireyleri ve yakınlarını damgalayarak toplum dışına itebilmektedir (9). Bu konuda yapılan çalışmada hasta yakınları bu damgalanma ve sosyal yalıtılma konusunda zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu nedenle hasta yakınları hastalığı gizlemekte hatta bazen bu korku tedavi için başvuruyu bile engelleyebilmektedir (18).

2.9. Yalnızlık ve Şizofreni

Türkçe’de yalnızlık, “kimsesiz olma”, “yalnız olma durumu”, “ıssızlık, tenhalık” ve “tek başınalık” anlamlarında kullanılmaktadır (22). Yalnızlık; bireyin yabancı hissettiği, yanlış anlaşıldığını hissettiği, sosyal bütünleşme ve duygusal yakınlık için gerekli olan sosyal partnerlerin olmaması sonucu ortaya çıkan kalıcı duygusal bir rahatsızlık durumudur (23). Sullivan’a göre yalnızlık; kişilerarası ilişkilerin yeterince karşılanamaması sonucu ortaya çıkan rahatsız edici bir deneyimdir (23). Perlman ve Peplau’e göre yalnızlık, bireyin istediğiyle gerçek ilişkileri arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (23).

Peplau ve Perlman yalnızlık tanımında; genel olarak üç benzer nokta bulmuşlardır. Bunlar;

- Yalnızlık, bireyin sosyal ilişkilerindeki yetersizlikten kaynaklanmaktadır.
- Yalnızlık, subjektif bir deneyimdir ve kişinin algılayışına göre değişir. Tek başına olduğunda veya kalabalık içindeyken de oluşabilir ve sosyal izolasyonla eş anlamlı değildir.
- Yalnızlık deneyimi hoş bir durum değildir, rahatsız edicidir (22).

Peplau’ya göre yapayalnızlık; başkalarıyla birlikte olmayı isterken onlardan uzak olmayı, tek başınalık ise; yaşamı etkileyen belirli kararları verirken, yalnız olmak ya da birlikteliğin olmamasını ifade eder (24).

Younger'e göre yalnızlık başkasına duyduğun özleme karşın tek basına olma hissidir. Ona göre yalnız birey, yalnızlık duygusunu bir amacının olmaması ve can sıkıcı bir durum olarak deneyimler ve bu durum bireye yararsız olduğu hissini verir (23, 25).

Weiss'e göre yalnızlık, ayrılığın tehlikelerinden korunmak için kişide olumsuz bir duygu ortamı yaratan ve böylelikle yakınlığı arttıran bir düzenleme işlevidir (23, 25).

Çağımızın temel sorunlarından biri olan yalnızlık, birçok araştırmacının dikkatini çekmiş ve yalnızlığın oluşumuna sebep olan faktörlerin incelenmesini içeren birçok araştırma yapılmıştır (25).Yapılan araştırmada yalnızlığın ruhsal hastalıklara neden olduğu ve özellikle de depresyonun oluşmasında önemli bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (23).

Yapılan bir çalışmada yalnız bir bireyin, depresif olarak tanımlanma ihtimalinin %45, depresif bir bireyin yalnız tanımlanma ihtimalinin ise %29 olduğu gösterilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise, yalnızlığın düşmanlık gibi davranışların yanı sıra korku, öfke, mutsuzluk, keder gibi olumsuz duygulara da sebep olduğu belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada ise yalnızlığın, sosyal ilişkilerdeki azalmaya neden olup benlik saygısını düşürerek strese sebep olduğu belirtilmiştir (23).

Şizofreni hastalarının tedavilerinde amaç; hastaları topluma entegre ederek yaşam kalitelerini yükseltmektir. Ancak literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında şizofreni hastalarının yaşam kaliteleri, fiziksel hastalığı olan ya da diğer psikiyatrik hastalıkları olan bireylerle karşılaştırıldığında düşük görülmektedir (11, 12). Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin düşmesine neden olan faktörlerden biri de yalnızlıktır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde şizofreni hastaları yalnızlık problemiyle karşı karşıya kaldığı ancak yalnızlığın şizofreni hastalarında sadece yaşam kalitesini düşürmekle kalmadığı aynı zamanda intihar riskini de arttırdığını göstermektedirler (13, 14). İntihar veya intihara eğilimin şizofreninin major komplikasyonlarından biri olduğu bilinmektedir. Bu yüzden son çalışmalar subjektif yalnızlık deneyimine odaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda; bazı bireysel ve çevresel faktörlerin toplumda yaşayan şizofreni hastalarında yalnızlık görülme sıklığını arttırdığı gözlenmiştir (15, 16).

Çevresel faktörler sosyal destek ve yaşam düzenlemelerini içerirken, bireysel faktörler psikotik semptomları içerir. Toplumda yaşayan bazı şizofreni hastaları,

bireysel ve çevresel faktörlerin sebep olduğu günlük yaşamla ilişkili problemlere sahip olabilir. Bireysel faktörler olan negatif semptomlar ve bozulmuş biliş düzeyi şizofreni hastalığında stabil fazda yaygın görülen özelliklerdendir (20, 23). Toplumda yaşayan bazı şizofreni hastaları zayıf yaşam yeteneklerinden dolayı öz denetim ve günlük yaşam aktivitelerinde başarısız olabilmektedirler. Bu da onların toplum tarafından damgalanmalarına sebep olmaktadır. Çevresel faktörler arasında olan şizofreni hastalarının sahip oldukları küçük sosyal ağlar, onların sosyal destek ve hizmetten yeterince yararlanamamalarına sebep olmaktadır. Bu durum da damgalanan şizofreni hastalarını derinden etkilemektedir (10, 11, 15). Tüm bunlar şizofreni hastalarının toplumsal yaşamlarında yalnızlığa itilmesine sebep olmaktadır. Bireysel ve çevresel faktörler toplumda yaşayan şizofreni hastalarının yalnızlık yaşamalarında önemli faktörlerdir. Şizofreni hastalarının yalnızlık düzeyi azaldıkça, yaşam kalitelerinin artmasına, bunun yanı sıra intihar riskinin de azalmasına yarar sağlayacaktır (11).

