



**ŞİZOFRENİ HASTALARININ UMUT
DÜZEYİ İLE İŞLEVSEL İYİLEŞME
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ejdane COŞKUN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Yüksek Lisans Tezi - 2017

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ UMUT DÜZEYİ İLE İŞLEVSEL
İYİLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ejdane COŞKUN

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN**

**ERZURUM
2017**

T. C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ UMUT DÜZEYİ İLE İŞLEVSEL
İYİLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ejdane COŞKUN

Tez Savunma Tarihi : 27.01.2017

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN (Atatürk Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe OKANLI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi) 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ (Atatürk Üniversitesi) 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma	4
2.1.3. Şizofrenide Etiyoloji	5
2.1.4. Şizofrenide Epidemiyoloji	7
2.1.5. Şizofreni Belirtileri	7
2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım	9
2.1.7. Şizofrenide Tedavi	11
2.2. Umudun Tanımı ve Özellikleri	12
2.2.1. Hastalığa Adaptasyonda Umudun Etkisi	14
2.2.2. Umut ve Şizofreni	14
2.2.3. Umudu Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini	15
2.4. İşlevsel İyileşme ve Şizofreni	17
2.4.1. İşlevsel İyileşmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	19
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	40
EKLER	50
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	50
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	51
EK-3. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ.....	52
EK-4. ŞİZOFRENİLERDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ).....	53
EK-5. ETİK KURUL ONAYI.....	61
EK-6. HASTANE İZİN YAZISI.....	62
EK-7. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ.....	63
EK-8. ŞİZOFREN HASTALARINDA İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	64
EK-9. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	65

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, hoşgörü ve özveriyle her zaman yanımda olan kıymetli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a,

Eğitimim boyunca bana rehberlik edip desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen ve akademik gelişimime katkıda bulunun saygıdeğer hocalarım sayın Prof. Dr. Ayşe OKANLI, Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ ve Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a;

Tez çalışma sürecimde her zaman yanımda olan ve hiçbir şeyini esirgemeyen eşim Okt. Göksel COŞKUN'a araştırmanın uygulanmasına izin veren hastane yönetimine ve yardımcı olan hemşire arkadaşlarıma, yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de bana güvenen, benden sevgi ve desteğini esirgemeyen aileme ve çalışmam boyunca bana hiç sıkıntı çıkarmayan biricik kızım Nehir'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ejdane COŞKUN

ÖZET

Şizofreni Hastalarının Umut Düzeyi İle İşlevsel İyileşme Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, şizofreni hastalarının umut düzeyi ile işlevsel iyileşme arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma verileri, kamu hastaneler birliğine bağlı Bitlis Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğinde Aralık 2014 – Haziran 2015 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında ilgili hastanenin polikliniğine başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma 103 hastayla tamamlandı. Verilerin toplanmasında “ Kişisel Bilgi Formu”, “ Herth Umut Ölçeği ” ve “ŞİLÖ” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, yüzdelik dağılımlar, Cronbach alpha katsayısı ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre hastaların Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması 58.33 ± 14.98 olarak belirlendi. Herth Umut Ölçeği'nin en fazla etkilenen alt boyutu kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler (21.84 ± 5.02), en az etkilenen alt boyutu ise olumlu hazır oluşluk ve beklenti (17.23 ± 5.89) olarak bulundu. Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam puan ortalaması ise 42.33 ± 13.14 olarak belirlendi. ŞİLÖ'nin en fazla etkilenen alt boyutunun sosyal işlevsellik (15.05 ± 4.65) olduğu, en az etkilenen alt boyutunun ise mesleki işlevsellik (3.79 ± 1.75) olduğu saptandı. Herth Umut Ölçeği ve ŞİLÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: Hastaların umutlarının orta düzeyde, işlevsel iyileşmelerinin ise düşük düzeyde olduğu saptandı. Şizofreni hastalarının umut düzeyi ile işlevsel iyileşme arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, işlevsel iyileşme, şizofreni, umut.

ABSTRACT

The Relationship between the Hope Level of Schizophrenic Patients and Functional Recovery

Aim: This study is conducted to examine the relationship between the hope level of schizophrenic patients and functional recovery.

Material and Methods: This research is descriptive and correlational. The study data were collected in Psychiatry Polyclinic of Bitlis State Hospital between December 2014 and June 2015. The population of the research consisted of all schizophrenia patients who fit the research criteria and diagnosed as schizophrenia according to DSM-V and applied to psychiatric polyclinics of the related hospital between given dates. No sampling was performed in the study population, and the study was completed with 103 patients. In data collection, 'Personal Information Form' ', 'Herth Hope Scale' and 'Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS)' were used. In evaluating the data; mean, percentage distribution, Cronbach alpha coefficient and Pearson Correlation analysis were used.

Results: According to the research findings, the total mean score of 'Herth Hope Scale' in schizophrenic patients was found as 58.33 ± 14.98 . It was also found that the most affected sub-dimension of the Herth Hope Scale was the relationship between oneself and circle (21.84 ± 5.02); while the least affected sub-dimension was positive readiness and expectation (17.23 ± 5.89). Total score of Functional Recovery Scale in Schizophrenia was found as 42.33 ± 13.14 . It was found that the most affected sub-dimension of FROGS was social functioning (15.05 ± 4.65); while the least affected sub-dimension was vocational functioning (3.79 ± 1.75). When the relationship between the Herth Hope Scale and the The Functional Remission of General Schizophrenia Scale is examined; it was determined that there was a significant positive correlation between total scale scores ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that the hope levels of schizophrenic patients were in the middle level and the functional recovery levels were low. It was found that there was a relation between the hope levels of the schizophrenic patients and functional recovery.

Keywords: Functional recovery, hope, nursing, schizophrenia.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı

ŞİLÖ : Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği

FROGS : The Functional Remission of General Schizophrenia Scale

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=103)	27
Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=103).....	28
Tablo 4.3. Hastaların Herth Umut Ölçeği ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeğinden Aldıkları Min-Max Puanlar ve Puan Ortalamasının Dağılımı	29
Tablo 4.4. Herth Umut Ölçeği Puan Ortalaması ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki.....	30

1. GİRİŞ

Şizofreni bireyin; gerçek ile gerçek olmayanı ayırt etmede güçlük yaşamasına, algılama ve yorumlama kapasitesini azaltarak kendine özgü dünyasına çekilmesine neden olan kronik bir hastalıktır.^{1,2} Bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını, toplumsal ilişki ve iş yaşamını olumsuz yönde etkileyerek yeti yitimine neden olmasına rağmen tanı koydurucu bir belirtisi yoktur.³ Her toplumda ve her kültürde hastalığa sahip bireylerle karşılaşmaktadır.^{1,2} Simeone ve ark.⁴ tarafından yapılan sistematik literatür taramasında, şizofreninin şimdiki prevalansının % 0.32, yaşam boyu yaygınlığının ise % 0.48 olduğu bildirilmiştir. Şizofreni genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde başlangıç göstermektedir.² Hastalık kadınlarda daha geç yaşta başlamakta ve erkeklere göre daha iyi bir gidiş göstermektedir.¹

Şizofreni, kişileri hayatlarının en işlevsel döneminde yakalamakta ve kronik bir seyir izleyerek bireylerin çevresiyle önemli derecede uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açmaktadır.⁵ Bu nedenle şizofreni bireyi, ailesini, toplumu ve ülke ekonomisini önemli derecede etkileyen ve tedavisinde mutlaka hızlı ve titiz davranılması gereken ciddi bir hastalık olarak görülmelidir.³

Şizofreni diğer ruhsal hastalıklara kıyasla, daha fazla yeti yitimine yol açan ve kötü prognoz izleyen bir hastalık olduğundan hastaların yaşadığı umutsuzluk tedavi sırasında iyileşmenin önündeki engellerden birisidir.^{3,6} Şizofreni, umudun iyileştirici ve tedavi edici etkisine en çok gereksinim duyduğumuz bir hastalık olarak bilinmektedir.⁶

Umut kavramına yüklenen anlamlar farklılık göstermekle birlikte umut ile ilgili en kapsamlı çalışmaları yapan araştırmacılardan biri olan Jerome Frank umudu "iyi olma duygusu veren ve bireyi harekete geçmek için güdüleyen bir güç" olarak tanımlamıştır.^{7,8} Umut, bireyin içindeki motivasyonu arttırarak hastalık durumunda ortaya çıkan çaresizlik ve karamsarlık duygularını önler, bireyin olumlu yaşam

enerjisine katkıda bulunur ve hedeflerine ulaşması için kendine güvenmesini sağlar.^{9,10,11} Yapılan araştırmalarda da umut düzeyi yüksek olan şizofren hastaların, hastaneye yatış sayısında azalma, tedaviye uyum oranında ve yaşam kalitesinde artma olduğu belirlenmiştir.^{6,12} Umutsuzluk yaşayan şizofren hastalarda ise intihar oranında artma, benlik saygısında azalma, tedaviye uyumsuzluk ve işlevsel iyileşme düzeylerinde azalma gibi olumsuz durumların ortaya çıktığı tespit edilmiştir.^{13,14}

Şizofreni de işlevsel iyileşme, sağlık ve tedavi hakkında içgörünün kazanılmasının yanı sıra, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, idari ve finansal yönetimi sağlayabilmesi, kişiler arası ilişkilerin devamı için gerekli olan sosyal ortamın sağlanması ve mesleki işlevsellik gibi alanlarda beklenen ideal işlevselliğe sahip olabilmeyi kapsamaktadır.¹⁵ Şizofreni hastaları da günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler, aileleri ve çevreleri ile iletişim kurma gibi becerilere uyum sağlamakta ciddi problemler yaşamakta ve düzelme dönemlerinde bile hastaların hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine dönememedikleri bilinmektedir.^{15,16} Bu duruma bağlı olarak da şizofrenide işlevsel iyileşme ve bireylerin toplum ile bütünleşmeleri önemli tedavi hedefleri arasında yer almaktadır.³

Yapılan araştırmalarda, şizofreni tanısı konulmuş bireylerin çoğunun işlevsel iyileşme düzeyleri arttıkça tatmin edici ve üretken bir hayat sürdürebildikleri, sağlıklarını korumak için gerekli önlemleri alabildikleri, tedavinin yan etkileri ile baş edebildikleri, tedaviye yönelik iç görülerinin geliştiği ve tedaviye uyumlarının arttığı görülmektedir.^{15,17} Araştırmacılara göre de sadece belirti iyileşmesinin, şizofreniyi iyileştirmek için tek başına yeterli olmadığı belirtilmektedir.^{15,17} Bu nedenle belirtisel ve işlevsel iyileşme için tatmin edici ve üretken bir yaşam tarzının gerekli parçası olan umut kavramının düzeyi belirleyici olabilir.¹⁵

Bu yüzden şizofreni tedavisinde, umudu arttırmaya yönelik girişimlerin tedavide bir dönüm noktası olduğu ve işlevsel iyileşmeyi olumlu yönde etkilediği dikkate alınması gereken önemli bir durumdur.^{7,18} Sağlık ekinin ve özellikle şizofreni hastaları ile sık karşılaşan ve hasta bakımında önemli bir rol üstlenen psikiyatri hemşirelerinin bu konuda uygun girişimlerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır.¹⁹ Hemşireler; umut aşılama yönelik girişimler ile bireylerin kendi değerinin farkına varmasını sağlama, ulaşabilir hedefler belirleme ve olumlu düşünme gibi özelliklerin hastalara kazandırılmasında hayati bir rol oynamaktadır.¹⁸ Aynı zamanda bireysel, destekleyici, bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri ile birlikte ruhsal eğitim, beceri eğitimi, olgu yönetimi, mesleki rehabilitasyon ve toplumsal destek gibi roller de hemşirelik aktiviteleri arasında yerini alarak işlevsel yönden iyileşmelerine katkı sağlamaktadır.²⁰

