

HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTA  
AİLELERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ  
DAMGALANMA VE AİLE YÜKÜ

Dr. Elif ALAYBAY

AİLE HEKİMLİĞİ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2023



HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTA  
AİLELERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ  
DAMGALANMA VE AİLE YÜKÜ

Dr. Elif ALAYBAY

AİLE HEKİMLİĞİ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK

ÇORUM/2023

T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

Elif ALAYBAY tarafından hazırlanan “Psikotik Bozukluk Tanısı Olan Hasta Ailelerinde İçselleştirilmiş Damgalanma Ve Aile Yüğü” adlı tez çalışması jürimiz tarafından oy birliği ile Aile Hekimliği Ana bilim Dalında Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: .....

..... Üniversitesi

Üye: .....

..... Üniversitesi

Üye: .....

..... Üniversitesi

Bu tez, Fakülte Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Nurcan BAYKAM  
Dekan V.

## TEŞEKKÜR

Almış olduğum uzmanlık eğitimim sürecinde beni büyük bir özveriyle yönlendiren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam ve tez danışmanım, Prof. Dr. Derya (İREN) AKBIYIK 'a minnettarım. Bu süreçte sizinle çalışmak, hayatımın en anlamlı deneyimlerinden biriydi. Eğitimimdeki katkılarınız ve desteğiniz, benim için her zaman hatırlanacak bir mirastır.

Uzmanlık eğitimim sürecinde beni ilgi, destek ve zengin tecrübeleriyle aydınlatan Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN ve Dr. Öğretim Üyesi Mustafa OĞULLUK hocalarıma derin minnettarlığımı ifade etmek istiyorum. Sizlerin önderliğinde geçirdiğim bu yolculuk, bilgi ve deneyimlerle dolu bir süreç oldu. Her zaman yanımda olan, sorularımı sabırla yanıtlayan ve beni cesaretlendiren hocalarım sayesinde, uzmanlık eğitimimde önemli bir ilerleme kaydedebildim.

Ayrıca tez çalışmam vesilesiyle tanıştığım ve çalışma sürecindeki katkılarıyla beni büyük bir şekilde etkileyen Uzm. Dr. Ayşe Erdoğan KAYA ablama da teşekkür etmek istiyorum. Çalışmamdaki rehberliğin ve desteğin, tez çalışmamın başarılı bir şekilde tamamlanmasını sağladı ve kişisel gelişimime büyük katkı sağladı.

Üç yıl boyunca aynı klinikte ve rotasyonlarda birlikte çalıştığımız asistan doktor, hemşire, sekreter ve tüm personel arkadaşlarıma, sizlerle geçirdiğimiz bu zaman boyunca paylaştığımız deneyimler ve dayanışma için içten teşekkürlerimi iletmek istiyorum. Sizlerle bir arada çalışmak, mesleğimizin gerektirdiği emek ve özveriyi daha anlamlı kıldı.

Son olarak, sevgisini ve desteğini esirgemeyen, her adımda yanımda olan canım babam Sami ALAYBAY 'a, canım annem Sevgi ALAYBAY 'a ve canım kardeşim Murat Sadi ALAYBAY 'a da teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Ailemin sağladığı destekle bu yolculukta başarılı olabilmek benim için büyük bir ayrıcalıktı. Sizlerin varlığı, hayatımın en değerli hazineleri.

**DR. Elif ALAYBAY**

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	VI
KISALTMALAR.....	VIII
TABLO LİSTESİ.....	IX
ŞEKİL LİSTESİ.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR .....	3
1.1.1. Psikoz Nedir?.....	3
1.1.2 Şizofreni Tanım , Epidemiyoloji ve Etiyoloji .....	3
1.1.3.Sanrılı Bozukluklar Tanım, Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	5
1.1.4.Kısa Psikotik Bozukluk Tanım, Epidemiyoloji Ve Etiyoloji .....	6
1.1.5.Şizofreniform Bozukluk Tanım, Epidemiyoloji Ve Etiyoloji .....	6
1.1.6.Şizoaffektif bozukluk Tanım, Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	7
2.2.PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA AİLE YÜKÜ.....	8
2.3. PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA AİLE ÜYELERİNDE DAMGALAMA .....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	16
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi .....	16
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	16
3.3. İşlem .....	16
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	17
3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu: .....	17
3.4.2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği.....	17
3.4.3. Kendini Damgalama Ölçeği-A (KDÖ-A).....	18
3.5. Verilerin Analizi .....	18
3.6. Etik Onay .....	18
4. BULGULAR .....	19
4.1. Hasta Yakınlarının Demografik Veri Ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	19
4.2. Hastaların Demografik Verilerine İlişkin Bulgular .....	21

4.3. Algılanan Aile Yüğü ve Kendini Damgalama Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular .....	21
4.4. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği İle Kendini Damgalama Ölçeği-A Puanı Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	22
4.5. Sosyodemografik Verilere Ait Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki .....	22
4.6. KDÖ-A Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Analizi.....	25
4.7. AAYÖ Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Analizi .....	26
5. TARTIŞMA.....	27
5.1. Sınırlılıklar.....	36
6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	37
7. KAYNAKLAR .....	40
EK-1:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....	47
EK-2: ALGILANAN AİLE YÜKÜ ÖLÇEĞİ (AAYÖ) .....	48
EK-3: KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ-AİLE (KDÖ-A) .....	49

## ÖZET

### PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTA AİLELERİNDE İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE AİLE YÜKÜ

**Amaç:** Psikotik bozukluk tanısı olan hastaların ailelerinde gözlemlenen aile yükü ve içselleştirilmiş damgalama eğilimleri, hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşunu ciddi şekilde etkileyebilen faktörler olarak ortaya çıkar. Bu olumsuz etkiler, aile atmosferini zehirleyerek, psikoz hastalarının tedaviye uyumunu, işlevselliğini ve hastalığın seyrini dolaylı yoldan etkileyebilir. Bu faktörler, psikotik hastalıkla başa çıkmanın değerlendirilmesinde kritik bir rol oynayan faktörlerdir. Bu çalışma, algılanan aile yükünün artmasının kendini damgalama düzeylerini artırma olasılığını araştırmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak aile yükünü azaltmaya ve kendini damgalama düzeylerini düşürmeye yönelik müdahaleler geliştirmek için öneriler sunmayı amaçlamaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 87 psikotik bozukluk tanısı almış hasta yakını üzerinde yapılmıştır. Araştırmamız, kesitsel ve nicel bir yöntemle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan alınan Aydınlatılmış Onam Formu' na ek olarak, Sosyodemografik Veri Formu, Kendini Damgalama Ölçeği – Aile (KDÖ-A) ve Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) uygulanmıştır. Toplanan veriler, uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak IBM SPSS 22 paket programıyla analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarının %66.7'si (58 kişi) kadın, %33.3'ü (29 kişi) ise erkekti. Hastaların %26.4'ü (23 kişi) kadın, %73.6'sı (64 kişi) erkekti. Hastaların tanıları incelendiğinde, %64.4'ü (56 kişi) şizofreni, %21.8'i (19 kişi) şizoaffektif bozukluk ve %13.8'i (12 kişi) atipik psikoz tanısı almıştır. Hastaların ortalama hastalık süresi yaklaşık 19.28 yıl olarak bulunmuştur. Hastalık süresi, hasta yakını yaşı ve eğitim düzeyi Kendini Damgalama Ölçeği-A ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Evdeki kişi sayısı, hastanın günlük ihtiyaçlarını karşılama düzeyi, eğitim düzeyi ve sosyal destek varlığı ise Algılanan Aile Yükü Ölçeği ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Hasta yakınlarına ait Kendini Damgalama Ölçeği 'nin toplam puanı

ortalama 25.66 iken Algılanan Aile Yüğü Ölçeği 'nin toplam puanı 27.97 olarak belirlenmiştir. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği ile Kendini Damgalama Ölçeği-Aile toplam puanı ( $p:0.002$ ), değersizlik algısı ( $p:0.007$ ) ve toplumsal çekilme ( $p:0.001$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla birlikte, AAYÖ ile KDÖ-A'nın hastalığın gizlenmesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p:0.297$ ).

**Tartışma-Sonuç:** Algılanan Aile Yüğü Ölçeği ile Kendini Damgalama Ölçeği-Aile toplam puanı ve alt boyutları arasında, değersizlik algısı ile toplumsal çekilme arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, aile yüğü ile damgalama arasındaki karşılıklı etkileşimi göstermektedir. Öte yandan, AAYÖ ile KDÖ-A arasında hastalığın gizlenmesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, hastaların uzun yıllardır psikotik bozukluk tanısına sahip olmaları ve çevrelerince zaten bu durumun bilinmesiyle açıklanabilir. Araştırmada yer alan katılımcıların uzun süre boyunca psikotik bozuklukla başa çıkmaya çalıştıkları ve bu durumun kronik hale geldiği sonucuna ulaşmak mümkündür. Psikotik bozukluk hastalarının yakınları için aile yükünü ve damgalamayı azaltıcı müdahalelerin sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması, bu faktörlerle ilişkilendirilen durumların göz önünde bulundurulması ve kronik psikotik bozukluk yönetiminde ele alınması gereken önemli konulardır.

**Anahtar Kelimeler:** Damgalanma, algılanan aile yüğü, psikotik bozukluklar

## ABSTRACT

### STIGMATIZATION AND FAMILY BURDEN OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS

**Introduction and Aim:** Observed family burden and internalized stigma tendencies in the families of patients diagnosed with psychotic disorders emerge as factors that can significantly impact the psychological well-being of caregivers. These adverse effects can poison the family atmosphere, indirectly affecting the treatment adherence, functionality, and course of illness of individuals with psychosis. These factors play a critical role in the assessment of coping with psychotic illness. This study aims to investigate the likelihood of increased perceived family burden leading to elevated levels of self-stigmatization. Additionally, based on the results of this study, it aims to provide recommendations for interventions to reduce family burden and decrease levels of self-stigmatization.

**Materials and Methods:** This study was conducted on 87 relatives of patients diagnosed with psychotic disorder who were followed up in the Community Mental Health Center of Hitit University Erol Olçok Training and Research Hospital and met the inclusion criteria. The our study was conducted with a cross-sectional and quantitative method. In addition to the Informed Consent Form obtained from the participants, Sociodemographic Data Form, Self-Stigma Scale - Family (SDS-Family) and Perceived Family Burden Scale (PFLS) were applied. The collected data were analyzed with IBM SPSS 22 package program using appropriate statistical methods.

**Results:** Among the relatives of the patients included in the study, 66.7% (58 people) were female and 33.3% (29 people) were male. Among the patients, 26.4% (23 people) were female and 73.6% (64 people) were male. When the diagnoses of the patients were analyzed, 64.4% (56 patients) were diagnosed with schizophrenia, 21.8% (19 patients) with schizoaffective disorder and 13.8% (12 patients) with atypical psychosis. The mean duration of illness was found to be approximately 19.28. Duration of illness, age and education level of the patient's relatives were found to be significantly associated with the Self-Stigma Scale-A. The number of people in the household, the level of meeting the daily needs of the patient, the level of education and

the presence of social support were significantly associated with the Perceived Family Burden Scale. While the total score of the self-stigmatization scale of the patient's relatives was 25.66 on average, the total score of the Perceived Family Burden Scale was 27.97. A weak positive correlation was found between the Perceived Family Burden Scale and the Self-Stigma Scale-Family total score ( $p:0.002$ ), perception of worthlessness ( $p:0.007$ ) and social withdrawal ( $p:0.001$ ) sub-dimensions. However, no significant correlation was found between the PFAS and the concealment of the illness sub-dimension of the CSQ-A ( $p:0.297$ ).

**Discussion-Conclusion:** A relationship was found between the Perceived Family Burden Scale and the Self-Stigma Scale-Family total score and its sub-dimensions, particularly in the dimensions of worthlessness and social withdrawal. These findings highlight the mutual interaction between family burden and stigmatization. However, no significant relationship was observed between the PFB Scale and the SSF-Family sub-dimension of concealing the illness. This can be explained by the fact that the patients have had a diagnosis of psychotic disorder for many years, and their condition is already known to their surroundings. It is possible to conclude that the participants in the study have been dealing with psychotic disorder for an extended period, and this condition has become chronic. Therefore, it is essential for healthcare professionals to implement interventions aimed at reducing family burden and stigmatization for the relatives of psychotic disorder patients. Considering these factors and addressing them in the management of chronic psychotic disorders are crucial.

**Keywords:** Stigma , perceived family burden , psychotic disorders

## KISALTMALAR

AAÖ: Algılanan Aile Yüku Öleği

KDÖ-A: Kendini Damgalama Öleği-Aile



## TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Hasta Yakınlarına Ait Demografik Veriler .....	20
Tablo 2 Hastalara Ait Demografik Veriler .....	21
Tablo 3 Ölçek Skorlarına Ait Veriler .....	21
Tablo 4 Algılanan Aile Yüğü Ölçeği İle Kdö-A Puanı Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki .....	22
Tablo 5 Hasta Ve Hasta Yakınlarına Ait Sürekli Değişkenler İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişki.....	23
Tablo 6 Sosyal Destek Varlığı İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişki.....	23
Tablo 7 Hasta Yakını Cinsiyeti İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişki.....	24
Tablo 8 Hasta Cinsiyeti İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişki.....	24
Tablo 9. KDÖ puanını yordayan etmenlerin lineer regresyon sonuçları.....	25
Tablo 10. AAYÖ puanını yordayan etmenlerin lineer regresyon sonuçları.....	26

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Akış Şeması.....	19
---------------------------	----



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikotik bozukluklarla birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişki, sağlık sisteminin temel bir parçasını oluşturur ve son derece kritik bir öneme sahiptir. Çünkü bu tür psikiyatrik hastalıklar sadece bireyleri etkilemekle kalmaz, aynı zamanda aileleri ve çevrelerini de büyük ölçüde etkileyebilir. Dolayısıyla, birinci basamak sağlık hizmetleri, bu hastalıkların yönetimi ve tedavisi konusunda merkezi bir rol üstlenir. Bu hastalıklar, bireylerin ve birlikte yaşadıkları aile üyelerinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir, ayrıca toplum genelinde ciddi bir yük oluşturabilirler.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, global seviyede hastalık yükünün % 12.3'ü psikiyatrik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (1). Türkiye'de ruhsal hastalıklar, ülkedeki hastalık yükü sebepleri arasında %19 ile kalp damar hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, son bir yılda ruhsal bozukluk görülme oranı %17.2 ve son bir yıl içinde sağlık profesyonellerine yardım için başvuru oranı %4.7'dir. Katılımcıların yaş ortalaması 39.3 (18-85 arası) ve %55'i kadındır. Toplumumuzda ruhsal bozukluklar yaygındır, ancak tedaviye başvuru oranları oldukça düşüktür (2).

2006 yılında Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası yazısında, ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili konulara vurgu yapılmıştır. Bu konular şunlardır: toplum temelli bir ruh sağlığı sistemi oluşturulması, rutin sağlık sistemiyle ve **birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyon**, topluma yönelik rehabilitasyon çalışmalarının yürütülmesi, psikolojik sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi, ruh sağlığıyla ilgili yasaların çıkarılması, hasta haklarının damgalamaya karşı korunması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün geliştirilmesi amacıyla şekillenmektedir (3).

Bu çalışma, özellikle şizofreni tanısı almış psikotik bozukluğu olan hastaların ailelerini ele almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sadece hastalara değil, aynı zamanda hasta yakınlarına da destek sunmalıdır. Bu tür bozukluklar, uzun vadeli etkileri nedeniyle bireylerin yeteneklerini ve kaynaklarını azaltabilir ve hatta ekonomik kayıplara yol açabilir (4). Psikotik bozukluğa sahip hastalar ve aileleri, hastalığın seyri sırasında duygusal, sosyal ve ekonomik zorluklarla karşılaşabilirler ve bu tür sorunların üstesinden gelebilmek için yardıma ve işbirliğine ihtiyaç duyarlar (5). Bu, bireylerin

hastalıkla başa çıkmasını kolaylaştırmak ve aile içi ilişkileri sürdürmelerine yardımcı olmak için son derece önemlidir.

