BURHAN SIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

**T.C.**

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

# ŞİZOFRENİ TANISI İLE YATARAK TEDAVİ OLMUŞ, TABURCULUK KARARI ALINMIŞ HASTALARDA HASTALIK YÖNETİMİ, İYİLEŞME VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Burhan SIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023- ANTALYA

**T.C.**
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

# ŞİZOFRENİ TANISI İLE YATARAK TEDAVİ OLMUŞ, TABURCULUK KARARI ALINMIŞ HASTALARDA HASTALIK YÖNETİMİ, İYİLEŞME VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Burhan SIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN**
**Doç. Dr. Kerime BADEMLİ**



2023- ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

…../…../…..

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. İlkay KESER
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Neslihan LÖK
Selçuk Üniversitesi

Üye :

Üye :

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun …/…/…. Tarih ve …/…. Sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Burhan SIR

İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

İmza

# TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitim sürecim boyunca beni her zaman sabır ve ilgiyle dinleyen, yaşanan zorluklarda tecrübeleriyle bana daima yol gösteren değerli danışmanın Doç. Dr. Kerime Bademli' ye,

Eğitim sürecim boyunca bana birçok konuda yardımcı olan, derslerinden keyif aldığım değerli Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Öğrencilik dönemimde birçok konuda desteğini esirgemeyip bana kolaylık sağlayan değerli enstitü çalışanlarımıza,

Tez sürecinde, çalıştığım hastanede veri toplamam konusunda bana destek sağlayan Ankara Şehir Hastanesi Yönetimi'ne,

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Alanında engin deneyimleri, bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, desteklerini esirgemeyen Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Klinikleri Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Erol Göka hocama,

Psikiyatri servislerinde katılımcılarla görüşmeler yürütmemde bana yardımcı olan Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ndeki tüm doktor, hemşire, personel iş arkadaşlarıma,

Çalışmaya zaman ayırarak katılım sağlayan, verileri toplarken bana oldukça destek veren tüm katılımcılarıma,

Yaşamım boyunca hep yanımda olan, büyük emekler vererek okumamı sağlayan, sevgilerini benden hiç esirgemeyen, her türlü zorlukta yanımda hissettiğim biricik aileme,

Sonsuz saygı, minnet ve şükranlarımı sunarım.

# ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma yatarak tedavi olmuş, taburculuğu planlanan şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı ilişkisel tür olan araştırma, Ankara Şehir Hastanesi psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan taburculukları planlanmış şizofreni tanısı almış bireylerle Nisan 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma örneklemini çalışmaya dahil kriterlerini karşılayan 158 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya verileri, kişisel bilgi formu, Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak, bireylerle yüz yüze görüşmelerle elde edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen veriler IBM SPSS for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, yaşanılan yer, düzenli ilaç kullanımı, tanı alınan zaman, ek rahatsızlık durumlarının hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyleri arasında anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği puan ortalaması 32.85±8.14, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalaması 5.54±4.61'dir. Hastalık Yönetimi, İyileşme Ölçeği ile Beck Umutsuzluk Ölçekleri arasında anlamlı, negatif yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=-0.522$, $p<0.05$).

**Sonuç:** Bu araştırmanın sonuçları, kişilerin çalışıyor olması, yüksek eğitim seviyesinde olması, düzenli ilaç kullanıyor olması, erken teşhis gibi durumların kişilerde hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyini arttırdığını, ayrıca kişilerin hastalık yönetimi, iyileşme durumları geliştikçe umut seviyelerinin arttığını göstermiştir. Bu doğrultuda, hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyini arttırıcı müdahale programları geliştirilmesi, çalışmanın daha geniş gruplarda ve farklı kültürlerde uygulanarak kapsamının genişletilmesi önerilmektedir.


**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Hastalık Yönetimi, İyileşme, Umut, Psikiyatri Hemşiresi.

## ABSTRACT

**Objective:** This study has been inpatient treatment and has been done to determine the relationship between disease management, recovery and hopelessness levels in patients with schizophrenia planned to be discharged.

**Method:** Research, which is the descriptive relational type from quantitative research methods, was conducted between April 2021 and June 2022 with individuals diagnosed with schizophrenia planned to be discharged in Ankara City Hospital psychiatric clinics. The research sample has created 158 patients who meet the criteria included in the study. The data for the research were obtained through face-to-face interviews with individuals using the personal information form, Disease Management and Recovery Scale, Beck Despair Scale. Data obtained as a result of the research were analyzed using IBM SPSS for Windows 25.0 program.

**Results:** Gender, educational status, working status, social security, place of residence, regular drug use, time diagnosed, disease management of additional discomfort, It has been determined to make a significant difference between levels of recovery and hope ($p<0.05$). Participants' Disease Management and Recovery Scale average score is 32.85±8.14, Beck's Despair Scale score average is 5.54 ±4.61'. Disease Management has been found to have a significant, negative-side, moderate relationship between the Healing Scale and Beck Despair Scales ($r=-0.522$, $p<0.05$).

**Conclusion:** The results of this research are that situations such as working people, being at higher education level, using regular medicines, early diagnosis increase disease management, recovery and hope in individuals, as well as disease management of people, It has shown that levels of hope increase as recovery situations develop. Accordingly, it is recommended to develop disease management, recovery and hope-increasing intervention programs, and to expand the scope of the study by applying it in wider groups and different cultures.


**Key words:** Schizophrenia, Disease Management, Recovery, Hope, Psychiatric Nurse.

# İÇİNDEKİLER

## TABLOLAR DİZİNİ

## ŞEKİLLER DİZİNİ

## SİMGELER ve KISALTMALAR

**ABD** : Amerika Birleşik Devletleri

**BDT** : Bilişsel Davranışçı Terapi

**BUÖ** : Beck Umutsuzluk Ölçeği

**DSM-5** : Diaognostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifty edition

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**HYİÖ** : Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği

**ICD-10** : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders

**TDK** : Türk Dil Kurumu

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Şizofreni dünyada ve ülkemizde yaygın görülen ve birçok bireyin yaşamını önemli düzeyde etkileyen küresel bir ruh sağlığı sorunudur (DSÖ, 2019). Şizofreni duygu, düşünce, algılama ve davranışta bozulmayla birlikte psiko-sosyal işlevselliğin bozulmasına ve beceri kaybına da neden olan kronik seyirli bir hastalıktır (Facal ve Costas, 2023; McCutcheon ve ark., 2023). Şizofreni hastalarında tedavinin amacı, hastalığın belirtilerini gidermek, hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini artırarak onları topluma yeniden kazandırabilmektir (Ponce-Correa ve ark., 2023; Silva ve Restrepo, 2019). Bu nedenle tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de hastalığın yönetimi önemlidir. Hastalık yönetimi, hastanın kişisel bakım gereksinimlerini, ayaktan ve yatarak tedavisi dahil tüm sağlık hizmetleri girişimlerini ve hastanın kendi bakımına katılımının önemli olduğu hastalıklar için geliştirilmiş bir sistemdir (van Langen ve ark., 2016). Hastalık yönetiminin amacı, hastaları beceri ile donatarak, strese duyarlılığın azaltılması ve alevlenmelerin önlenmesi, kişilerin üretken olması, hastalığı kontrol etmesi ve daha işlevsel bir yaşama doğru ilerleyerek iyileşmeleri için stratejiler geliştirilmesidir. (Roosenschoon ve ark., 2021). Şizofrenide iyileşme, günümüze kadar semptomların görülmemesi, kişilerin işlevselliklerinin eski yaşamına tekrar dönmesi ve hastalığın tamamen ortadan kalkması olarak düşünülmüştür (Çam ve Yalçıner., 2018). Ancak bu durum şizofreni gibi kronik seyir izleyebilen, iyileşme dönemlerinden sonra tekrar alevlenme olasılığı bulunan rahatsızlıklar için iyileşme kavramının yetersiz olduğunu göstermiştir (Şenocak ve ark. 2019) Günümüzde iyileşme, kişilerin; toplum içinde yaşama uyum sağlayabilmesi, yaşama umutla bakabilmesi, yaşamdan doyum alarak kendi istek ve arzuları doğrultusunda yaşayabilmesi olarak değerlendirilmektedir. (Doğan ve ark., 2020). İyileşmede kişiler kendi amaçlarına uygun hedeflerini belirleyebilmeli, olumlu bir benlik duygusuna sahip olabilmeli, sosyal ilişkilerinde, aile ilişkilerinde, profesyonel iş yaşamında işlevsel olabilmelidir (Polat ve ark., 2020). Umut, iyileşme süreci içerisinde iyileşmeyi başlatan ve devam ettiren önemli bir faktör olarak yer alır. İyileşme, şizofreni tanısı aldıktan sonra bireyin yaşadığı umutsuzluğun ve çaresizliğin yerini yeniden umudun ve mücadele için gerekli gücün almasıdır (Gutierrez ve ark., 2020). Şizofrenide umudu başarılı bir şekilde arttırmak, bireylerin karşılaştıkları her

engele karşı daha güçlü ve dayanıklı hale gelmelerine yardımcı olmakta, kişilerin stres seviyesini azaltarak iyileşme sürecine önemli katkılar sağlamaktadır. Bu nedenle umutlu olmak hastaların hastalık yönetimini kolaylaştırarak, iyileşmede önemli rol üstlenmektedir (Işık ve Ergün, 2019). Yapılan çalışmalar (Fernandez, 2022; Laranjeira ve Querido, 2022; Kavak ve Yılmaz, 2018) psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarında iyileşme sürecinde oldukça etkin bir rol aldığı, psikiyatri hemşirelerinin hastaların iyileşme sürecine oldukça çok yarar sağladığını göstermiştir. Psikiyatri hemşireleri, kişilere bakım verme rolünün yanı sıra danışmanlık, eğitici, araştırmacı, tedavi edici rolleri (T.C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı: 27515) ile şizofreni hastalarının hastalık yönetimini kazanmaları, iyileşmelerinin sağlanması, umut duygularının gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle araştırma kapsamında 'şizofreni' "şizofreni hastalık yönetimi" "şizofreni iyileşme" "şizofreni umut' 'psikiyatri hemşiresi' anahtar kelimeleri ile, Türkçe ve İngilizce dillerinde, CINAHL, Pubmed, Google Schooler, Elsevier gibi veri tabanlarında literatür taraması yapıldığında şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilerin, hastalık yönetimi iyileşme ve umutsuzlukları konusunda farkındalığın gelişmesine yardımcı olacağı, şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesinin şizofreni hastalarına yönelik olarak uygulanacak hemşirelik müdahale programları belirlemede fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu amaçla gerçekleştirilmiş olan araştırmanın soruları ise şu şekildedir:

- Şizofreni tanısı alan hastaların hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri ile sosyo- demografik farklılıkları arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Şizofreni tanısı alan hastaların hastalık yönetimi ve iyileşme puan ortalaması nedir?
- Şizofreni tanısı alan hastaların umutsuzluk puan ortalaması nedir?
- Şizofreni tanısı alan hastaların hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasında nasıl bir ilişki vardır?

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1.Şizofreni

Kişilerin alışılagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak kendine özgü bir içe kapanım dünyasına girmesine neden olan, kişilerde duygulanım, düşünce, algılama ve davranış alanlarında bozulmalara yol açan, atak dönemleri ile kişilerin yaşamları süresince devamlılık gösterebilen, kronik seyirli önemli bir ruh sağlığı problemidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; McCutcheon ve ark., 2020) Başlangıç dönemi genel olarak gençlik yıllarında olan, gidiş ve sonlanması kişiden kişiye farklılıklar gösterebilen şizofreni, kişilerin yüksek derecelerde bilişsel kayıplar yaşamasına yol açmakta, kişilerin önemli derecelerde işlevselliğini yitirmesine neden olmaktadır (Çataloluk ve Buran, 2023). Şizofreni, kişilerin; rutin aktivitelerini, sosyal ilişkilerini, toplumsal rollerini, yaşamla olan bağını oldukça olumsuz yönde etkilemekte, kişilerin toplumdan ayrışmasına, kendi iç dünyalarına kapanarak izole bir yaşam sürdürmesine neden olmaktadır (Polat ve Kutlu, 2019; Altun ve Olçun, 2018).

Tarihsel anlamda kesin ve net bir tarihi bulunmayan rahatsızlığın temellerinin MS. I ve II. Yüzyıllara dayandığı bilinmektedir (Veague, 2007). Çağlar boyunca birçok kişiyi etkisi altına almış ve kişilerde önemli derecede işlevsel kayıplara neden olmuş rahatsızlık yarattığı yüksek düzeyde işlevsel kayıplar nedeni ile ruh sağlığı alanında önemli bir yere sahiptir (Karagülleoğlu ve Çarhan, 2021).

Günümüze kadar şizofreniye neden olan durumlara yönelik araştırmalar yapılmış olsa da çıkış sebebi tam olarak belirlenemeyen rahatsızlık geçmiş dönemlerden günümüze kadar iyileşmesi imkânsız bir hastalık olarak bilinmiştir (Veague, 2007). Ancak son dönemlerde yapılmış olan çalışmalar hastalık ve hastalığa yakalanan kişilere yönelik bu bakış açısının aksine bir durumu ortaya koyarak şizofrenide iyileşmenin mümkün olduğuna yönelik veriler sunmuştur. (Çoker ve ark.,2021; İpçi ve ark. 2020; Kavak ve Yılmaz, 2018). Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının da iyileşebileceği ve iyileşmesinin mümkün olduğunu belirterek, iyileşme kavramları üzerinde durmakta, kavramların yetersizliklerine dikkat çekerek, iyileşme düşüncesine yönelik yeni bir bakış açısı oluşturmakta, hastalığa yönelik düşünceleri değiştirmektedir (Weeghel ve ark., 2019).

### 2.1.1. Şizofreninin Nedenleri

Şizofreninin açıklanmasında tek bir neden bulunmamaktadır. Hastalığın günümüzde birçok farklı nedenden etkilendiği ve bu nedenlere yönelik çeşitli görüşlerin öne sürüldüğü, görüşler çerçevesinde çeşitli araştırmalar yapıldığı bilinmektedir (Ateş ve Abay, 2001; Khashan ve ark., 2008; Koenig ve ark., 2005; Davies ve ark., 2003). Yapılan çalışmalar; hastalığın genetik(organik) yollarla geçebileceği, dopamin hipotezine bağlı olarak gelişebileceği, çevresel faktörlere bağlı gelişebileceği, toplumsal nedenlere bağlı olarak gelişebileceği gibi sonuçlar sunmuş olsalar da tüm bu çalışmalarda tam ve kesin bir sonuca varılamamıştır (Mulvany ve ark. 2001; Marshall ve Howrigan, 2017). Tüm bu nedenlerin her birinin şizofreni oluşumunda etkin rol oynadığı, ancak her birinin şizofrenide tek bir nedeni oluşturmadığı görüşüne varılmıştır (Çataloluk ve Buran, 2023). Şizofrenin oluşumunda birden fazla nedenin var olduğu, hatta bu nedenlerin bazen tek başlarına görülebilirken bazen birkaçının birlikte görülebileceği belirtilmiştir. Bu nedenle şizofreninin tek bir nedeninin bulunmadığı, oluşumunda çeşitli nedenlerin ayrı ayrı görülebileceği gibi bir arada görülmesinin de mümkün olduğu söylenebilinmektedir (Özen, 2020).

### 2.1.2. Şizofrenide Belirtiler

Şizofreninin kişide tam olarak ne gibi durumlarla başladığını belirlemek her zaman mümkün olmasa da hastalığın belirtileri dışarıdan gözlemlenebilir durumlarda olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Genel olarak bakıldığında kişinin alışık olduğu yaşamdan ayrı davranışlar sergilemesi, rutin kişisel bakımlarını aksatması, uyku düzenini sağlayamaması, toplum içinde bulunamaması gibi şikayetleri ile değerlendiriliyor olsalar da hastalık temel olarak kişide; düşünce ve algı sistemini bozulması, bilişsel yıkıma neden olması, motor aktiviteleri azaltması, iletişim sorunları oluşturması gibi nedenlerle kendini göstermektedir (Carpenter, 2015). Hastalığın belirtileri genel olarak iki kısımda incelenebilmektedir. Bunlar ‘pozitif’ yani kişinin normal duruma göre taşkınlık göstermesi durumları, diğeri ise ‘negatif’ yani kişinin normal duruma göre yoksunluk belirtileri göstermesi durumudur. Bu belirtiler bazı kişilerde pozitif yönde durumların gözlenmesi şeklinde görülebilirken, bazılarında ise negatif yönde durumların gözlenmesi şeklinde olabilmektedir. Ancak

kişilerde iki durumun birlikte görüldüğü durumlarında olduğu bilinmektedir (Yıldız, 2018).

**Tablo 2.1.:** Şizofreninin taşkınlık ve yoksunluk belirtileri ve köken aldıkları işlev bozuklukları (Yıldız, 2018)

| **Şizofreninin Pozitif Belirtileri:** Beynin işlevselliğinde aşırılaşma ya da çarpıtma | |
|---|---|
| **Belirti** | **Bozulan İşlev** |
| Sanrılar<br>Varsanılar<br>Dağınık Düşünceler<br>Dağınık Davranış ya da Dona kalım | Düşünce İçeriği<br>Algı<br>Düşünce Yapısı, dil<br>Hareketlerin Örgütlenmesi<br>Davranışların Denetimi |
| **Şizofreninin Negatif Belirtileri:** Beyin işlevselliğinde azalma | |
| **Belirti** | **Bozulan İşlev** |
| Düşünce Yoksullaşması<br>Duygulanımda Donuklaşma<br>İrade/İstek azalması<br>Haz yitimi | Düşünce Üretimi<br>Duygu Üretimi<br>İstek ve Dürtü Üretimi<br>Zevk Alma Kapasitesi |
| Dikkat sorunları<br>Bellek Sorunları<br>Sorun Çözme | Dikkat<br>Bellek<br>İşlem Belleği |

### 2.1.3. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni, dünya genelinde yaklaşık olarak 24 milyon insanı etkisini altına almıştır. Dünya'da her 300 kişiden 1'inde görülebilen hastalığın meydana gelme olasılığı %0.45 civarındadır (DSO, 2022). Genel olarak düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerde daha fazla görüldüğü bilinen hastalığın, toplumun hemen her kesiminde görülebilen bir rahatsızlık olduğu bilinmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Weinberger ve Harrison, 2011). Şizofreni rahatsızlığının cinsiyete göre görülme oranına bakıldığında ise genel olarak bekar ve yalnız erkeklerde daha çok görüldüğü, evli olan erkeklerde de kadınlara oranla daha sık rastlandığı belirtilmiştir (Yaşar ve Yıldız, 2020; Jauhar ve ark, 2022). Şizofreni her yaş aralığında görülebilen bir rahatsızlıktır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Ancak yapılan çalışmalar şizofrenin erkeklerde görülme yaş oranının kadınlara oranla daha erken dönemlerde başladığını, erkeklerde 15 ila 25 yaş arasında sık görülürken kadınlarda ise bu yaş aralığının 25 ila 35 arasında olduğunu belirtmiştir (Yıldız, 2018).