2.10. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yalnızlığı Azaltmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Şizofreni hastalığında psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Psikiyatri hemşireleri hasta bireyleri fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden bütüncül olarak ele almalıdırlar. Psikiyatri hemşireleri sağlık ekibi içerisinde hastayla en fazla yüz yüze etkileşimde bulunan ve gözlem yapan çalışanlardır. Psikiyatri hemşirelerinin hastalığın tedavi ve bakımında terapötik ortam ve terapötik iletişim tekniklerini etkin bir şekilde kullanması hastalığın iyileşme düzeyinde önemli bir faktör oluşturmaktadır (26, 27). Hasta ve ailesi için primer öneme sahip olan ilaç tedavisi hastalığın belirtilerini azaltabilmektedir. Fakat hasta ve ailesi ruhsal/toplumsal beceri eğitimi ile desteklenmedikçe bütüncül tedavisi eksik kalabilmektedir. Hastaya iletişim, sorun çözme becerileri, ilaç yan etkileri, inatçı belirtilerle baş etme, stresle baş etme, özgüveni artırma gibi günlük işlevselliklerini ve sorumluluklarını yerine getirme becerileri psikiyatri hemşireleri tarafından öğretilmelidir. Yalnızca hastalara değil ailelerine de psiko eğitim verilerek hastalıkla etkili bir şekilde baş etmeleri sağlanmalıdır. Böylece ailenin sosyal ilişkileri geliştirme yönünden hastayı desteklemesi ve bakım verme sırasında karşılaştığı sorunları ve yükünü azaltması sağlanabilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık çalışanlarına, hasta yakınlarına ve topluma yönelik kitle iletişim araçları kullanılarak damgalanma ile ilgili eğitimler verilebilir. Psikiyatri hemşireleri tarafından damgalamanın şizofreni hastalarını nasıl etkilediği ve

yalnızlaştırdığı ile ilgili eğitimler verilebilir. Şizofreni hastalarının yalnızlık düzeylerini azaltmak için çeşitli etkinlikler düzenlenerek hastaların sosyal işlevsellikleri artırılabilir. Bu eğitim ve etkinliklerin taburculuk sonrası hastaların topluma yeniden adapte olmasını sağlayarak toplumda daha üretken ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerini arttıracığı, bunun yanında hastaların hastaneye yatış sayısını ve süresini azaltacağı, bu durumun hem hasta ve ailesi hem de sağlık kurumları için ekonomik maliyeti azaltma bakımından yararlı sonuçlar vereceği düşünülmektedir (28, 29).



3. MATERYAL/METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Mayıs 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM); spor, eğitim, iş-uğraş, okuma, görüşme, televizyon ve yemek salonlarından oluşmaktadır. TRSM' de psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire ve diğer personeller görev almaktadır. Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Şekil 3.1. de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli devam eden toplam 250 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem

seçimine gidilmeden tüm evrene ulaşma hedeflenmiştir. Araştırma, ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200 şizofreni hastası ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Okuma-yazma bilme
- 18 ve 65 yaş arasında olma
- Araştırmaya katılım onayını kabul etme

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Demans veya diğer organik mental bozukluk olması
- Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar
- Mental retardasyon bulunması
- İletişimi engelleyecek düzeyde eğitim ve dil problemi olma

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Araştırmanın bağımlı değişkenleri: yalnızlık ve içselleştirilmiş damgalanmadır.

Bağımsız Değişken: Araştırmanın bağımsız değişkenleri: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Haziran 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)”, “Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK-3)”, “UCLA Yalnızlık Ölçeği (EK-3)” kullanılmıştır. Veriler Diyarbakır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ndeki şizofreni hastalarıyla yüz yüze görüşülerek, araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Her görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2): Tanıtıcı Özellikler Formu hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 9 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyini algılama durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, yalnız yaşama durumu, hastanın birlikte yaşadığı kişiler) oluşmaktadır.

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK-3): Dörtlü derecelendirmeli olan ve 29 maddeden oluşan ölçek Rister ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve ark.

(2007) tarafından yapılmıştır (30). Ölçekten alınan yüksek puanlar, içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir (31). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

Ruhsal hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ve Alt Boyutları Tablo 3.1 de verilmiştir.

Tablo 3.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Alt Boyutları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Alnabilecek En Düşük ve En Yüksek Değer
Yabancılaşma (1, 5, 8, 16, 17,21)	6	6-24
Kalıp Yargıların Onaylanması (2, 6, 10, 18, 19, 23, 29)	7	7-28
Algılanan Ayrımcılık (3,5, 22, 25, 28)	5	5-20
Sosyal Geri Çekilme (4, 9, 11, 12, 13, 20)	6	6-24
Damgalanmaya Karşı Direnç (7, 14, 24, 26, 27)	5	5-20
Toplam Puan	29	29-116

