



Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi

2023, 6(8): 1094-1103.

DOI: [10.26677/TR1010.2023.1270](https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1270)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



KAVRAMSAL MAKALE

Şizofreni Hastalarında Depresyon, İntihar Davranışı ve Sosyal Destek Üzerine Bir Derleme

Yasemin TABAK, Lisans Öğrencisi, Kıbrıs İlim Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Girne, KKTC, e-posta: cyprussyasmiin4@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5956-8498>

Yrd. Doç. Dr. Asra BABAYİĞİT, Kıbrıs İlim Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Girne, KKTC, e-posta: asrababayigit@csu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2102-3175>

Öz

Şizofreni, toplumun %1'inde görülen, genç yaşlarda başlayarak kişinin duygu, davranış ve biliş süreçlerinde bozukluklar oluşturan, kronik gidişli multiple-hit bir beyin hastalığıdır. Şizofreni psikiyatrik bozukluklar arasında yüksek ölüm riski barındıran hastalıklardan biridir. Şizofreniye eşlik eden depresyon, damgalanma, psikotik belirtiler ve sosyal destek eksiliği intihar riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Şizofreni hastalarında komorbid depresif belirtilerin varlığı yaşam kalitesinde belirgin düşüşlerin yaşanmasına yol açarken aynı zamanda hastalığın seyri ve sonlanımı üzerinde de olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu hastalıktan muzdarip bireyler hastalığın getirdiği aşırılıklar ve sapmalar nedeniyle toplum tarafından soyutlanma ve stigmatizasyona maruz kalabilir ve sonucunda sosyal destek sisteminden mahrum kalmalarına ve uzaklaşmalarına yol açabilir. Sosyal destek, bireyin çevresinden aldığı ilgi, bilgi, sevgi, takdir gibi çeşitli niteliklerdeki desteklerdir. Sosyal destek ağı şizofreni hastaları için motivasyon ve mortaliteyi olumlu yönde etkiler, sosyal izolasyonu engelleyerek stresli olaylar karşısında bireylerin baş edebilmesine ve topluma kolayca entegre olmalarını destekleyen koruyucu bir faktördür. Sosyal destek ağı çerçevesinde başta aile, akraba, arkadaş, destek grupları ve sağlık profesyonelleri gibi çeşitli destek ağlarının varlığı tedavi süreçlerinde destekleyici bir etken olup hastaların iyileşme sürecini ve tedaviye olan bağlılığını arttırmada önem arz etmektedir. Bu bağlamda risk faktörlerinin saptanarak koruyucu faktörlerin iyi değerlendirilmesi önerilir. Bu araştırmanın amacı, şizofreni hastalarında mevcut olan depresif belirtilerin, intihar riskinin ve sosyal destek ağının yarattığı potansiyel risk faktörlerini saptamak ve koruyucu faktörlerin önemini araştırılması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Depresyon, İntihar, Sosyal Destek.

Makale Gönderme Tarihi: 02.06.2023

Makale Kabul Tarihi: 10.08.2023

Önerilen Atıf:

Tabak, Y. ve Babayigit, A. (2023). Şizofreni Hastalarında Depresyon, İntihar Davranışı ve Sosyal Destek Üzerine Bir Derleme, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(8): 1094-1103.



Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences

2023, 6(8): 1094-1103. DOI:[10.26677/TR1010.2023.1270](https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1270)

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası: www.sobibder.org



CONCEPTUAL PAPER

A Review on Depression, Suicidal Behavior and Social Support in Patients with Schizophrenia

Yasemin TABAK, Undergraduate Student, Cyprus Science University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Kyrenia, TRNC, e-mail: cyprussyasmiin4@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5956-8498>

Assistant Prof. Dr. Asra BABAYİĞİT, Cyprus Science University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Kyrenia, TRNC, e-mail: asrababayigit@csu.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2102-3175>

Abstract

Schizophrenia is a chronic brain disorder that affects approximately 1% of the population, typically starting in early adulthood and causing disturbances in an individual's emotions, behaviors, and cognitive processes. It is one of the psychiatric disorders associated with a high risk of mortality. Depression, stigma, psychotic symptoms, and lack of social support are factors that can increase the risk of suicide among individuals with schizophrenia. The presence of comorbid depressive symptoms in schizophrenia patients not only leads to a significant decrease in their quality of life but also has negative effects on the course and outcome of the illness. Individuals suffering from this condition may face social isolation, stigmatization, and consequently, they may be deprived of social support and become distant from their social support systems due to the extreme abnormalities and deviations caused by the illness. Social support refers to the various forms of support individuals receive from their social environment, including attention, information, love, and appreciation. Social support networks play a crucial role as a protective factor for individuals with schizophrenia, positively influencing their motivation, mortality rates, and ability to cope with stressful events, as well as facilitating their integration into society by preventing social isolation. Within the framework of a social support network, the presence of various support systems such as family, relatives, friends, support groups, and healthcare professionals is vital as a supportive factor in the treatment process, contributing to the improvement of patients' recovery process and adherence to treatment. Therefore, it is important to identify risk factors and evaluate the significance of protective factors. This research aims to identify the potential risk factors associated with depressive symptoms, suicide risk, and the social support network in schizophrenia patients and investigate the importance of protective factors.