### 2.1.4. Şizofrenide Tanı

Şizofrenide tanılama uluslararası kabul görmüş olan ortak tanılama sistemleri ile yapılmaktadır. Ortak kabul görmüş olan bu tanılama sistemleri, Dünya genelinde Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders) olarak kabul ettiği tanılama sistemi ve Amerika Psikiyatri Birliğinin DSM-5 (Diaognostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifty edition) olarak kabul ettiği tanılama sistemidir (DSO, 2023; DSM-5, 2022).

ICD-10 tanılama sisteminde şizofreni tanısı koyulabilmesi için; kişilerde düşünce sürecinde ve algıda bozulma olması, kişilerde entelektüel yeti yitimi görülmesi, düşünce içeriğinde düşüncelerin yayılmasının olması, kişilerin sanrısal algı ve üçüncü kişi halüsinasyonları içerisinde olması durumlarının olması gerektiği ve bu durumların gerçekleşmelerinin kişide en az 6 aylık süredir devam ediyor olmasının, ayrıca kişilerin bu durumlar yaşanırken herhangi bir uyuşturucu alkol vb. kullanmıyor olması gerektiği belirtilmiş, şizofreni;'paranoid, herbefrenik, katotonik, farklılaşmamış, post-şizofreni, rezidual, basit tür ve diğer' olarak 8 ayrı bölümde ele alınmış ve her biri için ayrı ayrı tanımlamalar yapılmıştır (DSO, 2023).

DSM-5 tanılama sisteminde tanılama için ise; kişilerde, pozitif ya da negatif belirtiler durumlarından en az 2 tanesinin ya da fazlasının görülmesi gerektiği, kişilerin belirtileri gösterdiği süre içerisinde herhangi bir ilaç, alkol, uyuşturucu etkisinde olmaması gerektiği, rahatsızlığın manik- depresif, obsesif- kompulsif bozukluk gibi hastalıklarla açıklanamaması gerektiği, kişilerde rahatsızlık durumunun uzun süredir (en az 6 aylık periyot) devamlı olması gerektiği belirtilmiştir(DSM-5-2022).

İki sistemin tanılama sisteminin birbirine oldukça yakın bir sistem olması, belirli şartlar sunarak tanılamanın yapılabileceğine yönelik ortak yönlerinin olması ve iki sistemin de hastaları tanılarken herhangi bir laboratuvar bulgusuna ihtiyaç duyulmadan sadece gözlem ve davranışları inceleyerek kişilere tanı koyulabileceğini belirtmiş olması sistemlerin en önemli ortak özelliğidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2011)

### 2.1.5. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavisi günümüzde, kişinin rahatsızlığının tamamen ortadan kaldırılması ve kişinin rahatsızlığına bağlı belirtilerin azaltılarak kişinin yaşama tekrar geri döndürülmesini amaçlayan farmakolojik tedavi ve psiko-sosyal tedavi yöntemlerinin iş birliği içerisinde sürdürülmektedir (Yıldız, 2018). Uygulan farmakolojik tedavilerle rahatsızlığın atak dönemleri kontrol edilebilir hale getirilmekte ve kişilerin psiko-sosyal tedavi yöntemleri ile yaşam becerileri, yaşama tekrar uyumu konuları ele alınarak kişileri tekrar yaşama kazandırabilmek amaçlanmaktadır (Kocal ve ark., 2017). Bu tedavi yöntemleri, geçmiş dönemlerde hastalığın tedavi edilemez anlayışını değiştirmiş, kişilerin atak dönemlerinin azaltılmasını sağlayarak kişilerin tekrar topluma kazandırılmasında oldukça etkili olmuştur. (Stepnicki ve ark., 2018).

Ancak günümüzde bu tedavi yönteminde zamanla gelişmesi gerektiği, uzun yıllardır oldukça fayda sağlayan bu tedavi yöntemlerine yeni yöntemler eklenmesi gerektiği savunulmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul,2018). Bununla beraber kişilerin bireysel düşüncelerinin, kişisel kararlarının da önemsenmesi gerektiğinin gerekli olduğuna, iyileşmenin gerçekleşebilmesi için kişilerin sadece klinik olarak düşünülmemesi gerektiğine yönelik çalışmalar yapılmakta (Singla ve ark. 2020; Soygür ve ark., 2016), şizofreninin tedavisinde sadece farmakolojik yöntemleri ele almak ya da kişinin sadece kaybedilen işlevselliğine odaklanmanın yeterli olmadığına, bununla beraber kişilerin bireysel özellikleri değerlendirildiği, bireysel hedefleri üzerinde durulduğu ve kişinin tedaviye katılımının sağlandığı ortak bir tedavi yönteminin gerektiği savunulmaktadır(Çam ve Yalçıner, 2018; Doğan ve ark., 2020; Şenocak ve ark., 2019).

## 2.2. Hastalık Yönetimi ve İyileşme

### 2.2.1. Hastalık Yönetimi

Hastalık, kişilerin yaşamsal faaliyetlerine önemli ölçüde olumsuzluklar getiren, kişilerin yaşamda yerine getirmesi beklenen davranışları yerine getirmesine engel olan kişilerde önemli derecede işlevsel kayıplara yol açan önemli bir durumdur. Özellikle kronik rahatsızlıklar kişilerin hastalığa bağlı olarak günlük yaşamdaki işlerini yerine getirememesine, toplumsal rol ve sorumluluklarını yerine getirmesinde güçlükler yaşamasına, yaşamı verimli bir şekilde yaşayamamasına neden olmaktadır (Yüksel ve Aslantaş, 2021).

Oysa her birey yaşamın kendisine sağladığı olanaklar içerisinde en verimli yaşama ulaşabilme ve yaşamdan doyum alarak içinden geldiğince yaşayabilme, kendi potansiyelinin farkında olarak kendini gerçekleştirebilme, yaşamdaki etkin rollerini yerine getirebilme, yaşamda en yüksek işlevsellikle çalışabilme, umut dolu gelecek planları yapabilme hakkında sahiptir (Yıldız,2018).

Kronik sağlık problemi yaşayan bireyler hastalığın getirmiş olduğu olumsuz durumlar nedeniyle gündelik yaşam becerilerini, aileleri olan ilişkilerini, toplumsal rol ve sorumluluklarını, finansal becerilerini yerine getirememekte, kendi bağımsız kararlarını veremeyerek başka kişilere bağımlı yaşamak zorunda kalmakta, kişisel arzu ve isteklerini yerine getirmekte sorunlar yaşayarak bağımsız olma hürriyetinden yoksun kalmaktadırlar (Polat ve Kutlu, 2021). Kişilerin yaşamış olduğu hastalık tekrarları ve tekrarlı hastane yatışları kişilerde oldukça önemli derece işlevsel kayıplara neden olmakta, kişilerin yaşamlarında yüksek düzeyde stres oluşumuna, yaşamsal aktivelerinin sekteye uğrayarak bozulmasına, kişinin yaşam kalitesinin düşmesine ve yaşamda etkin ve verimli bir biçimde rol alamamasına yol açmaktadır (Liberman,2011)

Hastalık yönetimi, kişilerin hastalıkları nedeniyle kaybolan işlevselliklerini kişilere tekrar kazandırmak, kişilerin var olan potansiyeline tekrar ulaşmasını sağlamak, hastalık nedeniyle kaybolan ve azalan işlevselliğin tekrar kazanılarak kişilerin, hayatın kendilerine sunduğu olanaklardan en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiş olan sistematik müdahalelerin bütünüdür (Polat ve Kutlu, 2021). Hastalık yönetimi, kişilerin var olan kronik hastalık durumlarına yönelik kişilerin bireysel bilgi gelişimini sağlayarak kişilerin hastalıklarını tanımasını, kendi bireysel yetenek ve becerilerin farkına varak kişilerin kişisel, kendine has bir yolculuğa çıkmasını, kişilerin etkin yaşam mücadelesine geri dönebilmesini hedeflemektedir (Fardig, 2012). Kişiler hastalık yönetimi ile kendilerinde bulunan kronik rahatsızlığı tanır. Kendi becerilerini gözden geçirir ve hastalığına yönelik yanlış inançlarını ve baş etme yöntemlerini tekrar düzenler. Kişi, hastalığının uzmanı rolünde kendi kendini yönetme becerisini kazanır. Bu sayede kişi yaşamının kontrolünü tekrar kendi ellerine alarak yaşamında kendi karar verebilme becerisine tekrar ulaşır (Mueser ve ark.2002, Lin ve ark.2013). Hastalık yönetimi ile kişiler kendi bireysel farkındalıklarını kazanarak, bireysel baş etme becerilerini geliştirir, Yaşamış olduğu rahatsızlık nedeniyle uzun süredir kaybolan işlevselliklerine tekrar yönelme arzusu kazanırlar (Mueser ve ark.,

2006). Yaşamda tekrar kendine yer bulan ve toplumla iç içe yaşamdan zevk alarak yaşayan bireyler kendi kişisel hedefleri doğrultusunda yaşamda tekrar mücadele edebilme ve zorluklarla baş edebilme motivasyonunu tekrar kazanır. Tüm bu durumlar ise bireyde yavaş ama sürekli bir iyileşme çizgisinin oluşmasında oldukça önemli bir yere sahip olmaktadır (Silva ve Restrepo, 2020; Ponce- Correa ve ark., 2023).

Hastalık yönetimi becerileri, temelde bireye kazandırılmak istenen belirli stratejiler içerir. Bu stratejiler her ne kadar kişisel olarak genişletilebilir durumda olsalar da genel olarak 5 önemli basamaktan meydana gelmektedir. Bunlar:

1- Kişiler hastalığı ve bu hastalığa yönelik tedaviler hakkında yeterli bilgi düzeyine ulaşabilmelidir (Liberman, 2011; Whitley, 2009).

2- Kişilerin tedaviye katılımını sağlanabilmeli, kişilerin sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde koordineli olarak çalışabilmesi sağlanabilmelidir (Mueser ve ark., 2006; Liberman, 2011).

3- Kişinin kendi hastalığı hakkında en profesyonel kişi olduğu kabul edilerek sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde kendisine has bireysel baş etme stratejilerini belirleyebilmelidir (Mueser ve ark., 2013; Yüksel ve Aslantaş, 2021).

4- Kişinin süreç içerisinde bireysel baş etme stratejilerini kullanarak hastalığı ile baş edebilme sürecini sağlanabilmeli ve bu süreçte yaşayacağı zorluklar konusunda kişi bilgilendirilerek kişinin karşılaşabileceği zorluklar hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır (Liberman, 2011; Mueser ve ark., 2013).

5- Kişinin bireysel özelliklerinin yanı sıra çevresel özellikleri de dikkate alınmalı çevresel desteğinin ve aile desteğinin birey tarafından hissedilebilmesi sağlanmalıdır (Yüksel ve Aslantaş,2021; Whitley, 2009). Şeklindedir.

Hastalık yönetiminde her ne kadar belirli basamaklar ve bu basamaklar doğrultusunda belirli adımlar atılmak istense de unutulmaması gereken önemli durum ise kişilerin her birinin kendine has bireysel özelliklerinin bulunduğu ve esas amacın yöntemin bireysel olarak kişiselleştirilerek kişilere yardımı dokunabileceğinin unutulmamasıdır (Amering ve Schmolke 2017). Bireyler kendi hastalıkları hakkında en çok tecrübeye sahip olan, hastalığın kişide yaşattığı olumsuz durumları veya hastalığın getirdiği

önemli işlev kayıplarını bilen en uzman kişidir. Kişiler hastalık yönetimi ile kendine has bireysel baş etme becerilerini öğrenebilmesi, kendi kontrolünü kendi sağlayabilmesi bağımsız olma becerisine ulaşabilmelidir (Liberman,2011). Kendi bağımsız kararlarını verebilen bireyler yaşama yönelik bireysel hedeflerini belirleyebilmeli, hastalığa rağmen yaşama devam edebilmeli yaşamın kendisine sunduğu imkanlar içerisinde gerçekçi bir iyimserlik ve umut içerisinde yaşama tekrar sarılabilmelidir (Shrivastava ve Sousa, 2020).

### 2.2.2. İyileşme

Sağlık, nasıl ki hastalık durumunun olmamasından daha fazlası gibi bir anlamı içerisine alıyorsa iyileşme de semptomların ortan kalkması ve semptom görülmemesinden daha fazla anlamı içine alan önemli bir kavramdır (Cripps ve Hood, 2020). Kavramsal açıdan psikoloji, tıp, felsefe gibi farklı alanlarda birçok bilim adamı tarafından farklı şekillerde tanımlanmış ve her alanda farklı biçimlerde yorumlanmış olan iyileşme kavramı hakkında: 'Engellerin üstesinden gelmek, yaşama yeniden sarılmak ve yaşamdaki tecrübelerle ilerlemektir'(Deegan, 1998), 'Kişinin yaşamda karşına çıkan zorluklar karşısında mücadele etmesi, yaşadığı zorluklara karşı kişilerin dayanıklı biçimde durabildiği, kişilerin yaşamındaki sosyal ilişkilerini, aile ilişkilerini ve iş hayatını yeniden kurduğu, kişinin kendisine yeniden başladığı ve kendini keşfettiği ve bu keşif sonucunda eskiye göre daha güçlü bir benlik oluşturarak yaşamına yeniden başladığı bir süreç' gibi farklı tanımlamalar yapılmıştır (Spaniol ve ark., 2009). Köken olarak Fransızca 'recovery' kelimesine dayanan iyileşme kavramı, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde ise 'hastalıktan kurtulmak, sağlığı yerine gelmek, salah bulmak' anlamlarına gelmektedir (TDK, 2021)

İyileşmenin tarihsel kökeni ise kesin olarak bilinmemektedir. İlk olarak 19.yy başlarında İngiltere de kapalı ve kötü yaşam şartları bulunan ortamlarda tutulan, toplumdan uzak yerlerde tedavi edilmeye çalışılan ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilerin daha ferah ortamlarda ve temiz yerlerde sağlıklarının düzelebileceğine inanan hekimlerin 'moral' tedavi amacı ile kişileri daha ferah ve daha temiz ortamda tedavi etmeye yönelik yaptığı girişimler sonucu ortaya çıktığı belirtilen kavramın(Bag, 2018), literatürde ise, bağımlılık hareketleri çerçevesinde ortaya çıktığı, 1930'lu yıllarda kurulmuş olan Adsız Alkolikler grubunun 12 adımlık 'iyileşme süreci' ile ilk kez ortaya konduğu belirtilmektedir (Murray, 1996; Sowers, 2005; Travis, 2009).

Abraham Low tarafından 1927 yılında kurulmuş olan ‘recovery’ isimli yardım örgütü ve ABD merkezli ‘We Are Not Alone’ akımı ile iyileşme hareketinin başladığı ve dikkati üzerine çektiği bilinmektedir (Şenocak ve ark., 2019). Ancak iyileşmeye yönelik en bilinen durum ise 1990’larda William Anthony nin ABD ruh sağlığı hizmet sistemleri içerisinde ‘yönlendirici bir iyileşme vizyonu’ olarak yazdığı rapordur (Anthony, 1993). Rapor ile birlikte yasal olarak gündeme gelmeye başlamış olan kavram, hastaları tedavi etmekten öte bireysel ve kişisel süreci göz önüne alarak uygulanması gereken bir yol olarak tanımlanmış, kavram hakkında değişimin kaçınılmaz olduğu vurgusu yapılmıştır (Winsper ve ark., 2020). Ayrıca raporda: ‘geçmişten günümüze kadar ‘iyileşme’ ‘nin tıbbi bir tedavi ve kişilerin hastalıklarından kurtulup eski duruma dönmesi gibi bir tanımı yapılmış olunsa da kronik rahatsızlıklar için yapılan bu tanımlamanın yeterli düzeyde olmadığına ve bu tanımın ötesinde yeni tanımlamalar gerektiğine’ dikkat çekilmiş ve ‘iyileşme’ ye yeni bir anlam yüklenmesi gerektiği belirtilmiştir (W. Best ve ark., 2020).

Özellikle sağlık alanında önemli bir yere sahip olan kavram: ‘Genel olarak kişide yaşanan rahatsızlık durumunun geçmesi ve kişinin sağlık durumuna geri dönmesi ve yaşamına kaldığı yerden devam edebilmesi’ olarak bilinmektedir (Davidson ve ark., 2010). Kavrama yönelik uygulanan tedaviler, kişilerin eski durumuna geri dönmesi ve kişinin kaybolan sağlığının yerine konulabilmesi şeklinde planlanmıştır (Acharya ve Aguis, 2017). Bu anlamda planlanan tedaviler neticesinde ise iyileşmenin gerçekleşmiş sayılması için: ‘Kişide mevcut semptomlar ortadan kalmış olması ve kişinin rahatsızlık duymaması, kişinin tedaviye uyum sağlaması ve ilerleyen süreçte tedaviye uyumu sonucunda atak dönemi yaşamaması, kişinin yaşamış olduğu rahatsızlık nedeniyle kaybettiği işlevselliğini geri kazanabilmesi ve toplumsal rollerini yerine getirebilmesi şeklinde klinik kurallar oluşturulmuştur (Shrivastava ve Sousa, 2020; Yıldız, 2018) Ancak bu tanımlamalar ve oluşturulan klinik kurallar, kişilerin bireysel ve kişisel süreçlerini göz ardı etmesi, kişilerin yaşadığı duruma yönelik yaşanmışlıklarının tedavi içerisine almaması, durumun süreçten daha çok sonuç odaklı olarak düşünülmesi gibi birçok yönden eksik kalmakta ve iyileşmenin kapsayıcı bir şekilde tanımlanmasından uzak kalmaktadır (Rossi ve ark.,2017). Ayrıca klinik anlamda tanımlanan iyileşme kavramı, her ne kadar kısa süreli hastalıklarda hastalık durumunun ortadan kalkarak kişinin eski durumuna dönmesi olarak kabul edilebilir

bir tanım olsa da kronik seyirli dönemsel hastalıklar için yeterli bir tanım olmaktan da oldukça uzak kalmaktadır. (Vita ve Barlatı, 2018).

Özellikle ruh sağlığı alanında şizofreni gibi kronik ruh sağlığı hastalıklarında tedavi edilebilirlik oranı ve kişilerin sonraki dönemde hastalığa tekrar yakalanma oranları göz önüne alındığında, rahatsızlığı yaşayan bireyler için iyileşme konusunda kişilerin iyileşebileceklerine yönelik inancının önünde oldukça büyük bir engel oluşturmaktadır (Morgades- Bamba ve Molero, 2019). Çünkü iyileşme kişiden kişiye değişebilen, kişilerin kendi bireysel hedeflerine ilerlemesinde kullanılan bireysel ve kişisel bir kavramdır (Öztürk ve ark., 2021) sadece ruhsal rahatsızlığı bulunan kişilerin atak dönemlerinin önlenmesi ve toplum içinde yaşayabilir hale getirilmesi; kişilerin bireysel düşüncelerini, bireysel özelliklerini ve kişisel tecrübelerini göz ardı etmekte, kişileri edilgen bir konuma sokmaktadır (Yüksel ve Aslantaş, 2021).

