



**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİNDE KENDİNİ
DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK BELİRTİ
VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ**

Sıla ARSLAN

AĞUSTOS, 2023

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİNDE KENDİNİ
DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK BELİRTİ
VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Sıla ARSLAN

Prof. Dr. Fatma ÖZ

AĞUSTOS, 2023

ONAY

Tez Başlığı: Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki

Tezi Hazırlayan: Sıla ARSLAN

Tez Savunma Tarihi: 03.08.2023

İmza

Üye (Jüri Başkanı): Doç. Dr. Meltem Meriç

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır.

İmza

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Belgin Varol

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır

İmza

Üye (Danışman): Prof. Dr. Fatma Öz

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi,

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur /bulunmamıştır

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Sulhiye YILDIZ

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

(X) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

() Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

() Tezimin/Raporumun..... tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

() Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

03/08/2023

Sıla Arslan

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (03/08/2023).

Sıla ARSLAN

ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK BELİRTİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Sıla ARSLAN

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Prof. Dr. Fatma ÖZ

Ankara, Ağustos, 2023

Bu çalışma, şizofreni hastalarının ailelerinin kendini damgalama, yaşam kalitesi, psikiyatrik belirti düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışma, Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde yapılmış olup, şizofreni tanısı olan hastaların anne, baba, eş, çocuk, kardeşi olan 84 katılımcı ile tamamlanmıştır. Veri toplama aracı olarak Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği, WHO-Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Tanıtıcı Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde non-parametrik Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için pearson korelasyon testi kullanılmıştır ve analizler $\alpha=0,05$ seviyesinde yapılmıştır.

Çalışma sonucunda KDÖ-A ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve güçlü, KDÖ-A ile KSE arasında pozitif yönlü ve güçlü, WHO-YKÖ ile KSE arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu, kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomların birbirlerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Aile üyelerinin kendini damgaladığı, yaşam kalitesinin sosyal alanının kötü olduğu, yüksek düzeyde sosyal geri çekilme yaşadıkları, kadın bakım verenlerin erkeklere göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Aile üyelerinde en fazla görülen belirtinin depresyon olduğu, depresyonun 18-28 yaş arasındaki bireylerde daha fazla görüldüğü, bekarlarda evlilere göre daha fazla psikiyatrik belirti görüldüğü ortaya konmuştur. Hastaların çocuklarında değersizlik algısı, hostile ve olumsuz benliğin kardeş ve babalardan yüksek olduğu ve sosyal alanda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. WHO-YKÖ ile KSE arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede, WHO-YKÖ ile Depresyon ve Olumsuz Benlik arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede, WHO-YKÖ ile Anksiyete, Somatizasyon ve Hostilite arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca KDÖ-A ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede, KDÖ-A ile Anksiyete, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite arasında pozitif yönlü ve orta seviyede, Sosyal Geri Çekilme ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede Sosyal Geri Çekilme ile Anksiyete Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite arasında ise pozitif yönlü ve orta seviyede ilişki bulunmuştur.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda şizofreni hastalarının ailelerinin kendini damgalama, psikiyatrik belirti ve düşük yaşam kalitesi açısından riskli grupta olduğu

ve ailelere yönelik gerekli psikososyal müdahalelerin geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Belirti, Psikiyatri Hemşireliği.



ABSTRACT
IN FAMILIES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, SELF-STIGMA,
LIFE QUALITY, PSYCHIATRIC SYMPTOM AND THE RELATIONSHIP
BETWEEN

Sıla ARSLAN

Master's Thesis

Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

Thesis Advisor Prof. Dr. Fatma ÖZ

Ankara, August, 2023

The study aims to identify the families of patients with schizophrenia's self-imaging, quality of life, levels of psychiatric symptoms and the relationship between them. This study was conducted at the Ankara Association of Schizophrenia Patients and Relatives and completed with 84 participants, including parents, fathers, spouses, children and siblings of schizophrenic patients. The data was collected using the SSI-F, WHOQOL-BREF, BSI.

The study concluded that there is a meaningful relationship between the negative and strong side of SSI-F and the WHOQOL-BREF, between the positive side of the SSI-F and BSI, and between the negativity and the strength of the WHOQOL-BREF and the psychiatric symptoms, self-stigma, quality of life and influence each other. It was found that family members were self-stigma, their social sphere of quality of life was poor, they experienced high levels of social retreat, and women caregivers had lower quality of living than men. Depression was found to be the most common symptom among family members, with depression occurring more frequently in individuals aged 18-28, and having more psychiatric symptoms in single people than in married people. The children of the patients were found to have a higher sense of worthlessness, hostility and negative selfishness than their siblings and fathers, and lower quality of life in the social sphere. There was a significant relationship between the negative and strong level between WHOQOL-BREF and BSI, the negative level and the strongest level between the WHOQOL-BREF and Depression and Negative Self, and the negative- and intermediate level between anxiety, somatization and hostility. Furthermore, there was a positive and strong relationship between SSI-F and Depression, positive and intermediate between SSI-F, and Anxiety, Negative Self, Somatization, and Hostility, and positive and medium relationship between Social Withdrawal and Depressions, and negative self, Somatisation, and hostility to anxiety.

The study suggests that families of patients with schizophrenia are at risk for self-stamping, psychiatric symptoms and poor quality of life, and that the necessary psychosocial interventions should be developed for their families.

Keywords: Schizophrenia, Self Stigma, Quality of Life, Psychiatric Symptom, Psychiatric Nursing.

TEŞEKKÜR

Başta, "Kadınlarımız için asıl mücadele alanı, asıl zafer kazanılması gereken alan, biçim ve kılıkta başarıdan çok; ışıkla, bilgi ve kültürle, gerçek faziletle süslenip donanmaktır." Sözleriyle bana ışık olduğu ve kadınların okuması yolundaki engelleri kaldırarak, Cumhuriyetimizin 100. yılında bu tezi yazan bir türk kadını olmamı sağladığı için için Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk'e,

Bilgisini, desteğini, sabrını ve ışığını bu süreçte benden asla esirgemeyen, beni bu alanda en iyi şekilde yetiştiren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Fatma Öz'e,

Eğitim dönemim boyunca tüm bilgi ve birikimi ile yolumu aydınlatan Doç. Dr. Meltem Meriç hocama,

Çalışmama verdikleri destek ve katkılarından dolayı Prof. Dr. Haldun Soygür'e ve Aysel İncedere hocalarıma,

Bugün bu teşekkür yazısını yazabilmem için eğitimimde desteğini esirgemeyen benim için manevi bir baba olan Prof. Dr. Mustafa Cesur hocama, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şizofreni	6
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Belirti ve Bulgular.....	6
2.1.4. Alt Tipler.....	7
2.1.5. Tedavi.....	7
2.2. Damgalama	8
2.2.1. Kendini Damgalama ve Şizofreni Aileleri.....	10
2.3. Yaşam Kalitesi	11
2.3.1. Şizofreni Ailelerinde Yaşam Kalitesi.....	13
2.4. Şizofreni Hastalarının Aile Üyelerinde Görülen Psikiyatrik Belirtiler.....	14
2.5. Ailelerin Yaşadığı Zorluklar ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri	20
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF).....	20
3.5.2. Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ-A).....	20
3.5.3. WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)	21
3.5.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	22

3.6. Verilerin Toplanması	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Şizofreni Hastalarının Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri	24
4.2. Şizofreni Hastalarının Aile Üyelerinin Kendini Damgalama Ölçeği, Yaşam Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları.....	26
4.3. Ailelerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kendini Damgalama Ölçeği Puan Ortalamaları	27
4.4. Ailelerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	31
4.5. Ailelerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine göre Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları	38
4.6. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti İlişkisi.....	42
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKÇA.....	59
8. EKLER.....	70
EK-1. Etik Kurul Onayı	70
EK-2. Kurum İzni	71
EK-3. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	72
EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	73
EK-5. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	74
EK-6. Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği.....	75
EK-7. WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu	76
EK-8. Kısa Semptom Envanteri.....	77
EK-9 Özgeçmiş	78
EK-10. KSE ölçek izni.....	79
EK-11. Orijinallik Raporu.....	80

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	KDÖ-A Güvenilirlik Analizi.....	21
Tablo 2.	WHOQOL-BREF-TR Güvenilirlik Analizi.....	22
Tablo 3.	KSE Güvenilirlik Analizi.....	22
Tablo 4.	Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri	24
Tablo 5.	Aile Üyelerinden Destek Alma Durumu.....	25
Tablo 6.	Aile Üyelerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler	25
Tablo 7.	Kendini Damgalama Ölçeği, Yaşam Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları (n=84)	26
Tablo 8.	Demografik Özelliklere Göre KDÖ-A'nın Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	28
Tablo 9.	Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre KDÖ-A Puan Ortalamaları	30
Tablo 10.	Demografik Özelliklere Göre WHO-YKÖ'nün Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Tablo 11.	Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre WHO-YKÖ'nün Puan Ortalamaları....	36
Tablo 12.	Demografik Özelliklere Göre KSE'nin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 13.	Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre KSE Puan Ortalamaları	41
Tablo 14.	Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti İlişkisi	45

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KDÖ-A	Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği
KSE	Kısa Semptom Envanteri
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
WHO-YKÖ	Yaşam Kalitesi Ölçeği



1. GİRİŞ

Şizofreni; pozitif ve negatif belirtiler ile karakterize (Öztürk ve Uluşahin, 2008), alevlenme ve remisyon dönemleri ile seyreden (Karakuş ve diğerleri, 2017); her coğrafya ve toplumda sık görülen psikotik bir bozukluktur.

Şizofreni, bireylerde yeti yitimine ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olur (Ensari ve diğerleri, 2013). Bu yüzden bireyler, çoğunlukla bir başkasının bakım ve desteğine ihtiyaç duyar. Hastalara bakım veren kişiler ise genellikle anne, baba, kardeş, eş gibi birinci derece yakınları olur. Bireyin şizofreni tanısı almasından itibaren sadece tanı alan bireyin değil aynı zamanda aile üyelerinin de yaşamlarında birtakım değişiklikler meydana gelir ve yaşamları boyunca hastalığın olumsuz getirileri ile mücadele etmeye çalışırlar (Ceylan, 2015; Karaağaç ve Var, 2019).

DSÖ yaşam kalitesini, “ yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve bireyin amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre yaşam durumlarını algılamaları” olarak tanımlamıştır. Kronik psikiyatrik hastalıklarda bakım verici rolünü üstlenmek zordur ve aile üyelerinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Urizar ve diğerleri, 2009).

Aileler çocuklarının, kardeşlerinin ya da eşlerinin şizofreni tanısı almasıyla hastalık belirtileri ve tedavi süreci ile ilgili belirsizlik, şok, öfke ve hastalığı kabul etmekte güçlük yaşamakta hatta bazı aile üyeleri hastalıktan kendilerini sorumlu tutmaktadırlar. Ayrıca aileler, çoğu zaman hastalarının geleceği ile ilgili endişe duymakta, hayal kırıklığı ve umutsuzluk hissetmektedirler. Aile üyeleri bakım verirken kendilerine yeteri kadar zaman ayıramamakta, maddi zorluklar yaşamakta, hastalığın belirtileri ve getirdiği duygusal yük ile mücadele etmeye çalışırken yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Bu faktörler psikiyatrik belirti görülme riskinin artmasına ve yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır ve yapılan çalışmalarla da ortaya konmuştur (Cheng ve Chan, 2005; Stanley ve diğerleri, 2017; Yu ve diğerleri, 2018).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, ruh sağlığının geliştirilmesi ve hastaların işlevselliklerinin arttırılması açısından büyük önem taşımaktadır (Bag, 2018). Fakat; sadece hastalara ihtiyacı olan hizmeti vermek toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından yeterli değildir. Ruhsal sorunu olan hastalara bakım verirken aile mutlaka hasta birey ile değerlendirilmeli ve ailenin bakım ihtiyaçları göz ardı edilmemelidir. Bu süreçte ailelerin psikososyal

ihtiyaçlarının belirlenerek, gereksinimlerine yönelik girişimlerin planlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi önemlidir.

şizofrenide, pozitif belirtilerinin belirgin olarak yaşanması, toplumun bu hastaları zarar verme eğilimi yüksek bireyler olarak görmeleri, şizofreniye karşı yanlış inançları, medyanın saptırılmış haberleri vb. nedenler ile toplumda en fazla damgalanan gruptur (Avcıl, Bulut ve Sayar, 2016; Taşkın, 2007). Toplumdaki bireyler tarafından şizofreni hastaları korkunç ve zarar verici kişiiler olarak görülmekte şizofreni kelimesini duyduklarında dahi önyargıyla yaklaşılmakta ve damgalanmaktadırlar (Schulze ve Angermeyer, 2003).

Damgalanmanın negatif etkileri sadece damgalanmış bireyi değil aynı zamanda damgalanan bireyin tüm aile üyelerini de etkilemektedir (Corrigan, 2004). Aile yeleri sadece toplumsal damgalamaya maruz kalıp olumsuzluklar yaşamamakta aynı zamanda kendi kendini de damgalamaktadırlar. Damgalanmış bir grupta bulunan bireylerin, damgalayıcı tutumları, kalıp yargıları ve tepkileri kendileri için kabullenip bunun sonucunda negatif duygular yaşaması kendini damgalama veya iselleştirilmış damgalama olarak tanımlanmaktadır (Avcıl ve diğerleri, 2016; P. W. Corrigan, 1998).

Bireylerin birçoğu kendilerine yönelik damgalamayı onaylayarak kendi kendilerini damgalamaktadır (am ve uhadar, 2011). Çünkü; bu bireyler psikiyatrik hastalık tanısı ile toplumun damgalama davranışının farkındadır veya damgalamaya maruz kalacaklarını düşünür. Damgalanmış kişiiler, algılanan damgalamayı iselleştirebilir, kendileri hakkında olumsuz duygular geliştirebilir, benlik saygısı azalır ve depresyon görülme olasılığı artar (Latamova ve diğerleri, 2014). Bu durum bireyin kendini damgalamasını da kolaylaştırır. Bu sebeple aile üyelerinin ruhsal durumu ve var olan psikiyatrik belirtiler önem arz etmektedir.

Sarıkoç ve öz (2016) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarında yüksek derecede iselleştirilmış damga olduğu sonucunu bildirmişlerdir (Sarıkoç ve öz, 2016), fakat; kendini damgalama sadece ruhsal hastalığa sahip bireylerde meydana gelmemekte yapılan çalışmalarda aile üyelerinin de kendini damgaladığı görülmektedir (Gümüş ve diğerleri, 2017; Karaçar ve Bademli, 2022). Guan ve arkadaşları (2020), in'in Changsha şehrinde şizofreni teşhisi konulan hastaların aile bakıcıları arasındaki iselleştirilmış damgalama ve ilişkileri isimli çalışmalarında şizofreni hastalarının aile üyelerinin %80'inde iselleştirilmış damgalama olduğu sonucunu bildirmişlerdir (Guan ve diğerleri, 2020).

Aile üyeleri, yakınının şizofreni tanısı almasından dolayı utanç duygusu yaşar, şizofreni hasta yakını stereotipini kendilerine yükler ve toplumdan önce kendilerini damgalar. Kendini damgalama aile üyelerinde, hastalığı sosyal çevrelerinden birine söylediklerinde etiketlenme, ayrımcılık ve damgalanma davranışlarına maruz kalacakları korkusu ile sosyal çekilme, hastalığı çevresinden gizleme davranışlarına yol açabilir. Hatta ailenin kendini damgalaması, hastasının tedavi almasını dahi engelleyebilir, hastalığın prognozunun kötüleşmesine ve yeti yitiminin artmasına neden olabilir (Yıldız ve diğerleri, 2012). Toplumun psikiyatri hastalarını ve ailelerini damgalamaları veya aile üyelerinin kendilerini damgalamaları hastaların tedaviye ulaşması açısından en büyük engeldir. Birçok hasta ve ailesi damgalanacakları korkusu ile tedavi merkezlerine gitmeyi reddetmekte veya tedavilerini yarım bırakmaktadır (Baysal, 2013). Hastanın tedavi alması ve uyum sağlamasının önündeki engel diğer bireylerin kendini damgalaması ise bu müdahale edilmesi gereken önemli bir noktadır (Yıldız ve diğerleri, 2012). Tedavi sürecinde sadece hastaların değil ailelerin de damgalama deneyimlerinin değerlendirilmesi ve bunu azaltmaya yönelik psikososyal girişimlerin planlanması önemlidir (Ersoy ve Varan, 2007).

Damgalama nedeniyle aile üyelerinin yaşadığı olumsuzluklar yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmakta ve bu noktada damgalama ile mücadele kaçınılmaz olmaktadır (Açıkgöz ve Akkuş, 2018). Psikiyatri hastalarına ve ailelerine karşı damgalama ile mücadelede psikiyatri çalışanlarına özellikle de ruh sağlığının savunucusu ve koruyucusu olan psikiyatri hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Psikiyatri hemşireleri tedavinin önünde damgalama engeli ile mücadelede, hastanın ve aile üyelerinin tedavi ve rehabilitasyon programlarına devamlılığının sağlanmasına yardımcı olmalıdır. Ayrıca damgalama ile mücadeleye yönelik programların geliştirilmesi, uygulanması ve toplumun tutumunun değiştirilmesi adına yapılan tüm çalışmalarda etkin rol almalıdır.

Damgalama ile mücadele için dünyada ve ülkemizde birçok program ve politika yürütülmüştür (Özmen ve Erdem, 2018).

DSÖ tarafından 1998 yılında, herkese “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla sağlığın geliştirilmesi amacıyla 21 hedef belirlemiştir. DSÖ’nün yayınladığı 21 hedef içindeki 6. hedef, ‘‘ Ruh Sağlığının İyileştirilmesi 2020 yılına kadar, ruhsal hastalıkları olanların psikososyal durumları iyileştirilmeli ve hizmetler daha geniş, ulaşılabilir ve

erişilebilir olmalıdır’’ maddesidir (Öztek, 2018). DSÖ Avrupa Bölgesinin belirlediği hedefler doğrultusunda ülkemizde, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2001 yılında belirleyerek yayınladığı 10 hedef bulunmaktadır. Bu hedefler içerisinde 8. Hedef ‘‘ 2020 yılına kadar, halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak’’ ve ‘‘2020 yılına kadar, anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, uyku düzensizliği, somatizasyon gibi ruhsal bozuklukları %20 azaltmak’’ maddeleri bulunmaktadır (Öztek, 2018).

DSÖ ve T.C. Sağlık Bakanlığının bu hedefleri doğrultusunda psikiyatri hemşireleri olarak psikiyatri hastalarının ailelerinin psikososyal sorunlarını ve ihtiyaçlarını belirleyerek gerekli müdahaleleri gerçekleştirmemiz hem ailelerin ruh sağlığının korunması hem de toplum ruh sağlığının geliştirilmesi açısından önem arz etmektedir. Literatür incelendiğinde; toplumun, hastaların, ailelerin ve lider meslek gruplarında rol alan bireylere damgalama ile ilgili eğitim verilmesi ve bilinçlendirilmesi, medyanın damgalayıcı davranışlarına karşı önlemlerin alınması, ülkemizde ve uluslararası yapılan mücadele programlarının damgalama ile mücadeledeki önemi, faydaları ve gerekliliği görülmüştür (Oban ve Küçük, 2011; Bostancı, 2005; Üstün ve İnan, 2018; Üçok, 2003). ‘‘Şizofreni: Kapıları Açın’’ sloganıyla Dünya Psikiyatri Birliği tarafından başlatılan Türkiye ile 18 ülkenin bulunduğu mücadele çalışmaları oldukça önemlidir (Özmen ve Erdem, 2018).

Literatür araştırmasında şizofreni hastalarının aile üyelerinde kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtiler üzerine çalışmalar olduğu görülmüştür (Şahin ve Uyanık, 2018; İnan, Duman ve Sarı, 2020; Stanley ve diğerleri, 2017; Yıldız ve diğerleri, 2018). Ancak günümüzde, şizofreni hastalarının aile üyelerinde kendilerini damgalama ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir (Yıldız ve diğerleri, 2018).

Ailelerin kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti düzeylerinin ortaya konması, ailelerin bu bağlamlarda gereksinimlerinin belirlenmesini sağlayarak koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında yardımcı olacaktır. Bu konudaki gerekli müdahaleler ve damgalama karşıtı eylemler psikiyatri hemşireleri olarak aileye koruyucu ve önleyici müdahaleler ve politikaların geliştirilmesinin öneminin ortaya konmasını sağlayacaktır. Bu aynı zamanda, aile üyelerinde psikiyatrik morbiditenin önlenmesi, yaşam kalitelerinin yükselmesi ve toplum ruh sağlığının korunup geliştirilmesi açısından da önemlidir.

Bu çalışmada, şizofreni hastalarının ailelerinin kendini damgalama, yaşam kalitesi, psikiyatrik belirti düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya ait araştırma soruları aşağıda yer almıştır.

Şizofreni hastalarının aile üyelerinde;

1.Kendini damgalama düzeyi nedir?

2.Yaşam kalitesi düzeyi nedir?

3.Psikiyatrik belirtileri nelerdir?

4.Kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtileri arasında ilişki var mıdır?

