



[itobiad], 2021, 10 (1): 706-727.

Şizofrenili Bireylere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi

A Case Study For Individuals With Schizophrenia

Abdurrahman MENGİ

Doç. Dr., Van YYÜ, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü

Assoc. Prof., Van YYU, Faculty of Education, Special Education Department

abdurrahmanmengi@yyu.edu.tr / Orcid ID: 0000-0001-5903-254X

Murat CANCAN

Doç. Dr., Van YYÜ, Eğitim Fakültesi, İlköğretim Matematik Öğretmenliği

Assoc. Prof., Van YYU, Faculty of Education, Elementary Mathematics Education

muratcancan@yyu.edu.tr / Orcid ID: 0000-0002-8606-2274

Yusuf ALPDOĞAN

Arş. Gör. Van YYÜ, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü

Res. Asst. Van YYU, Faculty of Education, Special Education Department

yusufalpdogan@yyu.edu.tr / Orcid ID: 0000-0002-6615-397X

Makale Bilgisi / Article Information

Makale Türü / Article Type	: Araştırma Makalesi / Research Article
Geliş Tarihi / Received	: 03.04.2020
Kabul Tarihi / Accepted	: 21.03.2021
Yayın Tarihi / Published	: 21.03.2021
Yayın Sezonu	: Ocak-Şubat-Mart
Pub Date Season	: January-February-March

Atıf/Cite as: Mengi, A , Cancan, M , Alpdoğan, Y . (2021). Şizofreni Bireylere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi . İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi , 10 (1) , 706-727 . Retrieved from <http://www.itobiad.com/tr/pub/issue/60435/713981>

İntihal /Plagiarism: Bu makale, en az iki hakem tarafından incelenmiş ve intihal içermediği teyit edilmiştir. / This article has been reviewed by at least two referees and confirmed to include no plagiarism. <http://www.itobiad.com/>

Copyright © Published by Mustafa YİĞİTOĞLU Since 2012 – Istanbul / Eyup, Turkey. All rights reserved.

Şizofrenili Bireylere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi *

Öz

Şizofreni, halen psikiyatrik bozukluklar içerisinde etki düzeyi ağır olarak görülen, genellikle genç yaşlarda meydana gelen, genetik ve çevresel faktörlerin yol açtığı karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Bu araştırma, şizofrenili bir bireyin yaşantısına yönelik sosyolojik bir projeksiyon tutma amacını taşımaktadır. Araştırma, nitel araştırma deseninden olan durum çalışmasından hareketle nitel veri toplama tekniğinin kullanıldığı betimsel bir araştırmadır. Araştırma, 46 yaşında, evli ve iki çocuğu olan yetişkin bir şizofrenili birey ile durum/vaka çalışması veya örnek olay incelemesi şeklinde yapılmıştır. Araştırma, katılımcının yaşamına ilişkin detaylı bilgi elde etmek için yarı-yapılandırılmış görüşme tekniği ile katılımcı, katılımcının annesi ve kardeşi ile yüz yüze görüşmelere dayalı üç farklı oturumda gerçekleştirilmiştir. Görüşme verileri ses kayıt cihazı yoluyla toplanmıştır. Araştırma verileri, şizofreninin başlangıç evresine, tanılama ve tedavi sürecine, aile ve sosyal yaşamına, intihara ve psiko-sosyal desteğe ilişkin 6 farklı kategoride betimsel analize tabi tutularak yorumlanıp sunulmuştur. Araştırmada, çocukluk döneminden itibaren katılımcının uslu, sessiz olduğu, sınırlı sayıda arkadaşı olduğu bulgulanmıştır. Şizofreninin başlangıç evresinde katılımcının sanrıları; kendisini duygu, düşünce, davranışsal olarak olumsuz etkileyerek, onun mutsuz, çekingen, sinirli olmasına yol açmıştır. Katılımcı, sosyal çevresinde gerçekleşen birçok şeyi zihninde büyütürken, çevresindeki insanların kendisine karşı iyi olmadığını düşünerek adım adım yalnızlaşmıştır. Şizofreni tanısından sonra katılımcı ve ailesi için kabullenme süreci zor olmuş ve sorunun kendisinden ziyade, çevresindeki insanlardan kaynaklandığı bulgulanmıştır. Tedavi amacıyla ilaca başlama ve ilaca uyum dönemlerinde katılımcının güçlük yaşadığı tespit edilmiştir. Tanı sonrasında düzeler umuduyla ailesi tarafından katılımcının evlenmeye teşvik edilerek evlendirildiği tespit edilmiştir. Ancak evlenip çocukları olmasına ve aile bireylerin tüm desteğine rağmen katılımcı, geniş aile içinde bile yalnızlaşmayı tercih ettiği sonucuna ulaşmıştır. Hatta katılımcının toplumsal yaşam alanı ev ortamında sadece bir oda ile sınırlı kalmıştır. Katılımcı ve ailesi, yetkililerden şizofreniyle yaşama ve mücadele etme konusunda yeteri kadar psiko-sosyal destek alamadığı için oldukça zor koşullarda yaşamlarını sürdürdükleri sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırmada, şizofreni olgusuna yönelik araştırmaların yaygınlaştırılması, şizofrenili birey ve ailelerine yönelik her türlü önyargıdan uzak psiko-sosyal desteklerin sunulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Şizofrenili Birey, Aile, Sosyal Çevre, Örnek Olay İncelemesi.

* Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimleri Etik Kurulunun 29.05.2020 Tarih , 2020/04-01 Sayılı kararı ile Etik Kurul Kararı alınmıştır.



A Case Study for Individuals with Schizophrenia

Abstract

Schizophrenia is a complex mental disorder caused by genetic and environmental factors, which is seen with a severe effect among psychiatric disorders, and usually occurs at a young age. This research aims to keep a sociological projection on the life of an individual with schizophrenia. The research is a descriptive study in which qualitative data collection technique is used based on the case study which is a qualitative research design. The study was conducted as part of a case study with a 46-year-old married adult with two children with schizophrenia. The research was carried out in three different sessions based on face-to-face interviews with the participant, the participant's mother and sibling using a semi-structured interview technique to obtain detailed information about the life of the participant. Interview data were collected via a voice recorder. The research data were interpreted and presented in 6 different categories which are the initial stage of schizophrenia, the diagnosis and treatment process, family and social life, suicide and psychosocial support. In the study, it was found that the participant has been behaved, quiet, and has a limited number of friend since childhood. In the initial stage of schizophrenia, it was observed that the delusions of the participant turned him into an unhappy, timid and indignant person, affecting him emotionally, thought and behaviorally in an adverse manner. The participant gradually changed into a lonely person, thinking that people around him were not decent to him, by exaggerating many things that happened in his social environment, in mind. After the diagnosis of schizophrenia, it proved difficult both for the participant and his family to accept the situation. Moreover, it was determined that the problem was mostly caused by the people around him rather than the patient himself. It was decided that the participant had difficulties during the onset and adjustment process to the drug treatment. After the diagnosis, it was confirmed that the participant was forced to marry and subsequently he was made to marry someone through family decision in the hope that it would help him recover. The participant was concluded to prefer to lead an isolated life even in the extended family even though he had substantial support from family member after getting married and having children. In fact, the social life space of the participant was limited to only one room in the home environment. As the participant and his family could not get enough psycho-social support from the authorities for living and struggling with schizophrenia, it was concluded that they lived in very difficult conditions. In this study, it is recommended to disseminate studies on the phenomenon of schizophrenia and to provide psycho-social support for individuals with schizophrenia and their families.

Keywords: Schizophrenia, Individual with Schizophrenia, Family, Social Environment, Case Study.



Giriş

Şizofreninin belirtileri çok eski tarihlere dayanmaktadır. M.Ö. 1400'lü yıllarda, Hint Veda yazılı metinlerinde, çıplak dolaşan, kişisel bakımı ortadan kalkmış ve kendisini özel gören kişilerden söz edilmektedir. Bu kişiler, ortaçağdan 18. yüzyıla kadar insandan farklı varlıklar olarak görülmüş, toplum dışına itilmiş, hatta bazıları işkence ve ölüm cezalarıyla cezalandırılmışlardır (Kocal vd., 2017). Şizofreni 19. yüzyılın sonlarında tıp alanında bilimsel araştırmalara konu olmuştur. Morel 1860 yılında, şizofreni için "erken bunama" anlamına gelen "dementia precox" terimini kullanmıştır. 1871'de Hecker, 1874'de Kahlbaum ve 1896'da Emil Kraepelin ilk kez bir kavram olarak şizofreniyi ele almışlardır. 1911 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugene Bleuler şizofreninin klinik belirtilerinden hareketle şizofreniyi, 4A ile formüle ettiği dört temel semptom şeklinde tanımlamıştır. Birincisi, fikir akışında, çağrışımların düzen ve sürekliliğinde bozulma olarak gördüğü assosiasyon semptomudur. İkincisini, zıt fikir ve ikilem şeklindeki ambivalans semptomudur. Üçüncüsü, duygulanımda küntleşme ve gerçek dünyadan uzaklaşma olarak ifade ettiği autizm/otizm semptomudur. Dördüncüsü ise, duygusal ifadenin bozulmasına karşılık gelen affekt semptomudur (Işık, 2006; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018, s. 48; Özpoyraz & Taman, 1998). Şizofreni; sanrılar, varsanılar, organize olmayan davranışlar, negatif semptomlar ve sosyal işlev bozukluğu ile karakterize edilen bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlanmaktadır (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018, s.43). Şizofreni, bireylerin konuşmalarında, algılarında, düşünce biçimlerinde, içgörülerinde ve bilişsel algılama becerilerinde meydana gelen bozulmalar olarak da tanımlanmaktadır (Özpoyraz & Taman, 1998; Yavuz, 2008; Boradman at al., 2013; Bilgin & Köseoğlu, 2019). Şizofreni, psikiyatrik bozukluklar içerisinde etki düzeyi en ağır olarak kabul gören (Uzbay, 2009), tarih boyunca her toplumda ve farklı sosyo-ekonomik katmanda rastlanılan, genellikle genç yaşlarda meydana gelen, tedavi edilmediğinde bireyde duygusal ve sosyal anlamda önemli oranda sorunlara yol açabilen bir ruhsal bozukluktur (Çetin, 2015). Alanyazında şizofreni, klinik bulgular dikkate alınarak beş farklı tipte sınıflandırılmıştır. Bunlar; paranoid, dezorganize, katatonik, ayrışmamış, rezidüel şeklinde sınıflandırılan tiplerdir (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018, s.43).