İyileşmede kişiler hastalığı yaşamış en uzman kişidir. Özellikle uzun dönemli kronik ruh sağlığı problemi olan kişiler hastalıklarının kendilerinde ne gibi durumlara yol açtığını, kendi yaşamında hastalığın ne derece işlevsel kayıplara yol açtığını, çevresi, ailesi, iş hayatı gibi konularda nerelerde zorluklar yaşadığını bilen en önemli kişidir (Şenocak ve ark., 2019) Ancak kişiler hastalığı ve hastalığına yönelik baş etme yöntemlerini, yaşamlarını tekrar nasıl düzeltebileceklerini, hayatının birçok alanına etki etmiş olan rahatsızlık nedeniyle nereden ve nasıl başlayacağını bilememektedir. Kişiler uzun süren hastalık durumları nedeniyle kendi yaşamlarına yönelik beklentilerini, yaşama isteklerini, yaşamdan keyif alma ve geleceğe umutla bakma düşüncesini kaybedebilmektedir (Yüksel ve Aslantaş, 2021).

Bu nedenle günümüzde özellikle ruh sağlığı alanında geliştirilmiş ve birçok bilim adamı tarafından kabul görmeye başlayan bireysel iyileşme kavramı üzerinde durulmaktadır (Winsper ve ark., 2020). Klinik olarak iyileşmenin yetersizliğine dikkat çeken ve klinik anlamda iyileşmenin kavramının yetersiz kalması sonucu oluşturulan ‘bireysel iyileşme’ kavramı; kişilerin iyileşmelerinin kendilerine has, bireysel bir yolculukları olduğunu, kişilerin kendi hastalıkları hakkında en uzman kişiler olarak ruh sağlığı uzmanı ile hastalığın uzmanının iş birliği sağlandığında iyileşmenin sağlanabileceğini, klinik iyileşmenin aksine kişilerin iyileşmesinin bir sonuç olmaktan çok bir süreç olduğunu savunmaktadır(Şenocak ve ark., 2019).

Bireysel iyileşmede: ‘Kişiler hastalığa rağmen hastalıkları ile baş edebilmeli, hastalığını kabullenerek yeni bir yaşamın olabileceğine, yaşama yeniden başlayabileceğine inanabilmeli, kişiler edindiği yaşam tecrübesinden en iyi öğrenmelerle, eksik ve fazlalıklarını kabul ederek yaşama yeniden sarılabilmelidir (Amering ve Schmolke, 2017). İyileşme, kişilerin kendilerine has çıkmış oldukları eşsiz bir yolculuktur. Kişiler bu yolculukta kendilerini daha yakından tanır, kendilerine gerçekçi, bireysel hedefler belirler, amaçları ve isteklerine yönelik mücadele gücü kazanır. Kişilerin yaşamış olduğu hastalık nedeniyle kaybettiği işlevsel durumlar karşısında kişiler kaybedilen işlevselliği tekrar kazanarak yaşamındaki rol ve sorumluklarını yerine getirir (Şenocak ve ark., 2019). İyileşme yeniden keşif, yeniden yaşama arzusudur. Bireysel olarak kendini düşünebilme becerisi edinebilmek, yaşamdaki geri çekilme ve zorluklara karşı tekrar güçlenerek engellere karşı durabilmek, adım adım ilerleyebilmektir. İyileşme bir sonuçtan çok bir süreç anlamına gelir ve bu süreçte ilerlemeler kadar gerilemelerin olması da normal bir durumdur (Çıtak,2016).

ABD Sağlık ve İnsanı Hizmetler Bakanlığının iyileşmeye yönelik yayınlamış olduğu kişisel iyileşme ilkeleri ise şu şekildedir:

**1- İyileşme, Umuttan Doğar**

Ruh sağlığı problemlerinde, özellikle şizofreni gibi kronik ruh sağlığı problemi yaşayan kişilerde iyileşemeyeceğine yönelik inancın olması, kişinin yaşamdan umudunu kesmiş olması durumu oldukça sık yaşanmaktadır. Ancak iyileşme sürecinde umut iyileşmenin motivasyon sağlayan bir tetikleyicisi gibi görülmelidir. Şizofrenide hastanın iyileşeceğine yönelik inancı pekiştirilmeli, umudu arttırabilmeli ve hastalıkla mücadele sağlanabilmelidir (Davidson, 2003; Çıtak, 2016; Saelor ve ark.2014).

Kişilerin benliklerini yeniden inşa ettiği ve yeniden kendini keşfettiği bir süreçte umutlu olması iyileşmeyi tetikleyen önemli bir tetikleyici görevi görmektedir. Umut kişinin yeniden kendini tanımlamasında, yeniden başlangıçlar yapabilmesinde ve hayata karşı daha iyimser bir bakış açısı geliştirebilmesinde oldukça önemli rol oynamaktadır (Amering ve Schmolke, 2017).

**2- İyileşme, Birey Güdümlüdür**

Özellikle şizofreni gibi uzun dönemli ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilerin iyileşmesinde, iyileşme süreci devam etse bile kişilerde kalan bir damgalama ve dış dünya tarafından kabul edilmiş bir kabulü kırmak oldukça zor olabilmektedir. Bu nedenle kişinin iyileşmesinde kendine yönelik düşüncelerine de önem vermek gerekmektedir (Davidson, 2003; Çıtak, 2016).

Bu konuda kişinin kendinin farkında olması sağlanmalı ve kişinin iç görüsü desteklenmelidir. Kişilerin yaşamış olduğu rahatsızlık nedeniyle düşünce sürecinde oluşmuş karmaşıklıklar düzenlenebilmelidir. Kişi, iç görüsünü kaybetmiş ve kendine has yeteneklerinin unutmuş olabilir. Bu konuda kişiler bireysel yeteneklerinin ve yapabileceklerinin farkına vardırılmalıdır. Kişisel yeteneklerinin ve güçlü yönlerinin farkına varan bireyler yetenek ve isteklerine uygun gerçekçi hedefler belirleyebilmelidir. (Amering ve Scmolke, 2017; Şenocak ve ark., 2019).

**3- İyileşme, pek çok yolla gerçekleşmektedir.**

İyileşme sürecinde kişisellik önemlidir. Örneğin bir hastanın ilaç kullanması gerekirken veya yaşamında kullanması zorunlu olabilirken bir başka kişi de ilaçsız hayatına devam edebilir. Ya da bir hasta sosyalleşme ihtiyacına ihtiyaç duyabiliyor ve bundan keyif alabiliyorken bir başka hasta daha çok bireysel işler yapmaktan keyif alıyor ve buna yönelik istek duyabilir. Bu konuda iyileşme süreci göz önüne alınarak kişilerin iyileşme süreci yönetilebilmeli ve kişilerin iyileşmelerinin ve iyileşme süreçlerinin farklılıklarının farkında olarak kişisel bir süreç izlenmelidir (Çıtak, 2016; Şenocak ve ark., 2019).

**4- İyileşme akran ve ortaklarla desteklenmelidir.**

İyileşmede akran desteği oldukça önemlidir. İyileşme, kişilerde deneyimlerle yeniden yaşamayı, yaşama tekrar başlamayı ifade eder. Bu süreçte kişilerin en çok sosyal ortamlarda rol model edindikleri göz önüne alındığında akranların kişiyi desteklemesi, süreç içerisinde kişiye rol model olabilmesi ve kişinin yeni öğrenmelerine destek olabilmesi oldukça önemli olmaktadır (Çıtak, 2016; Amering ce Schmolke, 2017; Şenocak, 2019).

**5- İyileşme ilişki ve sosyal ağlarla desteklenmelidir.**

İyileşmede kişinin sosyal ilişkiler kurması, aidiyet duygunun gelişmesine, rol model ilişkinin desteklenmesine, kişinin kendini toplumdan ayrışmış hissetmemesine kişinin toplumda bir yeri olduğu hissetmesine olanak sağlamaktadır. Kişinin süreç içerisinde sağlık profesyonelleri ile olan ilişkileri, destek gruplarına katılımı, kendine inanan ve destek veren kişilerle etkileşimini geliştirmesi, kişinin kendini daha umutlu, özerk hissetmesine yardımcı olacak ve kişinin toplum içerisinde rol ve sorumluluklarını yerine öğrenmesine, kendini daha güçlü hissetmesine yardımcı olacaktır (Shrivastava ve Sousa, 2020).

**6- İyileşme, kültür temellidir ve kültürden etkilenmektedir.**

İyileşmede kişinin kişisel ve bireysel özelliklerinin ele alınması ve buna yönelik iyileşme sürecinde ilerlemesi oldukça önemlidir. Her birey farklı toplumlarda farklı olaylara farklı tepkiler verebilmekte, farklı düşünce sistemlerine sahip olabilmektedir. Bu nedenle kişiler ele alınarak geldikleri kültür ve toplum hatta aile yapısı iyi bilinmelidir. Çünkü kişinin yaşam biçimi, davranış özelliklerini belirleyen en önemli şeylerden bir tanesi kişinin kültürüdür. Aynı zamanda iyileşme sürecinde ilerleme sağlanabilmesi için uygulanacak tedavi ve yöntemlerinde kişinin kişisel özelliklerine göre, kültürüne uygun olarak belirlenmesi kişinin tedaviye uyum sağlayabilmesinde oldukça önemli bir kriter oluşturmaktadır (Şenocak, 2019; Bademli ve Karaçar, 2020; Çıtak, 2016).

**7- İyileşme, travma ele alınarak desteklenmelidir.**

İyileşme süreci yönetilirken kişilerin geçmişleri asla göz ardı edilmemelidir. Kişinin hastalıktan önceki yaşamış olduğu travmalar ya da hastalık dönemi travmaları olabilir (cinsel istismar, aile içi şiddet, savaş, afet v.b.) Bu durumlar iyileşme sürecinde belirlenebilmelidir. Kişinin iyileşme sürecinde bu travmaları da ele alınarak yanlış öğrenmeleri düzeltilebilmeleri, travmaları ile iyileşmesi desteklenebilmelidir (Çıtak, 2016).

**8- İyileşme bireysel, ailesel ve toplumsal dayanıklılığı ve sorumluluğu içerir.**

İyileşmenin sağlanmasında, kişisel dayanıklılıkları ve sorumluluğu oldukça önemlidir. Bununla beraber kişinin ailesinin de kişiye destek verebilmesi, yaşama yönelik umutla

bakabilmesi ve kişinin iyileşeceğine yönelik umutlu olması kişinin en çok vakit geçirdiği kişilerden destek görebilmesi kişinin kendine olan güveninde ve inancında oldukça gelişme sağlayacaktır. Bu sayede birey yaşamla mücadele edebilme gücü kazanarak iyileşme sürecinde önemli adımlar atacaktır. Bu konuda ailelerin dayanıklılığı ve sorumluluğunu yerine getirmesi oldukça önemlidir. Buna ek olarak, toplum olarak da ruhsal hastalığı bulunan kişilere yönelik damgalamaların kaldırılması, Ruhsal hastalığı bulunan kişilere olan bakış açısını değiştirilmesi ve kişilerin desteklemesi oldukça önemli bir konudur. Kişilerin toplum içerisinde diğer insanlardan farklılık hissetmemesi, toplum içinde rol alabilmesi ve rollerini yerine getirebilmesi kişilerin toplumsal yönden kendilerini geliştirmesi sağlayarak kişilerin yaşamdaki işlevselliğini arttıracaktır (Shrivastava ve Sousa, 2020; Bademli ve Karaçar, 2020)

**9- İyileşme saygı üzerine kurulur**

Kişilerin iyileşeme sürecinde toplumsal olarak damgalanmaları, kişilerin tedavilerinde edilgen bir konumda görülüp tıpkı bir çocuk gibi görülerek kendilerinin bir şey yapamayacağı, bağımlılık inancı yaşamasına, hür düşüncelerini ifade edememesine, kişilerin kendi yaşamları hakkında bağımsız karar alamamaları neden olarak, kişilerin kendilerine yönelik inançlarını azaltmakta ve kişilerin işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemektedir. Kişilerin iyileşmelerine yönelik profesyonel olarak desteklenebilmesi ve kişilerin toplum içinde saygı görebilmesi, hastalık sahibi bireylerin kendilerine olan saygılarını arttıracak ve kendi benliklerine yönelik olumlu bir bakış açısı geliştirmesine oldukça çok yardımcı olacaktır (Çıtak, 2016)

**10- İyileşme bütüncüldür.**

İyileşmede, kişinin bir bütün olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Kişinin yaşamındaki birçok olay bir diğerini etkileyebilir veya tetikleyebilir. Bu nedenle iyileşme sürecinde kişinin maneviyatı, fiziksel sağlığı, öz bakımı, eğitim düzeyi, işi gibi birçok etken unsur iyileşme sürecinde iyileşmeyi etkileyebilmektedir. İyileşmede bireyler bütüncül bir göz ile değerlendirilebilmelidir. Kişi tüm ruh ve bedeni ile bir bütün olarak ele alınabilmeli, tüm yönleriyle iyileşmesi sağlanabilmelidir (Şenocak, 2019; Bademli ve Karaçar 2020).

Bu ilkeler; kişileri bireysel olarak değerlendirebilme ve kişilerin bireysel yolculukları düşünülerek ele alınmış profesyonel anlamda bireylere nasıl yardımcı olunacağı konusunda ruh sağlığı profesyonellerine yol gösterebilmek amacıyla hazırlanmış olan ilkelerdir. İlkeler bireyin birçok yönünü ele alarak iyileşmenin gerçekleşebileceğini bireyin bütüncül olarak iyileşmesi halinde tam bir iyileşme durumunun gerçekleşebileceğini göstermektedir (Liberman, 2011; Polat ve Kutlu, 2019).

### 2.3. Umut-Umutsuzluk

Tarihsel açıdan Yunan mitolojisinde pandoranın kutusundaki kötülüklerden biri olarak tanımlanan umut, Yahudi-Hristiyan geleneğine göre tanrının insanlığa bir armağanı olarak bilinmektedir (Gutierrez ve ark., 2020). Umut hakkında; tarih, mitoloji, psikoloji, din gibi birçok alanda tanımlamalar yapılmış olsa da genel olarak; kişinin içinde bulunan gücü keşfetmesi sonucu ortaya çıkan yaşam beklentisi' olarak bilinmektedir (Huber, 2022).

Umut, günümüzde; 'kişinin yaşam beklentisi, geleceğe dair hayalleri, içinde bulunduğu durumdan daha iyi bir duruma ulaşabileceğine yönelik inancı' anlamlarına gelmektedir. Umut, kişinin yaşama yönelik, yaşamaya yönelik geliştirmiş olduğu düşünce sistemi, kişinin amaçlarına yönelik hedefler belirleyebilmesi, kendisi için önemli olan konularda amacına yönelik ilerleyebilmesi için gerekli gücü kendinde bulabilmesi, motive olabilmesi, geleceğine yönelik olarak olumlu duygular içinde bulunabilmesi durumlarının tetikleyici, harekete geçirici gücü olarak da tanımlanabilmektedir (Şahin ve ark., 2012)

Umut sayesinde kişiler yaşamdaki olumsuzluklara rağmen ilerlemekte, yaşamın getirdiği zorluklara dayanabilmekte, yaşam içerisinde hedeflerine giden yolda gerilemeler ilerlemeler olsa da devamlı olarak tekrar devam etme gücünü kendinde bulabilmektedir (Gutierrez ve ark., 2020). Bu sayede kişilerin yaşama olan inançları artmakta, yaşamdaki sorunlara yönelik dayanıklılıkları gelişmekte ve yaşamı daha olumlu ve verimli yaşayabilmektedirler (Amering ve Schmolke,2017). Umutsuzluk ise, kişinin yaşam beklentisinin tamamen durması, yaşamdan zevk almaması, yaşama yönelik heves ve arzu içerisinde olamamasıdır (Acharya ve Aguis,2017). Umut her ne kadar bireyi ileriye taşıyan bir güç olarak içsel motivasyon kaynağı ise umutsuzluk da bireyin yaşam beklentisini en aza indiren kişiyi yaşamdan soyutlayan ve yaşamın

değersiz görülmesine, yaşanılmaz görülmesine neden olan bir durumdur (Gutierrez ve ark., 2020). Umutsuzluk, kişinin benliğinin yıkılmasında, kişinin kendine olan öz saygısını kaybetmesinde önemli roller oynamaktadır. (Noh ve ark., 2008).

Öyle ki günümüzde yapılan birçok da depresyon hastalığının ve intihar durumlarının görülmesinde temel nedeninde kişilerdeki umutsuzluktan düzeyinden kaynaklandığı, umut seviyesi düşük hastaların depresyon ve intihara daha çok eğilimli olduğunu bilinmektedir (Pharris ve ark., 2022; McLaren ve ark., 2022).

Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, Kavak ve Yılmaz ‘ın 2018 tarihinde hastaların tedaviye uyum düzeyleri ile hastaların umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırarak iyileşme oranlarını karşılaştırdığı çalışmada (Kavak ve Yılmaz, 2018) umut düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bulması ve tedavi uyumu ve umut düzeyi orasındaki bu ilişki nedeniyle kişilerde iyileşme düzeylerinde artışta umudun önemli bir yere sahip olduğunu belirtmesi, Franza ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yürütülen ve 116 katılımcı ile yapılmış olan bir başka çalışmada (Franza ve ark., 2022) ruh sağlığı problemi olan bireylerdeki umutsuzluğun kişilerin iyileşmelerine yönelik etkisinin arandığı çalışmada; umudun kişilerin baş etme stratejilerinde önemli bir rol oynadığı, umudun iyilik halini arttırmada önemli olduğu gibi sonuçlar sunması, umudun iyileşmedeki önemine yönelik oldukça önemli veriler sunmaktadır.

Bu nedenle özellikle kronik ruh sağlığı sorunlarında umut; kişilerin kendi yaşamalarında söz sahibi olabilmelerinde, kendi yaşamını kontrol altına alarak iyileşebilme inançlarının gelişmesinde ve iyileşme sürecinde tekrarlayan atak dönemlerinde her defasında kişilerin motivasyonlarını tekrar kazanmasında etkili bir güç ve iyileşmeyi başlatan bir tetikleyici olarak önemli bir yere sahiptir (Hayes ve ark., 2017; Kruger, 2000).

Özellikle ruh sağlığı alanında önemli bir yere sahip olan umut, kişilerin iyileşmelerinde, yaşama tekrar başlayabilmelerinde, yaşadıkları acı durumdan çıkıp, kendi yaşamlarının kontrolünü üstlenerek işlevsel durumlarına dönmelerinde, kişilerin yaşama bağlanarak toplumda var olabilmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir (Gutierrez ve ark., 2020).

## 2.4. Şizofreni Hastalarında Hastalık Yönetimi, İyileşme ve Umut

Şizofreni hastalığına yönelik yapılan tüm tedaviler genel olarak hastalığı yatıştırmak, hastaların eski işlevsel yaşamına geri dönebilmesi şeklinde planlanmış, kişilerde belirtilerin görülmemesi ve kişilerin atak dönemi göstermemesi iyileşme için yeterli bir durum olarak kabul edilmiştir. (Silva ve Restrepo, 2019).

