



**T.C.  
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI**

**EBEVEYİNİ ŞİZOFRENİ HASTASI OLAN  
BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI DENEYİMLERİ:  
FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

**NERMİN KILIÇ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KIRŞEHİR-TEMMUZ/2022**



T.C.  
KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI

EBEVEYİNİ ŞİZOFRENİ HASTASI OLAN  
BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI DENEYİMLERİ:  
FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA

NERMİN KILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ

2022

## KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı 201217004 öğrenci numaralı Nermin KILIÇ tarafından hazırlanan “**Ebeveyni Şizofreni Hastası Olan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimleri: Fenomenolojik Bir Çalışma**” adlı tez çalışması **26.07.2022** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda “**Başarılı**” bulunarak jürimiz tarafından oy birliği/oy çokluğu ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Tez Jürisi

**Dr. Öğr. Üyesi Yunus KAYA**

Aksaray Üniversitesi

(Başkan)

**Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Danışman)

**Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN**

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

(Üye)

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Nermin KILIÇ



## ÖNSÖZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'ndaki ders ve tez dönemim boyunca desteğini hep hissettiğim tez danışmanım, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ'e,

Kırşehir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde tez verilerimi toplama sürecindeki yardım ve destekleri için sorumlu doktoru ve hemşireleri başta olmak üzere tüm çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan aileme ve değerli eşim Adem KILIÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz 2022

Nermin KILIÇ

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>KISALTMA LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>12</b>
1.2. Araştırmanın Amacı.....	15
1.3. Araştırma Soruları .....	15
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>16</b>
2.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi .....	16
2.2. Etiyopatogenez .....	17
2.3. Şizofreni Epidemiyolojisi .....	17
2.6. Şizofreni Tipleri.....	19
2.7. Şizofreni İçin Risk Etkenleri .....	19
2.8. Klinik Özellik ve Belirtiler .....	20
2.9. Gidiş, Sonlanış ve Prognoz .....	22
2.10. Şizofrenide Tedavi Süreci .....	24
2.11. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Duygu Dışavurumu.....	26
2.12. Şizofreni Hastaları ve Ailelerinde Damgalanma .....	27
2.13. Şizofrenide Değişen Aile Roller, İşlevleri ve Bakım Yükü .....	28
2.14. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Baş Etme Stratejileri .....	30
2.15. Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynlerin Çocuklar Üzerine Etkisi.....	32
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Şekli.....	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	38
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu .....	38
3.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu .....	38
3.5. Ön Uygulama .....	39

3.7. Verilerin Analizi.....	40
3.8. Araştırma Verilerinin Güvenirliği .....	40
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu .....	41
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	41
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>42</b>
Tema 1. Şizofreni Hakkındaki Görüşler .....	48
Tema 2: Şizofren Bir Ebeveynle Büyümek.....	50
Tema 3: Çocukluk Çağı Deneyimleri .....	53
Tema 4: Nasıl Baş Eттіm?.....	55
Tema 5: Yarım Kalan Hayaller .....	57
Tema 6: Yetişkinliğe Yansımaları .....	58
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>61</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>71</b>
6.1. Sonuçlar .....	71
6.2. Öneriler .....	72
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>73</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>87</b>
<b>ÖZ GEÇMİŞ .....</b>	<b>93</b>

## **SEKİL LİSTESİ**

**Şekil 4.1:** Katılımcıların şizofreni hastalığına yönelik metaforları.

**Şekil 4.2:** Katılımcıların çocukluğuna yönelik metaforları.





## **TABLO LİSTESİ**

**Tablo 4.1:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

**Tablo 4.2:** Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerle yapılan görüşmelerde belirlenen temalar ve alt temalar.



## **KISALTMA LİSTESİ**

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**IPA:** Interpretive Phenomenological Analysis

**SMR:** Standardized Mortality Ratios

**TRSM:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü



# ÖZET

## YÜKSEK LİSANS TEZİ

### EBEVEYİNİ ŞİZOFRENİ HASTASI OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI DENEYİMLERİ: FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA

**Nermin KILIÇ**

**Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans  
Programı**

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ**

Şizofreni, hasta birey kadar ailesini ve yakın çevresini de etkileyen bir hastalıktır. Özellikle hasta birey, bir ebeveyn olduğunda çocuklarının hayatı çok boyutlu olarak değişmekte, sosyal, fiziksel ve duygusal gelişimleri üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimlerini açıklamak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada nitel araştırma deseni olan fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Araştırma örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 26 katılımcı oluşturmuştur. Veriler 01.01.2022-01.03.2022 tarihleri arasında, Tanıtıcı Özellikler Soru Formu ve Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu ile toplanmıştır. Yapılan yorumlayıcı fenomenolojik analizde “Şizofreni Hakkındaki Görüşler”, “Şizofren Bir Ebeveynle Büyümek”, “Çocukluk Çağı Deneyimleri”, “Nasıl Baş Eттіm?”, “Yarım Kalan Hayaller”, “Yetişkinliğe Yansımaları” olarak altı tema ve 31 alt tema belirlenmiştir. Bu araştırma sonucunda ebeveyni şizofreni hastası olan yetişkinlerin çocukluk çağında ihmal, istismar, depresyon, çocuk işçiliği, damgalanma ve yalnızlık gibi fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal boyutta birçok zorluk deneyimledikleri ve bu zorlukların yetişkinlik dönemine de yansıdığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda şizofreni hastasına bakım verilirken hasta birey kadar diğer aile üyelerinin, varsa çocuklarının da özenle ele alınması, koruyucu ve destekleyici yaklaşımların sunulması önerilir.

Temmuz 2022, 93 sayfa.

**Anahtar Kelimeler:** Çocukluk çağı, deneyim, şizofreni ebeveyn

## **ABSTRACT**

**M.Sc. THESIS**

### **CHILDHOOD EXPERIENCES OF INDIVIDUALS WITH PARENTS WITH SCHIZOPHRENIA: A PHENOMENOLOGICAL STUDY**

**Nermin KILIÇ**

**Kırşehir Ahi Evran University Institute of Health Sciences**

**Department of Nursing Master of Child Health And Disease Nursing**

**Supervisor: Assist. Prof. Hilal SEKİ ÖZ**

Schizophrenia is a disease that affects the patient's family and close environment as well as the individual. Especially when the sick individual becomes a parent, their children's lives change in a multidimensional way and they can have negative effects on their social, physical and emotional development. The phenomenological approach, which is a qualitative research design, was used in this study, which was carried out to explain the childhood experiences of individuals whose parents had schizophrenia. The research sample consisted of 26 participants who accepted to participate in the study and met the inclusion criteria. The data were collected between 01.01.2022 and 01.03.2022 with the Descriptive Characteristics Questionnaire and the Semi-Structured In-depth Individual Interview Form. In the interpretive phenomenological analysis (IPA), six themes and 31 sub-themes were determined as “Opinions on Schizophrenia”, “Growing up with a Schizophrenic Parent”, “Childhood Experiences”, “How Did I Cope?”, “Unfinished Dreams”, “Reflections on Adulthood”. As a result of this research, it has been determined that adults whose parents have schizophrenia experience many physical, mental, economic and social difficulties such as neglect, abuse, depression, child labor, stigma and loneliness in childhood, and these difficulties are also reflected in adulthood. In line with these results, it is recommended that other family members and their children, if any, should be handled with care, and protective and supportive approaches should be offered while caring for a schizophrenic patient.

July 2022, 93 page.

**Keywords:** Childhood, experience, schizophrenia parent.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Ruhsal hastalıklar, bütün dünyada yaygınlığı yüksek olan ve yeti yimine sebep olan hastalıklardır. Bu hastalıklar arasında şizofreni, karmaşık doğası nedeniyle önemli bir yere sahiptir (1). Şizofreni, genetik yatkınlık ve nörobiyolojik altyapısı ile erken beyin gelişimini etkileyen kronik psikiyatrik bir bozukluk olup, halüsinasyonlar, delüzyonlar, konuşma, davranış, duygu ve düşüncede dezorganizasyon gibi psikotik semptomları ve bilişsel işlev bozukluklarını içinde barındırır. Hastalık bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını derinden etkilemekte, hastaların gerçeği değerlendirme yetilerini bozabilmekte, pozitif, negatif ve bazı bilişsel belirtiler yaşamalarına yol açabilmektedir (2). Yaşanılan bu semptomlar bireyin çevresi ile etkileşimini bozabilmekte, toplum tarafından garip, tuhaf ya da saldırgan olarak tanımlanmasına neden olabilmekte hatta hasta birey kadar aile üyelerini de etkileyebilmektedir.

Şizofreni genel nüfusun % 1' inden daha azında görülmektedir. Ancak bu oran birinci derece akrabası şizofreni olan bireylerde daha yüksek düzeydedir (2). Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak iki milyon yeni vaka tespit edilmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre şizofreninin görülme sıklığı Avrupa ve Asya'da %0,85'tir (4). Türkiye'de yapılmış olan sistematik bir araştırmada ise şizofreninin yaşam boyu görülme oranı %0,89 olarak bulunmuştur (5).

Şizofreni yalnızca bireyi psikolojik, bilişsel ve işlevsel boyutta olumsuz olarak etkilemeyip, bununla birlikte çevresindeki bireylerin yaşam koşullarını da değiştirebilmektedir (6). Şizofreninin duygu, düşünce ve davranış biçimini olumsuz etkilemesi, daha çok gençlik yıllarında başlaması, işlevselliği azaltması gibi yönleri hasta bireyin yaşamında köklü değişikliklerin ortaya çıkmasına ve ailesine olan bağımlılığının artmasına neden olmaktadır (7). Özellikle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişle birlikte şizofreni hastalarının bakımları daha fazla aile üyelerine bırakılmış, şizofreninin aile üzerine olan etkileri daha da artmıştır (6). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'de taburcu edilen şizofreni hastalarının yarısından fazlasının yaşamlarına ailelerinin yanında devam ettiği (8), ülkemizde de şizofreni tanılı hastaların çoğunluğunun ailesinin yanında yaşadığı, birincil bakımından

sorumlu olanların yine hastanın ailesi olduğu belirtilmektedir (6).

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin bakım yükü ile zorlandıkları ve bazı sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Hasta bakımdan sorumlu aile üyelerinde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik gibi ruhsal sorunlarla birlikte yaşam kalitesinde, benlik saygısında ve sosyal aktivitelerinde azalma olduğu saptanmıştır (9). Hastalığın özellikle alevlenme dönemlerinde hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi ile bakım yükünün ve depresyon riskinin arttığı tespit edilmiştir (9, 10). Hastanın ailesinde hastalıkla birlikte sorunların artması ve şizofreni hastasının yerine getiremediği sorumlulukların aile üyeleri tarafından üstlenilmesi, aile üyelerinin kendi rol ve sorumluluklarını yerine getirmede güçlükler yaşanmasına, sosyal yaşamlarında, işlevselliklerinde, önceliklerinde farklılıklar ortaya çıkmasına ve aile süreçlerinin derinden etkilenmesine neden olmaktadır (11). Bu doğrultuda; şizofreni ile ilgili değerlendirmeler yapılırken sadece hasta odaklı bakılmamalı ve ailenin tüm üyelerinin ihtiyaçları dikkate alınmalıdır.

Şizofreni tanısı alan bireylerin değişen aile sürecinden en fazla çocukları etkilenmektedir. Hastalık sürecinde yaşadığı deneyimlerle başa çıkmada zorlanan çocukların yalnızlık, bağımlılık, intihar, yeme bozuklukları gibi sorunlar yaşadıkları, ebeveyninin hastalığı nedeniyle utanç duydukları, acı çektikleri ve ağlayarak baş ettikleri belirtilmektedir (10). Ayrıca, hasta ebeveyne sahip olma nedeniyle çocukların damgalandıkları ve ergenlik çağında davranış problemleri, depresyon gibi psikiyatrik sorunlar ve sosyal içe çekilme yaşadıkları bildirilmiştir (12). Hastalığın alevlenme dönemlerinde artan hastalık belirtileri ile ev içinde saldırgan davranışlar artabilmekte, aynı zamanda aile içi etkileşim ve paylaşımların azalması söz konusu olabilmektedir. Çocuğun hastalığı anlama ve anlamlandırma çabalarının yaş dönemine göre sınırlı olduğu düşünüldüğünde ebeveyninden beklediği ilgi ve sevgiyi alamadığında ya da hastalık kaynaklı öfke, saldırganlık ve sorunlar yaşandığında bu durumları farklı yorumlayabilmekte ve kendini sorumlu tutabilmektedir. Bu da çocuğun suçluluk duygusuna kapılmasına ve reddedilme duyguları yaşammasına neden olabilmektedir (12). Ayrıca, çocuklar anne ya da babasının diğer çocukların ebeveyninden farklı olduğunu, zaman içinde farklı bir insana dönüştüğünü, ev içinde güvensiz hissettiklerini, daha az dışarı çıkarak arkadaşlarından uzak kaldıklarını ve yaşadıklarını birilerine anlatmak istediklerini ifade etmişlerdir (13, 14).

Literatür incelendiğinde ebeveyni şizofreni hastası olan çocukların hayatının çok boyutlu

olarak değiştiği, çocuğun sosyal, fiziksel ve duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkilerin olabileceği ve bu durumun hem çocukluk çağında hem de yetişkinlik döneminde ruhsal bozuklukların oluşma riskini arttırdığı görülmektedir (12, 15, 16). Yapılan sistematik bir derlemede ebeveyni şizofreni hastası olan çocukların %15 ile %40'ının yetişkinlik çağında psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları yaşadığı ve çocukların yetişkinlik döneminde sadece şizofreni için değil, diğer ruh sağlığı sorunları açısından da risk altında olduğu belirtilmiştir (16). Ebeveyni hasta olan bireyler yetişkinlik çağına geldiklerinde yeni bir yaşam kurmaya yönelik iş yaşamı, evlilik, ocuk sahibi olma gibi bu döneme özgü sorumluluklar almakta, aynı zamanda yaşlanan hasta ebeveynlerine yönelik bakım rolü de devam edebilmektedir. şizofreni tanısı alan ebeveynlerin yaşı ilerledikçe şizofreniye ek olarak metabolik sendrom nedeniyle diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi bakım yükünü artıran fiziksel hastalıkları da olabilmektedir (17). Bu doğrultuda; deneyimlenen zorlu çocukluk çağının ardından, zorlu bir yetişkinlik dönemiyle karşılaşan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden pek çok sorunla karşılaşması olasıdır. Ülkemizde ebeveynleri ruhsal hastalığa sahip olan çocukların yaşadığı sorunlara odaklanan çalışmalar olduğu, bu çalışmaların çocukluk çağında gerçekleştiği (10, 12), bu çalışmalara ek olarak yetişkin bireylerle yapılan çocukluk çağına ve halihazırda yaşananlara odaklanılan çalışmaların faydalı olacağı dşnlmektedir. Bu sayede; şizofreni hastalığının aile ve çocuğun üzerine etkileri daha iyi anlaşılabilecek, hasta bakımında önemli roller alan çocukların yetişkin bakış açısı ile deneyimleri aıklaştırılacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma ebeveyni şizofreni hastası olan sağlıklı yetişkinlerin çocukluk çağı deneyimlerini belirlemek amacı ile fenomenolojik araştırma deseni kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## **1.3. Araştırma Soruları**

1. Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin şizofreni ile ilgili görüşleri nelerdir?
2. Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimleri nelerdir?
3. Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimlerinin yetişkinlik çağına yansımaları nasıldır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, sıklıkla genç yetişkinlik döneminde başlayan, seyri bireyden bireye farklılık gösteren, yeti yitimine neden olarak işlevselliklerde bozulmalara yol açan, pozitif belirtiler (halüsinasyonlar, ilüzyonlar, duygu, düşünce ve davranış bozuklukları), negatif belirtiler (duygusal tepkisizlik, heyecan duymama, her şeye karşı ilgisizlik, sosyal içe kapanma, planlanan etkinlikleri sürdürmede zorlanma) (18) ile depresyon ve ajitasyon gibi duygudurum (9) belirtilerini gösteren kronik ruhsal bir hastalıktır. Şizofreni ilerledikçe nörobilişsel işlevlerde ve sosyal ilişkilerde kayıplar ortaya çıkmaktadır (18). Hastalık belirtileri hastadan hastaya ve zaman içinde değişkenlik gösterse de şizofreni ile yaşam, pek çok zorluğu içinde barındırır (19).

Hastalığın tarih öncesi çağlarda var olduğu bilinse de kayıtlardaki olgular 150 yıl öncesine dayanmaktadır. 1860 yılında Morel “Akıl Hastalıkları” adlı kitabında 14 yaşında bir erkek çocuğunda, aile ve okul gibi sosyal çevresinde çatışmalar ve adaptasyon sorunlarıyla başlayıp, sonlanımı yıkım olan içe kapanma tablosunu tanımlamış ve bu durumu “dementia praecox” olarak isimlendirmiştir. 1871 yılında ise Hecker “hebefreni”yi ve 1874’de ise Kolhbaum “katatoni”yi tanımlamıştır. 1896’da Kraepelin bu iki hastalık tiplerine paranoid ve basit şizofreni tiplerini de ekleyerek, hebefreni ve katatoniye “dementia praecox” tanısı altında birleştirmiştir. 1911 yılında Bleuler, Kraepelin’in belirttiği gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile son bulmasının zorunlu olmadığını göstermiştir. Bleuler “demans praecox” teriminin “şizofreni” terimiyle değiştirilmesini tavsiye etmiştir (1). Çünkü Bleuler bu bozukluğun dementia praecox’tan farklı olduğunu ve bazı hastaların durumunun kötüleşmek yerine kısmen iyileşmekte olduğunu gözlemlemiştir (20). Böylece hastalık bugünkü bilinen özelliklerine ulaşmaya başlamıştır (1). Günümüzde şizofreni DSM-V’ te sıklıkla belirgin halüsinasyonlar ya da hezeyanlar gibi semptomlar ve davranışsal, bilişsel, duygusal ve diğer fonksiyonel bozulmalarla değişkenlik gösteren, kronik ve sıklıkla relapslarla seyreden bir klinik sendrom olarak tanımlanmakta ve bir hastalık kümesi olarak ele alınmaktadır (21).

## 2.2. Etiyopatogenez

Şizofreni hastalarında, manyetik rezonans görüntüleme bazı beyin yapılarının (amigdala ve/veya hipokampus) hacminde azalma, beyin ventriküllerinde genişleme ve beyaz madde kaybı görüntülenmiştir (22). Şizofreni gelişen bireyler, doğuştan gelen veya yaşamın erken evrelerinde edinilen duruma karşı belirli bir biyolojik duyarlılığa sahiptir (23). Şizofreninin bilgi işleme anormallikleri ile ilişkili olduğu varsayılmaktadır (24). Nörotransmitter sistemleri ve hücre içi sinyal iletimi bozulmaktadır. Beynin karmaşıklığı ve işlevi göz önüne alındığında, birkaç nörotransmitter sisteminin etkilenmesi muhtemeldir. Şizofreni ile alakalı en çok çalışılan nörotransmitter hem etyopatogenez hem de tedavi seçenekleri açısından dopamindir (25). Diğer önemli nörotransmitterler ise serotonin, östrojen, gama aminobütirik asit ve glutamattır (26,27). Risk gen varyantları, glutamaterjik sistemde ve nöronal ağ bağlantısının geliştirilmesinde rol oynamaktadır (28).

## 2.3. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi veya 300 kişiden 1'ini (%0,32) etkiler. Bu oran yetişkinlerde 222 kişide 1'dir (%0,45) (18). Diğer birçok ruhsal bozukluk kadar yaygın değildir (29). Şizofreni bütün toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülebilir. Görülme sıklığı ve yaşam boyu yaygınlık oranları tüm dünyada benzer düzeyde olduğu görülmektedir (30). Hastalığın başlangıcı genellikle geç ergenlik ve yirmili yaşlardadır ve erkeklerde kadınlardan daha erken olma eğilimindedir (29). Yine son zamanlarda Türkiye'de yapılmış olan bir sistematik derlemede ülkemizde şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak tespit edilmiş ve bu sonucun diğer ülkelere göre (1000 kişide 4) daha yüksek olduğu belirtilmiştir (30).

Şizofreni ile ilgili yapılan bazı araştırmalar, hastalığın toplumda genel olarak eşit olmayan bir şekilde dağıldığını belirtmektedir (31). Daha düşük sosyo-ekonomik gruplarda daha yaygın olma eğilimindedir. Son meta-analizler, erkeklerin yaşam boyu şizofreni geliştirme riskinin kadınlardan daha yüksek olduğu varsayımını doğrulamıştır. Bu göreceli risk erkeklerin 1,4 kat daha fazla hasta olduğu yönündedir (32).

Şizofreni için ortalama yaşam boyu hastalık riski 7,2/1.000 kişidir. Standartlaştırılmış ölüm oranı incelendiğinde ise şizofreni hastalarının ölme riski iki ila üç kat artmıştır (ortanca

standartlaştırılmış ölüm oranı = tüm nedenlere bağlı ölümler için 2,6) ve ölüm oranlarındaki bu farklılık farkı önceki on yıla göre artmıştır. Göçmenlerin şizofreni insidansı ve prevalansının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kentsellik, ekonomik durum ve enlem ile ilgili maruziyetler de çeşitli sıklık ölçütleriyle ilişkilendirilmiştir. McGrath ve arkadaşları şizofreni epidemiyolojisinin, gelecekteki araştırmalara rehberlik edebilecek belirgin değişkenlik ve gradyanlarla karakterize olduğu sonucuna varmıştır (31).

Şizofreni insidansına yönelik yapılan sistematik bir derlemede şizofreninin 100.000 kişide 7,7 ila 43,0 veya 1000 kişide 0,077 ila 0,43 arasında değiştiğini göstermiştir (33). Hastalığın kesin başlangıcını belirlemek oldukça zordur. Çalışmalarda, başlangıç genellikle şizofreni semptomları için bir psikiyatriste yapılan ilk ziyaret olarak tanımlanmıştır. Çek Cumhuriyeti'nde 2013 yılında toplam 48.603 kişinin şizofreni için tıbbi bakım aldığı görülmüştür (34). Bunların 22.382 erkek ve 26.221 kadın olup, 5.184'si yeni tanı almıştır. En yüksek ve en düşük insidans oranları sırasıyla başkent Prag (0.79/1.000) ve Güney Bohemya Bölgesi'nde (0.24/1.000) bulunmuştur (28).

Genel olarak şizofreni prevalansı %0.14 ile %0.46 arasında değişmektedir. Son zamanlarda, Szkultecka-Dębek ve arkadaşları Orta ve Doğu Avrupa'dan bir literatür taraması yapmış ve şizofreni varyasyonunun yaşam boyu yaygınlığını %0,4'ten %1,4'e kadar olduğunu bildirmiştir (35). Finlandiya'da yaşam boyu yaygınlık DSM-V kriterlerine göre şizofreni için %0,87 ve şizoaffektif bozukluk için %0,32 olarak tahmin edilmiştir (36). Bu veriler yaşa özel ölüm veya göç nedeniyle azalan nüfusu da içermektedir. Bu nedenle değerler yaklaşık ve bölgesel olarak değerlendirilmelidir.