Aile üyeleri, psikotik bozukluk tanısı olan bireye yönelik toplumun olumsuz tutumlarını içselleştirme eğiliminde olabilirler. Bu, aile içinde utanç, suçluluk veya eksiklik hissi yaratabilir. Hastalığı olan kişinin toplumda damgalanmasından kaynaklı olarak, aile üyeleri de kendilerini damgalanmış hissedebilirler. Aile üyeleri, hastaları için daha fazla sorumluluk aldıkça, bu ek yüklerin altında ezildiklerini hissedebilirler. Bu his, içselleştirilmiş damgalamanın ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir ve bu durum aile üyelerinin kendi özsaygılarını ve ruhsal sağlıklarını etkileyebilir.

İçselleştirilmiş damgalama ayrıca aile içi iletişimi olumsuz etkileyebilir. Aile üyeleri, bu tür hislerle başa çıkmaya çalışırken sosyal hayattan uzaklaşabilirler. Ayrıca, içselleştirilmiş damgalama, hastalıkla başa çıkmak için yardım aramayı aile üyeleri için daha zor hale getirebilir, çünkü bu hisler destek arayışını engelleyebilir. Bu iki faktör arasındaki ilişki karmaşık olabilir. Artan aile yükü, içselleştirilmiş damgalamayı daha da belirgin hale getirebilir. Bu nedenle, aile içindeki stres ve duygusal zorluklar arttıkça, içselleştirilmiş damgalama daha fazla etkili olabilir ve bu, bir tür kısır döngü oluşturabilir. Ailelere ve hastalara yönelik psikososyal destek, bu döngüyü kırmada ve daha sağlıklı bir aile yapısı oluşturmada önemli bir rol oynayabilir.

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetleri, psikotik bozukluklar gibi karmaşık rahatsızlıkları ele alırken bütüncül bir yaklaşımı benimsemelidir. Psikotik bozukluklarla mücadelede birinci basamak sağlık hizmetleri etkili bir işbirliği yapmalı ve hasta yakınlarına destek sunmalıdır. Bireylere ve ailelere yönelik bütüncül bir yaklaşım, hastaların ve çevrelerinin yaşam kalitesini artırabilir ve toplum genelinde daha sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik edebilir.

Araştırma Sorusu:

- 1) Aile yükünün artması, içselleştirilmiş damgalamayı artırıyor mu?
- 2) Sosyodemografik veriler ile algılanan aile yükü ve içselleştirilmiş damgalama arasında ilişki var mı?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 1.1. PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

#### 1.1.1. Psikoz Nedir?

Psikoz, beynin bilgiyi işlemede bozulması sonucu gerçeklikle temasın kaybını içeren bir dizi semptomdur. Hasta gerçek ve gerçek dışı olan şeyleri ayırt edemez (6). Belirtileri şu şekilde açıklayabiliriz: Sanrılar, belli bir çağ ve toplum içinde mantıklı kanıtların olmasına rağmen değiştirilemeyen yanlış inançlardır. En sık görülen sanrı, kötülük görmedir. Daha az sıklıkla erotomanik, büyüklük, küçüklük, nihilistik, somatik ve alınma sanrıları görülmektedir. Genellikle düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayip niteliktedirler (6,7). Halüsinasyonlar, gerçek olmayan şeyleri görme, duyma, koklama, tad alma ve hissetme deneyimleridir. En sık görülen halüsinasyonlar işitsel yani “sesler duymak” şeklindedir (6). Düzensiz düşünme ve konuşma, karışık ve/veya anlamsız düşünce ve konuşmaları ifade eder. Düzensiz ve anormal motor davranış, çok az hareket veya ortama uygun olmayan katatoni içerir (6). Bir diğer belirti ise negatif semptomlardır. Negatif semptomlar; apati (herhangi bir şeye ilgi eksikliği), anhedoni (zevk almanın azalması), künt duygulanım (hastanın yüzünün hareketsiz ve ifadesiz görünmesi), konuşma yoksulluğu (kısa ve içerikten yoksun konuşma) şeklindedir(8).

#### 2.1.2 Şizofreni Tanım , Epidemiyoloji ve Etiyoloji

En sık görülen ve en önemli hastalık grubu şizofrenidir (9). Şizofreni, genellikle 25 yaşından önce başlayan, çok yönlü bir hastalık olup, insanlar arası iletişimi ve işlevsellik kaybına neden olan yeti yitimine yol açan, süreklilik gösteren bir durumdur (10). Bu hastalık grubu ilk olarak Emil Kraepelin (1896) tarafından tanımlanmıştır. Şizofreniyi manik-depresif hastalıktan ayırmakta ve başlangıç semptomlarını “Erken bunama-Dementia praecox” olarak adlandırmaktadır. Şizofreni terimi Eugen Bleuler (1911) tarafından ortaya atılmıştır.

Şizofreni ve psikotik bozukluklar, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması’ nın (ICD-10) F2 bölümünde birleştirilmiştir (9). Dünya Sağlık Örgütü 1990 yılında yapılan ilk global hastalık yükü çalışmasında 15-44 yaş grubunda en fazla işlevselliği bozan on hastalık arasında şizofreni yer almaktadır (7). Aynı çalışmanın 2010 yılındaki tekrarında

ise en fazla işlevselliği bozan hastalık grubu olan ruhsal hastalıklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında şizofreni işlevselliği bozması açısından ilk sıradadır (11). Dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkilemektedir. Diğer psikotik bozukluklar da orana dahil edilirse %5'lere kadar etkilenme görülmektedir (7).

Ülkemizde psikoz epidemiyolojisine odaklanan çok az çalışma yayınlanmıştır. Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de ortalama yatan hastalarda %20 den %60 a yükselen ve daha çok erkek başvurularının belirgin olduğu, psikotik bozuklukların yaygınlığı 1000 kişide 4.4±2.8 (2.3-7) olarak belirtilmektedir. Bu oranın son yapılmış çalışmalarda 1000 kişide 8.9 a yükseldiği tespit edilmiştir (12).

Şizofreni, kalıtsal ve çevresel etkilerin rol aldığı oldukça komplike bir hastalıktır. Birden fazla faktörün bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Genetik faktörler bu hastalığın oluşumunda önemli bir rol oynar. Ayrıca, beynin yapısal değişiklikleri, nörokimyasal değişiklikleri, nörofizyolojik değişiklikleri ve endokrin etkenleri de şizofreni etiyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır (10). En sık görüldüğü yaş aralığı ise erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığıdır. İlk kez psikiyatri kliniğine yatırılan hastaların üçte biri kadın, yarısından fazlası erkek olmakla birlikte, kadın hastaların çoğunluğu 25 yaşından önce, erkek hastaların ise çoğunluğu 25 yaşından sonra yatırılmaktadır (10,13).

Bu hastalığın sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, yüksek olanlara göre görülme sıklığının 5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (14). Yüksek bir insidansa sahip olmamasına rağmen biyopsikososyal engelliliğe sebep olması sonucu, dünya çapında en külfetli ve maliyetli hastalıklardan birisidir (9). Belirtileri genellikle erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkar ve en az altı ay devam etmesi gerekir. DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı, sanrılar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, kaba dezorganize/katatonik davranış veya negatif belirtilerden en az ikisinin (bunlardan birisi sanrılar, halüsinasyonlar veya dezorganize konuşma olmalı) olması ve bunların en az bir ay boyunca devam etmiş olması gerekir (15).

Bu hastalık, kişiyi genç erişkin döneminden itibaren üretimden uzaklaşarak, geleneksel algılama ve yorumlama şekillerine yabancılaşmasına, toplumdan soyutlanıp içe kapanmasına, çevresiyle çatışmalara yol açmaktadır. Şizofreni, bireysel ve ekonomik zorluklara yol açabilen ciddi bir sağlık problemidir. Yaşam boyu sıklığı ortalama %1 olup, yaşam süresini %20 kısaltmaktadır (16).

Şizofreni, kronik bir bozukluktur. Farklı seyir ve sonuçları gösterebilir. Genelde, hastalığın gidişatını değerlendirmek için şu kriterler kullanılır: hastalığın

semptomları, meslek uyumu, toplumsal uyum, hastane yatışlarının sayısı ve süresi, bilişsel fonksiyonlar, rutin sağlık ve özkıyım yani intihar (7). Pozitif gidişat emareleri ise: hastalığın aniden ve pozitif belirtilerle başlaması, yoğun çevresel stres faktörlerinin azlığı, hastalığın katatonik veya şizoaffektif tipi olması, **aile ortamının düzenli oluşu, duygusal ifadelerin düşük olması**, erken yaşlarda başlanan ve düzenli bir şekilde sürdürülen tedavi gibi faktörler bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Gelişmekte olan ülkelerde şizofreni prognozu, gelişmiş ülkelere göre daha iyi olduğu saptanmıştır (7).

Şizofreni için patagnomonik bir görünüm tanımı yapmak zordur, ancak bu hastaların genellikle tuhaf davranış ve görünümleri dikkat çeker. Sosyal ve kültürel normlardan sapmaları, mantıksız ve alışılmadık davranışları sıklıkla görülür. Ancak, bu hastaların şuur durumu açıktır ve genellikle mekan, zaman ve kişiye yönelimleri tamdır. Dikkatlerini odaklamak konusunda güçlükler yaşayabilirler, ilgi ve bellek eksikliği nedeniyle hafıza problemleri ortaya çıkabilir (10).

İsviçreli psikiyatrist Eugene Bleuler, şizofreninin 4 önemli semptomunu öne sürmüş ve bu semptomları 4A formülü ile tanımlamıştır. Bu semptomlar şunlardır:

1. Assosiasyon: Düşünce akışında, çağrışımların düzen ve sürekliliğinin bozulması,
2. Ambivalans: Karşıt fikirler arasında ikilem yaşaması,
3. Autizm (otizm): Duygusal tepkilerde donuklaşma, gerçek dünyadan kopma,
4. Affekt: Duygusal ifadenin bozulması.

Bleuler ayrıca içe kapanma kavramını geliştirmiş ve şizofrenide gerçek dünyadan uzaklaşmanın, iç gerçekliğin dış gerçekliğin yerine geçtiği bir durumu vurgulamıştır. Bu durum sanrı, halüsinasyon ve motor bozuklukların meydana geldiği bir zihinsel rahatsızlığa neden olabilmektedir (10). Hastalık belirtileri, diğer koşullarla birlikte var olduğunda, şiddet, süreklilik ve tedaviye yanıt vermeme durumuna bağlı olarak mesleki, akademik ve kişisel bakım işlevlerinde bozulmaya neden olabilmektedir (17).

### **2.1.3.Sanrılı Bozukluklar Tanım, Epidemiyoloji ve Etiyoloji**

En az 1 ay süren sanrılı olan hastaları kapsar. Bu hastalarda sadece sanrılar görülür ve sanrıların türü, içeriği ve şiddeti önemli bir faktördür. Sanrılı bozuklukta görülen sanrılar; perseküsyon, somatik, grandiyöz, erotomanik, karma, kıskançlık, kuşku ve belirlenememiş türde olmak üzere sekiz alt türe ayrılır (18). Ayrıca, aşağıdaki

paranoya hiyerarşisinde, kişilerin toplumsal veya sosyal yaşamlarının temelini oluşturan ilişkilerine, diğer insanlara, çevresel faktörlere veya kontrolsüz unsurlara yönelik endişeler, gelecekteki paranoyalarının temelini oluşturmaktadır. Gerçek dışı, sürekli ve ısrarlı niteliği olan sosyal endişeler, nesnel değerlendirme sürecini aksatır ve kişinin kontrolünden çıkararak referans düşüncelere dönüşebilir (19).

Sanrılı bozukluğun prevalansının %0,18 olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu bozukluğun kadın hastalarda %0,21 ve erkek hastalarda ise %0,16 olarak görüldüğü belirtilmektedir (20). Ayrıca sanrılı bozukluğun en sık görülen başlangıç yaşının 45 ila 54 yaş aralığına denk geldiği ve geç başlangıçlı olabildiği de görülmektedir (20).

Bireysel psikoterapiler, hastalara fayda sağlayabilir ancak hastalar genellikle tedaviye ihtiyaç duymadıklarını düşündüklerinden, nadiren tedavi arayışına girmektedirler (6).

#### **2.1.4.Kısa Psikotik Bozukluk Tanım, Epidemiyoloji Ve Etiyoloji**

Hastanın bir gün ile bir ay arasında psikotik davranış bozuklukları yaşaması, daha sonra belirtilerin ortadan kalkması ve işlevselliğin bozulmamasıdır (6). Bu bozukluğun epidemiyolojik verileri yetersizdir. Ancak uluslararası bir çalışmanın verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre on kat daha fazla sıklıkta görüldüğü, kadınlarda ise erkeklere göre iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (21). Etiyolojisi hakkında da çok az şey bilinmektedir. Bu bozukluğun çoğunlukla zorlu yaşam olayları ve aile içi yoğun streslerden sonra ortaya çıktığı bildirilmektedir.

Klinik belirtiler arasında, kuşkuculuk, zarar göreceği düşüncesi gibi sanrılar, çeşitli halüsinasyonlar, garip davranışlar, bağırıp çağırma, yüksek sesle ağlama ve hemen ardından gülme nöbetleri yer almaktadır (22).

Kısa süreli psikotik bozukluğun semptomları, kültürel olarak uygun tepkileri içermektedir. Örneğin, bazı dini törenlerde bir kişi sesler duyduğunu bildirebilir ancak bu durum genellikle geçicidir ve topluluktaki çoğu kişi tarafından normal olarak kabul edilir (6).

#### **2.1.5.Şizofreniform Bozukluk Tanım, Epidemiyoloji Ve Etiyoloji**

Şizofrenide görülen semptomların en az bir ay süreyle görülmesi ancak altı aydan uzun olmaması durumudur. İşlevsellikte bozulma olmaz. Başlangıçta şizofreniform bozukluk tanısı alan hastaların üçte biri altı aylık süre içerisinde iyileşir.

Geri kalan üçte ikilik kısmın çoğunda şizoaffektif bozukluk veya şizofreni tanısı konulur (6). Şizofreniform bozukluk, klasik psikotik bozukluklar gibi etiyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Langfeldt'in (1939) belirttiği gibi, tanısı konan hastalar genellikle heterojen özellikler gösterir (23). Şizofreniform bozukluk erkekler ve kadınlar arasında eşit görülmektedir. Başlangıç yaşı erkeklerde 18-24 ve kadınlarda 18-35 olarak sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (6).

### **2.1.6.Şizoaffektif bozukluk Tanım, Epidemiyoloji ve Etiyoloji**

Şizoaffektif bozukluk, şizofreni semptomları ile birlikte depresyon veya bipolar bozukluğun epizodlarını yaşayan bir bozukluktur. Bu bozukluk, diğer psikotik bozukluklardan daha fazla görülmekle birlikte, şizofreni kadar yaygın değildir. İnsanların yaklaşık %0.3' ünü hayatlarının bir döneminde etkilemektedir (6). Şizoaffektif bozukluğun tahmini yaygınlığı %0,2 ile %1,1 arasındadır ve kadınlarda daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Şizoaffektif bozukluğu olan kadınların %66 sının kadın olduğu düşünülmektedir (24). Aktif hastalık süresinin büyük bir kısmı duygudurum değişikliklerinden oluşurken, duygudurum epizodunun olmadığı bir dönemde sanrıların veya halüsinasyonların en az iki hafta boyunca var olması gerekmektedir (6).

Şizofreni gibi psikotik spektrum bozukluğu olan bireyler genellikle tehlikeli, şiddetli, öngörülemeyen ve beceriksiz olarak görülmektedirler (25). Şizofreni hastalığı olan birçok insan için aile desteği özellikle önemlidir. Global Hastalık Yüğü Çalışmasına dayanarak, bağımlılık derecesi yani sağlık, ev işleri veya kişisel görevlerin yerine getirilmesinde başka bir kişinin günlük yardımına duyulan ihtiyaç değerlendirilmiştir. Bir çalışmada aktif psikoz, günlük bakım gerektiren en yüksek engellilik sınıfında yer almıştır (26). Psikotik bozuklukların yükü büyüktür ve çok yönlüdür. Öyle ki bir aileyi ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan en çok etkileyen hastalıklardandır (7). Psikotik bozukluğu olan bir aile üyesi varlığı ailede işlevselliği bozar ve bozulmuş aile işlevselliği klinik gidişi ve sosyal hayatı olumsuz etkiler. Hastanın ailesi karışık duygular içerisinde ve nasıl davranacağını bilemez bir durumdadır (5,27). Ailelerin bu aşamada bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri gerekmektedir (6,9).