Ancak şizofrenide kişiler hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşayabilmekte, ailesi ve çevresiyle iletişimsel sorunlar yaşayabilmekte, hatta yaşamdaki tüm rol ve sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanabilmektedirler (Yıldız, 2018). Bu nedenle şizofreni gibi kronik seyirli devam edebilen, kişilerin yaşamları boyunca yaşaması gerekebilen rahatsızlıklar için sadece semptomların yatıştırılması, kişilerin ilaçlarını kullandığı sürece atakların görülmemesi, kişinin toplum içinde belirli rol ve sorumlukla etkin olup edilgen bir yaşam sürmesi tam anlamıyla iyileşme tanımından oldukça uzakta kalmaktadır (Spaniol, 2002).

Klinik anlamda tanımlanmış olan iyileşme yaklaşıma ek olarak kişilerin bireyselliklerini önemseyen ve kişilerin yaşam deneyimini de içine alan yeni bir iyileşme kavramı olan bireysel iyileşme ile değerlendirebilmesi, şizofreni hastalarının her alanda verimlilikleri gösterebildiği bütüncül iyileşme olgusu iyileşme süreci desteklenebilmelidir (Ponce-Correa ve ark.,2023). Şizofrenide iyileşmeden söz edebilmek için bireylerin öncelikle yaşamın kendi ellerinde olduğu bilinci kazanmaları, kendi yaşamında kendisinin söz sahibi olduğunun farkına varabilmesi gerekmektedir. Bu nedenle şizofrenide kişilerin hastalıklarını yönetebilmeleri, hastalıkları hakkında yeterli bilgi ve becerileri sahip olabilmeleri de oldukça önemli olmaktadır (Shrivastava ve Sousa, 2020; Liberman, 2011) Kendi hastalığı hakkında kendi kendisinin farkındalığı gelişen bireyler hastalıklarını kontrol altına alabildikçe kendi içsel kontrol duygusunun artması ile yaşamda bir şeyleri değiştirebileceğinin ve yaşamına şekil verebileceğinin arzusu ile dolacaklardır. Kontrol edebilme ve yönlendirebilme duygusu gelişen kişiler yaşamda bir şeyleri değiştirebilme ve yaşamdan istek duyma ve yaşamdan fayda sağlama duygusu ile iyileşebileceklerine yönelik inançlarını geliştirecek iyileşme sürecinde önemli adımlar atacaklardır (Fardig, 2012). Bu nedenle kişilerin kendi yaşamında söz sahibi olması, kişilerin iyileşmelerine yönelik inancın gelişmesinde, kişilerin iyileşebileceklerine yönelik

özgüvenin artmasında oldukça önemli rol oynamaktadır (Erdoğan ve Demir, 2022; Morin ve Frank, 2017).

Ancak, iyileşme sürecinde kişilerin kendi yaşamını tekrar biçimlendiren ve yaşamını tekrar kuran kişiler olarak görülmesi, iyileşmenin her bireyin kendine has bireysel adımlarla gerçekleştiğinden her bireyin iyileşme sürecinde aynı düzeyde olmayacağı ve iyileşme sürecinde bireylerde ilerlemeler görülmesi kadar gerilemelerinde görülmesinin normal olduğu kabul edilmesi gerekmektedir (Acharya ve Agius, 2017). Bireyler her ne kadar hastalıklarını yönetebilme becerisine sahip olup iyileşme sürecinde önemli gelişmeler gösterse de hem süreci başlatan hem de süreç içerisinde ilerlemeler ve gerilemelerde bireyi motive eden bir güce ihtiyaç duyulmaktadır (Morin ve Frank, 2017).

Umut kişilerin iyileşme sürecinde hastalıklarını yönetme, yaşamın kontrolünü ele alma ve yeniden yaşama başlama yolunda kişilerin içindeki bulunan güçtür (Franza ve ark., 2022). Umut sayesinde kişiler iyileşmeye yönelik inancını geliştirebilmekte, iyileşme sürecinde yaşanan tüm sıkıntılara rağmen süreç içerisinde ilerleme gücünü kendinde hissedebilmektedirler (Amering ve Schomolke, 2017). Bu nedenle şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umut birbirini tamamlayan etmenlerdir. Şizofreni hastalarının iyileşme sürecinde birbirleriyle olan bu ilişkisine oldukça önem verilmeli, şizofrenide iyileşme için bütüncül bakış açısı ile hastalara gerekli destekler sunulabilmelidir. (Ponce- Correa ve ark., 2023).

## 2.5. Psikiyatri Hemşirelerinin Şizofreni Hastalarında Hastalık Yönetimi, İyileşme ve Umut İlişkisinde Rol ve Sorumlulukları

Şizofrenide kişilerin hastalıklarını yönetebilmeleri, hastalık yönetimi konusunda bilgi edinebilmeleri, iyileşme yolunda kendileri keşfederek kendi içlerindeki gücü keşfedip umutlarının geliştirilebilmesinde sağlık profesyonelleri arasında hastası ile en çok zaman geçiren ve hastanın bireysel özelliklerine en çok hâkim olan psikiyatri hemşireleri kişilerin bireysel ve bütüncül olarak iyileşmeleri yönünde oldukça önemli rollere sahiptir (Altun ve Olçun, 2018; Doğan ve Mercan, 2020).

Rol ve Sorumlulukları arasında; bakımı planlamak ve sürdürmek, tedavi sürecini yönetmek ve planlamak, kişilerin ve çevresinin eğitim ve danışmanlığını sürdürebilmek gibi önemli rol ve sorumluluklara sahip olan (T.C. Resmî Gazete.

Hemşirelik Yönetmeliği 8Mart 2010. Sayı: 27515) psikiyatri hemşireleri bu rol ve sorumlulukları çerçevesinde kişilerin bireysel ve kişisel yönlerinin farkına varabilmesine, kişilerin kendilerindeki güçlü yönlere bakabilmesine yardımcı olarak, hastalarının iç görülerini kazanması, hastalarının kendi bireysel güçlü yönlerini keşfedebilmesi, hastalarının gerçeklik içerisinde kişisel özelliklerine uygun hedef ve amaçlar geliştirmesini sağlayarak hastasının en önemli destekçisi ve danışmanı olmaktadırlar (Çam ve ark.,2020; Liberman, 2011; Çam ve Durmuş, 2016). Kişilerin kişisel hedef ve amaçlarını benimseyerek kendilerine yol çizebilmesinde yaşamdaki etkin rollerinin yanında yaşamdan yeni beklentiler oluşturabilmesinde hastalarına destek veren psikiyatri hemşireleri, süreç içerisinde hastalarının başarabilme arzunu tetikleyerek yaşam inancın arttırmasını sağlamakta, kişilerin yaşamdan keyif almasında, yaşamın kendine sunduğu olanaklar dahilinde yaşamı en iyi şekilde değerlendirilebilmesinde önemli bir konumda yer bulunmaktadırlar(Turan,2016; Shrivastava, 2020).

Yapılan birçok çalışma sonucunda (Cahaya ve ark., 2022; Loots ve ark., 2021; Laranjeira, 2022) da psikiyatri hemşirelerinin hastalarının hastalıklarını yönetmeleri, umudunu arttırmaları ve iyileşmenin sağlanması gibi konularda psikiyatri hemşirelerinin önemli rol ve sorumlulukta bulunabileceğini belirtmesi nedeniyle şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın, ülkemizde daha önce hiç yapılmamış olması nedeniyle literatürde bulunan mevcut açığı kapatacağı, psikiyatri hemşirelerinin hastalara yönelik müdahale programları geliştirebilmesi açısından önemli veriler sunacağı öngörülmektedir.

# 3. GEREÇ ve YÖNTEM

## 3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma tanımlayıcı ilişkisel tiptedir. Araştırma, şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

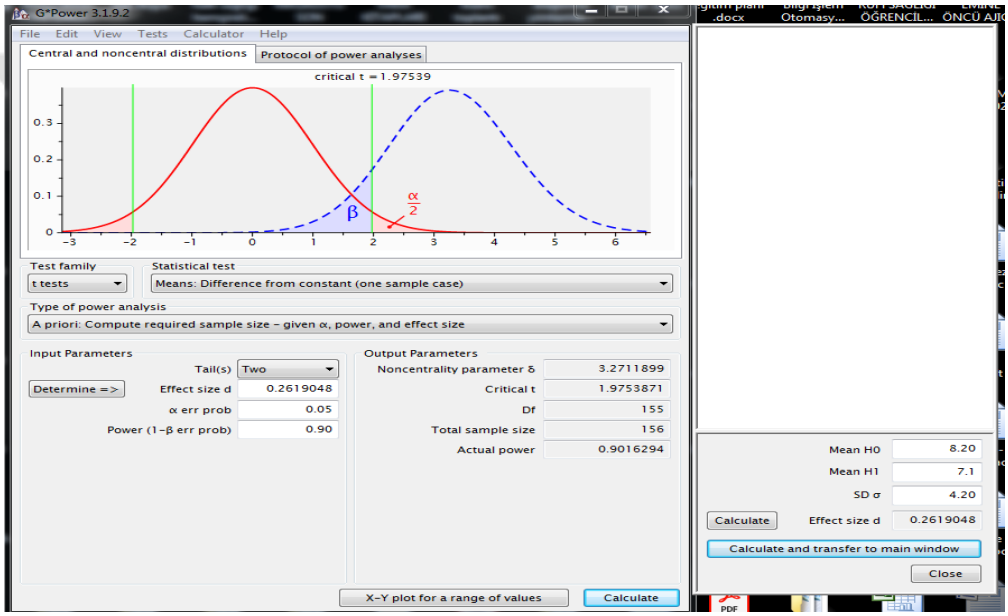
Araştırma, Ankara Şehir Hastanesi'nde Nisan 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara Şehir Hastanesi; içerisinde Genel Hastane, Kalp ve Damar Hastanesi, Nöroloji-Ortopedi Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi, Medikal Gözlem Hastanesi olmak üzere dokuz ayrı binada hizmet veren bir hastanedir. Hastanenin toplam yatak sayısı 3.810' dur. Hastane içerisinde psikiyatri servisleri Genel Hastane içerisinde yer almaktadır. Genel Hastane; içerisinde Yoğun Bakım Klinikleri, Psikiyatri Klinikleri, Onkoloji Klinikleri, Gastroenteroloji Klinikleri, Kulak Burun Boğaz Klinikleri, Göz Hastalıkları Klinikleri, Dahiliye Klinikleri, Özel Hasta Klinikleri, Ameliyathaneler ve Erişkin Acil bulunan dokuz katlı her katında üç Bölüm bulunan 562 yatak kapasitesine sahip bir hastanedir. Psikiyatri Klinikleri hastanenin ikinci katında bulunmakta ve A ve B Blok olarak iki bölümde hizmet vermektedir. Psikiyatri Servisleri; her iki klinikte ayrı ayrı 12 olmak üzere toplamda 24 hasta kapasitesinde yatak satısı bulunmaktadır. Her klinikte 10' ar klinik hemşiresi, birer sorumlu hemşire, birer psikolog, birer uzman hekim, 10'ar asistan hekim, birer iş uğraş eğitmeni, birer güvenlik, birer temizlik personeli ve A bölümünde bir doçent hekim, B bölümünde bir Profesör hekim olmak üzere toplamda 44 personel çalışmaktadır. Her klinikte hastaların birlikte zaman geçirdikleri birer ortak alan odası bulunmaktadır. Her iki kliniğin genel işleyişi; 06 da kahvaltı saati, 08 de ilaç saati, 10 da spor saati, 12 de öğle yemeği saati, 14 de yaşam bulguları takibi, 15'ten 18' e kadar iş uğraş saati, 18 de akşam yemeği saati, 20 de ilaç saati, 22 de uyku saati şeklinde olup ara saatler, kişisel zaman ve sosyalleşme saatleri olarak ayarlanmıştır. Araştırma A ve B kliniklerinde, kliniklerin hastalara ayırdığı

kişisel zaman içerisinde klinik işleyiş düzenine uygun olarak hastalarla yüz yüze görüşme yoluyla yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Şehir Hastanesi psikiyatri kliniğinde tedavi gören, şizofreni tanısı almış, taburculuk kararı alınmış hastalar oluşturmuştur.

Örnek büyüklüğü G-power 3.1.9.2 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın örnek büyüklüğü; %90 güç ve %95 güven aralığında, Öztürk ve ark., 2018 ’in çalışmasındaki umutsuzluk puan ortalaması (8.20±4.20) dikkate alınarak 156 olarak hesaplanmıştır.




**Şekil 3.1:** Örneklem Hesaplaması

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- DSM-V’e göre şizofreni tanısı almış olma,
- 18-65 yaş arasında olma,
- En az ilkokul mezunu olma,
- Taburculuğuna karar verilmiş olma,

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Düşünce algılamada bozukluk olması

- Görme, işitme problemlerinin bulunması
- Okuma anlama becerisinin yeterli olmaması
- Psikotik alevlenme döneminde olma,
- Alkol veya madde etkisinde olma

### 3.4. Araştırmadaki Değişkenler

- **Bağımlı Değişkenler**

Araştırmanın Bağımlı değişkenleri, Hastalık Yönetimi İyileşme Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanıdır.

- **Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın Bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer, alınan tanının yılı, kaç defa hastaneye yattığı, ek hastalık durumu, hastalığının düzeldiğini düşünme durumu, ilaç kullanım düzeni, Tedavinin iyileşmesine yönelik düşüncesi, birlikte yaşadığı kişilerdir.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu (Ek-2), Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (Ek-3) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-4) kullanılmıştır.

- **Kişisel Bilgi Formu (Ek-2)**

Araştırmada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Lin ve ark., 2014; Okanlı ve Karabulutlu, 2011) geliştirilen kişisel bilgi formu kullanılmıştır.–Kişisel Bilgi Formu, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, yaşanılan yer, kişinin kaç ay/yıldır tanısı olduğu, ek hastalık durumu, kişinin teşhisten bu zamana kadar iyileşmeye yönelik düşüncesi, ilaç kullanım durumu, uygulanan tedavinin iyileşmeye yönelik inancı, beraber yaşanılan kişiler sorularını içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

- **Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİÖ) (Ek-3)**

Mueser ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, hastanın kişisel hedeflerine yönelik ilerlemesini belirlemek ve hastalık yönetimi ve iyileşmesinin çeşitli yönlerini ele almak için geliştirilmiştir (Mueser ve ark., 2004). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Polat, Kutlu ve Gültekin (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek, beşli likert tipinde 15 maddeden oluşmaktadır ve Ölçekten alınan yüksek puan hastalık yönetimi ve iyileşmenin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçek İyileşme (1, 2, 4, 8 ve 12), hastalık yönetimi (6, 7, 9, 10 ve 11) ve Biyoloji (madde) alt boyutu (13, 14, 15) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. İyileşme alt boyutu; kişisel hedefler, ruhsal hastalık bilgisi, aile dışından kişilerle iletişim, nüks önleme planlaması, kendi kendine yardım faaliyetlerine katılımı içermektedir. Hastalık yönetimi alt boyutu belirtiler ile ilgili sorunlar, işlevsellikte bozulma, belirtilerin nüksetmesi, hastaneye yatış, baş etmeleri içermektedir. Biyoloji (madde) alt boyutu ilaç kullanımı, uyuşturucu ve alkol kullanımını içermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,76 olarak belirtilmiştir (Polat ve ark., 2020). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,69 olarak belirlenmiştir.

- **Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Ek-4)**

Beck (1974) tarafından bireyin geleceğe dönük beklentilerini ve karamsarlık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan ölçek, kişilerin umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılara dökerek belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1975). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durak ve Palabıyıkoğlu (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçekte bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır. Ölçekte Sorulara doğru-yanlış şeklinde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır Verilen anahtar ile uyum sağlayan her cevap 1, puan olmakta uyum sağlamayan cevaplar ise puan almamaktadır Elde edilen toplam puan "umutsuzluk" puanı olarak kabul edilmektedir Ölçeğin puan ranjı 0-20 arasındadır Ölçeği oluşturan sorular duygusal motivasyonel ve bilişsel boyutları kapsamaktadır Ölçek gelecek ile İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı", "Gelecek ile İlgili Beklentiler" olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin, 1.; 3.; 7.; 11. ve 18. maddeleri "Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler" föktörünü, 2.; 4.9 12.; 14.; 16; 17. ve 20. maddeleri "Motivasyon kaybı" faktörünü, 5.; 6.; 8.; 10.; 13.; 15. ve 19. maddeleri ise "Umut" faktörünü oluşturmaktadırlar. Ölçeğin geçerlilik ve

güvenilirliğini belirlemeye yönelik çalışmasında, "Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler" faktörü için coefficient alpha Güvenirlik katsayısı .78, 'Motivasyon kaybı" faktörü için .72 ve "Umut" faktörü için .72 olarak belirtilmiştir. Bu üç faktör arasındaki korelasyonların ise 48 ile .59 arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir (Durak ve Palabıyıkoğlu, 1993). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından Nisan 2021- Haziran 2022 ayları arasında Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri servislerinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

### 3.7. Araştırma Verilerinin Analiz ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 24.0 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekleri güvenirliğini test etmek için ise Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki fark için ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Fark bulunduğu durumda ise, farkın hangi iki grup arasında olduğunu tespit etmek için post hoc testlerden Bonferroni kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için ise Pearson korelasyon uygulanmıştır.

### 3.8.Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü

Araştırmanın etik boyutu için, Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuştur (Ek-7). Etik kurul onayı alındıktan sonra resmi şizofreni tanısı alan hastalara ulaşabilmek için kurum izin yazısı için Ankara Şehir Hastanesine kurum izin yazısı yazılmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında bireylere araştırma hakkında açıklayıcı bilgi verilerek önce sözel, sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda "Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek-1)" aracılığıyla yazılı onam

alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ‘Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİÖ) (Ek-3) ‘Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Ek-4)’ isimli ölçekler için bu araştırma kapsamında kullanılmak üzere ilgili kişilerden ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-5) (Ek-6).

### 3.9.Araştırmanın Sınırlılık ve Güçlükleri

Araştırma Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Servislerinde yatışı yapılmış ve taburculuk kararı alınmış şizofreni hastaları ile sınırlıdır.

Araştırmanın pandemi dönemine gelmesi nedeniyle hastane bünyesinde servislerde hasta yatış sayısının azaltılması ve buna yönelik olarak hedeflenen hasta sayısına ulaşmakta yaşanan güçlükler veri toplama süresinin uzatılmasına neden olarak araştırmayı güçleştirmiştir.

# 4. BULGULAR

Bu araştırma bulguları, şizofreni tanısı almış bireylerin Hastalık yönetimi ve İyileşme düzeylerinin umut ve umutsuzlukları arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla değerlendirilmiştir. Bulgular; 158(n) hastanın verileri sonucu elde edilmiştir.

