

Şizofreni Hastalarıyla Komşu Olan Bireylerin Perspektifinden: Şizofreni Hastaları ve Damgalama

Schizophrenia Patients and Stigmatization: From Perspective of Neighbors of Schizophrenic Patients

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK¹, Mahire Olcay ÇAM²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin şizofreni hastalarını nasıl değerlendirdiğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma fenomenolojik yöntem kullanılarak yapılan nitel türde bir çalışmadır. Amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş, en az beş yıldır şizofreni hastası ile komşu olan toplam 13 birey örneklemini oluşturmuştur. Veriler kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formuyla derinlemesine görüşme yapılarak toplanmıştır. Veriler içerik analiziyile çözümlenerek ham veri olarak yazılmıştır.

Bulgular: Komşuların perspektifinden şizofreni hastalarına yönelik temalar; deli/dengesiz (nerde ne yapacakları bilinmez, temkinli olmaktan fayda vardır), tehlikeli (her an saldırabilirler), tuhaf görünüm (bizim gibi değildir, anormal görünürler), garip davranışlar (içine şeytan/cin girmiş gibi davranırlar) ve şizofreni hastalığı iyileşmez (hastanede yaşasalar daha iyi olur) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Şizofreni hastalarına yönelik olumsuz görüşler tedavi ve bakım sürecini olumsuz etkileyen bir durum olarak ele alınarak üzerinde durulmalıdır. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumların önlenmesi için eğitimler düzenlenebilir. Bu eğitimler olumsuz tutumların iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Komşu, Damgalama

GİRİŞ

Toplumda ruhsal hastalığa sahip bireyler için yapılan tanımlamalar önyargıya bağlı olarak farklılık göstermektedir (1). Toplum içerisinde fiziksel sorunlar (tansiyon, şeker, ortopedik) hastalık olarak kabul edilirken ruhsal sorunlar hastalık olarak kabul edilmemektedir (2). Bu bağlamda

1. Araş. Gör., Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi

E-posta Adresi: glhnck@hotmail.com

ORCID ID: 0000-0002-9220-6051

2. Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

E-posta Adresi: olcaycam@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-6115-7306

Bu çalışma 29 – 30 Haziran 2019 tarihinde Ankara’da gerçekleştirilen Uluslararası Toplum ve Şizofreni Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Gönderim Tarihi:30.01.2020 - Kabul Tarihi: 05.11.2020

ABSTRACT

Objective: The aim of this survey is to determine the assessment of schizophrenia patients by their neighbors.

Materials and Methods: A qualitative type study with phenomenologic method was used. A sampling group of totally 13 individuals who are neighbors with a schizophrenia patient at least five years, was formed with purposeful sampling method. The data were collected through in-depth interviews with personal information form and semi-structured interview form. Data analysis was carried out with content analysis and written as raw data.

Results: Themes for schizophrenia patients from the neighbors' perspective; mad/unbalanced (Their behavior can not be predicted, it is better to be cautious), dangerous (They can attack any time), weird looking (They are not like us, they look weird), strange behavior (They behave like there is devil/genie in them), schizophrenia disease can not be healed (It would be better if they were living in a hospital).

Conclusion: Negatory attitudes about schizophrenia patients should be addressed as a condition that negatively affects the treatment and care process. Educations can be coordinated to avoid negatory attitudes about mental diseases. These educations can contribute to overcome that negatory attitudes.

Keywords: Neighbor, Schizophrenia, Stigmatization

toplumdaki bireylerin ruhsal hastalıkları, ruhsal hastalığı olan bireyleri nasıl değerlendirdiği konusunda anlamların öğrenilmesi gerekmektedir. 1963'te Goffman bir monografide değeri düşürülmüş, damgalanmış veya kalıplaştırılmış kimliklere sahip olan: çirkinler, bağımlılar, sabıkalılar, akıl hastaları ve ayrımcılık yapılan farklı ırk ve etnik kökenden bireylerin damgadan kaynaklı olarak böylesine bir dışlanmışlık ve aşağılanma yaşamalarına rağmen öz saygılarını ve onurlarını nasıl koruduklarını ve sürdürdüklerini araştırmıştır (3). Amerikalı sosyolog Goffman damga kuramında, 1990 ve sonrasında önyargıların ve kalıp yargıların ortaya çıkardığı çok sayıda negatif statü (yetim, sabıkalı, eşcinsel gibi) üzerine odaklanmıştır. Bireyde bulunan fiziksel bozukluk,