UCLA-Yalnızlık Ölçeği (EK-4): Russell ve ark. (1978) tarafından geliştirilen UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği'nin (Universtiy of California Los Angeles Loneliness Scale) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Demir (1989) tarafından yapılmıştır (32). Dörtlü derecelendirmeli 20 sorudan oluşan ölçekte, soruların on tanesi düz (2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18), on tanesi de ters (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20) yönde kodlanmıştır. Ölçekten en yüksek 80, en düşük 20 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan aralığı 50-64 yüksek düzey, 35-49 orta düzey, 20-34 düşük düzey yalnızlığı göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır (32). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesinde yüzdellik dağılım, aritmetik ortalama kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ilçe ölçeklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskall Wallis, ANOVA, Varyans Analizi, gruplar arasındaki farkın incelenmesinde ileri analizler kullanılmıştır. İki ölçeğin karşılaştırılmasında ise korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yasal izin (EK-6) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklanmış ve hasta/hasta yakınlarından yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4. 1 de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (S=200)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş grupları		
18-28	40	20.0
29-39	89	44.5
40-50	54	27.0
51 ve üzeri	17	8.5
Cinsiyet		
Erkek	169	84.5
Kadın	31	15.5
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar	6	3.0
İlkokul	23	11.5
Ortaokul	68	34.0
Lise	80	40.0
Yüksekokul	23	11.5
Medeni durum		
Evli	44	22.0
Bekar	156	78.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	30	15.0
Çalışmıyor	170	85.0
Gelir düzeyini algılama durumu		
Kötü	140	70.0
Orta	60	30.0
Ailede ruhsal hastalık öyküsü		
Var	57	28.5
Yok	143	71.5
Yalnız mı yaşıyorsunuz		
Evet	0	0.0
Hayır	200	100.0
Hayır ise birlikte yaşadığınız kişiler		
Anne-baba	125	62.5
Eş ve çocuklar	39	19.5
Huzurevi ve bakımevi	22	11.0
Akraba	14	7.0
TOPLAM	200	100

Araştırmaya katılan hastaların % 44.5'inin 29-39 yaş aralığında, % 84.5'inin erkek, % 40'ının lise mezunu, % 78'inin bekar olduğu, % 85'inin çalışmadığı, % 70'inin gelir düzeyini algılama durumunun kötü olduğu, % 71.5'inin ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, hastaların hiçbirinin yalnız yaşamadığı ve % 62.5'inin birlikte yaşadığı kişiler olarak anne-babasıyla yaşadığı belirlenmiştir.

Araştırmada RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından alınan puanlar ve ortalamaları Tablo 4. 2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları

Ölçek	Minimum Puan	Maximum Puan	Ort.±SD
Yabancılaşma	6	24	17.08±4.19
Kalıp Yargıların Onaylanması	7	27	18.94±4.19
Algılanan Ayrımcılık	5	20	14.41±3.42
Sosyal Geri Çekilme	6	24	17.29±3.55
Damgalanmaya Karşı Direnç	8	20	11.95±2.12
Toplam Puan	38	106	79.65±13.48

Tablo 4.2 de RHİDÖ'den alınan en düşük puan 38, en yüksek puan 106, toplam puan ortalaması 79.65±13.48 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada UCLA Yalnızlık Ölçeğinden alınan toplam puanlar ve ortalamaları Tablo 4. 3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. UCLA Yalnızlık Ölçek Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları

Ölçek	Minimum Puan	Maximum Puan	Ort.±SD
Toplam Puan	26	74	57.20±10.38

Tablo 4.3'de UCLA Yalnızlık Ölçeğinden alınan en düşük puan 26, en yüksek puan 74, toplam puan ortalaması 57.20±10.38'dir. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında araştırmaya katılan hastaların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre RHİDÖ Alt boyut ve Ölçek Toplam Puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4. 4'te verilmiştir.



Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Yabancılaşma		Kalp	Algılanan	Sosyal Geri	Damgalanma	RHİDÖ		
	S	%	Yargıların Onaylanması	Ayrımcılık	Çekilme	ya Karşı Direnç	Toplam Puan		
			$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Yaş grupları	18-28	40	20.0	15.75±3.96	17.72±3.74	13.57±3.08	16.42±2.92	12.55±2.39	76.02±11.61
	29-39	89	44.5	17.35±3.74	19.08±3.74	14.53±3.14	17.40±3.11	12.03±2.05	80.42±11.86
	40-50	54	27.0	17.00±4.73	19.03±4.91	14.44±3.94	17.27±4.33	11.62±1.91	79.38±16.21
	51 ve üzeri	17	8.5	18.76±4.58	20.64±4.62	15.64±3.67	18.76±4.10	11.11±2.11	84.94±14.85
	Test Değeri			KW=8.862	KW=8.039	KW=7.274	KW=9.258	KW=7.549	KW=8.997
Önemlilik			p= .031	p= .045	p= .064	p= .026	p= .056	p= .029	
Cinsiyet	Erkek	169	84.5	17.00±4.14	18.90±4.27	14.34±3.43	17.15±3.64	11.99±2.02	79.40±13.72
	Kadın	31	15.5	17.38±4.52	19.09±3.84	14.77±3.42	18.00±3.01	11.70±2.59	80.96±12.21
	Test Değeri			t=-0.472	t=-0.233	t=-0.634	t=-1.210	t=0.685	t=-0.591
Önemlilik			p= .638	p= .816	p= .527	p= .228	p= .494	p= .555	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	6	3.0	15.70±3.98	20.00±3.52	15.66±2.94	17.83±2.63	11.50±2.16	82.50±10.89
	İlkokul	23	11.5	19.65±2.53	21.34±2.22	16.34±1.89	18.82±1.58	10.60±1.61	86.78±7.19
	Ortaokul	68	34.0	18.66±3.33	20.67±3.33	15.75±2.87	18.91±2.87	11.30±1.72	85.30±11.11
	Lise	80	40.0	16.15±4.02	17.95±4.23	13.60±3.33	16.33±3.67	12.28±2.03	76.32±13.47
	Yüksekokul	23	11.5	12.78±4.43	14.52±3.71	11.04±3.36	14.13±3.50	14.13±2.13	66.60±12.83
Test Değeri			KW=42.977	KW=48.496	KW=46.111	KW=40.703	KW=36.960	KW=45.317	
Önemlilik			p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	
Medeni durum	Evli	44	22.0	16.61±4.07	18.31±4.13	13.86±3.56	16.68±3.50	12.18±2.03	77.65±13.44
	Bekâr	156	78.0	17.18±4.23	19.10±4.21	14.57±3.38	17.46±3.56	11.88±2.14	80.21±13.48
	Test Değeri			t=-0.799	t=-1.104	t=-1.209	t=-1.286	t=0.820	t=-1.110
Önemlilik			p= .425	p= .271	p= .228	p= .200	p= .413	p= .268	
Çalışma durumu	Çalışıyor	30	15.0	13.80±3.38	15.06±2.65	11.36±2.82	14.60±3.22	13.93±0.90	68.76±11.02
	Çalışmıyor	70	85.0	17.63±4.06	19.61±4.05	14.95±3.24	17.76±3.40	11.60±2.08	81.57±12.97
	Test Değeri			t=-4.876	t=-5.924	t=-5.683	t=-4.726	t=6.027	t=-5.086
Önemlilik			p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre RHİDÖ Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Yabancılaşma		Kalıp	Algılanan	Sosyal Geri	Damgalanma	RHİDÖ		
	S	%	Yarguların Onaylanması					Ayrımcılık	Çekilme
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$i \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Gelir düzeyini algılama durumu	Kötü	140	70.0	17.75±4.08	19.72±4.05	15.00±3.29	17.84±3.52	11.59±2.08	81.92±13.22
	Orta	60	30.0	15.43±4.02	17.10±3.98	13.03±3.35	16.00±3.32	12.78±1.97	74.35±12.65
	Test Değeri			$t=3.704$	$t=4.21$	$t=3.860$	$t=3.447$	$t=-3.755$	$t=3.757$
				p= .000	p= .000	p= .000	p= .001	p= .000	p= .000
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Var	57	28.5	18.19±3.71	19.89±3.62	15.28±2.88	17.89±3.30	11.31±1.96	82.57±12.15
	Yok	143	71.5	16.60±4.29	18.55±4.35	14.06±3.57	17.04±3.63	12.20±2.13	78.48±13.84
	Test Değeri			$t=2.442$	$t=2.057$	$t=2.278$	$t=1.523$	$t=-2.712$	$t=1.953$
				p= .015	p= .041	p= .024	p= .129	p= .007	p= .052
Birlikte yaşadığınız kişiler	Anne-baba	125	62.5	16.36±3.91	18.41±4.01	13.89±3.11	16.82±3.34	12.11±2.13	77.60±12.45
	Eş ve çocuklar	39	19.5	16.28±4.12	17.97±4.22	13.58±3.63	16.35±3.57	12.33±2.06	76.53±13.73
	Huzurevi, bakım evi	22	11.0	20.81±3.26	22.36±2.87	17.59±2.46	20.36±3.00	10.81±1.65	91.95±10.38
	Akraba	14	7.0	19.57±4.32	20.85±4.63	16.35±3.58	19.21±3.23	11.21±2.25	87.21±13.80
	Test değeri			$KW=32.427$	$KW=31.381$	$KW=37.249$	$KW=28.226$	$KW=10.888$	$KW=36.220$
				p= .000	p= .000	p= .000	p= .000	p= .012	p= .000

Tablo 4.4 de yaş grupları ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları kıyaslandığında; ölçeğin alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve RHİDÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Yapılan ileri analizde gruplar arasındaki farkın 51 yaş ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Araştırmada cinsiyet ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$). Eğitim düzeyi ile RHİDÖ alt boyut ile toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyi ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ve RHİDÖ toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Yapılan ileri analizde gruplar arasındaki anlamlı farklılığın yüksekokul mezunu olan hastalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Araştırmada medeni durum ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>.05$). Çalışma durumu ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları kıyaslandığında; çalışma durumu ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Yapılan ileri analizde farklılığın çalışmayan hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gelir düzeyini algılama durumu ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir düzeyini algılama durumu ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Yapılan ileri analizde gruplar arasındaki farkın gelir durumunu kötü algılayan şizofreni hastalarından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki kıyaslandığında; ailede ruhsal hastalık öyküsü ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<.05$), ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>.05$) saptanmıştır. Birlikte yaşanan kişiler ile RHİDÖ alt boyut ile toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki kıyaslandığında; birlikte yaşanan kişiler ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ve RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Yapılan ileri analizde gruplar arasındaki farkın eş ve çocukları ile birlikte yaşayan şizofreni hastalarında daha anlamli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçek Toplam Puanlar ve Ortalamaları Tablo 4. 5'te verilmiştir.



Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	%	Yalnızlık Toplam	
Yaş grupları	18-28	40	20.0	54.85±9.40
	29-39	89	44.5	57.66±9.48
	40-50	54	27.0	57.72±12.20
	51 ve üzeri	17	8.5	58.64±10.90
	Test Değeri Önemlilik			KW=4.383 p= .223
Cinsiyet	Erkek	169	84.5	56.78±10.34
	Kadın	31	15.5	59.45±10.49
	Test Değeri Önemlilik			t=-1.316 p= .190
Eğitim düzeyi	Okur-yazar	6	3.0	57.66±10.51
	İlkokul	23	11.5	63.47±7.75
	Ortaokul	68	34.0	61.13±8.31
	Lise	80	40.0	54.83±9.93
	Yüksekokul	23	11.5	47.39±10.75
	Test Değeri Önemlilik			KW=40.895 p= .000
Medeni durum	Evli	44	22.0	55.06±11.43
	Bekâr	156	78.0	57.80±10.02
	Test Değeri Önemlilik			t=-1.547 p= .123
Çalışma durumu	Çalışıyor	30	15.0	49.06±9.40
	Çalışmıyor	70	85.0	58.63±9.90
	Test Değeri Önemlilik			t=-4.916 p= .000
Gelir düzeyini algılama durumu	Kötü	140	70.0	59.30±9.92
	Orta	60	30.0	52.30±9.83
	Test Değeri Önemlilik			t=4.582 p= .000
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Var	57	28.5	61.19±9.32
	Yok	143	71.5	55.60±10.38
	Test Değeri Önemlilik			t=3.530 p= .010
Birlikte yaşadığımız kişiler	Anne-baba	125	62.5	56.04±9.46
	Eş ve çocuklar	39	19.5	53.71±11.26
	Huzurevi, bakım evi	22	11.0	65.81±6.15
	Akraba	14	7.0	63.71±12.01
Test değeri Önemlilik			KW=30.528 p= .000	