## 4.1. Ölçeklerin Özellikleri

**Tablo 4.1.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin tanımlayıcı istatistikleri (n= 158)

| **Ölçek ve Boyutları** | **Min-Maks** | **$\bar{x}$ ± SS** |
|---|---|---|
| İyileşme Boyutu | 5.00-25.00 | 12.72±4.48 |
| Hastalık Yönetimi Boyutu | 4.00-20.00 | 12.30±4.25 |
| Biyoloji Boyutu | 2.00-10.00 | 8.96±2.02 |
| Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği | 12.00-55.00 | 32.85±8.14 |
| Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler Boyutu | 0.00-5.00 | 1.16±1.39 |
| Motivasyon Kaybı Boyutu | 0.00-8.00 | 2.91±2.23 |
| Umut Boyutu | 0.00-7.00 | 1.48±1.84 |
| Beck Umutsuzluk Ölçeği | 0.00-19.00 | 5.54±4.61 |

## 4.2.Katılımcıların Özellikleri

**Tablo 4.2.** Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

| **Değişkenler** | | **n** | **%** |
|---|---|---|---|
| Yaş ($\bar{X}$±SS, 38.58±10.69) | 29 yaş ve altı | 37 | 23.4 |
| | 30-39 | 49 | 31.0 |
| | 40-49 | 48 | 30.4 |
| | 50 yaş ve üstü | 24 | 15.2 |
| Cinsiyet | Kadın | 49 | 31.0 |
| | Erkek | 109 | 69.0 |
| Medeni durum | Bekar | 115 | 72.8 |
| | Evli | 37 | 23.4 |
| | Diğer | 6 | 3.8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eğitim durumu | Okuma yazma bilmiyor | 13 | 8.2 |
| | İlkokul / Ortaokul | 49 | 31.0 |
| | Lise / Üniversite | 88 | 55.7 |
| | Lisansüstü | 8 | 5.1 |
| Çalışma durumu | Evet | 27 | 17.1 |
| | Hayır | 131 | 82.9 |
| Sosyal güvence varlığı | Var | 118 | 74.7 |
| | Yok | 40 | 25.3 |
| Yaşanılan yer | Şehir | 145 | 91.8 |
| | Köy / Kasaba | 13 | 8.2 |
| **Toplam** | | **158** | **100.0** |

Araştırmaya katılan 158 katılımcının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının, yaş ortalaması 38.58±10,69 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının; %31'i kadın, %69'u erkek; %72,8'i bekar, %23,4'ü evli, %3,8'i diğer olarak belirlenmiştir. Katılımcıların; %8,2'sinin okuma yazma bilmediği, %31'inin ilkokul/ortaokul mezunu, %55,7'sinin lise/üniversite mezunu, %5,1'inin lisansüstü mezunu olduğu; %17,1'inin çalıştığı, %82,9'unun çalışmadığı; %74,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %25,3'ünün ise olmadığı; %91,8'inin şehirde yaşadığı, %8,2'sinin ise köy/kasaba da yaşadığı görülmüştür.

### 4.3. Katılımcıların Sağlık- Davranış Özellikleri

**Tablo 4.3:** Katılımcıların Sağlık Davranışlarına İlişkin Verilerin Dağılımı

| **Değişkenler** | | **n** | **%** |
|---|---|---|---|
| Tanı alınan zaman ($\bar{X}$±SS, 8.64±7.26) | 5 yıl altı | 60 | 38.0 |
| | 5-9 yıl | 35 | 22.1 |
| | 10-14 yıl | 34 | 21.5 |
| | 15 yıl ve üstü | 29 | 18.4 |
| Daha önceki yatış sayısı | Hiç | 43 | 27.2 |
| | 1-3 defa | 71 | 44.9 |
| | 4-9 defa | 27 | 17.1 |
| | 10 ve üzeri defa | 17 | 10.8 |
| Şu an başka rahatsızlık varlığı | Evet | 40 | 25.3 |
| | Hayır | 118 | 74.7 |
| Teşhisten sonra kısmen düzelme varlığı | Evet | 136 | 86.1 |
| | Hayır | 22 | 13.9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| İlaç kullanmanın düzenli olma durumu | Evet | 133 | 84.2 |
| | Hayır | 5 | 3.2 |
| | Kısmen | 20 | 12.6 |
| Uygulanan tedavilerin iyileştirme durumu | Evet | 138 | 87.3 |
| | Hayır | 20 | 12.7 |
| **Toplam** | | **158** | **100.0** |

Yapılan analiz sonucunda katılımcıların tanı zamanına göre dağılımları incelendiğinde; şizofreni hastalarının tanı alınma zamanı ortalaması 8.64±7,26 arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının; %27.2'sinin daha önce hiç yatışı olmadığı, %44.9'unun 1-3 defa, %17.1'inin 4-9 defa ve %10.8'inin 10 defa ve üzeri yatışı olduğu; %25.3'ünün şu an başka rahatsızlığının olduğu, %74.7'sinin ise olmadığı; %86.1'inin teşhisten sonra kısmen düzeldiği, %13.9'unun ise düzelmediği; %84.2'sinin düzenli ilaç kullandığı, %3.2'sinin düzenli kullanmadığı, %12.6'sının kısmen düzenli ilaç kullandığı; %87.3'ünün uygulanan tedavilerin iyileştirdiği, %12.7'sinin ise iyileştirmediği bulunmuştur.

## 4.4.Katılımcıların Hastalık Yönetimi ve İyileşme Durumları

**Tablo 4.4:** Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği ve boyutlarının karşılaştırılması

| **Değişkenler** | | **Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | $\bar{X}$±**SS** | **Test değeri** | **p** | **Bonferroni** |
| Yaş | 29 yaş ve altı | 37 | 33.73±7.94 | 0.359 | 0.783 | |
| | 30-39 | 49 | 31.94±7.87 | | | |
| | 40-49 | 48 | 32.94±8.93 | | | |
| | 50 yaş ve üstü | 24 | 33.17±7.61 | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 49 | 34.43±9.14 | 1.646** | 0.102 | |
| | Erkek | 109 | 32.14±7.58 | | | |
| Medeni durum | Bekar | 115 | 32.04±8.19 | 2.487*** | 0.086 | |
| | Evli | 37 | 34.57±7.92 | | | |
| | Diğer | 6 | 37.67±5.65 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eğitim durumu | Okuma yazma bilmiyor | 13 | 31.62±7.64 | 3.068*** | **0.030*** | **4>2** |
| | İlkokul / Ortaokul | 49 | 30.78±7.92 | | | |
| | Lise / Üniversite | 88 | 33.63±8.09 | | | |
| | **Lisansüstü** | 8 | 39.00±7.60 | | | |
| **Ç**alışma durumu | Evet | 27 | 35.81±6.64 | 2.103** | **0.037*** | |
| | Hayır | 131 | 32.24±8.30 | | | |
| Sosyal güvence varlığı | Var | 118 | 33.75±8.04 | 2.419** | **0.017*** | |
| | Yok | 40 | 30.20±7.92 | | | |
| Yaşanılan yer | Şehir | 145 | 33.03±8.16 | 0.961** | 0.338 | |
| | Köy / Kasaba | 13 | 30.77±7.92 | | | |
| Tanı alınan zaman | **5 yıl altı** | 60 | 35.60±7.59 | 4.716*** | **0.004*** | **1>2, 4>2** |
| | 5-9 yıl | 35 | 29.91±9.24 | | | |
| | 10-14 yıl | 34 | 32.74±7.67 | | | |
| | **15 yıl ve üstü** | 29 | 30.83±6.75 | | | |
| Daha önceki yatış sayısı | Hiç | 43 | 33.67±8.87 | 0.216*** | 0.886 | |
| | 1-3 defa | 71 | 32.66±7.68 | | | |
| | 4-9 defa | 27 | 32.41±8.11 | | | |
| | 10 ve üzeri defa | 17 | 32.24±8.66 | | | |
| Şu an başka rahatsızlık varlığı | Evet | 40 | 31.15±7.73 | -1.534** | 0.127 | |
| | Hayır | 118 | 33.42±8.22 | | | |
| Teşhisten sonra kısmen düzelme varlığı | Evet | 136 | 33.65±7.92 | 3.155** | **0.002*** | |
| | Hayır | 22 | 27.91±7.84 | | | |
| İlaç kullanmanın düzenli olma durumu | Evet | 133 | 32.99±7.87 | 1.081*** | 0.342 | - |
| | Hayır | 5 | 27.60±9.15 | | | |
| | Kısmen | 20 | 33.20±9.56 | | | |
| Uygulanan tedavilerin iyileştirme durumu | Evet | 138 | 33.30±8.01 | 1.866** | 0.064 | |
| | Hayır | 20 | 29.70±8.48 | | | |

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeğini karşılaştırmak için iki bağımsız grup

karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Analiz sonucunda; katılımcıların cinsiyetlerine göre hastalık yönetimi ve iyileşme boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.4.). Kadın katılımcıların iyileşme boyutu puanlarının, erkek katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.) Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulandığında; eğitim durumu lisansüstü olan hastaların Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği puanlarının, eğitim durumu ilkokul/ ortaokul olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların çalışma durumları ve hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.). Araştırma sonucunda çalışan katılımcıların hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği puanlarının, çalışmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sosyal güvence varlığına göre Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Analiz sonucunda sosyal güvencesi olan şizofreni hastalarının Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği puanlarının, sosyal güvencesi olmayan şizofreni hastalarına göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşadığı yere göre iyileşme boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Analizde yaşadığı yer şehir olan katılımcıların iyileşme boyutu puanlarının, yaşadığı yer köy/ kasaba olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcılarda ilaç kullanmanın düzenli olma durumuna ile Hastalık Yönetimi, İyileşme Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. İlaç kullanmayı düzenli yapan katılımcıların hastalık yönetimi ve iyileşme puanlarının, yapmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

## 4.5.Katılımcıların Umut- Umutsuzluk Durumları

**Tablo 4.5.** Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre beck umutsuzluk ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n= 158)

| Değişkenler | | | Beck Umutsuzluk Ölçeği | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | $\bar{X}$±SS | Test değeri | p | Bonferroni |
| Yaş | 29 yaş ve altı | 37 | 4.32±3.56 | 1.970*** | 0.121 | |
| | 30-39 | 49 | 5.76±4.81 | | | |
| | 40-49 | 48 | 6.60±5.04 | | | |
| | 50 yaş ve üstü | 24 | 4.83±4.42 | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 49 | 4.94±4.78 | -1.096** | 0.275 | |
| | Erkek | 109 | 5.81±4.53 | | | |
| Medeni durum | Bekar | 115 | 5.67±4.51 | 0.469*** | 0.626 | |
| | Evli | 37 | 5.41±5.06 | | | |
| | Diğer | 6 | 3.83±3.76 | | | |
| Eğitim durumu | Okuma yazma bilmiyor | 13 | 7.38±3.36 | 2.233*** | 0.087 | - |
| | İlkokul / Ortaokul | 49 | 6.33±4.44 | | | |
| | Lise / Üniversite | 88 | 5.03±4.86 | | | |
| | Lisansüstü | 8 | 3.25±2.92 | | | |
| Çalışma durumu | Evet | 27 | 3.63±3.36 | -2.994** | **0.004*** | |
| | Hayır | 131 | 5.93±4.74 | | | |
| Sosyal güvence varlığı | Var | 118 | 5.27±4.47 | -1.252** | 0.212 | |
| | Yok | 40 | 6.33±4.97 | | | |
| Yaşanılan yer | Şehir | 145 | 5.38±4.62 | -1.450** | 0.149 | |
| | Köy / Kasaba | 13 | 7.31±4.27 | | | |
| Tanı alınan zaman | 5 yıl altı | 60 | 4.43±3.85 | 2.396*** | 0.070 | - |
| | 5-9 yıl | 35 | 6.91±5.82 | | | |
| | 10-14 yıl | 24 | 6.06±4.75 | | | |
| | 15 yıl ve üstü | 29 | 5.55±3.84 | | | |
| Daha önceki yatış sayısı | Hiç | 43 | 5.63±5.01 | 1.086*** | 0.357 | |
| | 1-3 defa | 71 | 5.03±3.95 | | | |
| | 4-9 defa | 27 | 6.89±5.21 | | | |
| | 10 defa ve üzeri | 17 | 5.29±5.11 | | | |
| Şu an başka rahatsızlık varlığı | Evet | 40 | 7.30±5.58 | 2.861** | **0.005*** | |
| | Hayır | 118 | 4.94±4.09 | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Teşhisten sonra kısmen düzelme varlığı | Evet | 136 | 4.98±4.08 | -3.972** | **0.000*** | |
| | Hayır | 22 | 9.00±6.11 | | | |
| İlaç kullanmanın düzenli olma durumu | Evet | 133 | 5.30±4.39 | 5.037*** | **0.008*** | **2>1, 2>3** |
| | Hayır | 5 | 11.80±7.40 | | | |
| | Kısmen | 20 | 5.55±4.41 | | | |
| Uygulanan tedavilerin iyileştirme durumu | Evet | 138 | 5.04±4.29 | -3.740** | **0.000*** | |
| | Hayır | 20 | 9.00±5.35 | | | |

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Umutsuzluk Ölçeği değerlendirilmiş, iki bağımsız grup karşılaştırılmasında bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Uygulama sonucunda, katılımcıların eğitim durumları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Eğitim durumu okuma yazma bilmiyor ve ilkokul/ ortaokul olan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının, eğitim durumu lise/ üniversite olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumları ve beck umutsuzluk ölçeği puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Çalışmayan katılımcıların beck umutsuzluk ölçeği puanlarının, çalışan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaşadıkları yer ile Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Yaşadığı yer köy/ kasaba olan katılımcıların gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler boyutu puanlarının, yaşadığı yer şehir olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görmüştür.

Katılımcıların tanı aldıkları zamana göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulanmıştır. Uygulama sonucunda tanı alınan zaman 5-9 yıl olan katılımcıların umut boyutu puanlarının, 5 yıl ve altı olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların şu an ek rahatsızlık (diyabet, tansiyon vb.) varlığına göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Şu an ek rahatsızlığı olan katılımcıların beck umutsuzluk ölçeği puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların teşhisten sonra kısmen düzelme varlığına göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$) Teşhisten sonra kısmen düzelmeyen şizofreni hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının, teşhisten sonra kısmen düzelen şizofreni hastalarına göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların ilaç kullanma durumlarına göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni uygulandığında; düzenli ilaç kullanmayan şizofreni hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının, düzenli kullanan ve kısmen düzenli kullanan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların uygulanan tedavilerin iyileştirme durumuna göre Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Uygulanan tedavilerle iyileşmeyen katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği ve boyutlarının puanlarının, iyileşen katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

## 4.6. Araştırma Sonucu İlişkiler

**Tablo. 4.6:** Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki

| Ölçek ve Boyutları | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- İyileşme Boyutu | r | 1.000 | 0.340 | -0.011 | 0.692 | -0.373 | -0.391 | -0.331 | -0.432 |
| | p | - | 0.000* | 0.897 | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* |
| 2- Hastalık Yönetimi Boyutu | r | | 1.000 | 0.269 | 0.785 | -0.394 | -0.420 | -0.418 | -0.487 |
| | p | | - | 0.001* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* |
| 3- Biyoloji Boyutu | r | | | 1.000 | 0.412 | -0.099 | -0.141 | -0.194 | -0.175 |
| | p | | | - | 0.000* | 0.249 | 0.099 | 0.022* | 0.041* |
| 4- Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği | r | | | | 1.000 | -0.432 | -0.449 | -0.447 | -0.522 |
| | p | | | | - | 0.000* | 0.000* | 0.000* | 0.000* |
| 5- Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler Boyutu | r | | | | | 1.000 | 0.619 | 0.731 | 0.892 |
| | p | | | | | - | 0.000* | 0.000* | 0.000* |
| 6- Motivasyon Kaybı Boyutu | r | | | | | | 1.000 | 0.423 | 0.836 |
| | p | | | | | | - | 0.000* | 0.000* |
| 7- Umut Boyutu | r | | | | | | | 1.000 | 0.823 |
| | p | | | | | | | - | 0.000* |
| 8- Beck Umutsuzluk Ölçeği | r | | | | | | | | 1.000 |
| | p | | | | | | | | - |

*p<0.05

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon kullanılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı (r) -1 ile +1 arasında değerler almaktadır (Kayahan, 2008). r=-1 ise tam negatif doğrusal bir ilişki, r=+1 ise tam pozitif doğrusal bir ilişki, r=0 ise iki değişken arasında bir ilişki yoktur şeklinde yorumlanabilmektedir. Pearson korelasyon katsayısının eksi r değerleri değişkenler arasında ters yönlü ilişkinin var olduğunu gösterirken artı r değerleri değişkenler arasında aynı yönlü ilişkinin var olduğunu göstermektedir. İlişki gücü, r=0.00 ise ilişki yok, r=0.01-0.29 arasında ise zayıf düzeyde ilişki, r=0.30-0,70 arasında ise orta düzeyde ilişki, r=0.71-0,99 arasında ise yüksek düzeyde ilişki, r=1.00 ise mükemmel bir ilişki şeklinde yorumlanabilmektedir (Özmen ve Şeniş, 2012).

Bunun sonucunda, İyileşme Boyutu ile Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler boyutu arasında ($r=-0.373$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde, Motivasyon Kaybı boyutu arasında ($r=-0.391$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde, Umut boyutu arasında ($r=-0.331$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde ve Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında ($r=-0.432$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Hastalık Yönetimi boyutu ile Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler boyutu arasında ($r=-0.394$, $p<0.05$), Motivasyon kaybı boyutu arasında ($r=-0.420$, $p<0.05$), Umut boyutu arasında ($r=-0.418$, $p<0.05$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında ($r=-0.487$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Biyoloji boyutu ile Umut boyutu arasında ($r=-0.194$, $p<0.05$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında ($r=-0.175$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği ile Gelecek ile ilgili Duygular ve Beklentiler boyutu arasında ($r=-0.432$, $p<0.05$), Motivasyon kaybı boyutu arasında ($r=-0.449$, $p<0.05$), Umut boyutu arasında ($r=-0.447$, $p<0.05$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği arasında ($r=-0.522$, $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

# 5. TARTIŞMA

Şizofreni tanısı ile yatarak tedavi olmuş, taburculuk kararı alınmış hastalarda hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasında ilişki tespit etmek üzere yapılan bu çalışmanın araştırma bulguları: 'katılımcıların, sosyo-demografik özellikleri, hastalık yönetimi ve iyileşme durumları, Umut- Umutsuzluk durumları ve hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki yönü' başlıklarıyla literatürde yapılan çalışmalar doğrultusunda tartışılmıştır.

## 5.1. Şizofreni tanısı alan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık yönetimi ve iyileşme durumları arasındaki ilişkinin tartışılması

Araştırmaya yönelik olarak katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeğinin alt boyutları karşılaştırıldığında katılımcıların cinsiyetlerine göre iyileşme boyutları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kadınların iyileşme puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde Beentjes (2021) ve Mueser 'ın (2006)'nin şizofreni hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmalarda kadınların hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeğinden aldıkları puanların anlamlı bir şekilde farklılaştığına vurgu yapıldığı görülmüştür. Dolayısıyla çalışmamızda elde edilen bulgunun benzeri sonuçlarının literatürde yer aldığı ve birbirini desteklediği söylenebilir.