5.Kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtilerinde sosyodemografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni; halüsinasyon, yanılsama, dağınık düşünce, ajitasyon gibi pozitif belirtiler; depresyon, sosyal çekilme, ilgisizlik, inisiyatif kullanamama, duygusal tepki eksikliği gibi negatif belirtiler ile karakterize ve bireyin sosyal işlevselliğinde azalmaya sebep olan psikiyatrik bir hastalıktır (Kulaksızoğlu ve diğerleri, 2009; Öztürk ve Uluşahin 2008; Summakoglu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreninin tanımlanması eski çağlara dayanmaktadır. Yunanca “schizein” yarıлма ve “phren” zihin kelimelerinin birleşiminden meydana gelen zihin bölünmesi, zihin yarılanması anlamını taşıyan “şizofreni” terimini ilk kez Eugen Bleuler tarafından kullanmış ve günümüzde aynı terim kullanılmaya devam edilmektedir (Sadock ve diğerleri, 2016 ; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Kulaksızoğlu ve diğerleri, 2009).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni sosyoekonomik durum, cinsiyet, ırk, coğrafya vb. özellikler ayırt edilmeksizin her toplumda ve yaygın görülen psikiyatrik bir hastalıktır. Toplumda görülme oranı %1’dir (Kulaksızoğlu ve diğerleri, 2009), ve cinsiyetler arasındaki görülme oranında önemli bir fark olmaksızın şizofreninin başlama yaşı genellikle 15-40 arasındadır. Aynı zamanda bireylerde 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra hastalığın görülme riskinin az olduğu bilinmektedir (Çam ve Engin, 2014).

Hastalığın başlangıç yaşı cinsiyetlere göre incelendiğinde, kadınlarda 25-35, erkeklerde ise 15-25 yaş aralığında olduğu görülmektedir (Summakoglu ve Ertuğrul, 2018; Sadock ve diğerleri, 2016; Çam ve Engin, 2014).

2.1.3. Belirti ve Bulgular

Şizofreni de her hastada aynı belirtiler görülmemekle birlikte, hastadan hastaya ve şizofreni türüne göre de belirtilerde farklılık görülmektedir. Şizofreninin belirtileri bireyde hızlı gelişebileceği gibi yavaş bir şekilde de kendini gösterebilir. Başlangıçta hastalarda içe kapanma, öz bakımını sürdürmede zorlanma, sosyal ilişkilerde bozulma, korku ve anksiyete gibi belirtiler görülebilir ve bu belirtiler sebebiyle diğer psikiyatrik hastalıklarla karıştırılır sonuç olarak, hastaya tanı koyma süreci de güçleşir. Şizofreni hızlı ve yavaş seyredebilir fakat başlangıç belirtilerinden

sonra bir yıl içinde şizofreninin tüm belirtileri görülmeye başlanır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni hastalığında görülen belirtiler, pozitif ve negatif belirtiler olarak iki gruba ayrılır. Dağınık düşünce ve davranış, halüsinasyon, sanrı ve varsanılar pozitif belirtilerdir. Akut başlayan veya nüks yaşanan dönemlerde pozitif belirtiler, negatif belirtilere göre daha fazla görülür. Pozitif belirtiler şizofreniye özgüdür çünkü sağlıklı bireylerde görülmez ve hastalık sebebi ile ortaya çıkan ek belirtiler olarak kabul edilir.

Negatif belirtiler ise, depresyon, anksiyete, sosyal çekilme, içe kapanma ve ilgisizliktir. Negatif belirtiler ilaçların yan etkileri sebebi ile hastalarda pozitif belirtilerin yanında ikincil belirtiler olarak görülebilir. Hastalığın kronikleştiği, nükslerin olmadığı dönemde hastalarda baskın olarak görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Correll ve Schooler, 2020).

2.1.4. Alt Tipler

Şizofrenide, paranoid tip, dezorganize tip, ayrışmamış tip, katatonik tip ve rezidüel tip olmak üzere beş alt tip bulunmaktadır. Alt tiplerin tedaviye verdikleri cevap ve prognozları değişkenlik gösterir. Bunlardan paranoid tip, tedaviye en iyi cevap veren ve prognozu en iyi olanıdır. Prognozu en kötü olan ve tedaviye en az cevap veren ise dezorganize tiptir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.5. Tedavi

Şizofrenide farmakolojik tedavi büyük önem taşımaktadır. 1952 yılında klorpromazin keşfedilmesi, Birinci Kuşak Antipsikotiklerin ve 2000’li yıllara doğru da İkinci Kuşak Antipsikotiklerin tedaviye katılması ile hastalığın farmakolojik tedavisi sürdürülmeye çalışılmaktadır (Çetin, 2015). Tedavide dopamin, serotonin, asetilkolin ve noradrenalin gibi nörotransmitterleri düzenleyen antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Antipsikotik ilaçlar atipik ve tipik olarak ikiye ayrılmakta (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017), özellikle atipik antipsikotikler yan etkilerinin az olması, hastalığın pozitif belirtilerinin sağaltımında ve remisyonun sürdürülmesindeki başarısı sebebiyle tedavide büyük yer tutmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Sadock ve diğerleri, 2016; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofrenide farmakolojik tedavinin önemi yadsınamayacak kadar önemlidir çünkü Klorpromazinin keşfedilmesi ve gelişen antipsikotik ilaçlarla beraber hastalarda pozitif belirtilerin azaldığı görülmüş ve hastalar hastanelerden taburcu edilerek

toplumla iç içe yaşamalarına olanak sağlamıştır. Fakat ilaç tedavisi hastanın topluma uyumu, kişiler arası ilişki ve öz bakımının iyileştirilmesi (Çalışkan, Ata ve Dikeç, 2021), ve relapsların önlenmesinde eksik kalmıştır (Hogarty ve diğerleri, 2004).

Şizofreni tanılı bireylerde ilaç tedavisine ek olarak, yeti yitimini ve hastane yatışlarını azaltmak ve relapsları önlemek için psikiyatrik rehabilitasyon programları uygulanmaktadır (Hutchison ve diğerleri, 2017), ve yapılan çalışmalarda da psikososyal rehabilitasyon programlarının ne kadar önemli olduğu ortaya konmuştur (Arslan ve diğerleri, 2015; Özdemir ve diğerleri, 2017; Yıldız ve diğerleri, 2003). İletişim, iç görü, ilaç uyumu, sosyal, toplumsal ve bilişsel becerilerin geliştirilerek topluma uyum sağlamalarını ve yaşam kalitelerini arttırmak amacı ile (Çam ve Engin, 2014; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018) uygulanan rehabilitasyon programları; psikoeğitim, beceri eğitimi, iş-uğraş terapileri, ortam terapisi, psikoterapiler ve sosyal etkinlikler vb. uygulamaları içermektedir (Çalışkan, Ata ve Dikeç, 2021).

Tedavide sadece şizofreni tanısı alan bireye yönelik müdahaleler uygulanmamakta bireyin ve ailenin de hastalığa uyumunu arttırmak amacıyla aile üyelerine yönelik psikososyal müdahaleler ve aile eğitimleri de yapılmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin tedaviye katılması bireylerin tedavisindeki başarının artırılması ve bireyin iyileştirimi açısından da büyük önem taşımaktadır.

2.2. Damgalama

Damgalama, toplumdaki bireylerin, kendilerinden farklı özelliklere sahip bireylere karşı olumsuz tutum geliştirerek ayrımcılık, dışlama, reddetme ve küçümseme davranışları göstermesidir (Ritsher ve Phelan, 2004). Corrigan, damgalamayı ayrımcılık, stereotip ve önyargı olarak üç bileşene ayırmıştır (Corrigan, 2000). Sosyal grup içindeki bireylerin birçoğu tarafından bilinen, yerleşmiş ve çoğu zaman gerçekliği olmayan bilgiler stereotip olarak adlandırılmaktadır (Karagöl ve diğerleri, 2013). Örneğin psikiyatrik tanısı olan bireylere karşı bazı stereotipler, “psikiyatri hastaları şiddet uygular, herhangi bir işte çalışamazlar, her zaman hastanede yatarlar vb.” şeklindedir.

Önyargı; bireyin geçmişte edindiği olumsuz yargıların şu an ki durumu değerlendirmeden kabul etmesi (Çam ve Bilge, 2010), toplumun tutumu ile aynı fikirde olmasından kaynaklanan duygusal tepki olarak tanımlanmaktadır (Sheehan ve

diğerleri, 2017). Örneğin, psikiyatri tanısı olan birey ile aynı ortamda bulunmak istemiyorum, bana zarar verebilir gibi.

Ayrımcılık ise, toplumdaki bireylerin, kendilerinden farklı özelliklerde olan insanları damgalama ve önyargıları sebebiyle bu bireyleri hak ve menfaatlerinden mahrum bırakmasıdır (Üçok, 1999). Örneğin, bir iş verenin psikiyatri tanısı olan bireyi işe almaması gibi.

Damgalama süreci etiketlenme ile başlar, sistematik bir süreç olarak ilerleyerek ayrımcılığa yol açar (Çam ve Bilge, 2010). Toplum, kendilerinden farklı özellikleri olduğu için bireyi etiketler, etiketleme sonucunda zamanla toplumda stereotipler oluşur. Önyargılarda, stereotipleri destekler ve birlikte bir sonuç olarak duygusal reaksiyonlara (Taşkın, 2007), ve sosyal ayrımcılığa sebep olur (Angermeyer ve Matschinger, 2003). Toplum bu önyargılar sonucunda, hastalara karşı mesafe koyar, uzaklaşır (Arkar, 1991) ve bireyi damgalar.

Geçmişten günümüze toplumlarda damgalamaya en çok maruz kalan grup psikiyatri hastalarıdır (Taşkın, 2007). Çünkü; toplum psikiyatrik hastalıklar, tedaviler ve psikiyatri hastaları ile ilgili yetersiz ve yanlış bilgiye sahip olduklarından bu bireyleri, huzursuzluk veren, saldırgan, korkutucu ve tehlikeli kişiler olarak değerlendirirler. Toplumun bu yanlış inanç ve tutumlarından kaynaklı psikiyatri hastaları içinde en çok damgalamaya şizofreni hastaları uğramakta aynı zamanda psikiyatri hastalarına karşı yapılan damgalama sonucunda hastaların ve ailelerin yaşam kalitesi bozulmakta ve tedaviye uyumları etkilenmektedir (Avcıl, Bulut ve Sayar, 2016). Gonzales-Torres ve arkadaşları (2007), şizofreni hastaları ve aileleri ile yaptıkları çalışmada hasta ve ailelerin damgalama ve ayrımcılığa maruz kaldığını, ailelerin ayrımcılık deneyimleri sebebi ile hastaların izolasyonuna katkıda bulunduklarını ve bu konuda psikososyal müdahalelerin önemli olduğunu bildirmişlerdir (González-Torres ve diğerleri, 2007).

Damgalama; kamusal damgalama, kurumsal damgalama ve kendini damgalama olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır (P.W. Corrigan, 1998). Kamusal damgalama; toplumdaki bireylerin psikiyatri hastalarına karşı olumsuz tutum ve ayrımcı davranışlarını içerir. Kurumsal damgalama; bireyin imkanlarının devlet tarafından isteyerek veya istemeyerek kısıtlanmasıdır (Livingston ve Boyd, 2010). Kendini damgalama ise, ‘‘Bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi adına

kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygular yaşaması böylece kendini toplumdan geri çekmesidir” (P.W. Corrigan, 1998).

2.2.1. Kendini Damgalama ve Şizofreni Aileleri

Kendini damgalama, bireyin ruhsal bir hastalığa sahip olmaktan dolayı duyduğu olumsuz tutumları içselleştirmesidir. Yani kişi damgalamayı içselleştirir, kendine yükler ve kendini damgalamaya başlar (P.W. Corrigan, Watson ve Barr, 2006). Damgalanmada, birey doğrudan toplum tarafından olumsuz tutumlarla karşılaşır damgalandığını hisseder. Kendini damgalamada ise olumsuz stereotipleri birey kendine yükleyerek doğrudan kendini damgalar ve toplum tarafından damgalanmasa dahi dışlandığını, ayrımcılık gördüğünü veya olumsuz tutumlarla karşılaştığını düşünür.

Bireyin şizofreni tanısı almasından itibaren, aile üyeleri toplumda şizofreni tanılı bir aile üyesine sahip olmanın getirdiği zorluklarla mücadele etmeye çalışırlar. Tanı konmasından itibaren bir çocuğun annesi, bir bireyin eşi, kardeşi olarak değil şizofren bir bireyin annesi kardeşi ya da eşi sıfatını kendilerine yükleyerek toplumunda onları bu sıfatlarla nitelendirdiğini düşünürler. Yapılan çalışmalar psikiyatri hastalarının aile üyelerinin de kendini damgaladığını ortaya koymuştur (Yıldız ve diğerleri, 2012; Guan ve diğerleri, 2020; Karaçar ve Bademli, 2022).

Kendini damgalama kişinin, psikiyatrik hastalıklara karşı olumsuz tutumu ve düşük benlik saygısına sahip olması ile de ilişkilidir (Rüsch ve diğerleri, 2010). Bu nedenle, aileler “psikiyatrik hastalıklar kötüdür ve bende psikiyatri hastası yakını olduğum için kötüyüm” ya da “şizofreni hastalarını dışlıyorlar, yakını olduğum için beni de dışlayacaklar” şeklinde düşünebilirler. Bu düşünceler zamanla aile üyesinde sosyal çekilmeye, yalnızlaşmaya ve sosyal destek eksikliğine yol açabilir. Sosyal destek eksikliği, bireylerin kendini damgalamasını arttıran bir faktör olarak görülmektedir. Karaçar ve Bademli 2021 yılında yaptıkları “ Şizofreni hastalarına bakım verenlerde algılanan sosyal destek ile kendini damgalama arasındaki ilişki” isimli çalışmalarında bakım verenlerde kendini damgalamanın orta düzeyde olduğunu ve algılanan sosyal desteğin arttıkça, kendini damgalamanın azaldığı sonucunu ortaya koymuşlardır (Karaçar ve Bademli, 2021).

Damgalamaya sadece şizofreni hastaları değil aynı zamanda aile üyeleri de maruz kalmakta (Singh, Mattoo ve Grover, 2016) ve olumsuz olarak etkilenmektedir

(Üçok, 1999). İnan, Duman ve Sarı (2020), şizofreni hastalarının ebeveynlerinin damgalanma deneyimlerini açıklamak amacı ile yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin damgalanma sebebi ile hem sosyal hem de duygusal olarak yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiğini ve baş etmede güçlük çektikleri sonucunu bildirmişlerdir (İnan, Duman ve Sarı, 2020).

Aile üyeleri eşlerinin, çocuklarının şizofreni tanısı almasından dolayı suçluluk duyar, sorumlu olarak kendilerini görür (Üçok, 1999), ve psikiyatri hastası bir aile üyesine sahip olmaktan dolayı utanç duygusu yaşarlar (Yıldız ve diğerleri, 2012). Utanç duygusu sebebiyle hastalıktan önce girdiği sosyal ortamlara girmeye çekinir, hatta hastalığı en yakınlarından bile gizlemeye çalışırlar. Phelan, Bromet ve Link (1998), psikiyatri hastaların ebeveyn ve eşlerinin %50'sinin hastane yatışını yakınlarından gizlediği sonucunu bildirmişlerdir (Phelan, Bromet ve Link, 1998).

Aile üyelerinde var olan kendini damgalama, zamanla yalnızlık, tükenmişlik, benlik saygısında azalma, depresyon gibi belirtiler yaşamalarına neden olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Link ve diğerleri, 2004; Ritsher ve Phelan, 2004). Gümüş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde içselleştirilmiş damgalanma ve depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Gümüş, Dikeç ve Ergün, 2017).

Kendini damgalama düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Rüsch ve diğerleri, 2010). Bireylerin kendini damgalaması toplumun onları daha çok damgalamasına yol açmakta (Taşkın, 2007), artan damgalama şiddeti ile ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, sosyoloji, felsefe, tıp vb. birçok alanda kullanılmaktadır bu nedenle farklı disiplinlerde kavramın birçok tanımı yapılmıştır. Yaşam kalitesi, ilk kez Thorndike tarafından "sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi" olarak tanımlanırken (Akyol, 1993) kavramın tıp literatürüne girmesi 1960 yılında ilk kez Long tarafından yayınlanan "On the Quantity and Quality of Life" makalesi ile gerçekleşmiştir (Müezzinoğlu, 2005).

Yaşam kalitesi, Mendola ve Pelligrini tarafından "bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum" şeklinde tanımlanmıştır

(Erkin, Ardahan ve Kert, 2014). Gill ve arkadaşları yaşam kalitesini “hastaların kendi sağlık durumları ve/veya yaşamlarının sağlık dışında kalan alanı ile ilgili olarak hissettiklerini gösteren, kişisel algısı” (Gill ve Feinstein, 1994), Murrel. Zautra, Norris ve arkadaşları ise kavramı "mutluluk, doyum ve uyum” olarak tanımlamıştır (Akyol, 1993).

DSÖ ise yaşam kalitesini, “ yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve bireyin amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre yaşam durumlarını algılamaları” olarak tanımlamıştır (THE WHOQOL GROUP, 1995). Günümüzde sağlıklı olmak sadece fiziksel hastalığın olmaması değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal yönden de bireyin tam bir iyilik hali içinde olmasıdır bu sebeple yaşam kalitesi kavramının önemi gittikçe artmakta ve öznel bir hal almaktadır.

Yaşam kalitesi, kişilerin beklentileri ve yaşamı ile ilişkili, çok boyutlu ve zaman içinde değişime uğrayabilen bir kavramdır (Avcı ve Pala, 2004). İçinde yaşadığımız dünya zamanla değişmekte, toplumlar kültürler ve insanlarda bu değişime göre şekillenmekte ve yaşam kalitesi, kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançları ve çevresiyle olan ilişkileri kapsamakta ve bu faktörlerden etkilenmektedir (Top, Özden ve Sevim, 2003; Avcı ve Pala, 2004).

Yaşam kalitesi, objektif ve subjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir (Aydiner ve Paçacıoğlu, 2016). Bireyin yaşamına karşı düşünceleri, beklentileri, yaşam doyumu, yaşamı algılayışı ve duyguları yaşam kalitesinin subjektif boyutu oluştururken; sosyal ilişkileri, bağımlı veya bağımsız oluşu, yaşadığı çevre, gelir durumu gibi faktörler ise objektif boyutunu oluşturur (Aydiner ve Paçacıoğlu, 2016). Örneğin, maddi olarak çok iyi yaşam standartı olan bir birey yaşam kalitesini düşük olarak ifade ederken, maddi olanakları yetersiz fakat yaşam doyumu yüksek olan bir birey yaşam kalitesinin iyi olduğunu ifade edebilir.

Bireylerin yaşam kalitelerini azaltan ve artıran bazı faktörler vardır. Hayatın kişiye göre anlamı olması, sosyal çevresi ile olumlu ilişkiler sürdürmesi bireyin yaşam kalitesini arttırırken; gelecek kaygısı, yorgunluk, sosyal destek eksikliği, çevresi ile iletişim eksikliği, temel gereksinimlerin karşılanmaması, akut/kronik sağlık sorunları gibi etkenler yaşam kalitesini azaltan faktörlerdir (Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz, 2016).

Kavramın önemi nedeniyle, hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesi, sağlık hizmetleri ve programlarının değerlendirilmesinde bir sonuç göstergesi olarak

kullanılmaktadır (Urizar, Maldonado ve Castillo, 2009). Bakım vermek bireylerde, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulmasına, ekonomik zorluklar ve sosyal çevresi ile ilişkilerinde sorunlar yaşanmasına neden olabilir (Toptaş-Kılıç ve Öz, 2019). Yaşam kalitesi bireyin ruh sağlığının nasıl olduğunu bizlere gösteren önemli bir göstergedir (Tayaz ve Koç, 2020).

Şizofreni hastalarının aile üyeleri de yakınının tanı almasından sonra hayatlarında meydana gelen çeşitli engellenmeler, zorlanmalar ve negatif değişimler yaşamaktadır bu da aile üyelerinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

2.3.1. Şizofreni Ailelerinde Yaşam Kalitesi

Şizofreni uzun süreli bakım gerektiren ve yeti yitimine sebep olan psikiyatrik bir hastalıktır. Hastalarda oluşan yeti yitimi sebebiyle birçok şizofreni tanılı birey yaşamını sürdürmek, öz bakım, maddi, manevi vb. ihtiyaçlarının karşılanması için başka bir bireyin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu bakım çoğunlukla bireyin ailesi tarafından karşılanmaktadır çünkü birey rollerini eskisi gibi yerine getirmekte güçlük çeker veya çoğu zaman yerine getiremez (Duman ve Bademli, 2022). Bunun sonucunda ailedeki bireyler, bakım verirken kendi iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesine karşın aniden kendilerini bakım verici rolü içinde bulmaktadır (Schene ve diğerleri, 1994).

Bakım vermenin olumsuz etkileri 1950'lerin ortalarından ve ilk kurumsuzlaştırma dalgasından itibaren psikiyatri hastalarının aile üyeleri üzerinde de tespit edilmeye başlanmıştır (Schene ve diğerleri, 1994). Uzun süreli bakım vermek sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkiler (Duman ve Bademli, 2013). Şizofreni uzun seyirlidir ve bakım veren bireyler için olumsuzluklara neden olmakta; beraberinde aileyi maddi, manevi, fiziksel sağlık vb. birçok alanda olumsuz etkilemekte ve aile üyelerinin yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.