Keywords: Schizophrenia, Depression, Suicide, Social Support.

Received: 02.06.2023

Accepted: 10.08.2023

Suggested Citation:

Tabak, Y. and Babayığit, A. (2023). A Review on Depression, Suicidal Behavior and Social Support in Patients with Schizophrenia, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(8): 1094-1103.

GİRİŞ

Akıl hastaları, eski çağlardan beri tanımlanmaya çalışılmıştır. Orta çağdaki skolastik anlayış ile bu insanlar şeytanın etkisi altında olduğu düşünülerek toplumdan dışlanmış, bazen canlı canlı yakılmış, zincirlermiş ve çeşitli işkencelere maruz kalmışlardır. 17. yüzyılda Wills ve daha sonrasında Pinel'in çabaları ile zincirlerinden kurtulmuş ve hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Öztürk, 2004). Şizofreniyi bilimsel açıdan ilk inceleyen bilim insanı, Alman psikiyatrist E. Kraepelin (1896) olmuştur. Kraepelin ve Morel'in Erken Akıl Zayıflığı (1852), Hekker'in Hebefreniya (1871), Kalbaum'un Katatoniya (1890) ve Manyan'ın Kronik Sanrılama Psikozları (1891) olarak adlandırdığı ruhsal hastalık formları Erken Akıl Hastalığı ismi altında bir araya getirerek şu anki şizofreni hastalığının gidişinin esas ilerleyişini ortaya koymuştur (İsmailov ve Özakkaş, 1998). Şizofreni, genel olarak gençlik yıllarında ortaya çıkan, seyri ve sonlanış açısından hastalar arasında değişen, psikolojik durumun tüm alanlarında emare ve bulgu gösteren, tam olarak nedeni belirlenemeyen ve çoğunlukla işlevsellik kaybına neden olan bir toplum sağlığı sorunudur (Sadock ve Sadock, 2009). Bir başka tanıma göre şizofreni, duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklarla birlikte algı ve dikkat süreçlerinde hatalarla ilerleyen kronik bir beyin hastalığıdır (Tuna ve Demir, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre şizofreni, yanlısamalar ve işitme varsanuları gibi psikotik semptomları içeren, bireyin duygusal, algısal, dil, davranış ve düşünce alanlarında ciddi sorunlara sebep olan kronik gidişli bir mental bozukluktur. Şizofreni, toplumun her türünde en yaygın olarak görülen ruhsal bozukluklardan biridir, fakat sıklık ve prevalans üzerine yapılan çalışmalar değişiklik gösterir. Yapılan araştırmalar sonucunda bir yıllık prevalans genellikle %1 iken yaşam boyu prevalansın %1,5 olarak kabul edildiği görülmektedir (Songur, 2015). Türkiye'de 2011 senesinde şizofreni üzerine yapılmış olan sistematik bir derleme çalışmasında şizofreninin yaşam boyu prevalansı 1000 kişide 8,4 sonucuna ulaşırken, farklı ülkelerde yapılmış olan sistematik bir derleme çalışması sonuçlarından (1000 kişide 4) daha yüksek bulunmuştur (Binbay vd., 2011).

Şizofreni yanlısamalar, varsanı, düşünce ve iletişimde bozukluklar, sosyal etkinliklerden uzaklaşma gibi özelliklerle ortaya çıkar (Karabulut, 2013). Şizofreni hastalarında beden hijyenine ilgisizlik, giyimine özen göstermeme, aile ve sosyal çevresine karşı kayıtsız kalma, eskiden zevk aldığı aktivitelerden uzaklaşmaya, düşüncelerde bulanıklık ve şüphe duyma gibi davranış ve düşünceler başlayabilir (Tuna ve Demir, 2020). Şizofreni hastaları, hastalığın beraberinde getirdiği zorluklar nedeniyle toplumun birçok alanında hatta günlük ihtiyaçlarını yerine getirmede bile zorluklar yaşamalarına yol açmaktadır (Vural ve Köroğlu, 2020). Örneğin, mantıksız düşünceler nedeniyle iş veya okul hayatında aksamalar yaşayabilir. Şizofreni bireyin agresif, gergin ve uyumsuz davranışlar sergilemesine, problem çözme becerisini kaybetmesine, zaman zaman yoğun olarak öz kıyım düşünceleri yaşamasına ve öz kıyım girişimine kalkışmasına yol açabilir (Turl vd., 2007; Hor ve Taylor, 2010). Şizofreni bireysel, ailesel, toplumsal ve ekonomik açılardan yaygın etkileri olan bir hastalıktır ve bu nedenle tedavi süresi boyunca özenli ve hızlı davranılması gereken ciddi bir durumdur (Yıldız, 2005).