Literatür incelendiğinde, şizofreni hastalarında umut ve işlevsel iyileşmenin ele alındığı bilimsel araştırmalara yurt dışında oldukça sınırlı sayıda rastlanırken, ülkemizde henüz böyle bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Şizofreni hastalarının sorunlarını belirleyerek, iyileşmelerine ve hemşirelik uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülen bu araştırma, şizofreni hastalarının umut düzeyleri ile işlevsel iyileşme arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanım

Şizofreni; erken yaşta başlayan, bireyin kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü dünyasına çekilmesine neden olan duygulanım, düşünce ve davranış alanlarını olumsuz yönde etkileyen ağır bir ruhsal bozukluktur.^{1,20} Bireylerin düşünce süreçlerinde zorluk yaşadığı; hezeyanlar, halüsinasyonlar, ileri derecede dezorganize ve katatonik davranışlara neden olan, her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilen, sosyoekonomik yönden düşük ya da düzensizlik gösteren ortamlarda daha sık görülen ciddi kronik bir hastalıktır.^{1,21}

2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma

Şizofreni DSM-V™ Tanı Ölçütleri

A- Ayırt edici Semptomlar

1. Hezeyanlar
2. Halüsinasyonlar
3. Konuşmada sapmalar
4. Davranışlarda bozulma veya katatonik davranış
5. Silik (negatif) belirtiler

Bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde iki ve daha fazla belirtinin bulunması ve bu belirtilerden birisi ilk üç maddedeki belirtiler arasında yer almalıdır.

B- Hastalığın başlaması ile birlikte bireyin iş hayatı, kişiler arası ilişkileri ve öz bakımı gibi bir ya da birden fazla alandaki işlevsellik düzeyinin, hastalığa yakalanmadan önceki erişilen düzeyin belirgin olarak altında olmalıdır.

C- Hastalığın süregiden bulguları en az 6 ay sürmelidir. Bu 6 aylık evre

içerisinde en az 1 ay (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) hastada var olan belirtiler, A tanı ölçütünü karşılayan belirtiler olmalıdır.

D- Şizoaftif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ve iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanmış olmalıdır.

E- Belirtiler bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlı olmamalıdır.

F- Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle bulunmalıdır.²²

2.1.3. Şizofrenide Etiyoloji

Şizofreninin kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, gelişmesinde tek bir etiyolojik etkenden çok çeşitli etkenlerin rol oynadığı kabul edilmektedir.^{1,20} Genetik etkenlerin hastalığın etiyolojisinde en önemli role sahip olduğu belirtilmekle birlikte çevresel etkenlerin de belirtilerin ortaya çıkışın da önemli bir role sahip olduğu ifade edilmektedir.^{2, 23}

Hastalığın ortaya çıkmasında etkili olan etkenler 4 ana başlık altında toplanabilir. Bunlar:

1. Kalıtım
2. Beyinde yapısal ve işlevsel bozukluklar
3. Biyokimyasal faktörler
4. Doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında travma, virüs varsayımlarıdır.

Yapılan aile araştırmalarında, şizofrenin genetik yatkınlıkla ilgisinin kuvvetli bulgularının olduğu bilinmektedir. Anne babanın ikisinin birden şizofreni hastası olması durumunda çocuklarında şizofreni görülme olasılığı %35 - %45 iken, sadece birinin şizofreni hastası olması durumunda bu oran %12'ye kadar düşmektedir.^{1,24} Anne-baba

sağlam fakat çocukların birinin şizofreni hastası olması durumunda ise diğer kardeşlerde hastalığın görülme olasılığı da %6-%8'dir.⁷ İkizler üzerinde yapılan araştırmalarda ise kardeşlerden biri şizofreni ise dizigotlarda hastalığın görülme riski %10-14 iken, monozigotlarda bu oran %40-50'ye kadar yükselmektedir. Herhangi bir akrabasında şizofreni hastalığı olmayan bir kişide hayat boyu şizofreni gelişme olasılığı %1 iken, akrabasında şizofreni hastalığı olan da bu oran %2,5'a çıkmaktadır.²⁴

Şizofreni hastalarında beyin görüntüleme çalışmaları sırasında beynin yapısal özellikleri ve bölgesel beyin kan akımı, glukoz kullanımı gibi işlevsel değişiklikler araştırılmaktadır. Beynin yapısal özellikleri ile ilgili değişiklikleri incelemek amacıyla Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) ve Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) gibi yöntemlerle hastaların beyinleri incelendiğinde, şizofrenik hastaların beyinde yan ventriküllerin genişlemiş olduğu görülmektedir. Beynin işlevselliği ile ilgili değişiklikleri incelemek amacıyla kullanılan Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) yönteminde ise şizofrenik hastalarda frontal bölgede kan akımında ve glukoz tüketiminde azalma olduğu saptanmıştır.²⁵

Beyin biyokimyası ile ilgili araştırmalarda da beyinde haberci rolü üstlenen nörotransmitter maddeler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu maddelerden biri olan dopaminde, aktivite artışının hastalığa yol açtığı bilinmektedir. Son yıllarda dopaminin yanı sıra serotonin, norepinefrin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterlerin de hastalığın oluşumunda rol oynadığı belirtilmektedir.^{20,26} Kullanılan ilaçlarında bu sistemler üzerinden etki ettiği düşünülürse, her hastada aynı belirtilerin ortaya çıkmaması ve her ilacın her hastaya yaramaması hastalığın ortaya çıkış nedeninin bazı hastalarda dopamin sisteminin daha etkin bazılarında ise serotonin sisteminin daha etkin olduğunu düşündürebilir.²⁰

Gebelik ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalmasına yol açan

komplkasyonların şizofreni riskini arttırdığı düşünölmektedir.²⁶ Zornberg ve ark.'nın²⁷ yaptığı araştırmada da 19 yıl boyunca izlenen yüzlerce deneğin doğum öncesinden başlayarak hemen doğum sonu dönemde hipoksi – iskemi komplkasyonu değeriendirilmiştir ve hipoksi – iskemi komplkasyonu olanlarda, olmayanlara göre şizofreni riskinin çok fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca annenin gebelik süresi boyunca geçirdiği enfeksiyonlarında çocukta şizofreniye yol açacağı ileri sürölmüş olsa da araştırmalar yetersiz kalmıştır.^{1,20}

2.1.4. şizofrenide Epidemiyoloji

şizofreni her toplumda ve her coğrafi bölgede en sık görölen ve kötü prognoz seyreden ruhsal bozukluktur.¹ Hastalığın şimdiki prevalansı %0.32, yaşam boyu yaygınlığı ise %0.48 kadardır.⁴ şizofreni hastalığı genellikle erken erişkinlik ve adölesan çağda ortaya çıkmakla birlikte 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra nadir olarak görölmektedir.²⁰ Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda ise şizofreni prevalansı için cinsiyetler arası farklılık belirtilmemekle birlikte hastalık erkeklerde kadınlara oranla daha erken yaşlarda başlamakta ve daha şiddetli seyretmektedir.²⁸

Her toplum ve sosyal sınıfta şizofreni hastalarına rastlanılmakla beraber sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilen yaygınlığın evlilerde, bekâr ve ayrı yaşayan bireylere oranla daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu da ileri sürölmektedir. Bunun yanı sıra göç, viral enfeksiyonlar, doğum mevsimi, stres verici yaşam olayları da risk etkenleri arasında sayılmaktadır.²⁹

2.1.5. şizofreni Belirtileri

şizofreni de tanı koydurucu olabilecek tek bir belirti olmamakla birlikte bireylerde birtakım belirtilerin yanında işlevsellik düzeylerinde de bir bozulmanın olması gerekmektedir.³⁰ Belirtilerin ortaya çıkma şekli ve özellikleri hastadan hastaya

farklılıklar göstermekle birlikte genellikle premorbid evre, prodromal evre ve aktif hastalık evresi olmak üzere üç bölümde incelenmektedir.^{28,30}

Şizofreni hastalarının premorbid (hastalık öncesi) evreye ait özellikleri incelendiğinde; çoğunlukla daha az konuşan, pasif ve içe kapanık bir çocukluk dönemi geçirdikleri, ergenlik dönemlerinde ise kendi kabuklarına çekilerek arkadaş edinmekten kaçınan ve çevrelerine olan ilgilerini yitirdikleri bildirilmektedir. Bu dönemde hastaların genellikle şizotipal ve şizoid kişilik özellikleri sergiledikleri görülür.^{26,30}

Prodromal evre (hastalığın başlangıç dönemi) hastada psikotik belirtilerin henüz ortaya çıkmadığı, şizofreniye ait olmayan bir takım belirtilerin gözlemlendiği dönemdir. Bu dönemde hastalarda; sanrı düzeyinde olmayan yadırganacak düzeyde büyüsel, dini düşüncelere aşırı yönelme ve aykırı inanışlar sergileme, ağrı ve yorgunluk gibi somatik yakınmalar, olağandışı davranışlar sergileme, toplumsal/mesleki işlevsellik düzeyinde düşme, dikkat dağınıklığı ve kişisel bakımda azalma gibi sorunlarla sıklıkla karşılaşmaktadır.^{26,30}

Aktif hastalık evresi ise şizofreniye ait belirtilerin gözlemlendiği dönemdir.³⁰ Bu dönem pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler olmak üzere üç grupta incelenir.²⁸

Pozitif belirtiler: Duygu, düşünce, algı ve davranımda normal dışı aşırılık ve çarpıklıkların görülme sürecidir. Bunlar; halüsinasyon, yanılsamalar, dağınık düşünme, ajitasyon ve dezorganize davranışlardır.

Negatif belirtiler: Sağlıklı bireylerden beklenen işlevlerin azalması ve yitirilmesi sürecidir. Bu belirtiler; tekdüze duygulanım, yeni şeyler yapmaya yönelik isteksizlik veya inisiyatif kullanamama, sosyal çekilme, yaşamsal olaylara karşı ilgisizlik ve yapılan işlerden zevk almama gibi belirtilerdir.

Bilişsel belirtiler: Konsantrasyon ve hatırlamada zorluklara neden olan dikkat

eksikliği, düşüncede yavaşlık, hastalığı anlamama ve kabul etmeme ile karakterize belirtilerdir.^{20,28,30}

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süregelen ve yeti yitimine yol açan kronik bir hastalıktır.²⁰ Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksız olmakla birlikte en az bir yıl hastayı izlemedikçe gidiş ve sonlanış hakkında kesin bir şey söylemek yanıltıcı olur.^{1,25} Hastalığın gidişi değişken olmakla beraber bazı hastalarda alevlenmeler ile seyrederek yıkım ile kendini gösterir, bazılarında yatışmalarla giderek işlevsellik düzeyinde artma gözlemlenir, bazılarında ise işlevsellikte bozulma ile beraber kronik bir hasta olarak yaşamlarını sürdürmeye devam ettikleri görülür.³⁰

Şizofreni hastalarında mortalitedeki yüksek orana bağlı olarak yaşam süresi genel toplum nüfusuna oranla daha kısadır.³¹ Çağdaş dönemde de en yaygın ölüm nedenleri arasında intihar görülmekle beraber hastalarda yaşam boyu intihar görülme riski %5 dir.^{31,32}

Şizofreni de gidiş ve sonlanım hastalar arasında farklılık göstermektedir ve hastalığın bireyde nasıl bir seyir göstereceğini belirleyen bazı göstergeler vardır.