## 2.2.PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA AİLE YÜKÜ

Aile yükü, bir bireyin ailesindeki diğer üyelerin sağlık veya psikolojik sorunları nedeniyle yaşadığı sorumluluklar, stresler ve bu sorumlulukların getirdiği duygusal yüklerin toplamını ifade eder. Bu kavram, özellikle aile içinde ciddi sağlık sorunları veya psikiyatrik bozukluklar gibi uzun süreli bakım gerektiren durumlarla karşılaşan aileler için önemlidir.

Algılanan aile yükü, aile üyelerinin bu tür durumlarla başa çıkma süreçlerini ve bu süreçlerin onların fiziksel ve duygusal sağlıkları üzerindeki etkilerini anlamak için kullanılır. Bu yükler, bakım verme, destek sağlama, tıbbi randevuları düzenleme, ilaçları yönetme, ekonomik zorluklar gibi bir dizi faktörü içerebilir. Algılanan aile yükü, aile içindeki ilişkileri ve aile üyelerinin yaşam kalitesini etkileyebilir.

Psikotik bozukluklar gibi ciddi ruhsal sağlık sorunları olan bireylerin ailelerinde, bu yükler daha da artabilir çünkü bu tür hastalıklar genellikle uzun süreli ve karmaşık bir bakım gerektirir. Algılanan aile yükünün yönetilmesi ve azaltılması, aile üyeleri için önemlidir ve bu, sağlıklı bir aile işleyişi ve bireylerin kendilerini daha iyi hissetmeleri açısından kritik bir rol oynar. Bu nedenle, psikotik bozukluğa sahip bireylerin aileleri için destek ve kaynaklar sağlamak, bu yüklerin hafifletilmesine yardımcı olabilir.

Ülkemizde şizofreni tanılı hastaların çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar (7). Bir aileyi ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan en çok etkileyen hastalık grubudur. Aile yükü, bir hastalığın sonucu olarak ortaya çıkan çeşitli zorluklar ve güçlükleri ifade eden çok boyutlu bir kavramdır (28,29). Nesnel yük, hastaların ekonomik bağımlılığını, aile işlevinin bozulmasını, davranış değişikliklerinden etkilenmesini, sağlık sistemi içinde yapılan başvurulara ayrılan maliyetini, zamanını ve enerjisini, toplum tarafından damgalanmayı, diğer aile üyelerinin ihmali, sosyal faaliyetlerin kısıtlanmasını, toplumdaki soyutlanmayı ve sosyal geri çekilmeyi içerir (30). Özne yük ise, bu nesnel yüklerle başa çıkmak için geliştirilen duygusal tepkilerdir (31).

Aile üzerindeki yük, hastaların semptomları, hastalığın süresi, hastaneye yatış sıklığı, tedaviye uyum ve sağlık çalışanlarının tutumu ve desteği gibi faktörlerle değiştirilebilir (31,32). Hastaların çoğu kısa süreli hastane yatışları dışında ailelerine bağlıdırlar. Ülkemizde aile bağları güçlü olduğundan, hastalar ve aileleri hastalığı gizlemeyi tercih edebilir, hastaneye yatışlardan çekinebilirler. Bazı hastalar hastalığı ve sağaltımı reddederken, sağaltım gören hastalarda toplumsal uyum sağlanabilir (7).

Aileler üzerindeki yük, hastalıkla ilgili duygusal tepkiler, rahatsız edici davranışlarla başa çıkma stresi, ev düzeninin bozulması, damgalanma, sosyal faaliyetlerin kısıtlanması ve ekonomik zorluklar gibi faktörlerden kaynaklanır (9). Duygusal tepkiler arasında üzüntü, utanma, rahatsızlık, kaygı ve korku bulunmaktadır (31). Yeni tanı almış hastaların aileleri, hastalığın yol açtığı yük nedeni ile duygusal bir süreç geçirir.

Endişe duygusu ailelerin yardım aramak için motive olmasına neden olur (33). Aileler, hastalığa karşı kollayıcı, müdahaleci, kısıtlayıcı ve kontrol edici tutumlar sergileyebilirler. Bu duygusal ifadeler hastalık seyrinde ve aile içi ortam üzerinde önemlidir (5). Ailelerde duygusal ifadelerinin yüksek olması sonucu hastalarının yıllar içerisindeki hastalık ataklarında artış görülmektedir (34,35). Araştırmalar, hastaların %67 sinin hiç evlenmemiş olduğunu göstermiştir (5,36). Evli olan hastalarda ise aile dengesi bozulur. Sağlıklı eşler arasında, sosyal ilişkilerde azalma, kişisel zaman eksikliği, dinlenememe ve ekonomik zorluklar gibi yükler meydana gelir (37).

Genç şizofreni hastaları ve aileleri, hastalığı daha geç başlayan diğer hastalardan yaşam kalitesi ve mesleki yetersizlik olarak daha ağır yükler taşımaktadır. Bunun sonucu olarak, yakın zamanda teşhis edilen akıl hastalığı olan genç kişilerin bakım verenleri daha fazla keder veya yas duygusu yaşayabilmektedir. Bu ve benzeri sorunlar, şizofreni hastalarının ailelerindeki yükü arttırmaktadır. Hastalıkla ilgili olarak, araştırılmamış değişkenler (madde bağımlılığı, depresyon, intihar düşüncesi ve bakım verenin hastanın intihar düşüncesinin farkında olması) arasında, sadece bakım verenin hastanın intihar düşüncesinin farkında olması, aile yükünün artmasını öngörmüştür (38). Özellikle anneler, daha az eğitilmiş bakıcılar, daha genç hastaların bakıcıları ve son 3 yılda daha fazla hastaneye yatış yapan hastaların bakıcıları için ortalama yük seviyeleri çok yüksek olarak tespit edilmiş (39).

Bir çalışmada, hasta yakınlarının yükünün en önemli belirleyicisi olarak, akut hastalık sırasında meydana gelen sıkıntı ve değişiklikler belirlenmiştir. Diğer belirleyiciler arasında, hasta ile geçirilen sıkıntılı zaman ve kısıtlı sosyal yaşam yer almaktadır (40). Aileler genellikle birçok zor davranışa tahammül etmelerine rağmen, hastalığın doğası hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve sadece akut hastalık dönemlerinde profesyonellerden yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Bu cümleden anladığımız, ailelerin zorluklarla başa çıkmak için profesyonel destekten daha az yararlandığıdır. Hastalığın doğasını anlamayan hasta yakınlarının, hastalığın oluşumunda kendisini sorumlu tutması sonucu aile yükünün daha da arttığı tespit edilmiştir (7). Bazı

durumlarda, negatif ebeveynlik yeteneklerinin ve olumsuz çevresel şartların zihinsel rahatsızlıklara yol açtığına dair yaygın düşünceler ve genetik geçişin bilinmesi, aile bireylerini hastalık ve olumsuz gelişmelerden kişisel olarak sorumlu hissettirme potansiyeline sahiptir. Bu sorumluluk hissi, çevresel olumsuz yaklaşımların eklenmesiyle birleşerek, aile üyelerine hasta kişinin ciddi bir kabahat işlemiş ya da utanç verici bir durum yaratmış gibi duygular yaşatabilir. Bu sebepten utanç ve suçluluk duygusu ile toplumdan soyutlanmaktadır.

Ailelerin sorunları çözmek için, kendi sağlıkları üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik olumsuz etkilere yol açması oldukça yaygın bir durumdur. Bir ailede ortaya çıkan sorunlar, bireylerin hayat kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (41). Bu olumsuzluklardan bazıları:

- 1) Fiziksel sağlık sorunları: Aile içi stres, anlaşmazlık, şiddet veya duygusal zorlanmalar fiziksel sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kronik stres ve gerginlik, baş ağrısı, uyku bozuklukları, yorgunluk ve bağışıklık sisteminin zayıflamasına sebep olmaktadır.
- 2) Psikolojik sağlık sorunları: Aile içi tartışmalar ve sorunlar, bireyler arasında depresyon, kaygı, düşük özgüven, özsayı gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Aile üyeleri arasında sürekli gerilim, duygusal olarak tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluğuna sebep olabilir.
- 3) Davranışsal sorunlar: Aile içindeki olumsuz durum, çocukların ve gençlerin davranışlarını etkileyebilir. Saldırganlık, isyan, bağımlılık, intihar düşünceleri gibi riskli davranışlar, aile içindeki stresle ilişkilendirilmiştir.
- 4) İletişim ve ilişki sorunları: Aile içi iletişim eksikliği ve anlayışsızlık, üyeler arasında bağların zayıflamasına ve uzaklaşmaya neden olabilir. Bu da aile içi destek ve dayanışmanın azalmasına yol açarak stres düzeyini artırabilir.

Doğrudan yüklerin yanı sıra, kişiler ön yargı ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bir yandan suçluluk duyarken, hastalıktan kendilerini sorumlu tutarken diğer yandan toplumun gözünde hastalarının hastalıklarının getirilerine göğüs germek zorundadırlar (42). Saydığımız yükler ve damgalanma sonucu sosyal geri çekilme, işsizlik, madde kullanımı, hatta evsizliğe yol açan durum yaşanmaktadır, bu da iyileşmeyi ve normal bir hayat yaşamayı engellemektedir (9). Günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan, toplumdan soyutlanan aileler öfkelerini çoğu zaman hastaya yöneltirler. Bu zorlu süreç sonucunda aile üyelerinde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkar(5). Çalışmalar bu alanda çalışanlar tarafından, ailelerin

bu yükleri taşımadan önce profesyonellerden daha fazla yardım almalarının önemli olduğunu vurgulamaktadır (41).

Yapılmış bir başka çalışmada, aile yükünün azalmasında ailenin aldığı profesyonel ve sosyal ağ desteği ilişkilendirilmiştir (35). Son on yılda, şizofreni nedeniyle damgalanma ve ayrımcılıkla mücadele etmek için kapsamlı araştırmalar yapılarak çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Dünya Psikiyatri Birliği'nin "Open the Doors" programı kapsamında, farklı araştırma merkezleri damgalanmanın azaltılması için belirli hedef gruplara yönelik müdahaleler geliştirmiştir (43,44). Yine yapılan başka bir çalışma ise, hastaneye yatış döneminde psikotik bir nüksetme sonrası hastalara ve ailelerine uygulanan Davranışsal Aile Terapisinin (BFT) hastaların şizofreni olan aile üyesine sahip ailelerdeki yük hissini azalttığını, ailelerin hastalarına tutumunda olumlu bir değişim olduğunu göstermektedir (45).

Aile üyeleri arasında sağlıklı iletişim, empati, anlayış ve çatışma çözme becerilerini geliştirerek bu olumsuz etkilerin önüne geçmek mümkündür. Aile içindeki herkesin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması ve destekleyici bir ortamın oluşturulması, bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, profesyonel yardım almak da aile içi sorunların çözümünde etkili olabilir. Terapi ve danışmanlık hizmetleri, aile üyelerinin daha iyi anlaşılmasına ve sorunların üstesinden gelmesine yardımcı olabilir.

### **2.3. PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA AİLE ÜYELERİNDE DAMGALAMA**

Damgalama (stigmatization), bir birey veya grup hakkında saygınlığı tehdit eden ve onlar için utanç duygusu yaratan bir durumdur (46). Damgalamanın, diğer kavramlarla (etiketleme, önyargı, ayrımcılık, ve sosyal izolasyon) benzerlikleri ve farklılıkları bulunmaktadır. Örneğin, etiketleme, bir şeyin normal ya da standart olmadığını belirtmek için bir belirteç ya da leke olarak tanımlanır (47). Önyargı ise, bir fikri veya bakış açısını uygun şartların yokluğunda desteklemek anlamına gelir ve genellikle tek taraflı olarak ortaya çıkan kararlarda kullanılır (48). Ayrımcılık, bir toplumdaki kişiler ve ya grupların diğerlerini damgalama ve önyargı nedeniyle belirli hak ve çıkarlardan mahrum bırakmasıdır (49,50). Sosyal izolasyon, bir bireyin çevresinden uzaklaşması ve kendi dünyasında yalnızlaşması olarak tanımlanır ve zamanla çözümü zorlaşan bir sorun olarak kabul edilir (50).

Damgalama, bir birey ya da grup hakkında saygınlığı tehlikeye düşüren ve onlar için utanç duygusu yaşatan bir durumdur. Bu, toplumun "normal" olarak kabul ettiği ölçütler dışında sayılmasından kaynaklanır ve gerçeğe dayanmaksızın, utanç verici bir özellik yüklenmesine neden olur (51). Damgalama, itibar kaybettirici, alçaltıcı yada küçümseyici bir tutum veya davranışı ifade eder ve kişiyi mutsuzluk, çaresizlik, hastalığın gizlenmesi, sosyal ilişkilerden uzaklaşma, tedavi arayışından kaçınma yada tedavinin gecikmesine sebep olabilir (46,52,53). Ailelerde, benlik saygısındaki azalma, çöküntü, kaygı gibi duygusal reaksiyonlar ve hastalığın yükünün artması sonucu içselleştirilmiş damgalanma ortaya çıkabilir (54–56).

Damgalama modelinin öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman, damgalamayı “damgalanan kişiye toplum tarafından daha az kıymet verilmesi ve insanlar tarafından istenmeyen veya insan gibi algılanmamanın davranışları” olarak tanımlar (50). Damgalama, bir kişinin çevrede farklı olduğu düşünüldüğünden kaynaklanan negatif duygularla ve beraberindeki önyargılı tutumlarla ifade edilir. Bu önyargılı tutumlar, ayrımcılık ve dışlama davranışlarına neden olabilir (45). Böylece damgalama, hastalık kadar tehlikeli sonuçlara yol açabilir (33).

Psikiyatrik hastalıklar, damgalamanın en yoğun hissedilen gruplarından biridir (5). Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, hastaların “riskli” ve “hareketleri öngörülemeyen kişiler” olarak algılanmasıyla belirlenir. Hastaların beklenmedik davranışları, düzeni bozması ve toplumda kaygı uyandırması, rahatsızlık yaratır. Genellikle, ruhsal bozuklukları olan kişiler tuhaf, ürkütücü ve tehlikeli olarak algılanır. Ruhsal hastalığı olan bireyler, insana yaraşır davranışlar ve destek görmeleri yerine, damgalama kalıp düşüncelere bağlı olarak insancıl davranılmayan, haksız veya saldırgan tutumlarla karşılaşabilirler. Bir kişinin zihinsel sağlık sorunlarına yönelik her türlü ayrımcılık, temel insan haklarını ihlal etmektedir (57).

Bireyler veya toplum, karşılaştıkları rahatsız edici bir durumda, sıklıkla onu yabancılaştırarak dışlamaya eğilim gösterir. Bu ayrımcılığın bir başlangıcıdır. Damgalanıp toplum dışına itilen kişiler, düzen bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal normların dışındaki kişilerdir (58). İçselleştirilmiş damgalama, genel halkın damgalayıcı görüşleri olan tehlikelilik ve yetersizlik gibi konuların, ruhsal hastalığı olan kişinin ve ailesinin kendine benimsemesidir (59). Bu kişiler “akıl hastası” olarak etiketlendiğinde, istense de istenmese de, basmakalıpların hedefi haline gelen bu grubun bir üyesi olarak kendilerini sayarlar (60,61). Bu durum, bireyin toplumdaki

olumsuz önyargıları içselleştirmesi ve bunun sonucunda değersizlik ve utanç gibi negatif duygularla toplumdan uzaklaşması anlamına gelir (62).

