



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI
HASTALARIN UMUT, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Elif BOZBUĞA**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Arzu YÜKSEL**

AKSARAY-2025



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI
HASTALARIN UMUT, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Elif BOZBUĞA**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Arzu YÜKSEL**

AKSARAY-2025

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Elif BOZBUĞA tarafından savunulan “Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların Umut, Psikolojik İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi” isimli çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

İmza

Danışman: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

.....

Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Üye: Prof. Dr. Figen İNCİ

.....

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Üye: Doç. Dr. Yunus KAYA

.....

Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum ☐

Onaylamıyorum ☐

Bu tez, Aksaray Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Funda ÇETİNKAYA

Enstitü Müdürü

DOĞRULUK BEYANI

Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin incelenmesi yüksek lisans tezinin içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm. Beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

İmza:

Elif BOZBUĞA

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın her aşamasında bilgi ve tecrübesi ile bana yol gösteren, desteğini ve yardımını esirgemeyen, süreci tüm güzelliklerle tamamlamamı sağlayan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Arzu YÜKSEL'e,

Eğitim hayatım süresince bana yeni bir ufuk açan tüm hocalarıma, bilgisiyle bizleri donatan kıymetli hocam Doç. Dr. Yunus KAYA'ya,

Araştırmamı Niğde Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yürütülmesine izin veren Niğde Sağlık İl Müdürlüğü'ne,

Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalarımıza,

Araştırmayı yürüttüğüm Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görev yapan ve daima destekleriyle motivasyonumu artıran meslektaşlarıma ve çalışanlarına,

Eğitim sürecimde desteklerini esirgemeyen Niğde ve Kumluca Çocuk Evleri Sitesi Müdürlükleri mesai arkadaşlarıma,

Hayat yolculuğumu güzelleştiren, destekleriyle bana umut veren tüm arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren, sorularımın ve sorunlarımın çözüm kaynakları dostlarım Merve AYKAŞ ve Kübra Hilal GÜNEY'e

Eğitim süresince beni destekleyen ve her daim sabır gösteren, hayatımın her aşamasında yanımda olduklarını hissettiren, sevgi ve bilgisiyle bana yol gösteren, babam Mehmet BOZBUĞA, annem Rabia BOZBUĞA, motivasyon kaynaklarım ablam Zehra Gül DENİZ, abim Ali DENİZ ve kardeşim Ramazan Eren BOZBUĞA'ya teşekkürlerimi bir borç bilirim. İyi ki varsınız.

Elif BOZBUĞA

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Ruh Sağlığının Tanımı	4
2.2 Şizofreni	4
2.2.1 Şizofrenin tanımı	4
2.2.2 Şizofrenide epidemiyoloji	5
2.2.3 Şizofrenide tanı kriterleri	6
2.2.4 Şizofrenide belirti ve bulgular	7
2.2.5 Şizofrenide tedavi	8
2.2.6 Şizofrenide hemşirenin rolü	9
2.3 Bipolar Bozukluk	10
2.3.1 Bipolar bozukluk tanımı	10
2.3.2 Bipolar bozuklukta epidemiyoloji	11
2.3.3 Bipolar bozuklukta belirtileri ve bulgular	11
2.3.4 Bipolar bozuklukta tanı kriterleri	12
2.3.5 Bipolar bozuklukta tedavi	15
2.3.6 Bipolar bozuklukta hemşirenin rolü	16
2.4 Umut	16
2.4.1 Umut kavramının tanımı	16
2.4.2 Umut kavramının hastalıklarla ilişkisi	17
2.5 Psikolojik İyi Oluş	18
2.5.1 Psikolojik iyi oluş kavramının tanımı	18
2.5.2 Psikolojik iyi oluşun hastalıklarla ilişkisi	19
2.6 Algılanan Sosyal Destek	20
2.6.1 Algılanan sosyal destek kavramının tanımı	20
2.6.2 Algılanan sosyal destek kavramının hastalıklarla ilişkisi	21
2.7 Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	22
2.7.1 Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin tanımı	22
2.7.2 Toplum temelli yaklaşım	22
2.7.2.1 Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezlerinin işleyişi	23
2.7.3 Toplum ruh sağlığı hemşireliği	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1 Araştırmanın Türü.	25
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4 Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5 Araştırmanın Soruları	26
3.6 Araştırmaya Alınma Kriterleri	26
3.7 Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	26
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	26