İyi Prognoz Göstergeleri

- Akut başlangıç
- İleri yaşlarda başlama
- Evli olma
- Kadın cinsiyeti
- Pozitif belirtilerin olması
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Hastalık öncesi uyumun iyi olması

- Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu: iş veya hobiler
- Kırsal bölgede yaşama
- Tedaviye erken başlama ve düzenli alma
- Madde kullanım öyküsünün olmaması
- Hastanede yatış süresinin kısa süreli ve az olması
- Sosyal destek sistemlerinin iyi oluşu
- Güvenli yapılandırılmış bir çevre ve dengeli yaşam koşulları
- Gerçekçi beklentilere sahip olma ve gelecekte umutlu olmaktır.

Kötü Prognoz Göstergeleri

- Sinsi başlangıç
- Genç yaşta başlama
- Bekar veya dul olma
- Şiddetli negatif belirtilerin olması
- Erkek cinsiyeti
- Maddeyi kötüye kullanım, saldırganlık öyküsü
- Hastanede yatış süresinin uzun süreli ve çok sayıda olması
- Ailede şizofreni öyküsünün olması
- Eleştirici aile ortamı
- Şehir ortamında yaşama
- Düzenli tedavi almama
- Nörolojik belirti ve bulgular
- Hastalık öncesi dönemde şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin bulunması
- Hastalık öncesi durumun kötü olması, aşırı stres
- Sosyal destek sistemlerinin iyi olmaması
- Geleceğe yönelik umutsuz düşüncelerin yaygın olması.^{20,26,28}

2.1.7. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni hastalığının nedenleri, yapısı, sınıflandırılması tam olarak aydınlatılamamış olduğundan hastalığın sağaltımı üzerindeki görüşler de oldukça değişiktir ve bu değişiklikler genellikle hekim ya da sağlık kurumunun genel yönelimine bağlı olmaktadır.¹

Şizofreni tedavisinde farmakolojik ajanlar temel öneme sahip olmakla birlikte psikososyal tedavi programlarıyla yeterince desteklenmediklerinde başarısı sınırlı kalmaktadır. Tedavide amaç sadece hastalığın alevlenme ve yinelenmelerinin önlenmesi ya da azaltılması değil, hastaların işlevsellik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin artırılmasının da önemi büyüktür.³³

Şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönleriyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için, tedavide ulaşılmak istenen hedefler vardır. Bu hedefler;

- Hastalık belirtilerini azaltmak ya da ortadan kaldırmak,
- Hastanın yaşam kalitesini arttırmak,
- Hastalığın nüks etmesini önlemek,
- Hastanın topluma uyumunu olabildiğince arttırmak,
- Hastanede kalma gereksinimini azaltmak ya da önlemek,
- Hastanın geleceğe yönelik gerçekçi planlar yapmasını sağlamak,
- Hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmaktır.^{20,34}

Farmakolojik tedavi: İlaçlara yanıt ve duyarlılık hastadan hastaya büyük farklılıklar göstermektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak her hasta için ayrı farmakolojik tedavi planı oluşturulmalıdır, ilk aşamada hangi ilacın hangi dozda kullanılacağına ona göre karar verilmelidir.^{1,20} Tedavide en sık kullanılan ilaçlar ise; antipsikotikler, nöroleptikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, antikolinergikler ve duygu durum düzenleyicileridir.^{1,25}

Elektro-Konvülsifoterapi (EKT):Elektro-konvülsif tedavi (EKT) beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak yaygın (jeneralize) konvülsiyonlar oluşturma işlemidir.³⁵ Antipsikotik ilaçların gelişmesiyle günümüzde daha az kullanılmaktadır. İlaçlara dirençli, ilacı yan etkisinden dolayı bırakan, çok ajite ya da katatonik hastalarda zaman zaman belirtilerin yatıştırılması amacı ile tercih edilmektedir.^{1,20}

Psikososyal Tedaviler: Şizofreni hastalarında relapsları önlemek, hastalık ile başa çıkmayı kolaylaştırmak, daha iyi toplumsal ve mesleki işlevsellik kazanmak, bağımsız işlev görebilmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacı ile uygulanmaktadır.^{33,36,37}

Şizofreninin tedavisinde psikososyal yaklaşımlar tek başına etkili olmamakla birlikte, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının parçası olan psikofarmakolojik tedavi ile şizofreninin gidişini iyileştirilebilir.^{38,39} Tedavide kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı tedaviler) yer almaktadır.^{1,25}

Hastalığın iyileştirilmesinde de psikofarmakolojik tedavi yöntemlerinin kullanıldığı hastalardan daha olumlu sonuçlar alındığı belirtilmektedir.⁴⁰

2.2. Umudun Tanımı ve Özellikleri

Umut, herkes tarafından bilinen bir kavram olmasına rağmen kuramsal açıdan ele alındığında farklı tanımları bulunmakta ve bütün tanımların ortak noktası olumlu gelecek algısı fikrini içermektedir.⁴¹ Umut kavramına en fazla değinen araştırmacılardan Miller ve Powers⁴² umudu; “iyilik halinin devam etmesi ve geliştirilmesi için geleceğe yönelik olumlu beklentiler ve algılanan olumsuz durumlardan kurtulma” olarak tanımlamaktadır. Bu beklentiler somut bir şekilde bulunmasa da; hayatın anlamı ve amacı, kişisel yeterlilik duygusu, başa çıkma yeteneği, psikolojik iyilik ve kişiler arası ilişkiye dayanan iyi bir gelecek ile ilgili beklentileri içermektedir.⁴²

Dufault ve Martocchio'da umudun tek boyutlu olduğu ve devam etmediğinin düşünöldüğu durumlarda umutsuzluk kavramının geliştiiğini belirterek umudun çok boyutlu olduğunu kabul etmişler ve umudu; umut eden birey için gerçekçi ve bireysel anlamda önemli olan, iyi bir gelecek elde etmede güvenli ama kesin olmayan bir beklenti ile karakterize, çok boyutlu dinamik bir yaşam gücü şeklinde ifade etmişlerdir.¹⁸

Bireylerde umut “genel umut” ve “özel umut” olarak tanımlanan iki farklı boyutta görölmektedir. Genel umut, hayata dair umutlu yaklaşımın olmasıdır. Özel umut ise, hayatta istenilen, değeri verilen bir durumun gerçekleşmesi ve elde edilmesidir. Özel umudun genel umuttan farkı, özel umutta gerçekleşmesi istenilen durumun daha belirgin ve somut olmasıdır.¹⁸

Umut; sosyal destek, kendine saygı, güven, inanç, otonomi, arzu ve var olma anlayışı gibi birçok kavramı içermesine rağmen genellikle arzu ve istek sözcükleriyle beraber kullanılmaktadır. Çünkü bireylerin hayatta istedikleri hedeflerine ulaşma gücüne güvenmeleri umutlu olmaları ile mümkün olmaktadır. Buna bağılı olarak da istek ve umudun, bireyin olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunduğu belirtilmektedir.^{11,18} Günlük hayat içerisinde bireyin yaşam enerjisini etkilediğı belirtilen umut, bireyler tarafından bazen zayıf, bazen ise güçlü olarak hissedilmektedir.⁴³ Umudun kaybedilmesi durumu ise umutsuzluk olarak tanımlanmaktadır ve umutsuz kişiler hem kendilik algısı konusunda hem de geleceğı yönelik yaşamlarıyla ilgili konularda karamsar düşüncelere sahiptirler.¹⁸

Umut, yeni bir kavram olarak düşünölse de bireyde bir geleceğı olduğu duygusu uyandırır ve bireyin büyömek için krizleri fırsata çevirmesini destekleyerek olumlu beklentileri ve gerçeklikleri yansıtmaktadır.⁴⁴ Bu yönüyle umutlu olmak mutlu ve başarılı bir geleceğı ulaşmak için bireye yardım etmektir.¹⁸

2.2.1. Hastalığa Adaptasyonda Umudun Etkisi

Umut, kronik hastalıklarla mücadele sırasında olumlu baş etmede ve sağlığı sürdürmeye yönelik davranışlarımızda belirleyici bir faktördür.^{18,44} Umutlu olan bireyler içinde bulunduğu olumsuz durumu değiştirmek için hareket geçer ve daha az yalnızlık, çaresizlik, acı çekme gibi duygular yaşar.^{18,45}

Umutsuzluk geleceğe yönelik olumsuz düşünceleri pekiştirerek yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamakta ve mevcut hastalıklarla mücadele etmede güçlükler neden olmaktadır. Umudun kaybedilmesi hem depresyon düzeyini arttırmakta hem de intihar insidansını yükseltmektedir.^{18,46} Hastalıkların iyileşme süresini uzatarak ve vücudun savunma mekanizmasını bozarak ani ölümlere dahi yol açabilmektedir. Bu nedenle umut, hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklarda biyopsikososyal iyileşmenin gerçekleşmesinde dikkat edilmesi gereken önemli bir faktördür.¹⁸

2.2.2. Umut ve Şizofreni

Umut, düşünce ve davranışları etkilediğinden hastalığa uyumda ve iyilik halinin devam etmesinde önemli bir bileşendir.⁴⁷ Şizofreni gibi kronik hastalıklarda da umudun korunması, hastalığın olumlu ve iyi yönde gidiş gösteren belirleyicilerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁸ Bu nedenle şizofreni; umudun rehabilite edici, iyileştirici ve tedavi edici etkisine en çok gereksinim duyduğumuz hastalıklardan birisi olarak kabul edilmektedir.⁴⁸

Hastalığın iyileşmesinin önündeki engellerden biri de umudun yitirilmesidir.⁴⁸ Hastalığın tedavisi sırasında yaşanan zorluklar, hastalığa ait olumsuz görüşler, hastalıktan dolayı dışlanma, sosyal destek sisteminde azlık ve ekonomik sıkıntılar gibi problemler nedeniyle şizofreni hastaları umutsuzluk yaşamaktadır.¹³

Ortaya çıkan bu umutsuzluk durumu da şizofreni hastalığı olan bireyin kendini

yetersiz hissetmesine, depresyon ve intihar oranında artmaya, işlevsellik düzeyinde azalmaya ve hastalığa adaptasyonda zorlanma gibi pek çok soruna neden olmaktadır.¹⁴ Lysaker ve ark.'nın⁴⁹ yaptıkları bir araştırmada, umut dolu tutumu olan bireylerin umutsuz bireylere göre daha iyi bir benlik deneyimine sahip olduğu ve sosyal ilişki düzeylerinin daha gelişmiş olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında umudun var olması hastaların hastaneye yatış sıklığı ve sayısında azalmaya, tedavi süresinde kıalmaya, tedavi ve hastalığa adaptasyonda ve yaşam kalitesinde yükselmeye olanak sağlamaktadır.⁵⁰

Sonuç olarak şizofreni hastalarında umudun geliştirilmesi ve arttırılması, iyileşme sürecinde bir dönüm noktası olmalı ve tedavinin temel ilkesi arasında yer almalıdır.⁴⁸ Sağlık ekibinin bir üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin de şizofreni hastalarını umut hakkında bilgilendirmeleri ve umudu arttırmaya yönelik girişimleri uygulamaları tedavide büyük önem arz etmektedir.¹⁹

2.2.3. Umudu Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Roller

Umut kavramı uzun yıllar önce açıklanmış bir kavram olsa da hemşirelik alanında tanımlanması ve öneminin vurgulanması yeni bir durumdur. Moore⁵¹ umudu; “psikiyatri hemşireliği uygulamalarının kalbi” olarak tanımlamaktadır. Bu kavram psikiyatri hastaları ve onlarla ilgilenen hemşireleri yakından ilgilendirmekte ve umut aşılama yönelik girişimlerin uygulanmasıyla hasta bireylerde umudun artırılması ve umutsuzluğun ortadan kaldırılmasının psikiyatri hemşiresinin önemli işlevlerinden birisi olduğu kabul edilmektedir.¹⁸

Umut aşılama yönelik psikiyatri hemşiresinin uygulayabileceği girişimler altı başlık altında toplanabilir. Bunlar:

- Kişisel yaklaşımlar
- Bilişsel stratejiler

- Anıları harekete geçirmek
- Ulaşılabilir amaçlar edinmek
- Başkalarıyla bağlantı kurmak
- Bireyin kendi değerinin farkına varmasını sağlamaktır.