Mevcut araştırmamızda iş sahibi katılımcıların hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği puanlarının, işsiz olan katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Warner (2009), şizofreniden iyileşmek için sunduğu model çalışmasında meslek sahibi hastalarının işsizlere göre iyileşme konusunda daha avantajlı olduklarını, iyileşme süreçlerinin daha kısa sürdüğünü ortaya koymuştur. Benzer bulgulara Marwaha ve Johnson (2004) da atıf yapmıştır. Araştırmalar çalışma durumunun hastalık yönetimi ve iyileşme üzerinde olumlu etkileri olabileceğini belirtmiştir. Yapılan bu çalışmalar sonuçları itibari ile çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmada sosyal güvencesi olan katılımcıların hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği puanlarının, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık

sigortası, bireylere koruyucu bakım, teşhis testleri, ilaçlar, tedaviler ve hastaneye yatış dahil olmak üzere çok çeşitli sağlık hizmetlerine erişim sağlamaktadır. Sağlık güvencesi olmadan, bu hizmetlerin maliyeti aşırı derecede pahalı olabilir ve bu da bireylerin gerekli tedaviyi almasını zorlaştırabilir. Mueser (2013) hastalıkların tedavisinde sağlık güvencesinin önemli rolünün olduğunu ifade etmiştir. Özellikle şizofreni gibi ruhsal bozuklukların tedavisinin vakaya göre uzayabileceği, bu nedenle hastanın sosyal güvencesinin olmasının tedavi sürecinde faydalarının olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle çalışmamız sonucu elde edilen verinin literatürle uyuştuğu söylenebilir.

Araştırmamızda şehirde yaşayan katılımcıların iyileşme boyutu puanlarının, kırsalda yaşayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Şehirlerin genellikle sağlık tesislerine, tıp uzmanlarına ve gelişmiş teşhis ve tedavi seçeneklerine daha iyi erişime sahip olması, kırsal alanlara kıyasla daha yüksek hastane, klinik ve sağlık kaynakları yoğunluğuna sahip olma durumlarının daha kısa bekleme süreleri, uzmanlara daha kolay erişim ve daha geniş bir tıbbi hizmet yelpazesi ile sonuçlanabilir. Buna karşılık, kırsal alanlarda sınırlı sağlık altyapısı, daha az uzman ve tıbbi tesislere ulaşmak için daha uzun seyahat mesafeleri olabilir. Eker (2021) ve Çobanoğlu vd. (2003)'nin gerçekleştirdikleri çalışmalarda şehirde yaşamanın iyileşme sürecinde avantajlar sağladığını ifade etmiştir. Bu bağlamda çalışmamız sonucunda elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hastalık tanısı aldıkları zamana göre iyileşme boyutu, hastalık yönetimi boyutu ve hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Sadece psikiyatrik değil birçok hastalığın tedavisinde erken tanı iyileşme sürecine olumlu etki etmektedir. Güleç ve Büyük kınacı (2011) kanser ve psikiyatrik hastalıkların tedavisinde; Yücel (2013), depresyon tedavisinde; Çalık ve Aktaş (2011) gebelikte depresyon tedavisinde erken tanı koyulmasının öneminden ve erken tanının iyileşmeye olan olumlu etkilerinden bahsetmektedir. Çalışma sonucunda çıkan sonucun literatürle parelel bir doğrultuda olduğu söylenebilir.

### 5.2. Şizofreni Tanısı Alan Hastaların Sosyo-demografik özelliklerinin Umut-Umutsuzluk Düzeyi ile ilişkisine Yönelik Sonuçların Tartışılması

Umutsuzluk durumu, şizofreni teşhisi konan bireyler arasında farklılık gösterebilir. Umutsuzluğun şizofreninin evrensel bir özelliği olmadığını ve bireylerin farklı bakış açılarına ve deneyimlere sahip olabileceğini not etmek önemlidir (Kardeş, 2020). Şizofreni hastası bazı kişiler umutsuzluk duyguları yaşayabilirken, umutsuzluk düzeyi her bireyde aynı olmamaktadır. Umutsuzluk, semptomların günlük işlevsellik üzerindeki etkisi, ilişkilerdeki zorluklar, toplumsal damgalanma, kişisel hedeflere ulaşmadaki sınırlamalar ve hastalığı yönetmeyle ilgili zorluklar dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir (Barut ve ark., 2016).

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Umutsuzluk Ölçeği ve alt boyutlarını karşılaştırıldığında eğitim ve istihdam durumu ile Beck Umutsuzluk skorları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Eğitimi düzeyi düşük olan ve çalışmayan hastaların umutsuzluk skorları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Eğitimin sosyal bütünleşmeyi ve aidiyet duygusunu kolaylaştırması, şizofreni hastalarının akranlarıyla etkileşime girebilmesine olanak sağlaması, destekleyici ilişkileri geliştirmesi ve akademik ve mesleki faaliyetlere katılmaya olanak sağlaması gibi faktörlerin elde edilen sonuç üzerinde etkisi olduğu düşünülebilir. Nitekim literatürde farklı çalışmalarda umutsuzluk düzeyi ile eğitim düzeyi arasındaki ters orantıya atıf yapılmıştır. Örneğin Karadağ (2009) engelli çocuğa sahip annelerin eğitim durumları yükseldikçe umutsuzluk seviyelerinin düştüğünü; Arslantaş ve ark. (2010), yatan hastalarda umutsuzluk düzeyi arasında ters yönlü ilişki olduğunu (Arslantaş ve ark., 2010); Mystakidou ve ark. (2008) palyatif bakımdaki hastaların umutsuzluk düzeylerinin eğitim düzeyi arttıkça düştüğüne vurgu yapmıştır (Mystakidou ve ark., 2008). Lyu ve ark., (2021) şizofreni hastalarında şizofreni olmayanlara kıyasla umutsuzluk ve intihara meyletme durumunu inceledikleri çalışmada eğitim düzeyi düşük hastaların diğerlerine göre nispeten hayattan daha umutsuz ve intihara meyilli olduğunu bildirmiştir (Lyu ve ark., 2021). Bu sebeple de elde edilen sonucun literatüre uyumlu olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmada işsizlik/istihdam durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı farklılık incelendiğinde ise, çalışan bireylerin çalışmayanlara oranla umutsuzluk düzeyi puanları

daha düşük çıktığı belirlenmiştir. Bir işe sahip olmak, bireylere temel ihtiyaçlarını karşılama, sağlık hizmetlerine erişme ve diğer önemli kaynakları karşılama araçları sağlayama, finansal istikrar, genel refahı olumlu yönde etkileme gibi durumlarla umutsuzluğu azaltabilecek finansal kaygılar ile ilgili stresi azaltabilmeye sebep olabilir. Nitekim literatürde incelendiğinde Soygür ve arkadaşları tarafından Mavi At kafede çalışanlarının şizofreni tanılı bireyler olduğu katılımcılarla yapılan bir nitel çalışmada; iyileşmeye katkı sağlayan etmenler arasında umut olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastaları çalıştıkları bu kafede; işlevselliklerinin arttığını görmesi, başarı duygusunu tatması, takdir edilmeleri gibi duyguların umut beslemelerini sağladığını belirtmişlerdir (Soygür ve ark., 2017). Durat ve ark. (2017) çalışan bireylerin çalışmayanlara kıyasla daha düşük umutsuzluk düzeylerinde olduğunu bildirmiştir. Demirel ve ark. (2015) kronik hastalıklarda (kanser hastalarıyla) yaptıkları çalışmada istihdam edilme durumunun umutsuzluk düzeylerini düşürdüğünü ortaya koymuştur. Haran ve Aydın (1995) da depresyon hastalarının umutsuzluk düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmalarında benzer sonuçları bildirmiştir. Bu sebeple elde edilen sonucun literatürle uyumlu sonuçlar verdiği söylenebilir.

Araştırmada yaşadığı yer köy/ kasaba olan katılımcıların gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler boyutu puanlarının, yaşadığı yer şehir olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çin'de kırsal ve kentsel bölgede yaşayan şizofreni hastalarının hiç tedavi edilmeme olasılığı araştırılan çalışmada kentsel bölgede yaşayan şizofreni hastalarının kırsal bölgede yaşayan şizofreni hastalarına göre; daha yoğun psikiyatrik bakım gördüğü ve tedavinin daha çeşitli olduğu, şehirde yaşayan şizofreni hastalarının daha fazla sağlık sigortasına sahip olduğu ve yatarak tedavi alma olasılıklarının yüksek olduğu ifade edilmiştir. Kırsal bölgede yaşayan şizofreni hastaları daha çok ayaktan tedavi görerek yatışla ilişkili izolasyonu önlemektedir (Yang et al., 2022). Çevrenin şizofreni üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada kentsel doğum şizofreni için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Brown, 2011). Kırsal bölgede yaşayan insanların gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler boyutu puanın yüksek olmasında şizofrenin hiç tedavi edilmeme olasılığının ya da kentsel ve kırsal bölgedeki eşit olmayan sağlık hizmetlerinin etkilediği düşünülebilir.

Tanı alınan zaman 5-9 yıl olan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği boyutu puanlarının, 5 yıl ve altı olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde hastalık süresi arttıkça tedaviye yanıtın azaldığı belirtilmektedir (Xia et al., 2011). Netice itibari ile elde edilen bulgunun literatürle uyuştuğu söylenebilir.

Şu an ek rahatsızlığı olan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının, olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde şizofreniye eşlik eden ek rahatsızlıkların umutsuzluğu arttırdığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Novick et al., 2010). Elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının, düzenli kullanan ve kısmen düzenli kullanan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk durumlarının klinik anlamda iyileşmeyi olumsuz etkilediği, (Novick ve ark., 2010) ilaç uyumu olmayan şizofreni hastalarında sık sık öz kıyım girişimi görüldüğü (Novick ve ark., 2010; Velligan ve ark., 2007) Belirtilmiştir. Şizofreni hastalarının öz kıyım girişiminde bulunulmasının düzenli ilaç kullanıma bağlı olabileceği belirtilmiştir (Yıldız, 2018). Bu nedenle elde edilen bulguların literatürle bir paralellik içerisinde olduğu söylenebilir.

Uygulanan tedavilerle iyileşmeyen katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının, iyileşen katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Şizofreniden kurtulma yolculuklarında semptomların hafiflemesi, daha iyi işlevsellik ve daha yüksek yaşam kalitesi gibi ilerleme kaydeden bireyler daha düşük umutsuzluk seviyelerine sahip olduğu söylenebilir. Olumlu değişikliklerin yaşanması ve bireylerin kişisel gelişim ile iyileşme sürecinin ilerleyebiliyor olmasının artan umutluluğa ve daha iyimser bir bakış açısına katkıda bulunduğu düşünülebilir. Bu bağlamda literatür incelendiğinde ise Kavak ve Yılmaz'ın 2018'de yaptığı çalışmada şizofren hastalarının tedaviye uyumu arttıkça umut düzeylerinin de arttığı belirtmesi (Kavak ve Yilmaz, 2018), Lysaker ve arkadaşlarını 2007 yılında yaptıkları bir başka çalışmada; umudu yüksek olan şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun daha iyi olduğunu ifade etmesi (Lysaker ve ark., 2007) gibi sonuçların mevcut çalışma sonucumuzla örtüştüğünü göstermektedir.

### 5.3. Şizofreni tanısı alan hastaların hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılması

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda hastalık yönetimi, iyileşme değişkeni ve umutsuzluk düzeyleri değişkeni boyutları arasında istatistiki olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Genel olarak, hastalık yönetimi ve iyileşme düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bireyler hastalık yönetim becerilerini geliştirdikçe ve etkili tedavi stratejilerini uyguladıkça iyileşme şansları artmakta ve umutsuzluk düzeyleri azalmaktadır. İlaç uyumu, tedaviye katılım, yaşam tarzı değişiklikleri ve başa çıkma stratejilerini içeren etkili hastalık yönetiminin, daha iyi ruh sağlığı sonuçlarına ve daha iyimser bir görünüme katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastalık yönetimi ve iyileşme süreçlerine aktif olarak dahil olmanın, bireylere ruh sağlıkları üzerinde bir kontrol duygusu sağladığı, semptomları yönetmenin, atak riskini azaltarak genel refahı iyileştirdiği belirlenmiştir. Hastalık yönetimi için stratejiler öğrenmenin ve uygulamanın kişilerde güçlenme duygusunu besleyebildiği ve umutsuzluk duygularını azaltabileceği düşünülmektedir. Bireyler ruh sağlığı üzerinde daha fazla kontrole sahip olduklarını hissettiklerinde, durumlarını yönetme becerilerine dair artan bir umut ve güven yaşayabilirler. Öte yandan hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişki karşılıklı olabilir. Etkili hastalık yönetimi ve iyileşmeye yönelik uygulamalara girişmek umutsuzluğun azalmasına katkıda bulunabilirken, azalan umutsuzluk da bireyleri iyileşme süreçlerine aktif olarak katılmaya ve etkili hastalık yönetimi uygulamaya motive edebilir. Bu karşılıklı ilişki, genel tedavi ve iyileşme sürecinin bir parçası olarak umutsuzluğun ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Ruh sağlığı hastalarının popülasyonundaki bireysel farklılıkları dikkate almak önemlidir. Ruh hastalığının şiddeti ve kronikliği, kişisel dayanıklılık, tedavi ve desteğe erişim ve çevresel faktörler gibi faktörler hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi etkileyebilir. Bu faktörler arasındaki ilişki değerlendirilirken her kişinin kendine özgü koşulları, deneyimleri ve ihtiyaçları dikkate alınmalıdır. Ruh sağlığı uzmanlarının umutsuzluğa değinmeyi, etkili hastalık yönetimini desteklemeyi ve iyileşmeye yönelik

uygulamaları teşvik etmeyi içeren kapsamlı bakım sağlaması oldukça önemlidir. İşbirlikçi tedavi planlaması, psikoeğitim, terapi, akran desteği ve destekleyici ve güçlendirici bir ortam sağlamanın tümü, ruh sağlığı hastalarında olumlu sonuçlara ve umutsuzluğun azalmasına katkıda bulunabilir.

# 3. SONUÇ ve ÖNERİLER

## 6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umut ilişkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- Kadınların hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyleri erkeklere oranla daha fazladır. Erkek bireyler risk grubu oluşturmaktadır.
- Eğitim seviyesi arttıkça kişilerde hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyi daha yüksek görülmektedir.
- Çalışan bireylerin hastalık yönetimi iyileşme ve umut durumları, çalışmayan bireylere göre daha fazladır.
- Sosyal güvencesi olan kişilerin hastalık yönetimi ve iyileşme ve umut durumları sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir.
- Yaşadığı yer şehir olan katılımcıların hastalık yönetimi ve iyileşme ve umut puanları yaşadığı yer köy/ kasaba olan katılımcılara göre daha yüksektir.
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinde farklılıklar hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyi üzerinde etkili olmaktadır.
- Hastalık yönetimi ve iyileşme ile umutsuzluk arasında negatif yönlü anlamlı ($p<0.05$) korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Kişilerin hastalık yönetim ve iyileşme durumları arttıkça umutsuzluk seviyeleri azalmakta umut seviyeleri arttıkça hastalık yönetimini ve iyileşme düzeyleri yükselmektedir.

## 6.2. Öneriler

Araştırma sonucunda hem klinik alanda hem de akademik alana yönelik öneriler şu şekildedir:

**1- Uygulamaya Yönelik Öneriler**

- Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni hastaları ve aileleri için psiko-eğitim programları ve beceri eğitimi müdahaleleri geliştirilip uygulanması kişilerde ilaç uyumu, erken uyarı işaretlerini tanıma ve semptomlarla başa çıkma gibi hastalık yönetimi becerilerinin geliştirilmesine fayda sağlayabilir.

- Şizofreni hastalarının tedavi planlarına iyileşme odaklı terapi gibi destekleyici terapi yaklaşımları dahil edilmesi, bireylerin başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve problem çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

- Psikiyatri hemşireleri tarafından benzer zorluklarla karşılaşan şizofreni hastalarının birbirilerine destek sağlayabilecekleri akran destek programları oluşturulması, kişilerin akran desteği, aidiyet duygusu geliştirerek, izolasyonu azaltıp rol model olma yoluyla umudun gelişimine katkı sağlayabilir.

- Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrlar, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları dahil olmak üzere sağlık profesyonelleri ve şizofreni hastalarının da yakın iş birliğini içeren işbirlikçi bakım modelleri geliştirilebilir.

- Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni hastalarının sosyal içerme ve toplum entegrasyonunu destekleyen girişimler geliştirilebilir. Bireylerin topluluğa katılmaları ve anlamlı roller üstlenmeleri için fırsatlar yaratarak umutsuzluk azaltılabilir ve iyileşme desteklenebilir.

- Şizofreni hastalarının hastalık yönetimini, iyileşmesini ve genel refahını destekleyen müdahale programları, politikalar geliştirilmesine katkılar sağlanarak kalıcı bir iyileşme yolunda adımlar atılması sağlanabilir

**2- Araştırmaya Yönelik Öneriler**

- Şizofreni hastalarında hastalık yönetimi müdahalelerinin iyileşme düzeyi ve umutsuzluk üzerindeki etkilerini incelemek için boylamsal araştırmalar yürütülebilir. Boylamsal araştırmalar, nedensel ilişkiler kurmaya ve daha etkili müdahalelerin geliştirilmesini bilgilendirmeye yardımcı olarak, bu değişkenlerin zaman içindeki istikrarı ve değişimleri hakkında değerli bilgiler sağlayabilir.

- Şizofreni hastalarında umutsuzluğu azaltma ve iyileşmeyi desteklemedeki etkinliklerini belirlemek için farklı hastalık yönetimi yaklaşımlarını veya müdahalelerini karşılaştırmayı içeren araştırmalar yapılabilir.

- Hastalık yönetimi müdahalelerinin şizofrenide umutsuzluk ve iyileşme düzeylerine yönelik müdahale çalışmaları yapılabilir.

- Farklı kültürel geçmişlere sahip şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için kültürel olarak farklı popülasyonları içerecek araştırmalar yapılabilir. Kültürel anlamda değişikliklerin hastalık yönetimi, iyileşme ve umut düzeyine ilişkisi değerlendirilebilir.