Saha ve ark., standartlaştırılmış ölüm oranlarının dağılımını incelemiş ve 25 farklı ülkeden alınan 37 makaleyi tanımlamıştır (33). Tüm nedenlere bağlı ölüm için tüm kişiler için medyan Standardized Mortality Ratios (SMR) 2.58 (%10-90 kantil, 1.18-5.76) bulunmuş ve buna karşılık gelen rasgele etkiler havuzlanmış SMR 2.50 bulunmuştur (%95 güven aralığı, 2.18-2.43). Cinsiyet farkı tespit edilememiştir. İntihar, en yüksek SMR (12.86) ile ilişkilendirilmiştir ve başlıca ölüm nedenleri kategorilerinin çoğunun şizofreni hastalarında yükseldiği bulunmuştur. Bir araştırmada ölüm oranlarında şizofreni hastaları ile genel toplum arasında önemli bir fark olduğu belirtilmiştir. Bu ölüm oranı farkının önceki on yıllara göre daha da kötüleştiği bildirilmiştir (33). İkinci kuşak antipsikotik ilaçların yan etkilerinin gelecek on yıllarda ölüm oranlarını daha da olumsuz etkileme potansiyeli olduğu,

şizofreni hastalarının genel sağlığını optimize etmenin önemli olduğu bildirilmiştir (28).

## 2.6. Şizofreni Tipleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin ruhsal bozuklukları sınıflandırdığı tanı sistemi DSM'nin son baskısı DSM-V'te şizofreninin alt tipleri kaldırılmıştır (37). Buna sebep olarak da şizofreni semptomlarının zamanla bir alttipten diğerine dönüşebilmesi ya da farklı alttiplere ait semptomların aynı anda görülmesinden dolayı alttiplerin geçerliliğinin düşük olmasının olduğu gösterilmiştir (38).

DSM-IV tanı sisteminde ise şizofreni klinik bulgulara bakılarak beş alt tipe ayrılmıştır. Alt tiplerin tedaviye yanıtları ve prognozları değişkenlik gösterir (39). Bunlardan paranoid tip, en yaygın olan (40), tedaviye en iyi cevap veren ve prognozu en iyi olandır. Prognozu en kötü olan ve tedaviye en az cevap veren ise dezorganize tiptir. Yeni bir alt tip tanısı hastaneye yatırılma sırasında en son yapılan değerlendirmeye göre konulabilir, böylece alt tip sınıflamasının zaman içerisinde değişebileceği bildirilmiştir (39).

## 2.7. Şizofreni İçin Risk Etkenleri

Bir sonucu iddia eden ama sonuca bağlanamayan değişkenler risk faktörleri olarak isimlendirilir (41). Şizofreninin risk faktörlerinin incelenmesinde en az dört unsur birbiriyle entegre edilmelidir:

- Bir hastalığın genetik yatkınlığı,
- Bireyin yaşam olayları, stres faktörleri,
- Bireyin kişiliği, başa çıkma yeteneği ve sosyal destek
- Bireyi ve genetiği etkileyen virüsler, toksinler ve çeşitli hastalıklar dahil çevresel faktörler (39).

Şizofreninin nedenleri belirsizliğini korusa da, genetik ve epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki çok sayıda genetik ve çevresel risk faktörü vardır (28). Bunlar;

- Çevresel risk faktörleri (Sosyal çevre, yaşanan yer, göç, kültür, izole yaşam şekli),

- Doğum tarihi, doğum yeri ve mevsimsel etkiler,
- Hamilelik ve doğum komplikasyonları,
- Enfeksiyonlar,
- Madde ve uyuşturucu kullanımı,
- Stres,
- Genetik etkiler (Zekâ durumu, cinsiyet, çocukluk gelişim özellikleri) (28),
- Medeni durum,
- Sağlıklı olmayan duygu dışavurumudur (41).

## **2.8. Klinik Özellik ve Belirtiler**

Şizofreninin en temel özelliği, hastalığa özel belirti ve bulguların bir bütününün, bir aylık sürenin içinde yoğun şekilde varlığı, bazı belirti ve bulguların ise en az altı ay devam etmesidir. Bu klinik özellikler ve belirtiler toplumsal işlevsellikte dikkat çekici nitelikte bozulmaya neden olmaktadır. Şizofreni, kişiye özel düşünce, duygu ve algı bozuklukları, bilişsel bozukluklar, motor anomaliler, avölüsyon ve apati, iletişimde güçlükler, kısıtlanmış duygu dışavurumunu gibi belirti ve bulguları kombine bir biçimde barındırmaktadır (42). Bir diğer dikkate değer belirti, duygu, düşünce ve davranışlarda ortaya çıkan dağınıklık, düzensizlik ve bölünmedir. Tanısı konmuş bireyin düşünce ve duygularını ifadesinde, davranışlarında, mimiklerinde, duruşunda ve yürüyüşünde sorunlara yol açmasının yanı sıra toplumsal işlevleri ve işlevselliğinde düzensizlik ve dağınıklık vardır (1).

Şizofreninin klinik belirtileri; gerçeklik algısının bozukluğu ile tanımlanan pozitif belirtiler ve normal fonksiyonlarda azalma ile tanımlanan negatif belirtiler olarak iki kümede birleştirilmiştir (42).

*Pozitif belirtiler* en önemli düşünce bozukluğu olan sanrılara ek olarak çağrışımlarda düzensizlik, tanjansiyalite, teğetsel-baskılı konuşmalar, halüsinasyonlar, toplumun normalinden sapmalar ve aşırıya giden saldırgan, tuhaf, stereotipik davranış ve duruş biçimindedir. Şizofrenide en çok meydana gelen sanrılar, perseküsyon (kötülük görme)

sanrılardır. Perseküsyon sanrılarında sonra en çok karşılaşılan sanrı referans (alınanlık) sanrılaridir. Perseküsyon ve referans sanrılarına göre daha az karşılaşılan, büyüklük (grandiyözite), kıskançlık (jaluzik), somatik, erotomanik, akıldaki düşüncenin okunması-çalışması-açıklanması ve kontrol altına alınma sanrıları da vardır (42). Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında görülen sanrılar sıklık derecesine göre karşılaştırılmış; hastaların %85,7’sinde perseküsyon sanrıları en çok görülen sanrı olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada %55,2 ile referans sanrılarının şizofreni hastalarında en çok görülen ikinci sanrı türü olduğu belirlenmiştir (43). Literatüre göre dinsel ve büyüklük sanrıları erkeklerde, kıskançlık sanrıları da kadınlarda daha çok görülmektedir (44, 45).

Şizofreninin bir başka pozitif belirtisi de sanrılara göre daha az ortaya çıkan varsanı (halüsinasyon) lardır. Varsanı en sık görülen işitsel, görsel ve daha az görülen dokunma, tat ve koku varsanları olarak beş çeşittir. Pozitif belirtilerin kümesinde bulunan bir diğer durum da düşünce bozukluklarıdır. Baskılı konuşma, çağrışım kopukluğu, düşünce blokları ve perseverasyonlar şizofrenide görülen düşünce bozukluklarından (42).

Olağan işlevlerin azalması ya da yitimi şeklinde tanımlanan *negatif belirtiler*; çok sınırlı konuşma, kısıtlı deneyim ve duygu ifadesi, ilgi veya zevk yaşayamama ve sosyal geri çekilme gibi “olumsuz belirtiler” ve/veya aşırı ajitasyon veya hareketlerin yavaşlaması, olağandışı duruşların sürdürülmesidir (29).

Şizofreni belirtilerinde yeni bir sınıflandırma da bilişsel belirtilerdir. Bunlar dikkat dağınıklığı ve hatırlamada güçlük, yavaş konuşma, problem çözümünde ve konsantrasyon sağlamada güçlük, sosyal ilişkilerde ve iş hayatında zorlanma gibi semptomları içerir (46).

Bleuler şizofreninin ana semptomlarını 4 temel başlıkta birleştirip bunlara “4A Belirtisi” adını vermiştir. Bu 4 temel belirtiyi; “Assosiyasyon Bozukluğu, Ambivalans, Autizm ve Affektif Bozukluk” adı altında sınıflandırmıştır. Bleuler bu ana belirtileri “birincil” olarak adlandırmak gerektiğini önermiş; sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozuklukların ise “ikincil belirtiler” olduğunu belirtmiştir (42).

Bleulerin sınıflandırdığı 4A belirtisi şu şekildedir:

1. *Assosiyasyon Bozukluğu*: Düşünce akışında, anımsamaların ahenk ve devamlılığında bozulma,

2. *Ambivalans*: Karşıt düşünce, dilemma,

3. *Autizm*: Duygusal tepki vermede yetersizlik, fantastik bir dünya kurma,

4. *Affektif Bozukluk*: Duygudurum bozukluğu (39).

Belirtiler ile ilgili kayda değer başka bir araştırma ise Schneider (1959) tarafından yapılmış ve şizofrenideki düşünce bozukluğuna değinmiştir (47). Schneider, belirtilerin kümelenmesi, tekrarlaması ve sıklığına göre, bir hastalığı diğerlerinden ayıran bazı özel belirtiler olduğunu belirterek bunlara birincil sıra belirtiler demiştir (1). Bunlar; sanrılı algı, düşüncelerin okunması, düşüncelerin başkaları tarafından kontrol edildiği hissi, somatik pasiflik, sesli düşünceler ve tartışan seslerdir (48).

Hastalığın başlangıç yılı, klinik gidişatı ve hastaların tedaviye geri dönütleri birbirinden farklıdır. Bu nedenle şizofreni hastalığının etiyolojisi her bireye göre farklı olmakla beraber, kesin olarak da bilinmemektedir (1).

## **2.9. Gidiş, Sonlanış ve Prognoz**

Şizofreniye dair tanımlamasında öncü olan Kraepelin, şizofrenin erken yaşta başlayan, kronik olan ve yıkımla sonuçlanan bir gidişata sahip olduğunu belirtmiştir. Bleuler ise, kronik olmasının ve yıkımla sonuçlanmasının çok fazla rastlanıldığını ama istisnasız her vakada görülmediğini öne sürmüştür. Ancak iki araştırmacı da bu deneylerinin hastanede uzun süre yatan kronik hastalar üzerinde gerçekleştirildiği gerçeğini atlamıştır. Şimdilerde vaka-kontrol araştırmalarının verileri, antipsikotikleri almaya başlamadan önce ve sonra tedavi gören hastaları içermektedir ve gidişat daha olumludur. Şizofreni genel olarak ciddi bir hastalık olmasına rağmen hastaların bazılarında daha iyi bir gidişat görülmektedir. Burdan çıkarılan net sonuç, şizofreni farklı gidiş özelliklerine sahip bir hastalıktır (19).

Gidişatında olduğu gibi hastalığın alevlenme süresi de her hastada farklıdır ve iki ile altı ay arasında akut psikotik semptomların yatıştığı gözlemlenmektedir. Fakat bu süreçte tam iyileşme sağlanmadığı için kısmi iyilik hali ya da geçici düzelme terimleri kullanılabilir. Çünkü şizofrenide belirtiler tekrar eder ve bu durum fazlaştıkça relaps riski de o seviyede artar. Bu kişilikte yıkım süreci kiminde toplumsal iyileşmeyle beraber yürütülürken kiminde sadece yıkımın hâkim olduğu kalıcı bir gidişat gözlenir. Hastaların toplumsal işlevselliklerinde gösterdikleri başarılar yıkımı durdurmaya yardımcı olmaktadır (41).

Şizofreni hastalarının geçirdiği ilk atağın ardından hastanede tedavi edilip taburcu olduktan sonra düzenli antipsikotik tedavi almasına rağmen aynı yıl içinde ikinci bir atak geçirme olasılığı yaklaşık olarak %35-%40'tır. Atak sayısının çok olması da kronikleşmeyi beraberinde getirir. Hastalığın gidişatını öncesinden belirlemenin imkânı yoktur. Fakat ilk tanı konduktan sonraki 5 yıl süren takip süreci gidiş ve sonlanışla ilgili tahmin imkânı verir (39). Klinikte yapılan hastalık süreci takibinde şizofreni hastalarının neredeyse %30-%40'ının orta ve iyi seviyede iyileştiklerini ve toplumsal uyumlarını sağlayabildikleri belirtilmiştir (39, 49).

Şizofreninin başlangıcında belirtiler akut olabilir veya kendini gizleyebilir. Hastalığın başlangıcından önce ise depresyon, uykusuzluk, kişisel bakımını yerine getirememe, konsantrasyon bozukluğu ve anksiyete gibi ön belirtiler görülmektedir. Bu süreç birkaç hafta da sürebilirken genellikle birkaç yılı bulmaktadır. Risk etkenleriyle beraber yatkınlık da hastalığı tetiklemektedir (42). Şizofreni erkeklerde 22,5, kadınlarda 25,4 yaşında ilk belirtilerini göstermektedir. Negatif belirtiler ortalama 24 yaşında görülmektedir. Şizofreninin ilk pozitif belirtileri erkeklerde 26,7, kadınlarda ise 30,9 yaşında ortaya çıkmaktadır. Tanı konma ve ilk hastaneye yatış ise erkeklerde 27,4 ile 28,2; kadınlarda 30 ile 32,2 yaşlarındadır. Prodromal dönemde negatif belirti görülme oranının daha çok olduğu ve bu belirtilerin daha erken yaşta görülmeye başladığı belirtilmiştir. Bu da vakaların yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır. %20'lik kısımda negatif ve pozitif belirtiler bir arada başlarken, %6,5'lik kısımda başlangıçta sadece pozitif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Hastaneye yatmadan önce vakaların %95'inde sanrılar, %68'inde varsanılar, %61'lik kısımda da düşünce süreci bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (42, 50). Şizofrenide ilk belirtilerin görülmesiyle ilk hastaneye yatış arasında ortalama 6,3 yıl geçmektedir (42).

Şizofreninin olumlu veya olumsuz gidişatının göstergeleri vardır.

#### Olumlu gidiş göstergeleri:

- Hastalık gelişiminden önce sağlıklı kişilik yapısı olması,
- Zekâ seviyesinin normal sınırlarda olması,
- Cinsiyetinin kadın olması,
- Hastanın evli olması,
- Doğum öncesi hikayesinde komplikasyon bulunmaması,
- Hastanın aile geçmişinde şizofreni bulunmaması,



- Hastanın aile geçmişinde duygudurum bozukluğunun olması,
- Bireyde şizofreni başlangıcının 20 yaşında ya da daha geç olması,
- Hastalığın başlangıcının akut olması,
- Hastalığın risk faktörleri arasında stresin yer alması,
- Hastalık sürecinde negatif belirtilerin görülmemesi,
- Pozitif belirtilerden sanrı ve varsanların yoğun olarak görülmesi,
- Bireydeki şizofreni tipinin katatonik ya da paranoid olması,
- Erken tanı ve erken tedavi,
- Hastanın ailesinden ve sosyal çevresinden iyi destek alması,
- Sosyo-ekonomik seviyesinin orta ya da yüksek olması,

Olumsuz gidiş göstergeleri ise:

- Hastalığın 20 yaştan önce başlaması,
- Premorbid kişiliğin şizoid veya şizotipal olması,
- Şizofreni semptomlarının gizli ve yavaş başlaması,
- Negatif şizofreni semptomlarının yoğun olarak görülmesi,
- Hastanın soy geçmişinde şizofreni hikayesinin olması,
- Şizofreniye ek olarak başka psikiyatrik hastalıklarının bulunması,
- Hastanın cinsiyetinin erkek olması,
- Hastada obsesif-kompulsif bozukluğun semptomlarının görülmesi,
- Hastalıktan önce veya hastalık sürecinde alkol-madde bağımlılığının olması,
- Geç tanı ve geç tedavi,
- Hastanın hastanede kaç kez yattığı ve yatış süresinin çok olmasıdır (42).

## **2.10. Şizofrenide Tedavi Süreci**

Şizofreni, tedavi edilebilir fakat hastalığın belirtilerinin sinsi olduğu zamanlarda ya da damgalanma korkusu nedeniyle erken tanı ve erken tedavi imkânı zorlaşmaktadır. Bu tedavi sürecinde ilk olarak ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Buna ek olarak bakım veren kişinin eğitilmesi, sosyal yetenekleri geliştiren eğitimler ve gündüz bakım evleri tedaviye destek olmaktadır (1).

Şizofreni hastaları için bir dizi etkili bakım seçeneği mevcuttur ve bunlar arasında ilaç tedavisi, psikoeğitim, aile müdahaleleri, bilişsel-davranışçı terapi ve psikososyal

rehabilitasyon (örneğin, yaşam becerileri eğitimi) bulunmaktadır (29). Şizofreni hastalarının tedavilerinde ilaç tedavisi zorunludur ve öncelikli girişimdir (1). Antipsikotik ilaçlar şizofrenideki pozitif belirtilerin tedavisinde oldukça etkilidir. Tam olarak nasıl çalıştıkları bilinmemekle birlikte, beyinde dopamin adı verilen kimyasal bir habercinin hareketini engelleme yeteneği ön plana çıkmaktadır. Bu kimyasal haberci sisteminin arızalanması özellikle halüsinasyonlar ve sanrılar gibi semptomlara neden olmaktadır. Tüm antipsikotik ilaçlar reçete edildiği şekilde alınmalıdır. Etkileri bazen ilk dozun aynı günü içinde fark edilebilir. Bununla birlikte, ilacın tam yararı birkaç haftalık tedaviden sonra fark edilmeyebilir. Tedaviye yanıt verdikten sonra tedaviye devam etmek önemlidir. Belirtilerin geri gelmesini veya kötüleşmesini önlemek için, daha iyi hissedilse bile ilaçlar aniden kesilmemelidir. İlaç tedavisini aniden durdurmak, nüksetmeye neden olabilir. Bazı antipsikotik ilaçların uzun etkili enjektabl formları mevcuttur. Enjekte edilebilir ilaçların kullanımı, düzenli olarak ilaçlarını almayı unutan bireyler için kullanılabilir bir stratejidir. Tüm ilaçlar gibi antipsikotik ilaçların da yan etkileri olmaktadır. Çoğu durumda hafiftirler ve zamanla azalma eğilimindedirler. Pek çok insanda çok az yan etki vardır veya hiç yoktur ve insanların tipik olarak yaşadığı yan etkiler tolere edilebilir düzeydedir ve birkaç gün içinde geçebilmektedir (46).

İlaç tedavisine ek olarak hastanın yaşadığı zorlu sürecin kolaylaştırılması, bunun için aile ve sosyal çevresinde uyumlu ve gerginliği azaltan tavırlarla bireyin başa çıkması sağlanmalıdır (1). Kolaylaştırılmış yardımcı yaşam, destekli konut ve destekli istihdam, şizofreni hastaları için mevcut olması gereken bakım seçenekleridir. Şizofreni hastaları, aileleri ve/veya bakıcıları için iyileşme odaklı bir yaklaşımla tedavi kararlarında yetki vermek ve onları merkeze almak oldukça önemlidir (29).

Şizofreni, hastaların ve ailesinin yaşamını tümüyle etki altında bırakan kronik bir hastalık olduğundan, tedavisinde ilk amaç semptomları en aza indirmek ya da yok etmek, bireylerin yaşam kalitesini ve toplumsal işlevselliğini en üst seviyede tutmaya çalışmaktır. Günümüzde şizofreni hastalarının %25'inin etkili tedavi yöntemleriyle sosyal hayatlarını çok iyi derecede sağlıklı sürdürebildikleri, %50'sinin de orta ve iyi ölçüde kendi başlarına veya destekle yaşamlarını idame ettirdikleri bilinmektedir (39).

Modern tıp çağı sağlıkta bütüncül yaklaşımı desteklemektedir. Bireyde psikolojik, fiziksel ve toplumsal yanlarıyla bir bütün olarak benimsenir. Bu bütüncül anlayış psikiyatride diğer

alanlara göre daha uygulanabilir. Belirtilerin hastalığın tanısı için sağladığı yardıma ek olarak bireyin sosyokültürel ve sosyoekonomik durumu, hastalık algısı, yaşı, eğitim seviyesi, bireysel özellikleri ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi de son derece önemlidir (39). Verilen sağlık hizmetlerinin en önemlisi psikososyal tedavi ve sosyal destek olmalıdır. Şizofrenide psikososyal tedavinin yeri gittikçe önem kazanmaktadır. Antipsikotikler hastaneye yatışı, atakları, belirtileri ve yeti yitimini minimuma indirmeyi sağlarken, psikososyal tedavi ile sosyal iyileşme ve toplumsal işlevselliğini artırmakta sağlanmaktadır (39). Hastanın sosyal çevresinin özellikleri, tedaviye uyumunu ve sağlığını etkileyen bakış açısını yönlendirmektedir (51). Hastanın tedaviyi reddetmesi ya da uyumsuzluğu durumunda sadece kendini değil, çevresini de risk altında bırakacak psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu nedenle sosyal çevrenin desteği ve damgalanmayı göz ardı eden yaklaşımlar hastalığın gidişatını pozitif yönde etkileyip, şizofrenili bireyin toplumsallığının artmasını sağlayacaktır (52).

### **2.11. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Duygu Dışavurumu**

Tüm dünya kültürlerinde aile, birbiriyle biyolojik, ruhsal ve sosyal ilişkiler içinde olan ve sorumlulukları bulunan bireylerden oluşur. Ülkemizde şizofreni hastalarının büyük bir bölümü aile üyeleri ile beraber yaşamaktadır. Hasta ailesiyle birlikte zaman geçirmekte ve duygusal olarak da iletişim halindedir. Bütün sosyal ilişkilerde ve ruhsal hastalıklarda duyguların aktarılması çok önemliyken şizofreni hastasının ailesinde duyguların ifade edilmesi hastalığın gidişatında çok daha önemli bir yere sahiptir. Duygu dışavurumu ihtiyaçların ve beklentilerinin başka bireylere bildirmenin bir yöntemidir (53). Duygu dışavurumu kavramı; eleştirel olma, düşmanca tavır alma, aşırı ilgi duyma, müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumları kapsamaktadır. Duygu dışavurumu, hastalığın gidiş, sonlanış ve prognozunu da önemli derecede etkilemektedir. Tedavi sürecinde de bahsedildiği gibi hastalığın gidişatına aile ve sosyal çevresinin inanç, davranış ve yargıları yön vermektedir. Ailesinin duygu dışavurumu seviyesi yüksek olan şizofreni hastalarının hastalığı, sonraki süreçte daha fazla düzeyde alevlenme göstermiş ve birçok araştırma da bu bulgulara değinmiştir (53, 54, 55). Duygu dışavurumu düşük olsa bile bazen hastalığın alevlendiği dönemlerde bu durum artabilir veya tam tersi ağır semptomlu geçen hastalık sürecinde ailenin tükenmişlik yaşaması var olan yıkıcı ya da aşırı baskıcı tavırları ortadan kaldırmış olabilir (30).

Ailedeki bireylerin duygu dışavurumu onların iletişim yetenekleri, duygusal tepki verme ve problem çözme becerileri, ailedeki rol ve işlevler, ihtiyaç duyulan ilgiyi gösterebilme özellikleri hakkında bilgi vermektedir. Nitekim aile, hastalık sürecini olumlu yönde etkileyebileceği gibi olumsuz etkiler de oluşturabilmektedir. İletişim ve duygu dışavurum özelliklerinin taburculuk sonrası hastalığın tekrarlamasında etkili olduğu kanıtlanmıştır (56). Duygu dışavurumu yüksek olan ailelerde şizofreni hastasının hastalığının tekrar etme olasılığının, düşük duygu dışavurumu olan ailelerdekine göre 3-4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (58). Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireyin yaşadığı ailede, aile işlevlerinin bozulmasıyla hastalığın seyri olumsuz etkilenmektedir (1). Bir araştırmada şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyi arttıkça, bakım verici aile üyesinin sahip olduğu yüklerin ve dışavuran duygu durumunun azaldığı gözlemlenmiştir (57). Şizofreni hastalarının duygu dışavurumunu etkileyen davranışları ile başa çıkma stratejileri arasında bir ilişki saptanmış, duygu dışavurumu yükseldikçe etkisiz ve duygu odaklı başa çıkmanın daha çok kullanıldığı görülmüştür (59). Sonuç olarak duygu dışavurumunu etkileyen değişkenleri incelerken hem şizofrenili hastanın hem de ailesinin özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (60).