Kişisel yaklaşımlar: Bireyin içinde bulunduğu zor durumlarda bile umutlu olmasını sağlayan özellikler olarak tanımlanır. Umutlu olan bireylerde en sık karşılaşılan özellikler ise azim, cesaret, dayanıklılık ve sabırdır. Bu kişisel özelliklere sahip olan bireylerde olmayanlara kıyasla olumsuzluklar karşısında daha pozitif ve umutlu oldukları görülmüştür. Psikiyatri hemşireleri de umudu arttırmaya yönelik girişimleri uygulayarak hastaların umutlarını arttırmada etkili olan kişisel özelliklerinin farkına varmalarını ve geliştirmelerini sağlayabilir.¹⁸

Bilişsel stratejiler: Algıların bilinçli olarak olumlu bir yapıya dönüştürülmesi olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel stratejiler, duygularımızın kendimize verdiğimiz mesajlardan oluştuğunu ve yaşadığımız olaylardan çok nasıl düşündüğümüzle ilişkili olduğu görüşünü savunmaktadır. Olumsuz düşüncelerin farkına varmak ve bilinçli olarak zihinden çıkarılması, hastalara olumlu düşünme becerilerin kazandırılması umudu arttırmak için hemşirelerin kullanabileceği bilişsel yaklaşımlardır.¹⁸

Anıları harekete geçirmek: Geçmiş yaşantıları düşünmek kısa bir süreliğine bile olsa, insanların yaşadıkları olumsuzlukları unuttukları bir zaman dilimini yaşamalarını sağlayabilir. Sevilen bir müziği dinlemek, özel davetlere katılmak ve sevilen aktiviteleri yapmak umudun geliştirilmesinde etkili bir yöntemdir.

Birey için özel bir anlamı olan ve değerli gördüğü bazı nesnelerin umut üzerinde benzer bir rolü bulunmaktadır. Bu nesneler; özel bir arkadaş tarafından verilen hediye, en beğenilen tablo ve bazı melodiler olabilir ve umudu doğrudan arttırmak yerine umudun var olduğunu hatırlatarak bireyin harekete geçmesini sağlar. Psikiyatri

hemşiresi de hastanın umut kaynaklarını belirlemesi ve uygun şekilde kullanması için danışmanlık rolünü kullanabilir.¹⁸

Ulaşılabilir amaçlar edinmek: Elde edilebilir hedefler belirlemenin yanı sıra birey için uygun olmayan amaçların değiştirilmesini ifade eder. Hastalar, adım adım eski amaçlarını bırakarak onların yerine, yeni ulaşılabilir amaçlar edinmeleri konusunda desteklenir. Hemşireler hastaların yeni hedefler belirlemesini sağlayarak, sürekli değişen koşullara uyumlarını kolaylaştırmakta ve umudun geliştirilmesine katkı sağlamaktadırlar.¹⁸

Başkalarıyla bağlantı kurmak: Hastaların başkalarına duyduğu güven, saygı ve insanlarla kurulan anlamlı ilişkileri ifade etmektedir. İyi ilişkiler kurmak ve paylaşımlarda bulunmak umudu artırıcı bir etkiye sahiptir.¹⁸ Hemşirenin hastayla terapötik iletişim kurması, hastanın kendini yalnız hissetmesinin önüne geçer ve geleceğe yönelik olumlu bakış açısı geliştirmesinde etkili olur.⁵²

Bireyin kendi değerinin farkına varmasını sağlamak: Kendi bireyselliğinin farkına varmak, kendine değer vermek ve değer görmek insanların umutlarını arttırmaktadır. Hemşirelerin hastanın kendi değerini keşfetmesi yönünde girişimlerde bulunması da umudun arttırılmasında oldukça etkili bir yöntemdir.

Hemşireler, umut aşılama yönelik girişimleri ile şizofren hastaların, yaşamlarını pozitif yönde değiştirmelerinde ve geleceklerine dair olumlu beklentiler geliştirmelerinde önemli bir rolü üstlenmektedir.^{18,19}

2.4. İşlevsel İyileşme ve Şizofreni

İşlevsel iyileşme; sağlık ve tedavi ile ilgili içgörünün kazanılması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve ev işi etkinliklerini yerine getirebilmesi, ekonomik yönetimini sağlayabilmesi, bireyler ile olan ilişkiler ve sosyal ortamın sağlanması, mesleki işlevsellik gibi alanlarda beklenen üst düzey işlevselliğe sahip olabilmeyi

kapsayan bir kavramdır.¹⁵

Şizofreni, etkilenen kişilerin hayatının hemen her yönünü etkileyen, işlevselliği bozan ve yeti yitimine yol açan kronik bir hastalık olduğundan dolayı tedavi planlanırken üç temel amacı vardır:

1. Belirtileri azaltmak veya ortadan kaldırmak,
2. İşlevsel işleyiş ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak,
3. Hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak ve iyileşmeyi desteklemektir.⁵³

Şizofreni hastalarında görülen belirti ve bulgulardaki azalma, her zaman sosyal işlevsellik düzeyindeki gelişmeye eşlik etmez. Bu nedenle, hastalığın iyileşmesi sürecinde iş ve çalışma hayatı, kişiler arası ilişkileri ve bağımsız hayat gibi psikososyal işlevselliğin de geliştirilmesi şarttır.¹⁵

Psikososyal işlevsellik, kişinin öğrenci, çalışan, eş, aile ferdi, ev hanımı, arkadaş gibi rollerini yerine getirilebilmesini de içermektedir. Bireyin tüm bu rolleri yerine getirirken yaşadığı doyum düzeyinin kalitesi de önemli bir faktör olmakla birlikte aynı zamanda kişinin kendine bakabilme yetisini ve zamanı uygun şekilde değerlendirebilmesini gerektirir.¹⁵

Şizofrenide de gidiş ve sonlanımı belirlemede işlevsellik çok önemli bir role sahiptir. Hastalarda sosyal izolasyon, sosyal aktivitelerde azalma, kişiler arası iletişimde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevsellik kaybı gibi becerilerde azalma hastalığın ilk başından itibaren ortaya çıkan belirtiler arasında yer almaktadır ve hastalardan beklenen işlevsellik alanları da günlük yaşam aktiviteleri, toplumsal bağların kurulması ve sürdürülmesi, sosyal işlevsellik, mesleki işlevsellik olarak sayılmaktadır.⁵⁴

Birchwood ve ark.⁵⁵ tarafından yapılan bir çalışmada 334 şizofreni hastası çalışmaya katılmıştır ve bu çalışmada hastaların sosyal işlevsellik puanlarının sağlıklı

bireylerin puanlarından oldukça düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar da sosyal işlevsellik düzeyinin bireylerin eğitim durumu, meslek sahibi olma ve sosyal destek gibi çeşitli çevresel faktörlerden etkilenebildiğini göstermiştir.^{56,57}

Sonuç olarak; şizofreni hastalarında oluşan olumsuz etkileri iyileştirebilmek için işlevsel iyileşme, bağımsız yaşam ve toplumla yeniden bütünleşme önemli tedavi hedefleridir.³ Bu nedenle de farmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımları birlikte uygulandıklarında tedavi etkinliği artmakta, hastalarda ilaca olan gereksinim azalmakta ve şizofreni hastalarını topluma yeniden kazandırmada etkili olduğu belirtilmektedir.^{40,58}

2.4.1. İşlevsel İyileşmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Ruh sağlığı alanında çalışan sağlık personellerinin ruhsal hastalıklarla ilgili temel inanışları ve bu hastalıklara sahip kişilere karşı tutumları bilmesi, hastalara verilen hizmetin kalitesini etkileyeceğinden oldukça önemlidir.⁵⁹

Şizofreni hastalarının yaşadığı önemli sorunlardan birisi de toplumda yeterli düzeyde bakım alamama nedeniyle tekrarlı hastane yatışları, süregelen yeti yitimleri ve işlevsellikte azalmadır. Bu nedenle hastaların taburculukla başlayıp yaşadığı toplumda hemşirelik bakım hizmetlerinin sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır.^{33,37,60} Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni tanısı alan hastalarla günlük uygulamalarda en çok zaman geçiren kişiler olmalarından dolayı en önemli sorumluluğunun tedavi edici ortamı sağlamak olduğu bilinmektedir.^{20,59} Ayrıca bireysel, destekleyici, bilişsel davranışçı tedavi yöntemleri ile birlikte terapötik iletişim, ruhsal eğitim, beceri eğitimi, olgu yönetimi, mesleki rehabilitasyon ve toplumsal destek gibi rollerin de psikiyatri hemşireliği aktiviteleri arasında bulunması; psikososyal bakımın bireye özgü olabilmesini sağlayarak işlevselliğini kaybetmiş olan hastalara tekrardan işlevselliğini kazandırmayı amaçlamaktadır.²⁰

Şizofreni hastalarının bakım gereksinimlerini karşılarırken psikiyatri hemşiresi de bu rolleri aktif bir şekilde yerine getirerek hastaların işlevsel yönden iyileşmelerine olanak sağlamaktadır.²⁰



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, kamu hastaneler birliğine bağlı Bitlis Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde 03.12.2014 – 27.01.2017 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, kamu hastaneler birliğine bağlı Bitlis Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş 107 hasta oluşturdu ve bu hastaların 4'ü araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma kapsamından çıkarıldı. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma kriterlerine uyan toplam 103 hastayla araştırma tamamlandı.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

- En az iki yıldır DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş olması
- Hastanın remisyonda olması (hastanın klinikteki tedavisinin tamamlandığı, aktif dönem belirtilerinin gözlemlenmediği ve içgörünün geliştiği dönemdir).
- Araştırma formlarının doldurulmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozukluklarının bulunmaması
- 18 yaşından büyük olması
- Komorbid psikiyatrik tanı (depresyon, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı vb.) almamış olması
- İletişim probleminin bulunmaması ve iş birliğine açık olması
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

- Hastaların beraber yaşadıkları kişiler
- Hastalık süreleri
- Hastaların sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi)

Bağımlı Değişken:

- Umut ve işlevsel iyileşme ölçek puanları

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Aralık 2014-Haziran 2016 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Veriler hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (Ek 2), Herth Umut Ölçeği (Ek 3) ve Şizofrenilerde işlevsel iyileşme ölçeği (ŞİLÖ) (Ek 4) uygulanarak toplandı. Kişisel bilgi formu ve anketlerin uygulanması yaklaşık 25-30 dakika sürdü.