kusur veya eksiklik, sabıka kaydı, bağımlılık, ırk, cinsiyet ve inanç farklılığı onun değerinin düşürülmesi ve damgalanması için birer işaret olarak algılanmaktadır (4). Bu algıyla birlikte damgalama bir kişinin ya da grubun ruhsal hastalık, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine dayanarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır (3). Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalanmış kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Damgalamanın temelinde olumsuz inançlar ve önyargı yer almaktadır (5). Olumsuz inançlar ve önyargı nedeniyle damgalama gerçekleşir, damgalamanın sonucu olarak da ayrımcılık görülür (6).

Damgalama pek çok olgu ve durum için görülse de erken çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişilerdir (2). Damgalama ruhsal hastalığı olan insanlar hakkında toplum içerisinde bazı tutumların oluşmasına neden olmuştur (7). Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumunu belirleyen en önemli değişken hastaların “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı bilinmeyen kişiler” olarak algılanmasıdır. Hastaların önceden kestirilemeyen alışılmadık dışında davranışları, düzeni bozmaları, toplumda kaygı uyandırmaktadır. Toplum açısından düzeni bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşantı için tekin olmayan kişiler damgalanıp toplum dışına itilebilirler (2).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanma nedenleri arasında şu etkenler tanımlanmıştır. Birincisi korku ve dışarıda bırakma; ruhsal hastalıklı bireylerden korkulmalıdır ve bu nedenle toplumun dışında tutulmalıdırlar. İkincisi otoriterlik; ruhsal hastalıklı bireyler sorumsuzdur, bu nedenle kararlar diğerleri tarafından verilmelidir. Üçüncüsü, yardımseverlik; şiddetli ruhsal hastalığı olan bireyler çocuk gibidir ve bakıma ihtiyaçları vardır. Ruhsal hastalıklı bireyler hastalıklarının nedeni için sorumlu olarak görülmektedir. Bu tutumlar ayrımcı davranışlara öncülük etmektedir (8).

Damgalama, hastalarda sosyal içe çekilmeye, daha sınırlı yaşam olanaklarına, gecikmiş yardım isteme davranışına ve tedaviyi reddetmelerine ne-

den olmaktadır (9). Ayrıca hastaların iyileşmesini önemli ölçüde engellemektedir (10). Bu bağlamda toplumun bir parçası ve şizofreni hastalarının yakın çevresi olan komşuların ruhsal hastalıklar, şizofreni ve damgalama hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi, damgalama sürecinin ve sonuçlarının ortaya konulması ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin sağlıklarının korunup toplum içinde yaşamlarını sürdürmesi açısından önemlidir. Literatür incelendiğinde şizofreni ve damgalama alan yazınında komşularla yapılmış bir çalışma örneğine rastlanmamıştır. Çalışmanın özgün olduğu ve ruh sağlığı ve hastalıkları alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin şizofreni hastalarını nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin şizofreni hastalarını nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla fenomenolojik yöntem kullanılarak yapılan nitel türde bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Kayseri ili Melikgazi İlçesi Alpaslan Mahallesi ve çevre mahallelerde yaşayan şizofreni hastalarıyla komşu olan bireyler oluşturmaktadır. Amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (11). En az beş yıldır şizofreni hastası ile komşu olan yedisi kadın, altısı erkek toplam 13 birey örnekleme oluşturmuştur. Bireylerin yaş ortalaması 40.91 ± 8.9 ve şizofreni hastalarıyla komşuluk süresi ortalaması 16.25 ± 1.05 yıldır. 13 kişiden 10'nun evli, üçünün çalışmadığı, dokuzunun gelir düzeyinin gelir gidere denk ve altısının ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar arasında cinsiyetler arası etkileri değerlendirebilmek adına cinsiyet sayısı birbirine yakın olarak seçilmiştir.