Epidemiyoloji

Şizofreni, her toplumda en yaygın olarak görülen ruhsal bozukluklardan biri olmasına rağmen gerçek sıklık ve prevalansı konusundaki veriler değişiklik göstermektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda bir yıllık prevalans genellikle %1 iken yaşam boyu prevalansın %1,5 olarak kabul edildiği görülmektedir (Songur, 2015). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şizofreninin sıklığı Avrupa ve Asya'da %0,85 olarak belirlenmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofreninin başlangıç yaşına bakıldığında erkek bireylerde tepe değerleri çoğunlukla 20-25 yaş skalası arasında iken, ikinci tepe değeri ise 30-35 yaş skalasında gözlenmektedir. Kadınlarda ise

başlangıç yaşı erkeklere kıyasla 5 sene daha geç başlar. Şizofreni hastalığı 30'lu yaşların ortalarına kadar erkeklerde daha yaygın görülürken kadınlarda ise 40 yaşından sonra lehine artış görülmektedir (Işık, Taner ve Işık, 2008). Bu hastalığın görülme sıklığı, sosyoekonomik seviyesi düşük olanlarda, yüksek sosyoekonomik seviyede olanlara kıyasla 5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bird ve Harrison, 1987). Hastalık nadiren 10 yaşında önce ve 50 yaşından sonrada ortaya çıkabilir (Çam ve Engin 2014; Köroğlu 2015). Yaşam boyu standartlaştırılmış ölüm oranları risk açısından majör depresyonda 20 kat, iki uçlu duygudurum bozukluğunda 15, kronik depresyonda 12, şizofreni hastalığında 8,43, okb için 11,5, panik bozuklukta 10, kişilik bozukluklarında 7 ve yeme bozukluğuda 23 kat artmıştır (Güleç, 2016). Şizofreni hastaları üzerinde yapılan 1 yıldan 40 yıla kadar izleme çalışmaları sonuçlarına göre şizofreni hastalarında sonu ölüm ile biten intihar oranı %10-13 olduğu bulunmuştur (Kırpınar ve Aydın, 2001).

Depresyon

Milattan sonraki 170'li yıllarda Galen isimli Bergamalı tıp doktoru ve filozof, melankoliyi depresyon ve korku şeklinde aynı zamanda diğer insanlardan nefret etme ve kişinin hayattan memnuniyetsizliği gibi belirtilerle tanımlamıştır. Galen melankoliyi tanımlamadan önce, geniş bir akıl hastalığı olarak kabul edilmiştir. Galen melankoliyi, hüznün ve acı anlamını yükleyen ilk kişidir. Kralpelin'in tanımına göre depresyon, temel patolojik durumun duygusal durumlarda çökkünlük, fiziksel ve bilişsel süreçlerde yavaşlama şeklinde ortaya çıkmasıdır (Kafes, 2021). Depresyon terimi, çökme, hüznü hissetme, fonksiyonel ve yaşamsal etkinliklerde azalma anlamı taşıyan duygusal bir deneyimi ifade etmektedir. Depresyonun kelime kökeni depress kelimesi, Latince'de depressus kelimesinden gelir ve alçakta olmak anlamını taşımaktadır (Çelik ve Hocaoglu, 2016). Depresif bozukluk çeşitli belirti kümeleriyle kendini göstermektedir. Bu belirtiler arasında, çökkün duygudurum, karamsar düşünce şekli ve içeriği, hayattan zevk alamama, enerji düşüklüğü, isteksizlik, hareket ve düşüncelerde yavaşlama, huzursuzluk, endişe ve tahammülsüzlük, uyku ve iştahta azalma ve çeşitli bedensel belirtilerde gözlenebilir (Sayıl, 1997). Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında değişen bir bozukluktur. Uygun şekilde tedavi edilmediği süre zarfında yüksek tedavi masrafları, mortalite ve morbidite oranları önemli toplumsal sorunlara sebep olmaktadır (Olchanski vd., 2013). Ülkemizdeki depresyonun prognozu %8-20 oranında bulunmuştur (Doğan vd., 1995). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'na göre depresif nöbet sıklığı oranı erkeklerde %2.3 iken kadınlarda %5.4, genel popülasyonda %4 oranında tespit edilmiştir. Bu verilerden anlaşılacağı üzere depresif nöbet sıklığı kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görülmektedir (Kafes, 2021). Depresyonun şizofreni hastalığında özkıyım davranışını tetikleyen bir risk faktörü olduğu ileri sürülmüş, geçmiş veya şimdiki depresyon öyküsünün varlığının özkıyım ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Çetin ve Eker, 2011). Şizofreniyle eş zamanlı görülen depresyonun hastalığın prognozunu ve sonlanımını kötüleştirdiğini ve kişileri intihara sürekleyen bir neden olarak görülmektedir. Zisook ve diğerleri (2006) tarafından yapılan bir epidemiyolojik araştırma sonucuna göre şizofreni hastalarının genel popülasyona kıyasla majör depresyon tanı almaları 29 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Atmaca, 2016). Depresyon bağlamında görülen ağır bunaltı, umutsuzluk hisleri, çaresizlik ve suçluluk duygularının varlığı kişiyi intihar davranışına yönlendirebilecek risk faktörleri arasında yer alabilmektedir (Yağdırın, 2019). Depresif bozukluğun eşlik ettiği şizofreniye uygun tedavi uygulanmalıdır. Antipsikotikler grubunda yer alan klozapin, intihar oranını minimum seviyeye düşüren ajandır (Güleç, 2016).