Şizofreninin karakteristik özellikleri delüzyon, halüsinasyon, düşünce ve iletişimde bozukluk, sosyal aktivitelerden soyutlanma şeklinde kendini göstermektedir (Karabulut, 2013). Bireylerde şizofreni belirtileri görülmeye başladığı ilk zamanlarda, bireylerin davranışları normalden farklı bir seyir izlemeye başlar. Şizofreninin uslu ve sessiz olup çevresinde fazla arkadaşı olmayan, oyuncaklarıyla yalnız oynamayı tercih eden, çevreden gelen uyarıcılara karşı tepkisiz kalan çocuklarda daha çok görüldüğü illeri sürülmektedir (Hor & Taylor, 2010). Şizofrenili bireyler, ani gülme, yersiz kızma ve bağırma, daha sınırlı bir sosyal çevreyi tercih etme gibi olumsuz davranışları da sergilemektedirler (Çabuk, 2014). Şizofrenili bireylerin



birtakım sesleri duyabildiği ve bazen iki ya da daha fazla sesin, üçüncü şahıs olarak şizofreni olan birey ile tartışabildiği, bahsedilen seslerin şizofrenili bireyin hareketlerine yön verebildiği illeri sürülmektedir (Boradman at al., 2013).

Şizofreni, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında bozulmalara yol açmakta; bireyin iletişim becerilerini, bütün sosyal ilişkilerini ve gerçek hayatını derinden etkilenmektedir (Kocal, Karakurt & Sert, 2017; Maldonado & Urizar 2007). Şizofreni, bireylerin dikkatsiz ve düzensiz konuşmasına, ses tonunu ayarlayamamasına, uygun cümle kurmada zorluk çekmesine yol açmaktadır. Bireylerin iletişimi başlatma, sürdürme ve sonlandırmada yetersizlik yaşamasına, iletişimde konu bütünlüğü sağlayamamasına ve etkili iletişimde yoksun kalmasına neden olmaktadır (Bloch at al., 1994). Şizofreni, bireylerin gerçekte var olmayan şeyleri gördüğünü ve işittiğini sanması ile ortaya çıkan bilişsel ve algılama becerilerindeki düşünce bozukluklarına da yol açmaktadır (Boradman at al., 2013; Özpoyraz & Taman, 1998). Şizofreni, bireyin gerçek sosyal yaşamdan uzaklaşmasına ve kendi içine kapanmasına sebep olmaktadır (Özpoyraz & Taman, 1998; Kocal vd., 2017; Xia at al., 2011). Bireyin şiddet, gerginlik, geçimsizlik davranışlarına yönelmesine ve problem çözme becerisini kaybetmesine, zaman zaman intihar düşüncesini yoğun yaşamasına ve intihara teşebbüs etmesine yol açmaktadır (Turl vd., 2007; Hor & Taylor, 2010). Şizofrenili bireyleri intihara yönelten nedenler arasında ise, hastalığın genç yaşlarda başlaması, genellikle bekar ve yalnız bir hayat yaşaması, toplumdan soyutlanması, sosyal kabul yoksunluğu ve daha önce intihara teşebbüs etmiş olması (Brent at al., 1993) gibi nedenler sayılmaktadır.

Şizofreninin, epidemiyolojik araştırmalarda cinsiyete göre farklı seyrettiği vurgulanmaktadır. Şizofreninin, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde daha fazla karşılaştığı ifade edilmektedir. Erkeklerde 15-25 yaş aralığında daha çok rastlanırken kadınlarda 25-35 yaş aralığında daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Etiyolojik araştırmalarda ise beyindeki yapısal değişiklikler, nöro-fizyolojik ve nöro-kimyasal değişiklikler, endokrin ve genetik etkenler ile çevresel faktörlerin şizofreniye yol açtığı ileri sürülmektedir. (Karabulut, 2013; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Ayrıca bazı mikroorganizmaların şizofreni için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Özellikle yaşamın erken dönemlerinde çeşitli enfeksiyonlara maruz kalma şizofrenin ortaya çıkışını tetiklemektedir (Karabulut, 2013). Çevre faktörlerin de şizofreninin gelişmesine zemin hazırlayabildiği düşünülmektedir (Jones at al., 2012; Summakoğlu & Ertuğrul, 2018).

Şizofreni, bireyleri birçok yönüyle derinden etkilediği veya yaşam kalitesini yok ettiği için fark edildiği andan itibaren tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Şizofreni bireylerin tedavisi farmakolojik tedaviler ve psiko-sosyal tedaviler şeklinde olmaktadır. Farmakolojik tedaviler, anti-psikotik ilaçlar yoluyla yapılmaktadır. Psiko-sosyal tedaviler ise, klinik tedavileri desteklemek için yapılmaktadır. Alanyazında psiko-sosyal tedaviler



şizofrenili bireylerin tedavisini hızlandırdığı vurgulanmaktadır. Ayrıca şizofrenili bireylerin farmakolojik tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar ile psiko-sosyal tedavinin birlikte kullanılmasının önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Summakoglu & Ertugrul, 2018, s.43).

Şizofreni tedavisinde ilacın olumlu bir etkisinin olmasına rağmen, şizofreni olan bireylerin çoğu ilaç alma konusunda gönülsüz ve çekingen davranmaktadırlar (Fallon, 1984; Nosé at al., 2003 akt. Uslu & Buldukoğlu, 2018; Üstünsoy-Çobanoğlu vd., 2003; Boardman at al., 2014; Dikeç & Kutlu, 2014). Şizofrenili bireylerin ilaç almayı ret etmelerini tetikleyen şeyin ise, bu bireylerin içgörülerinin bozulmasından kaynaklı, hasta olduklarını kabul etmemelerine ve diğer insanların kötü niyetli olduklarına bağlanmaktadır (Bilgin ve Köseoğlu, 2019; Yavuz, 2008). İlaç tedavisi sürecinde uyumsuzluk sorunu yaşayan şizofrenili bireylerin etkin ve olumlu bir tedavi almaları da zorlaşmaktadır (Fallon, 1984). Araştırmalar her dört şizofrenili bireyden birinin ilaç tedavisine uyum problemi yaşadığını vurgulamaktadır (Nosé at al., 2003 akt. Uslu & Buldukoğlu, 2018). İlaçla tedavi sürecinde yaşanan uyumsuzluklar, şizofrenili bireyin sosyalleşmesini, davranışlarını, bilişsel düzeyini ve algısını olumsuz etkilediği için bireyin yaşam boyu derin sorunlar yaşaması kaçınılmaz olmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (Uslu ve Buldukoğlu, 2018). Dolayısıyla şizofrenili bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için uzmanların rehberliğinde, psiko-sosyal destekler ve ailelerin işbirliği ile tedavilerinin yapılması oldukça önemlidir. Şizofrenili bireylerin tedavisi daha önceleri hastanelerde semptomlar üzerinden yürütölen çalışmalar ile sınırlı iken; günümüzde bu tedavi psiko-sosyal yaklaşımlar, aile ve toplumu da içine alacak şekilde daha kapsamlı olarak yürütölmektedir (Willik, 1994; Perlmutter, 1996; Mete, 1998; Chien at al., 2001; Özlü vd., 2002; Chien at al, 2005; Landolt at al., 2012; Üstündağ vd., 2015). Şizofrenili bireylerin ilaç tedavisi dışında, rehabilitasyon çalışmaları, sosyal beceri eğitimi, sanat terapisi ve psiko-sosyal destekler ile (WHO, 2017; Ruddy & Milnes 2005) psiko-eğitim yoluyla tedavi edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Bademli vd., 2016, s. 2). Alanyazında psiko-eğitim, psikiyatrik bozukluğu olan bireyler için rehabilitasyon ve tedavi amaçlı verilen eğitimidir. Psiko-eğitim ile şizofrenili bireyler gibi psikiyatrik bozukluk yaşayan bireylerin davranış sağaltımı yapılmaktadır (Xia at al., 2011). Ayrıca, şizofreni, bireylerin günlük yaşamını tamamıyla etkileyen psikiyatrik bir bozukluk olduğu için, tedavi ile amaçlanan şey; mümkün oldukça şizofreninin belirtilerini azaltıp yok etmek, bireyin yaşam kalitesini artırarak hastalığın olumsuz etkilerini ortadan kaldırmaktır.