Araştırmanın Yer Özellikleri ve Zamanı

Bu araştırma Kayseri ili Melikgazi İlçesi Alpaslan Mahallesi ve çevre mahallelerde yapılmıştır. Bu alanda şizofreni hastalarının yaşaması nedeniyle

bu mahalle seçilmiş olup örnekleme katılmaya gönüllü kişilerin var olması da diğer bir önemli nedendir. Araştırma Şubat - Ağustos 2019 tarihleri arasında yaklaşık olarak altı aylık bir sürede tamamlanmıştır.

Seçim Kriterleri

18 yaş altındakilerle, çocuk / ergen ruh sağlığı uzmanı eşliğinde görüşülmesi gerektiği için katılımcıların yaş aralığı 18 yaş üstü olarak belirlenmiştir. En az beş yıldır şizofreni hastası ile komşu olan bireylerle görüşülmüştür. Katılımcıların ruhsal hastalık tanısına sahip olması, çalışmanın sonuçlarını etkileyeceği için bu özellikleri olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma uygulamasının yapılabilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi etik kurulundan izin alınmıştır. Araştırma için ilgili kurumlar (Toplum ruh sağlığı merkezi, muhtarlık vs.) ile görüşülüp gerekli izinler alınmıştır. Ek olarak araştırma kapsamına dahil olan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Görüşmeler bireylerin evlerinde yapılmıştır. Evde uygun şartların sağlanması ve görüşmeler için uygun zamanın bulunması için gösterilen çaba güçlükler arasında sıralanabilir.

Verileri Toplama Süreci

Fenomenolojik yöntem kullanılarak yapılan nitel türde bir çalışmada, nitel görüşme tekniğinin amacı örnekleme oluşturan bireylerin duygu, düşünce, görüş ve deneyimlerini olabilecek en kapsamlı şekilde yansıtan verileri toplamaktır (12). Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ve şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin bakış açısına yönelik açık uçlu soruları içeren görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Görüşme soruları ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur. Bireylerle bire bir yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yapılarak elde edilen veriler ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınmak istenmiş, ancak katılımcıların reddetmesi nedeniyle veriler görüşme notları halinde kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler, bireylerin evinde

uygun görülen ortamlarda (misafir odası, balkon, bahçe vs.) yapılmıştır. Ancak bireylerin vardiyalı çalışma saatleri, plansız misafirlerin gelmesi, ev işleri, çocuk bakımı vs. nedenlerden dolayı görüşmeler için uygun zamanın bulunması konusunda güçlük yaşanmıştır. Görüşmeler ortalama 40-45 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Bireylerin yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, çalışma durumuna, mesleğine, gelir düzeyine ve eğitim düzeyine yönelik tanıtıcı özelliklerini içeren toplam sekiz sorudan oluşan bir formdur.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Şizofreni hastalarıyla komşu olan bireylerin bakış açısına yönelik ruhsal hastalıklar hakkında neler düşünüyorsunuz, şizofreni hastalığına sahip bireyler hakkında ne düşünüyorsunuz, şizofreni hastalarıyla komşu olmak hakkında ne düşünüyorsunuz gibi açık uçlu soruların yer aldığı toplam 13 sorudan oluşan bir formdur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formuyla derinlemesine görüşme yapılarak toplanmıştır. Veriler içerik analiziyle çözümlenerek ham veri olarak yazılmıştır. Ham verilerin tema ile uyumluluğu araştırmacılar tarafından belirlenmiştir.

Veriler cinsiyet, yaş ve medeni durum olarak kodlanmıştır (K-2, Evli, 30 - E-3, Bekar, 36 vs.). Daha sonra tüm bu veriler yorumlanarak rapor haline getirilmiştir. Kişisel Bilgi formunda yer alan nicel veriler bilgisayar ortamında değerlendirilerek sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Verilerin Geçerliliği ve Güvenirliği