İntihar

Arapçada nahr kelimesi ile ifade edilen ve kurban anlamından türeyen intihar terimi dilimize Arsel (2010) tarafından girmiştir. Türk Dil Kurumunun intihar tanımına göre ise bir bireyin toplumsal ve psikolojik sebeplerle yaşamına son vermesi, yaşamını tehlikeye atacak aşırı davranış ve eylem olarak tanımlamıştır (TDK 2014). Fransız sosyolog Durkheim (1987) intihar terimini, ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek gerçekleştirilen olumlu ya da olumsuz bir fiilin doğrudan ya da dolaylı olarak her ölüm olayıyla ilişkili olduğu şekliyle ifade etmiştir. İntihar (suicide), en yaygın anlamıyla bireyin bilinçli ve istemli bir şekilde hayatını sonlandırmayı seçmesi olarak tanımlanabilir (Durkheim, 1992; Palabıyıkoglu, 1994).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından intihar davranışının birçok ülke kapsamında acil ve öncelikli olarak üzerine düşülmesi gereken bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir (Platt vd., 1992). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her sene yaklaşık olarak bir milyon insanın intihar ederek hayatını kaybettiğini, küresel ölüm oranlarının ise her 100.000 kişiden 16'sı olduğu açıklanmış ve 2020 senesine kadar ölüm oranlarının iki katına çıkacağını öngörmektedir (DSÖ, 2014). İntihar vakaları, stresli yaşam olaylarından etkilenen sağlıklı veya ruhsal bozukluğa sahip bireylere kadar uzanan geniş bir yelpaze içerisinde yer alırken trajik bir olay ile karşılaşan birey genellikle kendisine yardımcı olabilecek seçenekleri düşünme yetisini yitirebilir ve sonucunda intihar davranışına yönelebilir (Stoney, 1996; akt: Gürkan ve Dirik, 2009). İntihar teşebbüsleri, tamamlanmış intihar vakalarına kıyasla 10 ila 40 kat arasında daha yaygın olarak görülür. İntihar teşebbüsünde bulunan bireylerin %98'inde psikiyatrik bir tanı aldığı ve bununda intihar riski için en güçlü etkili faktör olduğu belirtilmiştir (Karamustafaloğlu vd., 2010). 2018 senesinde şizofreni ve bipolar hastaları ile yapılan bir çalışma sonucuna göre şizofreni hastalarının %43.75 oranında özkıyım düşünceleri olduğunu ve bu ve %20.7'sinin ise en az bir kere öz kıyım teşebbüsünde buldukları belirtilmiştir (Duko ve Ayano, 2018). 2019 senesinde yayınlamış olan bir çalışma sonucuna göre şizofreni tanısı almış ve takip edilen 174 hasta bireyin %14.94'ünde öz kıyım düşüncelerinin olduğu saptanmıştır (Fang vd., 2019). 2016 senesinde geniş bir örneklem içerisinde yapılmış bir çalışma sonucuna göre pozitif semptomların varlığı ile öz kıyım düşüncelerinin ilişki olduğu bildirilmiştir. Hezeyan ve halüsinasyonların varlığı şizofreni hastaları üzerinde olumsuz duygudurum ve umutsuzluk hissi ile bağlantılı olarak intihar teşebbüsüne sebep olabilir. Emir veren işitsel varsanların olması ve bu tip deneyimleri olan hastalarda öz kıyım teşebbüsünü etkileyen faktörlerden olabilir (Bornheimer, 2016). Sistematik bir derleme çalışmasında şizofreni hastalarının intihar teşebbüsünün risk faktörleri göz önüne alındığında genç bireylerde, hastalık süresinin 10 seneden fazla olması durumunda, geç başlangıçlı (>45 yaş) şizofreni tanılı bireylerde, erkek ve yüksek eğitim seviyesine sahip olan kişilerde, depresif belirtilerin görüldüğü, işitsel halüsinasyon ve hezeyanları bulunan yoğun pozitif psikotik belirtileri olan, sahip içgörüyü sahip olanlarda, aile bireylerinde intihar teşebbüs öyküsü olan ve eş tanısı madde kötüye kullanımı artmış olan kişilerde intihar girişiminin görülme olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Hor ve Taylor, 2010).