Şizofrenili bireydeki duygu, düşünce ve davranış değişiklikleri ilk olarak ailesi ve yakın çevresi tarafından hissedilir (Hor & Taylor, 2010). Aile bu süreçte birçok sorun ve duygu karışıklığı yaşamaktadır (Mete, 1998). Bunlar; suçluluk hissetme, utanma, korkma ve çaresiz kalma gibi duygulardır. Aile bireylerinde öfke nöbetleri ve depresyon hali de görölebilmektedir (Chien at al., 2005). Ailede, tedavi masraflarının getirdiği ekonomik sorunlar, aile içinde yaşanan şiddetli tartışmalar, geçimsizlik, hayal kırıklıkları,



(Perlmutter, 1996) umutsuzluk gibi sorunlar görülebilmektedir (Willik, 1994). Ailelerin bu sorunlardan kurtulması için çeşitli yollar denedikleri de bilinmektedir. Örneğin, Huang ve diğ. (2008) araştırmasında; ailelerin yaşadıkları yoğun stres ile başa çıkmak için ağlama, kızgınlık, inkâr, sosyal hayattan çekilme, saldırgan davranışlar sergileme, hayali düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıkları vurgulanmıştır (Huang ve diğ. 2008; akt. Bademli vd., 2016). Dolayısıyla şizofreni, bireylerle birlikte ailesini ve yakın çevresini de olumsuz etkilemektedir (Üstündağ vd., 2015). Bu nedenle şizofrenili bireyin ailesi ve yakın çevresi de desteğe ihtiyaç duymaktadır. (Chien at al., 2001). Şizofreni, sadece bireyi değil yakın çevresini de olumsuz etkilediği için tedavisinin bireyi ve çevresini kapsayacak şekilde yürütülmesi gerektiği önerilmektedir (Bae & Kung, 2000; Landolt at al., 2012).

Şizofrenili bireylerin aileleri, genellikle şizofreniden kendilerini sorumlu tuttıkları ve çocuklarıyla yeterince ilgilenmediklerini düşündükleri için sürekli yoğun stres altında mutsuz bir şekilde yaşamaktadırlar (Chien at al., 2005). Dolayısıyla ailelerin maruz kaldığı bu sorunlarla mücadele etme ve başa çıkmada çevrenin desteği çok önemlidir (Maldonado & Urizar, 2007). Şizofreni gibi ağır ve süreğen bir ruhsal bozukluğa sahip bir bireyle yaşamının aileye getirdiği yükün yanı sıra, toplumun şizofreniye ilişkin olumsuz bakış açısı da ailelerin psikolojik yükünü ağırlaştırmaktadır (Özlu vd., 2002). Halbuki şizofrenili bireyler ve aileleri duygusal, sosyal, ekonomik olarak birçok sorunla mücadele etmekte ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, bilgilendirilmeye ve işbirliğine ihtiyaç duymaktadırlar (Arkar & Eker, 1996; Chien at al., 2008; Glynn at al., 2006; Gülseren, 2002; Merinder 2000; Özlu vd., 2010). Alanyazında şizofrenili bireylere ve ailesine psiko-eğitimlerle bilgi sağlandığı, şizofrenili birey ve ailesine sorunla baş etmelerine yönelik destek sunulduğu, sorun çözme becerileri ile sosyal etkileşim becerilerinin geliştirildiği konusunda bilgiler mevcuttur (Maldonado & Urizar 2007; Bauml at al., 2006; Li & Arthur 2005; Glynn at al., 2006; Lincoln at al., 2007; Dixon at al., 2001; Chien, 2008).

Alanyazında tıp alanında, özellikle psikiyatri alanında şizofreni ile ilgili birçok araştırma yapılmasına rağmen sosyal bilimler alanında çok az araştırmanın olduğu söylenebilir. Diğer taraftan yapılan alanyazın taramasında Türkiye’den özellikle sosyoloji alanında şizofrenili bireylerin sosyal yaşamına ilişkin her hangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle şizofrenili bireylerin genel durumlarının sosyolojik araştırmalara konu olması, Türkiye’deki sosyolojik araştırmaların yelpazesini genişletmesi bakımından son derece önemlidir. Şizofrenili bireylerin yaşadıkları sorunlarının ele alındığı sosyolojik araştırmaların yetersiz olması, şizofrenili bireylerin ve ailelerinin şizofreni ile mücadele konusunda sosyolojik analizlere de ihtiyaç duyması hususu bu tür araştırmaların önemini ön plana çıkartmaktadır. Dolayısıyla bu araştırma, şizofrenili bireylerin sosyal etkileşim ağı içindeki mevcut durumlarının ne olduğu, şizofrenili bireylerin aile ve sosyal çevrede neler yaşadığı hususuna odaklanmaktadır. Yani



şizofreni olgusunun, bireyi sosyolojik olarak nasıl etkilediği merak konusudur. Bu nedenle bu araştırma, şizofreninin bireylerin yaşamını nasıl etkilediğini ortaya koymak için örnek olay incelemesi bağlamında şizofrenili bir bireyin yaşantısına yönelik sosyolojik bir projeksiyon tutma amacını taşımaktadır. Böylece bu amaç çerçevesinde oluşturulan; şizofreni nedir? Şizofreninin belirtileri nelerdir? Şizofreni bireyleri nasıl etkilemektedir? Şizofreninin tedavi süreci nasıldır? Hastalık süresince bireylerin yaşadığı güçlükler nelerdir? Hastalık süresince ailenin yaşadığı sorunlar nelerdir? Şizofreni, birey ve ailenin yaşamında ne tür değişmelere yol açmaktadır? gibi araştırma sorulardan hareketle araştırma yürütülmüştür.

Yöntem

Araştırma yöntemi, araştırmanın deseni, çalışma grubu, veri toplama araçları ve veri analizi şeklinde dört farklı alt başlıkta sunulmuştur. Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul izni alınmıştır.

Araştırma Deseni

Araştırma, nitel araştırma desenlerinden olan durum/vaka çalışması veya örnek olay incelenmesi kapsamında bütüncül tek durum deseninden hareketle yapılmıştır. Nitel araştırmalarda başvurulan, durum çalışması veya örnek olay incelenmesinin en temel özelliği bir ve birkaç durumun/vakanın derinlemesine irdelenmesidir (Yıldırım & Şimşek, 2018, s.76). Durum çalışmasının temel amacı kişiyi veya olguyu özgünlüğü içerisinde ayrıntılı olarak betimlemek, yorumlamak ve ortaya koymaktır (Tellis, 1997). Bu çalışmada da şizofrenili bir bireyin durumu genel hatlarıyla ve bütüncül bir şekilde ortaya koymak için bütüncül tek durum deseni kullanılmıştır.

Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu, Van ilinde yaşayan şizofreni tanılı bir yetişkin birey, annesi ve erkek kardeşinden oluşmaktadır. Durum/vaka çalışması veya örnek olay incelemesinde araştırmanın geniş örnekleme sahip olmasından ziyade derinlemesine bilgiye ulaşma bakımından nitelikli olması önemli olduğu için genelde anahtar konumdaki bilgi vericiler/çalışma grubu seçilir ve bu şekilde görüşmelere devam edilir (Bogdan ve Biklen, 1998: 61). Araştırmada durum/vaka çalışması veya örnek olay incelemesi için, tanı öncesinde, tanılama döneminde ve tanı sonrasında yaşam tecrübesi yüksek olan şizofrenili bir birey katılımcı olarak belirlenmiştir. Ayrıca şizofrenili bireylerin yaşamına ilişkin daha detaylı bilgi elde etmek için katılımcının annesi ve kardeşi de çalışma grubuna dâhil edilmiştir. Araştırmada katılımcı K, katılımcının annesi KA, katılımcının kardeşi (erkek) ise KK olarak kodlanmıştır. Araştırmanın katılımcısı (şizofrenili birey) 46 yaşında bir erkektir. Katılımcı, Bleuler tarafından şizofreninin dördüncü semptomu olarak tanımlanan ve duygusal ifadenin bozulmasına karşılık gelen affekt semptomuna sahiptir. Katılımcı



şizofreninin paranoid tipine sahip olduğu için şizofreniye ilişkin yoğun belirtileri yaşamasına rağmen hastalığını gizlemeye çalışmakta ve şizofreni olduğunu kabul etmemektedir. Katılımcıda şüpheli veya kuşkucu ruh hali ağır basmakta ve katılımcı giderek toplumdan uzaklaşmış bulunmaktadır. Katılımcı evli olup 2 çocuğu bulunmaktadır. Katılımcı lisans eğitimine sahip olmasına rağmen şu an her hangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcı eşi, çocukları, annesi ve bir erkek kardeşiyle birlikte geniş aile içinde yaşamaktadır. Katılımcı halen ilaç kullanmaktadır. Katılımcı tek başına bir aileyi geçindirme, eşinin ve çocuklarının ihtiyaçlarını karşılama durumunda değildir. Katılımcının ve ailesinin tüm ihtiyaçları katılımcının kardeşi tarafından karşılanmaktadır.

Veri Toplama Süreci ve Araçları

Durum/vaka çalışması veya örnek olay incelenmesi için araştırma verileri görüşmeler, doğrudan gözlem, katılımcı gözlem, döküman incelemesi, belgeler, arşiv kayıtları gibi altı farklı kaynaktan toplanabilmektedir. Araştırma verileri, çoklu veri kaynağı kullanma, durum/vaka çalışması veya örnek olay incelenmesi için veri tabanı oluşturma, kanıt zincirini sürdürme gibi önemli ilkelerden hareketle toplanılır (Yin, 2003). Bu çalışmada da şizofreni olgusuna ilişkin öncelikle alanyazın taraması yapılmış ve taslak olarak görüşme formu hazırlanmıştır. Daha sonra yarı-yapılandırılmış görüşme formunu oluşturan soruların geçerliliğini sağlamak için nitel araştırma yöntemleri alanında uzman olan iki öğretim üyesinin görüşüne başvurularak görüşme sorularına son şekil verilmiştir. Böylece saha araştırması sürecine geçilmiştir. Saha araştırması üç farklı oturumda; katılımcı, katılımcının annesi ve katılımcının kardeşi ile yüz yüze görüşmeler şeklinde yapılmıştır. Görüşmelerde veri toplama aracı olarak, ses kayıt cihazı ve çeşitli notlar tutmak amacıyla kalem defter kullanılmıştır.