Şizofreni tanısı olan bireyler ve bu süreci birlikte yaşadıkları hasta yakınları, diğer insanlardan farklı davranışları ve görülmeleri nedeniyle sıklıkla toplum tarafından dışlanabilir ve yalnızlaştırılabilirler. Başarısız olma korkusu nedeniyle utangaç davranabilirler ve karar vermekte zorluk çekebilirler. Bununla birlikte, kendi zayıf yanlarına odaklanma eğilimleri yalnızlık duygusunu tetikleyebilir (5). Şizofreni tanısı olan bireylerde, düşüncelerde dağınıklık, unutkanlık, dikkatsiz olmak ve demotive olmasına neden olabilir. Aynı zamanda bireyin bulunduğu ortamda kabul görmesini de zorlaştırabilir. Bu durum, hastanın aile tarafından evde tutulmasına ve aileye bağımlı hale gelmesine yol açabilir (5,63). Eğitim düzeyi yüksek olan ortamlarda, tutumların daha negatif olduğu ve sosyal geri çekilmenin arttığı görülebilir (64). Yapılan bir çalışmada, birçok insanın ailelerindeki akıl hastalığı gerçeğini gizleme ihtiyacı hissettiğini ve bu durum sonucunda hastalığın seyrinin olumsuz etkilenmesine ve yaşam kalitesinin düşmesine, yetersizliğin artmasına yol açabilir (65,66).

Şizofreni ile ilgili olarak var olan yanlış inanışlar ve damgalama, sadece şizofreni hastalarını değil, aynı zamanda hastaların ailelerini, yakınlarını ve sağlık çalışanlarını da etkiler. Bu yanlış inanışlar; “şizofreninin tam bir şifası yoktur, şizofreni hastaları işgücüne katılamazlar, şizofreni hastaları riskli ve hırçındır, sokaktaki şizofreni hastaları çocuklarımıza zarar verebilir, şizofreninin nedeni fazla mastürbasyon yapmaktır, şizofreni tedavisi çok zor bir hastalıktır” gibi olabilmektedir. Bu damgalamanın kaynağı, toplumun şizofreni hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması ve yanlış inanışlarla ilişkilidir (67).

Ruhsal hastalıklarda hasta yakınlarının tutumları genellikle pozitif olmayabilir. Yapılan araştırmalar, birçok aile üyesinin şizofreni hastasıyla yaşamaktan hoşlanmadıklarını göstermiştir. Bu tür hastalarla ilgili aile tarafından belirtilen başlıca sorunlar şunlardır: hastanın rahatsız edici davranışları, aile dışından yeterli desteğin verilmemesi, hastanın potansiyelinin kaybının üzmesi, hasta ile etkileşim kuramamak, hastanın şiddetli davranışlarından ve duygu dışavurumlarından korkmak (68). Dünya Psikiyatri Birliği tarafından şizofreni nedeniyle ortaya çıkan damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek için yapılan bir ölçekle toplumun şizofreni hastalarına bakış açısı incelendi. Katılımcıların %20'si şizofren birini arkadaşı olarak görmeyeceklerini, %50'si aynı odada kalmayacaklarını, %75'i ise şizofren birisiyle evlenemeyeceklerini belirtmişlerdir.

Şizofreni, kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur ve yinelemelerle devam etmektedir. Bu durum, aile üyeleri için ilişkilerini ve psikolojik durumlarını zorlayabilir; hatta 'keşke hiç doğmamış olsaydı', 'keşke bu durumu yaşamıyaydı', 'keşke hiç karşılaşmasaydık' gibi olumsuz düşüncelere neden olacak kadar etkili olabilir. Aile üyeleri, sevdiklerinin yaşadığı zorluklar ve hastalıkla başa çıkma çabaları nedeniyle kendi duygusal sağlıklarını etkilenebilir. Şizofreni ile ilişkili damgalama olarak algılar ve toplumda yaygın olan yanlış bilgiler, aile üyelerinin kendilerini damgalamalarına ve suçluluk hissetmelerine neden olabilir. Bu nedenle, aileler, sevdikleri birinin şizofreni gibi zorlu bir durumla başa çıkarken, sağlık uzmanlarından destek almalı ve kendi duygusal sağlıklarını korumak için olumsuz düşünceleri anlama ve işleme konusunda yardım aramalıdır. Ayrıca, hastalığın doğasını ve tedavi sürecini anlamak da önemlidir. Bu şekilde, şizofreni ile yaşayan bir yakını olan aileler, daha bilinçli ve sağlıklı bir şekilde destek olabilirler.

Bir başka araştırmada, katılımcıların kendilerini damgaladıkları tespit edilmiştir. Damgalama, olumsuz muamelenin, ciddiye alınmamanın, suçlamanın, sosyal izolasyonun yanı sıra aile içi ilişkilerdeki ve arkadaşlıklardaki değişiklikler gibi farklı yollarla yapılmaktadır. Bazı katılımcılar, damgalama sonucu sıkıntı nedeniyle sosyal çevrelerini küçülttüklerini ve sosyal aktivitelerden kaçındıklarını belirtmişlerdir (69). Ruhsal hastalıklara sahip olan kişilerin aile üyeleri, stresörlere karşı başa çıkmak zorunda kaldığında, duygu odaklı ve kaçınma tabanlı başa çıkma stratejileri kullanırlar, stresörün sıklığını ve yoğunluğunu azaltmak veya etkisini yönetmek için çaba harcarlar.

Araştırmalarda, hastaneye yatırılan bireyin akrabaları ve arkadaşları arasında hastalığı olan birey ile temas etmekten kaçınma eğiliminin "ayıklanma" veya dışlanma sonucunu doğurabileceği ve sonuç olarak sosyal izolasyonun ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (70). Sosyal ilişkilerin kısıtlanması veya kesilmesi sonucu kişinin diğer insanlarla bağlantı kurma imkanları azalmaktadır. Bu durum, kişinin psikolojik ve duygusal sağlığını olumsuz etkileyebilmekte, iyileşme sürecini zorlaştırmaktadır. Hastane yatışı az olan hastaların yakınlarında kaçınma eğiliminin azaldığı tespit edilmiştir. Bulgularımız ve diğer araştırmacıların bulguları, damgalanmanın taburcu edilen psikiyatrik hastaların aileleri için endişe ve sorunlar yaratabileceğini göstermektedir. Ailelerin damgalanma endişelerini kabul etmelerine ve başkaları tarafından reddedilmeye karşı dayanıklı olmalarına yardımcı olma potansiyeli göstermektedir. Bu tür müdahaleler, aile ilişkilerini ve hastanın yakınlarının baskısını

azaltabilir ve hastanın uzun vadeli topluma uyumunu kolaylaştırabilir (66). Yalnız yaşayan hastalar için destekten yoksun kalmak, hastaların iyileşme süresini olumsuz etkileyebilir ve başa çıkma becerilerini zorlaştırabilir.

Şizofreni tanısı olan kişiler için önyargı, sağlık çalışanları arasında da yaygındır. Ülkemizde sağlık eğitimi alan öğrenciler ve ilgili merkezlerde çalışan sağlık çalışanlarının son 10 yılda ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumları değişmemiş ve hala reddedici ve dışlayıcıdır. Bu nedenle, tıp eğitimi tekrar gözden geçirilmeli ve psikiyatri eğitimi programına bilgi, inanç, tutum ve davranış değiştirme konuları eklenmelidir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı, ruhsal hastalıklar ve damgalanma konularında eğitim gereksinimleri karşılanmalı ve sağlık çalışanlarının damgalanmaya karşı mücadele etmeleri için araştırma programları oluşturulmalıdır (71).

Yapılan bir çalışmada, ülkemizde sağlık çalışanlarının şizofreniyi ruhsal bir zayıflık olarak görmeleri ve şizofreninin tam olarak düzelmeyeceğine inandıkları saptanmıştır (72).

1970'lerde, toplumun zihinsel sağlık hizmetlerinin ilerlemesiyle birlikte, zihinsel sağlık sorunlarına bakış açısında olumlu değişiklikler fark edilmiştir (73). Ruhsal sağlık sorunlarıyla ilgili, yanlış bilgilerin ve önyargıların düzeltilmesi, daha olumlu tutumların oluşturulması için öncelikle halkın yaklaşımlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (42). Ayrıca, toplumdaki olumsuz yaklaşımların hızlı ve etkin bir şekilde değiştirilmesi için, öncelikle belirli grupların bilgilendirilmeleri gereklidir (58). **İçselleştirilmiş damgalama, tedavi aşamasında ele alınması ve giderilmesi gereken kritik bir sorundur** (61). Yaklaşık her dört bireyden birinin, ruhsal sorunlar sebebiyle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve yeterli tedavi hizmeti alamadığı bilinmektedir. Ruh sağlığı sorunları olanların en az bir yakını olduğu düşünüldüğünde, ruh sağlığı sorununun toplumun önemli bir parçasını, hatta tamamını direk etkilediği söylenebilir. Ruhsal hastalıkların damgalanmasının azaltılması ve sosyal değişime ulaşmak için uzun süreli ve işbirliği içinde çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hastalığı olan bireyler ve aileleri, profesyonel sağlık uzmanlarından ve destek gruplarından yardım almalıdırlar. Böylece, hastalıkla başa çıkmak için daha güçlü bir destek ağı oluşturarak iyileşme süresini kolaylaştırabilir ve toplumsal entegrasyonu güçlendirebiliriz.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Süresi

Kesitsel ve prospektif nicel yöntemler kullanarak planladığımız çalışmamız 01.03.2023-31.05.2023 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde gerçekleştirildi.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırma, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olan psikotik bozukluk tanısı almış hastaların aile üyeleri (anne, baba, eş, çocuk, kardeş vb. ) ile birlikte gerçekleştirilmiştir.

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı toplam 515 hasta mevcuttu. Bu sayı içerisinde çalışmaya uygun dahil edilme ölçütlerine uyan 362 hasta psikotik bozukluk tanısına sahipti. Yapılan güç analiziyle belirlenen minimum katılımcı sayısı 84'dir.

Çalışma için katılımcılarda aranan ölçütler; 18 yaş üzeri , hasta ile birlikte aynı evde yaşayan aile üyesi olması ve ölçükleri anlayacak düzeyde Türkçe biliyor olmasıdır. Ailede damgalanmaya sebep olacak birinci derece hasta varlığı ve çalışmayı sürdüremeyecek kadar ileri bilişsel kaybı, mental ya da fiziksel kısıtlılığı olan kişiler ise çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### 3.3. İşlem

Hitit üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği izniyle, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı hastaların yakınları, poliklinik kontrolleri sırasında çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında, görüşme odalarında hasta yakınıyla birlikte veri toplama araçlarının doldurmasını içeren bir plan hazırlanmıştır. Veri araç formları, yaklaşık olarak 15 dakikada doldurulabilecek şekildedir. Veri toplama öncesi, aydınlatılmış onam formu ayrıntılı bir şekilde

açıklanmış ve hasta yakınından onam alınmıştır. Katılımcılara, çalışmada isimlerin kullanılmayacağı ve bu nedenle çalışmanın sonuçlarının taraflara bildirilmeyeceği bilgisi verilmiştir. Ayrıca, katılımcılar anlamadıkları konularla ilgili yardım almak için yardımcı araştırmacıya soru sorma fırsatını bulmuşlardır. Yanıtlar verilirken yönlendirme yapılmamasına özen gösterilmiştir.

### **3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları**

Katılımcılarla karşılaşmada; bilgilendirilmiş onamın gözden geçirilmesi ve imzalanmasının ardından Sosyo-Demografik Veri Formu, Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı ve Kendini Damgalama Ölçeğı – A (Aile) olan veri toplama formu verildi.

#### **3.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu:**

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ışığında oluşturulan formda hasta yakınlarına yönelik yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, medeni durumu, ev nüfusu, damgalandığını düşündüğü hastalık varlığı, hasta ile yakınlığı, sosyal destek varlığı ve aile hekimliğine başvuru nedenleri ile alakalı sorular sorulmuştur. Hasta yakınına sorulacak hasta ile ilgili hazırlanan formda ise, hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleğı, son bir yıl içerisinde hastane yatış sıklığı ve son yatış süresi ile ilgili sorular sorulmuştur (Bakınız Ek:1)

#### **3.4.2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı**

Levene ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçek şizofreni hastasının aile üzerindeki yükünü belirlemek amacıyla toplam 7 alt boyut ve 24 maddeden oluşmaktadır. Eğer belirli bir davranış ögesi hastada gözlemlenmiyorsa, bu ögeye sıfır (0) puan verilir ve ardından bir sonraki ögeye geçilir. Eğer incelenen davranış hastada mevcut ise, ikinci aşamaya geçilir ve bu davranışın aile üyeleri üzerinde yarattığı rahatsızlık, dördümlü Likert tipi ölçekte “1= hiç, 2= biraz, 3= oldukça, 4= çok fazla” biçiminde değerlendirilir. 2011 yılında Hülya Arslantaş ve arkadaşları tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Güvenilirlik katsayısını gösteren Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,916 olarak yüksek derecede güvenilir saptanmıştır (83). (Ek:2)

### **3.4.3. Kendini Damgalama Ölçeği-A (KDÖ-A)**

Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerde, hasta yakınlarının değerlendirmesi için kullanılan 14 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu ölçek, toplumdan uzaklaşma, hastalığın gizlenmesi ve düşük değer algısı olmak üzere üç alt faktörden meydana gelir. Değerlendirme, beşli Likert tipi ölçek kullanılarak gerçekleştirilir: '1= hiç uymaz, 2= biraz uyar, 3= orta derecede uyar, 4= genellikle uyar, 5= tamamen uyar'. Güvenilirlik katsayısını gösteren Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,884 olarak saptanmıştır (84). (Ek:3)

### **3.5. Verilerin Analizi**

Tüm istatistik analizleri IBM SPSS Statistics for Windows (Version 22.0; IBM Corp., Armonk, N.Y., USA) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma ve min-max değerleri kullanılarak raporlanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler veri dağılımına uygun olarak normal dağılım gösterenler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenler için Spearman korelasyon analizi ile araştırılmıştır. Araştırma gruplarına göre sayısal ölçümlerin bağımsız iki grup için karşılaştırılması veri dağılımına uygun olarak normal dağılım gösterenler için bağımsız örneklem t-testi ile, normal dağılım göstermeyenler için Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. İki den fazla gruba ait sayısal değişkenlerin karşılaştırılması için veri dağılımına uygun olarak normal dağılım gösterenlerde One-way Anova testi, normal dağılım göstermeyenler için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerde araştırma gruplarına göre oran karşılaştırmaları Ki-kare ve Fisher exact test yapılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

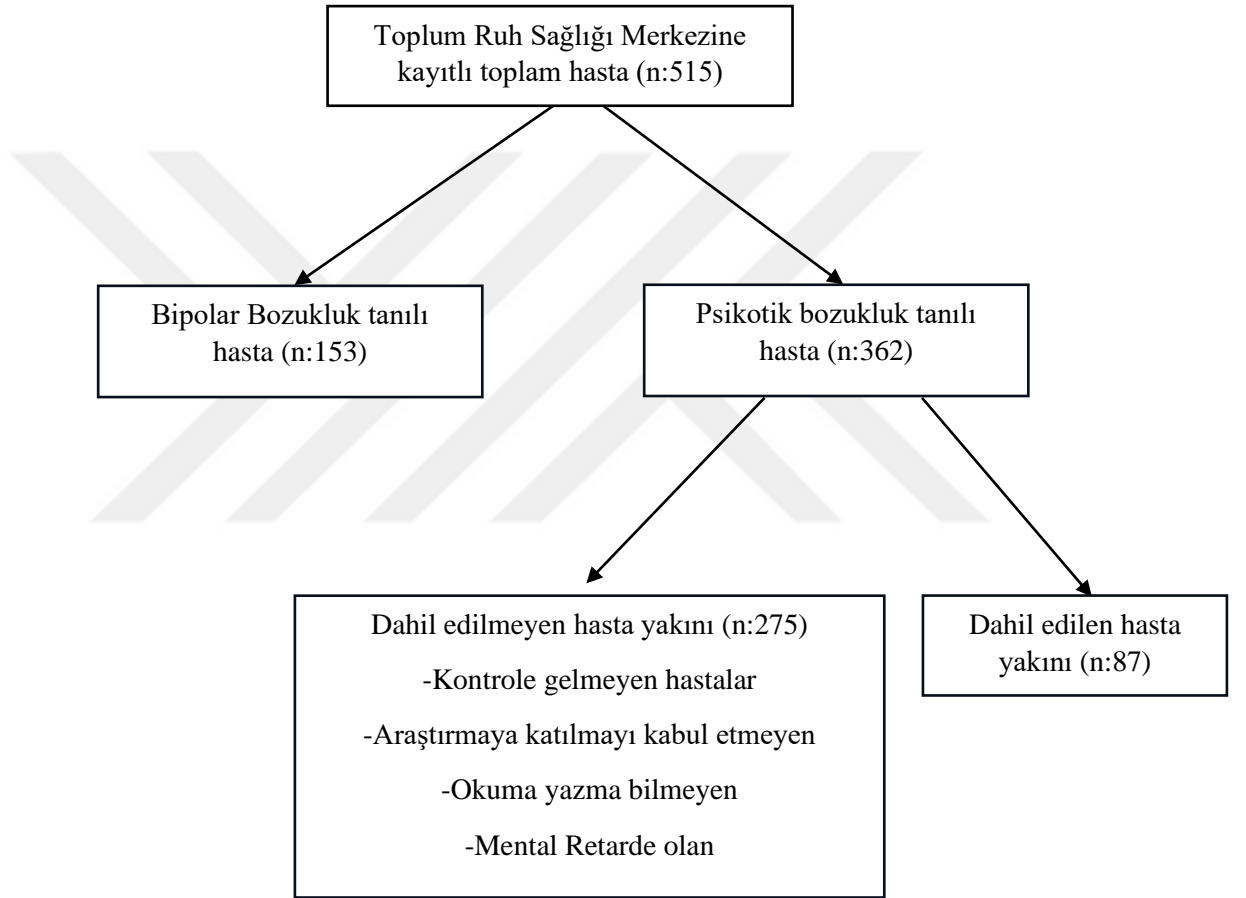
### **3.6. Etik Onay**

Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olan 28/12/2022 tarihli etik kurul karar numarası: 2022-117'dir. (Ek:1)

## 4. BULGULAR

### 4.1. Hasta Yakınlarının Demografik Veri Ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında belirlenen tarihler arasında 87 psikotik bozukluk tanısı olan hastanın aile üyesi değerlendirmeye alındı.