## **2.12. Şizofreni Hastaları ve Ailelerinde Damgalanma**

Damgalanma korkusunun en çok yaşandığı hastalıklar ruhsal hastalıklardır. Ruhsal hastalıklar korkulması gereken bir durum gibi algılanıp yeterli bilgi sahibi olunamadığından hastalar toplumdan dışlanıp, olumsuz tutumlarla karşılaşabilmektedirler (30). Şizofreni hastalarının damgalanması hastanın ve ailelerinin yaşamlarını olumsuz etkileyip hastadaki yeti yitimini arttırmaktadır. Ailelerin özellikle yakın çevresi ve akrabaları tarafından damgalandıkları görülmektedir. Aileler hem hastalıktan kendilerini suçlamakta hem de bu suçlulukla damgalandıklarını kabul edip toplumdan kendilerini soyutlayarak, hastalığın etkileriyle kendi başına mücadele etmeye çalışmaktadırlar (52). Hastanın ailesi ve bakım verenleri psikolojik, fiziksel ve ekonomik zorluklarla mücadelelerine aile rol ve işlevlerinde bozulmalar, hastalığın ve hastanın geleceğinin belirsizliği, hastayı yalnız bırakma korkusu, bilgi eksikliği ve hastadan utanma, kendilerini ya da hastayı suçlama gibi stresörler de eklenmektedir (61). Toplum tarafından hastalığın verilen destekle iyileşmeyeceğinin ve hatta olumlu yönde değişmeyeceğinin düşünülmesi aileleri bu süreçte daha fazla tüketmektedir. Doğrudan iletişim ve insanların hastalık hakkında doğru bilgilendirilmesiyle

şizofreni hastalarına karşı genel tutumun değişmesi ve damgalanmalarını azaltarak topluma katılmaları sağlanması önerilmektedir (30).

### **2.13. Şizofrenide Değişen Aile Roller, İşlevleri ve Bakım Yükü**

Şizofreni, yalnızca hastalık tanısı alan bireyi değil, hastanın ailesini ve toplumu da etkileyen kronik bir hastalıktır (61). Toplumun yapı taşı olan aile, insan hayatının şekillenmesinde en önemli birimdir. Bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının temeli için gerekli olan sevgi, ilgi ve bakım aile ortamında oluşturulur. Bireylerin pozitif davranış niteliklerini öğrendiği ve geliştirdiği bir aile ortamı bazen, olumsuz yaşam deneyimleriyle birlikte yıpratıcı sonuçların ortaya çıktığı bir ortama dönüşebilir (62). Ailenin bir parçası olan şizofreni tanılı bireyin karşılaştığı sorunların ailenin diğer üyelerini de etkilemesi malumdur (61). Bu süreçte en büyük rolü alan ebeveynlerin psikiyatrik hastalığının bulunması, çocukların daha çok olumsuz durumlara maruz kalmasına neden olabilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan anne-babaların bulunduğu aileler toplumda savunmasız olan tarafta yer alırlar (62).

Ailedeki roller ve işlevler psikiyatrik hastalıkların gidişatında önemli bir yer tutmaktadır. Hastanın ailesi ve yakın çevresi iyileşmeye katkıda bulunan en önemli etkenlerdir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile üyeleri stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku ve çaresizlik gibi duygular yaşamaktadırlar. Bu durum aile üyelerinde yıkım ve sıkıntıya neden olan stresli bir deneyimdir (63). Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin aile içindeki rolleri ve işlevleri bozulabilir. Bozulan aile uyumu hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebilmektedir. Hastalık kaynaklı yeterince bilgi sahibi olmadıkları bir durumla karşılaştıklarında aile üyeleri gerginlik, suçluluk ve bazen de utanç duygusu yaşayabilirler. Hastalığın aile üzerindeki etkilerinden biri de öfke duygusudur (52). Günlük yaşam ve sosyal aktiviteleri sınırlanan aile üyeleri bakım yükünün de stresiyle hastayı suçlayıp, öfke duyabilirler. Bazıları öfkelerini belli edip hastaya kızıp bağırabilirken, bazıları öfkelerini bastırabilir. Hastanın hareketlerine öfkelenen aile üyeleri aynı hastalığın kendi başlarına da geleceğinden korkup güçsüzlük ve çaresizlik duyguları da yaşayabilirler. Tüm bu nedenlerle hastayı ve hastalığı saklamak isteyebilirler (41). Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin yakınlarıyla yapılan bir çalışmada ailelerin genellikle dışlanma ve damgalanma korkusundan dolayı hastalığı saklama eğiliminde olduğu saptanmıştır (64). Ek olarak kronik ruhsal hastalıklar hastanın evlilik ilişkilerini de etkilemekte, bakım verenlerin geleceğe yönelik

umutsuzluk duygusuna sahip olmalarına ve bakımın verdiği yükü evlilikten uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (30).

Şizofreni hastası bireye bakım verme süreci ile birlikte çoğu aile üyesi, aile içi ve sosyal yaşamdaki rollerini yerine getiremede güçlük yaşayabilmektedir. Aile üyeleri ayrıca hastanın kendisine ya da çevresine zarar vermesinden kaygılanıp, rahat ve güvenli bir çevre oluşturmak için daha fazla tedbir ve gözetim uygulamak isteyebilirler. Kendilerine bir şey olursa hastalarını yalnız ve çaresiz bırakmaktan da endişelenmektedirler. Tüm bu durumlar şizofreni hastası olan bireylerin ailesinde stres yüklenmesine ve anksiyete, depresyon gibi ruhsal belirtilere yol açabilmektedir (9). Şizofreni hastalarının çevresindeki bireyler tarafından damgalanması ve dışlanması hastaların olumsuz benlik algısı geliştirmesine, sosyal ilişki kurmakta çekingen olmasına ve yalnız kalmasına yol açarken, bu durum aileye bağımlılığını da artırmaktadır. Bu kısır döngü bireyin aileye olan ihtiyacını artırırken ailenin bakım yükünü artıran bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (30). Bu doğrultuda ailelerin bakım yükünü artıran ve sağlık ekibi tarafından desteklenmeleri gereken bazı zorluklar tanımlanmıştır. Bunlar:

- Hastanın tekrar eden hastaneye yatışları,
- Hastanın kendi sorunlarıyla başa çıkamaması,
- Hastanın toplumsal işlevlerini sürdürememesi,
- Doğru ve düzenli ilaç kullanımının olmaması,
- Hastalık süreci ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği,
- Hastanın ve ailesinin sosyal izolasyona maruz kalması,
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi, bunun için ailesine bağımlı olması ve bakım yükü olarak sıralanmıştır (1).

Bazı araştırma sonuçlarına göre (65, 66, 67) ülkemizde şizofreni hastalarının ailelerinin en fazla karşılaştıkları güçlükler ise şunlardır:

- Ailede iletişim bozukluğu,
- Sosyal ilişkilerde bozulma,
- Geleceğe dair tedirginlik,
- Hastalık sürecinin verdiği hüznün ve gerginlik,
- Tedavi sürecinde yapılan masraf ve harcamalardır.

Şizofreni hastalarının ailelerini karşılaştıkları zorluklar iki sınıfta gruplandırılmıştır. Sosyal izolasyon özelliklerini taşıyan ilk grupta sosyal içe çekilme, ilgisizlik, sosyal ilişkilerde azalma yer almaktayken, ikinci grupta hastanın davranışlarının verdiği sıkıntılarla ilgili olan aile üyelerinde utanç, üzüntü, stres, korku, ekonomik zorluklar ve tükenme yer almaktadır (68). Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bu durumu öğrendiği ilk anlarından itibaren yaşadıkları duygular 'bitmeyen yas' olarak adlandırılmıştır (1). Toplumumuzda şizofreni hastası bireylerin bulunduğu aileler % 85,7 sosyal, % 67,5 duygusal, % 59,7 fiziksel ve % 35 oranda da ekonomik yükü yaşamaktadır (69). Bu ailelere özgü psikososyal yaklaşımlar sayesinde bakım verenlerin karşılaştıkları yük ve zorlukların azaltıldığı, stresle daha iyi başa çıktıkları, toplumsal işlevlerde pozitif yönde ilerlemeler kaydedildiği, hastaların tedavilerine ve sağlık kontrollerine periyodik olarak uyduğu, sorunlarıyla tek mücadele edebildikleri tespit edilmiştir (70). Psikososyal girişimlerin ve aile temelli müdahalelerin tedavi sürecine katılımıyla hastanın topluma uyumu arttığı, hastalığın alevlenme sıklığının azaldığı ve hastalık seyrinin olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir (30). Yapılan bazı araştırmalarda şizofreni hastalarının tedavi sürecinde aile müdahalelerinin katılımıyla tedavi işbirliğinin sağlandığı ve böylece tedaviye uyumun arttığı saptanmıştır (70,71).

#### **2.14. Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Baş Etme Stratejileri**

Baş etme, bireyin karşılaştığı sıkıntılı durumlara karşı bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerle üstesinden gelmeye çalışmasıdır. Her bireye özgü olan baş etme stratejileri bireyin yaşı, cinsiyeti, yaşadığı ortam ve kronik hastalıkları gibi birçok faktöre göre şekillenmektedir (72). Hasta ve ailesi toplumsal işlevlerini yerine getiremediği bu süreçte kendi baş etme stratejilerini geliştirebilir. Şizofreni hastalarının ailesinde baş etme stratejilerinin etkili olması hastalığın verdiği yükleri azaltabilecektir (30). Türkiye'de yapılmış olan bir araştırmada şizofreni hastalarının bakım verenlerinin aile içinde yaşanan duygusal çatışmalara ek olarak maddi yüklerle de başa çıkmaya çalıştıkları tespit edilmiştir (73). Hasta yakınları bu süreçle baş edebilmek için aşırı fedakarlıklar yapabilir, hastanın yanında olabilmek için sosyal yaşamdan ve iş yaşamlarından uzaklaşmak hatta vazgeçmek zorunda kalabilirler. Bireylerin bağımsızlığını önleyecek aşırı düzeyde koruyucu yaklaşım da bakım yükünü artırabilir (72).

Başta şizofreni olmak üzere tedavi sürecinde aileye büyük sorumluluklar düşmekte ve yaşam

şartlarını zorlaştıran kronik ruhsal hastalıklar ailede öfke, utanç ve üzüntü gibi duyguların yoğun yaşanmasına neden olabilmektedir (41). Bir araştırmada, şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin algıladıkları sosyal destek arttıkça umutsuzluk durumlarının azaldığı tespit edilmiştir (74). Yine benzer bir araştırmada şizofreni hastalarına bakım verenler yeteri kadar sosyal destek sağlanmasının tedaviyi tamamlayıcı bir faktör olabileceği bildirilmiştir (75). Tedavisine uyum sağlayan şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin daha fazla olduğu bulunarak sosyal desteğin tedaviye uyumunu artırdığı da saptanmıştır (41). Şizofreni tanısı almış bireylerin ve ailelerin ihtiyaçlarının belirlenip, desteklendiği sürece ruhsal hastalıklarda tekrarlı hastaneye yatışlarda ve hastalık ataklarında azalma, hasta ve yakınlarının toplumsal işlevselliğinde artma ve ailenin de ruh sağlığının korunmasına katkı sağlanacağı belirlenmiştir. Bu bağlamda, aile müdahaleleri ile ailelere hastalık ve tedavisi hakkında bilgi verilmekte, sosyal iletişim düzeyleri artırılmakta ve sorunlarıyla etkin başedebilmesi için desteklenmeleri gereklidir. Aile müdahaleleri ile bakımverenin etkili başa çıkma yöntemleri kazanması ile bakımveren rolünü de sağlıklı bir şekilde yerine getirmesi sağlanmaktadır (1).

Hastanın davranışları ve hastalığıyla ilgili yanlış inancaçlarının ya da görüşleri ailenin baş etmesini etkileyen bir unsurdur (30). Geçmişe odaklı ve suçlayıcı başa çıkma yolları şizofrenili birey ve ailesi için olumsuz sonuçlar doğurabilir. Gerçekçi hedeflerle problemlerin çözülmesi, aile içi iletişimin güçlendirilmesi başa çıkma stratejileri için son derece önemlidir. Başa çıkma becerilerinin artırılması ve stresi aza indiren yöntemlerin kullanılması hasta ve yakınlarının bağımsızlığını artırıp sosyal destek ağlarının oluşmasını sağlar. Bunlara ek olarak profesyonel yardımlar da aile üyelerine rol model olması, ilişkileri yönetmesi ve yol göstermesi açısından oldukça faydalıdır (1).

Şizofreni hastası bireylerin aile üyelerinin bir kısmı stresli deneyimleriyle güçlü bir şekilde baş edebilirken bazıları ise yaşadıkları zorluklarla baş edememektedirler. Ailelerde en büyük endişe kaynağı geleceğe yönelik belirsizliktir. Bu süreçte aileye bu deneyimleriyle baş edebilmeleri ve çaresizlik hislerinin azaltılması için sağlık profesyonelleri tarafından bilgi verilmesi, problem odaklı bakış açısının kazandırılması önemli adımlardır (75). Ailelere toplumsal işlevlerine olumsuz etkisi olan baş etme stratejilerinin değiştirilmesi konusunda yardımcı olunmalıdır. Bu konuda verilebilecek psikoeğitim programları ailelerin hastalık süreciyle ilgili daha gerçekçi davranmasını sağlayarak hasta ve yakını üzerindeki stresi, maddi ve manevi yükü azaltabilir (9). Şizofreni hastası bireylerin ailelerinin prodromal



dönemdeki aktivitelerini bırakmaları, içe çekilme ve depresyona neden olurken, hastanın kendisinin izolasyonu bu sorunu daha artırabilir (76). Tedavi eden ve bakım verenlerin ekip çalışmasına ek olarak profesyonel desteğin de yardımıyla ailenin toplumsal işlevleri artar ve damgalanmanın etkileriyle artan bakım yükü azalır. Özellikle stresle baş etmede kullanılacak etkin yöntemler ve bilişsel-davranışçı yaklaşımları oldukça faydalı olan yaklaşımlardır (30). Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinde stresle baş etme stratejilerinin bakımvereninin de yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (77). Ailede şizofreni olan birey anne ya da baba olduğunda çocuklar güçlük yaşamakta, daha çok hastalığın alevlenme dönemlerinde hasta olan üyenin rolünü alabilecek bir akrabaya ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu nedenle tedavi ve rehabilitasyon sürecine çekirdek aile üyelerine ek olarak yakın akrabaların dahil edilmesi, çocuklara da hastalık hakkında eğitim verilmesi gereklidir (30).

### **2.15. Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynlerin Çocuklar Üzerine Etkisi**

Ebeveynin ruhsal hastalık tanısı alması, çocukların ve diğer aile üyelerinin hayatlarında travmatik olayların başlangıcı olabilmektedir. Hastalıkla birlikte ortaya çıkan değişiklikler çocuğun sosyal, fiziksel ve duygusal gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Ebeveynlerde çocuklarını olumsuz etkilememek için ya hastalığın semptomlarını saklamakta ya da bu etkileri hiç önemsememe eğiliminde bulunabilirler. Her iki ihtimalde de çocuklar hastalığın yaşattığı değişimleri hissetmekte ve olumsuz şekilde etkilenebilmektedir (12).

Ebeveyni ruhsal hastalığa sahip olan çocukların, çocukluk dönemlerinin oldukça zor ve sıkıntılı olduğu, ruhsal semptomlar gösterdiği, ergenlik döneminde depresyon tanısı aldıkları, davranışsal sorunlar ve sosyal izolasyon yaşadıkları saptanmıştır (76). Buna ek olarak ebeveynlerinin başka çocukların anne ve babasına benzemediğini veya eskiye göre çok farklı kişiliklere dönüştüğünü hissettiklerini, evde kendilerini güvensiz hissettiklerini, çevrelerindeki insanlardan uzak kaldıklarını, evden dışarıya çok az çıkabildiklerini ve yaşadığı şeyleri birilerine anlatmak istedikleri tespit edilmiştir. Çocuklar zorlu bir yaşamla mücadele ederken bu süreç hakkında toplumda farkındalığın yetersiz olduğu bilinmektedir (12).

Ebeveyni şizofreni hastası olan çocuklar hastalığın ne olduğu, belirtileri, tedavisi, kalımsal olup olmadığı, anne-babaları hastaneye yatarsa bununla nasıl başa çıkabilecekleri gibi

hastalık süreci ile ilgili bilgilere sahip olmak istemektedirler. Bir çalışmada ebeveyni şizofreni hastası olan çocukların hastalık nedeniyle ebeveyninin kendine ya da çevresine zarar verebileceği endişesi duyduğunu, ebeveyninin olumsuz davranışlarınının sebebinin ise aldıkları ilaçlar olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Çocukların diğer aile üyeleri, arkadaşları veya kütüphaneden bir şekilde hastalık hakkında bilgi edinmeye çalıştıkları da ortaya konmuştur (12). Buna karşın, bir araştırmaya katılan çocukların yüzde ellisi ebeveyninin hastalığı hakkında çok da bilgi edinmek istememekte ve öğrendikleri şeylerin kendilerini olumsuz etkileyeceğini düşünmektedirler (78). Nitekim çocuklar bilgi edinmeyi değil, ebeveyninin hastalığını kendi içinde anlamlandırarak yaşamayı tercih etmektedirler (12).

Ruhsal hastalık tanısı almış ebeveyni olan çocukların yaşadığı duygular incelendiğinde bu duyguların pozitif ve negatif olarak dağılım gösterdiği, nispeten negatif duyguların daha fazla yaşandığı gözlemlenmiştir (12). Ebeveyninin hastanede tedavi görebilmesi, ebeveynlik rollerini tekrar üstlenebilmesi, iyileşmesi ve bu durumla sadece kendilerinin karşılaşmadıklarını bilmelerinin çocuklara mutluluk, istek, rahatlık, empati, sevgi, imrenme ve umut gibi pozitif duygular hissedebilmektedir. Ebeveyninin iyileşemeyeceğini, sağlıklı olan aile üyelerinin de hastalanacağını ve ebeveyninin intihar edeceğini düşünen, okul başarısı düşen, okuldan eve gelince neyle karşılaşacağını bilmeyen, günlük rutinleri bozulan, damgalanma ve sosyal izolasyona maruz kalan, tekrarlı hastaneye yatışlarla uzun süre anne babadan ayrı kalan çocukların ise endişe-kaygı, korku, stres, suçluluk, sinirlilik, içe kapanma, nefret, utanç, zayıflık, hüznün, soğukluk-yabancılaşma, hayal kırıklığı, çaresizlik, yalnızlık ve ihmal edilme gibi negatif duyguları deneyimleyebilmektedir. Negatif duyguların yansımasıyla ailedeki duygusal etkileşim de zayıflayabilmektedir. Ebeveynlerinin tepkisel davranışlarını öngöremeyen çocuklar, bekledikleri ebeveyn rolünü de göremedikleri için arkadaşlarını evlerine davet edemez, hatta onlardan uzak kalmak zorunda olabilirler. Çocukların karşılaştıkları davranışlardan bazıları da ebeveyninin ona zarar vermesi, sözünde durmaması, mahremiyete özen gösterilmemesi, ihmal ve istismardır (12). Bir araştırmada zarar göreceğinden korkan çocukların anne-babalarıyla aralarına güvenli bir mesafe koydukları bildirilmiştir (76).

Aile içi rolleri değişen, yakın çevresi ile sosyal ilişkileri etkilenen çocukların sorumlulukları da oldukça artmaktadır. Ebeveyni ve kardeşlerinin bakımını üstlenme, onları koruma, evde disiplini sağlama, ev işlerini yapma ve bütçeyi yönetmeyi öğrenme çocukların almak

zorunda kaldığı sorumluluklar arasındadır. Omuzlarına yüklenen bu ek sorumluluklar çocukların okul başarısını da olumsuz etkileyebilir (12). Bütün bu güçlüklerle mücadele eden çocukların anne babalarına bağlı kaldıkları ve onlar destek olmak için uğraştıkları belirlenmiştir (13). Hasta olan ebeveynin rolünün diğer ebeveyn tarafından sahiplenildiği durumlar da olabilmekte, bu durumda çocuk destek alabileceği ebeveyni de rol yüklenmesi sebebiyle kaybetmiş gibi hissedebilir (12). Tüm bu zorlukların, çocukların küçük yaşta bağımsız olmayı deneyimlemeleri gibi olumlu denebilecek bir sonuca yol açtığı da ifade edilmektedir (79).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin, aile içinde uyum ve iletişimde bozulma, ekonomik yükler, çocuk ihmal ve istismarı aile bütünlüğünün bozulmasına ve parçalanmaya yol açabilmektedir (12). Ayrıca çocukların gerçeklerle yüzleşme korkusu nedeniyle soru sormaktan, problemlerini anlatmaktan sakındıkları, ebeveynleriyle ilişkilerinin değiştiği ve hastalık öncesi günlerine dönmek istedikleri vurgulanmaktadır (80). Ebeveynde ruhsal hastalık olması ailelerde damgalanmaya, bunun da çocuklarda sosyal izolasyona, sağlıklı bireylere karşı öfke duymalarına, yalnızlık hissetmelerine neden olduğu ve sıkıntılarını anlatmak için profesyonel desteğe ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir (13). Hastalığın getirdiği ekonomik sorunlardan dolayı çocuklar bir işte çalışmaya başlamakta, okuldan uzaklaşmakta ve hatta aileler bazı durumlarda taşınmak zorunda kalmaktadırlar (12). Hasta bireylerin ebeveynlik rolünü yerine getirememesine bağlı olarak okula giden çocuğuna uygun kıyafetler giydirmemesi, çocuğun farklı algılanmasına ve arkadaşlarından uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Buna ek olarak, eğer ebeveyni hastanede yatıyorsa damgalanmaya ve dedikoduya maruz kaldığını düşünen çocuğun benlik saygısının da düştüğü saptanmıştır (81). Hatta bu çocukların evlerinden atılma korkuları olduğu da tespit edilmiştir (82).

Bazı çocukların ebeveynlerinin ruhsal hastalıktan öleceği, hastaneye yatmasının ölümle veya intiharla ilişkili olduğundan korktukları gözlemlenmiştir (76, 80). Hastaneyi ve hastane ziyaretlerini sevmeyen ve hastaneyle ilgili olumsuz deneyimi olan çocukların ruhsal sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (13, 83). Bunun aksine ebeveyni hastaneye yatan çocuğun ev ile ilgili sorumluluklarının artmasına rağmen, ebeveyni ile ilgili sorumluluklarının azalmasından dolayı bu durumu olumlu olarak nitelendirdiği, ebeveynine uygulanan tedavi iyileşmeye katkı sağlarsa ve çocuk bu süreçte büyükanne ve büyükbabası tarafından bakılırsa bu deneyimi olumlu olarak algıladığı ortaya konmuştur (83).