Veri Analizi

Araştırmacılar tarafından ses kayıtları dinlenerek duyulan tüm sesler bilgisayar üzerinde word formatına aktarılmıştır. Böylece araştırma verilerinin deşifre süreci tamamlanmıştır. Daha sonra deşifresi yapılan veriler okunarak araştırmacılar tarafından şizofreninin başlangıç evresine, tanılama ve tedavi sürecine, aile ve sosyal yaşamına, intihara ve psiko-sosyal desteklere ilişkin 6 farklı kategoride araştırma verileri kategorize edilmiştir. Sonraki aşamada araştırma verileri betimsel analize tabi tutularak sunulmuştur. Betimsel analiz yaklaşımına göre elde edilen veriler, önceden belirlenen kategorilere göre özetlenir ve yorumlanır. Kategorik olarak belirlenen ve katılımcının hayatını en iyi şekilde açıklayan araştırma verileri betimsel olarak sunulmuştur. Dolayısıyla araştırma verileri, katılımcıların görüşlerini çarpıcı bir şekilde yansıtmak amacıyla doğrudan alıntılara yer verilerek betimsel analiz şeklinde sunulmuş ve yorumlanmıştır.

Bulgular



Araştırma bulguları, şizofreninin başlangıç evresine, tanılama ve tedavi sürecine, katılımcının aile ve sosyal yaşamına, katılımcının intihara ve psiko-sosyal destek konusundaki görüşlerine ilişkin 6 farklı kategoride sunulmuştur.

Şizofreninin Başlangıç Evresine İlişkin Bulgular

Bu araştırmanın ilk araştırma bulgusu şizofrenili bireyin tanı öncesi belirtilerine ilişkindir. Katılımcıya şizofreni tanısı konulmadan önce bile katılımcının şizofreni ile örtüşen bazı davranışları sergilediği söylenebilir. Çünkü şizofreninin başlangıç evresinde genellikle şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri şeklinde kendini gösteren, çocukluk döneminde bile sessiz, uyumsuz ve asosyal belirtileri olan, arkadaşlarından ziyade oyuncaklarıyla kendi başlarına oynayan, çevreden gelen uyarıcılara karşı çekingen davranış sergileyen bireylerde baş göstermektedir. Katılımcıda bu tür davranışların küçük yaşta ortaya çıktığı, araştırmanın birinci kategorisindeki bulgularla teyit edilmiştir. Katılımcı bu hususla ilgili "K: İlkokul yıllarımdan beri kendimi farklı hissediyordum. Okulumda arkadaşlarımla aram çok iyi değildi. Çünkü ben çalışmayı, başarmayı çok seviyordum, fakat çevremdeki arkadaşlarım bunu çok fazla önemsemiyorlardı. Ben de sıkılıyordum yanlarında, onlarla vakit geçirmek istemiyordum." şeklinde görüş belirtmiştir. Katılımcının annesi de "KA: Oğlum çocukluğunda çok ciddi bir çocuktur. Fakat üniversite yıllarında arkadaşlarıyla arası iyi değildi. Gerçi daha önceleri de sessiz, içine kapanık biriydi, fazla muhabbet etmeyi sevmeydi." gibi bir görüş beyan etmiştir. Katılımcının kardeşi ise bu konuya ilişkin "KK abim şizofreniden önce de farklıydı. Bize göre daha az arkadaşı vardı. Bir olaya karşı daha sert tepki veriyordu. Çok fazla konuşmazdı. Düşünüyorum da o zamanlarda da insanları görünce pek sevinmezdi." şeklindeki görüşüyle konuya açıklık getirmiştir.

Katılımcı, şizofreni tanısından önceki hayatında yaşadığı maddi güçlüklerin ve imkânsızlıkların onu etkilediğini ve hastalığını tetiklediğini şöyle; "K: Ailemden beklentilerim vardı. Çevremden de beklentilerim vardı. Ama bunlar karşılanamıyordu. Ailemin maddi durumu iyi değildi, zorlanıyorduk. Ben de bir şey istediğim zaman onlar her zaman istediğimi alamıyorlardı. Bu da beni geriyordu. Sanırım hastalığımı bu sıkıntılar tetiklemiş olabilir" ifade etmiştir. Katılımcı, tanı öncesi dönemde arkadaşları tarafından dışlandığını, böylece içine kapandığını, yaşadığı birçok şeyi kafasında büyüttüğünü, çevresindeki insanların kendisine karşı iyi olmadığını, yalnızlaşıp mutsuz olduğunu şöyle; "K: Sınıfımda arkadaşlarım benimle dalga geçiyorlardı... Başarılıyım diye. Sınıf ortamında öğretmenlerim de bana çok fazla destek olmadılar. Her şeyi kendi içime attım, kendi dünyamda, düşüncelerimde oldum. Kimseyle fazla konuşmak istemiyordum. Bir sorun olduğu zaman aileme beni rahat bırakın diyordum. Kendi odama çekilmek istiyordum ve mutsuzdum" dile getirmiştir.

Katılımcıda yalnızlığın paralelinde oluşan sanrıları onu duygu, düşünce ve davranışsal olarak olumsuz etkilemiş ve onda mutsuz, çekingen, sinirli davranışlarının artmasına neden olmuştur. Katılımcının bu hususu; "K: Evde misafir odasında kalıyordum ama misafir odasında kaldıktan belli bir süre sonra



kendi içime çok fazla kapandım... Farklı farklı şeyler görmeye başladım. Kimseyle doğru dürüst konuşamıyordum, konuştuğum zaman birileri benimle dalga geçiyor, alay ediyor zannediyordum... Değişik hayaller görüyordum. Daha da sinirleniyordum" şeklindeki bir görüşle aydınlatmıştır. Katılımcı, yaşadığı bazı olayları tolere etme noktasında zorlanmıştır. Böylece sosyal çevresinde sürekli sorunlar yaşamış ve çabuk sinirlenip çevresine tepki göstermiştir. Katılımcının bu durumunu ise şu görüşleri; "K: Normal hayatımda çok zorlanıyordum ve bir hata gördüğüm zaman hemen sinirleniyordum. Çevreme hemen tepki veriyordum. Birisi yanlış yaptığı zaman, dini konularda bir hata yaptığı zaman ben onun niye böyle yaptığma kızıyordum tam doğru yapmasını bekliyordum. Bu durumlar beni çok sinirlendiriyordu. Ben de bunu kendi içime sürekli atıyordum, sinirleniyordum. Kızıyordum kendi kendime fakat başaramıyordum çözemiyordum." ortaya koymaktadır. Öyle anlaşılıyor ki katılımcı tanı öncesi kafa karışıklığına yol açacak büyük sorunlar yaşamıştır. Bu sorunları kendi başına aşacak bir beceriye sahip olmadığı gibi aile, arkadaş gibi yakın çevresinde de etkili bir destek almadığı anlaşılmaktadır. Bu durum ise katılımcının hastalığını tetiklemiştir. Katılımcının bu konudaki görüşleri; "K: Ailemin ve çevremın yanlış yaptığını düşünüyordum hem dini konularda hem de başka konularda eğitimlerinin az olduğunu düşünüyordum. Fakat elimden de bir şey gelmiyordu dolayısıyla kendi kendime konuşmaya başladım. Problemleri kendi kendime söylüyordum. Cevabı da kendi kendime söylüyordum. Rahatsızlığımın tetiklenmesinde ailemin, çevremın, arkadaşlarımdın hepsinin katkısı var." belirttiğimiz hususu yeterince aydınlatmaktadır.

Şizofreni Tanısına ve Katılımcının İlaç Kullanımına İlişkin Bulgular

Katılımcının, şizofreni tanısından sonra kabullenme süreci zor olmuştur. Sorunun kendisinden ziyade, çevresindeki insanlardan kaynaklandığını düşünmüştür. Katılımcı bu konuyu; "K: ... Doktorlar hasta olduğumu söylüyorlardı, ben kendimi rahatsız hissetmiyordum. Kendi kendime konuşuyordum. Çevremdekiler bana sen kimle konuşuyorsun diye soruyorlardı. Ben de sıkılıyordum, sizlerle konuşmak istemiyorum, kendi iç dünyamla beni rahat bırakın diyordum. Odama çekiliyordum. Belli bir süre sonra değişik halüsinasyonlar da görmeye başladım. Çevremde kimseyi görmek istemiyordum. Ben tam olarak kabul etmedim, kendimi rahatsız hissetmiyordum." şeklindeki görüşleriyle açıklamıştır. Bu konuya ilişkin katılımcının annesi de; "KA: Ben bir rahatsızlık olarak da anlamıyordum, çocuğumun böyle olacağını. Bana zor geliyordu bir anne olarak. Evde tabi ortam bizi baya yıprattı yordu. Çok zorlandık yani çocuğum için. Şaşırıyorduk, üzülüyordum, kabul edemiyordum, anlamıyorduk da nedir sorunu." şeklinde bir görüş belirtmiştir. Katılımcının kardeşi ise; "KK: Böyle bir hastalığa yakalanacağını aklımızdan bile geçiremezdik. Çok üzüldük, çok zor oldu bizim için." şeklinde bir görüş ile konuya katkı sunmuştur.