Şekil 1: Akış Şeması

Hasta yakınlarının %66.7'si kadın, yaş ortalaması yaklaşık 53 ve eğitim durumu %64.4'ü ilkokul mezunudur. %81.5 'i evli, %60.9 u işsiz ve %29.9'unu hastaya yakınlığı açısından eş ve anne rolündedir. Hasta yakınlarının demografik verileri ve klinik özelliklerinin detayı Tablo-1 'de gösterildi.

**Tablo-1: Hasta Yakınlarına Ait Demografik Veriler**

Yaş	53.09±12.11 (Min: 23 Max: 90)
Cinsiyet	Kadın: 58 (%66.7) Erkek: 29 (%33.3)
Medeni durum	Evli: 71 (%81.5) Bekar: 9 (10.4) Dul: 7 (%8.1)
Eğitim durumu	İlkokul: 56 (%64.4) Ortaokul: 8 (%9.2) Lise: 11 (%12.6) Üniversite: 12 (%13.8)
Meslek	Ev Hanımı: 53 (%60.9) Memur: 9 (%10.4) İşçi: 12 (%13.8) Emekli: 13 (%14.9)
Evdeki kişi sayısı	3.47±1.29 (Min: 2 Max: 8)
Damgalandığını düşündüğü psikiyatrik hastalık dışı ek hastalığı olan hasta yakını	Var: 5 (%5.7) Yok: 82 (%94.3)
Hastayla yakınlığı	Eş: 26 (%29.9) Anne: 26 (%29.9) Baba: 11 (%12.6) Kardeş: 15 (%17.2) Çocuk: 9 (%10.4)
Hastayla birlikte yaşadıkları süre (yıl)	27.30±11.98 (Min: 1 Max: 49)
Günlük ihtiyacını karşılayabiliyor mu?	Evet: 48 (%55.2) Hayır: 11 (%12.6) Kısmen: 28 (%32.2)
Aynı hastalığa sahip olan akraba var mı?	Evet: 28 (%32.2) Hayır: 59 (%67.8)
Sosyal destek alıyor mu?	Evet: 46 (%52.9) Hayır: 41 (%47.1)
Sosyal destek türü	Bakım maaşı: 23 (%26.5) Engelli maaşı: 18 (%20.7) Malulen emekli: 5 (%5.7) Yok: 41 (%47.1)
Aldığı destek yeterli mi?	Evet: 4 (%4.6) Hayır: 24 (%27.6) Kısmen: 18 (%20.7) Yok: 41 (%47.1)
Hasta yakını, aile hekimliğine hastası için başvurmuş mu?	Evet: 34 (%39.1) Hayır: 53 (%60.9)
Başvuru nedeni	Tedavi: 25 (%28.7) Bilgi: 9 (%10.4)

## 4.2. Hastaların Demografik Verilerine İlişkin Bulgular

Hastaların %73.6'sı erkek, yaş ortalaması 45 ve %64.4'ü şizofreni tanılıdır. %51.8'i bekar ve %82,8'i meslek sahibi değildir. Hastaların demografik verileri ve klinik özelliklerinin detayı Tablo-2' de gösterildi.

**Tablo-2: Hastalara Ait Demografik Veriler**

Yaş	45.55±13.35 (Min: 21 Max: 75)
Cinsiyet	Kadın: 23 (%26.4) Erkek: 64 (%73.6)
Hastalık tanısı	Şizofreni: 56 (%64.4) Şizoaffektif Bozukluk: 19 (%21.8) Atipik Psikoz: 12 (%13.8)
Tanı yaşı	26.28±9.72 (Min: 18 Max: 53)
Hastalık süresi (yıl)	19.28±11.16 (Min: 1 Max: 49)
Medeni durum	Evli: 37 (%42.5) Bekar: 45 (51.8) Dul: 5 (%5.7)
Eğitim durumu	İlkokul: 36 (%41.4) Ortaokul: 11 (%12.6) Lise: 26 (%29.9) Üniversite: 14 (%16.1)
Meslek	Var: 15 (%17.2) Yok: 72 (%82.8)
Başka hastalığı var mı?	Var: 29 (%33.3) Yok: 58 (%66.7)
Son 1 yıldaki yatış sayısı	0.20±0.48 (Min: 0 Max: 2)
Son yatış süresi (gün)	12.74±18.33 (Min: 0 Max: 90)

## 4.3. Algılanan Aile Yüğü ve Kendini Damgalama Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Hasta yakınlarının Algılanan Aile Yüğü Ölçeği ve Kendini Damgalama Ölçeği-Aile (KDÖ-A)'den aldığı toplam puan ile KDÖ-A alt boyutlarından aldıkları puanların ortalama ve standart sapmaları Tablo-3'de verildi.

**Tablo-3: Ölçek puanlarına ait veriler**

Algılanan Aile Yüğü Ölçeği	27.97±14.53 (Min: 4 Max: 70)
KDÖ-A (Değersizlik algısı boyutu)	9.78±4.51 (Min: 5 Max: 21)
KDÖ-A (Toplumsal çekilme boyutu)	10.24±4.46 (Min: 6 Max: 24)
KDÖ-A (Hastalığın gizlenmesi boyutu)	5.63±3.75 (Min: 3 Max: 15)
KDÖ-A Toplam	25.66±9.72 (Min: 14 Max: 55)

#### 4.4. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği İle Kendini Damgalama Ölçeği-A Puanı Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

AAYÖ ile KDÖ-A toplam puanı ( $p:0.002$ ), KDÖ-A değersizlik algısı ( $p:0.007$ ) ve KDÖ-A toplumsal çekilme ( $p:0.001$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptandı. Ancak AAYÖ ile KDÖ-A hastalığın gizlenmesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p:0.297$ ).

**Tablo-4: Algılanan Aile Yüğü Ölçeği İle KDÖ-A Skoru Ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki**

	KDÖ-A (Değersizlik algısı)	KDÖ-A (Toplumsal çekilme)	KDÖ-A (Hastalığın gizlenmesi)	KDÖ-A Toplam
AAYÖ	r: 0.289 <b>p: 0.007</b>	r: 0.337 <b>p: 0.001</b>	r: 0.113 p: 0.297	r: 0.321 <b>p: 0.002</b>

Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. r: Korelasyon Katsayısı.  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Ayrıca KDÖ-A ölçeği alt boyutlarının birbiri ile ilişkisi incelendiğinde; Hastalığın gizlenmesi ile Toplumsal çekilme ( $r:0.244$ ,  $p:0.023$ ) ve Değersizlik algısı ( $r:0.261$ ,  $p:0.014$ ) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanırken, Toplumsal çekilme ile Değersizlik algısı arasında ( $r:0.624$ ,  $p<0.001$ ) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

#### 4.5. Sosyodemografik Verilere Ait Özellikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Evdeki kişi sayısı ile AAYÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Hastalık süresi ile KDÖ-A toplumsal çekilme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Hasta yakını yaşı ile KDÖ-A değersizlik algısı ve KDÖ-A toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Ayrıca Son 1 yıldaki yatış sayısı ile hastanın yaşı ( $r:-0.230$ ,  $p:0.032$ ) ve hasta yakını yaşı ( $r:-0.353$ ,  $p:0.001$ ) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo-5: Hasta Ve Hasta Yakınlarına Ait Sürekli Değişkenler İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişki**

	AAYÖ	KDÖ-A (Değersizlik algısı)	KDÖ-A (Toplumsal Çekilme)	KDÖ-A (Hastalığın gizlenmesi)	KDÖ-A Toplam
Hasta yaşı	r:-0.063 p:0.562	r:-0.083 p:0.442	r:0.121 p:0.263	r:-0.109 p:0.316	r:-0.021 p:0.845
Tanı yaşı	r:-0.166 p:0.124	r:-0.080 p:0.463	r:-0.120 p:0.267	r:-0.025 p:0.816	r:-0.105 p:0.331
Hastalık süresi	r:0.058 p:0.592	r:0.014 p:0.898	<b>r:0.211</b> <b>p:0.050</b>	r:-0.034 p:0.758	r:0.101 p:0.352
Son 1 yıldaki yatış sayısı	r:0.138 p:0.202	r:-0.091 p:0.400	r:-0.020 p:0.852	r:-0.019 p:0.861	r:-0.071 p:0.515
Son yatış süresi	r:0.053 p:0.628	r:-0.097 p:0.370	r:0.004 p:0.972	r:0.016 p:0.883	r:-0.030 p:0.783
Hasta yakını yaşı	r:-0.102 p:0.348	<b>r:0.286</b> <b>p:0.007</b>	r:0.069 p:0.526	r:0.185 p:0.087	<b>r:0.256</b> <b>p:0.017</b>
Birlikte yaşadıkları süre	r:-0.022 p:0.841	r:0.112 p:0.300	r:0.011 p:0.918	r:0.058 p:0.591	r:0.139 p:0.199
Evdeki kişi sayısı	<b>r:0.328</b> <b>p:0.002</b>	r:0.050 p:0.646	r:0.159 p:0.142	r:-0.001 p:0.992	r:0.081 p:0.456

Spearman Korelasyon Analizi uygulanmıştır. r: Korelasyon Katsayısı.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Demografik verilerdeki özellikler ve ölçek sonuçlarına ait veriler Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi ile değerlendirdiğinde; hasta yaşı ve hasta yakınının hasta ile birlikte yaşama süresi normal dağılım gösterirken diğer değişkenlerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır.

**Tablo-6: Sosyal Destek Varlığı İle Ölçek Skorları Arasındaki İlişki**

	Sosyal Destek		p-değeri
	Var (n:46)	Yok (n:41)	
AAYÖ	32.09±13.89	23.34±13.98	<b>0.001</b>
KDÖ-A (Değersizlik algısı)	10.35±4.60	9.15±4.37	0.174
KDÖ-A (Toplumsal Çekilme)	11.11±5.04	9.27±3.51	0.200
KDÖ-A (Hastalığın gizlenmesi)	5.91±3.95	5.32±3.53	0.489
KDÖ-A Toplam	27.37±10.56	23.73±8.40	0.109

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Sosyal destek varlığı ile AAYÖ arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ( $p:0.001$ ).

Günlük ihtiyaçlarını tam olarak karşılayabilen hastaların yakınlarının AAYÖ skorları, kısmen karşılayabilen veya karşılayamayan hastaların yakınlarına göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Hasta ve yakınlarına ait diğer sosyodemografik veri özellikleri ile ölçek skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yorumlanmaya değer ve istatistiksel olarak anlamlı başka bulgu saptanmamıştır.

Aile hekimine başvuran ve başvurmayanlar arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p: 0.200$ ).

**Tablo-7: Hasta yakını cinsiyeti ile ölçek skorları arasındaki ilişki**

	Kadın (n:58)	Erkek (n:29)	<i>p</i> -değeri
AAYÖ	27.48±14.79	28.93±14.21	0.595
KDÖ-A (Değersizlik algısı)	10.10±4.67	9.14±4.16	0.352
KDÖ-A (Toplumsal Çekilme)	10.59±4.57	9.55±4.22	0.204
KDÖ-A (Hastalığın gizlenmesi)	6.10±3.99	4.69±3.05	0.203
KDÖ-A Toplam	26.79±9.56	23.38±9.80	0.066

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo-8: Hasta cinsiyeti ile ölçek skorları arasındaki ilişki**

	Kadın (n:23)	Erkek (n:64)	<i>p</i> -değeri
AAYÖ	23.44±13.45	29.59±14.66	0.082
KDÖ-A (Değersizlik algısı)	9.57±4.77	9.86±4.45	0.716
KDÖ-A (Toplumsal Çekilme)	9.17±3.77	10.63±4.65	0.225
KDÖ-A (Hastalığın gizlenmesi)	4.87±2.83	5.91±4.01	0.321
KDÖ-A Toplam	23.61±8.37	26.39±10.12	0.300

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Algılanan aile yüküne en çok katkısı olan faktörler sırasıyla “çok fazla sigara içiyor” ve “üzgün görünüyor” olarak saptanmıştır. En az katkısı olan faktörler sırasıyla “insanlara rahat veriyor” ve “şiddet kullanacak hissi” olarak saptanmıştır.

KDÖ-A ve AAYÖ ile hastanın eğitim durumu arasında ilişki incelendiğinde hastaların eğitim düzeyi arttıkça KDÖ-A ve AAYÖ puanlarının azaldığı görülmüş ancak sadece AAYÖ puanlarında üniversite mezunları ile ortaokul ( $p:0.009$ ) ve lise ( $p:0.045$ ) mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır.

#### 4.6. KDÖ-A Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Analizi

Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla çoklu değişkenli lineer regresyon analizi gerçekleştirildi. Analizde hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ) puanı, ailede aynı hastalığın varlığı, sosyal destek varlığı gibi bağımsız değişkenler dahil edildi. Bu modele göre, bahsedilen bağımsız değişkenlerin toplam varyansın %24.8'ini açıkladığı gözlemlendi. Hasta yakını yaşının ( $p$ : 0.003) ve AAYÖ puanının ( $p$ : 0.004) Kendini Damgalama Ölçeği'ni anlamlı bir şekilde tahmin ettiği ve bu değişkenlerdeki artışın hasta yakınlarının kendilerini daha fazla damgaladığını gösterdiği bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. KDÖ puanını yordayan etmenlerin lineer regresyon sonuçları

Değişkenler	$\beta$	St.hata	Beta	t	p
Sabit*	16.516	6.73		2.368	0.020
Hasta yakınının yaşı	0.243	0.078	0.303	3.111	<b>0.003</b>
Hasta yakınının cinsiyeti	-3.704	2.035	-0.181	-1.820	0.072
AAYÖ total paunu	0.203	0.069	0.303	2.940	<b>0.004</b>
Ailede aynı hastalık varlığı	-2.571	2.114	-0.124	-1.216	0.227
Sosyal destek varlığı	-2.654	1.993	-0.137	-1.332	0.187

\*KDÖ puanı (Bağımlı değişken) sabit

Çoklu lineer regresyon analizi uygulanmış ve  $p < 0.005$  anlamlı olarak kabul edilmiştir. Multiple lineer regresyon analizi uygulanmıştır.  $R = 0.498$ ,  $R^2$  (%95 GA) = 0.248,  $F(5.81) = 5.353$ ;  $p < 0.001$ ; 0.248)

Referans kategoriler: Hasta yakını cinsiyeti: Kadın=0, erkek=1; ailede aynı hastalık varlığı: 0=var, 1= yok; Sosyal destek varlığı: 0=var, 1= yok.