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; yaş grupları, medeni durum, cinsiyet ile yalnızlık toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$); eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve birlikte yaşanan kişiler ile yalnızlık toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Yapılan ileri analizde gruplara arasındaki farkın yüksek okul mezunu olan, çalışan, gelir düzeyini orta olarak algılayan, ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan, eş ve çocukları ile yaşayan şizofreni hastalarında daha anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Yalnızlık ile RHİDÖ Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER			RHİDÖ					TOPLAM ÖLÇEK PUANI
			Yabancılaşma	Kalıp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	
UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ	Toplam	r	.840**	.856**	.869**	.848**	-.754**	.854**
	Puan	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000

** $p<.05$

Tablo 4.6 da UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ yabancılaşma alt boyutu ($r= .840$, $p<.05$), kalıp yargıların onaylanması alt boyutu ($r= .856$, $p<.05$), algılanan ayrımcılık alt boyutu ($r= .869$, $p<.05$), sosyal geri çekilme alt boyutu ($r= .848$, $p<.05$) ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin arttığı söylenebilmektedir. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ($r= -.754$, $p<.05$) arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda damgalanmaya karşı direnç arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin azaldığı söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla elde edilen çalışmanın bulguları, literatür bulguları doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının çoğunun erkek, 29-39 yaş grubunda, lise mezunu, bekar, gelir düzeyini algılama durumunun kötü olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, hiçbirinin yalnız yaşamadığı ve birlikte yaşadıkları kişilerin çoğunluğunun anne-baba olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Assefa ve ark. yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının çoğunluğunun erkek, ortaöğretim mezunu, bekar olduğu ve çalışmadığını bulmuşlardır (33). Özçelik ve Yıldırım'ın yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının çoğunun erkek, bekar, gelir düzeyini algılama durumunun kötü olduğu, anne-baba ile birlikte yaşadığını saptamışlardır. Araştırmanın sonuçları literatür bulguları ile paralellik göstermektedir (34). Araştırmada şizofreni hastalarının çoğunun erkek olma nedeni olarak Türk kültüründe kadınların evlenmesi önemli olduğu için evlilik öncesi kadının damgalanmasını engellemek amacıyla hastaneye çok fazla yatış yapılamaması ya da hastane hizmetlerinden yararlanmalarının yakınları tarafından önlenmesi ve desteklenmemesi sonucu kadın hastalara ulaşılabilmesi düşünülebilir. Damgalanmadan dolayı şizofreni hastalarının evlenemediği, iş bulmakta zorlandıkları ve buna bağlı olarak maddi kazanç sağlanamadığı için gelir durumlarının kötü olduğu söylenebilir.

Araştırmada RHİDÖ toplam puan ortalaması 79.65 ± 13.48 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). RHİDÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında; hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Arslantaş ve ark. psikiyatri hastalarında damgalanmanın yüksek olduğunu bulurken (35), Ritsher ve Phelan yaptıkları çalışmada ise, ayaktan psikiyatri hastalarının %73.2'sinin içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek olduğunu saptamışlardır (36). Karidi ve ark. şizofreni hastaları üzerine yaptığı araştırmada şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyini yüksek olarak bulmuşlardır (37). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, Yıldız ve ark. şizofreni hastalarında damgalanmanın majör depresif bozukluk hastalarından daha yüksek düzeyde olduğunu (38), Yılmaz ve Okanlı, şizofreni hastalarının damgalanmalarının diğer ruhsal hastalık gruplarına göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (31). Kök ve Demir; Sevindik ve

ark. şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (39, 9). Şizofreni hastalığının ağır ruhsal hastalıklardan biri olması hastaların toplum tarafından saldırgan ve tehlikeli olarak düşünülmesine, şizofreni hastalarına yönelik olumsuz ve reddedici tutumlar hastaların toplum tarafından damgalanmasına neden olmaktadır. Bu yaklaşımlar da şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalamalarına neden olabilmektedir.

Araştırmada yaş grupları ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin alt boyutlarından yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve RHİDÖ toplam puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < .05$), (Tablo 4.4). 51 yaş ve üzeri yaş grubunda içselleştirilmiş damgalanmanın daha anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yaşın azalmasıyla birlikte hastaların topluma katılmada daha aktif olması ve sosyalleşmesi sebebiyle damgalanmaya daha az maruz kaldıkları söylenebilir. Araştırmada cinsiyet ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyetin alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Bunun nedeninin araştırmaya katılan kadın hasta sayısının az olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmada eğitim düzeyi ile RHİDÖ alt boyut ile toplam puan ortalamaları kıyaslandığında; eğitim düzeyi ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ve RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < .05$). Eğitim düzeyi yüksek okul olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmaları daha anlamlıdır. Kök ve Demir, şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi azaldıkça içselleştirilmiş damgalanmanın arttığını saptamışlardır (39). Coşkun ve Güven, eğitim düzeyi düşük olan hastaların içselleştirilmiş damgalamayı daha çok yaşadığını belirlemişlerdir (10). Araştırmanın sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşamaları hastaların sorunlarla baş etme ve hastalığıyla ilgili yardım aramada daha çok güçlük yaşamaları ile ilgili olabilir. Eğitim düzeyinin artmasıyla toplumun kalıp yargılarının daha az onaylandığı, hastaların kendini toplumdan geri çekme yerine sosyal ilişkilerini geliştirdiği ve bu nedenle içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha az olacağı düşünülebilir. Araştırmada medeni durum ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları kıyaslandığında; medeni durumun alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Medeni durumun damgalanmayı etkilemediği