Çocukların ebeveyni hasta iken yaşadıkları süreçle baş etme stratejileri incelendiğinde olumsuz düşünmeme, profesyonel destek arayışı içinde olma, hastalıkla ilgili bilgi sahibi olma (13, 76, 84), boş vakitleri için hobi bulma (13) ve yaşadığı deneyimleri yazarak anlatma (79) gibi etkili baş etme stratejileri geliştirdikleri görülmüştür. Ayrıca bunlara ek olarak yakın buldukları bireylere deneyimlerini anlatma (76), aynı sorunları olan çocuklarla konuşma, anne babasına mektup yazma (84), hasta olmayan ebeveynle dertleşme (79), büyükanne, büyükbaba, komşu ve arkadaşlarından sosyal destek alma gibi iletişime dayalı yöntemleri de kullandıkları bildirilmektedir. Bu durumu öteleyen çocukların ise televizyon izleyerek, kitap okuyarak, spor yaparak kendilerini buldukları ortamdan uzaklaştırdıkları ve ilerleyen zamanda hasta ebeveynlerine benzemeyeceklerine inanarak kendilerini onlardan ayrı tuttukları belirlenmiştir (81). Başa çıkmada etkili yöntemler kullanamayan çocukların ise yalnızlık yaşadıkları, alkol ve madde bağımlılığı, intihar teşebbüsü ve anoreksiyo nevroza gibi psikiyatrik problemlere sahip olduğu, ebeveyninin hasta olması nedeniyle utanç duydukları, içe kapandıkları, acı çektikleri ve sürekli ağladıkları gözlemlenmiştir (13, 83, 84). Yapılan bir araştırmada, çocukların anne babalarının hastalığının ne olduğunu anlamaması ve bilmesinden dolayı hayal kırıklığı, korku ve belirsizlik hissettikleri saptanmıştır. Bu çocuklar, yalnızlık ve çaresizlik duyguları yaşadıklarını ve yeterli bilgiye ulaşana kadar bu duygularla mücadele etmeye devam ettiklerini söylemişlerdir (85). Sadece annesi hasta olan çocuklarla yapılan bir araştırmada, çocukların en çok öfke duygusunu yaşadığı ve bu duyguyu annelerinin bebek gibi bağımlı olmasına bağladıkları tespit edilmiştir (86). Buna ek olarak anne veya babasında ruhsal hastalık olan çocukların kaygı duyduğu, bu hastalıktan kendilerini suçladıkları, bu durumun da çocukların gelişimi üzerinde olumsuz bir etki oluşturduğu bildirilmiştir (87). Başka bir çalışmada da annesi şizofreni olan çocukların annelerinin davranışsal tepkilerinin tahmin edilemez, çok utandırıcı ve korkutucu gördükleri tespit edilmiştir (88).

Bir ailede anne ya da babanın ruhsal hastalığı olmasının, ailenin yaşamını değiştirdiği ve çocuğa etkilerinin olduğu açıktır. Eğer hasta olan ebeveyn baba ise genel olarak çocukların hayatını baba evinde sürdürdükleri, okul ve aile hayatının daha az olumsuz etkilendiği görülürken, hasta olan anne ise çocukların kendilerine bakımveren birine gereksinim duydukları ve hayatlarının daha çok olumsuz etkilendiği görülmüştür. Hasta olan kişi baba olduğunda ekonomik zorlanmanın daha çok yaşandığı, ancak babanın tedavi sürecinde anne çalışabiliyorsa ekonomik sıkıntıların daha az olduğu belirtilmiştir (12).

Anne veya babası psikiyatrik hastalık tanısı almış çocukların birbirine benzer travmatik deneyimleri vardır. Bu deneyimler çocuğun başa çıkma yeteneğini önlemekte, sıkıntılı ve güç durumlara direncini azaltmakta ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Ebeveyni ruhsal hastalığa sahip çocukların çocukluk çağının yıpratıcı olduğu ve bu yüzden kolay incinip, kırılabilir yapıda oldukları gözlemlenmektedir. Bütün bu olumsuz durumlara rağmen bazı çocukların erkenden olgunlaştığı, içsel olarak geliştiği, özgüvenlerinin ve bağımsızlıklarının arttığı ve daha dirençli oldukları bildirilmektedir (12).

İçinde buldukları zorlayıcı süreç nedeniyle sağlıklı ebeveyn ve çocuklar sosyal ve duygusal desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Ebeveynler ve çocuklar için sosyal destek sağlama girişimleri, ebeveynlerin psikiyatrik hastalığının tüm aile üzerindeki etkisini azaltabilmektedir. Aile ve çocukla ilgilenen psikiyatri hemşireleri bu hedef grup için eğitici programlar geliştirmelidirler. Çocuk ve ebeveynine yönelik programlarda; ebeveynlerin ebeveynliğini destekleme, çocuğun problem odaklı başa çıkma becerilerini geliştirme ve ebeveynin hastalığı hakkında yaşına ve gelişim düzeyine uygun bilgi verme, benlik saygısını güçlendirme ve dışlanmışlık duygularını önleme gibi konulara yer verilmelidir (62).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırmada, nitel araştırma desenlerinden biri olan fenomenolojik yaklaşım kullanılmıştır. Fenomenolojik yaklaşım, farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanmaktadır (89).

Burada nitel görüşme tekniğinin kullanılmasının temel nedeni bu teknikle sadece “veri toplama” değil “veri yaratımı” sürecinin de gerçekleştirilebilmesidir. Veri yaratımı, nitel araştırmaların ontolojik sayıltılarına daha uygun düşen bir adlandırmadır (90). Burada sosyal gerçeklik, olgusal ve “dışarıda” değil, araştırmacıların da bir parçası olduğu bir süreç içinde ele alınmıştır. Bu bağlamda, dışarıda yer alan veriler araştırmacının katılımcıya katılması ile nesnel bir şekilde değil, süreç olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, görüşme ortamında görüşmeci ve katılımcı birlikte sosyal gerçekliği inşa etmektedirler. Bu nedenle görüşmecinin kendisi de bu veri yaratımı sürecinin bir parçası olarak görülmektedir (90).

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Kırşehir il merkezinde bulunan, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı olarak çalışan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)’nde gerçekleşmiştir. Kırşehir Merkezi Yenice Mahallesi’nde bulunan TRSM binası üç kattan oluşmakta, içerisinde resim, müzik, el sanatları, beden eğitimi ve satranç atölyeleri bulunmaktadır. Kurumda bir tane sorumlu hekim, dört hemşire, iki psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir tane tıbbi teknolog, bir sekreter, bir tane temizlik elemanı ve bir tane güvenlik görevlisi görev almaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini, Kırşehir ilinde TRSM’ye kayıtlı şizofreni hastalarının 18 yaş üstü çocukları oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak; ebeveyni şizofreni hastası olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, 18 yaşından büyük olmak, kendisi şizofreni hastası olmamak ve Türkçe konuşup-anlamak belirlenmiştir. Araştırmadan dışlanma kriterleri olarak ise ebeveyni şizofreni hastası olmamak, araştırmaya katılmayı istememek, 18 yaşından küçük olmak, şizofreni hastası olmak ve Türkçe konuşup-

anlamamak olarak belirlenmiştir. Araştırmada belirlenen bu dahil edilme ve dışlanma kriterleri nedeniyle araştırma örnekleminin belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir katılımcıdan araştırma verisi toplandıktan sonra elde edilen verilerin doyuma ulaşmış ve ulaşmadığı değerlendirilmiş, elde edilen veriler, ifadeler ve temalar tekrar etmeye başladığında araştırma verilerinin doyuma ulaştığı düşünülmüştür. Bu nedenle, her bir katılımcıyla yapılan görüşme sonucunda elde edilen veriler araştırmacılar tarafından analiz edilerek önemli ifadeler belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 26 katılımcı oluşturmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları**

Araştırmada veri toplamada araştırmacılar tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Soru Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu” kullanılmıştır.

#### **3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu**

Araştırmada ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin tanıtıcı özellikleri araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bu soru formunda bireylerin yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu, eğitim seviyesi, çalışma durumu ve hasta ebeveyne yönelik bazı sorular olmak üzere 10 sorudan oluşmuştur (Ek 1).

#### **3.4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme formu araştırmacılar tarafından ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimlerini açıklamak amacıyla oluşturulmuştur. Soru formunda yer alan araştırma soruları, ebeveyni şizofreni hastası olan katılımcılara sırasıyla sorulmuş ve çocukluk çağı sürecindeki deneyimlerini aktarması istenmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda, ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin şizofreni hastalığına yönelik algı ve tutumları, bu süreçten nasıl etkilendiği, kendisini zorlayan durumların neler olduğu ve bu süreçte karşılaştıkları zorluklarla nasıl baş ettikleri ve yetişkinlik çağına yansımalarını değerlendirmek üzere 11 sorudan oluşmuştur (Ek 1).

### 3.5. Ön Uygulama

Araştırma öncesi hazırlanan soruların anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırmanın yürütüldüğü TRSM'ye kayıtlı olan, ebeveyni şizofreni tanısı almış ve gelişigüzel seçilen üç katılımcıya uygulanmıştır. Ön uygulama sonrasında sorular anlaşılır olduğu görülmüş, herhangi bir revizyona gidilmemiş ve bu katılımcılardan elde edilen bulgular araştırmaya dahil edilmemiştir.

### 3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma Kırşehir ilinde bulunan TRSM'de gerçekleştirilmiştir. Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra TRSM'ye kayıtlı olan hastaların dosyaları incelenerek, yetişkin yaşta çocuğu olan hastalar liste halinde çıkarılmıştır. TRSM'ye kayıtlı olan 450 şizofreni hastasının kurum kayıtlarında 350 yetişkin çocuğu bulunduğu görülmüştür. Bu kayıtlarda yer alan telefon numaraları kullanılarak, katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler TRSM'ye davet edilmiş ve görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Ayrıca pandemi koşulları gözetilerek maske, mesafe ve hijyen tedbirlerine uyulmuş, görüşmeler esnasında maskelerin çıkarılmaması, odanın havalandırılması ve sosyal mesafeye uyularak orturulmasına özen gösterilmiştir. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmanın amacı açıklanmıştır. Ardından katılımcılardan araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını beyan ettikleri aydınlatılmış onam formlarını okumaları, onamları istenmiş ve hazır olan katılımcılarla TRSM'de görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler, katılımcının kendisini rahat hissetmesi ve ifade edebilmesi aynı zamanda mahremiyetin sağlanması adına üçüncü kişilerin olmadığı bir görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelere başlamadan önce katılımcılar tarafından tanıtıcı kişisel özelliklerinin yer aldığı soru formu doldurulmuştur. Ardından nitel veriler, derinlemesine bireysel görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Katılımcılara sorular sorulmaya başlamadan önce görüşmelerin ses kayıt cihazı ile kayıt edileceği, kayıtların sadece araştırmacılar tarafından dinleneceği ve görüşmenin sadece bir defa yapılacağı belirtilmiştir. Araştırmada verilerin güvenilirliğini sağlamak, katılımcıların görüşmecilerin tutumları ve soru sorma stillerinden etkilenmemesi adına bütün görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırma verileri



01.01.2022-01.03.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Her bir bireysel görüşme en az 20 dakika en fazla 30 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi için Nitel Araştırma Raporlama için Konsolide Kriterler (COREQ), nitel araştırma kılavuzu olarak kullanılmıştır (91). Araştırma verilerinin analizine ilk olarak, her bir görüşmenin ardından elde edilen ses kayıtları araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazıya dökülmüş ve analiz edilmiştir. Yazıya dökülen verilerde olası hatalar ve yanlışların önlenmesi için ses kayıtları tekrarlı şekilde dinlenerek yazıya dökülen ifadeler karşılaştırılmıştır. Ardından verilerin yorumlayıcı fenomenolojik analizine başlanmıştır. Yorumlayıcı fenomenolojik analiz (Interpretive Phenomenological Analysis/IPA), araştırmacının her bir katılımcıyı derinlemesine değerlendirmesine ve etkileşime girmesini sağlamaktadır. Bu yöntemin kullanım amacı, veri doygunluğunu belirlemektir (91). Araştırmada verilerin analizi aşamasında her bir araştırmacı birbirinden bağımsız ve birbirini etkilemeyecek şekilde gerçekleştirilmiştir. Yazıya dökülen tüm ses kayıtları araştırmacılar tarafından tekrarlı bir şekilde okunarak verilere hakim olması sağlanmış, önemli ifadeler belirlenmiş ve belirlenen önemli ifadelere manuel olarak kodlar tanımlanmıştır. Elde edilen önemli ifadeler araştırmacılar tarafından tekrarlı okunarak temaları belirlemiş, temaların tanımlamasını yapmış ve sonrasında da belirlenen tema ve alt tema altına katılımcı ifadeleri eklenmiştir. Araştırmacı ve danışmanı bu süreci bağımsız şekilde gerçekleştirdikten sonra bir araya gelerek buldukları önemli ifadeler, temalar, alt temalar ve katılımcı ifadelerinin uygunluğunu tartışmışlardır. Ardından araştırmacılar kendi aralarında tema, alt tema ve katılımcı ifadelerinin uygunluğuna karar vererek araştırma verilerinin son halini vererek verilerin analizi basamağını tamamlamışlardır.

### **3.8. Araştırma Verilerinin Güvenirliği**

Nitel araştırmalarda araştırma verilerinin güvenirliliğini sağlamak adına çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar, inandırıcılık, güvenilirlik, onaylanabilirlik, aktarılabilirlik ve şeffaflıktır ve bu araştırmada araştırma verilerinin güvenirliliği bu adımlarla kontrol edilmiştir (92). İlk olarak araştırmacılar, nitel araştırma yöntemlerine hakim olabilmek için kurslara katılmış ve ikinci araştırmacının nitel araştırma deneyimleri bulunmaktadır.

Araştırmacılar, ruh sağlığı ve ocuk sağlığı hakkında bilgi, deneyim ve eğitime sahiptirler. Araştırmacıların bu uzmanlık alanları ile şizofreni hastalığı ve çocuğun gelişim dönemleri ilgili kuramsal bilgileri ve gözlemleri doğrultusunda bu araştırmayı planlamışlardır. Araştırma verilerinin güvenilirliğini sağlamak adına araştırma verilerinin toplandığı katılımcıları gönüllülük esasına göre belirlenmiş, araştırma verileri toplanırken katılımcılara yarı yapılandırılmış görüşme soruları açık uçlu şekilde sorulmuş, katılımcıların verdikleri yanıtlar araştırmacılar tarafından herhangi bir onaylama ya da reddetme yapmadan tarafsız şekilde dinlenmiştir. Böylelikle katılımcılar kendilerini, deneyimlerini ve duygularını özgürce ifade edebilmişlerdir. Her bir bireysel görüşme tamamlandıktan sonra araştırmacılar ses kayıtlarını ve ses kayıtlarının yazıya dökülmüş halini tekrarlı kontrol ederek olası hataların önüne geçmişlerdir. Son olarak araştırmanın güvenilirliği sağlamak için verilerinin analizinde her bir araştırmacı analiz sürecini birbirinden bağımsız şekilde gerçekleştirmiştir. Her bir araştırmacı verilerin analizini tamamlamasının ardından bir araya gelerek tema ve alt temaları oluşturmuşlardır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/09/2021 tarih ve 2021-14/155 sayılı kararı ile araştırmanın uygulanması için onay alınmıştır (Ek-2). Anket formları doldurulmadan araştırma örneklemini oluşturan bireylere bilgilendirilmiş onam formu okutularak ya da araştırmacı tarafından bireye okunarak bireylerin sözlü/yazılı onamları alınmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, TRSM'ye kayıtlı olan hastaların çocukları ile gerçekleştirilmiştir. TRSM'ye kayıtlı olan hastaların bir kurumdan hizmet aldığı düşünöldüğünde, kurum kaydı olmayan hasta çocukların deneyimlerinin de dahil edilmesinin önemli olduğu düşünölmektedir. Aynı zamanda araştırmaya "sağlıklı" ocuklar dahil edilmiş, şizofreni tanısı ya da başaka bir ruhsal bozukluğu olan çocuklar dışlanmıştır. Bu nedenle, ebeveyni şizofreni hastası olan tüm çocukların deneyimlerine odaklanmadığından, araştırma sonuçları bu örnekleme sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

Araştırmaya ebeveyni şizofreni hastası olan 26 katılımcı katılmıştır. Katılımcıların özellikleri incelendiğinde 28 ile 51 yaş aralığında, çoğunluğunun kadın ve evli olduğu, eğitim düzeyinin ilköğretim, ekonomik durumunun orta olduğu, yine çoğunluğunun il merkezinde yaşadığı görülmüştür.

**Tablo 4.1:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Birey	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Yaşanılan Yer	Ekonomik Durum
K1	48	Kadın	Evli	İlköğretim	İl merkezi	Kötü
K2	28	Kadın	Evli	Lise	İl merkezi	Orta
K3	30	Kadın	Evli	İlköğretim	İlçe	Orta
K4	51	Kadın	Evli	Lisans	İlçe	Orta
K5	49	Kadın	Evli	Lisans	İl merkezi	Orta
K6	27	Kadın	Evli	Lise	İl merkezi	Orta
K7	23	Kadın	Bekar	Lisans	İl merkezi	İyi
K8	44	Kadın	Boşanmış	Lise	İl merkezi	Kötü
K9	30	Kadın	Evli	Lise	İl merkezi	Kötü
K10	20	Kadın	Bekar	Lisans	İl merkezi	Kötü
K11	32	Kadın	Evli	Lisans	İlçe	Orta
K12	28	Erkek	Evli	Lisans	İlçe	İyi
K13	52	Erkek	Evli	İlköğretim	İlçe	Orta
K14	47	Erkek	Evli	Lisansüstü	İl merkezi	Orta
K15	32	Erkek	Evli	İlköğretim	Köy	Kötü
K16	38	Erkek	Bekar	Lisans	İl merkezi	Kötü
K17	44	Erkek	Evli	İlköğretim	İl merkezi	Kötü
K18	45	Erkek	Evli	Lise	İl merkezi	Orta
K19	28	Kadın	Bekar	Lisansüstü	İl merkezi	Kötü
K20	35	Kadın	Evli	İlköğretim	İl merkezi	İyi
K21	27	Kadın	Bekar	Lisans	İlçe	Orta
K22	43	Erkek	Evli	İlköğretim	İl merkezi	Orta
K23	30	Kadın	Evli	Lisansüstü	İlçe	Kötü
K24	40	Erkek	Bekar	Lise	İl merkezi	Orta
K25	38	Erkek	Boşanmış	İlköğretim	İl merkezi	Orta
K26	33	Kadın	Boşanmış	Lise	İlçe	Kötü

**Tablo 4.1 (devam):** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Birey	Çalışma Durumu	Aile Yapısı	Hasta ile Yakınlığı	Hastalık Yılı	Aile içi İletişim
K1	Çalışmıyor	Geniş	Anne	40	İyi
K2	Çalışmıyor	Çekirdek	Baba	40	İyi
K3	Çalışmıyor	Geniş	Anne	35	İyi
K4	Çalışmıyor	Çekirdek	Anne	40	İyi
K5	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	40	İyi
K6	Çalışmıyor	Çekirdek	Baba	30	İyi
K7	Çalışmıyor	Çekirdek	Anne	25	İyi
K8	Çalışmıyor	Geniş	Baba	50	Orta
K9	Çalışmıyor	Geniş	Baba	40	İyi
K10	Çalışmıyor	Çekirdek	Anne	10	İyi
K11	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	18	İyi
K12	Çalışıyor	Çekirdek	Baba	40	İyi
K13	Çalışıyor	Geniş	Baba	40	İyi
K14	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	40	İyi
K15	Çalışmıyor	Çekirdek	Baba	30	İyi
K16	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	25	İyi
K17	Çalışıyor	Çekirdek	Baba	50	Kötü
K18	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	50	İyi
K19	Çalışmıyor	Çekirdek	Baba	40	İyi
K20	Çalışmıyor	Çekirdek	Baba	20	İyi
K21	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	20	Kötü
K22	Çalışıyor	Çekirdek	Baba	50	İyi
K23	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	15	İyi
K24	Çalışıyor	Çekirdek	Anne	35	Kötü
K25	Çalışıyor	Parçalanmış	Baba	30	İyi
K26	Çalışmıyor	Parçalanmış	Baba	35	Orta

Katılımcıların çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve aile içi iletişiminin iyi olduğu, %50'sinin annesinin, diğer %50'sinin babasının şizofreni olduğu ve yine %50'sinin herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcılara araştırma kapsamında “şizofreni” hastalığını metaforize ederek bir şeye benzetmesi istenmiş ve verilen yanıtlar Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Katılımcıların şizofreni hastalığına yönelik metaforları.

Katılımcılardan şizofreni hastalığına yönelik metaforları incelendiğinde hastalığı en çok ‘Korku’ olarak metaforize ettiği görülmüştür. Bir katılımcı; K11; “...Korkuya benzetirim. Hep tedirgindik. Tedirgin uyur, tedirgin kalkardık bir şey olacak diye. Bağruları, çağrılmaları, gece yarısı kahkaları, gülmesi, ağlaması aklıma geliyor.”

‘Canavar’ benzetmesi yapan bir katılımcı görüşlerini şu şekilde aktarmıştır. K20; “... Babama bakıyorum. Bakışları Allah etmesin, gece kalkıp da öldürecekmiş gibi tedirgin ediyor insanı. İçinde başka bir insan bir canavar varmış gibi. Canavara benziyor.” Başka bir katılımcı ise K24; “...Valla şey, hani bu kurt adam filmi var ya. Yani melek gibi bir insan işte, bu hastalık yüzünden sanki içine bir canavar giriyor. İşte resmen canavar. Anne, anne olmaktan çıkıyor.”

Bir katılımcı ise hastalığı “Tehlike” olarak metaforize etmiştir. K8; “...Bence tehlike. Çünkü çocukluğumda yaşadıklarımızı, anneme o yaptıklarını göz önüne alırsam bence tehlike. İsteyerek yapmadığını biliyorum ama ne olursa olsun tehlike.”

Katılımcılardan biri hastalığı ‘Duran bir nesne’ diye tanımlamıştır. Bu doğrultuda görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir. K2; “...Yani olmayan, böyle duran bir şey. Yani hiç.

Hani böyle bebeğin dili olmaz ya, konuşamaz ya o şekilde bir şeye benzetirdim. Boş yani. Çünkü dolu bir tarafı yok. Senle anlaşıyor, konuşamıyor. Sadece sağ olduğunu biliyorsunuz.”

Şizofreni için ‘Kanayan bir yara’ benzetmesi yapan başka bir katılımcı ise; K3; “...Bu hayatta başına gelebilecek en kötü şey. Keşke kanser olsa, ülser olsa bir şekilde bir acın oluyor. Bu bitmeyecek bir şey. Yapabileceğin bir şey yok. Bitmeyecek sürekli kanayan bir yara. Zor bir şey yani.”

Diğer katılımcılar da görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir. ‘Kırık bir bardak’ diyen katılımcı; K13; “... Hayat senden imkanlarını almış. Kırık bir bardak gibisin yani o da sende her yönden. Her şeyden yarımın.”

‘Dipsiz bir kuyu’ diyen katılımcı ise; K16; “...Heralde böyle dipsiz bir kuyunun içinde kalmak gibi. Gökyüzünü görüyorsunuz ama çıkamıyorsunuz.”

Katılımcılardan çocukluk çağını metaforize etmeleri istenmiş ve verilen yanıtlar Şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 4.2. Katılımcıların çocukluğuna yönelik metaforları.