#### 4.7. AAYÖ Puanını Yordayan Etmenlerin Lineer Regresyon Analizi

Çok değişkenli lineer regresyon analizi, bağımsız değişkenler olarak hasta yakınının yaşı, hasta yakınının cinsiyeti, ailede aynı hastalık varlığı, sosyal destek varlığı, günlük ihtiyacını karşılayabilme durumu ve bağımlı değişken olarak Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı (AAYÖ) skorunun dahil edildiğı bir model kullanılarak gerçekleştirildi. Analiz sonucunda, bu değişkenlerin toplam varyansın %32.3'ünü açıkladığı gözlemlendi. Ailede aynı hastalık varlığı ve sosyal destek varlığının AAYÖ skorunu anlamlı bir şekilde yordadığı bulundu. Özellikle, ailede aynı hastalık varlığının ( $p:0.025$ ) ve sosyal destek varlığının ( $p:0.009$ ), AAYÖ skorunda anlamlı bir azalmayla ilişkili olduğu saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. AAYÖ puanını yordayan etmenlerin lineer regresyon sonuçları

Değişkenler	$\beta$	St.hata	Beta	t	p
Sabit*	26.844	8.100		3.314	0.002
Hasta yakınının yaşı	0.096	0.135	0.084	0.712	0.479
Hasta yakınının cinsiyeti	5.179	3.333	0.183	1.554	0.126
Ailede aynı hastalık varlığı	-7.770	3.359	-0.281	-2.313	<b>0.025</b>
Sosyal destek varlığı	-9.102	3.343	-0.339	-2.723	<b>0.009</b>
Günlük ihtiyacını karşılayabilme durumu	7.328	4.244	0.214	1.726	0.090

\*AAYÖ puanı (Bağımlı değişken) sabit

Çoklu lineer regresyon analizi uygulanmış ve  $p<0.005$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

$R= 0.568$ ,  $R^2$  (%95 GA) = 0.323,  $F(5.53)= 5.056$ ;  $p=0.001$ ; 0.323)

Referans kategoriler: Hasta yakını cinsiyeti: Kadın=0, erkek=1; ailede aynı hastalık varlığı: 0=var, 1= yok; Sosyal destek varlığı: 0=var, 1= yok, Günlük ihtiyacını karşılayabilme durumu: 0=var, 1= yok

## 5. TARTIŞMA

Psikotik bozukluklarla birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişki, sağlık sisteminin temel bir parçasıdır ve son derece önemlidir. Bu tür psikiyatrik hastalıklar sadece bireyleri değil, aynı zamanda aileleri ve çevrelerini de büyük ölçüde etkileyebilir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetleri, bu hastalıkların yönetimi ve tedavisi konusunda merkezi bir rol oynamaktadır. Bu hastalıklar, bireylerin ve birlikte yaşadıkları aile üyelerinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir, ayrıca toplum genelinde ciddi bir yük oluşturabilirler.

Bu çalışma, psikotik bozukluğa sahip hastaların aile üyeleri üzerinde algılanan aile yükünün, bireylerin toplumdan izole olma eğilimini arttırarak içselleştirilmiş damgalama düzeyini arttırabileceğini incelemiştir. Bu şekilde, aile yükünün içselleştirilmiş damgalama düzeyini arttırma etkisi ve bireylerin toplumdan izole olma eğilimi arasındaki ilişki daha açık bir şekilde ifade edilebilir. Aile içinde, ağır bir ruhsal hastalığı olan ve sürekli bakıma ihtiyaç duyan bir bireyin bulunması, ailenin işleyişini olumsuz etkileyebilir. Bu durum, aile üyelerinin hayatlarını zorlaştıran çeşitli zorluklar ve sorumluluklarla sonuçlanabilir. Bu bağlamda, ciddi psikiyatrik sorunlara sahip bir birey ile birlikte yaşayan kişilerin algıladığı yükü anlamak ve bu yükün artması sonucunda ortaya çıkan içselleştirilmiş damgalama gibi faktörleri incelemek oldukça önemlidir. Bilinen yükleri hafifletmek için atılması gereken adımları belirlemek de büyük bir önem taşımaktadır.

Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinden alınan ortalama puan,  $27.97 \pm 14.53$  (Min: 4 Max: 70) olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak, araştırmaya katılan kişilerin genellikle aile yükünün ortalamanın altında algıladıkları görülmüş ancak bu algılamaların büyük bir çeşitlilik gösterdiği ve bazı katılımcıların daha yüksek algılamalara sahip olduğu anlaşılmıştır. Ölçekte, bireyin davranışlarının varlığı 1 puanla değerlendirilmektedir. Ayrıca, hasta yakınlarının bu bireyin davranışları nedeniyle ne kadar rahatsız olduğu da incelenmektedir. Bu rahatsızlık düzeyi her bir madde için 1 ile 4 arasında bir puanla ifade edilmektedir. Yani her madde için hasta yakını, bireyin davranışlarının neden olduğu rahatsızlık seviyesini hiç rahatsız olmamış (1) ile çok fazla rahatsız olmuş (4) arasında bir ölçekte değerlendirmektedir. Bu şekilde, hasta yakınlarının bireyin davranışlarına verdikleri tepkilerin ve bu davranışların nasıl bir etki yarattığının daha detaylı bir şekilde anlaşılması amaçlanmaktadır.

Kendini Damgalama Ölçeği, toplumdan çekilme, hastalığın gizlenmesi ve değersizlik algısı olmak üzere üç faktörlü 14 maddeden oluşan bir ölçektir. Hasta yakınları için yapılan incelemede, Kendini Damgalama Ölçeği'nden alınan puanların ortalama olarak  $25.66 \pm 9.72$  (Min: 14 Max: 55) olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, puanların artmasıyla hasta yakınlarının kendi kendilerini daha fazla damgaladıklarını göstermektedir.

Bu çalışmanın hipotezine yönelik yapılan analizler sonucunda Algılanan Aile Yükü Ölçeği ile Kendini Damgalama Ölçeği-Aile toplam puanı ( $p:0.002$ ) ve alt boyutlarından değersizlik algısı ( $p:0.007$ ) ile toplumsal çekilme arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, bu iki ölçek arasında bir değişken arttığında diğer değişkenin de arttığı görülmüştür. İlgili alt boyutlardan biri olan "değersizlik algısı" ile "toplumsal çekilme" arasında da pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak, AAYÖ ile KDÖ-A hastalığın gizlenmesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p:0.297$ ).

Toplumsal ve kültürel değişimlerin etkisiyle, ülkemizde geleneksel geniş aile yapısının yerini çekirdek aile modeline bıraktığı gözlemlenmektedir. Bu dönüşüm beraberinde ailelerin sosyal destek ağlarının daralmasını ve dolayısıyla sorumluluklarının artmasını getirmiştir. Benzer şekilde, dünyanın çeşitli ülkelerinde yürütülen araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (75).

Aile yükünün artmasının sonucunda, Kendini Damgalama Ölçeği alt boyutlarından olan toplumsal çekilme ve değersizlik düzeylerinin artış göstermesinin birçok potansiyel nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler şunlar olabilir: Aile yükünün artması, kişiler üzerinde artan stres ve baskıya yol açabilir. Bu artan stres bireylerin kendi kendilerini damgalama eğilimini artırabilir. Aynı şekilde, aile yükünün artması, kişilerin sosyal yaşamlarını sınırlayarak toplumsal çekilme eğiliminde olmalarına neden olabilir. Ayrıca, artan aile yükü, bireylerin duygusal olarak daha yorgun hissetmelerine neden olabilir ve bu da değersizlik duygularında artışa yol açabilir. Son olarak, aile yükünün artması, kişilerin sosyal destekten daha az yararlanmalarına neden olabilir, bu da insanların kendilerini yalnız veya desteksiz hissetmelerine yol açabilir.

Türkiye'deki psikotik bozukluk tanısı konmuş hastaların büyük bir çoğunluğunun düşük eğitim düzeyine ve düşük sosyoekonomik koşullara sahip olduğu gözlemlenmektedir. Hastaların büyük bir bölümünün aileleriyle yaşadığı, sadece çok azının aile dışında veya tek başına yaşadığı görülmektedir. Bu durum hastaların işlevselliğinde yaşanan azalmadan ve kendi bakımıyla ilgili güçlüklerden

kaynaklandığı, bu nedenle de hastaların çevreleriyle uyumlu bir şekilde yaşamlarının zorlaştığı ve ailelerinin desteğine daha fazla ihtiyaç duyduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, hastaların aileleri tarafından sağlanan destek, iyileşme süreçlerini hızlandırmada kritik bir role sahiptir (51).

Aile yükünün artmasına rağmen, Kendinin Damgalama Ölçeği'nin bir alt boyutu olan gizlenme düzeyini etkilememesi, karmaşık faktörlerin etkisinin doğrudan bir ilişkiyle açıklanamayabileceğini gösteriyor olabilir. Aile yükünün artışı, gizlenme düzeyini etkileyen diğer faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir. Bu durum, aile yükü ile gizlenme düzeyi arasında doğrudan bir bağlantının olmadığını düşündürebilir. Artan aile yükü, gizlenme düzeyini etkileyen diğer psikolojik veya sosyal değişkenler tarafından dengelemiş olabilir.

Hastalığın gizlenmesi ile Toplumsal çekilme ( $r:0.244$ ,  $p:0.023$ ) ve Değersizlik algısı ( $r:0.261$ ,  $p:0.014$ ) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanırken, Toplumsal çekilme ile Değersizlik algısı arasında ( $r:0.624$ ,  $p<0.001$ ) pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, hastaların hastalıklarını gizlemek istemelerinin altında yatan toplumsal damgalama ve dışlanma korkusuyla ilişkilendirilebilir. Hastalığını gizlemek, sosyal etkileşimlerden kaçınma eğilimine neden olarak toplumsal izolasyona yol açabilir. Ayrıca, hastalığını gizlemeye çalışan bir bireyin kendini toplumun dışında hissetmesi, kişinin özsaygısını düşürebilir ve değersizlik algısını artırabilir. Bu durum, bireyin kendi kimliğini ve değerini sorgulamasına yol açabilir.

Benzer şekilde, toplumsal çekilme, bireyin toplumdaki uzaklaşma ve izolasyon eğilimini ifade eder. Bu izolasyon, kişinin kendini yalnız ve değersiz hissetmesine neden olabilir. Sosyal ilişkilerin azalması veya yokluğu, bireyin kendini toplumda yetersiz veya değersiz olarak algılamasına yol açabilir. Sonuç olarak, hastalığın gizlenmesi, toplumsal çekilme ve değersizlik algısı arasında karmaşık bir ilişkiyi yansıtmaktadır. Bu ilişkiler, bireylerin psikotik bir hastalıkla başa çıkma stratejileri, toplumun tepkisi ve kişinin kendine olan algısı gibi çok sayıda faktöre bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle, her bireyin deneyimi farklı olabilir ve bu ilişkileri daha iyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada hastaların %64'ü erkek cinsiyetine aittir, %41.4 'ü ilköğretim mezunu ve %51.8'i bekar olarak belirlenmiştir. İşsizlik oranı ise %82.8 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada yer alan hastaların %42.5'i anne ve babasıyla yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada ele alınan hasta popülasyonunun demografik özellikleri, literatürde bulunan bilgilerle uyum içindedir.

Hasta yakınlarının ise %66.7'si kadın ve ortalama yaşları 53 olarak belirlenmiştir. Eğitim seviyelerinin %64.4'ü ilkokul mezunu düzeyindedir. Yakınlık derecelendirmesi incelendiğinde, en yaygın yakınlık derecesinin %29.9 ile eşler ve anneler tarafından oluşturulduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, psikotik bozukluk tanısı alan hastaların aile üyelerinin büyük çoğunluğunun kadın olduğu gözlemlenir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar da, hastalarla ilgilenen kişilerin çoğunun kadınlar olduğunu ve bu kadınların çoğunun annelerden oluştuğunu belirtir (63).

Hastaların ve hasta yakınlarının yaşları, hastalığın başlangıç yaşı, hastalığın süresi, son bir yıl içerisindeki hastaneye yatış sayısı ve süresi, hasta ile birlikte yaşama süresi, evde yaşayan kişi sayısı, alınan sosyal destek varlığı ve günlük ihtiyaçlarını karşılama durumu gibi demografik ve klinik veriler ile Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) arasındaki ilişki incelenmiştir.

Algılanan aile yüküne en çok katkısı olan faktörler sırasıyla “çok fazla sigara içiyor” ve “üzgün görünüyor” olarak saptanmıştır. En az katkısı olan faktörler ise sırasıyla “insanlara rahat veriyor” ve “şiddet kullanacak hissi” olarak saptanmıştır. Bu bulgu sonucunda, psikotik bozukluğa sahip bireylerin aileleri üzerindeki algılanan yükün hangi faktörlerden kaynaklandığı ortaya konulmaktadır. Toplum açısından değerlendirildiğinde, psikotik bozukluğun sadece bireyleri değil, aynı zamanda ailelerini de etkileyebileceği ve bu etkinin hangi faktörlere dayandığının anlaşılması önemlidir. Algılanan aile yükünün belirli durumları ve davranışları nasıl etkilediği, toplumun bu konudaki farkındalığını artırabilir ve empati geliştirebilir.

Çalışmada, çekirdek ailede aynı hastalığa sahip birinci derece hasta yakını çalışmaya dahil edilmemiştir. Aynı hastalığa sahip bir bireyin aynı aile içinde bulunması, aile üyelerinin hastalıkla ilgili daha fazla deneyim ve içgörü kazanmalarına katkı sağlayabilir. Bu deneyimler, aile üyelerinin hastalığı daha iyi anlamalarına ve hastalarına daha etkili destek sağlamalarına olanak tanır. Sonuç olarak, aynı hastalığa sahip bir aile üyesinin varlığı, hasta yakınları için bir tür destek kaynağı olarak görülebilir ve aile içi yükü hafifletebilir.

Sosyodemografik verilerin içinde dikkate değer bulgulardan biri, son 1 yıl içinde hastaneye yatış oranları ile hasta yaşının ( $r:-0.230, p:0.032$ ) ve hasta yakını yaşının ( $r:-0.353, p:0.001$ ) negatif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastanın ve hasta yakınının yaşının artmasıyla hastaneye yatış oranlarının azaldığı görülmüştür. Bu durumun sebepleri arasında, ileri yaş gruplarının tedavi uyumunun daha yüksek olması,

sık sağlık kontrollerine gitmeleri ve evde bakım hizmeti almaları gibi faktörler sayılabilir.

Diğer bir önemli bulgu, aile hekimine başvuran ve başvurmayanlar arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p:0.200$ ). Aile hekimliğine yapılan başvurularda, psikiyatrik hastalığı olan hastaların yakınlarının karşılaştığı zorluklar çeşitli faktörleri içermektedir. Bu faktörler arasında yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve ulaşım imkanları yer almaktadır. Ayrıca, başvuruları azaltan diğer durumlar arasında, hasta yakınlarının sunulan hizmetlerin içeriğinden yeterince haberdar olmamaları, aile hekiminin diğer uzmanlık alanlarına göre daha basit sağlık sorunlarına odaklandığı algısı ve olumsuz hasta-hekim iletişimi sayılabilir (76).

Psikiyatrik hastalıkların ilk aşamada doğru bir şekilde tanınmaması ve uygun teşhisin konulmaması, hastaların uygun tedavi ve destek almasının önünde ciddi bir engel oluşturabilir. Ayrıca, tedavi süreçlerine uyum sağlamak da önemlidir ancak bazı hastalar bu konuda güçlükler yaşayabilir, bu da düzenli tedavi alımını ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir. Bunun yanı sıra, psikiyatrik hastalıkların sosyal hayatı olumsuz etkilemesi, bireylerin sosyal ilişkilerini, iş performansını ve günlük aktivitelerini olumsuz etkileyebilir. Tüm bu faktörler, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yakınlarının karşılaştığı zorlukların anlaşılmasını ve bu zorluklarla başa çıkmak için gereken destek ve çözüm yollarını belirlemenin önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada hasta ve hasta yakını cinsiyeti incelendiğinde, algılanan aile yükü ile arasında belirgin bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, daha önce yapılan çalışmalarda da ortaya konulmuştur. Farklı bir çalışmada ise bakımı üstlenen kişinin kadın olmasının daha yüksek oranda yük ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (65). Bu durumun altında, genellikle kadınların geleneksel olarak bakım rolünü üstlendiği ve ev içi sorumlukları daha fazla oranlara yüklendiği toplumsal dinamikler yatmaktadır.