Veri Toplama Araçları

a) Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmaya katılan hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişiler, ailede başka şizofreni tanısı konulan bireyin varlığı ve hastalığın tedavi süresi ile ilişkili özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış 13 sorudan oluşturulan bir formdur.(EK.2)

b) Herth Umut Ölçeği:

Herth Umut Ölçeği, Minnesota Üniversitesi Sağlık ve Hemşirelik Koleji Dekanı Dr. Herth⁶¹ tarafından 1991 yılında bireylerin umut düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Dr. Herth⁶¹, ölçeği uyguladığı örneklemeler için yaptığı güvenilirlik

analizlerinde iç tutarlılık katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Aslan ve ark.¹⁰ tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılarak iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Bu değerler, ölçeğin “Yüksek” güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.^{10,61} (EK 3)

Ölçeğin kapsamında 30 madde bulunmaktadır. Her bir madde karşısında “Hiç uygun değil”(0 puan), “Nadiren uygun”(1 puan), “Bazen uygun”(2 puan) ve “Her zaman uygun”(3puan) şeklinde dördümlük likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Cevaplayan kişiden, her bir madde için tek bir seçenek işaretlemesi istenmektedir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar “Gelecek”, “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti” ve “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar” alt boyutlarıdır.

Alt Boyutlar:

Gelecek Alt Boyutu: Umudun bilişsel ve geçici boyutunu ölçmektedir.10 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; 1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30;

Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti Alt Boyutu: Umudun davranışsal ve duygusal boyutunu ölçmektedir.10 maddeden oluşmaktadır. Bunlar ; 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29;

Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağ Alt Boyutu: Umudun içinde bulunulan şartlar ve ilişkiler ile ilgili boyutunu ölçmektedir.10 maddeden oluşmaktadır. Bunlar ; 2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24.

Olumsuz ifade eden maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Bu maddeler şunlardır: 6, 10, 13, 17, 22, 26. Ölçeğin toplam puanı bütün maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı, her bir alt ölçeğe karşılık gelen maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada Herth Umut leği'nin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulundu (EK-3).

c) şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme leği (şİLÖ)

şizofrenide İşlevsel İyileşme leği orijinali (The Functional Remission of General Schizophrenia Scale-FROGS) ilk defa Llorca ve ark.⁶² tarafından 2009 yılında geliştirilmiş, ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Emiroęlu¹⁵ tarafından 2009 yılında yapılmış ve ölçeğin güvenilirlik kat sayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

Ölçek 19 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. Düzey (yok) en düşük düzey iyileşmeyi belirtirken, 5.düzey (mükemmel derecede var) 'ideal' işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var), 4.düzey (neredeyse tamamen var)'den oluşmaktadır.^{6,13} İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir.^{15,63}

Ölçek "Sosyal İşlevsellik", Sağlık ve Tedavi", "Günlük Yaşam Aktiviteleri" ve "Mesleki işlevsellik" olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır.^{15,63} (EK 4)

Alt Boyutlar:

Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu: Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme, sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım, kişisel aktiviteler, iletişim ve bilgilenme, aile ve arkadaşlar, yaşam için gerekli olan sosyal evre, duygusal ve cinsel ilişkiler gibi durumları değerlendirmektedir.

Sağlık ve Tedavi Alt Boyutu: Hastalığın ve tedavinin idaresi, sağlık idaresi, empati ve başkalarına yardım, tedavinin yan etkilerini idare etme gibi durumları değerlendirmektedir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri Alt Boyutu: Biyolojik ritimlere uyum, beslenme,

idari ve finansal yönetim, kişisel görünüm ve bakım, agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü, strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama gibi durumları değerlendirmektedir.

Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu: Ev işi etkinlikleri, çalışma veya eğitim gibi durumları değerlendirmektedir.

Ölçekten alınan toplam puan en az 19, en çok 95 dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğunu, ölçekten alınan düşük puanlar ise işlevselliğin düşük olduğunu göstermektedir.⁶³

Bu araştırmada ŞİLÖ'nin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak bulundu (EK-4).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 18 paket programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım ve ortalama testleri, cronbach alpha katsayısı ve pearson korelasyon testi kullanıldı. Gruplar arası farklılık incelenirken; anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise gruplar arası anlamlı farklılığın olmadığı belirtildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı (EK-5). Araştırmanın yapıldığı; kamu hastaneler birliğine bağlı Bitlis Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinden yazılı izin alındı (EK-6). Araştırmaya katılacak hastalara araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın yapılma amacı, yöntemi ve araştırma için ayrılmaları istenen zaman konusunda bilgiler verildi. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin gizli tutulacağı, araştırmaya katılmanın hastalar için herhangi bir risk taşımadığı, istedikleri zaman

araştırmadan ayrılabilecekleri ve katılımın tamamen gönüllölük ilkesine dayandığı hastalara açıklandı.

3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırma sonuçları araştırmaya katılan şizofreni hastalarına genellenebilir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=103)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-29	27	26.2
30-41	57	55.4
42 ve ↑	19	18.4
Cinsiyet		
Erkek	46	44.7
Kadın	57	55.3
Eğitim Durumu		
Okuryazar	19	18.4
İlköğretim	47	45.6
Lise	25	24.3
Üniversite	12	11.7
Medeni Durum		
Bekar	64	62.1
Evli	39	37.9
Çalışma Durumu		
Çalışan	15	14.6
Çalışmayan	88	85.4
Sosyal Güvence Varlığı		
Olan	61	59.2
Olmayan	42	40.8
Gelir Durumu Algısı		
Orta	51	49.5
Düşük	52	50.5
Yaşanılan Kişi		
Anne-Baba-Kardeş	64	62.2
Arkadaş	2	1.9
Yalnız	3	2.9
Eş-Çocuk	6	5.8
Diğer (.....)	28	27.2
Sigara ve Alkol İçme Durumu		
İçen	60	58.3
İçmeyen	43	41.7

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (**Tablo 4.1**), hastaların %55.4'ünün 30-41 yaş aralığında, %55.3'ünün kadın, %45.6'sının ilköğretim mezunu, %62.1'inin bekar olduğu, %85.4'ünün çalışmadığı, %59.2'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %50.5'inin gelir durumunun düşük olduğu, %62.2'sinin annesi, babası ve kardeşi ile yaşadığı, %58.3'ünün sigara içtiği saptandı.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=103)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Tedavi Süresi (yıl)		
1-5	33	32.0
6-10	35	34.0
11 ve ↑	35	34.0
İlaç Tedavisini Düzenli Alma Durumu		
Alan	88	85.4
Almayan	15	14.6
Hastanede Yatma Sayısı (n=95)		
1-5	67	70.5
6-10	15	15.8
11 ve ↑	13	13.7
Aile Şizofren Birey Varlığı		
Olan	48	46.6
Olmayan	55	53.4

Hastaların hastalıklarına ait özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (**Tablo 4.2**), %34.0'ünün tedavi süresinin 6-10 yıl veya 10 yıl ve üzeri olduğu, %85.4'ünün düzenli olarak ilaç tedavisi aldığı, %70.5'inin 1-5 kez hastanede yattığı, %53.4'ünün ailesinde şizofreni bir bireyin bulunmadığı belirlendi.

Tablo 4.3. Hastaların Herth Umut Ölçeği ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeğinden Aldıkları Min-Max Puanlar ve Puan Ortalamasının Dağılımı

Ölçekler	Min-Max Puanlar	Puan Ortalaması
Herth Umut Ölçeği Alt Boyutlar	Gelecek	9-30
	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	7-30
	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	11-30
	Toplam	30-90
İşlevsel İyileşme Ölçeği Alt Boyutlar	Sosyal işlevsellik	7-27
	Sağlık ve tedavi	4-20
	Günlük yaşam becerileri	6-28
	Mesleki işlevsellik	2-10
	Toplam	21-85

Hastaların Herth Umut Ölçeği ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeğinden aldıkları min-max puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı **Tablo 3**'de görülmektedir. Hastaların Herth Umut Ölçeğinin Gelecek alt boyutundan en düşük 9, en yüksek 30, Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutundan en düşük 7, en yüksek 30, Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutundan en düşük 11, en yüksek 30, toplamda en düşük 30, en yüksek 90 puan aldıkları ve Gelecek alt boyut puan ortalamalarının 19.25 ± 5.32 , Olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamalarının 17.23 ± 5.89 , Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyut puan ortalamalarının 21.84 ± 5.02 , toplam puan ortalamalarının ise 58.33 ± 14.98 olduğu belirlendi.

Hastaların Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Sosyal işlevsellik alt boyutundan en düşük 7, en yüksek 27, Sağlık ve tedavi alt boyutundan en düşük 4, en

yüksek 20, Günlük yaşam becerileri alt boyutundan en düşük 6, en yüksek 28, Mesleki işlevsellik alt boyutundan en düşük 2, en yüksek 10, toplamda en düşük 21, en yüksek 85 puan aldıkları ve Sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamalarının 15.05 ± 4.65 , Sağlık ve tedavi alt boyut puan ortalamalarının 8.73 ± 3.63 , Günlük yaşam becerileri alt boyut puan ortalamalarının 14.73 ± 4.26 , Mesleki işlevsellik alt boyut puan ortalamalarının 3.79 ± 1.75 , toplam puan ortalamalarının ise 42.33 ± 13.14 olduğu saptandı.

Tablo 4.4. Herth Umut Ölçeği Puan Ortalaması ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER		Herth Umut Ölçeği				
		Gelecek	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	Toplam	
Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği	Sosyal	r	.748**	.630**	.629**	.725**
	işlevsellik	p	.000	.000	.000	.000
	Sağlık ve	r	.747**	.632**	.606**	.717**
	tedavi	p	.000	.000	.000	.000
	Günlük	r	.541**	.779**	.738**	.910**
	yaşam	p	.000	.000	.000	.000
	becerileri					
	Mesleki	r	.652**	.565**	.503**	.623**
	işlevsellik	p	.000	.000	.000	.000
	Toplam	r	.734**	.570**	.579**	.680**
	p	.000	.000	.000	.000	

**0.01

Herth Umut Ölçeği puan ortalaması ve Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki **Tablo 4.4**'de görülmektedir. Hastaların Herth Umut Ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması ile Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının umut düzeyi ve işlevsel iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada hastaların Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması dikkate alındığında bu sonuç şizofreni hastalarının umut düzeylerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3). Yıldırım'ın⁷ İstanbul da Olçun'un⁶⁴ ise Erzurum da şizofreni hastalarının umut düzeyini belirlemek için yaptıkları araştırmalarda, hastaların umutlarının orta seviyede olduğu bildirilmiş ve sonuç yapılan araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada Herth Umut Ölçeği'nin alt boyutlarının puan ortalamaları arasında en yüksek puanın kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutuna ait olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Yıldırım⁷ ve Olçun'un⁶⁴ şizofreni hastaları ile yaptıkları araştırmalarda da ilgili ölçeğe ait alt boyutlar arasında en yüksek puanın kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, araştırmadaki bulgular ile benzerlik göstermekle birlikte bulgulara göre hastanın kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki puan ortalamasının en yüksek seviyede olmasının sebebi; hastaların genellikle ailesi ile birlikte yaşaması ve umutsuz olduğu durumlarda bile ailesi ve yakın çevresi ile ilişkilerini sürdürmek durumunda olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda da ruhsal açıdan sağlıklı bireylerin sosyal ağ sisteminin aile, akraba ve arkadaş gibi farklı gruplardan oluştuğu bildirilirken, psikiyatrik hastalarda bu sosyal ağ üyelerinin azaldığı ve bu kişilerin sadece aileleri ve birbirleri ile ilişki içinde oldukları buna bağlı olarak sosyal dünyalarının sınırlandırıldığı bildirilmiştir.^{65,66}

Araştırmada Herth Umut Ölçeği'nin en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutu ise olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu olarak belirlendi (Tablo 4.3). Umut; iyi bir gelecek elde etmede güvenli ama kesin olmayan bir beklenti ile karakterize, çok boyutlu dinamik bir yaşam gücü olarak tanımlanmıştır.¹⁸ Araştırmada olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutunun madde içeriklerine bakıldığında, korku ve şüphe duygularının hastaları zaman zaman hareketsiz bırakması, hayata bakış açılarını değiştirmesi ve hastaların yaşamsal olaylara karşı beklentilerini azaltması gibi maddelerin yer aldığı görülmektedir. Bu durum hastaların hayattan beklenti düzeylerinin umut faktörü tarafından etkilendiğini düşündürmektedir. Yıldırım'ın⁷ İstanbul da Orçun'un⁶⁴ Erzurum da şizofreni hastaları ile yaptıkları araştırmalarda olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamasının ise orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık araştırmaların yapıldığı bölge ve şehirlerin farklı olmasından dolayı hastaların sosyal-kültürel aktivitelerden ve ileri düzey sağlık-tedavi imkanlarından yeterli oranda yararlanamamalarına bağlı olarak hastaların yaşamlarına değişiklik getirmede kendilerine olan güvenlerinin azalmasından ve harekete geçmede isteksiz olmalarından kaynaklanabilir.