Araştırmanın ikinci kategorisinde katılımcının tedavi sürecine ve ilaç kullanmasına yönelik verilere ulaşılmıştır. Katılımcı tedavi sürecine ve ilaç kullanması konusunda; "K: Tedavi sürecim, aslında 2000'li yıllardan önce



başladı. İlaçları ilk yıllarda kabullenemiyordum, az az alıyordum, güvenemiyordum ilaçlara. Ama yavaş yavaş almaya başlayınca kendimi böyle sakin uysal hissetmeye başladım. O zihnimdeki düşünceler, çevremde gördüklerim azar azar kaybolmaya başladı. 2006-2007 de devamlı aldım. Fakat zaman zaman o şoklar oluşuyordu. Kendimi farklı davranışların içerisinde buluyordum. Halen ilaçları almaya devam ediyorum. Almadığım zaman çok sinirli oluyorum.” şeklindeki görüşleriyle konuya açıklık getirmeye çalışmıştır. Dolayısıyla katılımcının tedaviye başladığı dönemlerde ve ilaca uyum sağlamaya çalıştığı dönemlerinde bazı sıkıntılar yaşadığı ve belli problem davranışları sergilediği saptanmıştır. Bu konuya ilişkin katılımcının annesi; “KA: Askeri hastanede durumu belli olduktan sonra ilaç almaya başladı halende devam ediyor. İlaç alınca sakinleşiyor ama almadığı zaman çok sinirleniyor.” şeklinde görüş bildirmiştir. Katılımcının kardeşi de annesini destekler mahiyette kardeşinin ilaç kullandığı zaman daha sakin olduğu ve problemlerinin azaldığını belirten şu; “KK: Abim ilaçlarını halen alıyor. İlk başlarda düzenli almıyordu ve almadığı zamanlarda yine sinirlenip kendi kendisiyle konuşuyordu. İlaçlarını düzenli aldığı zamanlarda daha sakin oluyor.” görüşleriyle konuya katkı sunmuştur.

Katılımcının Aile Yaşamına İlişkin Bulgular

Katılımcı, şizofreni vakasına yakalandıktan sonra düzeler umuduyla ailesi tarafından evlenmeye teşvik edilmiş ve evlendirilmiştir. Katılımcının kendi rızası ile evlenmemesi, iyileşir umuduyla evliliğinin devam ettirilmesi ve şizofreni gerçeğinden kurtulmaması sonucu evlilik sürecinde önemli oranda zorlanmıştır. Katılımcı bu; “K: Evlilik hayatım şöyle... Annem belki düzelerim diye bana evlenmemi tavsiye etti. Ben de istemeye istemeye evlendim. İlk başlarda çok zorlandım. Çocuklarım bazen benden çekiniyorlar. Elimde olmadan bazen onlara sert davranabiliyordum. Genel anlamda hayatım çok zor oldu. Hayat kalitem çok zor oldu. Hastalığım beni çok zorladı. Ailem ile iletişimim eskisine nazaran baya düştü. Kendi içime kapandım, dertlerimi söylemiyordum. Rahatsızlığım, iş hayatımı da bitirdi...” şeklindeki görüşleriyle aile yaşamına ışık tutmuştur. Dolayısıyla şizofreni, katılımcının aile hayatını ve aile bireyleri ile etkileşimini oldukça olumsuz etkilemiştir. Örneğin, katılımcının annesi; “KA: Ben kimseyle görüşemez hale geldim. Komşuya bile gitmeye korkuyorum. Hep oğlumu düşünüyorum. Onun yanından ayrılmak istemiyorum. Bazen mecburi bir yere gidecek olsam da çok kalmaz hemen geri dönerim. Zaten eve misafir hiç kabul edemiyorum” şeklinde ki görüşü ile şizofreniden ne kadar çok etkilendiğine vurgu yapmaya çalışmıştır.

Katılımcının geniş aile içinde yaşamını sürdürmesine rağmen yaşamını tek bir odaya hapsederek aile içinde bile yalnızlaşmayı tercih ettiği söylenebilir. Geniş aile içinde yaşamını sürdüren şizofrenili katılımcının evdeki rolleri farklılaşmasına rağmen kendisi sadece hastalık rolünü gerçekleştirebilmektedir. Katılımcının annesine karşı çocuk, kardeşlerine karşı abi, eşine karşı koca ve çocuklarına karşı baba rolü oynaması gerekirken katılımcı ailede yalnızca şizofrenili birey rolüne uygun davrandığı saptanmıştır. Katılımcının bu tür bir role uygun davranması ailesinin de hayatını olumsuz etkilemiştir. Aile bireylerinden annenin ve kardeşlerin



katılımcının şizofrenili durumunu daha çok kabul ettikleri ve çoğu konuda katılımcıya destekler sundukları bulgulanmıştır. Buna karşı eşinin ve çocuklarının ise katılımcının şizofrenili olmasından dolayı önemli oranda olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Eşinin bazen psikolojik çöküntü yaşadığı, süreci idare etmede zorlandığı, boşanma fikrine kapıldığı zamanlar olmuştur. Eşinin geniş aile içinde yaşamış olması yaşadığı sorunlarla başa çıkmasına önemli oranda katkı sunmuştur. Eşinin özellikle kayın validesinden ve kayın biraderinden sürekli destekler alması sonucunda sorunlarıyla başa çıkabildiği söylenebilir. Katılımcının iki çocuğu ise babalarının durumundan derin etkilendiği tespit edilmiştir. Her iki çocuk da liseye gitmektedir. Ancak okul derslerinden çok da başarılı olmadıkları söylenebilir. Bu hususa ilişkin katılımcının annesi şu; “KA: hocam doğrusu gelinim ve torunlarım da şizofreniden oldukça olumsuz etkilendiler. Şizofreni hepimizin hayatını derinden etkiledi. Ben ve küçük oğlum olmasak bu ailedeki herkes çok zor durumda kalabilir. Özellikle çocukların babalarının durumundan az etkilenmeleri için çok çaba sarf ettik. Allah sonumuzu hayırlı kılsın hocam” şeklinde görüş belirtmiştir.

Şizofreni vakasından dolayı ailede çoğu zaman çatışmaların da yaşandığı söylenebilir. Aile bireyleri çatışma ortamını yumuşatmak için, katılımcının problem davranışlarını tolere etmeye çalıştıkları, katılımcının problem davranışlarını görmezden gelerek, onu kendi haline bırakıp aile içi çatışmayı önledikleri söylenebilir. Bu konuya ilişkin katılımcının annesi; “KA: Hastalığı onun hayat akışını çok bozdu. Benim oğlum sürekli hastalık modundadır. Şu an insanlardan tamamen koştur, daha çekingen olmuş, kimseyle konuşmak istemiyor, kendi kendine konuşuyor. Genel olarak yaşamını çok çok etkiledi çok düştü.” şeklinde bir görüş ortaya koymuştur. Katılımcının kardeşi ise; “KK: Hastalığı ile yaşam kalitesi çok düştü. Sürekli alttan almaya çalışıyoruz. Biz ilgilendik, dertleriyle uğraştık çok zor oldu. Hem ben hem ailesi çok zorlandık. Halen de çok zor. Eşi ve çocuklarının da psikolojik sorunları başladı. Biz olmasak onlar çok zorluk çekecekler. Doğru dürüst eşine koca, çocuklarına baba olamıyor ki. Eşine çocuklarına ilgi gösteremediği için abime üzüliyordum. Rahatsızlığı nedeniyle bana yeterince abilikte yapamadı. Evde, abi rolünü ben oynuyordum. Doğrusu bana da yeterince abilik yapamadı. Sanki abi benim. Çünkü sorumluluk hep omuzlarımda... Ailesinin her şeyiyle ben ilgileniyorum” şeklindeki görüşleri ile konunun anlaşılmasına yardımcı olmuştur.

Burada önemli bir hususun altını çizmek şizofreninin ailede diğer bireylerin hayatını nasıl etkilediği açısından önem arz etmektedir. Örneğin, katılımcının kardeşi şizofrenili abisine ve ailesine bakma sorumluluğundan dolayı evlenmemeyi tercih etmiştir. Kardeşi 44 yaşında olmasına rağmen evlenmemiş ve adeta hayatını abisinin hayatına veya tüm ailesinin hayatına feda etmiştir. Dolayısıyla bu tür bir fedakârlık sayesinde aile bütünlüğü korunmuştur. Bu hususa ilişkin katılımcının kardeşinin şu; “KK: O kadar sorun var ki artık evlilik benim en son düşüneceğim bir tercih olmuştur. Bu sorunlar arasına bir de evlendiğimi düşünün. Hiç olur mu? Bir kere evleneceğim kadın haklı olarak ayrı bir evde yaşamak ister. Kendine ayrı bir hayat kurmak ister.



Kim gelip bu kadar sorunların içine girmek ister ki. Diyelim ki evlendim. O zaman da bunlar (diğer aile bireyleri) bensiz olamazlar ki. Dolayısıyla ben ancak bunların (mevcut ailesini kastediyor) sorunlarıyla uğraşabiliyorum. Evlilik benim için lüks olur. Annem çok istedi. Ama mantıklı bir karar olmaz” sözleri örnek olarak verilebilir. Dolayısıyla şizofreni, katılımcının kardeşinin hayatı üzerinde büyük değişimler yaratmış ve radikal kararların alınmasına sebep olmuştur. Bu durumu katılımcının kardeşi “KK: Ben 44 yaşındayım ve iyi bir eğitim düzeyim ile güzel bir mesleğim var. Bekâr bir hayat yaşıyorum. Normalde evlenebilirdim. Ama evde şizofreniye yakalanan bir abim vardı. Bu durum üzerinde çok kafa yordum. Evlenseydim hayatımın çok farklı olacağını bilincindeyim. Böyle bir durumda ailemi yüz üstü ve sorunlarıyla yalnız bırakmış olacaktım. Bensiz bunca sorunla mücadele edebilirler miydi bilemiyorum. Yani bu düşünceler beni aileme özellikle de abime kendimi adamama neden oldu” şeklindeki görüşleriyle bu konuya açıklık getirmiştir.