Ayrıca, farklı kültürler ve topluluklar içinde cinsiyetle ilişkilendirilen aile yükünün algılanması konusundaki farklılıkların etkilerini anlamak, bakım politikaları ve destek sistemlerinin daha etkili bir şekilde oluşturmasına katkı sağlayabilir. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalar, farklı aile yapılarını ve kültürlerdeki çeşitlilikleri daha derinlemesine inceleyerek bu ilişkinin daha iyi anlaşılmasına ve daha etkili destek sağlanmasına yardımcı olabilir.

Mevcut araştırmaların genel bir perspektifi, psikotik bozukluk tanısı olan hastaların bakımını üstlenen bireylerin yaşadığı yükü etkileyen faktörleri açıklığa kavuşturmuştur. Bu faktörler arasında hastanın yaş grubu, cinsiyeti, ekonomik

durumu, medeni durumu, hastalığın belirtileri ve süresi gibi etkenler bulunmaktadır (75,77,78).

Literatürde hastaların yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi gibi faktörler ile algılanan aile yükü arasında ilişkiler olduğu belirtilmektedir. Yaptığımız çalışmada da evdeki kişi sayısı, günlük ihtiyaçlarını karşılama düzeyleri ve eğitim düzeyleri ile Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAYÖ) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca, daha önce yürütülen bir araştırmada, hastalığın süresi boyunca hastanede geçirilen toplam yatış günü ile aile yükü arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (34). Bu bulgular, hastaların bakımını üstlenen bireylerin algıladıkları yükün çeşitli faktörlerden etkilendiğini ve bu faktörlerin anlaşılmasının bakım politikaları ve destek sistemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Evdeki kişi sayısı ile AAYÖ arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $r:0.328$   $p:0.002$ ). Evdeki kişi sayısının fazla olması, ailenin içindeki iletişimi ve dinamiği etkileyebilir. Bu durum, aile içindeki ilişkilerde gerilimlere veya streslere neden olabilir. Hem hastanın bakımını üstlenen bireyler hem de diğer aile üyeleri arasındaki destek ve iletişim, büyük önem taşır. Evdeki kişi sayısının artmasının, psikiyatrik hastalıkların bakımını üstlenen aile bireyleri üzerindeki yükü artırabileceği göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle, bakım verenlerin desteklenmesi, kaynaklara erişimleri sağlanması ve gerektiğinde profesyonel yardım almaları önemlidir.

Günlük ihtiyacını karşılayabilen hastaların, yakınlarında kısmen karşılayabilen ve karşılayamayanlara göre AAYÖ skorları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Bu durum, hastanın günlük ihtiyaçlarını daha bağımsız bir şekilde karşılayabilen hastaların ailelerinde, bakım ve destek yükünün daha az olduğunu işaret etmektedir. Hastanın kendi başına bazı temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, aile üyelerinin sürekli olarak yanında olma ve destek sağlama zorunluluğunu azaltabilir. Bu, aile bireylerinin daha fazla özgürlük ve zaman kazanmalarına yardımcı olabilir. Hastaların kendine güveni artabilir, kendi bakım ve ihtiyaçlarını yönetme becerileri gelişebilir.

Ayrıca, aile bireyleri de daha az stres ve yük altında hissedebilirler, çünkü hastanın bağımsızlığı aile içindeki dengeyi sağlayabilir. Hastaların günlük yaşam becerilerini geliştirmeleri, bağımsızlık düzeylerini artırmaları ve aileleri üzerindeki bakım yükünü azaltmaları için eğitim ve rehberlik alması gerekebilir. Bu şekilde, hem hastaların hem de ailelerin yaşam kalitesinin artması hedeflenebilir.

Yapılmış bir çalışmada, sosyal etkinliklerde daha aktif olan, dışarıda vakit geçiren, zihinsel kapasitesi yüksek, verimli bir şekilde çalışabilen, sosyal ilişkilerde başarılı ve bakım gereksinimleri daha düşük olan bireyler, ailelerine daha az yük getirebilir. Bu durum, tabii ki ailelerin taşıdığı sorumluluğun daha az olacağını gösterir (79).

Sosyal destek varlığı ile Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ( $p:0.001$ ). Psikotik bozukluk tanısı alan hastaların aileleri için sosyal destek varlığı ile aile yüğü arasında pozitif bir ilişkinin bulunması anlamlı ve anlaşılabilir bir durumdur. Sosyal destek, ailelere duygusal, fiziksel ve pratik anlamda yardım sağlayabilen önemli bir faktördür. Örneğın bir çalışmada, hastalar ve ailelerinin stresle başa çıkma süreçlerinde sosyal destek faktörünün büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonelleri, hastalar ve ailelerinin stresini hafifletmelerine yardımcı olmak için toplumun sunduğı doğal destek ağlarını kullanabilirler (80). Sosyal destek, sadece bir dayanak sağlamakla kalmaz, aynı zamanda destek sağlayıcılara da duygusal destek ve anlayış sunarak bir bütün olarak etkili bir yardım sistemini temsil eder.

Sosyal destek varlığı ile Kendini Damgalama Ölçeğı – Aile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sosyal destek ve kendini damgalama düzeyleri arasındaki ilişki karmaşık olabilir ve tek bir kurala indirgenemez. Ancak, sosyal destek genellikle psikotik bozukluk tanısı olan hastaların ve ailelerinin psikolojik iyi oluşunu olumlu yönde etkileyebilir ve kendini damgalama düzeylerini azaltabilir. Genel olarak sosyal destek, psikotik bozukluk tanısı olan hastaların ailelerinin kendini damgalama düzeylerini azaltmada olumlu bir rol oynayabilir, ancak her hasta ve aile için bu ilişki farklılık gösterebilir. Bu nedenle, bireylerin ihtiyaçlarına ve koşullarına uygun şekilde sosyal destek sağlamak önemlidir.

Psikotik bozukluk tanısı olan hastaların aile üyelerindeki endişeler genellikle hastanın bakımı ve geleceğı ile ilgilidir. Bu grup hastalığın bakımı zor ve yorucu olabilmektedir. Psikotik bozukluğu olan hastaların aileleri, hastalığın teşhis edildiğı ilk evrelerde şaşkınlık, endişe ve hayal kırıklığı yaşar. İlerleyen yıllarda ise bıkkınlık, utanç, suçluluk ve hayal kırıklığı hissederler. Psikotik bozukluk tanısı olan hastaların aileleri, hastalığın akut dönemlerinde zor bir zaman geçirdiğini, kendisine neler olduğunu anlamaya çalıştığını, gerçek dünyayla kendi algıları arasında sıkışıp kaldığını belirtmektedirler. Bir diğeri endişeyi arttıran faktör ise, ailelerin kendi vefatları sonrasında hastalarının durumuyla ilgili neler olacağına dair duydukları endişedir (5).

Hasta yakını yaşı ile KDÖ-A değersizlik algısı ( $r: 0.286$ ,  $p: 0.007$ ) ve KDÖ-A toplam puanı ( $r: 0.256$ ,  $p: 0.017$ ) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşlı bir hasta yakını için, psikotik bozukluk tanısı almış bir hastayla başa çıkmak zor olabilir ve bu süreçte değersizlik algısı artabilir. Bu süreçte yaşlı bireylerin genellikle daha az bilgiye ve deneyime sahip olmaları, sosyal çevreden uzaklaşmaları, fiziksel ve duygusal yetersizlikleri gibi faktörler etkili olabilir. Ayrıca, toplumun ruhsal hastalıklar konusundaki tutumu da süreci etkileyen unsurlardan biri olarak ön plana çıkar. Bu konuda literatürde yapılan diğer çalışmalar da bu veriyi açıklamada aydınlatıcı olmuştur.

Örneğin, bir çalışmaya göre, hasta yakınlarının yaklaşık yarısı, rahatsızlığın ortaya çıkmasını ruhsal yapının zayıflığına bağlamıştır. Benzer şekilde, başka bir çalışma da bu görüşü desteklemekte ve hasta yakınlarının ruhsal bozukluğa sahip bireyleri normal insanlardan farklı ve değersiz olarak algıladığını, hastalığın özellikle olumsuz anne-baba ve çocuk ilişkilerinden kaynaklandığına inandığını ortaya koymaktadır (81).

Kendini Damgalama Ölçeği-Aile ve Algılanan Aile Yüğü Ölçeği ile hastanın eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların eğitim düzeyi arttıkça KDÖ-A ve AAYÖ puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Ancak, yalnızca AAYÖ puanlarında üniversite mezunları ile ortaokul ( $p:0.009$ ) ve lise ( $p:0.045$ ) mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bununla birlikte, bu düşünüş sadece Algılanan Aile Yüğü (AAYÖ) puanları için istatistiksel olarak anlamlıdır. Üniversite mezunları arasında, ortaokul veya lise mezunlarına göre algılanan aile yüğü daha düşük seviyelerde bulunmuştur.

Bu bulgular, hastaların eğitim seviyelerinin artmasıyla aile içi damgalama algısı ve algılanan aile yükünün azaldığını göstermektedir. Yani, daha yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların, aile içinde damgalama hissi ve aile yüğü altında daha az stres yaşadığı sonucuna ulaşılabilir. Eğitim düzeyine bağlı olarak ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar incelendiğinde, yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi ile damgalama düzeyi, hastalığın tehlikeli olduğu algısı ve çaresizlik algısı arasında katılımcıların yakınlarını ne kadar hasta gördükleri ile anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Bu çerçevede, eğitim seviyesi azaldıkça hastalara yönelik olumsuz inançların arttığı, hastalığın daha tehlikeli ve şiddetli bir şekilde değerlendirildiği ve hasta yakınlarının daha fazla çaresiz hissettiği gözlemlenmiştir. Çeşitli değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim vb) için farklı ve hatta bazen çelişen sonuçların bulunduğu birçok

çalışma olsa da, genel olarak daha düşük sosyal sınıf veya sosyoekonomik düzeyin, ruhsal hastalıkların tanınmasını, hastalara yönelik sosyal mesafeyi ve damgalama eğilimini olumsuz yönde etkilediği literatürde tutarlı bir şekilde belirtilmektedir (58,64,72).

Önemli olan bir diğer sonuç, hastalık süresi ile KDÖ-A toplumsal çekilme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $r:0.211$   $p:0.050$ ). Bu alt boyut, kendini çekme ve izolasyon gibi duygusal durumları ölçmektedir. Bu tür ilişkileri anlamak, hem hastaların hem de hasta yakınlarının destek ve tedavi süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetilmelerine yardımcı olabilir. Bu bağlamda, hasta yakınları psikiyatrik tedavi gören hastalarını zamanla daha az hasta olarak değerlendirirken, daha fazla utanmaya başladıkları görülmektedir. Bu durum benzer şekilde tedavi süresi için geçerlidir. Tedavi süresi bir yılın üzerine çıktıkça, katılımcıların hastalarından utanma seviyelerinin arttığı gözlenmektedir (34).

Bu sonuçlar, hastaların ve hasta yakınlarının psikolojik durumları, sosyal etkileşimleri ve algıladıkları yük arasındaki dinamikleri anlamamıza yardımcı olabilir. Bu tür ilişkilerin anlaşılması, daha etkili destek ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınları üzerinde yapılan araştırmaya göre, ailelerin büyük bir bölümünün reddedilme ve etiketlenme korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi gösterdiği belirlenmiştir. Bizim çalışmamız ile arasındaki farklılıkların sebepleri arasında hastalığın süresi, katılımcı sayısı, çalışmanın yapıldığı merkez, hasta ve hasta yakını yaşları gibi birçok faktörün etkili olduğu görülmektedir (82).

## 5.1. Sınırlılıklar

Bu çalışmada incelenen katılımcılar, Çorum İli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan takip edilen hastaların aile üyelerinden oluşmaktadır. Bu durum, elde edilen sonuçların tüm psikotik hastaların yakınlarına genelleştirilmesini zorlaştırmaktadır.

Araştırma, kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır ve damgalama ile aile yükünü etkileyen diğer faktörler (örneğin, çevrenin eğitim düzeyi, yaşanan yer, vb.) üzerindeki etkileri incelememiştir.

Ayrıca çalışmaya katılmayan veya katılmayı reddeden hastalar arasında, ulaşım zorluğu çeken, mesleki sorumlulukları olan veya hastalarını yalnız bırakamayan bireylerin algılanan aile yükünün daha yüksek olabileceği bir durum göz ardı edilmiştir.

Bu araştırma, algılanan aile yükünün artmasının içselleştirilmiş damgalama üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi ve elde edilen sonuçlar, bu iki faktör arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu gösterdi. Bu nedenle, içselleştirilmiş damgalamanın aile yükünü artırma potansiyeline sahip olabileceği konusunda daha fazla metodolojik çalışmanın gerekliliği ortaya çıktı.

## 6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Kronik psikotik bozukluk tanılı hastaların yakınlarında aile yükü ve damgalama, bireylerin ruhsal iyilik halini etkileyen önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastaların, sosyal çevrelerinden gelen dışlanma etkilerini içselleştirilmesi, kendini damgalamayla sonuçlanmaktadır. Hem aile yükünü artırabilen hem de tedavi uyumunu bozabilen damgalama, ruhsal hastalıkların yönetiminde büyük bir öneme sahiptir. Bu sebeple, damgalama ile mücadele öncelikli bir hedef olarak kabul edilmelidir.

Bu çalışmaya katılmayan ve kabul etmeyen hastalar arasında, ulaşım sıkıntısı yaşayan, mesleki sorumlulukları olan veya hastalarını yalnız bırakamayan hastaların algılanan aile yükünün daha yüksek olabileceği bir durum göz ardı edilmiştir. Bu önemli konunun göz önünde bulundurulmaması, gelecekte yapılacak çalışmalara yön verme potansiyeli taşımaktadır. Bu nedenle, benzer durumları inceleyen çalışmalar, bu faktörleri daha ayrıntılı bir şekilde ele alarak, hastalar üzerindeki aile yükünün daha iyi anlaşılmasına ve uygun destek mekanizmalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Sağlık profesyonellerine yönelik yapılacak öneriler:

1. Eğitim ve Danışmanlık: Aile üyelerine yönelik hastalık veya sağlık sorunları hakkında eğitim ve danışmanlık sunabilirler. Bu, aile üyelerinin hastalığın belirtileri, tedavisi ve yönetimi konusunda daha bilinçli olmalarına yardımcı olabilir. Bu bilgi, hastaların ve ailelerinin durumu daha iyi anlamalarına ve yanlış inançlara karşı mücadele etmelerine yardımcı olabilir.
2. Destek ve Empati: Hastalara ve ailelere duygusal destek ve empati sunabilirler. Bu, hastaların ve ailelerinin kendilerini daha az yalnız hissetmelerine ve daha olumlu bir psikolojik sağlık deneyimi yaşamalarına yardımcı olabilir.
3. İletişim Becerileri: Aile üyelerine hastalarıyla daha etkili iletişim kurma becerileri konusunda rehberlik edebilirler. İletişim, hasta yakınlarının hastalarına daha iyi destek olmalarına yardımcı olabilir.
4. Bakım Koordinasyonu: Aile hekimlikleri, hasta bakımının koordinasyonunu sağlayabilirler. Farklı sağlık hizmetleri ve sağlık profesyonelleri arasında iletişimi kolaylaştırarak aile üyelerinin bakımın karmaşıklığıyla başa çıkmasına yardımcı olabilirler.