Çalışmada, geçerlik ve güvenirliliği sağlamak adına inanırlık, aktarılabirlik, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve katılımcı teyidi ölçütleri göz önünde bulundurulmuştur. İnanırlılığın sağlanması için geliştirilen form uzman görüşüne sunulmuş; katılımcılardan gelen cevaplara sadık kalınarak gerektiğinde, bu cevaplardan doğrudan alıntılar yapılmış; ayrıca elde edilen cevapların değerlendirilmesinde gözlemci üçgenlemesi yöntemi

kullanılmıştır. Aktarılabirlik, güvenilebilirlik ve objektifliğin sağlanması için amaçlı örneklem yöntemi tercih edilmiş; bu hususta, çalışma grubu ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Onaylanabilirlik adına ham veri olarak görüşme notları alınmıştır. Katılımcı teyidinde yönelik görüşme sonunda araştırmacı topladığı verileri özetleyerek katılımcıdan bunların doğruluğuna ilişkin düşüncelerini belirtmesini istemiştir. Ayrıca katılımcılara son olarak eklemek istedikleri algılarının ya da deneyimlerinin olup olmadığı sorulmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından ayrı ayrı gözden geçirilerek araştırmacı üçgenlemesi yöntemi kullanılmıştır. Son olarak nitel araştırmalar yapan üç uzmana komşuların görüşleri ve araştırmacılar tarafından oluşturulan temalar sunularak görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda temalara son hali verilmiştir.

Birincil Araştırmacının Öz-Düşünümsel Bilgileri

Nitel araştırmalarda araştırmacının öznel bir rol oynadığı kabul edilmekte ancak güvenin sağlanabilmesi için araştırmacıların öz-düşünümsel (self-reflectivity) olarak araştırma sürecini aktarması beklenir (12). Araştırmada görüşmeleri yapan birincil araştırmacının öz-düşünümsel bilgileri şu şekildedir; Birincil araştırmacı, hemşirelik eğitimi sonrasında uzmanlık alanı olarak psikiyatri hemşireliğini seçmiştir. 2016 yılında yüksek lisansını tamamlamış olan araştırmacı aynı yıl doktora eğitimi başlamıştır. Doktora tez döneminde olan araştırmacının ilgi alanları içinde şizofrenik bozukluklar vardır. Soy ağacında şizofreni hastaları bulunan araştırmacının, hastalar ve yakınları ile yıllar boyunca sürdürdüğü terapötik ilişkiden doğan öznel yaşantılar, araştırmanın temeli oluşturmuştur. Araştırmacı hem bir akademisyen hem de hasta yakını rolüyle; konunun seçimi ve konunun ele alınma süreçlerinde öznel bir konumdadır.

BULGULAR

Bireylerin yaş ortalaması 40.91 ± 8.9 ve şizofreni hastalarıyla komşuluk süresi ortalaması 16.25 ± 1.05 yıldır. 13 kişiden 10'ın evli, üçünün çalışmadığı, dokuzunun gelir düzeyinin gelir gidere denk ve altısının ilköğretim mezunu olduğu

belirlenmiştir. Komşuların perspektifinden şizofreni hastalarına yönelik beş tema belirlenmiştir.

Tema 1: Şizofreni hastaları deli/dengesiz olabilirler.

Şizofreni hastalarının komşularıyla yapılan görüşmelerde, hemen hemen bütün komşular şizofreni hastaları hakkında deli ve dengesiz kavramlarını dile getirmiştir. Özellikle hastaların davranışlarının tutarsız olduğunu vurgulamışlardır.

Bir davranışı bir davranışı tutmaz ki, ne zaman iletişim kurmaya çalışsak önce tamam deyip sonra kesinlikle hayır dediği çok olmuştur (K-1, Bekar, 38)

Dengesiz oldukları için zor zor... hastaya da ailesine de komşularını da yaşaması zor. Binayla ilgili bir toplantı olacak olur. Toplantılar da girer çıkar ne yaptığı hiç belli olmaz ki... İster istemez dikkatli olmaya çalışıyoruz. (E-3, Evli, 49).

Bazen balkonda / bina içinde karşılaşırız. Günaydın / iyi akşamlar dediğimizde kimi zaman size der, kimi zaman kaşları çatıp kapıyı yüzümüze kapatır. Dengesiz işte... (K-2, Evli, 41).

Tema 2: Şizofreni hastaları tehlikelidir.

Şizofreni hastalarının komşularıyla yapılan görüşmelerde, komşular şizofreni hastalarının kavga etme eğiliminin çok olduğunu ve her an saldırgan davranışlar sergileyip tehlikeli olabileceklerini dile getirmişlerdir.