Mevcut örnek olayda şizofreni vakası, aile bireyleri arasındaki ilişkileri belirleyen esas şey olmuştur. Şizofreninin etkisiyle aile ortamında yüksek gerilimli çatışmaların baş gösterdiği, büyük sorunların yaşandığı ve sürekli stresli bir iklimin hâkim olduğu söylenebilir. Bu hususa ilişkin katılımcının kardeşinin şu; “KK: Valla ben ne deyim. Abimin durumundan dolayı her şeyimiz alt üst olmuş. Çok ağır sorunlar yaşıyoruz. Çoğu zaman geriliyoruz. Herkes gerilmek zorunda kalıyor...” ifadeleri ve başka bir gerçeğe dikkat çeken şu; “özellikle çocuklar çok etkilendiler. Çocuklardan biri (küçük olanı) ağır ilaç kullanmak zorunda kaldı. Şuan ilaç kullanıyor. Onlar için de elimden bir şey gelmiyor. Pek bir destek de aldığımız yok. Bu nedenle kadere razı olmaktan başka çaremiz yoktur. Artık geleceği de ön göremiyorum. Sanki hiçbir şey değişmeyecek. Her şey böyle devam edip gidecek. Çünkü bir destek alamıyoruz ki. Yani yetkili kurum ve kişilerden pek bi destek aldığımız yoktur. Allah sonumuzu hayır etsin. Başka ne deyim...” sözlerinin her bir cümlesinde onlarca farklı anlamın gizli olduğu söylenebilir. Bu söylemlerdeki anlam çözümlemesini okuyucunun takdirine bırakıyoruz. Burada ailenin sorunlarla başa çıkması noktasında kaderleriyle baş başa bırakıldığı söylenebilir. Özellikle yetkililer ve uzmanlar tarafından sunulması gereken psiko-sosyal desteklerin yeterince sunulmadığı saptanmıştır. Bu da aile bireylerinin geleceğe ilişkin olumlu bir beklenti içinde olmamasına yol açmıştır.

Katılımcının Toplumsal Yaşamına İlişkin Bulgular

Dördüncü kategorideki araştırmanın bulgusu ise şizofrenili bireyin sosyal yaşamına ilişkindir. Lise yıllarında şizofreniye yakalanan katılımcı, yaşamının sonraki yıllarında şizofreninin etkisiyle giderek asosyalleşmiştir. Günümüzde katılımcının toplumsal yaşam alanı sadece ev ortamı ile sınırlı kalmıştır. Artık katılımcının sosyal çevresinde ne bir arkadaşı ne de evde sosyal etkileşime geçtiği, dertleştiği bir yakını vardır. Katılımcı tamamıyla kendisini toplumsal yaşama kapatmıştır. Böylece şizofreniden dolayı katılımcı yalnızlaşmıştır. Katılımcı; “K: Hatırladığım kadarıyla lise yılların başlarıydı. Lise yıllarında rahatsızlığım arttı. Üniversitede okurken ben tabi, yine aynı şekilde kendi iç dünyamda geziniyorum. Kendi içime atıyordum sözlerimi



saklıyordum ifade etmiyordum, sıkılıyordum, utanıyordum, gizliyordum ve yakın çevremden uzaklaşıyordum... Rahatsızlandıktan sonra çok sinirleniyorum, her şeye aşırı tepki veriyorum, abdest alırken bir şeyleri defalarca tekrar ediyorum. Çevremde sanki birileri varmış gibi hissediyorum. Birileri benimle konuşuyordu isimlerini de hatırlıyorum. Kendimi değişik hissediyordum, farklı kişiliklere giriyordum. Benim farklı bir varlık olduğumu iddia ediyorlardı. Gel beraber gidelim, burada durma, ailenle kalma diyorlardı. Anneme karşı da zaman zaman elimi kaldırdığım oldu. Ben bunu aşamıyordum. Kendimi bi ara neredeyse Allah ve peygamber zannediyordum. Çevremde, arkadaşlarıma, öğretmenlerime saldırmıyordum tabi ama çok sert tepkiler veriyordum, hiç konuşmuyordum onları. Böylece toplumda kendimi giderek soyutladım." şeklindeki görüşlerle sosyal yaşamına ilişkin projeksiyon tutmuştur. Katılımcının annesi; "KA: Oğlumda değişimler giderek arttı. Bize kızgın davranmaya başladı, sinirli olmaya başladı. Özellikle lise yıllarında ciddi bir şekilde hissetmeye başladık. Üniversite yıllarında tam kötüleşti ve biz evde onu zor tutuyorduk. Oğlum giderek insanlardan kaçtı, hiçbir arkadaşı kalmadı. Evde bizlerden bile uzaklaştı..." çocuğunun nasıl asosyalleştiğini bu sözleriyle ifade etmiştir. Bu konuya ilişkin katılımcının kardeşi ise; "KK: Abim lise okuduğu dönemlerde çok içine kapandı, çok sinirliydi. Tek başına kalmayı daha çok seviyordu. Üniversite okuduğu zamanlarda artık bizimle iletişimi kesti, kendi kendisiyle konuşuyordu. Abim artık eskisi gibi değildi. Tek başına kalmayı seven, birileriyle iletişim kurduğunda çok büyük kavgalara neden olan biriydi. Şimdilerde ise daha çok insanlardan uzaklaşmıştır..." şeklindeki görüşleriyle şizofrenili bireyin nasıl asosyalleştigiğine ilişkin önemli görüşler ortaya koymuştur.

Katılımcının İntihar Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın beşinci kategorisi ise intihar olgusuna ilişkin bulgular hakkındadır. Şizofreninin kendi kurbanlarını çoğu zaman intihara sürüklediği bilinen bir gerçekliktir. Bu çalışmada şizofreni bağlamında katılımcının ve ailesinin intihar ile alakalı düşünceleri de sorgulanmıştır. Katılımcı istemese de bazen intihar düşüncesine maruz kaldığını şu; "K: İntiharı hiç düşünmedim ama çevremde gördüğüm varlıklar zaman zaman bunu telkin eden bazı hisler bana veriyorlardı. Ama intihara yeltenmedim." sözlerinden anlaşılmaktadır. Katılımcının annesinin intihar konusunda özellikle dikkatli davranmaya çalıştığı ve diğer aile bireylerine de bu hususta dikkatli olmaları için telkinde bulunduğu ilişkin şu; "KA: İntihar edeceğinden çok korktum. Çocuklarıma da sık sık bu konuda uyarılarda bulundum." görüşü bu konuya ışık tutmaktadır. Katılımcının kardeşinin şu görüşleri; "KK: Annem bizi çok uyarıyordu, abiniz intihar edebilir diye. Çünkü yalnızdı, kimseyle konuşmuyordu, hiçbir arkadaşı kalmamıştı. Onu hiç yalnız bırakmadık, evde her zaman birileri oluyordu. Çok şükür öyle bir şey olmadı." annesinin söylediklerini teyit eder mahiyettedir.

Psiko-Sosyal Destek Konusundaki Görüşlere İlişkin Bulgular

Bu araştırmanın altıncı kategorisi ise şizofrenili bireylere yönelik psiko-sosyal desteklere ilişkindir. Katılımcı ve ailesi, şizofreniyle yaşama ve mücadele etme konusunda yeterli psiko-sosyal destek alamadığı