Araştırmada ŞİLÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında bu sonuç şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme düzeyinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3). Kavak ve Ekinci¹⁶, Kavak⁶⁷, Kaya'nın⁶⁸ ve Yılmaz'ın⁶⁹ şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeyini belirlemek amacı ile yaptıkları araştırmalarda hastaların işlevsel iyileşmelerinin düşük seviyede olduğu görülmüştür. Lambert ve ark.'nın⁷⁰ da şizofreni hastaları ile yapmış olduğu araştırmada hastaların işlevsel yönden iyileşmesinin düşük seviyede olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulgular ile benzerlik göstermekle birlikte hastalarda işlevsel iyileşme düzeyinin düşük olmasının sebepleri; hastaların hastalıkları nedeniyle bireyler ile ilişkilerini

sürdürmekten çekinmeleri, sosyal ortamda kendilerini ifade edememeleri, hastalığa, tedaviye ve günlük hayata uyum sağlamakta zorlanmaları ve bir işte çalışmaktan kaçınmaları olabilir. Yapılan araştırmalarda da hastalığın erken yaşlarda başlaması, tedavinin yan etkileri ve hastalığa yönelik damgalayıcı yaklaşımların; hastaların çalışma hayatını sürdürmesinde, aile kurmasında ve eğitim hayatını devam ettirmesinde, sorumluluklarını yerine getirmesinde ve toplum ile bütünleşmesinde güçlükler yaşadığı ve işlevselliğinin azaldığı vurgulanmıştır ve bu sonuçlar araştırmamızdaki sonucu desteklemektedir.^{60,67,71}

Araştırmada ŞİLÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamalarına göre en yüksek puanın sosyal işlevsellik alt boyutuna ait olduğu saptandı (Tablo 4.3). Emiroğlu¹³, Uğurlu⁵⁸, Kavak⁶⁷, Kaya⁶⁸, Pazvantoğlu ve ark.'nın⁷² ülkemizde şizofreni hastaları ile yaptıkları araştırmalarda sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamasının, ŞİLÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamaları arasında en yüksek puana sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca uluslararası yapılan çalışmalar incelendiğinde de sosyal işlevsellik alt boyutunun en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür.^{62,73,74} Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Sosyal işlevsellik alt boyutunun en yüksek puana sahip olmasının nedeni ise, hastaların genellikle düşük eğitim düzeyine sahip olması ve herhangi bir işte çalışmamalarına rağmen ailesi, arkadaşları ve çevresi ile iletişimini sürdürmeye devam etmesi ve sosyal hayata uyum sağlamaya çalışması olabilir. Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği üzerinde aile yaşantısının olumlu yönde etkili olduğunu belirleyen ve rehabilitasyon programlarında hasta üzerinde aktif aile desteğinin önemini belirten çalışmalarda araştırmamızdaki sonucu desteklemektedir.^{75,76}

Araştırmada ŞİLÖ'nin en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutunun ise mesleki işlevsellik alt boyutu olduğu saptandı (Tablo 4.3). Ülkemizde şizofreni hastaları ile yapılan farklı araştırmalarda, ŞİLÖ'nin mesleki işlevsellik alt boyut puan

ortalamasının en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir.^{3,58,67,68,72} Lambert ve ark.'nın⁷⁰ da şizofreni hastaları ile yaptıkları araştırmada en düşük ortalama puanının mesleki işlevsellik düzeyine ait olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir. Mesleki işlevsellik alt boyut puan ortalamasının en düşük seviyede olmasının nedenleri arasında, hastaların hastalıkları nedeniyle bir işe girmekten çekinmeleri ve çalışmamaları, kendilerini yetersiz görmeleri ve buna bağlı olarak eğitim hayatlarını devam ettirmemeleri ve geleceğe yönelik hedeflerinin olmamasından dolayı kaynaklanabilir. Erol ve ark.'nın³⁹ da şizofreni hastalarıyla yaptıkları araştırmada çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre daha iyi işlevsellik sergiledikleri bulunmuş ve iş sahibi olmanın işlevsel iyileşmeyi olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

Araştırmada Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması ile ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Bu sonuç şizofreni hastalarının umut düzeylerinin artmasıyla işlevsel yönden iyileşmelerinde artmanın olduğunu göstermektedir. Barut ve ark.'nın⁴⁴ şizofreni spektrum bozukluğu olan 20 birey ile yaptıkları nitel araştırmada şizofreni hastalarının umudun önemini bilmesine rağmen umutsuz olduklarını ama iyileşmede umudun önemli derecede etkisinin olduğu bildirilmiştir. Littrel ve ark.¹² da şizofreni tanısı alan 44 hasta ile yaptıkları araştırmada, artan umut seviyesi ile birlikte, hastaların psikopatolojik ve sosyal işlevsellik düzeylerinde iyileşme olduğu belirlenmiştir. Araştırmalardan elde edilen bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalaması ile ŞİLÖ'nin tüm alt boyutlarının (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve tedavi, Günlük yaşam aktiviteleri ve Mesleki işlevsellik.) puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı

bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.4).Umut, bireyin bir geleceği olduğu duygusunu barındıran ve mevcut olaylarla başa çıkmayı sağlayan önemli bir kavramdır.⁴⁴ Umudu yüksek olan hastalar olumlu baş etme becerileri kullanmakta, hastalıkla daha rahat baş edebilmekte ve tedaviye uyum sağlayabilmekte, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede daha aktif olmakta ve yaşamdan daha fazla keyif alarak daha üretken olmaktadır.^{7,11,18} Bu durum geleceğe yönelik olumlu düşünceleri olan şizofreni hastalarının sosyal hayata adaptasyonda zorluk çekmediğini, kontrollerini ihmal etmediği ve ilaçlarını düzenli kullandığını, hastaneye yatış sayısının azaldığını, kendi ihtiyaçlarını karşılayabildiği ve bir işte çalıştığını buna bağlı olarak da kişilerin motivasyonunu arttırarak iyileşme umudunu etkilediğini düşündürebilir.

Herth Umut Ölçeği'nin olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalaması ile ŞİLÖ'nin tüm alt boyutlarının (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve tedavi, Günlük yaşam aktiviteleri ve Mesleki işlevsellik.) puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.4). 1950 yılından bu yana psikologlar ve psikiyatrlar tarafından umudun sağlıktaki ve kendini iyi hissetmedeki rolüne vurgu yapılarak umudu, hedeflerin gerçekleştirilmesindeki olumlu beklenti olarak ifade etmişlerdir.⁷⁷ Şizofreni hastalarının da kendilerini yaşama dair hazır ve olumlu beklenti içerisinde hissetmelerinin sebebi toplum tarafından dışlanmalarına rağmen hedeflerine ulaşmada olumlu yollar bulduğunu, kendini geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunduğunu, içinde iyileşeceğine yönelik umudun olduğunu, beklenmeyen durumlarda bile olayların olumlu yönlerini görebildiğini ve mesleki sorumluluklarını yerine getirdiği sonucunu ortaya çıkarabilir. Ölçün'un⁶⁴ da şizofreni hastalarıyla yapmış olduğu araştırmada toplum tarafından reddedilen ve damgalanan bireylerin bu durumun olumsuz etkileri olmadan yaşamlarını devam ettirdiklerinde kendilerini hayata daha hazır ve olumlu beklenti içerisinde hissettikleri

vurgulanmıştır. Bu sonuç araştırmamızdaki sonucu desteklemektedir.

Herth Umut Ölçeği'nin kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyut puan ortalaması ile ŞİLÖ'nin tüm alt boyutlarının (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve tedavi, Günlük yaşam aktiviteleri ve Mesleki işlevsellik.) puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.4). Bu sonuç, kendileri ve çevreleri ile iletişimini sürdüren şizofreni hastalarının daha sosyal olduğu görüşünü ortaya çıkarabilir. Aynı zamanda şizofreni hastasının toplum içerisinde bir yerinin olduğunu bilmesi, sağlığını korumaya yönelik önlemler alması, kendi işlerini kendinin gerçekleştirmesi ve eğitim hayatını sürdürmesinin çevre ile iletişimini arttırarak hastayı daha fazla sosyalleştireceği söylenebilir. Ülkemizde de şizofreni hastalarının toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen ve bireylerin sosyalleşmelerini destekleyen birim 2011 yılında yönetmelikle kurulan ve şuan hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezileridir. TRSM ağır ruhsal bozukluğu bulunan şizofreni ve diğer kronik hastalıklara yönelik toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde; psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri tarafından uygulanmasını öngörmektedir. Bu merkezler hastanın farmakolojik tedavisinin yanı sıra psikososyal beceri eğitimleri verme ve gündüz bakım evi görevi üstlenmekte, şizofreni hastalarının kendileri ve çevreleri ile iletişimini arttırarak sosyalleşmelerini desteklemektedir.^{78,79} Bilge'nin⁷⁹ de Türkiye'de TRSM'ye yönelik yapmış olduğu araştırmada TRSM'nin tüm ülke genelinde hızlı bir şekilde yaygınlaştırılmasının, niteliklerinin arttırılmasının, toplumun bilinçlendirilmesinin önemi vurgulanmış ve iyileştirme hizmeti odaklı olmakla birlikte koruyucu hizmetlerin de bu alanda eşgüdümlü yürütülmesinin gerekliliği bildirilmiştir.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda; şizofreni hastalarına umut düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerin uygulanması ve hastaların umutlarının yüksek olmasının işlevsel

yönden iyileşmesini sağlayarak toplum içerisindeki yaşamını kolaylaştıracağı
söylenebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının umut düzeyi ile işlevsel iyileşme arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların Herth Umut Ölçeği toplam puanının orta düzeyde olduğu saptandı.
- Hastaların ŞİLÖ toplam puanının düşük düzeyde olduğu belirlendi.
- Herth Umut Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutuna ait olduğu saptandı.
- ŞİLÖ alt boyutlarında en yüksek puan ortalamasının sosyal işlevsellik alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise mesleki işlevsellik alt boyutuna ait olduğu belirlendi.
- Hastaların Herth Umut Ölçeği ve Şizofren Hastalarda İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.
- Hastaların Herth Umut Ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları ile Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Yaşama daha olumlu bakabilme ve umudu arttırmak için şizofreni hastalarının umutsuz olmalarına yol açan nedenler belirlenerek, şizofreni hastalarına umut aşılama programları ve psikolojik danışma hizmetleri verilebilir.
- Hastaların hem tıbbi tedavisine devam etmesi, hem de işlevsellik düzeyinin

artması için hastalar toplum ruh sağığı merkezlerine yönlendirilebilir.