Damgalanma

Damga kelime anlamı olarak bir kişiyi işaret eden, leke, yara izi, utanç ve aşağılanma izlerini ifade eder (Avcil vd., 2016). Damgalanma, ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin ruhsal bozukluk, ilaç kötüye kullanım veya fiziksel kısıtlılık gibi olumsuz düşünce yargıları sebebiyle maruz kalınan statü kaybı ve dışlanma olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Damgalanmadan en çok etkilenen gruplardan biri de şizofreni tanısı almış bireylerdir (Eryıldız, 2008) Ruhsal bozukluğa sahip bireyler toplumdan kaynaklı olarak bir takım ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Ruhsal bozuklukluklar ile ilgili yaklaşımları araştırılan çalışmalarda halkın

genellikle ruhsal bozukluk tanısı almış kişilere karşı karşı olumsuz bir yaklaşım sergilediği gösterilmiştir (Taşkın vd., 2002). Şizofreni hastalığına muzdarip olan kişilerin halk arasında deli veya tehlikeli oldukları söylenilerek ötekileştirilmektedir. Türkiyede şizofreni hastalarıyla ilgili yapılmış olan bir epidemiyolojik çalışmada popülasyonun %76.5'lik bir kısmı şizofreni hastalığını mental bozukluk olarak tanımlamış ve örnekle katılan dörtte birlik kısım şizofreniyi tehlikeli bir hastalık olarak tanımlamış, aynı zamanda bu hastaların toplum içerisinde özgürce dolaşmalarından yanadır. Çalışmada yer alan katılımcıların %46.8'i şizofreni hastaları ile sahip bireylerle aynı iş ortamında çalışmayı tercih etmezken, %69.9'unun bu hastalarla evlenmeyeceğini, %33.22'sinin bu hastalarla komşu olmaktan rahatsızlık duyacağını, %43'ü ise bu hastalara kiralık ev vermeyeceğini, %25.7'lik kısım bu hastaların toplum içerisinde özgürce gezmeleri gerektiğini, %58.6'lık kısım ise bu hastaların yaşamlarını doğru idame ettirebilecek kararlar alamayacağını söylemişlerdir (Baysal, 2013). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum tarafından damgalanması sonucu bireyler bu durumu içselleştirerek toplumun sıradanlaşmış kalıp yargılarını benimsemelerine yol açmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma, bu bireylerin toplumdaki ayrışmasına, psikiyatrik destek almalarından uzak durmalarına, tedavideki uyumun bozulmasına ve hastalığın seyrinin giderek kötüleşmesine neden olabilmektedir (Kamışlı vd., 2016). Damgalanma ile birlikte bireyin özsaygısı azalabilir, suçluluk ve mahcubiyet duygusu hissetmesine, sosyal ilişkilerinde sorun yaşamasına neden olmaktadır. Bireyin yaşadığı bu durum tedavi dönemi boyunca işlevsellik düzeyi gibi alanlarda sorunlar yaşamasına yol açmaktadır (Doğanaşargil, 2009). Bu alanda gerçekleştirilen çalışmalarda hasta yakınları yapılan damgalanma ve toplumsal yalıtılma konusunda zorluklar yaşadıklarından dolayı hastalığı gizlemelerine ve yaşadıkları korku nedeniyle de tedavi sürecine başlamalarını bile engelleyebilmektedir (Taşkın, 2007). Bu noktada topluma şizofreninin bir beyin hastalığı olduğu, bu hastalara karşı yaklaşımın daha hassas olması gerektiği, bireylerin toplumda aktif bir rol olarak yaşamlarını sürdürmeleri için birtakım çalışmalar yapılmalıdır.