Şizofreni hastalarının en önemli sorunu hastalığı değil, her an saldırıp zarar verebilecek olmalarıdır. (E-5, Bekar, 42)

Kaç kere eşine/çocuklarını şiddet göstermeye çalıştığına şahit olduk. Bunları görünce insan korkuyor. Tehlikeli deyip uzak durasın geliyor (K-4, Evli, 44).

Tema 3: Şizofreni hastalarının tuhaf görünüşleri vardır.

Şizofreni hastalarının komşularıyla yapılan görüşmelerde, komşular şizofreni hastalarının tuhaf görünüşlerinin olduğunu, kendilerine (normal insanlara) benzemediklerini ve bakımsız bir görüntülerinin olduğunu dile getirmişlerdir.

Tablo 1: Komşuların Perspektifinden Şizofreni Hastalarına Yönelik Temalar, Kayseri, Melikgazi, 2019

Tema 1: Deli/dengesiz	Tema 2: Tehlikeli	Tema 3: Tuhaf görünüm	Tema 4: Garip davranışlar	Tema 5: Şizofreni hastalığı iyileşmez
Nerde ne yapacakları bilinmez, temkinli olmakta fayda vardır.	Her an saldırabilirler.	Bizim gibi değildir, anormal görünürler.	İçine şeytan/ cin girmiş gibi davranırlar.	Hastanede yaşasalar daha iyi olur.

Şizofreni hastaları bizim gibi değil, anormal görünür (K-4, 36, Evli).

Değişik bir görüntüsü var bakışlarından tüm mahalle ürker. Farklı bakıyor, normal insan öyle bakmaz (E-3, Evli, 40).

Şizofreni hastası komşum kendisine hiç bakmaz. Eli yüzü kir içinde görürüz hep... (K-2, Evli, 41)

Tema 4: Şizofreni hastalarının garip davranışları vardır.

Şizofreni hastalarının komşularıyla yapılan görüşmelerde, komşular şizofreni hastalarının garip davranışlarının (kendi kendine konuşma, gülme, el-kol hareketleri, yüz hareketleri gibi) olduğu ve içlerine cin/şeytan girmiş davrandıklarını dile getirmişlerdir.

Sanki içine şeytan/cin girmiş gibi davranıyorlar. Ama ilaçları içince bunları yapmazlar. Gülümserler mesela...

Hasta komşumuzu balkonda, bahçede denk gelince görüyoruz...ne garip ki saatlerde kımıldaman taş üstünde oturur.

Komşuları olarak biz alıştık da kendine kendine konuştuğunu ilk kez gören donup kalıyor.

Tema 5: Şizofreni hastalığı iyileşmez.

Şizofreni hastalarının komşularıyla yapılan görüşmelerde, komşular şizofreni hastalarının iyileşmediklerini, iyileşmenin mümkün olmadığını ve bu yüzden şizofreni hastalarının hep hastanede yaşamaları gerektiğini dile getirmişlerdir.

Komşumuz yıllardır hastaneye gider gelir, hastaneye yatar çıkar. Kendi kendine konuşmaları azaldı ama iyileşti denilemez.

Ruhsal hastalıklar geçmez, hele ki şizofreni... hiç sanmıyorum.

İyileştiğini görmedik bazen biraz daha iyi bazen biraz daha kötü ama hep hastaydı. O yüzden hastanede yaşasalar daha iyi olur.