- Mesleki işlevselliklerini arttırmaya yönelik diğerkurumve kuruluşlarla işbirliğı yapılabilir.
- Sağıık personellerine ve özellikle şizofreni hastaları ile birebir etkileşimde olan psikiyatri hemşirelerine; şizofreni hastalarına karşı doğru tutum ve yaklaşımı sergilemeleri, toplum ruh sağığı merkezleri ve tedavi ortamlarında daha profesyonel olmaları ve hastaların umutsuzluk yaşadığı durumlarda umudu arttırıcı girişimlerin bakım planına dahil edilmesinin hastanın işlevselliğini olumlu yönde etkilediğı hakkında eğitimler verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2008:242-323.
2. Köroğlu E. *Psikiyatri Başvuru El Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2010:1-2.
3. Gönüllüoğlu N. Şizofreni Hastalarına Verilen Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların İşlevsel İyileşme Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.
4. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: A systematic literature review. *Biomed Central Psychiatry*, 2015, 15:1-14.
5. Güneş D. Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 6. Psikiyatri Birimi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2010.
6. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, coping in schizophrenia spectrum disorders: Evidence of an Interaction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005,193(5): 287.
7. Yıldırım LD. Şizofren Hastaların Umut Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
8. Akman Y, Korkut F. Umut ölçeği üzerine bir çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1993, 9: 193-202.

9. Aslan Ö, Sekmen K. Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi tedavi gören hastalarda özbakım ve umut. *3.Uluslararası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı*, İzmir, 2005.
10. Aslan Ö, Sekman K, Vural H. Öğrenci hemşirelerde umut, *Hospital Life*, 2006, 1(2)61-63.
11. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. *Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 11(2): 18-24
12. Littrell KH, Herth K, Hinte LH. The experience of hope in adults with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 19(4): 61-65.
13. Lysaker PH, Clements CA, Wright DE, Evans J, Marks KA. Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189:457-462
14. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33:192-199
15. Emiroğlu B. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji. Yüksel Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2009.
16. Kavak F, Ekinci M. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3:15-17.

17. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1987, (144): 727–735.
18. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Basımevi, 2010:189-218
19. Kylvä J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M. Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13:651-664.
20. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2014: 413-446.
21. Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Özetkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Çeviri: Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-V-TR) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 49-51.
23. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi (Etiology Of Schizophrenia). *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(12):6-14
24. Taner E. Şizofreninin Genetiği. XXXV. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Şizofreni Dizisi*, 1999, 3:94-101.
25. Kaplan HI, Sadock BJ. Şizofreni. İçinde: Abay, E (editör). *Klinik Psikiyatri*, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2004, 139-150.

26. Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni. İçinde: Köroğlu E, Güleç C, Őenol S (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007, 184-226.
27. Zornberg GL, Buka L, Tsuang MT. Hypoxic-ischemia-related fetal/neonatal complications and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: A 19-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*, 2000, 157:196-202.
28. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*. 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014:325-370.
29. Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. İçinde: Aydın H, Bozkurt A (eviri editörleri). 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi , 2005.300-339.
30. Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri*. 2.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2015:103-138
31. David H, Joanna LN, Margaret H, Mohammed B, Stefanie L, Chris W, Lu Z, Anthony PR. Mortality in schizophrenia and related psychoses: data from two cohorts, 1875–1924 and 1994–2010. *BMJ Open* 2012, 2:e001810.
32. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 2010, 24:81-90.
33. Yıldız M. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001, 4:119-123.
34. Casey DE. Long-term treatment goals: Enhancing healthy outcomes. *Central Nervous System Spectrums*, 2003, 8:26-28.
35. Arkan B, stn B. Elektrokonvülsif tedavi’de (ekt) hemşirelik uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2008, 12(3): 43-51.
36. zkan B. Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik izlemin Hasta İŞlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yükü,

- Depresyon ve Duygu Dısavurumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Programı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2011.
37. Yıldız M. Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir? İçinde: Candansayar S (editör). *Neden Nasıl Şizofreni*, 1. Baskı. Ankara, PEDAY, Nisan 2005: 237-268.
38. Cohan AN, Glynn SM, MumaySwark AB, Barrio C, Fischer EP, McCutcheon SJ, Perlick DA, Rotondi AJ, Sayers SL, Sherman MD, Dixon LB. The family forum: directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatr Services*, 2008; 59(1):40-48
39. Erol A, Ünal KE, Aydın TE, Mete L. Sizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009, 20(4):313-321.
40. Arslan M, Kurt E, Eryildiz D, Yazici A, Can A, Emul M. Effects of a psychosocial rehabilitation program in additionto medication in schizophrenic patients: a controlled study. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2014; 24(4):360-7
41. Nunn K. Personel hopefulness; A conceptual review of the relevance of the perceived future of psychiatry. *British Journal of Medical Psychology*, 1996, 69: 227-245.
42. Miller J, Powers M. Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 1988, 37: 6-10.
43. Chu-Hui-Lin Chi G. The role of hope in patients with cancer. In *Oncology Nursing Forum*, 2007, 34: 415-424.
44. Barut JK, Dietrich MS, Zanoni PA, Ridner SH. Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016, 30: 178–184.

45. Kavradım TS, Özer CZ. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut (Hope in Patients with Cancer). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2014, 6(2): 154-164
46. Algın F. Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı Ve İçgörü İle İlişkisi. Sağlık Bakanlığı, 6. Psikiyatri Birimi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
47. McCann TV. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing*, 2002, 20: 81-99.
48. Landeen J, Seeman MV. Exploring hope in individuals with schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2005, 5: 45-52
49. Lysaker PH, Buck KD, Hammoud K, Taylor AC, Roe D. Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: Comparisons of objective and subjective indicators of health. *Schizophrenia Research*, 2006, 82: 241-249
50. Hasson OI, Kravetz S, Meir T, Rozenzweig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 2009, 167:231-238.
51. Moore SL. Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12: 100-105.
52. Hewitt J. Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52(5):561-570.

53. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*, 2004; 161:1-56
54. Aydemir Ö. Şizofrenide işlevsellik ve paliperidon: bireysel ve toplumsal performans ölçeği ile yapılan çalışmaların gözden geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2009, 19: 335-340
55. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157: 853-859.
56. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*. 1997, 185: 419-426.
57. McDonald J, Badger TA. Social function of persons with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2002; 40 (6): 42-50.
58. Uğurlu N. Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2011.
59. Arslantaş H. Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım ve hemşirelik sürecinin uygulanması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12:1-4
60. Yıldız M. Şizofreni hastaları için ruhsal beceri eğitimi. *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları*, 2011, 4:6-12.
61. Herth, K. Development and refinement of an instrument to measure hope, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1991, 5(1):39-51

62. Llorca PM, Lançon C, Lancrenon S, Bayle FJ, Caci H, Rouillon F, Gorwood P. The "Functional Remission of General Schizophrenia" (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*, 2009, 113(2-3):218-25.
63. Aydemir Ö. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 7. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014:481-498.
64. Olçun Z. Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2016.
65. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(2):68-75
66. Rodriguez H, Brathwaite D, Dorsey S. Depression and social support in the elderly population. *The ABNF journal: official journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*, 2002, 123-130.
67. Kavak F. Şizofreni Hastalarında Yoganın İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
68. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yüğü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
69. Yılmaz E. Şizofreni Hastalarında Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk üniversitesi, 2016.

70. Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D. Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, 67: 1690-1697.
71. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine, bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:91-99.
72. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö, Aker AA, Özturan DD, Ünverdi E. Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2014, 27: 53-60.
73. Boyer L, Richieria R, Guedjc E, Agiusa CF, Loundoua A, Llorcad PM, Auquieria P, Lançona C. Validation of a functional remission threshold for the functional remission of general schizophrenia (FROGS) scale. *Comprehensive Psychiatry*, 2013, 54: 1016–1022.
74. Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer HP, KarowA, Huber CG, Suarez D, Haro JM, Novick D, Dittmann RW, Schimmelmann BG. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 2008, 118: 220–229
75. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye’de Psikiyatri Dergisi*, 2005, 7(3): 103-108.
76. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B, Sungu G, Veznedaroğlu B. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research*, 2006, 145(2-3): 95-103

77. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteing N. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 2001, 103:387-392.
78. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). <https://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf> 20.12.2016
79. Bilge A, Mermer A, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 2(2):1-5.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Ejdane COŞKUN Doğum tarihi: 15.09.1987 Doğum Yeri: Osmaniye Medeni Hali: Evli Uyruğu: T.C. Adres: Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tel: 05055498034 Faks: E-mail: ejdanecoskun@gmail.com
Eğitim
Lise: Osmaniye Atatürk Lisesi (2001-2004) Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik (2005-2009) Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2017) Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta derecede Almanca: Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
-
İlgi Alanları ve Hobiler
Kitap okumak, Gezmek, Yüzme

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyetiniz nedir?**
(1) Kadın (2) Erkek
2. **Yaşınız ?**.....
3. **Medeni durumunuz nedir?**
(1)Bekar (2)Evli (3) Ayrı yaşıyor
4. **Şu anda evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?**
(1) Anne- baba (2) Anne (3) Baba (4) Kardeşler
(5) Arkadaşlar (6) Yalnız (8) Eş- çocuk (9) Diğer
5. **Eğitim durumunuz**
(1)Okuryazar (2)İlköğretim (3)Lise (4)Üniversite
6. **Sosyal güvenceniz var mı?**
(1) Evet (2) Hayır
7. **Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**
(1) Evet (2) Hayır
8. **Gelir gider durumunuz nasıldır?**
(1) Gelir ve giderler dengeli. (2) Gelir giderden düşük.
9. **Hastalığınızdan dolayı kaç yıldır tedavi alıyorsunuz?**.....
10. **İlaç tedavisini düzenli alıyor musunuz?** (1)Evet (2) Hayır (Düzensiz)
11. **Hastalığınızdan dolayı kaç kez hastaneye yattınız?**.....
12. **Sigara ve alkol kullanımı var mı?**
(1) Evet (2) Hayır
13. **Birinci derece akrabalarınız da şizofreni hastalığı var mı?**
(1) Evet (2) Hayır

EK-3. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki listede umutla ilgili bir dizi ifade yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyun ve kişisel olarak size uyup uymadığına karar verin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. İfadenin geçen hafta veya iki hafta içinde size ne kadar uyduğunu gösteren kutuya “X” işareti koyun.

	Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Her zaman Uygun
1)Geleceğe umutla bakıyorum.				
2)Sevdiğim kişilerin yanımda olduğunu hissediyorum.				
3)İçimde derin bir manevi güç var.				
4)Gelecekle ilgili planlar yapıyorum.				
5)İçimde olumlu bir enerji var.				
6)Geleceğimle ilgili korkularım var.				
7)İncinsem bile yoluma devam ediyorum.				
8)Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
9)İyi şeylerin her zaman mümkün olabileceğine inanıyorum.				
10)Kendimi kaybolmuş hissediyorum, ne yöne gideceğimi bilemiyorum.				
11)Zamanın yaraları iyileştireceğine inanıyorum.				
12)Yakın hissettiğim kişilerden destek alıyorum.				
13)Kendimi aşırı bir yük altında ezilmiş ve tuzağa düşmüş hissediyorum.				
14)Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
15)Kesinlikle umudun var olduğunu biliyorum.				
16)Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.				
17)Korkularım ve şüphelerim beni hareketsiz bırakıyor.				
18)Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.				
19)Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum.				
20)Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.				
21)Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.				
22)Kendimi hep yalnız hissediyorum.				
23)Geçmişte zorluklarla iyi başa çıktım.				
24)Sevdiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğunu hissediyorum.				
25)Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
26)Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.				
27)Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.				
28)İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.				
29)Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.				
30)Bugün ve gelecek hafta için planlarım var.				

EK-4. ŞİZOFRENİLERDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)

1. SOSYAL İŞLEVSELLİK

SOSYAL İLİŞKİLERDE KENDİNİ ORTAYA KOYABİLME (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1.Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.

2.Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.

3.Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.

5.Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

1 2 3 4 5

SOSYAL HAYATA VE/VEYA BİR DERNEĞE KATILIM (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1.Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.

2.Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dâhil olmaz.

3.Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.

5.Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

1 2 3 4 5

KİŞİSEL AKTİVİTELER (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1.Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.

2.Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlıdır ya da

basamakalıdır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.

3.Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.

4.Neredeyse tamamen var: Hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.

5.Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

1 2 3 4 5

İLETİŞİM VE BİLGİLENME (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1.Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.

2.Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.

3.Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.

5.Mükemmel derecede var: Hasta erişimin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

1 2 3 4 5

AİLE VE ARKADAŞLAR (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1.Yok: Hastanın ailesiyle iletişim yoktur ve arkadaşı yoktur.

2.Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).

3.Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dahil olurlar.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatif alır.

5.Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

1 2 3 4 5

YAŞAM İÇİN GEREKLİ OLAN SOSYAL ÇEVRE (mağazalar, hizmetler, komşular...): Uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler.

1.Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.

2.Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olanın dışında çok nadiren temasta bulunur.

3.Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.

5.Mükemmel derecede var: Hasta komşuları ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

1 2 3 4 5

DUYGUSAL VE CİNSEL İLİŞKİLER (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat).

1.Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.

2.Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.

3.Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.

4.Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.

5.Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

1 2 3 4 5

2. SAĞLIK VE TEDAVİ

HASTALIĞIN VE TEDAVİNİN İDARESİ (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum).

1.Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.

2.Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunun düşünmez.

3.Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.

5.Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

SAĞLIK İDARESİ (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak).

1.Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.

2.Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.

3.Yeterince var: Hasta özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.

5.Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

1 2 3 4 5

EMPATİ VE BAŞKALARINA YARDIM

1.Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.

2.Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.

3.Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına

karışmaz.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.

5.Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

1 2 3 4 5

TEDAVİNİN YAN ETKİLERİNİ İDARE ETME (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi).

1.Yok: Hasta, tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.

2.Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.

3.Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.

5.Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanır ve onlarla başa çıkabilir.1 2 3 4 5

3.GÜNLÜK YAŞAM BECERİLERİ

BİYOLOJİK RİTİMLERE UYUM (Hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu).

1.Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.

2.Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.

3.Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.

5.Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

1 2 3 4 5

BESLENME (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi).

1.Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.

2.Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.

3.Yeterince uyar: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.

5.Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

1 2 3 4 5

İDARİ VE FİNANSAL YÖNETİM (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi).

1.Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.

2.Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.

3.Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.

5.Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

1 2 3 4 5

KİŞİSEL GÖRÜNÜM VE BAKIM (Görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)
DAHA ÖNCEKİ ALIŞKANLIKLAR VE SOSYO-KÜLTÜREL ORTAMLA KİYASLANARAK DEĞERLENDİRİLECEKTİR.

1.Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.

2.Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.

3.Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi

görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.

4.Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.

5.Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

1 2 3 4 5

AGRESİF, SALDIRGAN VEYA ANTİ SOSYAL DAVRANIŞIN KONTROLÜ (Agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması).

1.Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.

2.Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.

3.Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.

4.Nerdeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.

5.Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

1 2 3 4 5

STRESE VE BEKLENMEYEN DURUMLARA UYUM SAĞLAMA (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları).

1.Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.

2.Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.

3.Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında ya da ciddi bir hal aldığında bunalır.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.

5.Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

1 2 3 4 5

4.MESLEKİ İŞLEVSELLİK

EV İŞİ ETKİNLİKLERİ (Ev idaresi ile ilgili işler; toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1.Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).

2.Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.

3.Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkânı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.

5.Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

1 2 3 4 5

ÇALIŞMA VEYA EĞİTİM (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim. İş arama ya da işe geri dönme, profesyonel entegrasyon).

1.Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.

2.Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.

3.Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.

4.Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.

5.Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

1 2 3 4 5

EK-5. ETİK KURUL ONAYI



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Şizofren Hastaların Umut Düzeyinin İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 14.11.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Şizofren Hastaların Umut Düzeyinin İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi” konulu Yrd.Doç.Dr.Özlem ŞAHİN ALTUN ve YL öğrencisi (Öğrt.Gör.) Ejdane ÇOŞKUN’un çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye
(Katılmadı)

Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-6. HASTANE İZİN YAZISI



Şişmanlık (Obezite) Kalp-Damar Hastalıkları riskini artırır

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bitlis İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 55379794/480
Konu : Tez Çalışma İzni

16
...../01/2015

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi: 05.12.2014 tarih ve 25021 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ejdan COŞKUN'un Aralık 2014-Haziran 2015 ayları arasında "Şizofren Hastaların Umud Düzeyinin İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışmasını İlimiz Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı Bitlis Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yapmasında herhangi bir sakınca görülmemektedir.

Bilgilerinize arz ederim.

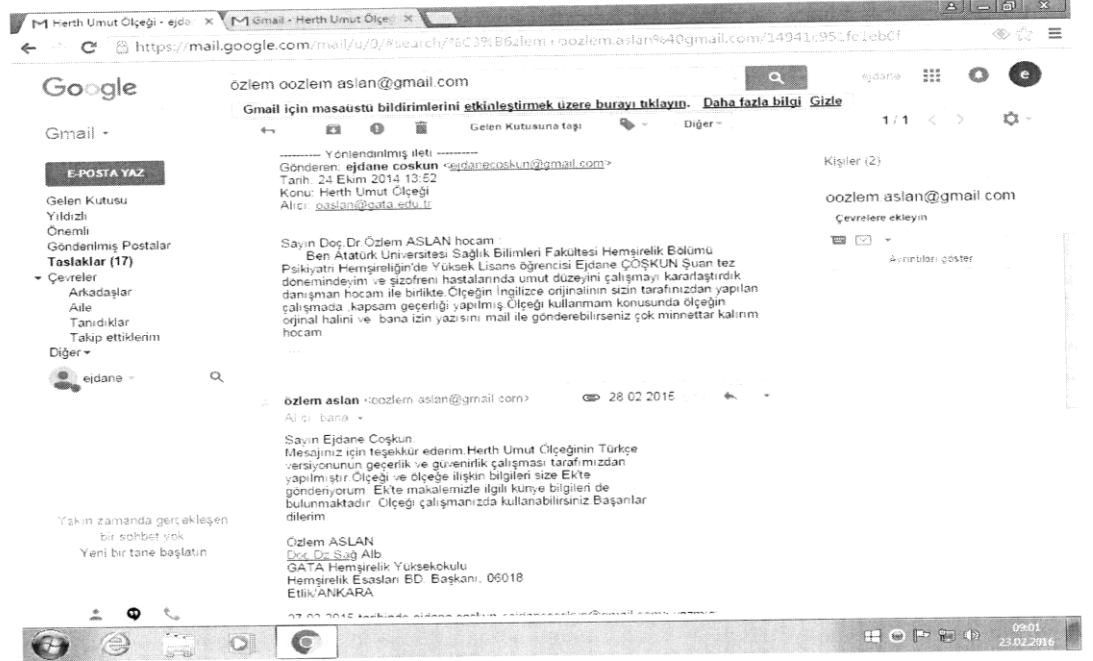
Dt.Cemalettin UNAL
Genel Sekreter V.

15.../01/15 İdari Hiz. Uzm.E.BENİCE
15.../01/15 İdari Hiz. Bşk.A.AKIN

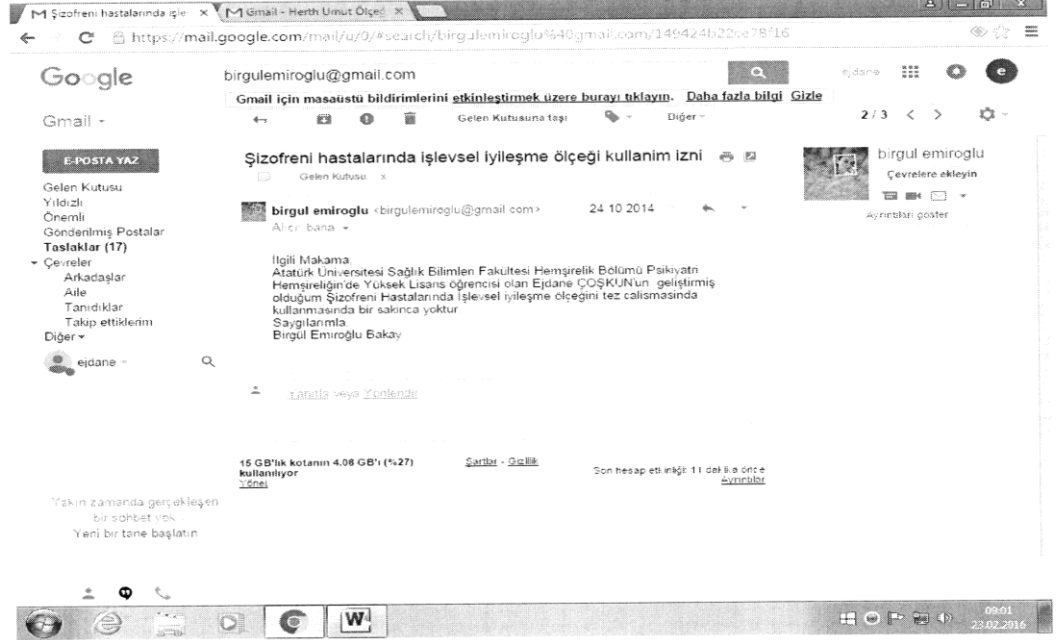
Her gün düzenli fiziksel aktivite yapınız.

Bitlis İli Kamu Hast. Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Başkanlığı (Atama ve Özlük İşleri) Tel : 0 (434) 2468440-42 Faks : 0 (434) 2468443
Not: Yazışmalarda T.C.Kimlik Numarası, Şube kodu ve sayıyı lütfen tam olarak belirtiniz. İrtibat: E.BENİCE

EK-7. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI



EK-8. ŞİZOFREN HASTALARINDA İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



EK-9. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için) (FORM: 08)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Ejdane COŞKUN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği A.D

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN
Ortak Danışman :

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 04/01/2017 ve 01/01/2010 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, ŞİZOFREN HASTALARIN UMUT DÜZEYİNİN İŞLEVSEL İYİLEŞME DÜZEYİNE ETKİSİ..... başlıklı **yüksek lisans tezini** incelemiş ve adayı 27.01.2017 tarihinde, saat 10 : 00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- ☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
- ☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,
- ☒ ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının ŞİZOFRENİ HASTALARININ UMUT DÜZEYİ İLE İŞLEVSEL İYİLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİ..... olarak düzenlenmesine,
- ☒ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Prof. Dr. Ayşe OKANLI	
Üye	: Yrd. Doç Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN	
Üye	: Yrd. Doç.Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ	
Üye	:	
Üye	:	