Hastalarda görülen semptomların şiddetinin artması ve süresinin uzaması aile üyelerinin hayatlarında daha fazla olumsuzluk yaşanmasına ve bu olumsuzluklarla birlikte yaşam kalitelerinin kötüye gitmesine sebep olmaktadır. Stanley ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmalarında, semptom şiddeti arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitelerinin azaldığını bildirmişlerdir (Stanley, Balakrishnan ve Ilangovan, 2017).

Yıldız, Yüksel ve Erol (2005), hazırladıkları şizofreni hasta ve ailelerine ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi programını uygulamış ve eğitim sonrası değerlendirmelerine göre ailelerin hastalarla iletişim, toplumsallaşma, ilaç tedavisi ve hastalık belirtileri alanlarında becerilerinin geliştiğini bildirmişlerdir (Yıldız, Yüksel ve Erol, 2005). Ailelerin hastalık ile ilgili uyumlarının artırılması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi adına yapılan ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi programları oldukça önemlidir.

Ailelerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir başka faktör ise hastaların toplum tarafından önyargı ve dışlanmaya maruz kalarak iş bulmakta zorlanma yaşamaları ya da yeti yitimi sebebiyle herhangi bir işte çalışamamalarıdır. Işık ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları “şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler” isimli çalışmalarında işverenlerin, bireylerde şizofreni tanısı olduğu için işe alınmadıklarını ve işe alınan hastaların ise damgalanma sebebi ile güçlükler yaşayıp işten ayrılmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir (Işık, Savaş ve Kılıç, 2020). Herhangi bir işte çalışamayan şizofreni hastaları maddi sorunlar yaşamakta, hastaların tüm maddi sorumluluğunu aileler üstlenmekte ve ailenin ekonomik yükü artmaktadır. Aileler bireysel ihtiyaçlarını erteleyerek, daha kötü bir fiziksel çevrede yaşayarak ya da sosyal hayatlarını kısıtlayarak geçim sıkıntılarını en aza indirmeye çalışmaktadır. Bu durum, aile üyelerinin yaşam kalitesinin çevre, sosyal ve psikolojik alanlarında kötüleşmesine sebep olmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin ruh sağlığının nasıl olduğunu bizlere gösteren önemli bir göstergedir (Tayaz ve Koç, 2020).

2.4. Şizofreni Hastalarının Aile Üyelerinde Görülen Psikiyatrik Belirtiler

Aile sistemi bir bütündür dolayısıyla aileden birinin hasta olması tüm aileyi etkilemektedir. Şizofreni hastalarının aile üyeleri hastalığın getirdiği yükler sonucunda ekonomik, fiziksel ve psikolojik zorlanmalar yaşamaktadırlar. Aile üyesinin baş etme mekanizmasının yetersiz kalması, sosyal destek eksikliği, kendini damgalama sebebiyle psikolojik yardım aramakta zorlanma gibi nedenlerden dolayı birey psikolojik zorlanmalarla baş edemez, ruh sağlıkları negatif yönde etkilenir ve zamanla depresyon, anksiyete somatizasyon gibi psikiyatrik belirtilerin görülme riski artar. Cheng Y.C., 2005 yılında yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin ruhsal rahatsızlık belirtisinin görülme oranının, bakım vermeyen bireylere göre daha yüksek olduğu sonucunu bildirmiştir (Cheng, 2005). Aynı zamanda

şizofreni hastalığında pozitif ve negatif belirtilerinin görülmesi, şizofreninin uzun seyirli, alevlenme dönemlerinde sık hastane yatışlarının olması, iç görünüm olmaması ve hastanın tedaviye uyumsuzluk göstermesi, yeti yitimi görülmesi gibi faktörler ailelerin psikolojik zorlanmalar yaşaması ve psikiyatrik belirtilerin görülmesi riskini arttırmaktadır. Yu ve arkadaşları, 327 şizofreni hastasına, bakım verenlerin %45,9'unda anksiyete ve %45,4'ünde depresyon olduğunu (Yu ve diğerleri, 2018), yine başka bir çalışmada şizofreni hastalarının aile üyelerinde, tüberkülozlu aile üyelerine kıyasla daha yüksek anksiyete yaşadıkları sonucunu ortaya koymuşlardır (Yener ve diğerleri, 1991).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım vermek aile üyelerinin yaşam kalitesini etkilemekte, düşük yaşam kalitesi bireyde psikolojik zorlanmalara yol açarak zamanla psikiyatrik belirti görülme riskini de artırmaktadır. Kadri ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, düşük yaşam kalitesine sahip aile üyelerinin %72'inin psikolojik zorlanma yaşadıklarını bildirmişlerdir (Kadri ve diğerleri, 2004). Bir başka çalışmada, bakım verenlerin depresyon anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek, yaşam kalitelerinin düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Stanley, Balakrishnan ve Ilangoan, 2017). Düşük yaşam kalitesi ailelerde psikiyatrik belirti görülme olasılığını arttırdığı gibi, psikiyatrik depresyon, anksiyete somatizasyon gibi belirtilerin bireyde var olması yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olabilir. Ayrıca, Schene ve arkadaşları (1998) psikolojik sıkıntı düzeyi yüksek olan aile üyelerinde psikiyatrik ilaç kullanımının daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşmışlardır (Schene, Wijngaarden ve Koeter, 1998).

Aileler şizofreni hastası olan kardeşleri, çocukları veya eşlerinin geleceğinden sıklıkla endişe duyar, şiddet ve intihar riski dolayısıyla korku yaşarlar (Koroğlu ve Hocaoglu, 2017). Evlilik, kendi içinde dinamikleri olan bir yapıdır ve eşlerden birinin tanı alması sağlıklı eş üzerinde yıkıcı etkilere sebep olabilir. Çünkü evlilik süresince paylaşılan sorumluluklar hastalıktan sonra sağlıklı eş tarafından tek başına yerine getirilmeye çalışılır. Artan sorumluluk ile sağlıklı eş rollerini yerine getirmekte zorluk yaşayabilir. Ayrıca evlilik içinde manevi ihtiyaçların karşılanmasında eksiklikler ve cinsellikle ilgili sorunlar yaşanabilir. Bu faktörler eşlerin duygusal ve psikolojik yükünü arttırarak ve yaşam kalitelerini düşürerek psikiyatrik belirtilerin görülme riskini arttırabilir. Özdoğan ve arkadaşları yaptıkları

çalışmada, eşleri şizofreni tanısı alan kadınlarda yüksek düzeyde psikiyatrik ve depresif belirtilerin görüldüğü sonucuna ulaşmışlardır (Özdoğan ve diğerleri, 2020).

2.5. Ailelerin Yaşadığı Zorluklar ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hasta ve aile üyeleri birlikte değerlendirilmesi gereken bir sistemdir (Hallaç ve Öz, 2014), çünkü hastalığın beraberinde getirdiği güçlükler sadece hastanın değil aynı zamanda aile üyelerinin yaşamını da büyük ölçüde etkiler. Her aile, yaşamlarında güçlük yaratan bazı durumlara maruz kalabilir (İnan ve diğerleri, 2020). Aileden birinin psikiyatrik hastalık tanısı alması ise aile üyeleri için büyük ölçüde güçlük yaratan bir durumdur. Ailenin yaşadığı güçlükler bireyin şizofreni tanısını alması ile başlar ve hayatlarında belki ilk defa hastane odasında duydukları hastalık ile ne yapacaklarına dair endişe duyar ve stres yaşarlar. Aileler süreç ile ilgili belirsizlik yaşamaya başlar, belirsizle birlikte de öfke, utanç, suçluluk gibi duygular yanında eşlik eder (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017). Gümüş (2006), yaptığı çalışmada psikiyatri hastalarına bakım veren bireylerin hastalık ile ilgili bilgiler, hastalığın semptomları ve yarattığı stres ile başa çıkma, hasta ile iletişim vb. konularda ailelerin bilgi ihtiyacı olduğunu ortaya koymuştur (Gümüş, 2006).

Hastalar sık sık hastane yatışları ve alevlenme dönemleri yaşayabilir, hastalıkları hakkında iç gözü kazanamayabilir ve hastalık uzun yıllar sürebilir (S. W. Chan, 2011). Şizofreni hastalarına daha uzun süreli bakım vermek, bakım veren aile üyelerinde yüke, yüklerde hayatlarının ekonomik, fiziksel ve duygusal alanlarında olumsuzluklar yaşamalarına neden olmaktadır (Urizar ve diğerleri, 2009; Urizar ve Maldonado, 2006). Ayrıca, hastalarda görülen ilaç kullanımını reddetme ve tedaviye uyum sorunları (Çobanoğlu, Aker ve Çobanoğlu, 2003), negatif ve pozitif belirtilerin şiddeti (Gülseren ve diğerleri, 2010; Magliano ve diğerleri, 2002), ve hastada gelişen yeti yitimi de ailenin yaşadığı güçlüklerin artmasına neden olur. Yeti yitimi nedeniyle hastanın beslenmesinden öz bakımına kadar tüm bakımının, bakım veren aile üyesi tarafından karşılanmakta, hatta hasta çalışmadığı için tüm maddi yük ailenin üzerine kalmaktadır. Tüm zamanlarını bakım vererek geçiren aile üyeleri kendilerine zaman ayırmakta güçlük çekmekte ve bunun yanında hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bakım veren ailelerde bakım yükü sorunu, özellikle şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir problemdir (Chan, 2011). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan birçok

çalışmada, ailelerin bakım yükü sorunu ortaya konmuştur (Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006; Gülseren ve diğerleri, 2010; Hancı ve diğerleri, 2018; Kaya ve Öz, 2018; Shamsaei ve diğerleri, 2015).

Psikiyatri hemşiresinin görevi klinikte tedavi gören hastalara sadece ilaç uygulaması yapmak veya hastasının günlük ihtiyaçlarına yanıt vermek değildir. Psikiyatri hemşirelerinin tedavi ve bakım verici rollerinin yanında, eğitici ve danışman rolleri de bulunmakta ve bunu rolleri etkili bir şekilde kullanmaları gerekmektedir (Çam ve Engin, 2014). Psikiyatri hemşireleri eğitici ve danışan rolünü kullanarak, şizofreni hastalarının ailelerine hastalık nedenleri, belirtilerle baş etme, ilaçların kullanımı ve yan etkileri; iç görü kavramı, yeti yitimi, hasta ile iletişim kurma, damgalama vb. konuları içeren bir psikoeğitim programları düzenlemelidir (Mengi, Candan ve Alpdoğan, 2021; Gümüş, 2006). Şizofreni hastalarının ailelerine verilen psikoeğitim programlarının önemi yapılan çalışmalarla da ortaya konmuştur (Bulut ve diğerleri, 2019; Özkan ve Eskiurt, 2016; Şengün ve diğerleri, 2011; Yurtsever ve diğerleri, 2001). Yıldırım ve arkadaşları 2014'te yaptıkları "şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi" isimli çalışmalarının sonucunda ailelerin; duygu ve düşüncelerini, suçluluk ve utanma hissi olmadan rahatça ifade edebildiklerini, sorunlara daha duyarlı olduklarını ve hasta bakımında, aile ile ilgili ve farklı durumlarda karşılaştıkları zorluklarla daha etkili başa çıkabildiklerini bildirmişlerdir (Yıldırım ve diğerleri, 2013).

Psikiyatri hemşireleri aile üyelerinin, baş etme yöntemleri, psikolojik sağlamlık, duygu dışavurumu, kendini damgalama gibi faktörlerini doğru bir şekilde değerlendirmeli ve gerekli psikososyal desteği almalarını sağlayarak aile üyelerinin güçlendirilmesini sağlamalıdır. Şizofreni, kronik ve zor bir hastalıktır eğer ailenin baş etme yöntemleri ve psikolojik sağlamlıkları yetersizse bu uzun süreçte bireylerin ruh sağlıkları ve yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenecektir. Yağmur ve Türkmen 2017 yılında yaptıkları çalışmalarında stres düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düştüğünü ve koruyucu bir faktör olarak psikolojik dayanıklılığın bakım veren bireylerde göz önünde bulundurulması gerektiğini bildirmişlerdir (Yağmur ve Türkmen, 2017).

Şizofreni hastalarının aileleri damgalamaya maruz kalmaları, uzun süreli bakım ve hastalığın zorlukları ile mücadele ederken yaşam kalitelerinin olumsuz

etkilenmesi ve psikiyatrik semptomlar yaşamaları nedeniyle riskli grupta yer almaktadır. Damgalama ile mücadelede aile, sadece toplumsal damgalama konusunda değil kendini damgalama konusunda da psikiyatri hemşireleri tarafından bilinçlendirilmelidir. şizofreni hastalarının ailelerinin bakım yükü sebebiyle ortaya çıkacak psikiyatrik semptomların farkında olmalı ve bu grubun riskli gruplar içinde olduğunu bilerek gerekli desteği hemşirelik bakımında aileye sağlamalıdır. Hastaların iyileştiriminin sağlanması ailelerin yaşam kalitesi, ruhsal sağlıkları ve damgalamanın azaltılması ile daha mümkün olacağı düşünülmektedir ve psikiyatri hemşireleri ruhsal sağlığın yükseltilmesinin sağlanmasında önemli bir parçadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, şizofreni hastalarının aile üyelerinde kendini damgalama, yaşam kalitesi, psikiyatrik belirti düzeylerinin belirlenmesi ve aralarında ilişki olup olmadığının incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.11.2022-01.05.2023 tarihleri arasında, Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde yapıldı.

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği, Ankara/Beşevler semtinde bulunmakta olup, 312 kişi kayıtlıdır ve hafta içi 10:00-17:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Dernekte uğraşı aktiviteleri, sosyal destek, damgalama ile mücadele, aile eğitimleri gibi hizmetler sunularak şizofreni hastaları ve aileleri desteklenmektedir. Dernekte psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, psikolog ve sosyal çalışmacılar gönüllü hizmet vermekte; aileler ve hastalar için psikoeğitim programları düzenlemektedirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklem grubunu, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı alan hastaların, birinci derece aile üyeleri (anne, baba, eş, çocuk, kardeş vb.) oluşturdu. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, 18 yaş ve üzeri olmak, hastanın anne, baba, eş, çocuk, kardeş, gibi aile üyelerinden biri olmak, ölçek sorularını yanıtlamakta herhangi bir bilişsel ve fiziksel engeli (işitme konuşma vb.) bulunmamak ve psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış olmaktır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için “G*Power Version 3.1.9.6.” programında power analizi yapılmıştır. 0.3 (orta) etki büyüklüğünde %80 güç ve $\alpha=0.05$ yanılma düzeyinde değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanabilmesi için çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü 84 kişi olarak hesaplanmıştır. Dahil edilme kriterlerini taşıyan 84 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışma sonrasında 0,981 korelasyon katsayısı ve 84 örneklem için post Power analizi yapıldı ve power değeri (çalışmanın gücü) 1,000 olarak hesaplandı.

3.4. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri

Aile üyelerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, hasta ile yakınlık derecesi gibi sosyodemografik verileri araştırmanın bağımsız değişkenleri; kendini damgalama, psikiyatrik belirtiler ve yaşam kalitesi araştırmanın bağımlı değişkenleri olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Sosyodemografik Bilgi Formu, Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ-A), Kısa Semptom Envanteri (KSE), WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) ölçüm araçları ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF)

Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmanın amacına uygun olarak literatürden (Arıkan, 2018; Büyüköztürk, 2005) yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, yakınlık durumu, hastaya bakım verme süresi gibi soruları içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ-A)

Ölçek, Mustafa Yıldız ve arkadaşları (2018) tarafından şizofreni hastalarının ailelerinde kendini damgalamayı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, toplam 14 madde olup sosyal geri çekilme, hastalığı gizleme, değersizlik algısı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Sosyal geri çekilme alt boyutu; bireyin toplumdan kendini geri çekmesi ve sosyal yaşamını kısıtlaması, hastalığı gizleme alt boyutu; bireyin çevresindeki insanlardan yakınının veya kendisinin hastalığını söylememesi, saklamasını kapsar. Değersizlik algısı alt boyutu ise bireyin hastalıktan dolayı kendini diğer insanlardan daha aşağı görmesi ve değersiz hissetmesidir.

Alt boyutları oluşturan soruların dağılımı şu şekildedir. Sosyal geri çekilme; 1, 2, 3, 4, 5, 6. soru, hastalığı gizleme; 7, 8, 9. soru, değersizlik algısı ise; 10, 11, 12, 13, 14. sorulardır (Yıldız ve diğerleri, 2019).

Ölçek beşli likert tipi olup (1) bana hiç uymaz, (2) biraz uyar, (3) orta derecede uyar, (4) genellikle uyar ve (5) tam uyar şeklinde yanıtlanmaktadır (Yıldız ve ark, 2018). Ölçeğin, Cronbach Alpha katsayısı 0,88'dir. Ölçeği oluşturan alt

boyutların Cronbach Alpha katsayısı ise, sosyal geri çekilme 0,84, hastalığı gizlenme 0,82, algılanan devüasyon 0,84'tür. Ölçekten alınan toplam puanının ve alt ölçeklerden alınan puanın artması kendini damgalama düzeyinin arttığını göstermektedir (Yıldız ve diğerleri, 2018). Bu araştırmada yapılan Cronbach Alpha değerleri ise **Tablo-1**'de verilmiştir.

Tablo 1. KDÖ-A Güvenilirlik Analizi

KDÖ-A	Cronbac's Alpha
Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği	,901
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	,828
Hastalığı Gizleme Alt Boyutu	,890
Değersizlik Algısı Alt Boyutu	,772

3.5.3. WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu-Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

WHO Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği, WHO tarafından geliştirilmiştir (THE WHOOL GROUP, 1998). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Eser ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır. Ölçek orijinalinde, fiziksel ve ruhsal sağlık, sosyal ve çevresel iyilik durumunu değerlendiren 26 sorudan oluşmaktadır ancak ölçeğin Türkçe uyarlamasında çevre-tr olarak adlandırılan 27. soru eklenmiştir.

Ölçek; fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevre olmak üzere dört alandan oluşmaktadır. 1 ve 2. soru genel sağlık durumu, 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. soru fiziksel sağlık, 5, 6, 7, 11, 19, 26. soru ruhsal sağlık, 20, 21, 22. Soru sosyal, 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, 27. soru ise çevre alanı ile ilgilidir. Ölçekteki 3. 4. ve 26. Soru ters puanlanmaktadır. Ölçek beşli likert tipi olup, (1) hiç, (2) çok az, (3) orta derece, (4) çokça, (5) aşırı, şeklinde yanıtlanmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışmasında Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları, bedensel alan 0.83, ruhsal alan 0.66, sosyal alan 0.53 ve çevre 0.73'tir (Eser ve diğerleri, 1999). Bu çalışma için ölçeğe ait güvenilirlik analizi yapılmış olup Cronbach Alpha değerleri **Tablo-2**'de verilmiştir.

Tablo 2. WHOQOL-BREF-TR Güvenilirlik Analizi

WHOQOL-BREF-TR	Cronbac's Alpha
WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği	,894
Fiziksel Sağlık	,787
Ruhsal Sağlık	,762
Sosyal Alan	,703
Çevre Alanı	,713

3.5.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Ruhsal belirtileri tarama amaçlı, Derogatis (1992) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan ölçek 53 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, Somatizasyon, Olumsuz Benlik, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Hostilite, olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte alt boyutları oluşturan sorular şu şekildedir; 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. soru anksiyete; 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35. soru depresyon; 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53. sorular olumsuz benlik; 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33. soru somatizasyon ve 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41. sorular ise hostilite alt boyutunu oluşturmaktadır (Şahin ve Durak, 1994).

Ölçek beşli likert tipi olup her madde, (0) hiç, (1) biraz var, (2) orta derecede var, (3) epey var ve (5) çok fazla var şeklinde yanıtlanmaktadır (Şahin ve Durak, 1994). Maddelerden alınan toplam puanın ve alt ölçeklerin toplam puanının yüksekliği belirtilerin arttığını ifade eder. Ölçeğin, Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için ise 0.63 ile 0.86 arasındadır (Şahin ve Durak, 1994). Bu araştırmada ölçeğe ait Cronbach Alpha değerleri **tablo-3**'te verilmiştir.

Tablo 3. KSE Güvenilirlik Analizi

KSE	Cronbac's Alpha
Kısa Semptom Envanteri	,937
Anksiyete Alt Boyutu	,825
Depresyon Alt Boyutu	,847
Olumsuz Benlik Alt Boyutu	,759
Somatizasyon Alt Boyutu	,839
Hostilite Alt Boyutu	,754

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği'nde 01.11.2022-01.05.2023 tarihleri arasında ve 10.00-17.00 saatleri arasında toplandı.