bulunmuştur. Bunun nedeni olarak araştırmaya alınan hastalarda evli olan hasta sayısının az olması düşünülebilir. Araştırmada çalışma durumu ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları kıyaslandığında; çalışma durumu ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Çalışan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma daha anlamlıdır. Çalışan şizofreni hastalarının ekonomik bağımsızlıklarını kazanmaları, maddi açıdan kendilerine yetebilme düzeyinin artmasıyla toplumun hastalara bakış açısının da olumlu yönde değişebileceği ve böylelikle daha az damgalanmaya maruz kaldıkları söylenebilir. Araştırmada gelir düzeyini algılama durumu ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir düzeyini algılama ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Gelir düzeyini kötü olarak algılayan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma daha anlamlıdır. Çapar ve Kavak gelir düzeyini iyi olarak algılayan şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha düşük olduğunu saptamışlardır. Araştırmanın sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir (40). Araştırmada birlikte yaşadıkları kişiler ile RHİDÖ alt boyut ile toplam puan ortalamaları kıyaslandığında; birlikte yaşadıkları kişiler ile yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt boyutları ve RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Eş ve çocuklarıyla yaşayan şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma daha anlamlıdır. Evli ve çocuk sahibi olmak sosyal işlevselliğin daha yüksek olmasına, hastalığın daha geç başlamasına ve yıkımın daha az olmasından kaynaklanabilmektedir. Ailenin hastayı desteklemesi, hastalığını benimsemesi olumlu kişiler arası ilişkiler şizofreni hastalarında damgalanmayı azaltmaktadır. Toplumun şizofreni hastalarına ilişkin tutum ve davranışlarından dolayı aile dışı ortamlarda damgalanma artmaktadır.

Araştırmada hastaların yalnızlık toplam puan ortalaması 57.20 ± 10.38 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında, araştırmaya katılan hastaların yalnızlıklarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Trémeau ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının hasta olmayan bireylere göre yalnızlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (41). Shioda ve ark. Japonya’da şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada hastaların yalnızlık

düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (11). Araştırma sonuçları literatür ile benzerdir.

Araştırmada yalnızlık toplam puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$), (Tablo 4.5). Eğitim düzeyi yüksek okul olan şizofreni hastalarında yalnızlık daha anlamlıdır. Yıldırım ve ark. madde ve alkol bağımlılarında yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların yalnızlık düzeyinin eğitim düzeyi yüksek olan hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (42). Eğitim düzeyinin artmasıyla toplumun kalıp yargılarının daha az onaylandığı, kendini toplumdaki geri çekme yerine sosyalleşme eğilimi gösterebileceği ve dolayısı ile yalnızlık düzeyinin daha az olacağı düşünülebilir. Araştırmada yalnızlık toplam puan ortalamasıyla çalışma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Çalışan hastalarda yalnızlık daha anlamlıdır. Çalışan şizofreni hastalarının iş hayatına katılmasıyla kendilerini topluma faydalı olarak görmeleri, çalışma ortamında toplumla daha çok etkileşim içerisinde olması sosyalleşmelerini sağlayarak yalnızlık düzeylerini düşürebilir. Araştırmada yalnızlık toplam puan ortalaması ile gelir düzeyini algılama durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Gelir düzeyini kötü olarak algılayan hastalarda yalnızlık daha anlamlıdır. Yıldırım ve ark. madde ve alkol bağımlılarında yaptığı çalışmada gelir düzeyini “kötü” olarak algılayanların yalnızlık düzeyinin “iyi” ve “orta” olarak algılayanlardan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (42). Araştırmanın sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir. Ekonomik durumu kötü olan hastaların yalnızlıklarının yüksek olması bu hastaların yaşam koşullarının, sosyal aktivitelerinin daha sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmada yalnızlık toplam puan ortalaması ile ailede ruhsal hastalık öyküsü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı olan hastaların yalnızlıkları daha anlamlıdır. Ailede ruhsal hastalık öyküsünün olması hastaların toplum tarafından damgalanmalarına ve dolayısıyla yalnızlaşmalarına neden olabileceği düşünülebilir. Araştırmada yalnızlık toplam puan ortalaması ile birlikte yaşadıkları kişiler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Eş ve çocuklarıyla yaşayan şizofreni hastalarında yalnızlık daha anlamlıdır. Şizofreni hastalarının aileleri tarafından destek görmeleri ve aile ortamında daha mutlu olmaları onların yalnızlık düzeylerinin düşük olmasına sebep olabilir.