Psikotik Belirtiler

Şizofreni teşhisi konmuş bireylerde pozitif ve negatif semptomlar gözlemlenebilir. Pozitif belirtilerde bireyin düşünce ve algı ve davranış biçimlerinde ortaya çıkan bozukluklar ifade edilirken negatif belirtilerde ise dış görünüşünü umursamazlık, duygularını ifade edememe, çekimsizlik, monoton konuşma gibi belirtileri içermektedir (Kaya, 2013). Şizofrenide pozitif belirtilerin varlığı farkındalık ve anlayışı kısıtlarken negatif belirtilerde ise irade ve motivasyonu düşürebilir. Bilişsel bozukluklar hafızaya etki ederek tedaviye olan uyumu olumsuz yönde etkileyebilir (Collins vd., 1997; Sharma ve Antonova, 2003; Dilbaz vd., 2006). Türkiye'de 2013 yılında şizofreni hastalarının hezeyan türleri ile ilgili bir araştırma yürütülmüş ve araştırma verilerine göre şizofreni hastalarında kötülük görme hezeyanı %85.7 oranında en yaygın olarak karşılaşılan hezeyan türü olduğu bulunmuştur. (Kocal vd., 2017). Halüsinasyon (varsanı), dış bir uyarıcının olmadığı halde kişinin gerçekçi olarak varsaydığı duyuların algılanmasıdır (Tuna ve Demir, 2020). Varsanılar; işitsel, görsel, dokunma, tat ve koku varsanıları olarak beş farklı kategori şeklinde bulunmaktadır (Kocal vd., 2017). Şizofreni hastalarında sanrı ve varsanıların varlığı bireylerde olumsuz ruh haline ve umutsuzluk hisleri yaşamalarına ve sonucunda da öz kıyım teşebbüsüne sebep olabilir. Özellikle işitsel halüsinasyonlarda emir veren içeriklerin var olması daha önceden bu deneyimi yaşamış şizofreni hastalarında öz kıyım girişimlerin varlığını açıklayan mekanizma olabilmektedir (Koparal ve Hocaoğlu, 2019).

Sosyal Destek Eksikliği

Cassel (1976), bireylerin yaşadığı stresli ve olumsuz durumlar karşısında baş etme stratejisi olarak sosyal çevre ve desteğin önemini, psikososyal süreçlerin ise insan sağlığını sürdürmesindeki önemine makalesinde değinmiştir. Bireyin sosyal destek ağı içerisinde aile üyeleri, akrabaları, dostlar, komşuları ve öğretmenleri bulunmaktadır. Dolayısıyla bireyin sosyal destek kaynaklarında gerçekleşen değişiklikler ile bireyin sosyal destek seviyesinde de değişiklikler gerçekleşebilmektedir (Robertson, 1988; Yıldırım, 1998; Arıcıoğlu, 2008). Hasta bireylere sağlanan destek çoğu toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da çoğunlukla birinci dereceden akrabalar tarafından sağlanmaktadır ve toplum sağlığı perspektifinden en önemli problemlerden biride kronik seyirli psikiyatrik rahatsızlıklardır. En yaygın görülen kronik seyirli psikiyatrik hastalıklar arasında şizofreni ve bipolar yer almaktadır (Canan, 2008). Şizofreni tanısı alan birey için sosyal destek örüntüleri önemlidir. Sosyal ağı kuvvetli olan birey; ilaç tedavisine uyumla birlikte, hastalığın getirdiği olumsuzluklarla baş edebilmeyi sağlamakta ve rutin hayatın gereklerine uygun davranabilmektedir. Sosyal hizmet müdahale planı geliştirirken; birey ve bireyin sosyal ağlarını da dikkate alarak, hastanın hastaneye yatış oranının azalmasını, hastalığın dengeli seyretmesinin sağlanmasını, hastanın kendi kendine yeterlilik durumunun artırılmasını sağlar.