Katılımcılardan çocukluğunu metaforize etmeleri istendiğinde en çok ‘Korku’ olarak metaforize etmişlerdir. Bu doğrultuda bir katılımcı; K8; “...Benim için çocukluk korku.

*Çünkü çocukken çok korkardım. Babam sinirlenince ne yapacağını bilmezdi. Anneme bir şey olursa biz ne yapacağız, çaresiz kalacağız diye hep korkardım.”*

Başka bir katılımcı ise çocukluğunu ‘Hayal kırıklığı’ olarak tanımlamıştır. K1; “...Benim çocukluğum hayal kırıklığı. Çok güzel hayallerim vardı çocukluğumda, hayallerimi gün gün öldürdüler.”

Diğer katılımcılar çocukluklarını yaşayamadıklarını ifade etmiş, bu doğrultuda ‘Balon’, ‘Çalışmak’, ‘Rüzgar’ gibi metaforlar kullanmışlardır. ‘Balon’a benzeten katılımcı; “...Çocukluk gökyüzüne doğru süzülen bir balon gibi sönüp gidiyor.” (K16) demiştir.

‘Çalışmak’ olarak metaforize eden katılımcılar ise görüşlerini şu şekilde aktarmıştır. K15; “...Çocuk değil de büyük biri gibi hissediyorum. Yetişkinlik yani. Evi geçindiriyordum. Çalışıp kazandığım parayı anneme getiriyordum. Çalışmak ve güç yani sadece.”, K17; “...Çocukluk çalışmaktı. Çocukluğumu yaşayamadım. Gözümü sanayide açtım. 11 yaşından beri çalışmak çocukluk benim için.”

Rüzgar benzetmesi yapan katılımcı ise; “...Çocukluğum çok hızlı geçti benim. O yüzden rüzgar yani. Rüzgar gibi gelip geçti. Bir şey anlamadım çocukluktan.” (K18) diye görüşlerini aktarmıştır.

Çocukluğunu uzay boşluğuna benzeten bir katılımcı ise; “...Çocukluğum çok boşlukta, çok askıda kalmış gibiydi. Uzay boşluğu gibi benim gözümde. Yaşanmamış bir şey bence çok boşluk.” (K10) diye belirtmiştir.

‘Kurumuş bir yaprak’ benzetmesi yapan katılımcı ise; “...Çocukluğum kurumuş bir yaprak işte. Hani oluyor ya sarı bir yaprak. Çocukluğumda manevi hiçbir şey yaşayamadım. Bir de üstüne iyi ki kötü insanlarla karşılaşmadık.” (K24) ifadelerini kullanmıştır.

**Tablo 4.2:** Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerle yapılan görüşmelerde belirlenen temalar ve alt temalar.

<b>Tema</b>	<b>Alt tema</b>
Tema 1. Şizofreni hakkındaki görüşler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kötü/zor hastalık</li><li>• Halüsinasyonlar</li><li>• Takıntılar</li><li>• Saldırganlık</li><li>• Çaresizlik</li></ul>
Tema 2. Şizofren bir ebeveynle büyüme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Damgalanma ve Utanma</li><li>• Korku ile yaşamak</li><li>• İhmal</li><li>• İstismar</li><li>• Ekonomik zorluklar</li><li>• İlgi ve sevgi yoksunluğu</li><li>• Üzüntü</li></ul>
Tema 3. Çocukluk çağı deneyimleri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yalnızlık</li><li>• Güvensiz ev ortamı</li><li>• Anneye/kadına şiddet</li><li>• Ebeveyne bakmak</li><li>• Çocuk işçiliği</li></ul>
Tema 4. Nasıl baş ettim	<ul style="list-style-type: none"><li>• Akrabaların desteği</li><li>• Kardeş desteği</li><li>• İçer kapanma</li><li>• Sevgi</li><li>• Anne/babanın iyileşmesi</li><li>• Uzaklaşmak</li></ul>
Tema 5. Yarım kalan hayaller	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mutlu bir yuva</li><li>• Sağlıklı ebeveynler</li><li>• İyi bir anne/baba ilişkisi</li><li>• Eğitim hayatı</li></ul>
Tema 6. Yetişkinliğe yansımaları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erken yaşta evlilik</li><li>• Bakım yükü</li><li>• Evlilik/egitim/iş/sosyal yaşamda sorunlar</li><li>• Psikiyatrik hastalıklar</li></ul>

Katılımcılarla yapılan derinlemesine görüşmeler ile çocukluk çağına yönelik deneyimleri incelendiğinde “Şizofreni Hakkındaki Görüşler”, “Şizofren Bir Ebeveynle Büyüme”, “Çocukluk Çağı Deneyimleri”, “Nasıl Baş Ettim”, “Yarım Kalan Hayaller”, “Yetişkinliğe Yansımaları” olarak altı tema ve 31 alt tema belirlenmiştir.



## **Tema 1. Şizofreni Hakkındaki Görüşler**

Katılımcıların şizofreni hastalığı hakkında düşüncelerine bu temada yer verilmiştir. Bu temada; kötü/zor hastalık, halüsinasyonlar, takıntılar, saldırganlık ve çaresizlik olarak beş alt tema oluşturulmuştur.

### **Alt Tema 1.1: Kötü/Zor hastalık**

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireyler şizofreninin olumsuz yönlerinden bahsedip, zor bir hastalık olduğunu vurgulamıştır.

Katılımcılar görüşlerinin şu şekilde aktarmıştır. K6; “...Zor bir hastalık. Hem bizi yıpratıyor hem kendisini. Hastalığının ne olduğunu bilmediğimiz için de çocukluğum zor geçti. Olmayan şeyler görüyordu ve şiddete eğilimliydi.”

K8; “...Gerçekten çok zor. Yeri geliyor tahammül edilemeyecek hale geliyor. Bilinçli değil. Hastalığını kabul etmiyor. Şizofreni hastasıyla aynı ortamda kalmak zor, sürekli tedbir isteyen bir durum. Bilerek yapmadığını, hasta olduğunu biliyorum ama zor.”

K26; “...Ağır bir hastalık. Çok ağır, ailece çok etkilendik. Çok zor oldu. Aylarca hiç uyumadığımız oldu. Bir ara ne yaptığını bilmiyordu. Tuvalete giderdi, kapıyı kapatmazdı. Babam 10 yaşında bir çocuk gibiydi. 10 yaşındaki çocuk bile her şeyi biliyor. Ailecek çok zor bir süreçten geçtik.”

### **Alt Tema 1.2: Halüsinasyonlar**

Bu alt temada şizofreniyi ebeveyninde gördüğü belirtilerle tanımlayan katılımcılara yer verilmiştir. Hastalık sürecinde halüsinasyon yaşayan ebeveynlerine yönelik görüşlerini dile getiren katılımcılar; K12; “... Sanrılar ve hayaller görüyor. Olmayan bir şeyi varmış gibi görüyor.”

K20; “...Halüsinasyonlar görüyor. Dünya batıyor diyor. Ev yıkılıyor diyor. Aynada ve suda birini görüyorum diyor. Beni sevdiği kıza benzetiyor.”

### **Alt Tema 1.3: Takıntılar**

Katılımcılar ebeveynlerindeki farklı belirtilerden bahsetmiştir. Ebeveynlerinin bazı takıntıları olduğunu, bu takıntıların yaşamlarına getirdiği zorlukları vurgulamışlardır.

K1; “... Bir şeylere takıntısı oluyor o takıntıyı kırk sefer burada tekrarlıyor. Şura mesela yıkanacak yıkanacak. Şu elim yıkandı, şu elim yıkanmadı diye takıntısı var. Üstünü giydirirken üstüne takıntısı var. Birden sinir geliyor. Bazen bunalıyor beni öldürün diyor. Yataktan kalkıp önümüze geçiyor, beni öldürün diyor hiçbir şey yokken. Bunalacak da bir şey yok. Beni öldürün ben kurtulacağım diye eşimin, benim, oğlumun, peşimizde dolandır.”

K5; “...Takıntı yani kendince bir şeylere takıyor. Olmadık şeyleri var gibi zannediyor. Geçmişe çok takıntılı. Geçmişle yaşıyor. Tek bir şeye takıyor yani şu an babama taktığı için diyorum.”

#### **Alt Tema 1.4: Saldırganlık**

Bazı katılımcılar ebeveynlerinde görülen hastalık belirtilerinin saldırganlığa kadar ilerleyecek düzeyde olduğundan bahsetmiştir.

K22; “...Özellikle kalabalık ortamlarda herhangi bir insana tepki verip, en ufak şeylere sinirlenir. Asabi yani. İlaç kullanmazsa aşırı asabi. Eskiden ilaç kullanmadığı için çok kötüydü durumu. Aşırı sert, yeri gelir anneme keserle vururdu. Yeri gelir bulduğunu fırlatırdı. İnsan çocuğuna çatar mı? İlaç kullanmazsa çocuğuna bile yani bana bile çatıyor.”

K25; “...Aniden sinirlenirdi. Evde bir şeyleri kırar dökerdi.”

#### **Alt Tema 1.5: Çaresizlik**

Bu alt temada katılımcılar hastalığa yönelik bilgileri olsa da hastalık yönetiminde çözümsüz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

K16; “...Tedavisi olmayan bir hastalık, yapılabilecek çok bir şey yok. Düzenli ilaç kullanımı gerekiyor. Hasta bu durumu hiçbir şekilde kabullenmiyor. Bilgim var, bu hastalık hakkında ama elimden bir şey gelmiyor maalesef.”

K18; “... Bizi çaresiz bıraktı bu hastalık. Elimizden hiçbir şey gelmedi.”

K21; “...Hiç geçmeyecek bir hastalık olduğunu biliyorum ki geçmedi zaten. Elimizden bir şey gelmiyordu.”

## **Tema 2: Şizofren Bir Ebeveynle Büyüme**

Bu temada şizofren bir ebeveynle büyüme ile yaşananlara yer verilmiştir. Bu doğrultuda; damgalanma-utanma, korku ile yaşamak, ihmal, istismar, ekonomik zorluklar, ilgi ve sevgi yoksunluğu ve üzüntü olarak yedi alt temada toplanmıştır.

### **Alt tema 2.1: Damgalanma ve Utanma**

Katılımcılar şizofreni hastası bir ebeveynle sahip olma ile yaşananlar sonucunda damgalanmış hissettiklerinden ve ebeveynlerinin yaptıkları nedeniyle yaşadıkları utanma duygusundan bahsetmişlerdir.

K2; *“...Babam bıçakla kovalardı bizi. Balkona çırılçıplak çıkmalarını, annemi dövmelelerini de hatırlıyorum. Bu yüzden aile ortamında hasta bir insanın çocukları neye yarar ki gözüyle bakılıyoduk. Şizofreni hastası bir anne/babanız varsa akrabaların gözünde bir hiçsiniz.”*

K3; *“...Annesi hasta diyorlardı. Çevre ile ilişkilerim kötü etkilendi.”*

K12; *“...Diğer insanlar tarafından başka türlü bakıldık yani aşağılanmış olarak. Güçlü ve iradeli olmayan insanları çok yıpratır bu.”*

Katılımcılardan bazıları şizofreni hastası ebeveynle sahip olmayı utanç verici olarak tanımlamış, duygularından şu şekilde bahsetmiştir.

K15; *“...Çok zor bir durum. Akrabalarımızın, eşimizin, dostumuzun yanında değişik konuşmalar yapıyordu. Ben evde olmayınca geceleri evi yakacam, evi yıkacam diye bağıryordu. İster istemez babam yani utanıyodum, üzüliyodum. Çok güçlüydü bir de babam. Ben o zaman bir deri bir kemik kalmıştım yani o kadar rahatsızdım. Zor bir durum insan akrabalarından utanıyor. Hem utanıyor hem üzüliyorsunuz. Duygusal şeyler yaşanıyor.”*

### **Alt Tema 2.2: Korku ile yaşamak**

Katılımcıların çoğu ebeveyninin şizofreni hastası olmasının onlara korku yaşattığını belirtmiştir. Çocukken anlık yaşanan korkulara ek olarak yaşamlarının çoğunluğunun korku ile geçtiğinden bahsetmiştir.

K6; *“...Çekingelik ve tedirgenlik hissettim. Her an kötü bir şey olacak korkusuyla yaşadım.”*

P8; “...Babamın hasta olmasının bana en çok hissettirdiği şey korku. Her an bir kavga çıkacak diye korkuyodum. Ben çocukken babam kendine zarar verdi. Bunu unutamiyorum. Babam ayağını oturduğumuz odanın camına vurdu, ayağından fışkıran kanları hala unutamiyorum. Hastaneye ulaşmak için vasıtamız da yoktu ve uzaktı. Annem babamı kanlar içinde sırtında hastaneye götürdü. Çok zordu. Benim hala o günün etkisiyle korku ve kaygılarım var. Ruh ve beden olarak yoruludum.”

K24; “...Çocukken annemin yanına yaklaşamazdım. Korkardım. Saldırganlığı da vardı o zaman. O korkuyu hiç üstümden atamiyorum sanki.”

### **Alt Tema 2.3: İhmal**

Katılımcılar hasta ebeveynlerinin anne-baba rollerini yerine getirememesinden dolayı uğradıkları ihmallerden bahsetmiştir. Sadece hasta olan ebeveyn değil, diğer ebeveynin de süreçten etkilendiği ve sağlıklı ebeveyn tarafından da fiziksel ve duygusal olarak ihmal edildiklerini bildirmişlerdir.

Bir katılımcı yaşadıklarını şu şekilde ifade etmiştir. K1; “... Annemin hastalığının ne olduğunu bilmiyorduk. Babam onu hocalara götürürdü. Evde varlığını hissedemedik. Kendisi de hastalığının farkında olmadığı için hamile kalıyordu. Ben kardeşlerime de anneme de hep baktım. Aç, susuz kaldığımız zamanlar oldu. Annem hastaydı bakamadı. Babam da bakmadı bari o baksaydı. Bir kez bile kızım diye başımı okşamışlığı yok. Annemin derdinden baba da yok oldu sanki.”

### **Alt Tema 2.4: İstismar**

Katılımcılar bu alt temada ebeveynlerinden ve çevreden gördükleri istismardan bahsetmiştir. Özellikle hastalığın alevlenme döneminde bireyler yaşadıkları istismarı unutamadıklarını belirtmişlerdir.

Fiziksel ve duygusal istismara uğrayan bir katılımcı kendini şu şekilde ifade etmiştir. K20; “...Bana babalık, annelik yapmadılar. Babam beni dövdüğünde, annem korumadı, bana sahip çıkmadı. Üvey evlat olsam daha iyiydi. (Derin nefes alıp, iç çekti) Berbattı. Anne ve babamdan ilgi göremedim. Arkadaşlarım da yoktu. Kimse benimle arkadaş olmak istemezdi. Ailemden ve çevremden hep şiddet gördüm. Babamın hastalığı da ilahi adalet yani başka hiçbir şey değil. Bir ben değilim, babam hayvanlara da zarar veriyordu. Yanan tandırın

*içine kediye düşürdüğünü bilirim ben ya. Kedinin bağıra bağıra yandığını bilirim. İlahi adalet diyorum ben yani yaptığını çekiyor diyorum.”*

#### **Alt Tema 2.5:** Ekonomik zorluklar

Bu alt temada şizofreni hastası bir ebeveynle büyürken yaşanan ekonomik sorunlara yer verilmiştir.

Katılımcılar hastalık nedeniyle ortaya çıkan ekonomik sorunları ve yaşamlarına yansımalarını şu şekilde aktarmıştır. K17; “...*Ekonomik durumumuz çok kötüydü. Babamın akli başında olsaydı, çalışsaydı bu durumda olmazdık. İlkokul mezunuyum çünkü 12 yaşında çalışmaya başladım. Annem iki kat daha fazla çalıştı.*”

K22; “...*Babam hastalığından dolayı çalışmadığı için yokluk oldu, bizi en çok zorlayan şey buydu.*”

#### **Alt Tema 2.6:** İlgi ve sevgi yoksunluğu

Katılımcılar bu alt temada şizofreni bir ebeveynle büyümenin sevgi ve ilgi yoksunluğuna yol açtığını ifade etmişlerdir. K20; “...*Annem beni çevrenin zararlarına ve babamın şiddetine karşı korusaydı. Benimle ilgilenip bana sahip çıksaydı. Beni hayata hazırlamasını isterdim.*”

Bir katılımcı ailesinden alamadığı bu ilgi ve sevgiyi dışarda aradığını şu şekilde aktarmıştır. K21; “...*İlgi alkanın sıfır olduğu, sevgisiz bir ortamda büyüdüğümüz için daha çok insanları sevmeyi öğrendik. Sevginin ne olduğunu iyi biliyoruz, yani tam tersi ufacak bir sevginin peşinden gittik hepimiz. Bir insanda onu gördüğümüz zaman insan olarak. Bizim için sevgi kutsal bir şey yani hiç görmediğimiz için. Ben 10 yaşında anneme annelik yapıyordum. Hala da durum böyle.*”

K25; “... *Babam hasta olduğu için ister istemez üzülüyorum. Hastalığı yüzünden biz baba-çocuk ilişkisi yaşayamadık. Bu, ebeveyni şizofreni hastası olan herkes için aynıdır. Normal bir baba sevgisi ile şizofreni olan baba arasında farklar vardır.*”

#### **Alt tema 2.7:** Üzüntü

Bazı katılımcılar anne veya babasının hasta olmasından dolayı üzüntü hissettiklerini belirtmişlerdir.

K18; “...Üzıldük ve elimizden bir şey gelmedi. Keşke hasta olmasaydı. Sitem etmedik ama üzıldük.”

K26; “...Ölüsü olan bir gün ağlar, delisi olan her gün ağlar. Biz her gün ağlıyorduk. Moralimizi çökertti.”

### **Tema 3: Çocukluk Çağı Deneyimleri**

Katılımcıların ebeveynlerinin şizofreni tanısı alması ile hastalığın yaşamlarına etkisine yönelik değerlendirmelerine bu temada yer verilmiştir. Bu tema yalnızlık, güvensiz ev ortamı, anneye/kadına şiddet, ebeveyne bakmak ve çocuk işçiliği olarak beş alt temaya ayrılmıştır.

#### **Alt Tema 3.1: Yalnızlık**

Şizofreni ebeveyn olan çocuklar, ebeveynlerinden alamadıkları ilgi ve sevgi yoksunluğuna ek olarak arkadaş veya akrabaları tarafından yeterince destek alamadıklarını ve yalnızlık hissettiklerini dile getirmişlerdir.

K24; “...Annemin hal ve hareketlerinden dolayı insanların yanına çıkamıyorduk. Akrabalarımız ölse daha iyi derlerdi. Bu insanın daha içine veriyor, daha çok zoruna gidiyor. Sığınacağımız hiçbir dal yoktu. 5 yaşımdan beri önümüze bir tas yemek koyan olmadı. İnsanın anası babası başında olmadı mı gerisi yalanmış. Hayatta bunu görünce de ister istemez insanlardan soğudum. Halaydı, tezeydi, amcaydı, arkadaşta kimseden destek alamadık. Bu yüzden içe kapandım.”

#### **Alt Tema 3.2: Güvensiz ev ortamı**

Katılımcılar ebeveynlerinin hastalık alevlenmelerinde yaşanan fiziksel/duygusal şiddeti ve bu nedenle yaşadıkları tedirginliği ifade etmişler ve ev ortamında kendilerini güvensiz hissettiklerini belirtmişlerdir.

K6; “...Okula giderdim ama evde babam anneme bir şey yapacak mı diye aklım kalırdı. Babam anneme zarar vermesin diye annemin üstünden kapıları kilitlerdim.”

K15; “...Kalbimin bir tarafı hep annemin yanındaydı. Hep korkuyordum, babam anneme ve bacıma vurdu mu, komşumuzla kavga etti mi diye. Kendi anne ve babasını evden kovardı.

*Bacım hala bu durumun etkisinde, en ufak bağırtıda çok korkar. Evde yalnız kalmaya da, birilerini babamla yalnız bırakmaya hep korkardık.”*

### **Alt Tema 3.3:** Anneye/Kadına şiddet

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireyler çocukluk çağında annelerinin ve kız kardeşlerinin maruz kaldığı şiddeti tanımlamışlar ve bu durumun kendilerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir.

*K26; “...Beni en çok zorlayan şey anneme gösterdiği şiddet. Annem bu süreçte çok yıprandı. Anneme dayak attığına şahit olduk. Babam sinirli, ne yaptığını bilmeyen bir adamdı sonuçta. Kapıyı pencereyi kırıyordu. O derece yani. Çocuktuk elimizden bir şey gelmiyordu. Korku filmi gibiydi. İnsan kendi babasından korkar mı, korkuyorduk.”*

### **Alt Tema 3.4:** Ebeveyne bakmak

Katılımcılar çocukluk çağı deneyimlerinde hasta ebeveyne bakmak zorunda kaldıklarını, ebeveynlik rolünü çocuklar olarak üstlendiklerini belirtmişlerdir.

*K5; “...Çocukları olarak annemize biz annelik yaptık, o bize annelik yapamadı. Biz hep onu alttan aldık. Hep o üzülmesin sinirlenmesin diye hep verici biz olduk, annem olmadı o kadar. Çocuk olup şumarıp sorumsuzluk yapamadık, hep sorumluluk sahibi olduk. Küçükken büyüdük. Sadece anne değil babayı da idare ettik. Babam da alkol alırdı. Eve geç gelirdi. Bizimle hiç ilgilenmezdi.”*

### **Alt Tema 3.5:** Çocuk işçiliği

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireyler anne/babalarına bakabilmek için çocukluk çağında herhangi bir işte çalışmak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.

*K15; “...Babam hiç çalışmadı. Ben 12 yaşından beri hep el kapısında çalıştım. Köy yerinde ne yaparsın. Birinin tarlasını sürüyorsun. Birinin çobanlığını yapıyorsun, hayvanlarına bakıyorsun. Bunlardı yani mesela babam hep aşırı derecede sigara içerdi. Kötü yemek yemezdi. Babam çok lüks ihtiyaç isterdi, ben de bunları karşılayabilmek için hep çalıştım.”*

#### **Tema 4: Nasıl Baş Eттіm?**

Bu temada baş etme stratejilerine yer verilmiştir. Katılımcılar akrabaların desteği, kardeş desteği, içe kapanma, sevgi, anne babanın iyileşmesiyle kendilerini iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Baş etme stratejisi olarak bazı katılımcılar ailelerinden uzaklaşmayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Bu doğrultuda altı alt tema oluşturulmuştur.

##### **Alt Tema 4.1: Akrabaların desteği**

Bu alt temada bireyler yaşadıkları sorunlarla baş etme sürecinde akrabaları tarafından verilen desteğin önemli bir katkı sağladığını belirtmişlerdir.

K22; “...Yani baş etmek kolay değil tabiki de. Yani gelir gider, annemi döverdi. Amcalarımız gelir bize yardım ederdi. Amcam alırdı annemi babamın elinden. O süreçte çoluk çocuk büyüyünce biraz daha şiddeti azaldı. Bizler büyüyüp ilaç tedavisine başlatınca babamın şiddetleri bitti.”

##### **Alt Tema 4.2: Kardeş desteği**

Bu alt temada katılımcılar baş etme sürecinde aile içinde kardeşleriyle birbirlerine destek olduklarından bahsetmiştir.

K4; “...Yardım eden kimse yoktu. Kardeşlerimle birbirimize tutunduk. Güçlü bir bağımız vardı. O sayede dayandık bu zorlu hayata.”