- Şizofreni hastalarında aile odaklı müdahalelerin hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk üzerindeki etkisi konusunda araştırmalar yapılması önerilmektedir. Aile üyelerini dahil etmek ve onların psikoeğitim, destek ve iletişim becerileri sağlamanın, hastalık yönetimi iyileşme ve umut duruma ilişkin etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR


1) Acharya T., Agius M. The Importance of Hope Against Other Factors in the Recovery of Mental Illness. Psychiatria Danubina. 2017; 29 (3): 619- 622.
2) Altun ÖŞ., Olçun Z. Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı. HSP. 2018; 5(1): 107-112.
3) Amering M., Schmolke M. Ruh Sağlığında İyileşme: Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillenmesi. 1. Baskı. Şizofreni Dernekleri Fedarasyonu. 2017. Ankara.
4) Anthony WA. Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Servise System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993; 16(4): 11-23.
5) Arslantaş H., Adana F., Kaya F., Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2010; 18(2): 87-97.
6) Ateş İ., Abay E. Şizofrenin Genetiği. Klinik Psikiyatri. 2001; 4: 53- 59.
7) Bademli K., Karaçar Y. Ruh Sağlığında İyileşme (Editör: Kılıç A.K.) Toplum Temelli Ruh Sağlığında Sosyal Hizmet Uygulamaları. 1. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık. 2020. Ankara. S: 219- 240.
8) Bag B. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Uygulamaya Yönelik Bir Model Örneği: 'Recovery'. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10(4): 481- 493.
9) Barut J., Dietrich M., Zanoni P., Ridner S. Sense of Belonging and hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. Arch Psychiatric Nurse. 2016; 30(2): 178-84.
10) Beck AT., Kovacs M., Weissman A. Hopelessness: And Suicidal Behavıor. JAMA. 1975; 234(11): 1146-1149
11) Beentjes TA. A. E-health and severe mental illness: a painstaking process: e-health added to the Illness Management and Recovery Program (Doctoral dissertation). 2021.
12) Brown A S. The environment and susceptibility to schizophrenia. Prog Neurobiol. 2011; 93(1): 23-58.

13) Cahaya N., Kristina SA., Widayanti AW., Green J. Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schiophrenia: A Systematic Review. Patient prefer Adherence. 2022; 16: 2431-2449.
14) Carpenter W.T., Bughanan R. Schizophrenia. Medical Progress. 2015; 330(10): 681-690.
15) Cripps L., Hood CD. Recovery and Mental Health: Exploring the Basic Characteristics of Living Well with Mental Illness. Therapeutic Recreation Journal. 2020; 2: 108-127.
16) Çam O., Durmuş H. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde ve Psikiyatri Hemşireleri Açısından İyileşme. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016: 32(2): 97-106.
17) Çalık KY., Aktaş S. Gebelikte Depresyon: sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1): 142-162.
18) Çam O., Yalçıner N. Ruhsal Hastalık ve İyileştirme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2018; 9(1): 55-60.
19) Çam O., Durgu N., Güler C. The Process of Recovery from Schizophrenia: A Qualitative, systematic Review. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020; 12(2): 244-56.
20) Çataloluk A., Buran A. Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi. Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi. 2023; 6(7): 916–933.
21) Çıtak, E.A. Ruhsal Hastalıklarda İyileşme Modelleri (Editör: Gürhan N.) Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara Nobel Kitapevleri. 2016. Ankara; 269-288.
22) Çobanoğlu ZSÜ., Aker T., Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam. 2003; 16(4): 211-218.
23) Çoker F., Yalçınkaya A., Çelik M., Uzun A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarında Hastaneye Yatış Sıklığı, Hastalık Semptomlarının Şiddeti, İşlevsel İyileşme ve İçgörü Üzerine Etkisi. Journal of Psychiatric Nursing. 2021; 12(3): 181- 187.
24) Davies G., Welham J., A systematic review and meta-analysis of northern hemisphere season of birth studies in schizophrenia, Schizophreia Bulletin. 2003; 29: 587–593.

25) Davidson L. Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia. 2. Baskı. New York University Press. 2003. New York and London.
26) Davidson L., Rakfeldt J., Strauss J. The Roots of The REcovery Movement in Psychiatrry: Lesson Learned. 1. Baskı. Wiley-Blackwell is an imprint of John Wiley & Sons, formed by the merger of Wiley's global Scientific, Technical and Medical business with Blackwell Publishing. 2010. USA.
27) Deegan PE. REcovery: The Lived Experince of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1998; 11(4): 12-19.
28) Demirel A. C., Altınbaş M., Taşyürek Z., Aşık N., Aslan K. Metastaz durumuna göre kanser hastalarinin yalnizlik ve umutsuzluk düzeyleri. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2015; (5): 6-15.
29) Doğan R., Mercan N., Yüksel Ç. Ruhsal Hastalıklarda İyileşme: Kavram Analizi Dergisi. 2020; 12(1): 91-99
30) DSM-5- TR. Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders Fifty Edition Text Revision. American Psychiatric Association. 2022. USA.
31) Durak A., Palabıyıkoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. Kriz Dergisi. 1994; 2(2): 311- 319.
32) Durat G., Atmaca GD., Ünsal A., Kama N. Özel gereksinimi olan çocukların ailelerinde umutsuzluk ve depresyon. Osmangazi Tıp Dergisi. 2017; 39(3): 49-57.
33) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Mental Disorders. 2019. https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders
34) Eker Y. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi) Kırklareli Üniversitesi. 2021.
35) Erdoğan E., Demir S. The Effect of Solution Focused Group Psychoducation Applied to Schizophrenia Patients on Self-Esteem, Perception of Subjective Recovery and Internalized Stigmatization. Issues Ment Health Nurs. 2022; 43(10): 944-954.
36) Facal F., Costas J. Polygenic risk scores for schizophrenia and treatment resistance: New data, systematic rewiev and meta-analysis. Schizophrenia Research. 2023; 252: 189-197.
37) Fardig R. Ilness Management and Recovery: Implementation and Evaluation of a Psychosocial Program for Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. 1. Baskı.

Digital Copmrehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. 2012. Uppsala.

38) Fernandez S. The mental health nurse as case manager of a patient with severe schizophrenia. Enferm Clin. 2022; 32(1): 60- 64.

39) Franza F., Zarrealla A., Calabrese L., Ferrara I., Solomita B., Tavormina G. Hope Psychiatric Patients: An Observational Study a Psychiatric Rehabilitation Centre. Psychiatria Danubina. 2022; 34(8): 60-63.

40) Gutierrez D., Dorais S., Goshorn J. Recovery as Life Transformation: Examining the Relationships Between Recovery, Hope, and Relapse. Substance Use & Misuse. 2020; 1-9.

41) Güleç G., Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride güncel yaklaşımlar.2011; 3(2): 343-367.

42) Haran S., Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleri ile ilişkisi. Kriz Dergisi. 1995; 3(1): 218-222.

43) Hayes L., Herrman H., Castle D., Harvey C. Hope, Recovery and Symptoms: The Importance of Hop efor Peaople Living with severe mental Ilness. Australasian Psychiatry. 2017; 0(00): 1-5

44) Huber J. Hope from Despair. Journal of Political Philosophy. 2022: 31(1): 80-101.

45) Işık I., Ergün G. Hope and Belonging in Patients with Schizophrenia: A phenomenological Study. Perspect Psychiatry Care. 2019; 1-8.

46) İpçi K., Yıldız M., İncedere A., Kiras A., Esen D. Gürcan MB. Subjective Recovery in Patients with Schizophrenia and related Factors. Community Mental Health Journal. 2020; 56: 1180-1187.

47) Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. Lancet. 2022 ;399(10323):473-486.

48) Karadağ G. Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(4): 315-322.

49) Karagülleoğlu ZY., Çarhan A. Tarihteki İzleri ile Şizofreni. Lokman Hekim Dergisi. 2021; 11 (3): 400- 410.

50) Kardeş VÇ. Pandemi süreci ve sonrası ruhsal ve davranışsal değerlendirme. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi. 2020; 4(2): 160-169.
51) Kavak F., Yılmaz E. The Effect of Hope on the Treatment Adherence of Schizophrenia Patients. Annals of Medical Research. 2018; 25(3) 416- 9.
52) Khaskan A., Abel KM., McName R., Pedersen M., Webb R., Baker P., Kenny L., Montensen P. Higher Risk of Offspring Schizophrenia Following Antenatal Maternal Exposure to Severe Adverse Life Events. ARC gen Psychiatry. 2008; 65(2): 146- 152.
53) Koenig J., Elmer G., Shepard P., Lee P., Mayo C., Joy B., Hercher E:, Brady DL. Prenatal Exposure to a Repeated Variable Stress Paradigm Elicits Behavioral and Neuroendocrinological Changes in the Adult Offspring: Potential Relevance to Schizophrenia. Behavioural Brain Research. 2005; 156: 251- 261.
54) Kocal Y., Karakuş G., Sert D. Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017; 26(2): 251-267.
55) Kruger A. Schizophrenia: Recovery and Hope. Psychiatric REhabilitation Journal. 2000; 24(1): 29-37
56) Laranjeira CA., Querido AF. The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. Rev Bras Enferm. 2022; 25.
57) Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye-Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. 1. Baskı American Psychiatric Publishing. 2011. USA.
58) Lin E. Shaou W., Chan C., Shiau S., Wang H., Huang S. A Pilot Study of an Ilness Management and Recovery Program in Discharged Patients With Schizophrenia. Journal of Nursing Research. 2013; 21(4): 271-278.
59) Loots E., Goossens E., Vanwesemael T., Morrens M., Rompaey B., Dilles T. Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Publich Health. 2021; 18(19): 10213.
60) Lyu J., Zhang, J., Hennessy DA. Characteristics and risk factors for suicide in people with schizophrenia in comparison to those without schizophrenia. Psychiatry research. 2021; 304: 114166.
61) 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(1): 192-199.

62) Marwaha S., Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004; 39(5), 337-349.

63) Marshall C., Howrigan D., Contribution of copy number variants to schizophrenia from a genome- wide study of 42, 32 subject. Nature Genetics. 2017; 4(1): e27-35.

64) McCutcheon R., Marques TR., Howes O. Schizophrenia-an overview. American Medical Association. 2020; 77(2): 201-210.

65) McCutcheon RA., Keefe RS., McGuire PK. Cognitive Impairment in Schizophrenia: Aetiology, pathophysiology and Treatmeent. Moleculer Psychiatry. 2023; 1-17.

66) McLaren S., Castillo P., Tindle R. Corboy D., Klein B., Burmeister O. Suicide Risk Among Older Adults: The Moderating Role of Hope. Clin Gerontol. 2022; 23: 1-15.

67) Morgades-Bamba CI., Ruizdeapodaca JF., Molero F. Internalized Stigma and Impact on Schizophrenia Quality of Life. Psychology Healt and Medicine. 2019; 24(8): 992-1004.

68) Morin L., Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2017; 12: 8.

69) Mueser K.T., Corrigan P.W., Hilton D., Tanzman B., Schaub A., Gingerich S., Essock S., Tarrier N., Morey B., Vogel- Scibilia S., Herz M. Ilness Management and Recovery: A Review of the Research. Psychiatric Services. 2002; 53(10): 1272- 1284.

70) Mueser, K. T., Gingerich, S., Salyers, M. P., McGuire, A. B., Reyes, R. U., Cunningham, H.The illness management and recovery (IMR) scales (client and clinician versions). Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. 2004.

71) Mueser K.T., Meyer P., Penn D., Clancy R., Clancy D., Salyers M. The Ilness Management and Recovery Program: Rationale, Development and Preliminary Findings. Schizophrenia Bulletin. 2006; 32: 32- 43.

72) Mueser K. T., Deavers F., Penn D. L., Cassisi J. E. Psychosocial treatments for schizophrenia. Annual review of clinical psychology. 2013; 9: 465-497.

73) Mulvany F., Collaghan EO., Byrne M., Larkin C. Effect of Social Class at Birth on Risk and Presentation of Schizophrenia: Case-Control Study. BMJ. 2001: 15.

74) Murray P. Recovery, Inc. As an Adjucnt to Treatment in an Era of Managed Care. Psychiatric Services. 1996; 47(12): 1378-1381.
75) Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Pathiaki M., Galanos A., & Vlahos L. The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. Depression and Anxiety; 2008: 25(9), 730-736.
76) Noh C., Choe K., Yang B. Hope From the Perspective of Peoplewith Schizophrenia(Korea). Archives of Psychiatric Nursing. 2008; 22(2): 69-77.
77) Novick D., Haro J. M., Suarez D., Perez V., Dittmann RW., Haddad, PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry research. 2010; 176(2-3): 109-113.
78) Özen S. Şizofreni (Nedir Serisi). 1. Basım. Siyah Beyaz Yayınları. 2020. İstanbul.
79) Özdamar K. Spss ile biyoistatistik. 1. Basım. Nisan Kitapevi Yayınları. 2015. Ankara.
80) Özmen A., Şeniş B. 1.Baskı. İstatistik. Anadolu Üniversitesi. 2012. Eskişehir.
81) Öztürk MO., Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11. Baskı. Tuna Matbaacılık A.Ş. 2011. İstanbul
82) Öztürk S., Sarıkaya N.A., Öz S. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan ve Almayan Hastaların Yeti Yitimi ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri ile Öznel İyileşme Algılarının Karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2021; 12(1): 1-8.
83) Pharris Doktora AB., Munoz RT., Kratz J., Helman Doktora CM. Hope as a Buffer to Suicide Attempts Among Adolescents with Depression. Journal of School Health. 2022; 93(6): 494- 499
84) Polat S., Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda Hastalık Yönetimi İyileşme Programı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 4(3): 111-115.
85) Polat S. Kutlu Y. The Effectiveness of Ilness Management and Recovery Program in Patients with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2021; 35: 162-167.
86) Polat S., Kutlu Y., Gültekin B.K. Psychometric Properties Of The Turkish Version Of Illness Management and Recovery Scale-Patient Form. Perspect Psychiatr Care. 2020; 1-8.
87) Ponce-Correa F., Caqueo-Urızar A., Berrios R., Escobar-Soler C. Defining recovery in schizophrenia: A review of outcome studies. Psychiatry Res. 2023; 322.

88) Roosenschoon B., Weeghel J., Deen M., Esveld E., Kamperman A., Mulder C. Effects of Ilness Management and Recovery: A Multicenter Randomized Controlled Trial. 2021; 14.

89) Rossi A., Amore M., Galderisi S., Rocca P., Bertolino A., Aguglia E., Amodeo G., Belloma A., Bucci P., Buzzanca A., Carpiniello B., Comparelli A., Osso L., Giannantonio M., Mancini M., Marchesi C., Monteleone P., Montemagni C., Oldani L., Roncone R., Siracusano A., Stratta P., Elena T., Vignapiano A., Vita A., Zeppegno P., Maj M., Psychoses I. The Complex Relationship Between Self- Reported 'Personal Recovery' and Clinical REcovery in Schizophrenia. Schizophrenia Research. 2017; 5: 1-3.

90) Saelor K., Ness O., Holgersen H., Davidson L. Hope and REcovery: A Scoping Rewiew. Advances in Dual Diagnosis. 2014; 7(2): 63-72.

91) Shrivastava A., Sousa A. Schizophrenia Treatment Outcomes: An Evidence- Based Approach to Recovery. 1. Baskı. Springer Nature. 2020. Switzerland.

92) Silva MA., Restrepo D. Fuctional Recovery in Schizophrenia. 2019; 48(4): 252- 260.

93) Singla N., Avasthi A., Grover S. Recovery and its Correlates in Patients with Schizophrenia. Asian Journal of Psychiatry. 2020; 1-18.

94) Soygür H., Yüksel MM., Eraslan P., Attepe Özden S. Mavi At Kafe'nin 6 Yılda Öğrettikleri: Şizofreni Hastalarının Gözünden İyileşmeye Katkıda Bulunan Etmenler-Nitel Bir Analiz. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016; 27: 1-7.

95) Soygür H., Yüksel MM., Eraslan P., Özden S. Mavi At Kafe'nin 6 Yılda Öğrettikleri: Şizofreni Hastalarının Gözünden İyilşemeye Katkıda Bulunan Etmenler-nitel Bir Analiz. Türk Psikiyatri Dergisi. 2017; 28(2): 75-80.

96) Sowers W. Transforming Systems of Care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. Community Mental Healt Journal. 2005; 41(6): 757- 774.

97) Spaniol L., Koehler M., Huthinson D. The Recovery Workbook Practical Coping and Empowerment Strategies for People with Psychiatric Disabilities An Evidence- Based Recovery Curriculum. 2. Basım Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. 2009. USA.

98) Spaniol L., Wewiorskı N., Gagne C., Anthony W. The Process of Recovery From Schizophrenia. International Rewiew of Psychiatry. 2002; 14: 327- 336.

99) Stepnicki P., Kondej M., Kaczor A. Current Concept and Treatments of Schizophrenia. Molecules. 2018; 23(2087): 2-29.

100) Summakoğlu D., Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. Lectio Scientific Journal of Healt and Natural Sciences. 2018; 1(2): 43-61.

101) Şahin M., Aydın B., Sarı SV. Öznel İyi Oluşu Açıklamada Umut ve Yaşamda Anlamın Rolü. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2012; 20(3): 827- 836.

102) Şenocak S. Ü., Arslantaş H., Yüksel R. Psikiyatrik İyileşmede yeni bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2019; 28(2): 83-97.

103) T.C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı: 27515

104) Travis T. The Language of the Heart: A cultural History of The REcovery Movement From Alcoholis anonymous to Oprah Winfrey. In The university of Noerth Carolina Press. 2009; 1.

105) Turan N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar (Editör: Gürhan N.). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara Nobel Kitapevleri. 2016. Ankara; S: 539- 565.

106) Türk Dil Kurumu (TDK) https://www.tdk.gov.tr/ (Erişim Tarihi: 21.11.2021).

107) van Langen WJ., Beentjes TA., van Gaal BG., Nijhuis-van der Sanden MW., Goossens PJ. How the Ilness Management and Recovery Program Enhanced Recovery of Persons With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Qualitative Study. Archive Psychiatry Nurse. 2016; 30.

108) Veague, H.B. Schizophrenia. (Editör: Collins C). 1. Baskı. 2. Seri. 2007, New York.

109) Velligan D. I., Wang M., Diamond P., Glahn D. C., Castillo D., Bendle S., Miller AL. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. Psychiatric Services. 2007; 58(9):1187-1192.

110) Vita A., Barlatı S. Recover From Schizophrenia: İs İt Possible?. Co-Psychiatriy. 2018; 32: 2-10.

111) Yang L. H., Phillips M. R., Li, X., Yu, G., Grivel M. M., Zhang J., Susser E. Determinants of never-treated status in rural versus urban contexts for individuals with

schizophrenia in a population-based study in China. BMC Psychiatry. 2002; 22(1): 128.

112) Yaşar H., Yıldız M. Şizofrenide 10 Yıllık Ölüm Oranı ve Risk Etmenlerinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2021; 32 (3): 151- 159.

113) Yıldız M. Şizofreni. 3. Baskı, Umuttepe Yayınları. 2018, Kocaeli.

114) Yücel P., Çayır Y., Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 2013; 16: 83-87.

115) Yüksel R., Arslantaş H. Kanıta Dayalı Bir Psikiyatrik Rehabilitasyon Uygulaması: Hastalık Yönetimi ve İyileşme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021; 13(3): 462-477.

116) W.Best M., Law H., Pyle M., Morrison A. Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psyhosis. Schizophrenia Research. 2020; 223: 112- 118.

117) Warner R. Recovery From Schizophrenia and the Recovery Model. Curr Opin Psychiatry. 2009; 22(4): 374- 80.