Aile işlevleri ruhsal ve fiziksel hastalıkların seyrinde önemli bir role sahiptir (Aker vd., 2002). Şizofreni hastalarına sağlanan sosyal destek ağında ailenin önemli bir rolü bulunmaktadır. Kronik ruhsal bozukluklar hastanın yanı sıra ailenin de yaşamını olumsuz yönde etkileyerek stres seviyelerini attırma yönünde etkilemektedir (Addington, 2005; Li vd., 2007). Çoğu şizofreni hastası yaşamlarını ailelerinin yanlarında sürdürmektedirler. Bu yüzden bakım yükünü üstlenen aileler yaşamlarını kısıtlı bir alana dökmeye ve sosyal yaşamlarında değişiklikler yapabilmektedirler. Hastaya bakım veren aile nasıl bir süreç geçireceklerini bilmemenin endişesi, suçluluk, utanma ve karmaşık duygular içerisinde ile yaşamlarını sürdürürler. Hastalar kendi yaşamlarında derin bir sarsıntı ve şaşkınlık hissi içerisinde iken ailesinin bu duygusal ortamında daha da kötü duruma gelebilir (Anderson vd., 1986). Aileler yaşadıkları zorluklarla baş etme konusunda belirsizlikler yaşayarak sağlık çalışanlarıyla dayanışma içerisine girmek istememekte ve tedaviye katılım sağlamaktan kaçınmaktadırlar (Addington, 2005; Carter ve Curlee, 1999; Solomon 2000). Şizofreni tedavisinde çeşitli aile destek yöntemleri uygulanmaktadır. Bunlar; ailelere yönelik verilen eğitimler, aile destek programları, özel eğitim, kriz durumlarıyla başa çıkma ve danışmanlık gibi yöntemleri içermektedir (Chien vd., 2008; Dixon vd., 2001; Solomon, 2000; Dxon ve Lehman, 1995). Bu bağlamda sosyal destek ağı önemli bir koruyucu faktör olup, şizofreni hastaları ve aileleri için motivasyon ve moral sağlayarak tedavi sürecine karşı olumlu bir tutum sergilemelerine katkı sağlayabilir. Şizofreni hastalarının mesleki ve okul performanslarının artmasına, günlük yaşam alanlarında bağımsızlık kazanarak ailelerine olan bakım yükünün azalmasında katkı sağlayabilmektedir. Çeşitli destek programları ile şizofreni tanısı almış olan bireylerin sosyal izolasyonunu azaltmak için toplum içerisinde aktif olabilecekleri, kendi yetilerini keşfedebilecekleri fırsatlar sağlanmalıdır.

SONUÇ

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında şizofreni hastalarının psikotik semptomlarla birlikte görülen bir mental bozukluk olduğu ve bu durumun kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini olumsuz yönde etkilediği gösterilmektedir. Hastalığın beraberinde getirdiği belirtiler nedeniyle şizofreni hastalarına karşı toplum tarafından birtakım damgalanmaların ve kalıp yargıların olduğu gözlemlenmektedir. Bu nedenle şizofreni hastaları yaşadıkları zorlu süreçleri karşısında çoğu zaman depresif belirtiler gösterebilmekte veya toplumun destek sistemi tarafından izole

edilebilmektedirler. Kao ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışma sonucunda şizofreni hastalarında var olan depresyonun ve düşük yaşam kalitesinin yüksek intihar riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüzden yüksek risk altında bulunan şizofreni hastalarıyla ilgili tedavi planı oluşturulması ve bazı önlemlerin alınması yararlı olabilir. Toplumda şizofreni hastalığı hakkında doğru bilgilerin aktarılabilmesi için çeşitli programlar aracılığıyla bilgilendirilmeler yapılarak bu hastalara karşı duygusal ve pratik destekler sağlanabilir. İş istihdam alanlarında bazı olanaklar sağlanarak toplumsal kabulün anlayışı arttırılabilir. Bunun yanı sıra intihar risk faktörlerinin iyi anlaşılması, görüşmeler sırasında intihar riskinin değerlendirilmesi, hasta ve ailesiyle dayanışma içerisinde olunması ve yeteri kadar psikososyal yardımın verilmesi intihar teşebbüslerinin azaltılmasında katkıda bulunacaktır (Koparal ve Hocaoglu, 2019). Şizofreni hastalarında özkiyim riskini arttıran faktörlerin takip edilmesinin yanı sıra her muayenede psikotik belirtiler, umutsuzluk, depresyon, stresli yaşam olayları, sosyal destek durumu, antipsikotik ilaçların yan etkileri veya madde kullanımı gibi konulara odaklanılarak gerekli tedavi yöntemleri uygulanmalıdır (Uzun, 2009).