K5; “...Ben tek olsam farklı olurdu. Kardeşlerimle gülip eğlenmek, oynamak bize iyi geldi. Dışardan şu gelsin bu gelsin bize yardım etse diye ihtiyaç duymadık, gelenler de yardım etmiyordu zaten annem kötüye gidiyordu. Çevreyle bu konuları konuşmazdık. Çevremiz de bizimle ilgilenmezdi. Hep kardeşlerimle beraber vakit geçirirdik. Dertleşirdik. Birbirimizi tedavi ederdik.”

##### **Alt Tema 4.3: İçe kapanma**

Bazı katılımcılar baş etme sürecinde savunmasız kalıp, içine kapandığını iletmişlerdir.

K24; “... Çocukken içime kapandım. Hala da o içe kapanıklık var. Okul ve askerlik zamanım kötü geçti. Annem arardı, sürekli ağlardı. 24 saat babamla nöbetleşerek annemin başında



*duruyor. İnsan illaki kötü etkileniyor. Yakın çevremdekiler bana umutsuzluk aşıladılar, özgüven vermediler. Bu da insanı hayattan soğutuyor.”*

#### **Alt Tema 4.4: Sevgi**

Bu alt temada hasta ebeveynlerin çocuklarına gösterdikleri sevginin yaşanan zorluklarla baş etme de güçlü bir katkı sağladığı ifade edilmiştir.

K14; *“...Her ne kadar annem şizofreni hastası olsa da ben onun bana olan sevgisini hep hissettim. Bu kardeşlerime ve bana her şeyi normal hissettirdi ve buna dayanarak biz hayatı diğer hasta bireylerin ailelerine göre daha iyi yaşadık. Ebeveyni hasta olan ve sevgisiz büyüyen çocuklar hep yanlış yollara kanalize olurlar.”*

K19; *“...Babamın bana sonsuz sevgi vermesi, beni düzgün yetiştirmeye çalışması, ne yaparsam yapıyım arkamda olduğunu söylemesi bana iyi geliyor ve bana kendimi şanslı hissettiriyor.”*

#### **Alt Tema 4.5: Anne/babanın iyileşmesi**

Bazı katılımcılar anne/babasının iyileşmesi olarak tanımladığı remisyon dönemlerinin baş etme sürecinde onlara iyi geldiğinden bahsetmiştir.

K3; *“...Annem iyi olunca mutlu oluyorum, başka da iyi gelen hiçbir şey yok. Bir şeyleri atmazsa fırlatmazsa, bir şey yapmazsa yani kendisi iyiyse ben de iyiyim yani. Daha iyisini hiç yapmadığı için iyi olursa mutlu oluyorum bu kadar.”*

K18; *“...İlaçlarını kullanmaya başladıktan sonra hastalık belirtilerinin azalması bizi sevindirdi. Fiziksel olarak sağlığı sıhhati yerinde.”*

K25; *“...Onun düzelmesi, kendine gelmesi benim için en iyi olan şey.”*

#### **Alt Tema 5.6: Uzaklaşmak**

Baş etme stratejisi geliştiremeyen katılımcılar içinde buldukları durumla uzaklaşarak, yaşadıklarını arkada bırakarak süreci yönetebildiklerini iletmişlerdir.

K11; *“...Uzaklaşmak benim için büyük avantajdı. Başka sıkıntılı insanları görünce sadece ben değilmişim dedim. Ya da başka sorunlar bana daha hafif geldi.”*

K20; *“...Ben uzaklaştım. Anne ve babamla görüşmüyorum. Erken evlendim. Benim çocuklarım da kötü etkilenmesin diye bize gelmelerini de istemiyorum.”*

### **Tema 5: Yarım Kalan Hayaller**

Bu temada katılımcılar hayal ettikleri çocukluk ile yaşadıkları çocukluğun farklı olduğunu iletmişlerdir. Bu doğrultuda bu temada mutlu bir yuva, sağlıklı ebeveynler, iyi bir anne/baba ilişkisi ve eğitim hayatı olarak dört alt temaya ulaşılmıştır.

#### **Alt Tema 5.1: Mutlu bir yuva**

Katılımcıların çoğu hastalığın olmadığı, sağlıklı anne-baba-çocuktan oluşan mutlu bir yuva hayali kurduklarını ama buna sahip olamadıklarını ifade etmişlerdir.

K15; *“...Anlatsam bitmez. Annemle babamla mutlu bir yuva isterdim. Gürültü patırtı olmadan huzurlu bir yuva isterdim. Ben tamam okumaktan da vazgeçtim, babamla beraber çalışsaydık. Evimize beraber gelseydik, bağırtı gürültü olmasaydı. Ondan başka hayalim yok.”*

K8; *“...Hayal ettiğim çocuklukla yaşadığım çocukluk arasındaki fark çok. Bir çocukluk yaşamadık, hep annemin idare etmesiyle çabalamasıyla ayakta durduk. Zordu, babam hastaydı. Babaannemle dedem de bizi dışlardı. Babamın hasta olduğuna inanmazlardı. Anneme destek olmazlardı. Annemi tek başına koyarlardı. O yüzden iyi bir çocukluk yoktu ya bizde. Normal bir aile. Hastalıkların olmadığı mutlu bir aile isterdim.”*

#### **Alt Tema 5.2: Sağlıklı ebeveynler**

Bazı katılımcılar hayal ettiği çocuklukta eksik olan şeyin sağlıklı ebeveynler olduğunu belirtmişlerdir.

K8; *“... Ailemde annem, babam, hiç kimsenin hasta olmadığını hayal ederdim. Çocukluk hayalim normal, hastaliksiz bir aile.”*

K14; *“...Dağlar kadar fark var ama düzgün bir anne baba ilişkisi ile düzgün bir aile yaşantımız olsun isterdim.”*

### **Alt Tema 5.3: İyi bir anne/ baba ilişkisi**

Bu alt temada katılımcılar çocukluğunda anne-babalarının sürekli tartıştığını, bu yüzden onların iyi ilişkiler kurduğu bir aile ortamını hayal ettiklerinden bahsetmişlerdir.

K5; “...Anne babamın yan yana gelip güzel sohbet etmesini isterdim. Kendi aralarındaki şey ister istemez çocuğa da geçiyor. Kendilerine faydası olmayınca çocuğa da faydası olmuyor insanların. Birbirleriyle olan kötü ilişkileri bizi de etkiledi.”

K6; “...Aslında babam şey açısından çok iyiydi. Bize iyi bakardı. Her şeyi fazla fazla alırdı. Bana da çok düşkündü ama anneme çok kızardı. Benim evliliğimi bile anneme bağladı. Sen kızı evlendirdin diye. Annem ve babam daha iyi anlaşsaydı, daha iyi iletişim kursaydı çok daha iyi olurdu.”

### **Alt Tema 5.4: Eğitim hayatı**

Yaşadıkları çocuklukta eğitim hayatlarının olumsuz etkilendiğini ifade eden katılımcılar, çocukken okul hayatına devam edip, mesleki kariyer edinmek istediklerini ifade etmişlerdir.

K2; “...Okul hayatımızla ilgili çok büyük eksikliklerimiz var. Bir gün babam bıçakla, saçını da sarıya boyamış. Kaşını, saçını, kirpiğini uzaylılar gibi kesmiş bir halde okulumuza geldi. Biz okulun arka kapısından kaçıp, çıkmıştık. Bizim okuldan soğuma sebebimiz oydu. Okulu bıraktık, şimdi dışardan okuyorum.”

K20; “...Eğitimimi çok kötü etkiledi. Birisi beni okutmak istedi ama babam onun aldığı kitapları gözümün önünde sobaya atıp yaktı. Yok dedi gitmeyeceksin. Keşke okuyabilseydim. Bir yerlere gelebilseyim. Çocuğuma da destek olurum. Beşinci sınıfa giden çocuğum var derslerini bilmediğim için ona yardımcı olamıyorum.”

### **Tema 6: Yetişkinliğe Yansımaları**

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları deneyimler yetişkinlik çağında da bir şekilde hayatlarına yansıdığını aktarmışlardır. Bu doğrultuda, bu temada erken yaşta evlilik, bakım yükü, evlilik/egitim/iş/sosyal yaşamda sorunlar ve psikiyatrik hastalıklar olarak dört alt tema oluşturulmuştur.

### **Alt Tema 6.1:** Erken yaşta evlilik

Bazı katılımcılar hasta ebeveynin aile yaşamına getirdiği zorluklar ve kayıplar nedeniyle erken yaşta evliliğe zorlandıklarını ya da erken evlenmeye mecbur kaldıklarını bildirmişlerdir. Bir katılımcı yaşadıklarını şu şekilde ifade etmiştir.

K1; “...Okula gidemedim. Annem hastalık döneminde her sene doğum yapardı. Dokuz yaşındaydım, üç aylık kardeşimi alır alır okula giderdim. Şu okuldan ne fayda olacak bana. Bir yandan da anneme bakardım. 12 yaşına gelince de beni gelin ettiler, sattılar parayla. Evliliğim çok sorunluydu. Köle gibi çalıştırdılar beni. Çocuğum, ne anlarım evlilikten? Ondan sonra beni bir daha verdiler. 17 yaşında ikinci evliliğimi yaptım. Çocuk gelin diye film var ya onu izler izler ağlarım (Ağlar).”

K9; “...Keşke babamın akli başında olsaydı da beni okutsaydı erkenden evlenmeseydim. Bugünkü dertlerimin hepsi çocukluğumdan.”

K20; “...Bayağı bi zorladı beni. Çocukluğumu ve genç kızlığımı hiç yaşayamadım. Çocuk olduğumu bilemedim. 16 yaşında evlendirildim. Ondan sonra benim çocuğum oldu genç kızlığımı bile bilemedim. Babam hastaydı, annemden de ilgi göremedim. Ben de ailemle ilişki kestim. Erkenden evlendim annemden görmediğim ilgiyi kayınvalimden gördüm.”

### **Alt Tema 6.2:** Bakım yükü

Katılımcılar yaşadığı çocukluk dönemi ardından hasta ebeveynleri nedeniyle istedikleri hayatı yaşayamadıklarını ve ebeveyne bakım sürecinin devam ettiğini bildirmiştir.

K8; “...Sorumluluklar beni çok zorladı. Halen de bakımıyla ve masraflıyla ben ilgilendiğim için çok yoruldum. Annem, babam ve çocuklarım için dayanmak zorundayım.”

K14; “...Şizofreni demek hayatınızı birilerine göre yaşamak zorundasınız demektir. Özgür olamıyorsunuz. Başkasına bağımlı olarak yaşıyorsunuz. Biz hayatımızı anneme göre yaşadık. Mesela benim Kırşehir’de yaşama nedenim annem yani. Ben yoksa İzmir’de okudum. İzmir’de yaşantımı devam ettirirdim. Ama annemin rahatsızlığından dolayı Kırşehir’e döndüm. Bir şekilde onunla ilgilenmemiz, ona bakmamız gerekiyor.”

### **Alt Tema 6.3:** Evlilik/eğitim/iş/sosyal yaşamda sorunlar

Bu alt temada katılımcılar okula gidemeyerek başlayan sorunlarının, erken evlilik yapma ve meslek edinememeyle devam ettiğini bildirmişlerdir.

K8; “...Daha fazla okuyamadım. Eşimden ayrıldım. Babam sağlıklı olsaydı beni eşime karşı savunurdu.”

K26; “...Okul hayatım çok kötü etkilendi. Babam hasta diye annem beni küçük yaşta evlendirmek zorunda kaldı. 15 yaşında evlendim. İster istemez etkilendik.”

K1; “...Anneme baktım annem hasta. Babam döverdi onu. Kardeşlerim ağlardı. Baba nolursun beni döv, annemi ağlatma diye önüne atlardım. Annemi elinden kaçırırdım. Kardeşlerim korkar kaçardı. Babam sinirine hakim olamazdı. Okulda kalem yok, defter yok tahtaya bakıyorum kafam sürekli evde. Ondan sonra daha evliliğin ne olduğunu bilmeden çocukken evlendirildim. Gelin yap, gelin et, bu nasıl olmuş böyle derlerdi. Tabakları havada uçuşurdu. şura süpürülecek süpürmezsen tandırda yatacaksın derlerdi. Bana gittiğim kapıda da şiddet uyguladılar. Okumak isterdim. Avukat olup insanların hakkını savunmak isterdim. Babam çok sonra ben senin hakkını yedim, okusaydın avukat olurdun dedi ama işten geçti.”

### **Alt Tema 6.4:** Psikiyatrik hastalıklar

Bazı katılımcılar yaşadığı sorunların kendilerini zorladığını ve bu nedenle bazı psikiyatrik sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

K24; “...Annemin hal ve hareketlerinden dolayı insanların yanına çıkamıyorduk. Akrabalarımız ölse daha iyi derlerdi. Beş yaşımdan beri önümüze bir tas yemek koyan olmadı. İnsanın anne/ babası olmayınca gerisi yalanmış. İnsanlardan soğudum. Bu yüzden içe kapandım. Depresyon tedavisi gördüm. Kaygılarım da vardı. Yoksa ben de annem gibi hasta mı olucam diye korktum. Onun doktoruna gittim. İlaç verdiler. Depresyon dediler.”

## 5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalığının birey kadar aile üyeleri özellikle de çocuklar üzerine bazı olumsuz etkileri olabilmektedir. Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimlerini açıklamak için yapılan derinlemesine görüşmelerle şizofreni hakkındaki görüşler, şizofren bir ebeveynle büyümek, çocukluk çağı deneyimleri, nasıl baş ettim, yarım kalan hayaller ve yetişkinliğe yansımaları olarak altı tema ve 31 alt tema belirlenmiştir.

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin şizofreni hastalığının kötü ve zor bir hastalık olduğunu, halüsinasyonlar ve takıntıların süreci zorlaştırdığını, saldırganlığın ve çaresizliğin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlarının şizofreni hakkında olumsuz tanımlamalarının olduğu, bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Şizofreni hastası ile yaşayan aile bireylerinin yaşadıklarına odaklanan bir çalışmada aile üyelerinin pek çok sorunla karşılaştığı belirlenmiştir. Bu sorunların, hastalığın seyrindeki belirsizlikle, yalnızlığa sebep olmasıyla, hastalık kaynaklı özellikle pozitif belirtilerin yarattığı zorluklarla, yakın çevreden destek alınmamasıyla, hastada ortaya çıkan yeti yitimi, artan şiddet eğilimi ve iletişim sorunları ile ilgili olduğu vurgulanmıştır (93). Sadece hastalık sürecinde yaşanan sorunlar değil toplum tarafından ruhsal hastalıklara yönelik damgalama da aile üyelerini olumsuz etkilemektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireyin tehlikeli olduğu, hastanın iyileşemeyeceği, bir işte düzenli olarak çalışamayacağı ve bir kuruma kapatılması gerektiği gibi önyargılar hasta bireyi ve aile üyelerini olumsuz etkilemekte ve toplumsal yaşamdan uzaklaşmalarına sebep olabilmektedir (94). Bu durum, aile üyelerinin şizofreni hastalığına yönelik inançlarını daha da olumsuz hala getirebilmektedir. Katılımcılar, ebeveynlerinin halüsinasyonları olduğunu, takıntılı davrandıklarını, ruhsal durumlarının değişkenlik gösterdiğini, hastalıktan dolayı saldırganlıkta artışla birlikte şiddet eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Şizofrenide görülen pozitif belirtiler, hastanın şiddet eğilimini artırabilmekte (95, 96), özellikle halüsinasyon ve hezeyanların hasta bireyin saldırgan davranışlar göstermesine yol açabilmektedir (97). Araştırmamızda bireyler ebeveynlerini canavar veya kurt adama dönüşen bir canlı gibi metaforize ederek onların saldırgan tavırlarına vurgu yapmışlardır. Bir araştırmada, şizofreni hastalarına bakım verenler, hasta tarafından saldırganlığa maruz kaldıklarını, bu yüzden evlerine kimsenin gelmediğini ve akrabalarıyla ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını belirtmişlerdir (98). Özellikle de hasta bireyin saldırgan tavırlarına ve şiddetine

maruz kalan aile üyeleri kendilerini çaresiz hissetmektedirler (99). Yapılan bir çalışmada şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde yoğun olarak çaresizlik yaşandığı, aile üyelerinin baş etmek için hasta yanından uzaklaşmayı kullandıkları bildirilmiştir (100). Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin aileleriyle yapılan nitel bir çalışmada, katılımcıların çoğu hastalıktan kaynaklı sorunlarla nasıl başedeceklerini bilemedikleri için çaresizlik yaşadıklarını belirtmişlerdir (101). Benzer amaçla yapılan başka bir nitel çalışmada ise, bir katılımcı; “...Karım ve ben gece gündüz ağlamaktan başka bir şey yapamıyorduk. Bazen atlayıp intihar etmeyi düşündüm. Bu sefaleti sona erdirmeye yardımcı olabilir.” diyerek yaşadığı çaresizliği ifade etmiştir (102). Şizofrenide belirtilerin arttığı alevlenme dönemleri hasta bireyin ailesinde umutsuzluğa ve çaresizliğe yol açmaktadır (103). Çoğunlukla ilaçların kullanılmadığı zamanlarda artan semptomlarla birlikte aile üyelerinin süreci yönetmekte zorlandıkları ve çaresizlik yaşadıkları, araştırma bulgusunun yapılan çalışmalarla benzer şekilde olduğu görülmüştür. Katılımcıların özellikle de hastalığın alevlenme dönemlerinde yaşadıkları olumsuz deneyimleri unutamadıkları ve bu deneyimleri çocukluk çağında yaşamanın onlara çaresizlik hissettirdiği görülmektedir.

Araştırmada katılımcılar, şizofren bir ebeveynle büyürken damgalanma ve utanma, korku ile yaşamak, ihmal, istismar, ekonomik zorluklar, üzüntü, ilgi ve sevgi yoksunluğu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Dünya genelinde çocukların %15-23’ü ruhsal hastalığı olan bir ebeveyn ile yaşamaktadır (104). Psikiyatrik hastalık tanısı olan ebeveynle yaşamanın çocuklar üzerinde psikolojik sağlamlık gibi olumlu etkisi olsa da birçok olumsuz etkisinin olduğu bildirilmektedir. Genetik geçiş faktörleriyle başlayan olumsuz etkiler; güvensiz ev ortamı, ekonomik zorluklar, anne-baba arasındaki sorunlar, aile içi iletişim sorunları, olumsuz anne-baba-çocuk ilişkisi, sosyal içe çekilme ve damgalanmayı takip etmektedir (62). Şizofreni tanısı alan bireylerin çocukları ve diğer aile üyeleri, şizofreni hastasının hastalık kaynaklı semptomları nedeniyle utanabilmektedir, yakın çevresi tarafından ağır eleştirilere maruz kalmaktan ve damgalanmaktan korkabilmektedirler. Bu nedenle de hastalığı çoğu zaman gizlemek istemektedirler (105,106). Çin’de yapılan nitel bir araştırmada hastalığın damgalayıcı etkilerinden dolayı hasta yakınlarının utandıkları, bu yüzden semptomların artış göstermemesini istediklerini bildirmişlerdir (102). Şizofreni hastalarının potansiyel olarak tehlikeli görülmesi ve bazı davranışlarının öngörülmez olması nedeniyle hasta ve ailelerine yönelik damgalayıcı bir tutum hakimdir (107). Bu nedenle, hastanın ailesi hastanın kendisine ya da çevresine zarar vereceğinden korkmakta, hasta birey

ile başbaşa kalmaktan çekinmektedirler (105). Araştırmamızda da katılımcıların ifade ettiği gibi kendilerine farklı gözle bakıldığını düşünüp, duygusal sorunlar yaşayabilmektedirler. Bununla birlikte hasta yakınları, hastalarına karşı kendileri de damgalayıcı olabilmektedir (93). Alevlenmelerle seyreden ve yeti yitimine yol açan bir hastalık olmasından dolayı katılımcıların aile üyelerinin veya yakın çevrelerinin hasta ebeveyni için “böyle yaşayacağına keşke ölse” gibi ifadeler kullanması hem hastalığa hem de yakın çevre tarafından damgalanmaya örnek bir ifadedir. Şizofreni hastası olan bir bireyin yaşamaya bile hakkının olmadığı düşünülmesi, toplumumuzda bu hastalığa sahip olan bireyler ve yakınlarına karşı yapılan damgalamanın ne büyük boyutta olduğunu göstermektedir.

Araştırmada katılımcıların çocukluk çağında en çok korku yaşadıkları görülmüştür. Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşayan çocukların deneyimlerini incelendiğinde çocukların en çok korku ve kaygı yaşadıkları, bunula birlikte stres, suçluluk, öfke, kızgınlık, izolasyon, nefret, utanma, güçsüzlük, üzüntü, hoşnutsuzluk, unutulma ve ihmal gibi olumsuz duygular yaşadığı tespit edilmiştir (12, 108, 109, 110). Yaşanılan bu duyguların ortaya çıkmasında artan pozitif belirtilerin ve saldırgan davranışların katkısı olduğu söylenebilir. Bir çalışmada, hastanın şiddet eğiliminden dolayı hasta ile yaşayan bireylerin korku yaşadıkları, hastalığın belirtilerinin artış göstermesiyle birlikte korkutucu deneyimlerin tekrarlayacağından endişelendikleri gözlemlenmiştir (106). Ailesinde şizofreni hastası olan bireylerle yapılan bir başka çalışmada, bireyler karşılaştıkları sıkıntılardan dolayı öfke, yalnızlık, çaresizlik, tükenmişlik, korku ve utanç gibi duygular yaşadıklarını belirtmektedir (111). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyeleriyle yapılan nitel bir çalışmada, katılımcıların hastadan gördükleri şiddet nedeniyle korku yaşadıkları ve bu duruma karşı hiçbir müdahalede bulunmadan bekledikleri görülmüştür (112). Şizofreni hastalarının aile üyelerinin maruz kaldıkları şiddet karşısında korku ve utanç hissettikleri, korkan aile üyelerinin yakın çevresinden yardım isteyerek ve yaşadığı evi terkederek baş ettikleri belirlenmiştir (100). Bu bulguların araştırmamız ile uyumlu olduğu görülmektedir. Araştırmamızda bireylerin çoğunluğu şizofreni hastalığını ve çocukluk çağını korku kelimesiyle metaforize etmeleri de bu bulguyu destekler niteliktedir. Katılımcıların, ebeveynlerini hastalığından dolayı çocukluk çağında yaşadıkları korku dolu anların, hem çocukluklarını hem şizofreni hastalığını korkuya benzetmelerine neden olmuştur.