TARTIŞMA

Komşuların neredeyse tümü, şizofreni hastaları hakkında deli ve dengesiz kavramlarını dile getirmiştir. Özellikle hastaların davranışlarının tutarsız olduğunu vurgulamışlardır. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının toplum içerisinde çoğunlukla farklı, dengesiz ve davranışlarına anlam verilmeyen kişiler olarak değerlendirildiği bildirilmiştir (13). Ruhsal hastalığı olan bireyler toplum tarafından dengesiz, ne zaman ne yapacakları belli olmayan ve iletişim sorunu olan kişiler olarak düşünülmektedir (2). Ruh sağlığı tanımlamalarına ilişkin yapılan nitel bir çalışmada, katılımcılar ruhsal hastalıkları delilikle eş olduğunu bildirmiştir (14). Toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısının değerlendirildiği başka bir çalışmada da, katılımcıların birçoğu hastaları ne yaptığını bilmeyen, deli, dengesiz kişiler olarak tanımlamışlardır (15). Komşuların şizofreni hastalarını deli/dengesiz olarak tanımlamalarında olumsuz tutumun ve önyargının etkili olduğu düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarının komşuları, şizofreni hastalarının kavga etme eğiliminin çok olduğunu ve her an saldırgan davranış sergileyip tehlikeli olabileceklerini dile getirmişlerdir. Geçmişte ve günümüzde toplumun hastalara karşı olumsuz tutumlarından en fazla etkilenen hasta grubu şizofreni hastalarıdır. Çalışmaların önemli bir bölümünde şizofreni hastaları ‘ne yapacakları önceden kestirilemeyen kişiler’ ve ‘tehlikeli’ olarak tanımlandığı ve dışlandığı belirtilmiştir (7,16,17). Ruhsal hastalığa sahip çoğu bireyde şiddet, saldırgan davranışlar görülmemektedir (18). Ancak

bazı ruhsal hastalıklarda (şizofreni, bipolar bozukluk gibi) dürtüsellik ve saldırganlık eğilimlerinin arttığı da bilinmektedir. Bu bilgiyle şizofreni hastalarının saldırgan ve tehlikeli diye genellemek yanlış bir düşüncedir. Özellikle tedavi olmakta olan şizofreni hastaları için bu tür bir risk çok düşüktür (19). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının deli ve akıl hastası olarak görüldüğü, ayrımcılığa maruz kaldığı ve saldırgan davranışlar nedeniyle korkulduğu bildirilmiştir (20). Başka bir çalışmada da toplumun şizofreni hastalarını tehlikeli olarak algıladığı, onlardan korku duyduğu ve ilişkilerine mesafe koyduğu belirtilmiştir (21,22). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin genelinin tehlikeli olduğu düşüncesi, bu konuda önyargı ve damgalamayla ilişkilidir (23,24). Aynı zamanda şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının damgalanma durumunun diğer ruhsal hastalık gruplarına göre daha yüksek düzeyde bildirilmiştir (25). Damgalama nedeniyle psikiyatri hastaları, toplumdaki dışlanmakta ve sosyal/aile yaşamları olumsuz etkilenmektedir (26). Bu damgalayıcı tutumların, ruhsal hastalıklarla ilişkili gözlemlenen davranışlar sonucu olduğu bildirilmiştir (27,28). Şizofreni hastalarının yakın çevresi olan komşular tarafından deli/dengesiz ve tehlikeli diye damgalanan şizofreni hastalarının sosyal yaşamlarının ciddi düzeyde olumsuz etkilendiği, sosyal etkileşimlerinin azaldığı ve dolayısıyla toplumda yaşamlarını sürdürme konusunda güçlükler yaşadıklarını düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarının komşuları, şizofreni hastalığına olan bireylerin garip davranışlarının ve tuhaf görünümünün olduğu dile getirmişlerdir. Şizofrenik bozukluklarda karakteristik düşünce ve algı bozuklukları, bilişsel bozulmalar, motor anomaliler, apati, iletişimde güçlükler, toplum özelliklerine göre sapmalar, garip davranış ve tuhaf görünüm kapsayan farklı bulgu ve belirtiler bulunmaktadır (29). Duygu, düşünce ve davranışları değişen, normalin dışına çıkan şizofreni hastaları toplum tarafından garip ve tuhaf olarak algılanabilir. Toplumun bu algısı kişinin toplum tarafından olumsuz bir şekilde damgalanmasına neden olur.