KAYNAKÇA

- Akçe, İ. ve Doğan, H. (2020). İntihar ve Sosyal Hizmet: İnternet Haberleri Üzerine Bir İnceleme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1624-1652.
- Algın, F. (2009). *Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı ve İçgörü ile İlişkisi*. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Alpay, Ü. (2015). *Benlik Kurgularının İntihar ve Sorun Çözme Becerileriyle İlişkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Arslantaş H., ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Atay, M. İ., ve Gündoğar, D. (2004). İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi*, 12(3), 39-52.
- Atmaca D. G., ve Durat G. (2017). Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının Depresyon ve İçgörüyle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 314-322.
- Avcil, C., Bulut, H., ve Sayar, H. G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 175-202.
- Aykut, S. D., Arslan, C. F., Karagüzel, Ö. E., Karakullukçu, S., ve Tiryaki, A. (2017). İntihar Girişimi Öyküsü Olan Şizofreni Olgularında Şimdiki Klinik Değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(3), 163-171.
- Bademli, K., ve Duman, Z. Ç. (2011). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: Sistematiik Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 255-265.
- Batıgün, D. A. (1999). Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni ve Alkol/Madde Bağımlılığında İntihar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2(4), 43-72.
- Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Bekiroğlu, S. (2021). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(33), 597-618.

- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., ve Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1), 40-52.
- Büber, B., Kars, B., Gülsün, M., ve Nergizci, M. (2015). Şizofreniye Yönelik Damgalamanın Önlenmesinde Sosyal Hizmet Müdahaleleri Bağlamında Sosyal Politika Önerileri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 14(1), 36-51.
- Çam, O., ve Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çelik, H. F., ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çetin, M. (2015). Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 25(2), 95-99.
- Çetin, Ö., ve Eker, S. S. (2011). Şizofreni ve Özkıym. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 611-627.
- Doğanavşargil, Ö. (2009). *Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Gökdam, K. E. (2018). *Şizofreni Hastalarının İlgörülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Güleç, G. (2016). Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 9(3), 21-25.
- Gündoğar, D. (2006). İntihar Riskinin Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 14(3), 27-36.
- Harmancı, P. (2020). *Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Karaağaç, H., ve Var, E. Ç. (2019). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 22, 16-26.
- Karagülleoğlu, Y. Z., ve Çarhan, A. (2021). Tarihteki İlk İzleri ile Şizofreni. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11 (3), 400-410.
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kırpınar, İ., ve Aydın, N. (2001). Şizofrenide İntihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 47-52.
- Kocal, Y., Karakuş, G., ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26 (2), 251-267.
- Koçak, Z., ve Taylan, H. H. (2018). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi Üzerinde Etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(78), 621-640.
- Koparal, B., ve Hocaoğlu, Ç. (2019). Şizofreni ve İntihar; Bir Gözden Geçirme. *Balıkesir Medical Journey*, 3(3), 135-146.
- Koroğlu, A., ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.

- Mengi, A., Cancan, M., ve Alpdoğan Y. (2021). Şizofrenili Bireylere Yönelik Bir Örnek Olay İncelemesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 706-727.
- Muslu, S. (2010). Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özkan, B., ve Eskiuyurt R. (2016). Şizofreni Hastalarının Ailelerine Yönelik Telepsikiyatrik Müdahalelerin Etkinliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 228-243.
- Özsan, H. H., ve Tuğcu, H. (1998). Şizofrenik Hastalarda İntihar Olasılığının Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi. *Kriz Dergisi*, 6(1), 33-39.
- Paracıkoğlu, V., Sayıl, İ., ve Özgüven, H. D. (2004). Ankara'da İntihar Girişimleri Üzerine Bir İzleme Çalışması: Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranışı İzlem Çalışması Sonuçları. *Kriz Dergisi*, 12(2), 1-17.
- Soygür, H. (2003). Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 1, 9-14.
- Summakoglu, D., ve Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientifc*, 1(2), 43-61.
- Tatlıoğlu, K. (2012). Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2), 133-155.
- Tekinsoy, Ç. İ. Ş. (2020). *Şizofreni Tanılı Hastalarda İçgörünün, Depresyon, Sıkıntıya Dayanma Düzeyi ve Algılanan Sosyal Destekle İlişkisi*. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Tuna, E., ve Öncül D. Ö. (2020). *DSM-5'e Göre Anormal Psikoloji*. Ankara: Nobel.
- Vural, F., ve Köroğlu, M.A. (2020). Şizofreni Hastalarının Sosyal Yaşamları ve Sosyal Hizmet İlişkisi: Kütahya İli Örneği. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 653-668.
- Yağdıran, F. (2019). *Sosyolojik Açıdan İntihar Olgusu ve Sosyal Medyaya Yansıyan İntihar Eğilimlerinin Analizi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Yıldırım, T. (2018). *Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ile Yalnızlık Arasındaki İlişki*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Yılmaz, B. E. (2019). Psikiyatri Hastalarında Özkıyım Riskini Değerlendirme ve Yönetme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(4), 438-450.