Araştırmada bazı katılımcılar ebeveyninin şizofreni hastası olmasından dolayı üzüntü duyduğunu ifade etmiştir. Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerin aileleri, hastalığın



getirdiği sıkıntılar ve hastanın değişen davranışlarından dolayı yoğun üzüntü, keder ve çaresizlik hissettikleri görülmüştür (101). Yapılan bir nitel çalışmada, aile üyelerinin ruhsal sağlıklarını etkileyecek düzeyde üzüntü hissettikleri belirtilmiştir (113). Şizofreni tanılı bireylerin yakınlarıyla yapılan bir araştırmada ise bir katılımcı; “...Çok üzüliyorum, bir hayatım yok. Bana bir şey olursa kimse ona bakmaz.” ifadesi ile yaşadığı üzüntüsünü vurgulamıştır (98). Araştırmamızda bazı katılımcılar çocukluk çağında ekonomik zorluklar içinde olduklarını bildirmişlerdir. Yapılan bir araştırmaya göre, aile üyelerinin hastalık nedeniyle en fazla ekonomik olarak zorluk yaşadıkları belirtilmiştir (114). Hasta bireyin çalışamamasına ek olarak, diğer ebeveynin de ona bakması söz konusu olduğunda ise ekonomik zorlukların daha da arttığı görülmektedir (115). Ayrıca sağlıklı ebeveynin bakım verici rolünden dolayı herhangi bir işte çalışamamasının çocukların eğitim hayatını bırakarak çalışmasına ve ekonomik zorluklar içinde yaşanmasına neden olabilmektedir. Eve giren gelirin az olmasıyla ekonomik yük daha fazla hissedilmekte ve bununla orantılı olarak algılanan bakım yükü de artmaktadır (6). Özellikle de hasta birey baba olduğunda ve anne çalışmadığında ailenin yardım kuruluşuna başvuracak kadar ekonomik zorluk çektiği belirlenmiştir (12). Şizofreni hastalığına sahip olan ebeveynlerin toplumsal ve aile içi rollerini yerine geirememesinden dolayı, evdeki sağlıklı ebeveyn ya da çocuklar ekonomik zorluklarla tek başlarına mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar.

Ebeveynlerin şizofreni tanısı almasıyla birlikte çocukların yaşadığı bir diğer durum ihmal ve istismardır. Psikiyatrik hastalık tanısı anne tarafından alındıysa, çocukların bakımı daha çok aksamakta, sağlıklı iletişim kurmada ve disiplin uygulamada sorunlar olduğu görülmektedir. Annenin hasta olması ile çocuklarda beslenme yetersizliği, hijyen eksikliği ve ev içi kazalar gibi birçok ihmal ortaya çıkmaktadır (62). Duygudurum bozuklukları ile şizofreni hastalığı karşılaştırıldığında, şizofreninin ebeveynlik rollerini daha olumsuz etkilediği gözlemlenmiş ve şizofreni tanısı almış ebeveynlerin çocuklarını daha çok ihmal ettikleri bildirilmiştir (116). Hasta olan ebeveynin ilgisinden yoksun kalabilen çocuklar, sağlıklı ebeveynin de yaşadığı hem ruhsal hem ekonomik sorunlarla mücadele etmesinden dolayı yeterince destek alamamaktadırlar. Araştırmamızdaki katılımcıların da yaşadığı deneyimlere benzer olarak bir başka araştırmada çocuklar, şizofreni olan ebeveynlerinin ailesine ve yakın çevresine zarar verme ve kendi çocuğuna yönelik ihmal ve istismar davranışlarında bulduklarını ifade etmişlerdir (81). Şizofreni veya bipolar bozukluk hastası ebeveyni olan çocukların ihmal veya istismardan kaynaklanan strese maruz kalma

ihimallerinin daha yüksek olduğu ve bu çocukların strese genetik olarak da daha duyarlı oldukları tespit edilmiştir (117). Araştırmamızda katılımcıların belirttiği gibi şizofreni hastalığının belirtilerinden kaynaklanan saldırganlığın ve şiddet eğiliminin, hasta bireylerin hem çocuklarına hem de eşlerine yönelik istismara kadar varabilen sonuçları olduğu, bu durumun yaşadıkları evde kendilerini güvensiz hissetmelerine yol açtığı görülmüştür. Bir çalışmada, hasta ebeveynin çocuklarının oyuncaklarını parçaladığı, korkutucu hikayeler anlattığı ve bu nedenlerle çocukların ebeveyniyle yalnız kalmaktan endişelendiği bildirilmiştir (12). Araştırmamızdaki katılımcıların deneyimlerine benzer şekilde bir başka çalışmada kendine zarar verme potansiyelinde olan ve sıkça intihar teşebbüsünde bulunan ebeveynlerin çocuklarını ihmal ve istismara maruz bıraktığı tespit edilmiştir (14). Şizofreni hastalığının semptomlarına bağlı olarak hastada görülen duygu, düşünce ve davranış bozuklukları, saldırgan tavırlar ve şiddet eğilimi aile üyelerinin ihmal ve istismara maruz kalmasına neden olabilmektedir.

Araştırmada, katılımcıların “Çocukluk çağı deneyimleri” temasında yalnızlık, güvensiz ev ortamı, anneye/kadına şiddet, ebeveyne bakmak ve çocuk işçiliği alt temaları oluşturulmuştur. Ebeveyni şizofreni hastası olan bireyler, çocukluğunda yaşadığı zorluklarla gibi sorunlarla baş etmeye çalışırken, buna ek olarak ebeveynine bakma da olmak üzere çok fazla sorumluluk aldıkları yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (13, 78, 82). Yapılan bir çalışmada, ebeveyni şizofreni hastası olan çocukların evin işleriyle ilgilenmekten dışarıda arkadaş çevresiyle zaman geçiremedikleri belirlenmiştir (118). Bu doğrultuda ebeveyni ruhsal hastalığa sahip olan çocukların aile içindeki rolleri ve çevresiyle olan ilişkileri büyük ölçüde değişmekte, olumsuz etkilenmektedir. Çocukların yüklendikleri sorumluluklara bakıldığında kardeşlerinin ve hasta ebeveynin bakımını ve/veya anne- baba rolünü üstlenmesi, evin işleriyle ilgilenmesi, bütçeyi yönetmesi ve bunun içinde çocuk yaşta bir işte çalışmaya başlaması olarak sayılabilir. Artan yükleriyle baş etmeye çalışan çocukların akademik başarıları da düşmektedir ve çoğu zamanda bu çocuklar eğitim yaşantılarını bırakmak zorunda kalabilmektedirler (12). Bütün bunlara rağmen, ailelerine bağlı olarak yaşamlarını sürdürmekte ve onlara yardım etmeye çalışmaktadırlar. Nitekim ruhsal hastalıklar aile içinde ekonomik zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bundan dolayı sağlıklı ebeveynine ruhsal destek vermeye çalışan çocuklar aynı zamanda bir işe girip çalışmak zorunda kalmaktadırlar.

Araştırmamızda bütün bu zorlu yaşam koşullarıyla mücadele eden bireyler çocukluk çağında

yalnızlık hissettiklerini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada, şizofreni hastasının aile üyeleri özellikle şiddete maruz kaldıklarında yalnız kaldıklarını, kendilerini kimsesiz hissettiklerini, yakın çevrelerinden destek ve anlayış görmediklerini bildirmişlerdir (99). Çocukların yaşadığı sosyal içe çekilmeden kaynaklanan yalnızlık, şizofreni tanısı alan bireylerin bakım vericileri için yaygın bir problem olarak kabul görmektedir (98, 119). Nitel bir araştırma sonucuna göre, şizofreni hastalarına bakım verenlerin karşılaştıkları en büyük sorunlardan biri yakın çevre ve aileden destek görememek ve yalnızlık duygusu yaşamalarıdır (113). Yapılan çalışmalarda da, sadece şizofreni hastalarının değil, onlara bakım verenlerin de yalnızlık yaşadıkları bu nedenle de sosyal destek sisteminin güçlendirilmesinin gerektiği belirtilmiştir (100, 120, 121).

Şizofreni hastalarının yarısından çoğunun tedaviye uygun bakım alamadığı, uyumsuzluklar ve çatışmalar yaşadığı belirlenmiştir (122, 123, 124). Hastanın hastalığına ya da iyileşeceğine inanmayıp ilaçlarını almaması, ilaçların yan etkileri, sosyal destek eksikliği ve ekonomik zorlukların tedaviye uyumu olumsuz etkilediği bildirilmiştir (122). Tedaviye uyum sorunları hastalığın nüksetmesiyle sağlık kuruluşlarına başvuruda artışa, ekonomik zorluk döngüsüne, hastane yatışlarına, yeti yitimine, sosyal izolasyona, madde kullanımında artışa, şiddete, istismara, mağduriyete ve suç işlemeye kadar gidebilen sorunlara sebep olabilmektedir (11). Tedaviye düzenli devam etmeyen hastaların şiddet eğilimlerinin arttığı, aile içinde çocuklarına ve eşlerine şiddet uygulayabildikleri görülmüştür (125, 126). Şizofreni hastası bireylere primer bakım verenlerin %45'inin hasta tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (127). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, şizofreni hastalarının %21,8'inde şiddet davranışı gözlemlenmiş ve şiddet gösterdikleri kişilerin %27,6'sını aile üyelerinin oluşturduğu bildirilmiştir (128). Maruz kalınan fiziksel ve duygusal şiddet karşısında aile üyeleri öfke, çaresizlik, tükenmişlik, suçluluk, üzüntü, korku, utanç ve yalnızlık duygusu yaşamaktadırlar. Şiddetle başa çıkabilme yollarının geliştirilmesi, şiddetin azaltılması için destek sistemlerinin güçlendirilmesi açısından aile üyelerinin desteklenmesi bu açıdan önemlidir (99).

“Nasıl baş ettim?” temasında katılımcıların ebeveynlerinin şizofreni olmasıyla birlikte yaşadıkları değişikliklerle baş etme biçimleri aktarılmış; akrabaların desteği, kardeş desteği, içe kapanma, sevgi, anne/babanın iyileşmesi ve uzaklaşmak olarak alt temalar oluşturulmuştur. Psikiyatrik hastalık tanısı almış ebeveynlerin çocuklarının yaşam deneyimlerine yönelik bir derlemede çocukların etkin başa çıkmak için pozitif düşünme,

profesyonel destek arayışı, hastalığa dair bilgi edinme, kendileri için hobi edinme ve günlük yazma gibi etkili stratejiler uyguladıkları gözlemlenmiştir (13). Diğer baş etme yöntemlerinin ise güven bağı kurdukları yakınlarıyla dertleşme, arkadaşları ile sohbet etme, aynı durumda olan başka çocuklarla iletişim kurma, anne-babasına mektup yazma, şizofreni hastası olmayan ebeveyni ile konuşma ve akraba veya yakın çevresinden sosyal destek olduğu bildirilmiştir (78). Bazı çocukların bedensel ve ruhsal anlamda buldukları ortamdaki uzaklaşmayı seçtikleri, umursamaz davranarak televizyon izledikleri, kitap okudukları ve spora vakit ayırdıkları ve ilerleyen zamanlarda anne-babaları gibi hasta olmayacaklarına inanarak kendilerini yaşadıklarından ayıştırdıkları görülmüştür (81). Etkin baş edemeyen çocuklar ise yalnızlık hissetmekte, alkol bağımlılığı, intihar teşebbüsü ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik sorunlar yaşamakta, hastalığın belirtilerinden dolayı ebeveynlerinden utanmakta ve kendi içlerine kapanıp acı çekmekte oldukları tespit edilmiştir (82). Araştırmamızda da katılımcıların etkin ve etkin olmayan baş etme biçimlerini kullandıkları görülmüştür.

Şizofreni tanılı ebeveynlere sahip bireylerin yaşadıkları zorluklarla baş ederken sosyal destek sistemlerini aktif kullanması önemlidir. Bakım verenler ile ilgili yapılan bir araştırmada bakım verenlerin %70,5'i yakın çevrelerinden destek gördüğü (6), bu süreçte bakım verenlerin dışında bakıma destek olacak bireylerin varlığının bakım verenleri ruhsal, fiziksel, sosyal ve toplumsal yönlerden olumlu olarak etkilediği saptanmıştır (108, 129). Bu sonuçlardan yola çıkarak, bakım verenlerin hastalığın getirdiği zorluklarla başa çıkabilmeleri ve bakım yükünü azaltmak için sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bireyselleşmenin tam olarak gelişmediği Türk toplumunda, sosyal destek sağlayan akrabalık ilişkilerinin bakım verenlerin psikolojik ve fiziksel durumlarını olumlu olarak etkilemektedir. Aile içinde bireylerin bakım sürecinde birbirine destek olması sağlıklı yaşam alışkanlıklarını da değiştirmektedir (130). Ailede şizofreni hastası bir ebeveyn olduğunda çocukları çok fazla sorunla karşılaşmakta, özellikle hastalık alevlenme dönemlerinde ebeveyn rolünü üstlenecek bir akrabaya ihtiyaç duyulmaktadır. Araştırmamızda da amcasının şiddet dönemleri yaşandığında onları koruyan bir rol üstlenmesi bu duruma bir örnek durumdadır.

Araştırmanın bir diğer teması “Yarım kalan hayaller” olarak belirlenmiş, bu temada mutlu bir yuva, sağlıklı ebeveynler, iyi bir anne/baba ilişkisi ve eğitim hayatı alt temaları oluşturulmuştur. Katılımcılar bu tema adı altında hayal ettikleri çocukluk ve yaşam tarzıyla

yaşadıkları arasındaki farklara değinmişlerdir. Katılımcıların çoğu anne-babalarının sağlıklı olduğu, iyi bir anne-baba-çocuk ilişkisiyle kurulan mutlu bir yuva hayali kurmuşlar ve eğitim hayatlarını zorlu yaşam koşulları nedeniyle bırakan bireyler geçmişte akademik başarılar elde ederek bir meslek sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların çocukken ebeveynlerinde bulunan hastalığın kendilerinde de gelişebileceği korkusu, okuldan geldiklerinde evde neyle karşılaşacağını bilmeme tedirginliği, ebeveynin hastalık döneminde onun yerine getiremediği rollerin sorumluluğu, ekonomik sorunlar, kardeşlerin bakımı, kardeşlerinin hasta olacağı korkusu, aileye destek olan büyükanne veya büyükbabanın ölümü gibi sorunlardan dolayı eğitimle ilgili hayallerini tamamen erteleyip, bir yaşam mücadelesinin içinde kendilerini bulmuşlardır (12). Bir çalışmada, şizofreni hastası ebeveyni olan çocukların yaşadığı ihmalden kaynaklı olarak okula bakımsız ve uygunsuz kıyafetlerle gittikleri, bundan dolayı çocuğun kendisini akranlarından farklı gördüğü ve onlar tarafından dışlandığı, bu durumun çocuğun okuldan uzaklaşmasına sebep olduğu belirlenmiştir (81). Psikiyatrik hastalıklar, anne-babaları bakım verenlerine bağımlı bırakması, hastalık belirtileri ve tedavi süreci çocuklarda depresyona, kaygıya, öfkeye, suçluluğa, utanma ve çaresizliğe sebep olmaktadır. Bilhassa şizofreninin akut dönemlerinde çocuklar odaklanma zorluğu yaşamakta, ruh hali değişkenlik göstermekte ve akademik performansları da düşmektedir (12).

Ebeveyni şizofreni hastası olan birelerin çocukluk çağındaki deneyimlerinin “Yetişkinliğe yansımaları” olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, erken yaşta evlilik, bakım yükü, evlilik/egitim/iş/sosyal yaşamda sorunlar ve psikiyatrik hastalıklar alt temaları oluşturulmuştur. Çocukluk çağından gelen sorunlar kadar, hasta ebeveynin bakımında birincil rol almak da yetişkin yaşamında sorunlara yol açmaktadır. Şizofreni, bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen, erken yaşlarda başlayıp bireyin çevresiyle uyum sorunlarına yol açan ve yakınları tarafından hasta bireyin desteklenmesine ihtiyaç doğuran, bu nedenle hem hastayı hem de aile üyelerini derinden etkileyen bir hastalıktır (131). Bakım verme süreci, bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığını, sosyal ve ekonomik durumunu olumsuz yönde değiştiren bir süreçtir. Bakım yükü, aile üyelerinde depresyon, anksiyete, tükenmişlik, sosyal içe çekilme, ekonomik zorluklar ve fiziksel olarak sağlığın bozulması gibi problemlere neden olmaktadır. Yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin %60,6’sı hastalık süresi boyunca kendilerine vakit ayıramadıklarını, %78,9’u aşırı yorgunluk yaşadıklarını, %84,9’u hasta yakınıyla iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını ve %56,9’u

da ekonomik olarak zorlandıklarını belirtmişlerdir (132). Çalışmamızda katılımcılar bütün bu zorlu sürecin çocukluğundan başlayıp yetişkinliğinde de devam ettiğini, gerektiğinde ebeveynlerine destek olabilmek veya baş edebilmek için tüm hayatlarının değiştiğini vurgulamışlardır.

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde çocuklar evlilik, eğitim, sosyal yaşamlarında sorunlar yaşayabilmektedir. Araştırmamızda içinde buldukları aile ortamı ve zorlu yaşam koşullarından kaçmak için erken yaşta evlendirilen kız çocukları yetişkinlik çağında bir meslek sahibi olamamaktan yakınmakta, erkekler ise çocukluk çağında eğitim hayatını bir kenara bırakıp, ağır işlerde çalışmaya başlamaktan kaynaklı yorgunluklarını ifade etmektedir. Çocukluk çağında en büyük sorumluluğu ailenin büyük olan çocuğu almakta, ebeveyninin ve kardeşlerinin bakımını üstlenmesi gerekebilmektedir. Sağlıklı ebeveyn hasta ebeveynin bakımını üstlenirken, çocuklar bu mücadelede yalnız kalabilmektedir. Özellikle de sorumluluklarını üstlenecek diğer ebeveyn veya bir yakınları olmadığı sürece sıkıntıları daha da artmaktadır (87). Çocuklar maddi sorunlar, kardeşlerine ebeveynlik yapma ve hastane, okul gibi kuruluşlara ulaşım sıkıntıları yaşamaktadırlar. Bu durum onların sosyal yaşamlarına, akademik başarısına, mesleki kariyer ve kişisel gelişimlerine sınır koyabilmektedir. Çocukluk çağında başlayan arkadaş ve ebeveynleriyle iletişimsizlik, sosyal aktivitelere isteksizlik, olaylara olumsuz bakış açısı ile bakma, yalnız kalmak isteme, içe kapanma, düşük benlik saygısı, aşırı hassasiyet, sağlığı hiçe sayma ve zararlı alışkanlıklara eğilim gibi sorunlar yetişkinlik çağında da sorunlu bir yaşam tarzına sebep olabilmektedir (62).

Yaşanılan çocukluk çağı sorunları bireylerin psikiyatrik açıdan desteklenmesini gerektirecek belirti veya hastalıklara yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda ebeveyni ruhsal hastalığa sahip çocukların içe kapandıkları, okul başarılarının düştüğü, anne-babasının hastalığını kimseye anlatmadıkları (81), sağlıklı ebeveyni olan akranlarına öfkeli oldukları ve bunların sonucunda psikiyatrik yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır (12). Kronik ruhsal hastalıklar gibi uzun süre bakım ihtiyacı hissedilen hastalıklarda bakım verenlerin %40-70'inde depresif semptomlar görüldüğü saptanmıştır (133, 134). Buna ek olarak bakım veren kişinin genç yaşta olması, eğitim seviyesinin düşük olması ve hastalığın semptomlarının şiddeti ile depresif semptomları arasında ilişki olduğu görülmüştür (135). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kalitelerinin incelendiği sistematik bir derlemede bakım verenlerin yaşadıkları stresten kaynaklanan anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sıkıntılar

yaşadıkları, iş hayatlarının olumsuz etkilenmesiyle ev ihtiyaçları ve ekonomik gereksinimlerinin arttığı tespit edilmiştir (136). Yaşanılan zorluklara ek olarak genetik yatkınlık da gelecek nesiller için ruhsal hastalıklar yönünden risk oluşturmaktadır. Yapılan bir araştırmada bir psikiyatrik hastalık tanısı alan (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk) ebeveynlerin çocuklarının da benzer ruhsal bozukluk riski taşıdığı ve bu çocukların üçte birinin yetişkinliklerinde bir psikiyatrik hastalık tanısı alabileceği bildirilmiştir (15). Şizofreni hastası ebeveyne sahip olan çocukların genetik risk nedeniyle psikopatoloji geliştirme olasılığının, ebeveyni sağlıklı olan çocuklara kıyasla 13 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (137). Yüksek risk taşıyan çocukların çoğunda suçluluk, endişe, utanç, yalnızlık gibi olumsuz duygularla birlikte psikolojik ve sosyal sorunlarının olduğu bildirilmektedir (138). Şizofreni hastası ebeveyne sahip olan çocukların yaşadıkları psikososyal zorlanmalar genetik etmenlerle birleşerek psikopatoloji riskini artırmaktadır. Çalışmamızda da katılımcıların bazılarının ebeveynleri gibi kendilerinin de hasta olacağı korkusu yaşadıkları, çocukluk çağındaki deneyimlerinden dolayı yetişkinlik çağında anksiyete ve depresyon yaşadıkları, bazılarının depresyon tedavisi aldığı görülmüştür. Depresyon hasta yakınlarında en yaygın görülen, bakım yüküyle pozitif korelasyonu olan, bakım verenlerin yaşam kalitesini düşüren ve mortaliteyi artıran sonuçlardan biridir (132). Bütün bu sebeplerden dolayı, şizofreni hastasının çocukları zaman içinde onların bakım vereni olabilmektedir. Hem çocukluk çağındaki deneyimler hem de bunların yetişkinlik çağına yansımaları, bu bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte olduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimlerinin nitel yöntemle incelendiği bu çalışmada elde edilen bulgularının değerlendirilmesi ile şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Araştırmada ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin şizofreniyi kötü/zor hastalık olarak anlamlandırmış, ebeveynlerinin halüsinasyonlar gördüğünü, saldırgan tutum sergilediğini, ruhsal dalgalanmalar yaşadığını ve bu durumlar karşısında çaresizlik hissettiklerini ifade etmişlerdir.
- Araştırmada şizofreni hastası bir ebeveynle büyümenin bireylere damgalanma, utanma, korku ve üzüntü duyguları yaşattığı, çocukluk çağlarında ilgi ve sevgi yoksunluğu ile başlayan maruziyetin ihmal ve istismara kadar ulaştığı ve ekonomik olarak oldukça güçlük çektikleri gözlemlenmiştir.
- Araştırmada katılımcıların çocukken ağır işlerde çalışmak zorunda kaldıkları, şizofreni hastası babalarının annelerine ve kız kardeşlerine şiddet göstermesine tanıklık ettikleri, hasta olan ebeveyn ve kardeşlerine bakmakla yükümlü kaldıkları, güvensiz ev koşullarında kendilerini kimsesiz ve yalnız hissettikleri görülmüştür.
- Araştırmada ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağında akrabalarından ve kardeşlerinden gördükleri destek, anne-babalarından gördükleri sevgi ve onların iyileşmelerinden duydukları mutluluk etkin baş etme yöntemleri olarak gözlemlenmiş, etkin baş etme yolu bulamayan katılımcıların ise çocukluklarından itibaren içe kapanma, anksiyete ve depresyon yaşadıkları belirlenmiştir.
- Araştırmada katılımcıların gerçekleştiremeyen çocukluk hayallerinin olduğu, anne-babalarının mutlu, sağlıklı ve kendi aralarındaki iletişiminin iyi olduğu bir yuva hayal ettikleri, bakım verme sorumlulukları ve yaşadıkları olumsuzluklar nedeniyle eğitim hayatları ile ilgili hayallerinin yarım kaldığı görülmüştür.