Araştırmada UCLA yalnızlık ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin arttığı söylenebilmektedir. UCLA yalnızlık ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç alt boyutu arasında istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu olduğu belirlenmiştir. Damgalanmaya karşı direnç arttıkça hastaların yalnızlık düzeylerinin azaldığı söylenebilir. Şizofreni hastalarının toplumun olumsuz söz ve davranışlarından dolayı damgalanmalarına karşı direnç göstermeleri hastalıkla başa çıkabilir duruma gelerek sosyal işlevsellikleri ve kişiler arası ilişkilerini geliştirmelerine katkı sağlamakta böylece yalnızlık düzeylerinde azalma görülebilmektedir. Gonzalez ve ark. şizofreni hastalarına karşı toplum tarafından sosyal mesafe bırakıldığı ve hastaların toplumdan izole edildiğini belirtmişlerdir (43). Toplumun şizofreni hastalarına karşı olumsuz tutumları bireylerin sosyalleşmelerini, evlenmelerini, ev kiralamalarını, işe alınmalarını ve diğer insanlara yakın mesafede yaşama, komşuluk yapma olanaklarını sınırlandırmaktadır. Bu tutumlardan dolayı şizofreni hastalarında damgalanmanın arttığı, içselleştirilmiş damgalanmanın artmasıyla birlikte hastaların belirli bir süre sonra yapılan bu etiketleri kabul ederek kendisini toplumdan soyutladığı ve yalnız kalmalarına yol açtığı bilinmektedir. Yalnızlaşan hastalar bireysel ve toplumsal rollerini sürdürmede zorluk yaşamakta, kendilerini işe yaramaz ve değersiz hissetmekte bu da hastalarda olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile yalnızlık düzeyi arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur:

- Şizofreni hastalarının 29-39 yaş grubunda, çoğunun erkek, bekar, lise mezunu, gelir düzeyini kötü algıladığı, çalışmadığı, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, yalnız yaşamadığı, birlikte yaşadıkları kişiler olarak anne-babasıyla yaşadığı,
- Şizofreni hastalarında RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu,
- Şizofreni hastalarında yalnızlık ölçek toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu,
- Araştırmada cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu, yalnız yaşama durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler ile yalnızlık ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu, yalnız yaşama durumu ve birlikte yaşadıkları kişiler ile RHİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Araştırmada yalnızlık ölçek toplam puan ortalaması ile RHİDÖ yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki varken, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu,

belirlenmiştir.

Bu sonuçlar ışığında psikiyatri hemşirelerinin;

- İçselleştirilmiş damgalanmaya sebep olan etkenlerin belirlenmesi, hastalara, bakım verenlere, sağlık çalışanlarına ve topluma eğitimler planlanması,
- Damgalanmayla mücadele çalışmalarında kitle iletişim araçları kullanarak özellikle medyanın gücünden yararlanması,

- Hastaların sosyal işlevsellik düzeylerini arttırması ile içselleştirilmiş damgalanmanın azaltılacağı ve hastaların sosyal işlevsellik becerilerinin geliştirilmesi için çalışmalar, etkinlikler düzenlemesi,
 - Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmalar yapması,
- önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 14. Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık 2016: 189-244.
2. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi 2014: 411-46.
3. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2017; 26(2): 251-67.
4. Alptekin K, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, Atmaca M, Devrimci Özgüven H. Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2014, 24(3): 276.
5. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri 2016: 539-60.
6. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(3): 136-40.
7. Vergaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatizasyon and self-esteem of persons in recovery from mental illness, The Role Of Peer Support, *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54; 206-18.
8. Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics* 2010; 3: 38- 80.
9. Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2014; 48(3): 198-207.
10. Coşkun S, Güven NC. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3(3): 121-28.
11. Shioda A, Tadaka E, Okochi A. Loneliness and related factors among people with schizophrenia in Japan, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 23: 399–408.
12. Doğanavşargil ÖB. Damgalanma ve Ruh Sağlığı, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2013; 22(2): 239-51.
13. Amuk T, Varma G, Kalkan NO, Ateşçi F.Şizofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004; 5: 101-06.

14. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık, Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, 1. Baskı, Taşkın EO (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık 2007: 17-30.
15. Doğanavşargil ÖG. Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Yaşam Kalitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2009.
16. Kamışlı S, Dil S, Daştan L, Eni N. Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016; 27(4): 251-6.
17. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3(2): 61-6.
18. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık, Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, 1. Baskı, Taşkın EO (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık 2007: 117-36.
19. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık, Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, 1. Baskı, Taşkın EO (ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık 2007: 31-40.
20. Saıllard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(1): 14-24.
21. Krupchanka D, Kruk N, Murray J, Davey S, Bezborodovs N, Winkler P, Bukelskis L, Sartorius N, Experience of stigma in private life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51: 757-65.
22. Kızılgeçit M. Modern psikolojide ve tasavvufta yalnızlık, *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 2012; (1): 131-50.
23. Yaşar RM. Yalnızlık, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2007; 17(1): 237-60.
24. Polat H, Ergüney S. Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; (15): 1.
25. Kış A, Atlı A, Pamuk M. Türkiye’de yalnızlık üzerine yapılan tezlerin cinsiyet bağlamında incelenmesi, *J Theory Pract Education* 2015; 11(4): 1392-414.
26. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2013.

27. Kavak F. Kendi Evlerinde Yaşayan Ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin Ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2011.
28. Kavak F. Şizofreni Hastalarında Yoganın İşlevsel İyileşmeye Düzeyine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2016.
29. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(3): 133-42.
30. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 163-71.
31. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia, *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29: 297-301.
32. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği, *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 14-8.
33. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 239-49.
34. Özçelik E, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2018; 9(2): 80-7.
35. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 11: 11-7.
36. Rister JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004; 129: 257-65.
37. Karidi MV, Stefanis C, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas A, Stefanis N. Perceived social stigma, self-concept and self-stigmatization of patient with schizophrenia, *Compr Psychiatry* 2010; 51: 19– 30.
38. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve major depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 1-7.
39. Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek, *Çukurova Medikal Dergisi* 2018; 43(1): 99-106.

40. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patient with schizophrenia, *Perspect Psychiatr Care* 2018; 1- 9.
41. Trémeau F, Antonius D, Malaspina D, Goff CD, Javitt DC. Loneliness in schizophrenia and its possible correlates. An exploratory study. *Psychiatry Research* 2016; 24: 211– 17.
42. Yıldırım B, Engin E, Yıldırım S. Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2(1): 25- 30.
43. Gonzalez M, Oraa R, Aristegui M, Fernandez A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 14-23.