5. Ruhsal Destek: Aile üyelerinin stresle başa çıkmalarına ve duygusal refahlarını korumalarına yardımcı olabilir.
6. Bakım planlaması: Hastanın ihtiyaçlarına ve ailenin kaynaklarına uygun olarak hazırlanmalıdır.
7. Topluluk kaynakları: Aile üyelerine topluluk kaynakları hakkında bilgi vermelidirler. Bu kaynaklar, aile üyelerinin destek, finansal yardım veya rehberlik arayışlarında faydalı olabilir.
8. Esneklik: Aile üyelerinin değişen ihtiyaçlarına ve zorluklarına duyarlı olmalıdırlar. Bakım planlarını ve destek stratejilerini esnek tutarak ailelere uyum sağlamalarına yardımcı olabilirler.
9. İşbirliği: Diğer sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar gibi uzmanlarla işbirliği yaparak ailelere daha kapsamlı bir destek ağı sunabilirler.
10. Damgalama azaltma: Hastalara ve ailelere damgalama konusunda eğitim verebilirler. Bu eğitimler, damgalama ile başa çıkma stratejileri ve olumsuz inançlarla mücadele yöntemleri hakkında bilgi sağlayarak, kendini damgalamayı azaltabilir.

Bu öneriler, aile yükünü ve içselleştirilmiş damgalama düzeyini azaltmada yardımcı olabilir ve aile üyelerinin hastalarına daha iyi destek vermelerine katkı sağlayabilir. Başta toplumun genel algısı olmak üzere, hastaların hızlı erişebileceği sağlık profesyonellerinin desteği, damgalama ile mücadelede kritik bir rol oynayabilir. Ancak, bu profesyonellerin öncelikle psikotik hasta grubu ve maruz kaldıkları damgalama hakkında detaylı bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, psikotik hastaların yakınlarına damgalama ve aile yükü konularında eğitimlerin yaygınlaştırılması, bu konudaki farkındalığı arttırabilir.

Sağlığa yön veren politikacılara yapılabilecek öneriler ise:

1. Farkındalık Kampanyaları: Politikacılar, toplumda aile yükünün ve içselleştirilmiş damgalamanın sağlık üzerindeki etkilerini vurgulayan bilinçlendirme kampanyaları düzenleyebilirler.
2. Eğitim ve Bilinçlendirme: Politikacılar, okullarda, işyerlerinde ve toplum merkezlerinde aile yükü ve içselleştirilmiş damgalama hakkında eğitim programlarına destek verebilirler. Eğitim, bu konuları anlayışla ele almanın önemini vurgulayabilir.

3. İstihdam ve Aile Dostu Politikalar: Politikacılar, iş yerlerinde esnek çalışma saatleri, çocuk bakımı imkanları ve aile dostu politikaların teşvik edilmesini sağlayabilirler. Bu, ailelerin iş ve aile sorumluluklarını dengelemelerine yardımcı olabilir.
4. Toplum Desteği: Politikacılar, toplum merkezleri ve destek gruplarının oluşturulmasını veya güçlendirilmesini destekleyebilirler. Bu tür kaynaklar, aile yükünü taşıyanlara ve içselleştirilmiş damgalama ile mücadele edenlere destek sağlayabilir.
5. İnsan Haklarına Saygı: Politikacılar, insan haklarına saygıyı teşvik edebilirler. İçselleştirilmiş damgalamaya karşı mücadelede, insanların eşit haklara sahip olduğu vurgulanmalıdır.
6. İşbirliği: Politikacılar, sivil toplum kuruluşları, sağlık profesyonelleri, akademisyenler ve diğer paydaşlarla işbirliği yaparak bu konuları ele almada daha etkili politikalar geliştirebilirler.

Bu adımlar, aile yükünü ve içselleştirilmiş damgalamayı ele alarak sağlığa yönelik politikaların daha kapsamlı ve etkili bir şekilde oluşturulmasına yardımcı olabilir. Politikacıların bu konulara duyarlılık göstermeleri ve toplumun sağlık ve refahını iyileştirmek için çaba harcamaları önemlidir.

Sonuç olarak, sağlık profesyonelleri, psikotik bozukluk hastalarının yakınlarına aile yükü ve damgalamayı azaltıcı müdahaleleri uygulamalı ve bu faktörleri hastaların takibinde göz önünde bulundurulmalıdır. Bu şekilde, kronik psikotik bozuklukların yönetiminde önemli adımlar atılabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Brundtland GH. Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78:411-411.
2. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. Birinci baskı, Ankara, 1998.
3. Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. Ünsal Barlas G, editör Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Ankara: Türkiye Klinikleri, 2018.
4. Kesgin MT, Pehlivan S, Uymaz P. Study of validity and reliability of the Mental Health Literacy Scale in Turkish/Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Gecerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2020;21(S2):5-14.
5. Köroğlu A, Hocoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(3):170-5.
6. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. Bulletin of the World Health Organization. 2004;82:251-8.
7. Öztürk MO , Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozukluklar, Ankara; Nobel Tıp Kitapevi; 2020.
8. Öztürk MO , Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozukluklar, Ankara; Nobel Tıp Kitapevi; 2020.
9. Rössler W, Salize HJ, Van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. European neuropsychopharmacology. 2005;15(4):399-409.
10. Sumakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific. 2018;2(1):43-61.
11. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6. Epub 2013 Aug 29. PMID: 23993280.

12. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Turk Psikiyatri Derg. 2011;22(1):40-52.
13. Köroğlu A, Hocoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(3):170-5.
14. Bird j., Harrison G.; Examinationnotes in psychiatry, 2nd edition. Wright Bristol, s:203, 1987.
15. Biedermann F, Fleischhacker WW. Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. CNS Spectr. 2016 Aug;21(4):349-54.
16. Belene E. Şizofreni’de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Uzmanlık tezi, Tc Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord Prof Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2009.
17. Sizofreni YM. Hastalığı Anlamak ve Onunla Yasamayı Öğrenmek. İkinci baskı, İstanbul, Okuyan. 2005.
18. Köroğlu, E. (Çev.) DSM-V tanı ölçütleri başvuru kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
19. Freeman D, Dunn G, Fowler D, Bebbington P, Kuipers E, Emsley R, vd. Current paranoid thinking in patients with delusions: the presence of cognitive-affective biases. Schizophrenia bulletin. 2013;39(6):1281-7.
20. Fatih B, Hacıosman Bz. Hezeyanlı Bozukluk Hakkında Güncel Ve Bilimsel Bulgular. The Journal of Social Science. 3(5):106-21.
21. Kaplan-Sadock Klinik Psikiyatri Kitabı (2007). 8.baskı, Güneş Kitapevi, s:1514- 21.
22. Öztürk MO , Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozukluklar, Ankara; Nobel Tıp Kitapevi; 2020.
23. Oral ET. Şizofreni diğer psikotik hastalıklardan nasıl ayrılmalıdır? Neden nasıl Şizofreni, 2005.
24. Scully PJ, Owens JM, Kinsella A, Waddington JL. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. Schizophrenia Research. 2004;67(2-3):143-55.

25. Lopez D, de Mamani AW. The interplay of family cohesion, self-stigma, and suicidal ideation in people of color with psychotic spectrum disorders. *Psychiatry research*. 2022;313:114639.
26. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82:251-8.
27. Erdoğan Kaya A, Yazici AB, Kaya M, Yazici E. The relationship between expressed emotion, personality traits and prognosis of alcohol and substance addiction: 6-month follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021;75(8):596-606.
28. Motlova L. Schizophrenia and family. *Neuro endocrinology letters*. 2007;28(Suppl 1):147-59.
29. Winefield HR, Harvey EJ. Needs of family caregivers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 1994;20(3):557-66.
30. Lefley HP. *Family caregiving in mental illness*. Sage Publications, 1996.
31. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26:149-62.
32. Sales E. Family burden and quality of life. *Quality of life research*. 2003;12:33-41.
33. Wong C, Davidson L, McGlashan T, Gerson R, Malaspina D, Corcoran C. Comparable family burden in families of clinical high-risk and recent-onset psychosis patients. *Early Intervention in Psychiatry*. 2008;2(4):256-61.
34. Gülseren L. Schizophrenia and the family: difficulties, burdens, emotions, needs. *Türk Psikiyatri Dergisi= Turkish Journal of Psychiatry*. 2002;13(2):143-51.
35. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M, vd. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(4):291-8.
36. Tel H, Terakye G. Sizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoegitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(3):133-42.

37. Cook JA, Hoffschmidt S, Cohler BJ, Pickett S. Marital satisfaction among parents of the severely mentally ill living in the community. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1992;62(4):552-63.
38. McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family process*. 2003;42(1):91-103.
39. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40:899-904.
40. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European psychiatry*. 2003;18(6):285-9.
41. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(3):285-92.
42. Alp Ü. Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri, Ek.* 2003;1:3-8.
43. Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38(6):337.
44. Meise U, Sulzenbacher H, Kemmler G, Schmid R, Roessler W, Guenther V. "... not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools. *Psychiatrische Praxis*. 2000;27(7):340-6.
45. Berglund N, Vahlne JO, Edman Å. Family intervention in schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2003;38:116-21.
46. Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D. Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. *Social science & medicine*. 2006;63(7):1912-22.
47. Beyhan B, Ekinçi M. Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (Rsttö) Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 5(15):63-83.

48. Bulduk S, Esin MN, Umut N. Adölesanların HIV/AIDS bilgi düzeyleri ve hastalığa karşı sosyal önyargıları. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2006;15(8):139-40.
49. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007;2(4):101-10.
50. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2008;5(1):1-16.
51. Soygür H, Özalp E. Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi*. 2005;1(12):74-80.
52. Helgason L. Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990;81(3):231-5.
53. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 1992.
54. González-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernández-Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42:14-23.
55. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics*. 2010;45(4):613-26.
56. Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S, Vollanski-Narkis A, Roe D. Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*. 2011;52(1):75-80.
57. Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*. 2005;18(1):32-8.
58. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. 2007;1:17-30.
59. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International journal of group psychotherapy*. 2011;61(4):576-95.
60. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*. 2003;121(1):31-49.

61. Ersoy MA, Varan A. Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163.
62. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American psychologist*. 1999;54(9):765.
63. Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir. *Neden nasıl şizofreni*. 2005;2:237-68.
64. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):99-110.
65. Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, vd. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(1):5-11.
66. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia bulletin*. 1998;24(1):115-26.
67. Bilge, A., & Çam, O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(1).
68. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö, Aker AA, Özturan DD, Ünverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27(1).
69. Van der Sanden RL, Pryor JB, Stutterheim SE, Kok G, Bos AE. Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: The mediating role of coping. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51:1233-45.
70. Eaton PM, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. Porche D, editör. *Nursing Research and Practice*. 17 Mayıs 2011;2011:392705.
71. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):214-31.
72. Aker, A. T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Gürol, T. D., & Boratav, R. C. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı.

73. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. *Social Science & Medicine Part E: Medical Psychology*. 1981;15(4):301-14.
75. Yılmaz AK. Şizofreni hasta yakınlarında aile yükü, kendini damgalama ve ilişkili etmenler, 2019.
76. Yapakçı A, Altun A, Kesen CH, Yılmaz E, Delican O, Atal SS. Ailelerin Aile Hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2019;10(1):22-38.
77. Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: Sistematik Derleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2017;8(3).
78. Ozlu A, Yıldız M, Aker T. Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015;28(2):147.
79. Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, vd. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the Biomed I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2000;35:109-15.
80. Irmak Ç, Altıntaş M. Aile içi şiddet mağduru kadınlarda ruhsal dayanıklılık, bağlanma biçimleri, başa çıkma tutumları ve psikopatoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(6):561.
81. Angermeyer M, Matschinger H. Relatives' beliefs about the causes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;93(3):199-204.
82. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*. 2000;6(1):65-72.
83. Arslantas, H., Adana, F., Dereboy, F., Altinyazar, V., İnal, S., Ildirli, G. S., & Kirci, Ç.(2011). Algılanan Aile Yükü Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 48(1).
84. Yıldız, M., İncedereb, A., Kirasa, F., Abut, F. B., Kırçalı, A., & İpçi, K. Development of Self-Stigma Inventory for Families of the patients with schizophrenia (SSI-F): validity and reliability study. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*.

## VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

### EK-1:SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

CİNSİYETİNİZ?	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
YAŞINIZ?	
MEDENİ DURUMUNUZ?	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Diğer:
EĞİTİM DURUMUNUZ?	İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri <input type="checkbox"/>
MESLEĞİNİZ?	Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Diğer:
EVİNİZDE YAŞAYAN KİŞİ SAYISI?	
DAMGALANDIĞINIZI DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?	Kanser <input type="checkbox"/> Bulaşıcı hastalık <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Cilt hastalığı <input type="checkbox"/> Diğer:
HASTANIZ İLE YAKINLIK DERECEİNİZ?	Eşi <input type="checkbox"/> Kızı <input type="checkbox"/> Oğlu <input type="checkbox"/> Gelini <input type="checkbox"/> Damadı <input type="checkbox"/> Annesi <input type="checkbox"/> Babası <input type="checkbox"/> Diğer:
HASTANIZ İLE NE KADAR SÜREDİR BİRLİKTE YAŞIYORSUNUZ?	
HASTANIZ KENDİ GÜNLÜK İHTİYAÇLARINI KARŞILAYABİLİR Mİ?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/>
AİLENİZDE AYNI HASTALIĞI SAHİP BAŞKA KİŞİ VAR MI?	Yok <input type="checkbox"/> Varsa yakınlık dereceniz:
BU HASTALIK SEBEBİYLE SOSYAL DESTEK ALIYOR MUSUNUZ?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
CEVABINIZ EVETSE NE TÜR BİR DESTEK ALIYORSUNUZ?	
ALDIĞINIZ DESTEĞİ YETERLİ BULUYOR MUSUNUZ?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/>
BU HASTALIK SEBEBİYLE AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURUNUZ OLDU MU?	Evet <input type="checkbox"/> (Nedir: ) Hayır <input type="checkbox"/>
AİLE HEKİMLİĞİNDEN NE TÜR BİR DESTEK ALDINIZ?	Tedavi <input type="checkbox"/> Bilgi <input type="checkbox"/> Destek <input type="checkbox"/> Diğer:
HASTANIZIN CİNSİYETİ?	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
HASTANIZIN YAŞI?	
HASTANIZIN TANI ALDIĞI YAŞI?	
HASTANIZIN MEDENİ DURUMU?	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Diğer:
HASTANIZIN EĞİTİM DURUMU?	İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri <input type="checkbox"/>
HASTANIZIN MESLEĞİ?	Evet <input type="checkbox"/> (Nedir: ) Hayır <input type="checkbox"/>
HASTANIZIN BAŞKA HASTALIĞI VAR MI?	Evet <input type="checkbox"/> (Nedir: ) Hayır <input type="checkbox"/>
HASTANIZIN SON BİR YILDA HASTANEYE YATIŞ SAYISI?	
HASTANIZIN EN SON HASTANEYE YATIŞ TARİHİ?	
HASTANIZIN EN SON HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ?	

**EK-2: ALGILANAN AİLE YÜKÜ ÖLÇEĞİ (AAYÖ)**

		A BÖLÜMÜ Bu davranış şu anda varsa (X) işareti koyarak belirtin.	B BÖLÜMÜ Bu davranışın sizi ne kadar rahatsız ettiğini (X) işareti koyarak belirtin.				
			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
1	Korkulu görünüyor.						
2	Üzgün görünüyor.						
3	Neşesiz görünüyor.						
4	İlaçlarını almıyor.						
5	Yardıma reddediyor.						
6	Yemeğini reddediyor.						
7	Yüksek sesle konuşuyor.						
8	Bağırıp çağırıyor.						
9	Yataktan çıkmıyor.						
10	Çok az konuşuyor.						
11	Pasaklı görünüşü var.						
12	Saçma sapan konuşuyor.						
13	İntihar edeceğim hissi veriyor.						
14	Bir şeylerden şüphe etmiş görünüyor.						
15	Küfür ediyor.						
16	Şiddet kullanacakmış hissi veriyor.						
17	Bir şeyleri/eşyaları fırlatıyor.						
18	İnsanlara rahat vermiyor.						
19	Başkalarını suçluyor.						
20	Kendine zarar veriyor.						
21	Olur olmaz gülüyor.						
22	İlaçlarını kafasına göre kullanıyor.						
23	Dolanıp duruyor.						
24	Çok fazla sigara içiyor.						

**EK-3: KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ-AİLE (KDÖ-A)**

Aşağıda ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının genellikle yaşadığı sıkıntılar listelenmiştir. Yaşadığınız sıkıntıların şiddetini anlayabilmemiz için her maddede kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.		Ba na hiç uy ma z	Bir az uy ar	Ort a de rec ed e uy ar	Ge nel likl e uy ar	Ta m uy ar
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 akrabalarıma 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					