Şizofreni hastalarının komşuları, şizofreni hastalığının iyileşmediğini, hastanede yaşamalarının

daha iyi olabileceğini dile getirmişlerdir. Öteden beri şizofreninin asla tam olarak iyileşmeyen ve bilişsel olarak yıkımla sonuçlanan bir hastalık mı yoksa farklı düzeylerde iyileşme gösteren bir hastalık mı olduğu tartışılmaktadır. Uzun süreli izlem çalışmalarında hastaların önemli bir kısmında iyileşme görüldüğü belirtilmektedir (30). Şizofrenide iyileşme için belirtilerin düzelmesi ya da şiddetinde azalma ve genel işlevsellik düzeyini dikkate alan çalışmaların yanı sıra belirtileri çok önemsemeksizin çalışma ve toplumsal yaşama katılma düzeyini ölçüt olarak kullanan çalışmaların sayısı da giderek artmaktadır (31-34). Aynı zamanda iyileşmenin mümkün olabildiğini gösteren çalışmalarda vardır (35-39). Bununla birlikte şizofreni hastalarının tam olarak düzelmeyeceğini (40), iyileşmenin olmayacağı için sürekli hastanede yatmalarının gerektiğini ifade eden çalışmalarda vardır (15). Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin bakış açısının bilinmesi önemlidir (41). Bu bağlamda toplumun ruhsal hastalıklara bakış açısını olumlu yönde değiştirebilmek için müdahalelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir. Komşuları tarafından benimsenen önyargıların ve damgalamanın, şizofreni hastalarının yaşamlarına, sunulan bakımın kalitesine ve tedavi sürecine ne kadar olumsuz etkisinin olduğunun vurgulanması açısından değerlidir.

Şizofreni konusundaki damga sadece bir sebeple açıklanamayacak kadar karmaşık sosyal olgudur. Ancak toplumun bilgilendirilmesi bu bireylerin damgalanmasını hafifletmede etkili yöntem olarak görülmektedir (19). Toplumun şizofreni hastalığı ile ilgili olarak yeterince bilgi sahibi olmamaları nedeniyle damgalamay ve olumsuz tutumlarını engellemek için toplumun her kesimine hastalık hakkında bilgilendirici eğitimlerin yapılması gerekir. Ruh sağlığı profesyonelleri, şizofreni hastalarını fiziksel, ruhsal ve toplumsal yönden ele alarak tedavi, bakım ve rehabilitasyondan toplum eğitimine kadar birçok uygulamada yer almalıdır.

SONUÇ

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama dünyanın hemen her yerinde büyük bir sorun olmayı sürdürmektedir. Literatürde ruhsal hastalığı olan

bireylere karşı damgalamanın toplumun her kesiminde belli ölçülerde olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle şizofreni hastalarına yönelik damgalamanın tedavi ve bakım sürecini olumsuz etkileyen bir durum olarak ele alınarak üzerinde durulmalıdır. Toplumun ruhsal hastalıklar, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ve bu damgalamanın hastalar üzerindeki olumsuz etkileri hakkında belirli bir bilgi düzeyine sahip olması gereklidir. Ruhsal hastalıkların damgalanmasına yönelik mücadelede ruh sağlığı ekibinin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşireleri tarafından toplumun her kesimine, ruhsal hastalıklara yönelik eğitimler yapılmalıdır. Bu eğitimler toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyecek bir adım olacaktır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya katılımcıların çıkar çatışması yoktur.

Yazar Katkıları: Her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlayarak makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Overton SL, Medina SL. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86:143-151.
2. Taşkın EO. (2007). *Attitudes towards Mental Diseases and Stigma* Ed: Taşkın EO. 1. Basım. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, 17-40.
3. Slatery M. (2007). *Damga, Sosyolojide Temel Fikirler*, Çeviri: Şebnem Özkan, Sentez Yayıncılık.
4. Pescosoloido BA. (2013). The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social Behavior, American Sociological Association*, 54(1):1-21.
5. Çam O, Bilge A. (2007). *Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 215-223
6. Bilge A, Çam O. (2010). *Ruhsal Hastalığa Yönelik Dam-*