Dernekteki üyeler arasından dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere ulaşıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara çalışma ile ilgili detaylı bilgi verildi ve katılım konusunda gönüllülüğün esas olduğu açıklandı. Çalışmaya katılmayı gönüllü olmayı kabul eden katılımcılara “araştırma amaçlı aydınlatılmış onam formu” ve “anket araştırmaları için aydınlatılmış onam formunu” okuyup doldurmaları istendi. Bazı katılımcılar, araştırma amaçlı aydınlatılmış onam formunda isim, soy isim gibi kişisel bilgilerini paylaşmak istemediğini belirtmiş ve araştırmacı tarafından ısrar edilmemiştir. Gönüllü katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmesi, onamların alınması ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada toplanan veriler SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyodemografik sorular için frekans tablosu oluşturulmuştur. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde non-parametrik Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır ve post-hoc analizi yapılmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Analizler alfa=0,05 seviyesinde yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan yazılı izin alınmıştır (EK-1). Verilerin toplanabilmesi için Şizofreni Hasta ve Yakınları Dayanışma Derneği’nden yazılı izin alınmıştır (EK-2). Katılımcıların çalışmayı katılmayı gönüllü olarak kabul ettiklerine dair Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu (EK-4) ve Anket Araştırmaları için Aydınlatılmış Onam Formu (EK-3) ile onam alınmıştır. KSE’nin çalışmada kullanılabilmesi için gerekli izin (EK-4) alınmış olup, KDÖ-A ve WHO-YK ölçekleri için, geçerlik ve güvenirlik çalışmasındaki yazarlar tarafından ölçeği kullanan araştırmacılar tarafından atıf yapılması halinde ölçek iznine gerek olmadığı ve kullanılabileceği belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni hastalarının ailelerinin tanıtıcı özellikleri, kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtilere ait bulgular yer almaktadır.

4.1. Şizofreni Hastalarının Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde katılımcılara ait tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgular Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4. Aile Üyelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Değişken	Grup	n	Yüzde (%)
Yaş	18-28	5	5,9
	29-38	8	9,5
	39-48	13	15,4
	49-58	21	25,0
	59-68	18	21,4
	69 ve üstü	19	22,6
Cinsiyet	Kadın	47	56,0
	Erkek	37	44,0
Medeni Durum	Evli	52	61,9
	Bekar	32	38,1
Çalışma Durumu	Çalışan	33	39,3
	Çalışmayan	51	60,7
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	13	15,5
	Gelir Gidere Eşit	53	63,1
	Gelir Giderden Fazla	18	21,4
Eğitim Durumu	İlk/Ortaokul	28	33,3
	Lise	19	22,6
	Üniversite ve üstü	37	44,0
Hasta Yakınlık Durumu	Annesi	29	34,5
	Babası	20	23,8
	Çocuğu	3	3,6
	Eşi	10	11,9
	Kardeşi	22	26,2
Bakım Verme Süresi	1-10	26	30,9
	11-20	29	34,5
	21-30	19	22
	31-45	8	9,5

Tablo 4'de aile üyelerinin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %69'unun 49 yaşından büyük bireylerin oluşturduğu, %56,0'sının kadın ve yarısından fazlasının (%61,9) evli olduğu görülmektedir. Çalışma durumları incelendiğinde, %60,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %63,1'in gelirinin giderine eşit olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında,

katılımcıların %44,0'ı lisans ve lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hasta ile yakınlık durumuna bakıldığında, %34,5'in hastanın annesi (n=29), %23,8'i babası (n=20), %3,6'sı çocuğu (n=3), %11,9'u eşi (n=10) ve %26,2'sini kardeşin (n=22) olduğu görülmektedir. Bakım verme süresine bakıldığında, %65,4'ün 1 ila 20 yıl arasında bakım verdiği görülmektedir.

Tablo 5. Aile Üyelerinden Destek Alma Durumu

Değişken	n	Yüzde (%)
Eşi Yardım Edenler	10	11,9
Annesi Yardım Edenler	23	27,4
Babası Yardım Edenler	11	13,1
Kız Kardeşi Yardım Edenler	10	11,9
Erkek Kardeşi Yardım Edenler	9	10,7
Hiç Kimseden Yardım Almayanlar	21	25,0

Tablo 5'de katılımcıların hastalarına bakım verirken aile üyelerinden destek alma durumu verilmiştir. Tabloya bakıldığında, katılımcılar hastasına bakım verirken %27,4'ün annesinden destek aldığı, %25'in ise hiç kimseden destek almadığı görülmektedir.

Tablo 6. Aile Üyelerinin Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlükler

Güçlük	Grup	n	Yüzde (%)
Ekonomik	Çekmeyen	44	52,4
	Çeken	40	47,6
Rolleri Yerine Getirme	Çekmeyen	63	75,0
	Çeken	21	25,0
Sosyal	Çekmeyen	25	29,8
	Çeken	59	70,2

Tablo 6'da aile üyelerinin hastaya bakım verirken yaşadığı güçlükler görülmektedir. Katılımcıların %70,2'sinin bakım verirken sosyal güçlük çektiği, %52,4'ünün bakım verirken ekonomik, %75,0'sının ise rollerini yerine getirmekte güçlük çekmediği görülmektedir.

4.2. Şizofreni Hastalarının Aile Üyelerinin Kendini Damgalama Ölçeği, Yaşam Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Bu bölümde çalışmada kullanılan Kendini Damgalama Ölçeği, Yaşam Kalitesi ve Kısa Semptom Envanterinden elde edilen minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 7. Kendini Damgalama Ölçeği, Yaşam Kalitesi ve Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları (n=84)

	Min	Max	X±SS
KDÖ-A	14	60	25,72±12,090
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	6	25	10,50±5,451
Hastalığı Gizleme Alt Boyutu	3	15	6,25±3,987
Değersizlik Algısı Alt Boyutu	5	21	8,97±4,643
WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği	61	135	94,36±14,343
Genel Sağlık Durumu	2	10	6,11±1,832
Fiziksel Sağlık	13	35	25,44±4,870
Ruhsal Sağlık	11	30	20,66±4,105
Sosyal Alan	3	15	9,46±2,930
Çevre Alanı	21	45	32,67±4,586
Kısa Semptom Envanteri	0	134	39,35±27,632
Anksiyete Alt Boyutu	0	27	6,63±6,478
Depresyon Alt Boyutu	0	44	11,84±8,955
Olumsuz Benlik Alt Boyutu	0	31	8,65±7,030
Somatizasyon Alt Boyutu	0	26	5,61±5,607
Hostilite Alt Boyutu	0	21	6,34±5,081

X: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 7’de Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği, WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kısa Semptom Envanterinden alınan minimum ve maksimum puanlar, ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde, KDÖ-A’ dan alınan toplam puanın 25,72±12,09 olduğu görülmektedir. Alt boyutlara bakıldığında, en düşük puanın hastalığı gizleme en yüksek puanın ise sosyal geri çekilme alt boyutundan alındığı bulgusuna ulaşılmıştır.

WHO-YKÖ'den alınan toplam puan $94,36 \pm 14,34$ bulunmuştur. Ölçekteki alanlara bakıldığında en düşük puanın sosyal alandan, en yüksek puanın ise çevre alanından alındığı görülmüştür.

KSE'den alınan toplam puan incelendiğinde $39,35 \pm 27,63$ olduğu görülmektedir. Ayrıca alt boyutlara bakıldığında en yüksek puanın depresyon alt boyutundan alındığı görülmüştür.

4.3. Ailelerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kendini Damgalama Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde ailelerin sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri ile Kendini Damgalama Ölçeği arasındaki puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.



Tablo 8. Demografik Özelliklere Göre KDÖ-A'nın Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler			KDÖ-A Toplam Puan	Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	Hastalığı Gizleme Alt Boyutu	Değersizlik Algısı Alt Boyutu
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	18-28	5	36,80±11,904	14,60±3,507	8,40±3,782	13,80±6,723
	29-38	8	26,38±11,624	10,38±4,596	6,00±3,505	10,00±5,855
	39-48	13	24,85±10,423	10,08±4,769	6,69±3,794	8,08±3,095
	49-58	21	25,14±11,888	10,81±5,627	6,00±4,254	8,33±3,786
	59-68	18	28,17±13,622	11,67±7,013	7,11±4,484	9,39±4,616
	69 ve üstü	19	21,47±11,182	8,32±4,243	4,95±3,551	8,21±4,984
	Toplam	84	25,73±12,090	10,50±5,452	6,25±3,988	8,98±4,644
			H=9,301 p=,098	H=9,076 p=,106	H=6,396 p=,270	H=5,461 p=,362
Cinsiyet	Kadın	47	27,63±13,31	11,06±6,044	6,95±4,467	9,61±5,041
	Erkek	37	23,29±9,977	9,78±4,571	5,35±3,111	8,16±4,003
			t= 1,707 p= ,092	t= 1,105 p= ,272	t= 1,939 p= ,056	t= 1,434 p= ,155
Medeni Durum	Evli	52	24,71±12,298	9,81±5,281	6,12±3,818	8,79±4,932
	Bekar	32	27,38±11,749	11,63±5,621	6,47±4,303	9,28±4,191
			t= -,980 p= ,330	t= -1,495 p= ,139	t= -,392 p= ,696	t= -,470 p= ,640
Eğitim Durumu	İlk/Ortaokul	28	29,07±12,296	11,96±6,386	7,29±4,496	9,82±4,439
	Lise	19	24,95±12,519	9,58±5,059	6,05±4,156	9,32±5,034
	Lisans ve üstü	37	23,59±11,471	9,86±4,756	5,57±3,396	8,16±4,580
	Toplam	84	25,73±12,090	10,50±5,452	6,25±3,988	8,98±4,644
			H= 4,026 p= ,134	H= 1,943 p= ,379	H= 1,782p= ,410	H= 3,920 p= ,141

Kruskal Wallis-H Test, Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05

Tablo 8’de demografik özelliklere göre KDÖ-A’nın puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş değişkeni gruplarına göre Sosyal Geri Çekilme ($p>0,05$), Hastalığı Gizleme ($p>0,05$) ve Değersizlik Algısı puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yaş değişkeni gruplarına göre KDÖ-A puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Cinsiyet değişkenlerine göre Sosyal Geri Çekilme ($p>0,05$), Hastalığı Gizleme ($p>0,05$), Değersizlik Algısı Alt Boyutu ($p>0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca cinsiyet değişkenleri ile KDÖ-A toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Medeni duruma bakıldığında KDÖ-A puanı istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p>0,05$). Ayrıca evli ve bekar kişilerin Sosyal Geri Çekilme ($p>0,05$), Hastalığı Gizleme ($p>0,05$) ve Değersizlik Algısı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitim durumu ve kendini damgalama arasındaki ilişkiye bakıldığında, Eğitim durumu ve KDÖ-A ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre KDÖ-A Puan Ortalamaları

Tanıtıcı Özellikler			KDÖ-A Toplam Puan	Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	Hastalığı Gizleme Alt Boyutu	Değersizlik Algısı Alt Boyutu
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gelir Durumu	Gelir giderden az	13	30,92±12,28	12,77±5,294	6,85±4,259	11,31±5,893
	Gelir gidere eşit	53	25,08±12,16	10,19±5,694	6,17±3,916	8,72±4,400
	Gelir giderden fazla	18	23,89±11,37	9,78±4,622	6,06±4,193	8,06±4,036
	Toplam	84	25,73±12,09	10,50±5,452	6,25±3,988	8,98±4,644
			H= 3,053 p= ,217	H= 3,081 p= ,214	H= ,189 p= ,910	H= 3,073 p= ,215
Çalışma Durumu	Çalışan	33	25,42±11,924	10,21±4,878	6,72±4,252	8,79±4,932
	Çalışmayan	51	25,92±12,310	10,68±5,832	5,94±3,817	9,28±4,191
			t= -,183 p= ,855	t= -,387 p= ,700	t= -,778 p= ,381	t= -,183 p= ,439
Hasta ile Yakınlık Durumu	Annesi	29	27,90±13,417	11,31±6,788	7,10±4,754	9,48±4,364
	Babası	20	23,15±10,505	9,65±4,416	5,30±3,278	8,20±4,663
	Çocuğu	3	39,00±4,583	14,33±4,163	8,33±5,033	16,33±3,786
	Eşi	10	25,20±12,674	9,30±5,143	6,00±2,981	9,90±6,008
	Kardeşi	22	23,64±11,151	10,23±4,577	5,82±3,750	7,59±3,500
	Toplam	84	25,73±12,090	10,50±5,452	6,25±3,988	8,98±4,644
			H= 5,328 p= ,255	H= 3,733 p= ,433	H= 1,880 p= ,758	H= 9,561 p= ,049* 3-1 / 3-2 / 3-4 / 3-5

Kruskal Wallis-H Test, Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05

Tablo 9’da tanıtıcı özelliklere göre KDÖ-A Puan Ortalamaları verilmiştir. Ailelerin gelir durumu ve kendini damgalama arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Çalışma durumu incelendiğinde Sosyal Geri Çekilme ($p>0,05$), Hastalığı Gizleme ($p>0,05$), Değersizlik Algısı puanı ($p>0,05$) ve KDÖ-A toplam puanının da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Hasta ile yakınlık durumuna göre KDÖ-A toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Hasta ile yakınlık durumuna göre Sosyal Geri Çekilme ve Hastalığı Gizleme puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$), Değersizlik Algısı puanının ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan Post-hoc testi sonucunda bu farklılığın bakım verenin hastanın çocuğu olmaktan kaynaklandığı, hastanın çocuğu olanların Değersizlik Algısı Alt Boyutu puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

4.4. Ailelerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde ailelerin sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri ile WHO Yaşam Kalitesi ölçeği arasındaki puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 10. Demografik Özelliklere Göre WHO-YKÖ’nün Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler			WHO Yaşam Kalitesi Toplam Puan	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Ruhsal Sağlık	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	18-28	5	84,40±11,589	6,00±1,000	25,00±5,050	15,80±2,683	8,20±3,834	29,40±3,578
	29-38	8	89,88±13,054	6,13±1,126	24,88±5,668	19,88±3,563	8,25±3,882	30,75±3,694
	39-48	13	98,46±17,648	6,23±2,048	27,92±5,361	20,85±4,997	9,77±3,395	33,69±4,990
	49-58	21	95,57±12,886	6,48±1,365	26,43±3,970	21,24±3,604	10,00±2,881	31,43±4,707
	59-68	18	90,61±13,120	5,22±2,045	23,22±4,346	20,72±3,832	8,89±2,587	32,56±4,514
	69 ve üstü	19	98,32±14,727	6,53±2,195	25,11±5,087	21,47±4,274	10,05±2,248	35,16±3,834
	Toplam	84	94,37±14,343	6,12±1,833	25,44±4,870	20,67±4,105	9,46±2,931	32,68±4,587
			H=8,415	H=6,532	H=8,262	H=8,859	H=4,465	H=14,203
			p=,135	p=,258	p=,142	p=,115	p=,485	p=,014*
Cinsi yet	Kadın	47	91,53±14,382	5,82±1,959	24,57±5,190	20,29±4,032	9,00±3,148	31,82±5,1089
	Erkek	37	97,97±13,643	6,48±1,609	26,54±4,246	21,13±4,204	10,05±2,548	33,75±3,608
			t=-2,084	t=-1,647	t=-1,864	t=-,927	t= -1,653	t=-2,023
			p= ,040*	p=,103	p=,066	p=,357	p=,102	p= ,046*
Medeni Durum	Evli	52	95,58±13,633	6,23±1,864	26,02±4,621	21,12±3,884	9,46±2,886	32,75±4,320
	Bekar	32	92,41±15,448	5,94±1,795	24,50±5,187	19,94±4,406	9,47±3,048	32,56±5,061
			t=,984	t=,710	t= 1,396	t= 1,282	t= -,011	t= ,181
			p= ,328	p= ,480	p= ,166	p= ,203	p= ,991	p= ,857
Eğitim Durumu	İlk/Ortaokul	28	88,86±11,959	5,43±1,814	23,89±4,856	19,43±4,068	8,82±3,068	31,29±3,730
	Lise	19	91,37±13,520	5,79±1,653	24,74±5,043	20,58±4,464	8,63±2,587	31,63±4,585
	Lisans ve üstü	37	100,08±14,620	6,81±1,729	26,97±4,444	21,65±3,780	10,38±2,802	34,27±4,782
	Toplam	84	94,37±14,343	6,12±1,833	25,44±4,870	20,67±4,105	9,46±2,931	32,68±4,587
			H= 11,075	H= 11,433	H= 6,757	H= 4,141	H= 6,855	H= 8,935
			p= ,004*	p= ,003*	p= ,034*	p= ,126	p= ,032*	p= ,011*
			1-3 / 2-3	1-3 / 2-3	1-3		1-3 / 2-3	1-3 / 2-3

Kruskal Wallis-H Test, Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05.

Tablo 10'da demografik özelliklere göre WHO-YKÖ'nün puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaş değişkeni gruplarına göre WHO-YKÖ ($p>0,05$), Genel Sağlık Durumu ($p>0,05$), Fiziksel ($p>0,05$), Ruhsal Sağlık ($p>0,05$), Sosyal Alan puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=>0,05$). Fakat yaş değişkeni gruplarına göre Çevre Alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Post Hoc testine göre, bazı gruplar arasında anlamlı farklar saptanmıştır. Özellikle, 18-28 yaş grubu ile 69 ve üzeri yaş grubu arasında -5,758 puanlık anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p = 0,011$). Bu fark, 69 ve üzeri yaş grubunun lehinedir, bu grup "Çevre Alanı Alt Boyutu"nda daha yüksek puan almıştır. 29-38 yaş grubu ile 69 ve üzeri yaş grubu arasında -4,408 puanlık anlamlı bir fark saptanmıştır ($p = 0,019$). Bu fark da 69 ve üzeri yaş grubunun lehinedir, bu grup "Çevre Alanı Alt Boyutu"nda daha yüksek puan almıştır. 49-58 yaş grubu ile 69 ve üzeri yaş grubu arasında ise -3,729 puanlık anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p = 0,009$). Bu fark yine 69 ve üzeri yaş grubunun lehinedir, bu grup "Çevre Alanı Alt Boyutu"nda daha yüksek puan almıştır.

Cinsiyet değişkenine göre Çevre Alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Erkek ve kadınların çevre alanı puan ortalaması farkına bakıldığında, erkeklerin Çevre Alanı puanı ortalamasının, kadınların Çevre Alanı puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyük olduğu görülmektedir. Cinsiyet değişkenine göre WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Erkeklerin WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, kadınların WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksektir. Yani, kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Eğitim düzeyine göre WHO-YKÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İlk/ortaokul mezunu bireylerin ortalaması $88,86\pm 11,95$, lisans ve üstü mezun bireylerin ortalaması $100,08\pm 14,62$ bulunmuştur. Lisans ve lisansüstü bir okuldaki mezun olan bireylerin yaşam kalitelerinin ilköğretim ve ortaokul mezunu bireylerin yaşam kalitesinden daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Tablo incelendiğinde, Lisans ve lisansüstü mezunu bireylerin WHO-YKÖ puanı ortalaması, ilk/ortaokul mezunu bireylerin WHO-YKÖ puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. Eğitim durumuna göre Genel Sağlık Durumu puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Üniversite ve

üstü mezunu bireylerin Genel Sağlık Durumu puan ortalaması, ilk/ortaokul mezunu bireylerin Genel Sağlık Durumu puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. Fiziksel Sağlık Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Üniversite ve üstü mezunu bireylerin Fiziksel Sağlık puanı ortalaması, ilk/ortaokul mezunu bireylerin Fiziksel Sağlık puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde büyük olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Sağlık puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Eğitim durumu değişkeni gruplarına göre Sosyal Alan puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Üniversite ve üstü mezunu bireylerin Sosyal Alan puan ortalaması, ilk/ortaokul ve lise mezunu bireylerin Sosyal Alan puan ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyük bulunmuştur. Eğitim durumu değişkeni gruplarına göre Çevre Alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Üniversite ve üstü mezunu bireylerin Çevre Alanı puanı ortalaması, ilk/ortaokul mezunu bireylerin Çevre Alanı puanı ortalamasından anlamlı şekilde farklı ve büyüktür. Elde edilen bulgulara göre eğitim düzeyinin yaşam kalitesi düzeyi üzerinde etkili olduğu, eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı bulgusu elde edilmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin alanlarına bakıldığında lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip bireylerin fiziksel sosyal ve çevre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan Post hoc testi sonucunda şu bulgular elde edilmiştir. İlk/Ortaokul ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, ilkokul ve ortaokul mezunu bireylere kıyasla WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği puanında yaklaşık 11,224 puan daha düşük bir puana sahiptir. Lise ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, lise mezunu bireylere kıyasla bu ölçekte yaklaşık 8,713 puan daha düşük bir puana sahiptir. İlk/Ortaokul ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, ilkokul ve ortaokul mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 1,382 puan daha düşük bir puana sahiptir. Lise ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, lise mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 1,021 puan daha düşük bir puana sahiptir. İlk/Ortaokul ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, ilkokul ve ortaokul mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 3,080 puan daha düşük bir puana sahiptir. İlk/Ortaokul ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü

eğitim almış bireyler, ilkokul ve ortaokul mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 2,220 puan daha düşük bir puana sahiptir. İlk/Ortaokul ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, ilkokul ve ortaokul mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 1,557 puan daha düşük bir puana sahiptir. Lise ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, lise mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 1,747 puan daha düşük bir puana sahiptir. İlk/Ortaokul ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, ilkokul ve ortaokul mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 2,985 puan daha düşük bir puana sahiptir. Lise ile Üniversite ve üstü arasında anlamlı bir fark vardır. Üniversite ve üstü eğitim almış bireyler, lise mezunu bireylere kıyasla yaklaşık 2,639 puan daha düşük bir puana sahiptir.