EKLER

EK 1. Özgeçmiş

1990 yılında Diyarbakır'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Diyarbakır'da tamamladı. Ocak 2017 yılında Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksek Okulu'ndan mezun oldu. Mayıs 2017 yılında Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. Eylül 2017 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda hemşirelik yüksek lisans programında lisansüstü eğitimine başladı.



EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışmada amaç şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tülay YILDIRIM

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 18-28 b) 29-39 c) 40-50 d)51 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) Okuryazar b) İlkokul c) Ortaokul d)Lise e)Yüksek okul ve üzeri

5. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

- a) Kötü b) Orta

6. Çalışma durumunuz nedir?

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

- a) Var b) Yok

8. Yalnız mı yaşıyorsunuz?

- a) Evet b) Hayır

9. Hayır ise birlikte yaşadığınız kişiler kim?

- a) Anne-baba b) Eş ve çocuklar c) Huzurevi ya da bakım evleri d) Akraba

EK 3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer;			
“Kesinlikle aynı fikirde değilim”	diyorsanız	(1)	rakamını ;
“Aynı fikirde değilim”	diyorsanız	(2)	rakamını ;
“Aynı fikirdeyim”	diyorsanız	(3)	rakamını ;
“Kesinlikle aynı fikirdeyim	diyorsanız	(4)	rakamını ; daire içine alınız
Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.			

1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler. (1) (2) (3) (4)
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar. (1) (2) (3) (4)
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum. (1) (2) (3) (4)
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum (1) (2) (3) (4)
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir. (1) (2) (3) (4)
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar. (1) (2) (3) (4)
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim. (1) (2) (3) (4)
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar. (1) (2) (3) (4)
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden (1) (2) (3) (4)

- dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor. (1) (2) (3) (4)
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez. (1) (2) (3) (4)
15. Sırf ruhsal hastalığımın dolayısıyla insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar. (1) (2) (3) (4)
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim. (1) (2) (3) (4)
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti. (1) (2) (3) (4)
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler. (1) (2) (3) (4)
19. Ruhsal hastalığımın dolayısıyla benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım. (1) (2) (3) (4)
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum. (1) (2) (3) (4)
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir. (1) (2) (3) (4)
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar. (1) (2) (3) (4)
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz. (1) (2) (3) (4)
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan (1) (2) (3) (4)

yaptı.

25.Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.

(1) (2) (3) (4)

26.Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.

(1) (2) (3) (4)

27.Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.

(1) (2) (3) (4)

28.İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.

(1) (2) (3) (4)

29.Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.

(1) (2) (3) (4)


EK 4. UCLA Yalnızlık Ölçeği

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşüncüyü ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben durumu	bu durumu	Ben durumu	bu durumu	Ben durumu	bu durumu	Ben durumu	bu durumu
	HİÇ		NADİREN		BAZAN		SIK	SIK
	Yaşamadım		Yaşarım		Yaşarım		Yaşarım	Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1		2		3		4	
2. Arkadaşım yok.	1		2		3		4	
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1		2		3		4	
4. Kendimi tek başıyım gibisi hissetmiyorum.	1		2		3		4	
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1		2		3		4	
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1		2		3		4	
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1		2		3		4	
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor.	1		2		3		4	
9. Dışa dönük bir insanım.	1		2		3		4	
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1		2		3		4	
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1		2		3		4	
12. Sosyal ilişkilerim.	1		2		3		4	
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1		2		3		4	
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1		2		3		4	
15. İstediyim zaman arkadaş bulabilirim.	1		2		3		4	
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1		2		3		4	
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1		2		3		4	
18. Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1		2		3		4	
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1		2		3		4	
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1		2		3		4	

EK 5. Etik Kurul Onay Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
22.05.2018	11	2018/11-11	
<p>Karar No: 2018/11-11: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 22.05.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üy. Funda KAVAK BUDAK'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Diyarbakır Gazi Yaşargil EAH Hemşire Tülay YILDIRIM'ın "Şizofreni Hastalarında İçselleştirmiş Damgalama İle Yalnızlık Arasındaki İlişki" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü.Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine;</u> oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı 			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK 6. Kurum İzin Formu



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SELAHADDİN EYYUBİ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ
SELAHADDİN EYYUBİ DEVLET HASTANESİ
0706 2018 1111 - 37081474 - 799 - 6506



T.C.
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi

Sayı : 37081474-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

Sn.Tülay YILDIRIM

İlgi : 05/06/2018 tarihli ve 37081474-000-6406 sayılı dilekçe;

Hastanemizde yatmakta olan ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı şizofreni hastaları üzerinde yapmak istediğiniz "Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ile Yalnızlık Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmanız uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Op.Dr. Sedat ÖZKUL
Başhekim

EKLER:
1) Dilekçe (1 adet)

Dr. Şeref İnalöz Cad. Yenişehir/D.BAKIR
Faks No:5326771679

e-Posta:songul.balik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim Birimi 412 228 91 93- 99
Dahili:1216

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f9fe7a6f-de42-4840-a206-fa130ffc2e69 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Songül BALIK
Unvan: EBE

Telefon No: 5326771679

EK 7. Araştırmaya Katılım Onayı

ARAŞTIRMAYA KATILIM ONAYI

Sizi “ Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma İle Yalnızlık Arasındaki İlişki ” başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, Soru sorma ve araştırma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZA
VELİ/VASİ		İMZA
ARAŞTIRMACI		
ADI-SOYADI	TÜLAY YILDIRIM	
ADRES-TELEFON	DİYARBAKIR GAZİ YAŞARGİL EAH- Hemşire 05056593171	