118) Weeghel J., Zelst C., Boertien D., Hasson-Ohayon I. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatr Rehabil. 2019; 42(2): 169-181.

119) Weinberger DR., Harrison PJ. Schizophrenia. Wiley-Blackwell Publication Ltd, 2011. ISBN: 978-1-405-17697-2

120) Whitley R., Gingerich S., Lutz W., Muser KT. Impementing the Ilness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings: Facilitators and Barriers. Psychiatric Services. 2009; 60(2): 202-209.

121) Winsper C., Docherty A., Weich S., Fenton S., Singh S. How do Recovery-Oriented Interventions Contribute to Personal Mental Healt Recovery? A Systematic Review and Logic Model. Clin Psychol Rev. 2020; 76.

122) Xia J., Merinder L. B., Belgamwar M. R. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane database of systematic reviews. 2011.

# EKLER

## 7. EK-1

6

**ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

   a. Araştırmanın Adı: Şizofreni Tanısı Alan Hastalarda Hastalık Yönetimi, İyileşme ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

   b. Araştırmanın İçeriği: Şizofreni tanısı alan hastaların hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanılmamış olması nedeniyle bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırma sonucunda elde edilecek olan verilerin diğer araştırmalara veri tabanı oluşturması beklenmektedir. Sağlık ekibinin ve özellikle şizofreni hastaları ile sık karşılaşan ve hasta bakımında önemli bir rol üstlenen psikiyatri hemşirelerinin hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk konularında uygun girişimlerde bulunmaları açısından çalışma sonuçlarının yarar sağlayacağı öngörülmektedir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin, ulusal/ uluslararası dergilerde yayınlanması, ulusal/ uluslararası kongrelerde sunulması planlanmaktadır. Araştırmanın yayınlanacağı makaleden ilgili alanlarda çalışan tüm sağlık personeli ve araştırmacılar yararlanabilecektir. Bu araştırmaya yönelik olarak elde edilecek bütün bilgiler gizlidir ve araştırmanın amacı dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacak başka kişi ve kurumlar ile paylaşılmayacaktır. Katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

   c. Araştırmanın Amacı: Planlanan bu araştırmada Şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlanmaktadır.

   d. Araştırmanın Nedeni:

      ( ) Bilimsel araştırma

      (X) Tez çalışması

   e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: Bu araştırmanın Nisan 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülmesi planlanmaktadır.

   f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Araştırmaya yönelik olarak yapılan örneklem büyüklüğü hesabına göre, araştırma için şizofreni tanısı almış ve taburculuk kararı verilmiş 156 hastaya ulaşılacaktır.

   g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Bu araştırmada kantitatif (nicel) araştırma yöntemlerinden yüzyüze anket yöntemi kullanılacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen

riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim: Araştırmada herhangi bir risk bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Bu araştırma şizofreni hastalarına yönelik hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesini sağlayarak hastalara yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasına, şizofreni hastalarına yönelik uygun bakımın sağlanabilmesine ve şizofreni hastalarında hastalık yönetimi, iyileşme ve umutsuzluk arasındaki ilişkiye yönelik araştırmaların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.
4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması: Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

   Adı- Soyadı: Burhan SIR Telefon: 05347887792
5. Zararların Karşılanması:

   Bu çalışmaya katıldığım için zarar görecek olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın **Araştırmacı Burhan SIR** tarafından karşılanacağı bana bildirildi.
6. Araştırma Giderleri: Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.
7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
9. Gizlilik: Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
10. Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

6

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Burhan SIR

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

- **EK-2**

## KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tarih: …. /…./….

1. Yaş:

2. Cinsiyet : 1. ( ) Kadın 2. ( ) Erkek

3. Medeni durum:
1. ( ) Bekar
2. ( ) Evli
3. ( ) Diğer

4. Eğitim durumu:
1. ( ) Okuma –yazma bilmiyor
2. ( ) Okuma – Yazma biliyor
3. ( ) İlkokul Ortaokul
4. ( ) Lise Üniversite/Yüksekokul
5. ( ) Lisans üstü

5. Çalışma durumu:
1. ( ) Çalışıyor Mesleğiniz:
2. ( ) Çalışmıyor

6.Sosyal güvence durumu: 1. ( ) Var 2. ( ) Yok

7.Yaşadığınız yer: 1. ( ) Şehir 2. ( ) Köy 3. ( ) Kasaba

8.Kaç aydır/yıldır bu tanıyı aldınız? :

9.Daha önce hastaneye kaç defa yattınız? :
1. ( ) Hiç
2. ( ) 1-3
3. ( ) 4 -9
4. ( ) 10 ve üzeri

10.Şu an başka bir hastalığınız var mı? :
1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

11.Hastalığınızın teşhisinden bu yana kısmen de olsa düzeldiğinizi düşünüyor musunuz? :

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

12.İlaç kullanımınız düzenli midir? :
1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır
3. ( ) Kısmen

13.Uygulanan tedavinin sizi iyileştireceğine inanıyor musunuz? :
1. ( ).Evet
2. ( ) Hayır

14. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz:

- **EK-3**

**Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİÖ)**

**Hastanın Kendini Değerlendirmesi**

Lütfen birkaç dakikanızı ayırıp, aşağıdaki sorulara kendinize uygun olan cevapları işaretleyiniz.

1.Kişisel hedefler doğrultusunda ilerleme: Son 3 ayda …… yaptım.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Kişisel hedeflerim olmadı. | Kişisel bir hedefim var ama gerçekleştirmek için bir şey yapmadım. | Kişisel bir hedefim var ve gerçekleştirmek için çok az yol kat ettim. | Kişisel bir hedefim var ve gerçekleştirmek için oldukça yol kat ettim. | Kişisel bir hedefim vardı ve gerçekleştirdim. |

2. Bilgi: Hastalığın belirtileri, tedavi, başa çıkma yöntemleri ve ilaçlar hakkında ne kadar çok şey bildiğini hissediyorsun?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Çok değil | Biraz/Azıcık | Biraz | Biraz daha fazla | Oldukça çok |

3.Aile ve arkadaşların ruhsal hastalığımda tedaviye katılımı: Senin için önemli aile üyeleri, arkadaşlar, erkek arkadaş/kız arkadaş ve diğer kişiler ruhsal hastalıklar tedavinize ne kadar katılıyorlar?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Hiç katılmıyorlar. | Sadece ciddi bir sorun olduğunda | Bazen, durumlar kötüye gitmeye başladığında | Çoğu zaman | Çoğu zaman ve gerçekten ruh sağlığım konusunda yardımcı oldular |

4. Ailem dışındaki insanlarla iletişim kurma: Bir haftada, ailen dışındaki kişilerle (bir arkadaş, iş arkadaşı, sınıf arkadaşı, ev Arkadaşı, vb gibi) ne kadar konuşursun?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| 0 saat/haftada | 1-2 saat/haftada | 3-4 saat/haftada | 6-7 saat/haftada | 8 ve daha fazla saat/haftada |

5. Toplumsal rollerde geçirilen zaman: Çalışma, gönüllülük, öğrencilik, anne/baba olma, birine bakım verme veya başka birinin evinde vakit geçirmede ne kadar zamanını harcarsın? Yani, ne kadar zamanını aktivite yapma, sizden beklenen başka kişilerle birlikte olma ile geçiriyorsunuz? (Bu öz-bakım veya kişisel bakımı içermez).

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| 2 saat veya daha az/haftada | 3-5 saat/haftada | 6-15 saat/haftada | 16-30 saat/haftada | 30 saatten fazla/haftada |

6. Hastalık belirtilerinin sıkıntı düzeyi: Hastalığının belirtileri seni ne kadar rahatsız ediyor?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Belirtilerim beni çok rahatsız ediyor | Belirtilerim beni oldukça rahatsız ediyor | Belirtilerim beni biraz rahatsız ediyor | Belirtilerim beni çok az rahatsız ediyor | Belirtilerim beni hiç rahatsız etmiyor |

7. İşlevselliğin (Günlük hayattaki uğraşlarınız) bozulması: Belirtileriniz yapmayı istediğiniz ya da yapmanız gerekenlere ne kadar engel olmaktadır?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Belirtilerim önümde çok engel | Belirtilerim önümde oldukça engel | Belirtilerim önümde bir miktar engel | Belirtilerim önümde çok az engel | Belirtilerim önümde hiç engel değil |

8.Hastalık tekrarını önleme planı: Aşağıdakilerden hangisi hastalığınızın tekrarını önlemek için ne yaptığınızı ya da ne bildiğinizi en iyi tarif ediyor?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Nasıl önlendiğini bilmiyorum | Çok az biliyorum ama önleme planımı yapmadım | Yapabileceğim bir iki şeyi biliyorum ama yazılı bir planım yok | Yapabileceğim birkaç şey var ama yazılı bir planım yok | Planımı yaptım, bunu başkaları ile paylaştım |

9.Belirtilerin tekrarlaması: Belirtileriniz en son ne zaman tekrarladı? (Ne zaman daha kötüye gitti)?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Son bir ay içinde | Son 2-3 ay içinde | Son 4-6 ay içinde | Son 7-12 ay içinde | Son bir yıl içinde olmadı |

10.Hastaneye yatış: Son zamanlarda ruh sağlığı ve madde bağımlılığı nedenleriyle hastaneye yatışınız oldu mu? Ruh sağlığı ve madde bağımlılığı nedeniyle en son ne zaman hastaneye yattınız?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Son bir ay içinde | Son 2-3 ay içinde | Son 4-6 ay içinde | Son 7-12 ay içinde | Son bir yıl içinde hastaneye yatışım olmadı |

11.Baş etme: Ruhsal ve duygusal hastalığınız ile başa çıkmayı günden güne ne kadar iyi baş ettiğinizi hissediyorsunuz?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Hiç iyi değil | Çok iyi değil | İyi | Daha iyi | Çok iyi |

12.Kendi kendine yardım aktivitelerine katılım: Akran, ayaktan destek grupları, adsız alkolikler, toplum ruh sağlığı merkezleri ziyaret etme veya benzer kendine yardım programlarına ne kadar katılırsınız?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Kendi kendine yardım aktiviteleri hakkında hiçbir şey bilmiyorum | Bazı kendi kendine yardım aktivitelerini biliyorum ama ilgilenmiyorum | Kendi kendine yardım aktiviteleri ile ilgileniyorum ama son bir yıl içinde hiç katılmadım | Kendi kendine yardım aktivitelerine bazen katılıyorum | Kendi kendine yardım aktivitelerine düzenli olarak katılıyorum |

13.Düzenli ilaç kullanma: (Doktorunuz size ilaç reçete etmediyse bu soruyu cevaplamayınız) Doktorunuzun tarif ettiği gibi ilaçlarınızı ne sıklıkta kullanırsınız?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Asla | Ara sıra | Yarı zamanlı | Çoğu zaman | Her gün |

14.Alkol kullanımına bağlı işlevselliğin etkilenmesi: Son 3 ay içinde alkol kullanımı günlük hayatınızı, aile, arkadaş, toplumsal, maddi hayatınızın önünde ne derece engel oldu?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Alkol kullanımı önümde çok engel oldu | Alkol kullanımı önümde epeyce engel oldu | Alkol kullanımı önümde oldukça engel oldu | Alkol kullanımı önümde çok az engel oldu | Alkol kullanımı işlevselliğimin önünde hiç engel olmadı |

15.Madde kullanıma bağlı işlevselliğin etkilenmesi: Son 3 ay içinde madde kullanımı günlük hayatınızı, aile, arkadaş, toplumsal, maddi hayatınızın önünde ne derece engel oldu?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| Madde kullanımı önümde çok en gel oldu | Madde kullanımı önümde epeyce engel oldu | Madde kullanımı önümde oldukça engel oldu | Madde kullanımı önümde çok az engel oldu | Madde kullanımı işlevselliğimin önünde hiç engel olmadı |

- **EK-4**

## Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

**Sizin için uygun mu?**

| | EVET | HAYIR |
|---|---|---|
| **1.** Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. | ( ) | ( ) |
| **2.** Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur. | ( ) | ( ) |
| **3.** İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor. | ( ) | ( ) |
| **4.** Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum. | ( ) | ( ) |
| **5.** Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var. | ( ) | ( ) |
| **6.** Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum. | ( ) | ( ) |
| **7.** Geleceğimi karanlık görüyorum. | ( ) | ( ) |
| **8.** Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum. | ( ) | ( ) |
| **9.** İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok. | ( ) | ( ) |
| **10.** Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. | ( ) | ( ) |
| **11.** Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor. | ( ) | ( ) |
| **12.** Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum. | ( ) | ( ) |
| **13.** Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. | ( ) | ( ) |
| **14.** İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. | ( ) | ( ) |
| **15.** Geleceğe büyük inancım var. | ( ) | ( ) |
| **16.** Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. | ( ) | ( ) |
| **17.** Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. | ( ) | ( ) |
| **18.** Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. | ( ) | ( ) |
| **19.** Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum. | ( ) | ( ) |
| **20.** İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. | ( ) | ( ) |

Puanlama

Evet= 0, Hayır= 1

- **EK-5**

**Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği Kullanım İzni**

Ynt: Ölçek

SP **Selda POLAT** [redacted]

16.12.2020 15:29

Kime: Burhan SIR

Hastalık Yönetimi ve İyileşme...
153,74 KB

Merhaba Burhan Bey,
Ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği gönderiyorum.
Kolaylıklar diliyorum. İyi çalışmalar

[redacted]

**Gönderen:** Burhan SIR [redacted]
**Gönderildi:** 15 Aralık 2020 [redacted]
**Kime:** Selda POLAT [redacted]
**Konu:** Ölçek

Merhabalar.
Sayın Selda Hocam,
Ben Burhan Sır. Ankara Şehir Hastanesinde klinik psikiyatri hemşiresi olarak görev yapmakta, aynı zamanda Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında Psikiyatri Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans eğitimi almaktayım. Sayın Hocam, 'Psychometric properties of the Turkish version of Illness Management and Recovery Scale-Patient form' isimli makalenizde kullanmış olduğunuz ölçeği okudum ve sizin de müsaadeniz olursa bu ölçeğinizi yüksek lisans tezim için kullanmayı düşündüm. Bu konuya yönelik olarak siz ve sayın çalışma arkadaşlarınızdan ölçeğinizi yüksek lisans tezim için kullanmak adına izin istemekte, eğer mümkünse Türkçe versiyonunu talep etmekteyim. Konuya yönelik olarak müsait bir zamanınızda geri dönüşünüzü bekliyor, saygılarımı sunuyorum.

Windows 10 için Posta ile gönderildi

- **EK-6**

**Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Kullanım İzni**

Re: Ölçek

A Aysegul.Durak.Batigun[redacted]

18.01.2021 12:31

Kime: Burhan SIR

BUÖ-Olcek.doc
42,5 KB

2021-01-16 22:38, Burhan SIR yazmış:

Merhabalar.

Sayın Sır,

söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

Sayın Ayşegül Hocam,

Ben Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Servisinde Psikiyatri Hemşiresi olarak çalışan, aynı zamanda Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Eğitimi alan Burhan SIR.

Hocam sizin 1994 yılında yayınlamış olduğunuz 'Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması' isimli makalenizi okudum. Bu makalede 'Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin psikiyatrik rahatsızlık tanısı olan bireylerde kullanılabileceğini belirttiğinizi gördüm.

Bu bağlamda müsaadeniz olursa 'Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni yüksek lisans tez çalışmam için şizofreni hastaları üzerinde kullanmayı düşünmekteyim.

Konuya yönelik olarak fikir ver düşüncelerinizi merak ederek, sizden ölçeği kullanım izni istemekte, eğer mümkünse ölçeğin orijinal bir versiyonunu talep etmekteyim. Geri dönüşünüzü merakla bekliyor, Saygılarımı sunuyorum...

Windows 10 için Posta ile gönderildi

## 8. EK-7

**T.C.**
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**
**TIP FAKÜLTESİ**
**Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

..10.../..03.../2021

**Sayı : 70904504/** 166
**Konu :**

Sayın

Doç.Dr.Kerime BADEMLİ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Şizofreni Tanısı ile Yatarak Tedavi Olmuş, Taburculuk Kararı Alınmış Hastalarda Hastalık Yönetimi, İyileşme ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

[redacted]

**Eki:** Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

*T.C.*
*AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ*
*TIP FAKÜLTESİ*
*KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU*

*2021*

| | | |
|---|---|---|
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | ETİK KURULUN ADI | Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | [redacted] |
| | TELEFON | |
| | FAKS | |
| | E-POSTA | |
| | ETİK KURUL KODU | 2012-KAEK-20 |
| **PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI** | | Doç.Dr.Kerime BADEMLİ |
| **ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI** | | Şizofreni Tanısı ile Yatarak Tedavi Olmuş, Taburculuk Kararı Alınmış Hastalarda Hastalık Yönetimi, İyileşme ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi |
| **KARAR BİLGİLERİ** | **Karar No:KAEK- 165** | **Tarih: 24.02.2021** |
| | Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. | |

[redacted]

[redacted]

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye (İzinli)

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (İzinli)

## 9. EK-8

TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

### A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER

| | |
|---|---|
| **A.1** | **ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER** |
| A.1.1 | **Adı Soyadı:** Burhan SIR |
| A.1.2 | **Kurum / Üniversite:** Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü |
| A.1.3 | **Bölümü:** Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı |
| A.1.4 | **Telefonu:** |
| A.1.5 | **E-mail adresi:** |
| **A.2** | **ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER** |
| A.2.1 | **Araştırmanın Konusu (Araştırmanın açık adı):** Şizofreni Tanısı Alan Hastalarda Hastalık Yönetimi, İyileşme ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi |
| A.2.2 | Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)<br>□ Yüksek Lisans Tezi □ Doktora Tezi □ Bireysel Araştırma Projesi<br>□ Diğer (belirtiniz): ..... |

Her Sayfa İmza

Doküman No: EY.FR.83 Yayım Tarihi:29.03.2017 Revizyon Tarihi/ Revizyon No: 00 Sayfa No: 1/4

# ÖZGEÇMİŞ

**Kişisel Bilgiler**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Adı** | Burhan | **Uyruğu** | T.C. |
| **Soyadı** | SIR | **Tel no** | |
| **Doğum tarihi** | | **E-posta** | |

**Eğitim Bilgileri**

| | **Mezun olduğu kurum** | **Mezuniyet yılı** |
|---|---|---|
| **Lise** | Akşehir Anadolu Öğretmen Lisesi | 2014 |
| **Lisans** | Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi | 2018 |
| **Yüksek Lisans** | Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi | 2019-devam ediyor |
| **Doktora** | | |

**İş Deneyimi**

| **Görevi** | **Kurum** | **Süre (yıl-yıl)** |
|---|---|---|
| Hemşire | Ankara Şehir Hastanesi | 2019-devam ediyor |
| | | |
| | | |
| | | |

| **Yabancı Dilleri** | **Sınav türü** | **Puanı** |
|---|---|---|
| İngilizce | Yökdil | 50 |
| | | |

**Proje Deneyimi**

| **Proje Adı** | **Destekleyen kurum** | **Süre (Yıl-Yıl)** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

**Burslar-Ödüller:**

**Yayınlar ve Bildiriler:**