saptanmıştır. Bu durum ailenin ve şizofrenili bireyin hayatını daha da zorlaştırmıştır. Çünkü katılımcıların ilk başlarda uzun yıllar şizofreni hakkında detaylı bilgi sahibi olmadığını şu; “K: Destek olmaya birileri geliyordu ama niyetlerinin iyi olmadığını görüyordum. Aslında desteğe ihtiyacım vardı.” sözlerinden anlaşılmaktadır. Katılımcının annesi de bu konuda başka bir gerçeğe şu; “KA: Oğlum için yüreğimin yandığı zamanlarda, bir anne olarak her gün ağladığımda birileri de oğlumun sigortasını kesmek için gelip gidiyordu. Bize yardım etmek için geldiklerini söylüyorlardı ama öyle değildi. Çünkü hiçbir yardımları olmadı. Hep oğlumun iyi olduğunu, iyileştiği söyleyip duruyorlardı. Baktık olmuyor artık gelmemelerini söyledim. Oğlum için başka gelen olmadı. Keşke gelselerdi çünkü çok zor günler yaşadık ailecek.” sözleriyle dikkat çekmiştir. Ayrıca katılımcı ve ailesi şizofreni tanısından sonra herhangi bir psiko-eğitim alamadıkları için şizofreniyle nasıl mücadele edeceklerini bilemedikleri saptanmıştır. Bu da aile bireylerinde kaygı, korku, stres ve öngörülemeyen bir geleceğe sebep olmuştur. Bu hususa ilişkin katılımcının annesi şu; “KA: Oğluma tanı konulduktan sonra büyük bir boşluğa düştüm. Çünkü şizofreninin ne olduğunu, neler yapmamız gerektiğini tam olarak bilemiyorduk. Bunun için çevremde belki bir yardımı dokunur diye gördüğüm herkesten yardım bekler olmuştum. Keşke şizofreni hakkında bu işi bilenler bize bilgiler verselerdi.” şeklinde bir görüş ortaya koymuştur. Katılımcının kardeşi ise; “KK: Bu hastalık bizi derinden etkiledi. Çünkü ne yapmamız gerektiğini bilemiyorduk. Bu süreçte bize hastalığın ne olduğunu neler yapmamız gerektiğini anlatacak birilerinin olmasını çok istedik. Gerçekten çok zor süreçlerden geçtik. Tabi insan bilmediği bir konuda heyecanlanır, telaş yapar ve gelecek korkusu yaşar. Biz tam da bu durumu yaşadık. Çünkü şizofreni diye bir şey çıktı karşımıza, ne yapmamız gerektiğini anlatacak kimse yok, tam bir bunalım yaşadık diyebilirim. Keşke uzmanlardan destek alabilseydik...” gibi ifadeler kullanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Alanyazında bazı araştırmalarda (“bkz.” Özpoyraz & Taman 1998; Üstünsoy-Çobanoğlu vd., 2003; Uzbay, 2009; Çetin, 2015; Uslu & Buldukoğlu, 2018) şizofreni vakasının tıbbi yönü ele alınmıştır. Önceki araştırmalardan farklı olarak bu araştırma ile şizofrenili bireylerin günlük, aile ve sosyal yaşantısına bir projeksiyon tutmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın birinci kategorisinde katılımcının şizofreni öncesi dönemlerde, ilgili alanyazına paralel olarak yalnız kalmayı seven, sıkılgan, ani tepkiler veren, uysal gözücü çabuk sinirlenen, çalışkan bir birey görüntüsünde olduğu görülmüştür. Şizofrenide genellikle doğuştan gelen yapısal bir yatkınlığın, bir benlik zayıflığının olduğu kabul edilir. Böyle bir zeminde sosyal çevre ilişkilerinde yaşanan olumsuz olaylar, şizofrenili bireydeki duygu kırılmaları, şizofreninin gün yüzüne çıkmasını sağlar. Dolayısıyla içe kapanma ve şizofreninin diğer belirtileri bir çeşit savunma ve uyum şekli olarak kabul edilir (Özpoyraz & Taman, 2015). Bu araştırmada da, katılımcının aile öyküsünde benzer vakaların olduğu, şizofreni öncesi dönemlerde sessiz, sakin bir çocukluk dönemi geçirdiği, sosyal çevre içerisinde çok hassas, kırılabilir bir yapıya sahip olduğu, sürekli yanlış anlaşıldığı ya da hiç anlaşılmadığı düşüncesine kapıldığı böylece sosyal



çevresiyle iletişiminin sınırlı olduğu ve katılımcının giderek yalnızlaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın ikinci kategorisinde katılımcının tıbbi tanılama ve ilaç kullanımında alanyazındaki sonuçlarla benzer yönde tepkiler verdiği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcı ve ailesi tıbbi tanılama sürecinde büyük sıkıntılar yaşamışlardır. İlk zamanlarda şizofreni tanısını ve ilaçla tedaviyi reddettikleri verisi önceki araştırma sonuçlarıyla önemli oranda benzer bir sonuca işaret etmektedir. Önceki araştırmalardan Uslu ve Buldukoğlu (2018)'nin araştırmasında, şizofreni olan bireylerin yaklaşık yarısının ilaç tedavisine uyum sağlamadığı sonucuna varılmıştır. Bu araştırmada da katılımcının yaklaşık altı yıl ilaçlarını düzenli almakta sıkıntı çekmesi, bunun sonucunda yoğun problem davranışlar sergilemesi, ailesinin sürekli intihar şüphesi içerisinde olması gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmanın üçüncü kategorisindeki şizofrenili bireylerin aile yaşamlarına ilişkin sonuçlara baktığımızda, katılımcının aile içinde ciddi sorunları olduğu, yaşadığı sorunlar nedeniyle katılımcı ve ailesinin zor durumda kaldığı söylenebilir. Şizofreninin, katılımcıyı normalden farklı bir birey haline getirdiği, adeta kişilik değişimine uğrattığı böylece aile yaşantısını olumsuz etkilediği sonucunu doğurmuştur. Kocal, Karakurt ve Sert'in (2017) araştırmalarında da; "şizofreni, bireylerin genel hayat akışının bozulmasına sebep olup, şizofreni olan bireyin ve çevresinin performanslarını düşürmekte" olduğu sonucu bu araştırmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca ailenin diğer bireyleri de şizofreniden oldukça etkilendiği saptanmıştır.

Araştırmanın dördüncü kategorisinde, şizofreniden dolayı katılımcının toplumsal yaşamının da olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Şizofreni kurbanlarının hayat akışını büyük oranda alt-üst etmekte ve onların hayatlarında olumsuz anlamda büyük değişimlere yol açmaktadır. Bu değişimler ise bireylerin toplumdan soyutlanıp, ötekileşmelerine yol açmaktadır. Aker vd., (2002)'nin araştırma sonuçlarına göre, hekimlerin %80'i şizofrenin tam olarak düzelemeyeceğine inanmaktadırlar. Araştırma sonucunda, katılımcının halen ilaç kullandığı ve kullanmadığı zamanlarda sinirli, saldırgan davranışlar sergileyip, kendi kendisiyle konuştuğu ortaya konulmuştur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun, şizofrenili herhangi bir birey ile birlikte çalışma yürütmeyeceğini, şizofrenili bir birey ile evlilik yapmayacağını, şizofrenili bir komşusu olmasından mutluluk duymayacağını, evi olsa şizofrenili bir bireye asla kiralamayacağını, şizofrenili bireylerin toplum içerisinde kendi başlarına dolaşmaması gerektiğini ve şizofrenili bireylerin kendi hayatları ile ilgili doğru kararları kendilerinin alamayacağını belirtmişlerdir. Bu araştırmada da katılımcının, sosyal çevrede iletişim kuramaması, alay konusu olması ya da insanların ters bakışlarına maruz kalması, rahatça dışarı çıkamaması, vaktin çoğunu evde geçirmesi, evlilik gibi önemli bir kararı bile ailesinin kendi adına



alması ve evlilik hayatında ciddi sorunlarla karşı karşıya kalması gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmanın beşinci kategorisi olan şizofrenili bireylerde intihara ilişkin sonuçlarla ilişkindir. Her ne kadar katılımcı intihar teşebbüsünde bulunmamış olsa da ailesinin intihar konusunda ciddi anlamda kaygılandığı ve sürekli tedbirli davranmak zorunda kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazında şizofrenili bireylerde intihar oranının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Turla vd., 2007; Hor & Taylor, 2010). Brent vd., (1993) şizofreni olan bireylerin intihara meyilli olmasını, şizofreninin genç yaşlarda başlaması, genellikle bekar ve yalnız bir hayat yaşanması, toplumdaki soyutlanması, sosyal kabul yoksunluğu gibi belli nedenlere dayandırmaktadırlar. Bu araştırmada da katılımcının ailesi, çocuklarının şizofreni olduğunu öğrendiğinde, katılımcının intihar edebileceği korkusunu yaşadığı saptanmıştır. Bunun için katılımcının yalnız yaşamasına müsaade etmedikleri görülmüştür. Ayrıca katılımcının annesi, oğlunun düzelmesi ihtimaline karşı katılımcıyı evlendirmeye teşvik etmiştir. Araştırmada katılımcının hiç yalnız kalmasına müsaade edilmediği, çoğu zaman tartışmalar ve kavgalar olsa da katılımcının geniş aile ortamında yaşaması sonucunda intihardan korunduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmanın altıncı kategorisinde şizofrenili bireylerde psiko-sosyal desteğe ilişkin sonuçlara bakıldığında katılımcının ve yakın çevresinin herhangi bir destek almadığı saptanmıştır. Aslantaş vd., (2009) bakım gerektiren durumlarda bakım verenlerin aldığı sosyal desteğin kişinin uyumunu arttırdığını ve stresini azalttığını ifade etmişlerdir. Şizofreni, bireyi ve çevresini psikolojik, sosyolojik ve biyolojik olarak olumsuz yönde derinden etkilediği için psiko-sosyal ve psiko-eğitim desteklerin yapılması zorunluluk arz etmektedir. Bu araştırmada katılımcı ile ailesinin psiko-sosyal ve psiko-eğitim destek almadıkları için bu konuda ciddi ihtiyaç hissettikleri saptanmıştır.

Öneriler

Şizofrenili bireyler, iletişim, duygu, düşünce ve davranışsal olarak yalnızlaşmaktadırlar. Normal bir olayı gereğinden fazla büyütüp, problem davranışlar sergileyebilmektedirler. Sadece kendi hayatları değil beraber yaşadıkları kişilerin de hayatları çok zorlaşmaktadır. Bu nedenle şizofrenili bireylerin, şizofreni sürecinde, ailesi ve yakın sosyal çevresi tarafından anlayışla karşılanmaları ve destek almaları gerekmektedir. Şizofrenili bireylerin yalnız yaşamalarına izin verilmemelidir.