Tablo 11. Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre WHO-YKÖ'nün Puan Ortalamaları

Tanıtıcı Özellikler			WHO Yaşam Kalitesi Toplam Puan	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Ruhsal Sağlık	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gelir Durumu	Gelir giderden az	13	85,85±13,880	5,62±1,710	24,85±4,652	18,23±5,183	7,46±3,755	29,69±5,266
	Gelir gidere eşit	53	93,94±12,993	6,02±1,781	25,08±4,847	20,60±3,660	9,45±2,584	32,79±4,125
	Gelir giderden fazla	18	101,78±15,422	6,78±1,987	26,94±5,058	22,61±3,712	10,94±2,485	34,50±4,554
	Toplam	84	94,37±14,343 H= 9,306 p= ,010* 1-3 / 2-3	6,12±1,833 H= 2,629 p= ,269	25,44±4,870 H= 2,337 p= ,311	20,67±4,105 H= 7,111 p= ,029* 1-3	9,46±2,931 H= 8,524 p= ,014* 1-2 / 2-3	32,68±4,587 H= 8,322 p= ,016* 1-2 / 2-3
Çalışma Durumu	Çalışan	33	95,12±14,553	6,15±1,787	25,84±4,535	20,96±4,104	9,57±2,937	32,57±4,616
	Çalışmayan	51	93,88±14,329 t= -,385 p= ,702	6,09±1,878 t= -,130 p= ,897	25,17±5,101 t= ,615 p= ,540	20,47±4,134 t= ,542 p= ,589	9,39±2,953 t= ,279 p= ,781	32,74±4,612 t= -,164 p= ,870
Hasta ile Yakınlık Durumu	Annesi	29	92,21±15,869	5,66±2,159	23,76±5,356	20,69±4,269	9,34±2,857	32,76±5,755
	Babası	20	98,55±11,376	6,40±1,603	26,70±3,420	21,35±3,660	10,25±2,291	33,85±2,834
	Çocuğu	3	78,33±5,508	6,33±1,528	24,00±6,245	16,67±2,082	4,33±2,309	27,00±3,606
	Eşi	10	91,30±13,225	5,70±1,494	27,40±5,232	19,30±4,620	7,80±3,327	31,10±3,665
	Kardeşi	22	97,00±14,521	6,64±1,677	25,82±4,666	21,18±4,090	10,36±2,555	33,00±4,186
	Toplam	84	94,37±14,343 H= 7,755 p= ,101	6,12±1,833 H= 3,440 p= ,487	25,44±4,870 H= 5,680 p= ,224	20,67±4,105 H= 4,525 p= ,340	9,46±2,931 H= 12,530 p= ,014* 1-3 / 2-3 / 2-4 / 3-5 / 4-2 / 4-5	32,68±4,587 H= 8,098 p= ,088

Kruskal Wallis-H Test, Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05,

Tablo 11’de bazı tanıtıcı özelliklere göre WHO-YKÖ’nün Puan Ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların gelir durumu ve yaşam kaliteleri incelendiğinde, gelir durumu ve WHO-YKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Geliri giderinden yüksek olan bireylerin geliri giderinden az olan bireylere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geliri giderinden fazla olan bireylerin WHO-YKÖ Puan ortalaması, geliri giderinden az olan bireylerin puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta yüksektir.

Gelir durumu değişkeni gruplarına göre Ruhsal Sağlık puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin Ruhsal Sağlık puanı ortalaması, geliri giderinden az olan bireylerin Ruhsal Sağlık puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür. Gelir durumu değişkeni gruplarına göre Sosyal Alan puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin Sosyal Alan puanı ortalamasının, geliri giderinden az olan bireylerin Sosyal Alan puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyük olduğu görülmektedir. Gelir durumu değişkeni gruplarına göre Çevre Alanı puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin Çevre Alanı puanı ortalaması, geliri giderinden az olan bireylerin Çevre Alanı puanı ortalamasından anlamlı şekilde farklı ve büyüktür.

Hasta yakınlık durumuna göre WHO-YKÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hastanın annesi, kardeşi, babası, eşi veya çocuğunun yaşam kalitesi düzeyleri arasında bir farklılık yoktur. Hasta yakınlık durumuna göre Genel Sağlık Durumu ($p>0,05$), Çevre Alanı ($p>0,05$), Fiziksel Sağlık ($p>0,05$) ve Ruhsal Sağlık puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Fakat hasta yakınlık durumuna göre Sosyal Alan puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hastanın kardeşi olan bireylerin Sosyal Alan puanı ortalaması, hastanın çocuğu olan bireylerin Sosyal Alan puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyük olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Hastanın babası olan bireylerin Sosyal Alan Puan ortalaması, hastanın çocuğu olan bireylerin Sosyal Alan Puan ortalamasından büyüktür.

Post Hoc analizi sonucunda WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği’nde "Gelir Giderden Az" ile "Gelir Giderden Fazla" arasında ortalama 15,932 puanlık anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,002$). Bu fark, "Gelir Giderden Fazla" grubun lehinedir, bu

grup daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. "Gelir Gidere Eşit" ve "Gelir Giderden Fazla" grupları arasında da 7,834 puanlık anlamlı bir fark bulunmuş olup, bu fark da "Gelir Giderden Fazla" grubunun lehinedir ($p=0,039$). Ruhsal Sağlık Alt Boyutunda, "Gelir Giderden Az" ile "Gelir Giderden Fazla" grupları arasında 4,380 puanlık anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,003$). Bu fark, "Gelir Giderden Fazla" grubunun lehinedir, bu grup ruhsal sağlık açısından daha yüksek puanlar almıştır. Sosyal Alan Alt Boyutunda, "Gelir Giderden Az" grubu ile "Gelir Gidere Eşit" grubu arasında 1,991 puanlık anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,023$) ve bu fark "Gelir Gidere Eşit" grubunun lehinedir. Ancak, "Gelir Giderden Az" ile "Gelir Giderden Fazla" grupları arasında 3,483 puanlık daha büyük ve anlamlı bir fark bulunmuş olup, bu fark "Gelir Giderden Fazla" grubunun lehinedir ($p=0,001$). Çevre Alanı Alt Boyutunda ise, "Gelir Giderden Az" ile "Gelir Gidere Eşit" grupları arasında 3,100 puanlık anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,026$) ve bu fark "Gelir Gidere Eşit" grubunun lehinedir. "Gelir Giderden Az" ile "Gelir Giderden Fazla" grupları arasında ise 4,808 puanlık anlamlı bir fark bulunmaktadır ve bu fark "Gelir Giderden Fazla" grubunun lehinedir ($p=0,004$).

4.5. Ailelerin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özelliklerine göre Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

Bu bölümde ailelerin sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 12. Demografik Özelliklere Göre KSE'nin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler			KSE Toplam Puan	Anksiyete Alt Boyutu	Depresyon Alt Boyutu	Olumsuz Benlik Alt Boyutu	Somatizasyon Alt Boyutu	Hostilite Alt Boyutu
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	18-28	5	78,00±37,128	14,60±10,015	26,60±10,479	16,60±8,820	9,00±6,892	11,20±7,085
	29-38	8	43,38±27,949	7,75±5,776	10,88±7,936	9,88±8,026	6,13±5,384	8,75±5,825
	39-48	13	29,15±21,279	4,38±4,073	7,69±7,476	7,46±6,437	2,23±2,713	7,38±4,942
	49-58	21	40,43±20,434	6,33±3,851	13,14±7,889	10,29±6,190	5,86±4,902	4,81±3,219
	59-68	18	40,06±29,339	6,33±6,278	11,67±8,977	7,94±7,440	7,33±7,896	6,78±6,083
	69 ve üstü	19	32,63±28,024	6,21±8,443	9,95±7,699	5,74±5,596	4,93±4,192	4,63±4,003
	Toplam	84	39,36±27,633	6,63±6,478	11,85±8,956	8,65±7,031	5,61±5,607	6,35±5,081
			H=10,003 p=,075	H=8,219 p=,145	H=13,668 p=,018* 1-2 / 2-3 / 1-4 / 1-5 / 1-6	H=10,497 p=,062	H=8,895 p=,113	H=8,501 p=,131
Cinsiyet	Kadın	47	42,31±26,229	6,87±6,180	13,34±8,531	9,51±7,119	5,88±6,065	6,23±4,649
	Erkek	37	35,59±29,247	6,32±6,912	9,94±9,233	7,56±6,857	5,27±5,026	6,48±5,645
			t=1,109 p=,271	t=,383 p=,703	t= 1,746 p= ,085	t= 1,262 p= ,211	t= ,497 p= ,621	t= -,225 p= ,823
Medeni Durum	Evli	52	34,60±24,557	5,37±5,674	10,19±8,122	7,79±6,282	4,76±5,199	6,06±4,948
	Bekar	32	47,09±30,863	8,69±7,235	14,53±9,705	10,06±8,008	7,00±6,043	6,81±5,337
			t= -2,052 p= ,043*	t= -2,343 p= ,022*	t= -2,206 p= ,030*	t= -1,449 p= ,151	t= -1,800 p= ,075	t= -,659 p= ,512
Eğitim Durumu	İlk/Ortaokul	28	45,57±21,781	7,89±6,641	13,18±7,222	9,46±6,535	6,70±5,451	7,54±5,392
	Lise	19	40,47±24,787	4,47±4,414	13,05±8,657	10,21±6,373	6,05±6,835	6,68±4,217
	Lisans ve üstü	37	34,08±32,221	6,78±7,087	10,22±10,171	7,24±7,603	4,57±4,970	5,27±5,146
	Toplam	84	39,36±27,633	6,63±6,478	11,85±8,956	8,65±7,031	5,61±5,607	6,35±5,081
			H= 6,949 p= ,250	H= 3,619 p= ,164	H= 4,566 p= ,102	H= 5,234 p= ,073	H= 3,252 p= ,197	H= 5,918 p= ,052

Kruskal Wallis-H Test, Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05

Tablo 12’de demografik özelliklere göre KSE’nin puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaş değişkeni gruplarına göre KSE ($p>0,05$), Anksiyete ($p>0,05$), Olumsuz Benlik ($p=>0,05$), Somatizasyon ($p>0,05$) ve Hostilite ($p>0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Yaş değişkeni gruplarına göre Depresyon puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Post hoc testi sonucuna göre 18-28 yaş kategorisinin "Depresyon Alt Boyutu"ndaki puan ortalaması, 29-38 yaş kategorisine göre yaklaşık 15,73 puan, 39-48 yaş kategorisine göre yaklaşık 18,91 puan, 49-58 yaş kategorisine göre yaklaşık 13,46 puan, 59-68 yaş kategorisine göre yaklaşık 14,93 puan ve 69 ve üstü yaş kategorisine göre yaklaşık 16,65 puan daha düşüktür. Tüm bu farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyete göre KSE ve alt ölçek puanlarında istatistiksel anlamlılıkta farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Evli ve bekarların KSE Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekarların KSE Puan ortalaması, evlilerin KSE puan ortalamasından anlamlı olarak büyüktür. Elde edilen bulgulara göre bekar bireylerin evli bireylere göre daha fazla psikiyatrik belirtiyeye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Medeni durum değişkeni gruplarına göre Olumsuz Benlik ($p>0,05$), Somatizasyon ($p>0,05$) ve Hostilite ($p>0,05$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Evli ve bekarlarda Anksiyete puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bekarların Anksiyete puan ortalaması, evlilerin Anksiyete Puan ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta yüksektir. Medeni duruma göre Depresyon puanı da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekarların Depresyon puanı ortalaması, evlilerin Depresyon puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde büyüktür.

Eğitim durumu değişkeni gruplarına göre KSE toplam ve alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 13. Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre KSE Puan Ortalamaları

Tanıtıcı Özellikler			KSE Toplam Puan	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite
		n	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Gelir Durumu	Gelir giderden az	13	59,38±32,276	7,77±7,507	19,62±10,966	14,00±10,190	8,77±6,906	9,23±6,521
	Gelir gidere eşit	53	37,79±25,158	6,74±6,567	10,83±7,849	8,23±6,021	5,29±5,369	6,28±4,538
	Gelir giderden fazla	18	29,50±25,287	5,50±5,555	9,22±7,848	6,06±5,252	4,28±4,675	4,44±4,780
	Toplam	84	39,36±27,633 H= 8,705 p= ,013* 1-2 / 1-3	6,63±6,478 H= 1,016 p= ,602	11,85±8,956 H= 9,561 p= ,008* 1-2 / 1-3	8,65±7,031 H= 6,389 p= ,041* 1-2 / 1-3	5,61±5,607 H= 5,481 p= ,065	6,35±5,081 H= 6,694 p= ,035* 1-3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	33	38,12±28,900	6,12±5,888	11,75±9,630	8,36±7,769	5,18±5,033	6,69±5,725
	Çalışmıyor	51	40,15±27,043 t= -,328 p= ,744	6,96±6,870 t= -,578 p= ,565	11,90±8,588 t= -,072 p= ,943	8,84±6,582 t= -,304 p= ,762	5,89±5,980 t= -,567 p= ,573	6,11±4,663 t= ,508 p= ,613
Hasta ile Yakınlık Durumu	Annesi	29	41,24±27,238	7,14±8,382	12,86±8,382	8,79±7,188	6,02±6,373	5,66±4,608
	Babası	20	28,50±24,038	4,70±7,494	8,45±7,494	5,40±5,256	4,95±4,979	5,00±5,089
	Çocuğu	3	66,00±8,185	12,00±3,606	17,00±3,606	17,67±5,508	5,67±4,726	13,67±2,082
	Eşi	10	43,80±24,553	6,40±9,443	13,50±9,443	10,80±5,789	4,80±5,673	8,30±5,658
	Kardeşi	22	41,09±31,782	7,09±10,745	12,14±10,745	9,23±7,746	6,05±5,533	6,59±4,925
	Toplam	84	39,36±27,633 H= 7,514 p= ,111	6,63±8,956 H= 7,227 p= ,124	11,85±8,956 H= 5,987 p= ,200	8,65±7,031 H= 11,014 p= ,026* 1-3 / 2-3 / 3-5	5,61±5,607 H= ,895 p= ,925	6,35±5,081 H= 9,893 p= ,042* 1-3 / 2-3 / 3-5

Kruskal Wallis-H Test, Bağımsız Örneklem T-Test, *p<0.05

Tablo 13’de tanıtıcı özelliklere göre KSE Puan Ortalamaları verilmiştir. Gelir durumuna göre KSE puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan bireylerin KSE puanı ortalaması, geliri giderinden fazla olan bireylerin KSE puanı ortalamasından anlamlı şekilde büyüktür. Gelir durumuna göre Anksiyete ($p>0,05$) ve Somatizasyon ($p>0,05$) puanı istatistiksel anlamlılıkta farklılık göstermezken, Depresyon Puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan bireylerin Depresyon puanı ortalaması, geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan olan bireylerin Depresyon puanı ortalamasından anlamlı şekilde farklı ve büyüktür. Gelir durumuna göre Olumsuz Benlik puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan bireylerin Olumsuz Benlik puanı ortalaması, geliri giderinden fazla olan bireylerin Olumsuz Benlik puanı ortalamasından anlamlı şekilde büyüktür. Gelir durumuna göre Hostilite puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan bireylerin Hostilite puanı ortalaması, geliri giderinden fazla olan bireylerin Hostilite puanı ortalamasından istatistiksel anlamlılıkta büyük bulunmuştur.

Post Hoc testi sonucunda şu bulgulara ulaşılmıştır. "Gelir Giderden Az" olan grubun Kısa Semptom Envanteri ortalaması, "Gelir Gidere Eşit" grubuna göre yaklaşık 21,59 puan daha yüksektir. "Gelir Giderden Az" olan grubun Kısa Semptom Envanteri ortalaması, "Gelir Giderden Fazla" grubuna göre yaklaşık 29,89 puan daha yüksektir. "Gelir Gidere Eşit" grubunun Kısa Semptom Envanteri ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 21,59 puan daha düşüktür. "Gelir Giderden Fazla" grubunun KısaSemptomEnvanteri ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 29,89 puan daha düşüktür. "Gelir Giderden Az" olan grubun Depresyon Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Gidere Eşit" grubuna göre yaklaşık 8,79 puan daha yüksektir. "Gelir Giderden Az" olan grubun Depresyon Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Fazla" grubuna göre yaklaşık 10,39 puan daha yüksektir. "Gelir Gidere Eşit" grubunun Depresyon Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 8,79 puan daha düşüktür. "Gelir Giderden Fazla" grubunun Depresyon Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 10,39 puan daha düşüktür. "Gelir Giderden Az" olan grubun Olumsuz Benlik Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Gidere Eşit" grubuna göre yaklaşık 5,77 puan daha yüksektir. "Gelir Giderden

"Az" olan grubun Olumsuz Benlik Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Fazla" grubuna göre yaklaşık 7,94 puan daha yüksektir. "Gelir Giderden Eşit" grubunun Olumsuz Benlik Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 5,77 puan daha düşüktür. "Gelir Giderden Fazla" grubunun Olumsuz Benlik Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 7,94 puan daha düşüktür. "Gelir Giderden Az" olan grubun Hostilite Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Fazla" grubuna göre yaklaşık 4,79 puan daha yüksektir. "Gelir Giderden Fazla" grubunun Hostilite Alt Boyutu ortalaması, "Gelir Giderden Az" olan grubuna göre yaklaşık 4,79 puan daha düşüktür.

Çalışma durumuna göre KSE'nin tüm alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hasta yakınlık durumuna göre Anksiyete ($p>0,05$), Depresyon ($p>0,05$) ve Somatizasyon puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, Olumsuz Benlik puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastanın çocuğu olan bireylerin Olumsuz Benlik puanı ortalaması, hastanın babası olan bireylerin Olumsuz Benlik puanı ortalamasından anlamlı şekilde büyüktür. Hasta yakınlık durumu değişkeni gruplarına göre Hostilite puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hastanın çocuğu olan bireylerin Hostilite puanı ortalaması, hastanın kardeşi olan bireylerin Hostilite puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde büyüktür. Hastanın çocuğu olan bireylerin Hostilite puanı ortalaması, hastanın annesi ya da babası olan bireylerin Hostilite puanı ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksektir.

Yapılan Post-hoc test sonuçlarına dayanarak aşağıdaki yorumlar yapılmaktadır. Annesinin hastalık yakınlık durumunda olan bireylerle çocuğunun hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Annesi hasta olan bireyler, çocuğu hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 8,874 birim daha yüksek puan almıştır. Babasının hastalık yakınlık durumunda olan bireylerle çocuğunun hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Babası hasta olan bireyler, çocuğu hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 12,267 birim daha yüksek puan almıştır. Babasının hastalık yakınlık durumunda olan bireylerle eşinin hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Babası hasta olan bireyler, eşi hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 5,400 birim daha yüksek puan almıştır. Çocuğunun hastalık yakınlık durumunda olan

bireylerle kardeşinin hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Çocuğu hasta olan bireyler, kardeşi hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 8,439 birim daha yüksek puan almıştır.

Annesinin hastalık yakınlık durumunda olan bireylerle çocuğunun hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Annesi hasta olan bireyler, çocuğu hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 8,011 birim daha düşük puan almıştır. Babasının hastalık yakınlık durumunda olan bireylerle çocuğunun hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Babası hasta olan bireyler, çocuğu hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 8,667 birim daha düşük puan almıştır. Çocuğunun hastalık yakınlık durumunda olan bireylerle kardeşinin hastalık yakınlık durumunda olan bireyler arasında anlamlı bir fark vardır. Çocuğu hasta olan bireyler, kardeşi hasta olan bireylere kıyasla ortalama olarak 7,076 birim daha yüksek puan almıştır.

4.6. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti İlişkisi

Bu bölümde şizofreni hastalarının aile üyelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirtiler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için yapılan korelasyon testi sonucu yer almaktadır.

Tablo 14. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti İlişkisi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu (1)	1															
Hastalığı Gizleme Alt Boyutu (2)	,568 ** ,000	1														
Değersizlik Algısı Alt Boyutu (3)	,675 ** ,000	,543 ** ,000	1													
Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği (4)	,898 ** ,000	,794 ** ,000	,868 ** ,000	1												
Genel Sağlık Durumu Alt Boyutu (5)	- ,424 ** ,000	- ,573 ** ,000	- ,475 ** ,000	- ,563 ** ,000	1											
Fiziksel Sağlık Alt Boyutu (6)	- ,388 ** ,000	- ,286 ** ,008	- ,295 ** ,006	- ,382 ** ,000	,556 ** ,000	1										
Ruhsal Sağlık Alt Boyutu (7)	- ,461 ** ,000	- ,458 ** ,000	- ,550 ** ,000	- ,570 ** ,000	,574 ** ,000	,448 ** ,000	1									
Sosyal Alan Alt Boyutu (8)	- ,372 ** ,000	- ,378 ** ,000	- ,560 ** ,000	- ,508 ** ,000	,440 ** ,000	,397 ** ,000	,693 ** ,000	1								
Çevre Alanı Alt Boyutu (9)	- ,488 ** ,000	- ,366 ** ,001	- ,500 ** ,000	- ,533 ** ,000	,468 ** ,000	,391 ** ,000	,569 ** ,000	,601 ** ,000	1							
WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği (10)	- ,550 ** ,000	- ,496 ** ,000	- ,593 ** ,000	- ,639 ** ,000	,720 ** ,000	,745 ** ,000	,835 ** ,000	,786 ** ,000	,798 ** ,000	1						

Tablo 14. (Devamı) Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti

Anksiyete Alt Boyutu (11)	,461 **	,388 **	,443 **	,506 **	-,440 **	-,448 **	-,468 **	-,369 **	-,447 **	-,561**	1					
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000						
Depresyon Alt Boyutu (12)	,624 **	,462 **	,640 **	,680 **	-,466 **	-,463 **	-,620 **	-,554 **	-,577 **	-,692**	,659**	1				
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000					
Olumsuz Benlik Alt Boyutu (13)	,508 **	,357 **	,565 **	,564 **	-,307 **	-,247 *	-,575 **	-,656 **	-,574 **	-,606**	,569**	,796**	1			
	,000	,001	,000	,000	,004	,023	,000	,000	,000	,000	,000	,000				
Somatizasyon Alt Boyutu (14)	,499 **	,347 **	,369 **	,481 **	-,490 **	-,581 **	-,342 **	-,298 **	-,369 **	-,536**	,524**	,626**	,428 **	1		
	,000	,001	,001	,000	,000	,000	,001	,006	,001	,000	,000	,000	,000			
Hostilite Alt Boyutu (15)	,441 **	,340 **	,487 **	,498 **	-,381 **	-,355 **	-,537 **	-,451 **	-,422 **	-,550**	,576**	,602**	,504 **	,451 **	1	
	,000	,002	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
Kısa Semptom Envanteri (16)	,614 **	,476 **	,611 **	,669 **	-,518 **	-,522 **	-,634 **	-,588 **	-,585 **	-,732**	,825**	,918**	,830 **	,721 **	,743**	1
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Korelasyon Testi, **p<0,01 *p<0,05,

KDÖ-A ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-,639$; $p=,000$).