- Araştırmada katılımcıların çocukluk çağında şizofreni hastası ebevylerinin bakım sorumluluklarıyla yüklendiği ve bunun yetişkinlik döneminde de devam ettiği, yaşam şartları nedeniyle erken yaşta evlendirilip kendi ailesinin sorumluluklarıyla da baş etmeye çalıştıkları ve yaşam şartlarını ebevyne göre şekillendirdikleri belirlenmiştir. Yaşadıkları tüm olumsuz koşullardan dolayı yetişkinliklerinde ruhsal hastalık tanısı aldıkları ve tedavi gördükleri gözlemlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şunlar önerilmektedir:

- Şizofreni hastalığının ailelere yüklediği sorumluluklar ve yaşanabilecek olumsuzluklar hakkında bilgi verilmeli ve önlem alınması sağlanmalıdır.
- Sadece şizofreni hastası olan bireye değil onların aile üyelerine de yönelik tedavi ve rehabilitasyon süreci planlanmalıdır.
- Ruh sağlığı hizmetlerinin çocukluk çağından itibaren verilmesi ve baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır.
- Gelecekte, bu konuyla ilgili yapılacak araştırmalarda, çocukların yaşadıkları deneyimlerin çocukluk gelişim dönemlerine göre ayrılıp sınıflandırılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Attepe Özden S. Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin bakımverme deneyimleri ve sosyal destek ilişkilerinin psikiyatrik sosyal hizmet temelinde incelenmesi. [ Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı; 2015.
2. Rasool S, Zafar MZ, Ali Z, Erum A. Schizophrenia: An overview. Clinical Practice. 2018;15(5):847-851
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt). İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri; 2009.
4. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 11. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2008.
5. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Derg. 2011;22(1):40-52.
6. Karaağaç H, Çalık Var E. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2019;22(1):16-26.
7. Tanrıverdi D. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüklerine etkisi [Doktora tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
8. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull. 1998;24(1):1-10.
9. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(2):251-277.
10. Kırbaş ZÖ, Kobyay Bulut H. Ruhsal sorunu olan ebeveynlerin çocukları ve hemşirelik.

Uluslararası hakemli akademik spor sağlık ve tıp bilimleri dergisi. (Baskıda). 2019. doi: 10.17363/SSTB.2019.32.7

11. Uslu E, Buldukoğlu K. Tele-hemşirelik uygulamalarının şizofreni hastalarının bakımına etkisi: Sistemik Derleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016;27(1):47-56.

12. Buldukoğlu K, Bademli K, Karakaya D, Göral G, Keser İ. Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011;3(4):683-703.

13. Pölkki P, Ervast SA, Huupponen M. Coping and resilience of children of a mentally ill parent. Soc Work Health Care 2004;39:151-163.

14. Aldridge J. The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. Child Abuse Review. 2006;15:79-88.

15. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. Schizophrenia bulletin. 2014;40(1):28–38.

16. Hameed MA, Lewis AJ. Offspring of parents with schizophrenia: A Systematic Review of Developmental Features Across Childhood. Harvard review of psychiatry. 2016;24(2), 104–117.

17. Döngel BD, Demirkol ME, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. Çukurova Medical Journal. 2018;43(4), 892-902.

18. Ercan F, Demir S. Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanımlar ve algılanan sosyal destek. Çukurova Med J. 2019;44(1):7-17.

19. Buchanan RW, Carpenter WT. Şizofreni kavramı. İç.: Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Pschiatry Sekizinci Baskı Ed.: B.J. Sadock, V.A. Sadock. Çeviri Ed. H. Aydın, A. Bozkurt, Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.

20. Şizofreninin tarihi [İnternet]. [Erişim Tarihi 01.06.2022]. Erişim Adresi:

<https://courses.lumenlearning.com/hvcc-abnormalpsychology/chapter/history-of>

[schizophrenia/](#)

21. Şizofreni türleri dsm-v [İnternet]. [Erişim Tarihi 01.06.2022]. Erişim Adresi: <https://tarimgazete.gen.tr/Şizofreni-türleri-dsm-5/>
22. Butterworth RF. Excitatory neurons and schizophrenia. *Lancet*. 1998 Nov 21;352(9141):1643.
23. Sery O, Prikryl R, Castulík L, St'astný F. A118G polymorphism of OPRM1 gene is associated with schizophrenia. *J Mol Neurosci*. 2010 May;41(1):219-22.
24. White RS, Siegel SJ. Cellular and circuit models of increased resting-state network gamma activity in schizophrenia. *Neuroscience*. 2016 May 3;321:66-76.
25. Andreou D, Söderman E, Axelsson T, Sedvall GC, Terenius L, Agartz I, Jönsson EG. Polymorphisms in genes implicated in dopamine, serotonin and noradrenalin metabolism suggest association with cerebrospinal fluid monoamine metabolite concentrations in psychosis. *Behav Brain Funct*. 2014 Jul 29;10:26.
26. Nanitsos EK, Nguyen KT, St'astný F, Balcar VJ. Glutamatergic hypothesis of schizophrenia: involvement of Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-dependent glutamate transport. *J Biomed Sci*. 2005 Dec;12(6):975-84.
27. Šery O, Lochman J, Povová J, Janout V, Plesník J, Balcar VJ. Association between 5q23.2-located polymorphism of CTXN3 gene (Cortexin 3) and schizophrenia in European-Caucasian males; implications for the aetiology of schizophrenia. *Behav Brain Funct*. 2015 Mar 17;11:10.
28. Janoutová J, Janácková P, Sery O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jirík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett*. 2016;37(1):1-8.
29. WHO 2022. [İnternet]. [Erişim Tarihi 02.06.2022]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
30. Koroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık*

Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(3):170-175.

31. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76.

32. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jun;60(6):565-71.

33. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Oct;64(10):1123-31.

34. ÚZIS ČR. Czech Health Statistics Yearbook 2013. Prague: ÚZIS ČR. 2014.

35. Szkulciecka-Dębek M, Walczak J, Augustyńska J, Miernik K, Stelmachowski J, Pieniążek I, Obrzut G, Pogroszewska A, Paulić G, Damir M, Antolić S, Tavčar R, Indrikson A, Adamsoo K, Jankovic S, Pulay AJ, Rimay J, Varga M, Sulkova I, Veržun P. Epidemiology and treatment guidelines of negative symptoms in schizophrenia in central and eastern Europe: a literature review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2015 Sep;23;11:158-65.

36. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, Hintikka J, Kieseppä T, Härkänen T, Koskinen S, Lönnqvist J. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Jan;64(1):19-28.

37. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.

38. Kara N, Türkçapar MH. The Validity of schizophrenia subtypes: a comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2014;17(4):119-128.

39. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences.* 2018;1(2):43- 61.

40. Şizofreni tipleri. [İnternet]. [Erişim tarihi 03.06.2022]. Erişim Adresi:

<https://mentalhealth-uk.org/help-and-information/conditions/schizophrenia/types-of->

[schizophrenia/](#)

41. Muslu S. Şizofrenide sosyal desteğin ve aile tutumunun hastanın tedaviye uyumu üzerindeki etkisinin araştırılması. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı; 2010.
42. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-267.
43. Turgut H, Yenilmez Ç. Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:291-301.
44. Li XB, Li QY, Liu JT, Zhang L, Tang YL, Wang CY. Childhood trauma associates with clinical features of schizophrenia in a sample of Chinese inpatients. Psychiatry Res. 2015;228:702-7.
45. Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni [Seminer]; 2015; Gaziosmanpaşa Üniversitesi.Tokat.
46. Noosha et al. What is schizophrenia? [İnternet]. 2013. [Erişim tarihi: 01.05.2022]. Erişim Adresi: [https://www.mirecc.va.gov/visn22/schizophrenia\\_education.pdf](https://www.mirecc.va.gov/visn22/schizophrenia_education.pdf)
47. Kaplan HI, Sadock BJ, Abay E. (Eds). Klinik psikiyatri. (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004.
48. Malinowski FR, Tasso BC, Ortiz BB, Higuchi CH, Noto C, Belangero SI, Bressan RA, Gadelha A, Cordeiro Q. Schneider's first-rank symptoms as predictors of remission in antipsychotic-naive first-episode psychosis. Braz J Psychiatry. 2020 Jan-Feb;42(1):22-26.
49. Taşkın EO. Stigma, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalanma. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2007;1:73-114.
50. Üçok A. Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. Klinik Psikiyatri. 2008;11(1),3-8.

51. Üstünsoy Çobanoğlu S, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16: 211-218.
52. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3(2):240-8.
53. Algönül Ö. Şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumu açısından değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2017.
54. Nirmala BP, Vrandana MN, Reddy S. Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2011;33(1):119-22.
55. Kara N. Şizofrenide duygu dışavurumu: Sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2014;31(2): 96-101.
56. Polat S. Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri. [Uzmanlık tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
57. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013;14(1):19-26.
58. Özkan B, Eskiuyurt R. Şizofreni hastalarının ailelerine yönelik telepsikiyatrik müdahalelerin etkinliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016;8(3):228-243.
59. Akıncı E. Şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri, hasta yakınlarının psikopatolojiye yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygu dışavurumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2019.
60. Rüzgar S. Şizofreni hastasına bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalanma ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisi. [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
61. Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;10(1):28-38.

62. Erdim L. Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynle yaşamının çocuklar üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(2):233-240.
63. Ertürk İŞ, Kömürcü B. Şizofreninin tekrarlanmasında ailede duygu dışavurumunun önemi ve sonuçları üzerine bir derleme. Klinik Psikoloji Dergisi. 2017;1(1):44-51.
64. Polat A, Üçok A, Genç A. ve Aksüt D. Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma [Poster Bildirisi]. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi; 2000; Ankara.
65. Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı; 2004.
66. Karancı N. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: nedensel atıflar, yükler, umutlar. Şizofreni Yazıları. 2000;1(2):6-12.
67. Yavaş Ayhan AG. (2013). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı; 2013.
68. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan Başegmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002;3(3):133-139.
69. Avcı A. Şizofren hasta ailelerinin aile yükünün belirlenmesi. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: T. C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
70. Duman ZÇ, Ertem M. Şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşme neden önemli?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(4):148-152.
71. Chien WT. Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. The Open Nursing Journal, 2008;2:28-39.
72. Lai YM, Hong CPH, Chee CY. Stigma of mental illness. Singapore Med J. 2001;42(3):111-4.



73. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract.* 2004;8(3):1-7.
74. Eliüşük A. Şizofrenili hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı; 2008.
75. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2010;11(2):89-94.
76. Mordoch E, Hall AV. Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qual Health Res.* 2008;18:1127-1144.
77. Doval N, Sharma E, Agarwal M, Tripathi A, Nischal A. Experience of Caregiving and Coping in Caregivers of Schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2018 Fall;12(3):113-120B.
78. Stallard P, Norman P, Dickens SH, Salter E, Cribb C. The effects of parental mental illness upon children: A descriptive study of the views of parents and children. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2004;9:39-52.
79. Valiakalayil A, Paulson LA, Tibbo P. Burden in adolescent children of parents with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:528-535.
80. Riebschleger J. Good days and bad days: the experiences of children of a parent with a psychiatric disability. *Psychiatr Rehabil J.* 2004 Summer;28(1):25-31.
81. O'Connell KL. What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2008 May;21(2):89-104.
82. Mordoch E, Hall WA. Children living with a parent who has a mental illness: a critical analysis of the literature and research implications. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002 Oct;16(5):208-16.

83. Knutsson-Medin L, Edlund B, Ramklint M. Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007 Dec;14(8):744-52.
84. Handley C, Farrell GA, Josephs A, Hanke A, Hazelton M. The Tasmanian children's project: the needs of children with a parent/carer with a mental illness. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 2001 Dec;10(4):221-8.
85. Meadus RJ, Johnson B. The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2000 Oct;7(5):383-90.
86. Brown M, Roberts DP. Growing up with a schizophrenic mother. Jefferson NC. McFarland. 2000.
87. Aldridge J, Becker S. Children caring for parents with mental illness. Bristol. UK. Policy Press. 2003.
88. Nathiel S. Daughters of madness: Growing up and older with a mentally ill mother. Santa Barbara. Praeger. 2007.
89. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. (8. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2011.
90. Kuş Saillard E. Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Oneriler [Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2010 Spring;21(1):14-24.
91. Kaya Y. " If only they forgot that I was Syrian and an Arab, I am a human beings too." Syrian university students' experiences of being a foreigner: A phenomenological study. *International Journal of Intercultural Relations*. 2021;83:43-54.
92. Connelly LM. Trustworthiness in Qualitative Research. *Medsurg Nurs*. 2016 Nov;25(6):435-6.
93. Yılmaz AK. Şizofreni hasta yakınlarında aile yükü, kendini damgalama ve ilişkili etmenler. [Yüksek lisans tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

94. Özşen Büyüksandıç P. Şizofren hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışları. [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
95. Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggress Behav.* 2007 Jan-Feb;33(1):86-96.
96. Oakley C, Harris S, Fahy T, Murphy D, Picchioni M. Childhood adversity and conduct disorder: A developmental pathway to violence in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016 Apr;172(1-3):54-9.
97. Carpiello B, Vita, A, Mencacci C. Violence and mental disorders (B. Carpiello, A. Vita, ve C. Mencacci Eds.): Springer. 2020.
98. Bademli K, Lök N. Feelings, thoughts and experiences of caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry.* 2020 Aug;66(5):452-459.
99. Aktaş MC. Şizofreni tanımlı bireye bakım veren aile üyelerinin hasta kaynaklı şiddet deneyimleri: nitel çalışma. [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
100. Kageyama M, Yokoyama K, Nakamura Y, Kobayashi S, Fujii C. The coping process of Japanese parents who experience violence from adult children with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018 Aug;32(4):549-554.
101. Sharif L, Basri S, Alshafi F, Altaylouni M, Albugumi S, Banakhar M, Mahsoon A, Alasmee N, Wright RJ. An Exploration of Family Caregiver Experiences of Burden and Coping While Caring for People with Mental Disorders in Saudi Arabia-A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 2;17(17):6405.
102. Bai XL, Luo ZC, Wang A, Guan ZY, Zhong ZY, Sun M, Tang SY. Challenge of parents caring for children or adolescents with early-stage schizophrenia in China: A qualitative study. *Perspect Psychiatr Care.* 2020 Oct;56(4):777-784.

103. Durmaz H, Okanlı A. Effects of interpersonal psychotherapy techniques and psychoeducation on self-efficacy and care burden in families of patients with schizophrenia. *The American Journal of Family Therapy*. 2021;49(4):373-391.
104. Leijdesdorff S, van Doesum K, Popma A, Klaassen R, van Amelsvoort T. Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Jul;30(4):312-317.
105. Nergiz Z. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aile bütünlüğü duygusu ve bakım yükünün belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Ordu: Ordu Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
106. Cleary M, West S, Hunt GE, McLean L, Kornhaber R. A Qualitative Systematic Review of Caregivers' Experiences of Caring for Family Diagnosed with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*. 2020 Aug;41(8):667-683.
107. Mohr P, Knytl P, Voráčková V, Bravermanová A, Melicher T. Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract*. 2017 Sep;71(9).
108. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2013;5(4):461-478.
109. Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2016;7(2):82-86.
110. Bulut M, Arslantaş H, Dereboy İF. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2019;22(3):286-297.
111. Akgül Gök F, Duyan V. 'I wanted my child dead' - Physical, social, cognitive, emotional and spiritual life stories of Turkish parents who give care to their children with schizophrenia: A qualitative analysis based on empowerment approach. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 May;66(3):249-258.

112. Kageyama M, Yokoyama K, Hori ai Y. Perceptions of stages of family violence and their perceived solutions in persons with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*. 2019;13(1).
113. Von Kardorff E, Soltaninejad A, Kamali M, Eslami Shahr babaki M. Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - a qualitative exploratory study. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(4):248-54.
114. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*. 2009 Jul 28;8:17.
115. Pazvantoğlu O, Sarisoy G, Boke O, Aker AA, Özturan DD, Ünverdi E. The dimensions of caregiver burden in schizophrenia: the role of patient functionality. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27(1):53.
116. Gümüştaş F, Perdahlı Fiş N, Yulaf Y, Koyuncu Kütük E, Yazkan Akgül G, Kuşcu TD. şizofreni açasından yüksek riskli çocuk ve ergenlerde algılanan anne-baba tutumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2018;19(3).
117. Cullen AE, Fisher HL, Roberts RE, Pariante CM, Laurens KR. Daily stressors and negative life events in children at elevated risk of developing schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2014;204:354-60.
118. Somers V. Schizophrenia: The impact of parental illness on children. *Br J Soc Work*. 2007;37:1319-1334.
119. Malla AA, Bhat NM, Wagay ZA. A study of coping styles and stresstolerance in the caregivers of schizophrenic patients. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015;3(1):341-348.
120. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, Chen C, Lu X. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2019 Feb 20;19(1):75.
121. Wang L, Xu J, Zou H, Zhang H, Qu Y. Violence against primary caregivers of people

with severe mental illness and their knowledge and attitudes towards violence: A cross-sectional study in China. Arch Psychiatr Nurs. 2019 Dec;33(6):167-176.

122. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2002 Dec;63(12):1121-8.

123. Beebe LH. What community living problems do persons with schizophrenia report during periods of stability? Perspect Psychiatr Care. 2010 Jan;46(1):48-55.

124. World Health Organization. Mental Health-Schizophrenia. [İnternet]. [Erişim tarihi: 13.05.2022]. Erişim Adresi: [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/). <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>.

125. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. Arch Gen Psychiatry. 2000 Oct;57(10):979-86.

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

127. Wang L, Xu J, Zou H, Zhang H, Qu Y. Violence against primary caregivers of people with severe mental illness and their knowledge and attitudes towards violence: A cross-sectional study in China. Arch Psychiatr Nurs. 2019 Dec;33(6):167-176.

128. Aras Hİ. Şizofrenide şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(1).

129. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. Quality of Life Research 2020;29(10):2745-57.

130. Akçam M. Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

131. Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Caregiver burden in chronic mental illness: a systematic review. Journal of Psychiatric Nursing 2017;8(3):165–171.

132. Atar S. Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının yükü, tükenmişlik ve sosyal uyum düzeylerinin saptanması. [Uzmanlık tezi]. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi; 2018.
133. Bédard M, Koivuranta A, Stuckey A. Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: rural versus urban settings. *Can J Rural Med.* 2004 Winter;9(1):15-23.
134. Nabors N, Seacat J, Rosenthal M. Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2002 Dec;16(12):1039-50.
135. Magaña SM, Ramírez García JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv.* 2007 Mar;58(3):378-84.
136. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes.* 2009 Sep 11;7:84.
137. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Aug;67(8):822-9.
138. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Aug;45(8):965-972.

## **EKLER**

### **Ek 1. Anket Formu**

#### **EBEVEYİNİ ŞİZOFRENİ HASTASI OLAN BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI DENEYİMLERİ**

Bu çalışma, yüksek lisans tez çalışması için ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimlerini inceleyen bir çalışmadır. Çalışmanın amacı, ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin yaşadığı çocukluk çağı deneyimleri ile ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük temelinde olacaktır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

**Nermin KILIÇ**

#### **Tanımlayıcı Özellikler**

1.Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın      b) Erkek

3.Eğitim durumunuz:

a) Okur yazar değil    b) Okur yazar    c) İlköğretim    d) Lise    e) Üniversite    f) Lisansüstü

4.Yaşadığınız yer:

a) İl merkezi    b) İlçe      c) Köy

5.Ekonomik durumunuz:

a) Kötü    b) Orta    c) İyi

6.Çalışma durumunuz:

a) Çalışıyorum    b) Çalışmıyorum    c) İş arıyorum    d) Emekliyim

7.Aile yapınız:

a) Çekirdek aile    b) Geniş aile    c) Parçalanmış aile



8. Şizofreni hastası ile yakınlığı:

a) Anne            b) Baba

9. Ebeveyninizin kaç yıldır şizofreni hastalığı var?.....

10. Aile içindeki bireyler arasındaki iletişimi nasıl tanımlarsınız:

a) İyi      b) Orta      c) Kötü

### **Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

1. Şizofreni hastalığı hakkında görüşleriniz nelerdir?
2. Ebeveyninizin hastalığının gidişatını nasıl tanımlarsınız?
3. Ebeveyninizin şizofreni hastası olması sizi nasıl etkiledi?
4. Ebeveyninizin şizofreni hastası olması size neler hissettirdi?
5. Şizofreni hastasının çocuğu olarak sizi en çok zorlayan şeyler nelerdir?
6. Şizofreni hastasının çocuğu olarak size iyi gelen şeyler nelerdir?
7. Ebeveyninizin şizofreni olmasıyla birlikte ortaya çıkan değişikliklerle nasıl baş ettiniz?
8. Şimdiye kadarki süreçte ne tür profesyonel desteğe ihtiyaç duydunuz mu? Duyduysanız bunlardan bahseder misiniz?
9. Şizofreni hastalığını bir şeye benzetirseniz neye benzetirsiniz?
10. Çocukluğunuzu bir şeye benzetirseniz neye benzetirsiniz?
11. Hayal ettiğiniz çocuklukla yaşadığınız çocukluk arasındaki farklılıklar nelerdir?

## Ek 2. Etik Kurul

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Ebeveyni Şizofreni Hastası Olan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimleri: Fenomenolojik Bir Çalışma”	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR
	TELEFON	0386 280 3924
	FAKS	0386 280 5007
	E-POSTA	tipetikkurul@ahievran.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKİ ÖZ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırşehir			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Sayfa 1/3

Etik Kurul Başkanının

Ünvanı/ AdıSoyadı: Prof. Dr. Kemal ÖZYURT

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Ebeveyni Şizofreni Hastası Olan Bireylerin Çocukluk Çağı Deneyimleri: Fenomenolojik Bir Çalışma”
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	20.08.2021	1
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No: 2021-14/155</b>		<b>Tarih: 07/09/2021</b>	
	<p>Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantı yeter sayısı sağlandığı için katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Ancak Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın onay yazısı alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir.</p>			

### **Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği (BGOF)**

**ÇALIŞMANIN ADI:** Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağı deneyimleri

---

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :** Bu araştırmanın amacı ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin yaşadıkları çocukluk çağı deneyimleri belirlemektir.

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:** Araştırmacı tarafından önceden hazırlanmış sorular size sorulacak izniniz dahilinde görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir

#### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Ebeveyni şizofreni hastası olan bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları daha iyi anlaşılacaktır.

Çocuk sağlığını korumak ve geliştirmek adına önemli bulgular elde edilecektir.

Çalışma sonucunda ebeveyni şizofreni hastası olan çocukların koruyucu ve geliştirici ruh sağlığı hizmetlerinden aldığı destek artırılabilir.

Çalışma sonuçları yayımlanarak diğer çalışmalara örnek oluşturacaktır.

#### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışmada kişisel bilgileriniz alınmayacak ve kullanılmayacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler toplu olarak analiz edilecektir.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

Dr. Öğr. Üyesi Hilal SEKi ÖZ

Yüksek Lisans Öğrencisi Nermin KILIÇ

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

## ÖZ GEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Nermin KILIÇ

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik Yüksekokulu/Hemşirelik	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	2011-2015
Yüksek Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Moleküler Tıp Ana Bilim Dalı	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	2017-2020
Yüksek Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Hemşirelik Ana Bilim Dalı/ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	2020-

### ESERLER

Kılıç N, Demir G, Çalışkan Er Ç. Kronik hastalığı olan yaşlılarda vitamin ve mineral kullanım özelliklerinin belirlenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2020;13(2), 123-130.

Kılıç N, Demir G, Çiftçi H. Üniversite destek personelinin gündüz uykululuk durumunun belirlenmesi, 1st International Ahi Evran Medical and Health Science Congress (IAMHC), 11-14 Nisan 2019 Kırşehir, Ahi Evran Üniversitesi.

Kılıç N, Seki Öz H. Şizofreni hastalığının aile üzerine etkisi, 13. Ases Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresi, 22-24 Temmuz 2022 Mersin.