Bu araştırmada, şizofreni, bireyin ve ailesinin sorunla başa çıkma konusunda yorgun düştükleri saptanmıştır. Dolayısıyla şizofrenili bireyler için, onları anlayacak sabırlı bir çevre ve uzmanlarca verilecek bir psiko-sosyal desteğin sunulması önerilmektedir. Ayrıca psiko-sosyal tedavi şekli ve farmakolojik tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaç tedavisi birlikte sunulmalıdır. Aile, toplum ve uzmanların iş birliği içinde şizofreniyle



mücadele edilmesi gerekmektedir. Şizofrenili bireye sunulacak desteklerin bilimsel dayanaklı ilaç tedavisi, psiko-eğitim ve psiko-sosyal destekleri kapsayacak şekilde eş zamanlı olarak yürütülmesi önerilmektedir. Ayrıca tedavi ve destekler sadece şizofrenili bireye değil, yakın çevresini de kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Şizofrenili bireyin tedavisi ailesi, sosyal çevresi, iş hayatı gibi farklı bağlamlarda bir bütün olarak değerlendirilip, bireyin sosyalleşmesine yönelik daha kapsamlı destekler sunulmalıdır. Dolayısıyla psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, eğitimciler, diğer kamu kurumları ve sivil toplum örgütlerinin bir ekip halinde el birliğiyle şizofrenili bireyi ve ailesini gereksinimleri doğrultusunda sürekli olarak desteklemeleri büyük önem arz etmektedir. Bireyin yakın çevresinin şizofreni hakkında detaylı olarak bilgilendirilmesi ve bireye yönelik nasıl davranılması gerektiği konusunda eğitimlerin verilmesi önemlidir. Şizofrenili bireyin yakın çevresinin bilgilendirilmesi bu süreci daha kolay atlatılmasına ve olumlu bir tutum sergilemesine yardımcı olacaktır. Toplum tarafından da gerekli duyarlılığın gösterilmesi gerekmektedir. Çünkü sosyal çevrenin şizofrenili bireylere yönelik tutum ve davranışları şizofreni vakasıyla baş etme konusunda son derece önem arz etmektedir. Dolayısıyla, tüm toplumda şizofreni hakkında farkındalığın oluşması için belli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynakça / Reference

- Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D., Boratav, C. & Liman, O. (2002). Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 3(1), s. 5-13.
- Aslantaş, H., Seviçok, L., Uygur, B., Balcı V. & Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psiko-eğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 10(2), s. 3 – 10.
- Arkar, H. & Eker, D. (1996). Akıl Hastalıkları ile İlgili Tutumlar: Verilen Neden Tipinin Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (7), s. 191-97.
- Bae S.W. & Kung W.W.M. (2000). Family intervention for Asian Americans with a schizophrenic patient in the family. *American Journal of Orthopsychiatry*. (70), s. 532–541.
- Bademli, K., Keser, İ., Lök, N., Acar, G., Kaya-Kılıç, A., Güvendiren H. & Buldukoğlu, K. (2016). Şizofreni Hastalarının ve Bakım Verenlerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19(1), s. 1-9.
- Batel, P. (2000). *Addiction And Schizophrenia*. Euro Psychiatry, 15: 115-22.
- Bauml, J. Froböse, T. Kramer, S. Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006), Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with



Schizophrenia and Their Families. *Schizophrenia Bulletin*. 32(1), s. 1-9. doi: 10.1093/schbul/sbl017

Bloch S, Hafner J, & Harari E. (1994). *The Family in Clinical Psychiatry*. New York, Oxford University Press Inc.

Bilgin, Ö. & Köseoğlu, G. (2019). Şizofren Bireyin Varoluşsal Sınırları ve Yaratici Gücü. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 12(62). s. 753-757.

Brent, DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend & A, Roth C. (1993). Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. *Journal an Academic Child Psychiatry*. (32), s. 521-529.

Boardman, G. McCann, T. & Kerr, D. (2013). A Peer Support Programme for Enhancing Adherence to Oral Antipsychotic Medication in Consumers with Schizophrenia. *Journal of Advance Nursing*. 70(10), s. 2293–2302.

Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1998). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods*. Boston: Allyn and Bacon.

Chien, WT. Chan, S. Morrissey, J. & Thompson, D. (2005). Effectiveness of A Mutual Support Group for Families of Patients with Schizophrenia. *Journal of Advance Nursing*. 51(6), s. 595-608.

Chien, WT. Kam, CW. & Lee, IFK. (2001). An Assessment of The Patients' Needs in Mental Health Education. *Journal of Advance Nursing*. 34(3), s. 304-11.

Chien, WT., Thompson, DR. & Norman, I. (2008). Evaluation of Peer-Led Mutual Support Group for Chinese Families of People with Schizophrenia. *American Journal of Community Psychology*. 42(1-2), s. 122- 134. DOI 10.1007/s10464-008-9178-8

Çabuk, M. (2014). *Psikoeđitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi. [The effect of psychoeducation to the perception burden on families schizophrenia]*, Yüksek Lisans Tez No: 376894.

Çetin, M. (2015). Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 25(2), s. 95-9.

Dikeç, G. & Kutlu, Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 5(3), s. 143-148.

Dixon, L. Stewart B. Burland, J. Delahanty, J. Lucksted, A. & Hoffman M. (2001). Pilot Study of The Effectiveness of The Family-To-Family Education Program. *Psychiatric Services*. 52(7), s. 965-70.

Falloon, IRH. (1984). Developing And Maintaning Adherence to Long Term Drug Taking Regimen. *Schizophrenie Bulletin*. 10(3).

Glynn, SM. Cohen, AN. & Dixon, LB. (2006) The Potential Impact of The Recovery Movement on Family Interventions for Schizophrenia:



Opportunities and Obstacles. *Schizophrenia Bulletin*. 32(3), s. 451- 463. doi:10.1093/schbul/sbj066

Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13(2), s. 143-151.

Hor, K. & Taylor, M. (2010). Suicide and Schizophrenia: A Systematic Review of Rates and Risk Factors. *Psychopharmacol*. 24(4), s. 81-90.

Işık, E. (2006). *Güncel Şizofreni*, Ankara: Format Matbaacılık.

Jones, C. Hacker, D. Cormac, I. Meaden, A. & Irving, CB. (2012). Cognitive Behaviour Therapy versus Other Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 38 (5), s. 908–910. doi:10.1093/schbul/sbs090.

Karabulut, N. (2013). Toksoplazma ve Şizofreni. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi* 43(2), s. 39-44.

Kocal, Y., Karakurt, G. & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 26(2), s. 251-267 doi:10.17827/aktd.303574

Landolt, K. Rössler, W. Burns, T. Ajdacic-Gross, V. Galderisi, S. & Libiger, J. (2012). EUFEST Study Group. Unmet Needs in Patients with First-Episode Schizophrenia: A Longitudinal Perspective. *Psychol Medicine*. 42(7), s. 1461-1473. DOI: [10.1017 / S0033291711002406](https://doi.org/10.1017/S0033291711002406)

Li, Z. & Arthur, D. (2005). Family Education for People with Schizophrenia in Beijing, China. *British Journal of Psychiatry* (187), s. 339-345.

Lincoln, TM. Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of Psychoeducation for Relapse, Symptoms, Knowledge, Adherence and Functioning in Psychotic Disorders: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Research*. 96(1-3), s. 232-245.

Maldonado, GJ. & Urizar, AC. (2007). Effectiveness of Psycho-Educational Intervention for Reducing Burden in Latin American Families of Patients with Schizophrenia. *Quality of Life Research*. 16(5), s. 739-747. DOI 10.1007/s11136-007-9173-9

Mete, L. (1998). *Şizofreni: En Uzak Ülke*. İstanbul: İletişim Yayıncılık AŞ.

Merinder LB. (2000). Patient Education in Schizophrenia: A Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000. 102(2), s. 98-106

Tellis, W. (1997). Introduction to Case Study. *The Qualitative Report*, (ejournal), 3 (2): www.nova.edu/ssss/QR/QR3-4/tellis3.html#noteone.

Turla, A., Aydın, B., Gündüz M. & Boz, H. (2007). Şizofreni Hastasında İntihar: Bir Olgu Sunumu. *Anatolian Journal of Psychiatry*. (8), s. 74-78.

Uslu, E. & Buldukoğlu, K. (2018). Şizofrenide İlaç Tedavisine Uyum ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(1), s. 61-72.



- Uzby, T. (2009). Şizofreni Tedavisinde Yeni Farmakolojik Yaklaşımlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 20(2), s. 175-182.
- Üstündağ, M.F., Yücel, A., İbiş, E.Ö. & Özcan, H. (2015). Bir Şizofreni Hastasında Katatoni Belirtileri Nedeniyle Maskelenen Kalça Kemiği Kırığı. *Yeni Symposium Dergisi*. 53(1).
- Üstünsoy-Çobanoğlu, Z. S., Aker, T. & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*. 16(4), s. 211-218.
- Özlü, A., Mustafa, Y. & Aker, T. (2010). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. (11), s.89-94.
- Özpoyraz, N. & Taman, L. (1998). Şizofrenik Bozukluk. *Galenos Aylık Tıp Dergisi*. (1), s. 26-31.
- Perlmutter, RA. (1996). *A Family Approach to Psychiatric Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Ruddy, R. & Milnes, D. (2005). Art Therapy for Schizophrenia or Schizophrenia-Like Illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4). CD003728. DOI: 10.1002/14651858.CD003728.pub2.
- Summakoğlu, D. & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*. 1(2), s. 43- 61.
- Willick MS. (1994) *Schizophrenia: A Parent's Perspective- Mourning without End. Schizophrenia: From Mind to Molecule. Andreasen NC (ed)*. Washington. American Psychiatric Publications. Inc, DC; s. 5-19.
- World Health Organization [WHO]. *Schizophrenia*. (Eriş. Tarihi: 28 Ağustos 2019). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en>
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi* 62(1), s. 49-58.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research Design and Methods* (3. Baskı). London: Sage Publications.
- Xia, J., Merinder, LB. & Belgamwar, MR. (2011). Psychoeducation for Schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