- galama ile Mücadele. *TAF Prev Med Bull*, 9(1):71-78
7. Bahar A. (2007). *Schizophrenia and stigmatization*. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4):101-10.
8. Rüşch N, Angermayer MC, Corrigan PW. (2005). *Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma*. *European Psychiatry*, 20:529-39.
9. Angermeyer CM, Schulze B, Dietrich S. (2003). *Courtesy stigma A focus group study of relatives of schizophrenia patients*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:593-602.
10. Meise U, Sulzenbacher H, Hinterhuber H. (2001). *Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung*. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69:75-80.
11. Marshall C, Rossman, G. (2006). *Designing qualitative research*, (4th Ed.). Thousand Oaks: Sage.
12. Kuş Saillard E. (2010). *Psychiatrist Views on Stigmatization Toward People with Mental Illness and Recommendations*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1).
13. Özyiğit E, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. (2004). *Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları*. *Yeni Symposium*, 42:105-112.
14. Bakacak AG, Boyacıoğlu AÖ. (2012). *Bireylerin Akıl/Ruh Sağlığı Tanımlamalarına İlişkin Nitel Bir Araştırma*. *Sosyoloji Dergisi*, (27), 1-15
15. Köksal H. (2012). *Toplumun Akıl Hastalıklarına Bakış Açısının Değerlendirilmesi*. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul s.36
16. Taşkın EO. (2004). *Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık*. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(Ek 3):5-12.
17. Özmen E, Taşkın EO, Özmen D, Demet MM. (2004). *Hangi etiket daha damgalayıcı: Ruhsal hastalık mı? Akıl hastalığı mı?* *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15: 47-55.
18. Volavka J. (2014). *Agression in psychoses*. *Advances in Psychiatry*, 1-20. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/196281>
19. Üçok A. (2003). *Why is the schizophrenic patient stigmatized?*. *Klinik Psikiyatri*, Ek1; 3-8.
20. Öz YC, Barlas GÜ (2017). *Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin İşe Yerleştirme İle İlgili Görüşleri Ve Beklentileri: Niteliksel Bir Çalışma*. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 28-32.
21. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. (2005). *Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong*. *Br J Psychiatry*, 186:153-157.
22. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. (2000). *Stigmatisation of people with mental illnesses*. *Br J Psychiatry*, 177:4-7.
23. Hodgins S. (2017). *Aggressive behavior among persons with schizophrenia and those who are developing schizoph-*

renia: Attempting to understand the limited evidence on causality. *Schizophr Bull.* doi:10.1093/schbul/sbx079

24. Çiçekoğlu P. (2017). *What We Cannot Talk About: Violence Towards Psychiatric Patients.* *Türkiye Klinikleri J Psichiatri Nurs-Special Topics*, 3(2):115-22.

25. Yılmaz E, Okanlı A. (2015). *The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia.* *Arch Psychiatr Nurs*, 29:297-301.

26. Corker EA, Beldie A, Brain C et al. (2015). *Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: The Fedora Project.* *Int J of Soc Psych*, 61(5):438-445.

27. Penn DL, Kohlmaier J, Corrigan PW. (2000). *Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms.* *Schizophrenia Research*, 45:37-45.

28. Sato M. (2006). *Renaming schizophrenia: a Japanese perspective.* *World Psychiatry*, 5(1):53-55.

29. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. (2017). *Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi.* *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26.2:251-267.

30. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. (2013). *The myth of schizophrenia as a progressive brain disease.* *Schizophr Bull*, 39(6):1363-1372.

31. Tsuang D, Coryell W. (1993). *An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia.* *Am J Psychiatr*, 150:1182-8.

32. Rosen K, Garety P. (2005). *Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics*

at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophr Bull*, 31:735-50.

33. Leucht S, Lasser R. (2006). *The concepts of remission and recovery in schizophrenia.* *Pharmacopsychiatry*, 39:161-70.

34. San L, Ciudad A, Alvarez E et al. (2007). *Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study.* *Eur Psychiatr*, 22:490-98

35. Strauss JS. (1989). *Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry-II.* *Schizophr Bull*, 15:179-187.

36. Strauss JS. (1992). *The person-key to understanding mental illness: Towards a new dynamic schizophrenia. III.* *Br J Psychiatry, (Suppl 18):19-26.*

37. Harding CM and Zahnister JH. (1994). *Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment.* *Acta Psychiatr Scand*, 90:140-146.

38. Harrison G, Hopper K, Craig et al. (2001). *Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study.* *Br J Psychiatry*, 178:506-517.

39. Davidson L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia.* New York, New York Press.

40. Aker T, Özmen E, Ögel K ve ark. (2002). *Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı.* *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 5-13.

41. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. (2008). *Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. Düşünen Adam*, 21(1-4):14-23