KDÖ-A ile Genel Sağlık Durumu ($r=-,563$; $p=,000$), Ruhsal Sağlık ($r=-,570$; $p=,000$), Sosyal Alan ($r=-,508$; $p=,000$) ve Çevre Alanı arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-,533$; $p=,000$), Fiziksel Sağlık alanında ($r=-,382$; $p=,000$) negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Değersizlik Algısı ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,593$; $p=,000$).

Değersizlik Algısı ile Genel Sağlık Durumu ($r=-,475$; $p=,000$), Ruhsal Sağlık ($r=-,550$; $p=,000$), Sosyal Alan ($r=-,560$; $p=,000$) ve Çevre Alanı arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,500$; $p=,000$). Değersizlik Algısı ile Fiziksel Sağlık arasında ise negatif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşılmıştır ($r=-,295$; $p=,006$).

Hastalığı Gizleme ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,496$; $p=,000$).

Hastalığı Gizleme ile Genel Sağlık Durumu ($r=-,573$; $p=,000$), Ruhsal Sağlık arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-,458$; $p=,000$); Hastalığı Gizleme ile Sosyal Alan ($r=-,378$; $p=,000$), Fiziksel Sağlık ($r=-,286$; $p=,000$) ve Çevre Alanı ($r=-,366$; $p=,001$) arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sosyal Geri Çekilme ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,550$; $p=,000$).

Sosyal Geri Çekilme ile Genel Sağlık Durumu arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,424$; $p=,000$). Sosyal Geri Çekilme ile Fiziksel Sağlık ($r=-,388$; $p=,000$) ve Sosyal Geri Çekilme ile Sosyal Alan arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-,372$; $p=,000$), Ruhsal Sağlık ($r=-,461$; $p=,000$) ve Çevre Alanı ($r=-,488$; $p=,000$) arasında negatif yönlü ve orta seviyede bir ilişki bulunmuştur.

KDÖ-A ile KSE arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,669$; $p=,000$).

KDÖ-A ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,680$; $p=,000$). Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ile Anksiyete

($r=,506$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=,564$; $p=,000$), Somatizasyon ($r=,481$; $p=,000$) ve Hostilite ($r=,498$; $p=,000$) arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

Sosyal Geri Çekilme ile KSE arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,614$; $p=,000$). Sosyal Geri Çekilme ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,624$; $p=,000$). Sosyal Geri Çekilme ile Anksiyete arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,461$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=,508$; $p=,000$), Somatizasyon ($r=,499$; $p=,000$) ve Hostilite ($r=,441$; $p=,000$) arasında ise pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

Hastalığı Gizleme ile KSE arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=,476$; $p=,000$). Hastalığı Gizleme ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=,462$; $p=,000$), Anksiyete ($r=,388$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=,357$; $p=,001$), Somatizasyon ($r=,347$; $p=,001$) ve Hostilite ($r=,340$; $p=,002$) arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Değersizlik Algısı ile KSE arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,611$; $p=,000$). Değersizlik Algısı ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=,640$; $p=,000$), Somatizasyon arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,369$; $p=,001$).

Değersizlik Algısı ile Anksiyete ($r=,443$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=,565$; $p=,000$) ve Hostilite ($r=,487$; $p=,000$) arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

WHO-YKÖ ile KSE arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,732$; $p=,000$).

WHO-YKÖ ile Depresyon ($r=-,692$; $p=,000$) ve Olumsuz Benlik arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,606$; $p=,000$). WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Anksiyete ($r=-,561$; $p=,000$), Somatizasyon ($r=-,536$; $p=,000$) ve Hostilite arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,550$; $p=,000$).

Genel Sağlık Durumu ile KSE arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-,518$; $p=,000$). Genel Sağlık Durumu ile Anksiyete arasında

negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,440$; $p=,000$). Genel Sağlık Durumu ile Depresyon ($r=-,466$; $p=,000$) ve Somatizasyon arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-,490$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=-,307$; $p=,004$) ve Hostilite ($r=-,381$; $p=,000$) arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Fiziksel Sağlık ile KSE arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,522$; $p=,000$). Fiziksel Sağlık ile Anksiyete arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,448$; $p=,000$). Fiziksel Sağlık ile Depresyon ($r=-,463$; $p=,000$) ve Somatizasyon ($r=-,581$; $p=,000$) arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken, Olumsuz Benlik ($r=-,247$; $p=,023$) ve Hostilite ($r=-,355$; $p=,001$) arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

Ruhsal Sağlık ile KSE arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,634$; $p=,000$). Ruhsal Sağlık ile Depresyon arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-,620$; $p=,000$), Somatizasyon arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-,342$; $p=,001$). Ruhsal Sağlık ile Anksiyete ($r=-,468$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=-,575$; $p=,000$) ve Hostilite ($r=-,537$; $p=,000$) arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

Sosyal Alan ile KSE arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,588$; $p=,000$). Sosyal Alan ile Olumsuz Benlik arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=-,656$; $p=,000$), Anksiyete Alt Boyutu ($r=-,369$; $p=,001$) ve Somatizasyon ($r=-,298$; $p=,006$) arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal Alan ile Depresyon ($r=-,554$; $p=,000$) ve Hostilite ($r=-,451$; $p=,000$) arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır.

Çevre Alanı ile KSE arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,585$; $p=,000$). Çevre Alanı ile Anksiyete ($r=-,447$; $p=,000$), Depresyon ($r=-,577$; $p=,000$), Olumsuz Benlik ($r=-,574$; $p=,000$) ve Hostilite ($r=-,422$; $p=,000$) arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Çevre Alanı ile Somatizasyon arasında negatif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,369$; $p=,001$).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının ailelerinde kendini damgalama, yaşam kalitesi, psikiyatrik belirti ve aralarındaki ilişki konulu yapılan çalışmada, KDÖ-A'dan alınan toplam puanın $25,72 \pm 12,09$ olduğu bulunmuştur. Ailelerde kendini damgalama düzeyi yüksek olmasa da kendini damgaladığı görülmektedir. Literatürde, aile üyelerinde kendini damgalama ile ilgili yapılan mevcut çalışmalarda ailelerin kendini damgaladığını göstermektedir (Karaçar ve Bademli, 2021; Yıldız ve diğerleri, 2012; Guan ve diğerleri, 2020) ve sonucumuzla uyumludur. Aileler en düşük puanı “hastalığı gizleme, en yüksek puanı ise sosyal geri çekilmeden almışlardır. Bazı ailelerin şizofreni hasta yakını olmaktan dolayı utanç duyduğu (Yıldız ve diğerleri, 2012) ve hastalığı gizledikleri bilinmektedir. Literatürde yapılan bir çalışmada ailelerin hastalığı gizlediği bildirilmiştir (Phelan, Bromet ve Link, 1998). Fakat bu çalışmada hastalığı gizleme puanı düşük bulunmuştur.

Kısa semptom Envanterine göre, aile üyelerinde en yüksek görülen psikiyatrik belirtinin depresyon olduğu belirlendi. Literatürdeki çalışmalarda aile üyelerinde depresyonun yüksek olduğu sonucu görülmüştür (Stanley ve diğerleri, 2017; Yu ve diğerleri, 2019; Gümüş ve diğerleri, 2016; Özkan ve diğerleri, 2013). Şizofreni ile ailenin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda bakım yükü artar, ayrıca aile geleceğe dair umutsuzluk, tükenmişlik, kaygı, öfke, değersizlik vb. duygular hissedebilir ve bu faktörler aile üyelerinde depresyon gibi ruhsal sorunlara neden olabilir (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017).

Çalışmada, bekar bireylerde evlilere göre, daha yüksek anksiyete, depresyon ve daha fazla psikiyatrik belirtiye sahip oldukları sonucu bulunmuştur. Kaya ve Öz (2019) yaptıkları çalışmada, bekâr bakım verenlerin bakım yükünün evlilere göre yüksek olduğu sonucunu bildirmişlerdir (Kaya ve Öz, 2019). Bireylerin iyi oluşu üzerinde evliliğin olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir (Yıldız ve Büyüksahin-Çevik, 2016). Yaş grupları arasında, yaşam kalitesi, KSE ve kendini damgalama puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Fakat 18-28 yaş bireylerin Depresyon puan ortalaması, 29 yaş ve üstü bireylerin Depresyon puanı ortalamasından yüksek bulunmuştur. İleri yaşların depresyon görülmesinde koruyucu bir faktör olduğu bilinmektedir (Ünal ve diğerleri, 2004).

Yaşam kalitesi düzeylerinde cinsiyete göre istatistiksel anlamlılıkta fark görülmüştür. Kadınların yaşam kalitesinin erkeklerin yaşam kalitesinden düşük olduğu

saptanmıştır. Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz (2016), çalışmalarında bakım verme yükünün kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu, yaşam kalitesi alanlarına baktıklarında ise bazı alanların erkeklere göre daha düşük olduğu bildirmişlerdir (Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz 2016). Chan ve Yu (2004), şizofreni hastalarının ailelerinde yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre düşük olduğunu bildirmişlerdir (Chan ve Yu, 2004). Bu çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlasının kadın olduğu düşünüldüğünde, cinsiyete göre yaşam kalitesinin değişmesinin sebebinin bakım verici rolünün toplumumuzda kadına yüklenmesi, erkeklerin çalışma hayatında daha aktif rol alması ve kadının üstündeki bakım yükü etkeni olduğu düşünülmektedir.

Hastanın annesi, kardeşi, babası, eşi veya çocuğunun yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p \geq 0,05$). Çoban ve Arkadaşları yaptıkları çalışmada hastayla yakınlık durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediğini bildirmiştir (Çoban ve diğerleri, 2013). Bunun nedeninin aile üyesinin rolü ne olursa olsun hepsinin hayatının hastalıkla birlikte benzer alanlarının olumsuz olarak etkilenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hasta ile yakınlık durumuna göre Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği, Sosyal Geri Çekilme ve Hastalığı Gizleme ($p \geq 0,05$) puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı, ancak Değersizlik Algısı puanında anlamlı bir farklılık görüldüğü saptanmıştır. Yapılan Post-hoc testi sonucunda bu farklılığın hastanın çocuğu olmaktan kaynaklandığı ve hastanın çocuğu olanların Değersizlik Algısı Alt Boyutu puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yakınlık durumuna göre ayrıca, Olumsuz Benlik puanında da istatistiksel anlamlılıkta farklılık olduğu bulunmuştur. Yapılan Post-hoc testi sonucunda bu farklılığın hastanın çocuğu olmaktan kaynaklandığı ve hasta bir anne ve babaya sahip olmaktan kaynaklandığı bulunmuştur. Bireyin çocukluk ve yetişkinlik döneminde duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının hasta ebeveyni tarafından karşılanamaması, hastalıkla birlikte ebeveyn ve çocuk rollerinin yerinin değişmesi, yetişkin olsalar dahi bakım vermenin devam etmesi ve bireylerde bakım yükünün artmasının olumsuz benlik ve değersizlik algısının düşmesinde etkili olmaktadır (Buldukoğlu ve diğerleri, 2011). Hastanın çocuğu olan bireylerin Hostilite puan ortalaması, hastanın kardeşi, annesi ve babası olan bireylerin puanından yüksek

bulunmuştur. Çocuğun erken çocukluk ya da yetişkinlik döneminde ebeveyni ile yaşadığı olumsuzluklar, ihmaller, damgalama ve psikolojik zorlanmalar ona karşı öfke ve düşmanlık oluşmasına neden olabilir (Seki Öz ve Kılıç, 2022). Şizofreni hastalarının çocukları ile yapılan bir çalışmada hostilitenin yüksek olduğunu bildirilmiştir (Seki Öz ve Kılıç, 2022), ve bizim sonucumuz ile birbirini destekler niteliktedir. Bulgularımız ışığında şizofreni tanılı bir ebeveyne sahip olmanın diğer yakınlarına göre olumsuz benlik oluşmasına, değersizlik hissetmesine ve hostilitenin artmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada yaşam kalitesi alanlarına bakıldığında, Sosyal Alan Puanının hastaların çocuklarında, kardeş ve babalardan düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedeninin damgalanma ile değersizlik duygusunun artması sosyal ortamlarda ayrımcılık ve zorbalığa maruz kalmaları ve sosyal geri çekilme yaşamaları olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki çalışmalar bizlere ebeveyni şizofreni tanısına sahip çocukların damgalamaya maruz kaldığını göstermiştir (Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017; Şener ve Karaca, 2022; Mattejat ve Remschmidt, 2008). Çalışmamızda hastanın çocuğu olan 3 kişi çalışmaya katılmıştır ve ilgili sonuçlar kişi sayısından kaynaklıda bu şekilde olabilir.

Çalışmada katılımcıların %59,9'u ilkokul/ortaokul/lise mezunu ve %44'ü lisans ve lisansüstü mezunuydu. Ohayon ve Arkadaşları yaptıkları çalışmada şizofreni hastasına bakım veren eğitim düzeyi yüksek bireylerde kendini damgalamanın daha fazla olduğunu (Hasson-Ohayon ve diğerleri, 2011), Karaçar ve Bademli ise çalışmalarında şizofreni hastasına bakım veren eğitim seviyesi düşük bireylerde kendini damgalamanın yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Karaçar ve Bademli, 2021). Bizim çalışmamızda ise eğitim durumu ve kendini damgalama arasındaki ilişkiye baktığımızda kendini damgalama ölçeği ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık yoktu ($p<0,05$). Literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamızın bulgularına göre bireyin eğitim durumu yüksek ya da düşük olsa dahi kendini damgalamasının önünde koruyucu bir faktör olmadığı düşünülmektedir.

Bakım verenin eğitim düzeyinin de ruh sağlığının belirleyicisi olduğu açıklanmakta ve artan eğitim düzeyiyle birlikte ruhsal sağlık durumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir (Yusuf ve Nuhu, 2011; Greenberg, Seltzer, Krauss, Chou ve Hong, 2004). Fakat çalışmada Eğitim durumuna göre KSE Puanı ($p>0,05$), Anksiyete ($p>0,05$), Depresyon ($p>0,05$), Olumsuz Benlik ($p>0,05$), Somatizasyon ($p>0,05$) ve

Hostilite ($p>0,05$) puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Psikiyatrik hastalıklarda bakım verici rolünü üstlenmek zordur ve bu süreçte kişinin eğitim durumu ne olursa olsun ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebileceği görülmektedir.

Üniversite ve üstü bir okuldan mezun olan bireylerin yaşam kalitesi ilkökul ve ortaokul mezunu bireylerin yaşam kalitesinden daha yüksek olduğu, Genel Sağlık Durumu, Çevre Alanı ve Fiziksel Sağlık Puan ortalamalarının da ilk/ortaokul mezunu bireylerin puanından yüksek olduğu; ayrıca Sosyal Alan Puan ortalamalarında, ilk/ortaokul ve lise mezunu bireylerin Sosyal Alan puanından yüksek olduğu saptandı. Eğitim seviyesi yükseldikçe genellikle bireylerin hayat standartının yükseldiği bilinmektedir. Torlak ve Yavuzçehre (2008) yapılan çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği söylemişlerdir (Aydiner ve Paçacıoğlu 2016; Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Üniversite ve üstü mezunu bireylerin yaşam kalitesinin ve çevre, fiziksel sağlık, sosyal alan gibi alanlarında ilk/ortaokul ve lise mezunu bireylerinkinden yüksek olmasının nedeninin eğitimle artan yaşam standartı, ihtiyaç durumunda kaynaklara daha hızlı ulaşabilmek, yaşam koşullarının ve yaşanan çevrenin fiziki koşullarının daha iyi olması gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların yarısından fazlası herhangi bir işte çalışmadığını ve gelirinin gidere eşit olduğunu bildirdi. Çalışmada geliri giderinden az olan bireylerin yaşam kalitesi, geliri giderinden fazla olan bireylere göre düşük bulunmuştur. Yine geliri giderinden az olan bireylerin, fazla olan bireylere göre daha fazla psikiyatrik belirti yaşadıkları, özellikle depresyon, hostilite ve olumsuz benliğin yüksek olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarının yakınlarının %83'ünün finansal yük yaşadıklarını bildirilmiştir (Magliano ve diğerleri, 2002). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan bir çalışmada bakım verenlerin stresle ilgili anksiyete ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları, iş yaşamlarının etkilendiği, ev gereksinimlerinin ve ekonomik ihtiyaçların arttığı bildirilmiştir (Urizar ve diğerleri, 2009). Şizofrenide yeti yitimi artar, hastaların birçoğu çalışamaz ve hastanın tüm maddi yükü aile üyelerine kalır. Maddi gelirin ailenin iyi oluşu üzerinde önemli bir rolü olduğu ve yaşamlarını kolaylaştırdığı bilinmektedir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Çalışmada, Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ile WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-$

,639; $p=,000$). Bu sonuca dayalı olarak kendini damgalamanın yaşam kalitesini düşürdüğü söylenebilir. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ile Genel Sağlık Durumu, Ruhsal Sağlık, Sosyal Alan ve Çevre Alanı arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulguya dayalı olarak ailelerin kendini damgalama düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin genel sağlık, sosyal, ruhsal ve çevre alanının olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürdeki çalışmalarda kendini damgalama ve yaşam kalitesi arasında negatif ilişki bulunmuş olup sonucumuzu doğrular niteliktedir (Albikawi ve Abuadas, 2021; Picco ve diğerleri, 2016)

Aileler için Kendini Damgalama Ölçeğinin Değersizlik Algısı, Sosyal Geri Çekilme ve Hastalığı Gizleme Alt Boyutu ile WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında negatif yönlü ve orta seviyede bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu sonuca dayalı olarak ailelerde değersizlik algısı, sosyal çekilme ve hastalığı gizlemenin arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü söylemek mümkün. Kendini damgalamanın benlik saygısı, utanç, suçluluk ve endişe gibi duygular üzerinde negatif etkiye neden olduğu bilinmektedir (Bamba, Ruizdeapodaca ve Molero, 2019), ve bu olumsuz duygular bireylerde sosyal çekilmeye hastalığı gizlemeye ve değersizlik algısının oluşmasındaki önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında kendini damgalama önündeki kişisel faktörlerin psikiyatri çalışanları tarafından tespit edilip gerekli iyileştirmenin yapıp kendini damgalamanın önüne geçilerek yaşam kalitelerinin yükseltilebileceği düşünülmektedir.

Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Kendini damgalama düzeyinin artması depresyonun artmasına neden olmaktadır. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ile Anksiyete, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Aile üyelerinde kendini damgalama düzeyi arttıkça somatizasyon, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite belirtileri de artmaktadır. Aile üyelerinde kendini damgalama düzeyi arttıkça psikiyatrik belirtilerin görüldüğü sonucu ortaya konmuştur. Literatürde şizofreni hastalarının ailelerinde kendini damgalama ve psikiyatrik belirtiler arasında ilişkinin ortaya konduğu bir çalışma bulunmamaktadır ve sonucumuz literatürdeki bir boşluğu doldurmaktadır.

WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır ($r=-,732$; $p=,000$). Yani yaşam kalitesi azaldıkça bireylerde görülen psikiyatrik belirtiler artmaktadır. WHO Yaşam Kalitesi

Ölçeği ile Depresyon ve Olumsuz Benlik arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Yaşam kalitesi arttıkça depresyon ve olumsuz benlik azalmaktadır. WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Anksiyete, Somatizasyon ve Hostilite arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Yaşam kalitesi arttıkça Anksiyete, Somatizasyon ve Hostilite azaldığı sonucu ortaya konmuştur. Mevcut bir çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin %65'inin ruhsal sağlık sorunu yaşaması açısından yüksek riskli bulunduğu bildirilmiştir (Şengün, 2007). Harmancı ve duman ise şizofreni hastalarının ailelerinin ruhsal sağlık sorunu yaşaması açısından riskli grupta olduğunu ve gerekli takiplerin yapılması gerektiğini söylemiştir (Harmancı ve Duman, 2016). Ayrıca literatürdeki bazı çalışmalar psikiyatri hastalarının ailelerinde yaşam kalitesinin düşük olduğunu (Aslantaş ve Adana, 2011; Karaağaç ve Var, 2019) ve psikiyatrik belirtilerin görüldüğünü ortaya koymuştur (Cheng Y.C, 2005; Yu ve diğeri, 2019; Yener ve diğeri, 1991).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, şizofreni hastalarının aile üyelerinin kendini damgalama ölçeğinden aldığı toplam puanın en düşük 14, en yüksek 60 puan olduğu, en düşük puanı hastalığı gizleme alt boyutundan en yüksek puanın ise sosyal geri çekilme alt boyutundan aldıkları saptanmış olup ailelerin kendini damgaladığı, sosyal geri çekilme yaşadığı fakat hastalığı gizleme oranlarının düşük olduğu,

Yaşam kalitesi ölçeğinden alınan en yüksek 135, en düşük 61 puan almış olup, en düşük puanın sosyal alandan, en yüksek puanın ise çevre alanından alınmış olduğu saptanmıştır. Sosyal alanda yaşam kalitelerinin diğer alanlara göre düşük, çevre alanında ise yüksek olduğu,

Kısa semptom envanterinden alınan toplam puan ve alt boyutlardan alınan en düşük puanın 0, en yüksek puanın 134 olduğu ve en yüksek puanın depresyon alt boyutundan alındığı bulunmuştur. Aile üyelerinde en fazla görülen psikiyatrik belirtinin depresyon olduğu,

Kadın ve erkeklerin KDÖ-A ve KSE toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık olmadığı, erkeklerin yaşam kalitesinin kadınların yaşam kalitesinden yüksek olduğu,

Bekar bireylerin evli bireylere göre daha fazla psikiyatrik belirtiyeye sahip olduğu bekarların anksiyete ve depresyonunun daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Hasta ile yakınlık durumuna göre KDÖ-A, Sosyal Geri Çekilme ve Hastalığı Gizleme puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, fakat hastanın çocuğu olanların Değersizlik Algısı Alt Boyutu puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

Hasta yakınlık durumuna göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında bir farklılık olmadığı fakat hastanın kardeşi ve babası olan bireylerin Sosyal Alan puanı ortalamasının, hastanın çocuğu olan bireylerin Sosyal Alan puanı ortalamasından yüksek olduğu,

Hasta yakınlık durumuna göre KSE, Anksiyete, Depresyon ve Somatizasyon toplam puanlarında farklılık olmadığı,

Hastanın çocuğu olan bireylerin Olumsuz Benlik puanı ortalamasının, hastanın babası olanların puan ortalamasından büyük olduğu,

Hastanın çocuğu olan bireylerin Hostilite puanı ortalaması, hastanın kardeşi, annesi ve babası olanların puanından büyük olduğu,

18-28 yaş bireylerin Depresyon puanı ortalamasının diğer yaş gruplarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu,

Eğitim durumu ve kendini damgalama ölçeği ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığı,

Lisans ve lisansüstü bir okuldan mezun olan bireylerin yaşam kalitelerinin ilkokul ve ortaokul mezunu bireylerin yaşam kalitesinden daha yüksek olduğu,

Üniversite ve üstü mezunu bireylerin Genel Sağlık Durumu, Çevre Alanı ve Fiziksel Sağlık puan ortalamasının, ilk/ortaokul mezunu bireylerin puanından yüksek olduğu,

Üniversite ve üstü mezunu bireylerin Sosyal Alan puanı ortalaması, ilk/ortaokul ve lise mezunu bireylerin Sosyal Alan puanından yüksek olduğu,

Geliri giderinden yüksek olan bireylerin geliri giderinden az olan bireylere göre yaşam kalitesinin her alanında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KDÖ-A ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,

KDÖ-A ile Genel Sağlık Durumu, Ruhsal Sağlık, Sosyal Alan ve Çevre Alanı arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,

Aileler için Kendini Damgalama Ölçeğinin Değersizlik Algısı, Sosyal Geri Çekilme ve Hastalığı Gizleme ile WHO-YKÖ arasında negatif yönlü ve orta seviyede bir ilişki olduğu,

Değersizlik Algısı ile Genel Sağlık Durumu, Ruhsal Sağlık, Sosyal Alan ve Çevre Alanı arasında negatif yönlü ve orta seviyede bir ilişki olduğu,

KDÖ-A ile KSE arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,

KDÖ-A ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu, KDÖ-A ile Anksiyete, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sosyal Geri Çekilme ve Değersizlik Algısı ile KSE arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,

Sosyal Geri Çekilme ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki olduğu,

Sosyal Geri Çekilme ile Anksiyete Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite arasında ise pozitif yönlü ve orta seviyede ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastalığı Gizleme ile KSE arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki olduğu, Hastalığı Gizleme ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki bulunurken, Anksiyete, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Değersizlik Algısı ile Kısa Semptom Envanteri arasında ve Değersizlik Algısı ile Depresyon arasında pozitif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

WHO-YKÖ ile KSE arasında ve WHO-YKÖ ile Depresyon ve Olumsuz Benlik arasında negatif yönlü ve güçlü seviyede anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

WHO-YKÖ ile Anksiyete, Somatizasyon ve Hostilite arasında negatif yönlü ve orta seviyede anlamlı bir ilişki vardır. Yaşam kalitesi arttıkça Anksiyete, Somatizasyon ve Hostilite azalmaktadır.

Bu çalışma sonuçlarına göre;

- Ailelerin yaşam kalitesi yükseldikçe psikiyatrik semptomların azalacağı ve toplum ruh sağlığının yükseleceği düşünüldüğünde bakım verirken psikiyatri çalışanları tarafından ailelerin göz ardı edilmemesi,
- Hastaların çocuklarının hem erken çocukluk hem de yetişkinlik döneminde riskli grup olduğu göz ardı edilmesi gerekli psikososyal desteğin sağlanması,
- Şizofreni hastalarının aile üyelerine verilen psikoeğitim programı içeriğine kendini damgalama başlığının ilave edilmesi,
- Aile üyelerindeki mevcut belirtilerin ve risk faktörlerinin psikiyatri çalışanları tarafından erken saptanıp gerekli desteğin verilerek ailelerin ruh sağlığının geliştirilmesi,
- Ailelerin yaşam kalitelerinin özellikle sosyal alanda yükseltilmesi adına toplumun ve ailelerin damgalama konusunda daha fazla bilinçlendirilmesi ve ailelerin sosyalleşmesine yardımcı olacak müdahale programlarının geliştirilmesi,
- Genç bakım vericilerin depresyon yönünden riskli grup içinde yer aldığı göz önünde bulundurularak ve genç bakım vericilere daha fazla koruyucu müdahale geliştirilmesi,
- Hastaların çocukları ile kendini damgalama, yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtilerin daha geniş popülasyonda ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Açıköz, F., Akkuş, D. (2018). Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.
- Akyol, A.D. (1993). Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 75-80.
- Albikawi, Z., Abuadas, M. (2021). Quality Of Life And Self-Stigma Of Schizophrenia Patient's Caregiver Tool: Development And Validation Using Classical Test Theory And Rasch Analysis. *South African Journal Of Psychiatry*, 27. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v27i0.1656>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2003). The Stigma Of Mental İllness: Effects Of Labelling On Public Attitudes Towards People With Mental Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Arguvanlı Çoban, S., Özkan, B., Medik, K., Sarac, B. (2013). The Quality of Life of People with Bipolar Disorders and Their Caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 61-66. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.58070>
- Arkar, H. (1991). Akıl Hastasını n Sosyal Reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4(3), 6-9.
- Arslan, M., Yazici, A., Yilmaz, T., Coskun, S., Kurt, E. (2015). Long-Term Effects Of A Rehabilitation Program On The Clinical Outcomes, Social Functionality, And Life Quality Of Schizophrenic Patients A Follow-Up Study. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 16(4), 238. <https://doi.org/10.5455/apd.161411>
- Avcı, K., Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.
- Avcıl, C., Bulut, H., Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202. <https://doi.org/10.32739/uskudarsbd.2.2.4>
- Aydiner Boylu, A. Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (Akad)*, 8(15),137-150.

- Bag, B. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Uygulamaya Yönelik Bir Model Örneği: “Recovery”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 481-493. <https://doi.org/10.18863/pgy.375814>
- Boyer, L., Caqueo-Úrizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Gutiérrez-Maldonado, J., Auquier, P. (2012). Quality Of Life Among Caregivers Of Patients With Schizophrenia: A Cross-Cultural Comparison Of Chilean And French Families. *BMC Family Practice*, 13(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-42>
- Bulut, M., Arslantaş, H., Dereboy, F. (2019). The Effect Of Psychoeducation Applied To The Caregivers Of Schizophrenic Patients On The Emotion Expressions Of The Caregivers And The Positive And Negative Syndrome Scale Scores Of The Patients. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 22(3), 286-297. <https://doi.org/10.5505/kpd.2019.32559>
- Caqueo-Úrizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-724. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-4629-2>
- Caqueo-Úrizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009). Quality Of Life İn Caregivers Of Patients With Schizophrenia: A Literature Review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 84. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84>
- Caqueo-Úrizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 84. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84>
- Ceylan, B., Çilli, A. S. (2015). The Comparison Levels of Feeling Guilty and Embarrassment in the Family Members Nursing Schizophrenia and Chronic Renal Failure Patients, and in Individuals Having No Nursing Role. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2):85-90 <https://doi.org/10.5505/phd.2015.40412>
- Chan, S. W. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.008>
- Chan, S., Yu, I. W. (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 45(1), 72-83.

- Cheng, L.Y., Chan, S. (2005). Psychoeducation Program for Chinese Family Carers of Members With Schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 27(5), 583-599. <https://doi.org/10.1177/0193945905275938>
- Cheng, Y.C. (2005). Caregiver Burnout: A Critical Review Of The Literature (Degree Doctor Of). A Psyd Clinical Dissertation Presented To The Faculty of The California School Of Professional Psychology At Alliant International University.
- Correll, C. U., Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, *Assessment, and Treatment. Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 519-534.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of Consumer-Operated Services on Empowerment and Recovery of People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493–1496. Doi:10.1176/ps.2006.57.10.1493
- Çalışkan, M. B., Ata, E. E., Dikeç, G. (2021). Psikiyatri Hemşireleri Tarafından Şizofreni Tanılı Hastalara Uygulanan Psikososyal Rehabilitasyon Programları: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 77-92. <https://doi.org/10.18863/pgy.722120>
- Çam, O., Bilge, A. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(1), 71-78.
- Çam, O., Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness, 2(3): 136-140.
- Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1. bs).
- Çetin, M. (2015). Treatment of Schizophrenia: Past, Present and Future. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 25(2), 95-99.

- Çobanoğlu, Ü. Z. S., Aker, T., Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, 16(4), 211-218.
- The WHOQOL Group. (1998). Development Of The World Health Organization WHOQOL-BREF *Quality Of Life Assessment. Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
- Duman, Ç. Z., Bademli, K. (2022). *Şizofreni Tedavisinde Aileden Aileye Destek Programı* (Ç. Z. Duman & H. Soygür, Ed.; 1. bs).
- Duman, Z., Bademli, K. (2013). Families of Chronic Psychiatric Patients. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 5(1), 78. <https://doi.org/10.5455/cap.20130506>
- Ensari, H., Gultekin, B., Karaman, D., Koc, A., Beskardes, A. (2013). The effects of the service of community mental health center on the patients with schizophrenia - evaluation of quality of life, disabilities, general and social functioning- a summary of one year follow-up. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(2), 108. <https://doi.org/10.5455/apd.36380>
- Erkin, Ö., Ardahan, M., Kert, A. (2014). Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4).
- Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E. (1999). Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL BREF. 3P. 7(2), 23-40.
- Gill, T., Feinstein, A. (1994). A critical appraisal of the quality of Quality of Life measurements. *JAMA*, 272, 619-626.
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23.
- Guan, Z., Huang, C., Wiley, J. A., Sun, M., Bai, X., Tang, S. (2020). Internalized stigma and its correlates among family caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Changsha, Hunan, China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 224-236. <https://doi.org/10.1111/jpm.12571>
- Gümüş, F., Dikeç, G., Ergün, G. (2017). Relations Among Internalized Stigmatization, Depressive Symptom Frequency and Family Loading in First-degree Caregivers of the Patients Treated in the Psychiatry Clinic of a State Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 522-527.

- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 1-10.
- Gümüş, B. A. (2006). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 8(1), 23-34.
- Hallaç, S., Öz, F. (2014). Family Phenomena From Theoretical Perspective. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 6(3), 1. <https://doi.org/10.5455/cap.20130625102321>
- Hanci, N., Sarandöl, A., Eker, S., Akkaya, C. (2018). Comparison of the burdens of caregivers of patient with bipolar disorder-I and schizophrenia patient. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(5), 451-458.
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., Roe, D. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 75-80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.008>
- Hogarty, G. E., Flesher, S., Ulrich, R., Carter, M., Greenwald, D., Pogue-Geile, M., Kechavan, M., Cooley, S., DiBarry, A. L., Garrett, A., Parepally, H., Zoretich, R. (2004). Cognitive Enhancement Therapy for Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61(9), 866. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.866>
- Hutchison, S. L., MacDonald-Wilson, K. L., Karpov, I., Maise, A. M., Wasilchak, D., Schuster, J. M. (2017). Value of psychiatric rehabilitation in a behavioral health medicaid managed care system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2), 216-224. <https://doi.org/10.1037/prj0000271>
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., Moussaoui, D. (2004). Stigma Impact on Moroccan Families of Patients with Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 625-629. <https://doi.org/10.1177/070674370404900909>
- Karaağaç, H., Var, E. Ç. (2019). Investigation of the effect between care burden and quality of life in caregivers of schizophrenia patients. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 16-26. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.60783>
- Karaçar, Y., Bademli, K. (2022). Relationship between perceived social support and self stigma in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 670-680.

- Karagöl, A., Çalışkan, D., Beyazyüz, M. (2013). Halk Sağlığı Açısından Ruhsal Bozukluklarda Üç Boyutuyla Damgalama. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(3), 96-101.
- Karakuş, G., Kocal, Y., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-251.
- Kaya, Y., Öz, F. (2018). Global Social Functioning of Patients with Schizophrenia and Care Burden of Caregiving Relatives. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.43815>
- Kulaksızoğlu, I. B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., Yazıcı, O. (2009). *Psikiyatri*. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi
- Konuk Şener, D., Karaca, A. (2022). Şizofreni veya Bipolar Bozukluk Tanılı Ebeveyn Çocuklarının Yaşam Deneyimleri. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(3), 554-559. <https://doi.org/10.33631/sabd.1173951>
- Köroğlu, A., Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
- Latalova, K., Kamaradova, D., Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1399. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Livingston, J. D., Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*. 1, 25-29.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 291-298. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02223.x>
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (2008). The Children of Mentally Ill Parents. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0413>

- Mengi, A., Cancan, M., Alpdoğan, Y. (2021). Şizofrenili Bireylere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 706-727.
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Molero, F. (2019). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, Health and Medicine*, 24(8), 992-1004.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Kahiloğulları, A., Karadağ, H. (2017). Investigation of the efficacy of a psychiatric-social rehabilitation performed on individuals with schizophrenia in a community mental health center. *Controlled study. Anatolian Journal of Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.5455/apd.254450>
- Özdoğan, B., Gözler, T., Bulut, H. (2020). Eşi Şizofreni Tanısı Almış Kadınların Psikiyatrik Hastalıklara Yönelik İnançları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Psikoloji Araştırmaları Sempozyumu* (s. 46).
- Özkan, B., Eskiurt, R. (2016). Şizofreni Hastalarının Ailelerine Yönelik Telepsikiyatrik Müdahalelerin Etkinliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 8(22173), 228-243.
- Özmen, S., Erdem, R. (2018). Damgalamanın Kavramsal Çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztek Zafer. (2018). *Temel Sağlık Hizmetleri* (1. Bs). Trakya Üniversitesi Matbaası.
- Öztürk M.O., Uluşahin A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I* (11.Bs.). Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., Link, B. G. (1998). Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A., Subramaniam, M. (2016). Internalized Stigma Among Psychiatric Outpatients: Associations with Quality Of Life, Functioning, Hope and Self-Esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Ritsher, J. B., Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>

- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Todd, A.R., Bodenhausen, G.V. (2010). Implicit Self-stigma in People with Mental İllness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 150-153
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016). *Kaplan and Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11. bs). Güneş Tıp Kitabevi.
- Sarıkoç, G., Öz, F. (2016). The Effects and Stigma of Mental İllness in Turkey. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 353-360. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9960-7>
- Savaş, G., Kılıç, N., Işık, I. (2020). Şizofreni Hastalığına Sahip Bireylerin Çalışma Hayatı Konusunda Yaşadıkları Güçlükler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 0-0. <https://doi.org/10.31067/0.2019.176>
- Schene, A. H., Tessler, R. C., Gamache, G. M. (1994). Instruments Measuring Family Or Caregiver Burden İn Severe Mental İllness. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 29(5), 228-240. <https://doi.org/10.1007/BF00796381>
- Schene, A. H., Van Wijngaarden, B., Koeter, M. W. J. (1998). Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 609-618. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033352>
- Schulze, B., Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Shamsaei, F., Cheragh, F., Bashirian, S. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatry*, 10(4), 239-245.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., Corrigan, P. W. (2017). Structures and Types of Stigma. İçinde *The Stigma of Mental İllness - End of the Story?*. Springer International Publishing, 43-66 https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3
- Singh, A., Mattoo, S., Grover, S. (2016). Stigma and İts Correlates in Patients With Schizophrenia Attending A General Hospital Psychiatric Unit. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(3), 291. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.192024>

- Stanley, S., Balakrishnan, S., Ilangovan, S. (2017). Psychological Distress, Perceived Burden And Quality Of Life İn Caregivers Of Persons With Schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26(2), 134-141.
- Summakoglu, D., Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1, 43-61.
- Şahin, N. H., Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri Türk Gençleri İçin Uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şahin, S., Uyanık, M. (2018). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(3), 161-170.
- Seki Öz, H., Kılıç, N. (2022). Ebeveyni Şizofreni Hastası Olan Bireylerin Psikiyatrik Belirtilerinin İncelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(2), 129-148.
- Şengün, F., Altıok, Ö. H., Üstün, B. (2011). Kanıta Dayalı Bir Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(3), 66-74.
- Şengün İnan, F., Duman, Ç. Z., Sarı, A. (2020). Stigma Experiences of Parents of Patients with Schizophrenia: Qualitative Research. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(1), 59-66.
- Top, M. Ş., Özden, S. Y., Sevim, M. E. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.
- Taşkın Oryal. (2007). *Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık* (1. bs). İzmir meta basım dağıtımcılık.
- Tayaz, E., Koç, A. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(1), 147-156.
- WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403–1409.
- Toptaş-Kılıç, S., Öz, F. (2019). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Müdahaleler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 195-203.
- Torlak, S., Yavuzçehre, P. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17(2), 23-44.

- Ersoy, A. M., Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Üçok, A. (1999). Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 67-71.
- Ünal, S., Kaya, B., Çekem, B., Özışık, H. I., Çakıl, G., Kaya, M. (2004). Şizofreni, İki Uçlu Duygu durum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 291-299.
- Doğanavşargil Baysal, G. Ö. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Archives Medical Review Journal* 22(2), 239-251.
- Yağmur, T., Türkmen, S. N. (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.
- Yener, F., Yargı, N., Kirli, S., Solakoğlu, G., Soydan, M., Ataç, C. (1991). Şizofrenlerin Aile Bireylerinde Görülen Ruhsal Bozuklukların Ve Belirtilerin İncelenmesi. *Düşünen Adam*, 4(3), 21-31.
- Yeşil, T., Çetinkaya-Uslusoy, E. Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- Yıldız, M. A., Büyükaşahin Çevik, G. (2016). Evli Bireylerin Evlilik Doyumlarının ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 13(1), 227. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v13i1.3417>
- Yıldız, M., İncedere, A., Kiras, F., Abut, F. B., Kırçalı, A., İpçi, K. (2019). Development Of Self-Stigma Inventory For Families Of The Patients With Schizophrenia (SSI-F): Validity And Reliability Study. *Psychiatry And Clinical Psychopharmacology and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 463-471.
- Yıldız, M., Yüksel, A., Erol, A. (2005). Şizofrenide Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulaması Grup Eğitimi Deneyimleri. *Türkiye'de Psikiyatri*, 7, 25-32.
- Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoglu, R., Camcıoglu, T. H., Erdiman, S., Ekinci, M. (2013). The Effect of Family to Family Support Programs Provided for Caregivers of Schizophrenic Patients on Information about Illness, Family

Burden and Self-Efficacy-Sufficiency. *Turkish Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.5080/u7194>

- Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C., Üçok, A., (2012). Şizofreni Hastaları, Hasta Yakınları ve Majör Depresif Bozukluk Hastalarında Kendini Damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 1-7.
- Yıldız, M., Tural, Ü., Kurdoğlu, S., Emin Önder, M. (2003). Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 281- 287.
- Yu, Y., Zhou, W., Liu, Z., Hu, M., Tan, Z., Xiao, S. (2018). Gender differences in caregiving among a schizophrenia population. *Psychology Research and Behavior Managament*, 12, 7-13. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S187975>
- Yurtsever, Ü. E., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kameryan, K., Yaman, M. (2001). Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model. 14(1), 33-40.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



EK-2. Kurum İzni



EK-3. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ANKET ARAşTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIş ONAM FORMU

Sevgili Katılımcı,

“şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki” başlıklı bu araştırma, Lokman Hekim Üniversitesi **Psikiyatri hemşireliği** AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma **şizofreni hastalarının ailelerinin kendini damgalama, yaşam kalitesi, psikiyatrik belirti düzeylerinin belirlenmesi ve aralarında ilişki olup olmadığının incelenmesi** amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılmanız gönüllölük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Lütfen gizliliğiniz korunması adına, Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 4 bölüm, 74 sorudan oluşmaktadır. 15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı dairenin iini işaretleyerek belirtiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Öğretim üyesinin adı, soyadı
Lokman Hekim Üniversitesi Prof. Dr. Fatma ÖZAnabilim Dalı
Telefon

Araştırma Ekibi
Fatma ÖZ
Sıla ARSLAN

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

EK-4. Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi **Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Belirti Düzeyleri ve Aralarındaki İlişki**'dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz.

Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, şizofreni hastalarının ailelerinin kendini damgalama, yaşam kalitesi, psikiyatrik belirti düzeylerinin belirlenmesi ve aralarında ilişki olup olmadığının incelenmesidir. Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Sıla ARSLAN tarafından verilen Sosyodemografik Bilgi Formu, Who Yaşam Kalitesi Ölçeği, Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği ve Kısa Semptom Envanterini doldurmanız istenilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Sıla ARSLAN tarafından Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, **Sıla ARSLAN'ı** (cep) no'lu telefondan ve Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım.

Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Görüşme Tanığı

Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı

Adı Soyadı :

Adres :

Tel. :

Tarih :

İmza :

EK-5. Tanıtıcı Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:	
2.Cinsiyetiniz	Kadın () Erkek ()
3.Medeni durumunuz	Evli () Bekar () Boşanmış () Ayrı yaşıyor ()
4.Çalışma durumunuz	Çalışıyor () Çalışmıyor ()
5.Gelir durumunuz nedir?	Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()
6.Eğitim durumunuz	İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()
7.Hasta ile yakınlık durumunuz	Annesi () Babası () Çocuk () Eş () Diğer ().....
8.Ne kadar süredir bakım vermektedir?	 Yıl Ay
9.Hastanız şizofreni tanısı aldıktan sonra hayatınızda ne tür değişiklikler oldu?	
10.Hastanıza karşı duygularınız nelerdir?	
11.Ailenizde sizden başka kimler hastanın bakımına yardımcı olmaktadır?	
12.Hastanızı ne tür aktivitelerde destekliyorsunuz?	
13. Bakım verirken yaşadığınız güçlükler nelerdir? (	Ekonomik () Sosyal () Rollerine yerine getirememe () Diğer ()

EK-6. Aileler İçin Kendini Damgalama Ölçeği

Tarih: / /

AİLELER İÇİN KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (KDÖ-A)

Aşağıda ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının genellikle yaşadığı sıkıntılar listelenmiştir. Yaşadığınız sıkıntıların şiddetini anlayabilmemiz için her maddede kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1-Hasta yakını olduğum için insanların kontrolümü kaybetmemden korktuğumu düşünüyorum.					
2- Hasta yakını olduğum için incitici yorum ya da şaka yaparlar diye insanlardan uzak duruyorum.					
3- Hasta yakını olduğum için çevremdeki insanların beni önemsemediklerini düşünüyorum.					
4-Hasta yakını olduğum için çevreme yük olduğumu düşünüyorum.					
5- Hasta yakını olduğum için uygun kararlar alamayacağımı düşünüyorum					
6- Yakınımın hastalığından dolayı beni anlamayacaklarını düşündüğüm için çevremdeki insanlardan uzak duruyorum.					
7- Dışlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını komşu ve arkadaşlarıma söylemiyorum.					
8- Dışlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını akrabalarım söylemiyorum.					
9- Arkadaşlarıma yakınımın ruhsal bir hastalığı olduğunu söylemiyorum.					
10- Hasta biriyle yaşamak zorunda kaldığım için özgüvenim azaldı.					
11- Hasta yakını olduğum için kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
12- Hasta yakını olduğum için başarılı olamayacağımı düşünüyorum.					
13- Hasta yakını olduğum için mutlu olamayacağımı düşünüyorum.					
14- Hasta yakını olduğum için sorumluluklarımı diğer insanlar gibi yerine getiremiyorum.					

EK-7. WHO Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-KISA FORMU

1- Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	☐ Çok kötü	☐ Biraz kötü	☐ Ne iyi ne kötü	☐ Oldukça iyi	☐ Çok iyi
2- Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
3- Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
4- Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
5- Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
6- Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
7- Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
8- Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
9- Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
10- Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
11- Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
12- İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
13- Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
14- Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Tamamen
15- Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	☐ Çok kötü	☐ Biraz kötü	☐ Ne iyi ne kötü	☐ Oldukça iyi	☐ Çok iyi
16- Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
17- Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
18- İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
19- Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
20- Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
21- Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
22- Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
23- Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
24- Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
25- Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ Hiç hoşnut değil	☐ Çok az hoşnut	☐ Ne hoşnut ne değil	☐ Epeyce hoşnut	☐ Çok hoşnut
26- Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	☐ Hiçbir zaman	☐ Nadiren	☐ Ara sıra	☐ Çoğunlukla	☐ Her zaman
27- Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	☐ Hiç	☐ Çok az	☐ Orta derecede	☐ Çokça	☐ Aşırı derecede

EK-8. Kısa Semptom Envanteri

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

İsim: _____ Tarih: _____

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz. Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1.Biraz var 2.Orta derecede var 3.Epey var 4.Çok fazla var

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç	Biraz	Orta derece	Epey	Çok fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	☐	☐	☐	☐	☐
2.Baygınlık, başdönmesi	☐	☐	☐	☐	☐
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	☐	☐	☐	☐	☐
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
5.Olayları hatırlamada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	☐	☐	☐	☐	☐
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	☐	☐	☐	☐	☐
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	☐	☐	☐	☐	☐
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	☐	☐	☐	☐	☐
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	☐	☐	☐	☐	☐
11.İştahta bozukluklar	☐	☐	☐	☐	☐
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	☐	☐	☐	☐	☐
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	☐	☐	☐	☐	☐
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
16.Yalnızlık hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
18.Hiçbirşeye ilgi duymamak	☐	☐	☐	☐	☐
19.Ağlamaklı hissetmek	☐	☐	☐	☐	☐
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	☐	☐	☐	☐	☐
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	☐	☐	☐	☐	☐
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görmek	☐	☐	☐	☐	☐
23.Mide bozukluğu, bulantı	☐	☐	☐	☐	☐
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu duygusu	☐	☐	☐	☐	☐

EK-9 Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

- ☐ SILA ARSLAN
☐ Doğum Tarihi:
☐ E-MAIL:

İŞ TECRÜBELERİ

- ☐ Topçu Aile Sağlığı merkezi/Hemşire
☐ Lokman Hekim Akay Hastanesi/Hemşire

ÖĞRENİM DURUMU

YILI	DERECESİ		ÖĞRENİM ALANI	MEZUNİYET NOTU
2016	LİSE	KAZAN SAĞLIK MESLEK LİSESİ	HEMŞİRELİK	82,9
2021	LİSANS	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ	HEMŞİRELİK	3,33

YAYINLAR

- ☐ Arslan, S. ve Meriç M., (2021). Hemşireler Yapay Zeka Uygulamalarına Hazır mı? *2.Uluslararası 3.Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi E-Kitabı*, (s. 417-418).

EK-10. KSE Ölçek İzni





ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK BELİRTİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

Yazar Sila Arslan

Gönderim Tarihi: 11-Eyl-2023 11:19AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2162977406

Dosya adı: S_Ja_ARSLAN.docx (2.46M)

Kelime sayısı: 19969

Karakter sayısı: 136341

ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİNDE KENDİNİ DAMGALAMA, YAŞAM KALİTESİ, PSİKİYATRİK BELİRTİ VE ARALARINDAKİ İLİŞKİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 8	%	% 8	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- 1** Burcu TÜRK, Nurcan HAMZAOĞLU, Gülçin ŞENYUVA. "The Role of Dark Triad Personality Features on Violence: Descriptive Study", Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences, 2023
Yayın %**1**
- 2** UYSAL, H. Tezcan and ÇETİN, Canan. "Konut yapı kooperatiflerinde güven ilişkisi ve yeni bir yaklaşım: Fonksiyonel değişim modeli", Bülent Ecevit Üniversitesi, 2012.
Yayın %**1**
- 3** TELEF, Bülent Baki and KARACA, Rengin. "Ergenlerin öz-yeterliklerinin ve psikolojik semptomlarının incelenmesi", TUBITAK, 2011.
Yayın %**1**
- 4** Halit EGESÖY, Ayşegül YAPICI, Selman SÖNMEZ, Yılmaz YÜKSEL. "Acute Effect of Circadian Rhythm on Some Performance Parameters in Young Football Players:
<%**1**

-
- 5 TÜZÜN, Hakan, AYCAN, Sefer and İLHAN, N. Mustafa. "Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda algılanan sağlık ve sosyal belirleyicileri", Türk Tabipleri Birliği Yayın Organı, 2014. <%1
- Yayın
-
- 6 ÇOBAN ARGUVANLI, Sibel, ÖZKAN, Birgül, MEDİK, Kadriye and SARAÇ, Bayise. "Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2013. <%1
- Yayın
-
- 7 NARİN, Selnur, BOZAN, Özgür, CANKURTARAN, Feyzan and BAKIRHAN, Serkan. "Kronik bel ağrılı hastalarda fizyoterapi programının fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi üzerine etkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008. <%1
- Yayın
-
- 8 Mustafa Yıldız, Fatma Kiras, Aysel İncedere, Fatma Betül Abut. "Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study", Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2018 <%1
- Yayın

-
- 9 YILDIRIM, Arzu, AŞILAR HACIHASANOĞLU, Rabia, BUZLU, Sevim, CAMCIOĞLU, Tuba Hale, ERDİMAN, Sezgin and EKİNCİ, Mine. "Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2014. <%1
- Yayın
-
- 10 KOÇ, Zeliha, SAĞLAM, Zeynep and MEMİŞ, Ayşegül. "Serebrovasküler Hastalık Tanısı Almış Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, 2016. <%1
- Yayın
-
- 11 ÖZTÜRK, Ergün and UZUNKOL, Ebru. "İLKÖĞRETİM 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN OKUMA STRATEJİLERİ ÜSTBİLİŞSEL FARKINDALIKLARI VE OKUMA MOTİVASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2015. <%1
- Yayın
-
- 12 İNAN ŞENGÜN, Figen and DUMAN ÇETİNKAYA, Zekiye. "Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: Sosyodemografik değişkenler ve <%1

stresle başa çıkma tarzları", Atatürk
Üniversitesi, 2013.

Yayın

- 13 "POSTER SUNUM ÖZETLERİ / POSTER
PRESENTATION ABSTRACTS", Turkish Journal
of Biochemistry, 2017

Yayın

- 14 KIŞLAK TUTAREL, Şennur. "Görme Engelli
Bireyde Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma
ve Yeniden İşleme Tedavi Yönteminin Dize
Hafifçe Vurma Alternatifinin Uygulanması: Bir
Olgu Sunumu", TUBITAK, 2004.

Yayın

- 15 Güldane MAGAT, Begüm BÜYÜKERKMEN,
Sevgi ÖZCAN ŞENER. "Evaluation of the Effect
of Fixed Prosthesis on Trabecular Structure of
Condyle: Radiographic Texture Analysis",
Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences,
2018

Yayın

- 16 ALMIŞ HAN, Behice and YEŞİL, Bahar. "Bir Ruh
Sağlığı Hastanesinin Bir Eğitim ve Araştırma
Hastanesinden İçselleştirilmiş Damgalanma
Düzeyi Açısından Farklılıkları", Fırat
Üniversitesi, 2016.

Yayın

- 17 ALTUNTAŞ, Onur and BAFRALI1, Cemre.
"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Olan Çocuklarda Grup Aktivitesinin Benlik Algısına Etkisi", Hacettepe Üniversitesi Hastahaleri Basımevi, 2017.

Yayın

-
- 18 OKYAY, Pınar, ATASOYLU, Gonca, ÖNDE, Mete, DEREBOY, Çiğdem and BEŞER, Erdal. <%1
"Kadınlarda yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon belirtilerinin varlığında nasıl etkileniyor? kesitsel bir alan çalışması", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2012.
Yayın
-
- 19 "Poster Özetleri / Poster Abstracts", Turkish Journal of Biochemistry, 2015 <%1
Yayın
-
- 20 OKANLI, Ayşe and DEMİR GÖKMEN, Burcu. <%1
"Özel Bakım Merkezlerinde Çalışan Bakım Elemanlarına Verilen Psikoeğitimin Şizofreniye Yönelik Bilgi, Tutum ve Yaklaşımlarına Etkisi", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017.
Yayın
-
- 21 Sukran Ertekin Pinar, Selma Sabancıogullari. <%1
"The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health center in Turkey", Perspectives in Psychiatric Care, 2019
Yayın
-

- 22 Sibel ASİ KARAKAŞ, Şeyda ERÇEL, Filiz ERSÖĞÜTÇÜ. "Investigation of the Relationship Between Post-Traumatic Growth and Psychological Resilience of Health Personnel in the Filiation Team During the COVID-19 Pandemic Process: Descriptive Research", *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2023
Yayın <% 1
-
- 23 Hülya TEMUR, Nuray TURAN, Türkinaz AŞTI. "Sleep Quality and Burnout Levels in Nurses During the COVID-19 Pandemic Process: Descriptive and Relationship Seeking Study", *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2023
Yayın <% 1
-
- 24 DİĞRAK, Ebru, KOÇOĞLU, Deniz and AKIN, Belgin. "Kırsal bir bölgedeki yetişkinlerde ruhsal sorunların belirlenmesi", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014.
Yayın <% 1
-
- 25 ESRA ÇALIK VAR. "RUH SAĞLIĞI ALANINDA KANITA DAYALI SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI", *Journal of International Social Research*, 2016
Yayın <% 1
-
- 26 "11th International Congress on Psychopharmacology & 7th International <% 1

Symposium on Child and Adolescent
Psychopharmacology", Psychiatry and Clinical
Psychopharmacology, 2019

Yayın

-
- 27 ERGEN, Yusuf and ELMA, Cevat. "Öğretmen Akademik İyimserlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi, 2018. <% 1
- Yayın
-
- 28 ÜSTÜNDAĞ, Mehmet Fatih and KESEBİR, Şermin. "İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2013. <% 1
- Yayın
-
- 29 BADEMLİ, Kerime and DUMAN ÇETİNKAYA, Zekiye. "Şizofreni hastalarının bakım verenleri", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013. <% 1
- Yayın
-
- 30 Nagehan Öncülokur. "Turkish Version of Evaluation of Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire in Patients With Ankylosing Spondylitis: A Validation and Reliability Study", Archives of Rheumatology, 2018 <% 1
- Yayın
-

- 31 ÜSTÜNER, Mehmet and KIŞ, Ali. "The Relationship between Communication Competence and Organizational Conflict: A Study on Heads of Educational Supervisors", Anı Yayıncılık, 2014. <% 1
Yayın
-
- 32 UĞUZ, Faruk, DURSUN, Recep, KAYA, Nazmiye and ÇİLLİ, Ali Savaş. "Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi", Esform Ofset, 2006. <% 1
Yayın
-
- 33 ALTIPARMAK, Saliha. "Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2006. <% 1
Yayın
-
- 34 DUMAN ÇETİNKAYA, Zekiye and BADEMLİ, Kerime. "Kronik psikiyatri hastaların in aileleri : Sistemantik bir inceleme", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2013. <% 1
Yayın
-
- 35 FIŞKIN, Gamze, HOTUN ŞAHİN, Nevin and KAYA, İffet Güler. "Menopozal Dönemdeki Kadınların Bu Yaşam Dönemine İlişkin Bakış Açılarının Kalitatif Analizi", Logos Yayıncılık, 2017. <% 1
Yayın
-

- 36 GLMEZ, Hakan. "Factors that Affecting Quality of Life of Employees", Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 2013. Yayın <%1
-
- 37 "Adaptation Study of Privacy Invasion Scale", Nesne Psikoloji Dergisi, 2020 Yayın <%1
-
- 38 Burcu KAYACI, Can ERGÜN. "The Evaluation of the Relationship Between Hedonic Hunger and Food Choices of Individuals During the COVID-19 Pandemic: An Analytical Cross-Sectional Research", Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 2022 Yayın <%1
-
- 39 Gizem Cesur, Sezin Basbug. "Emerging adulthood and loss experiences: Examination of attachment-based mental representations and psychological symptoms", Klinik Psikoloji Dergisi, 2017 Yayın <%1
-
- 40 Gül Ergün, Funda Gümüş, Gül Dikeç. "Examining the relationship between traumatic growth and psychological resilience in young adult children of parents with and without a mental disorder", Journal of Clinical Nursing, 2018 Yayın <%1
-

- 41 Medine Koç, Havva Tel, Kamuran Karakölah. "Determining care burden and psychiatric symptom level in caregiver of schizophrenia patient", Perspectives in Psychiatric Care, 2020
Yayın <% 1
-
- 42 OZKURT, Sultan, SAĞLAN, , Yasemin, GÖLGELİ, Handan, BALCIOĞLU, , Hüseyin, SAĞLAN, Ramazan, BİLGE, Uğur and ÜNLÜOĞLU, İlhami. "Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi", Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2017.
Yayın <% 1
-
- 43 Tarık Eren Yılmaz, Şükran Ceyhan, Tuğba Yılmaz, İsmail Kasım. "Chronic disease profiles of caregivers of geriatric patients and attitudes and behaviors to their chronic diseases", Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019
Yayın <% 1
-
- 44 YILMAZ, Mualla and ÖZCAN, Ayşe. "Psikiyatri hemşireliğinin geleceği", Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
Yayın <% 1
-
- 45 Yunus Kara, Veli Duyan. "The effects of emotion-based group work on psychosocial functions of LGBT people", Social Work with Groups, 2022 <% 1

-
- 46 İlyas Sayar. "Prognostic significance of Cyclin d1 / p16 / Ki-67 markers in bladder urothelial carcinomas", Ortadoğu Tıp Dergisi, 2017
Yayın <% 1
-
- 47 ARSLANTAŞ, Hülya, SEVİNÇOK, Levent, UYGUR, Bülent, BALCI, Volkan and ADANA, Filiz. "Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerinin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi", TUBITAK, 2009.
Yayın <% 1
-
- 48 AYGİN, Dilek and PEKTEMEK, Merve. "Cerrahi menopoza giren genç kadınlarda cinsellik", Türk Androloji Derneği, 2018.
Yayın <% 1
-
- 49 BAYGIN, Özgül, TÜZÜNER, Tamer and TANRIVER, Mehmet. "Microdontia associated with the use of radiotherapy and chemotherapy of a non-Hodgkin lymphoma: Report of two cases", Atatürk Üniversitesi, 2012.
Yayın <% 1
-
- 50 Durmaz, Hatice, and Ayşe Okanlı. "Investigation of the Effect of Self-Efficacy Levels of Caregiver Family Members of the Individuals With Schizophrenia on Burden of Care", Archives of Psychiatric Nursing, 2014. <% 1

-
- 51 ELİF ÖZCAN TOZOĞLU, Gökhan Özpolat. "The Effect of Long-acting Antipsychotic Treatment on the Level on Care Burden in Schizophrenia Patients", Research Square Platform LLC, 2021 <% 1
Yayın
-
- 52 Kevser DİNÇ, Hatice KÖK, Derya İÇÖZ. "Unilateral Dudak Damak Yarıklı Hastalarda Maksiller Sinüs Hacmi, Nazal Septum Deviasyonu ve Konka Bülloza Varlığının Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma", Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences, 2023 <% 1
Yayın
-
- 53 Murat Boysan, Pinar Guzel Ozdemir, Osman Ozdemir, Yavuz Selvi, Ekrem Yilmaz, Nuray Kaya. "Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (PCL-5)", Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2017 <% 1
Yayın
-
- 54 YILDIRIM, Arzu and HACIHASANOĞLU, Rabia. "Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011. <% 1
Yayın
-

- 55 Yıldırım, Arzu, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar, Nihal Bakar, and Nilay Demir. "Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey : Anxiety and depression effects", International Journal of Nursing Practice, 2013. <%1
Yayın
-
- 56 İlknur YAZICIOĞLU, Gülcan BAĞÇIVAN. "Chronic Disease Management Models: Traditional Review", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2022 <%1
Yayın
-
- 57 ŞAHİN, Tarkan, KAYA, Özlem and SARI, Mehmet. "Effects of ground echinacea (echinacea purpurea) supplementation quail diets on growth performance and carcass traits", TUBITAK, 2012. <%1
Yayın
-
- 58 ÇETİNKAYA, Güney and ARAS, Dicle. "İple Erişim Teknisyenlerinin İş Stresi, İş Güvenliği Algıları, İş Tatminleri ve Aralarındaki İlişki Üzerine bir Çalışma", Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, 2017. <%1
Yayın
-