3.9 Araştırma Verilerinin Toplanması.....	27
3.10 Veri Toplama Araçları.....	27
3.10.1 Sosyodemografik bilgi formu.....	27
3.10.2 Herty umut ölçeği (HUÖ).....	27
3.10.3 Psikolojik iyi oluş ölçeği (PİÖ)	28
3.10.4 Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ).....	28
3.11 Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	51
5.1 HUÖ ve Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	51
5.2 PİÖ ve Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	53
5.3 ÇBASDÖ ve Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması ..	56
5.4 Hastaların HUÖ, PİÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamaları Aralarındaki İlişkinin Tartışılması.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1 Sonuç	62
6.1.1 Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar	62
6.1.2 Hastaların sosyodemografik özellikleriyle umut, psikolojik iyi oluş ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine ilişkin sonuçlar	62
6.1.3 Hastaların HUÖ, PİÖ ve ÇBASDÖ'leri arasındaki ilişkinin sonuçları	64
6.2 Öneriler.....	64
KAYNAKLAR	65
EKLER	80
EK-1: Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu	80
EK-2: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	83
EK-3: Sağlık İl Müdürlüğü Araştırma İzin Kararı	84
EK-4: Ölçek Kullanım İzinleri e-Mailleri	85
EK-5: Hasta Onam Formu.....	87
EK-6: Sosyodemografik Bilgi Formu	88
EK-7: Herty Umut Ölçeği	89
EK-8: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	91
EK-9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	92
ÖZGEÇMİŞ	93

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI HASTALARININ UMUT, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Elif BOZBUĞA

Aksaray Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

ÖZET

Bu araştırma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Niğde ilinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takip edilen, araştırma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya kabul eden 223 şizofreni veya bipolar bozukluk tanısına sahip bireyler oluşturmuştur. Verilerin analizi IBM SPSS V24 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $42,18 \pm 14,73$, %58,3'ü kadın, %74,0'ü bekar, %29,6'sı ilkokul mezunu, %44,4'ü il merkezinde yaşamakta ve %84,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Araştırmada, hastaların orta düzeyde umut ve psikolojik iyi oluş algısına, yüksek düzeyde sosyal destek algısına sahip oldukları saptanmıştır. Cinsiyeti kadın olan, yalnız yaşamayan, düzenli bir gelir kaynağı olan, bipolar bozukluk tanısına sahip olan ve ailesinde yatkınlığı bulunmayan hastaların daha yüksek umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal desteğe sahip oldukları belirlenmiştir. Yaş, medeni durum, hastalığın başlangıç yaşı, alkol kullanımı ve ilaçların düzenli kullanımı ölçek puanları açısından anlamlı fark oluşturmamıştır. Umut ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde, algılanan sosyal destek ile arasında pozitif yönlü orta düzey ilişki saptanmıştır. Psikolojik iyi oluş ile algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. Tüm bu veriler TRSM'lerin önemini ortaya koymaktadır. TRSM'de takip edilen hastalarının tıbbi tedavi ve rehabilitasyonunda, umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek algılarını yükseltecek yaklaşımların ve müdahalelerin geliştirilmesi, hastaların ve aile üyelerinin dahil olabileceği destek programlarının oluşturularak uygulanması, toplum içinde sosyal desteğin geliştirilmesi amacıyla çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler : Bipolar Bozukluk, Psikolojik İyi Oluş, Sosyal Destek, Şizofreni, Umut

Mayıs, 2025; 104 sayfa

M.Sc. THESIS

INVESTIGATION OF HOPE, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS OF PATIENTS REGISTERED IN A COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

Elif BOZBUĞA

**Aksaray University
Health Sciences Institute Nursing Department
Mental Health and Disease Nursing Program**

Supervisor: Doç.Dr. Arzu YÜKSEL

ABSTRACT

This descriptive study was conducted to examine the hope, psychological well-being and perceived social support levels of patients registered at the Community Mental Health Center. The sample of the study consisted of 223 individuals diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder who were followed up at the Community Mental Health Center in Niğde province, met the research criteria and agreed to participate in the study. Data analysis was performed using the IBM SPSS V24 program. The mean age of the patients was 42.18 ± 14.73 , 58.3% were female, 74.0% were single, 29.6% were primary school graduates, 44.4% lived in the city center and 84.8% were unemployed. The study found that the patients had a moderate level of hope and psychological well-being perception and a high level of social support perception. It was determined that patients who were female, did not live alone, had a regular source of income, had a diagnosis of bipolar disorder and had no predisposition in their families had higher hope, psychological well-being and social support. Age, marital status, age of onset of the disease, alcohol use and regular use of drugs did not create a significant difference in terms of scale scores. A positive high level relationship was found between hope and psychological well-being, and a positive medium level relationship was found between perceived social support. A positive high level relationship was found between psychological well-being and perceived social support. All these data reveal the importance of CMHCs. It is recommended that approaches and interventions that will increase the perceptions of hope, psychological well-being and social support in the medical treatment and rehabilitation of patients followed in CMHCs be developed, support programs that patients and their family members can be included in be created and implemented, and studies be conducted to improve social support in the society.

Keywords: Bipolar Disorder, Psychological Well-being, Social Support, Schizophrenia, Hope

May, 2025; 104 pages

ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 4.1 Hastaların sosyodemografik özellikleri (n:223).	30
Çizelge 4.2 Hastaların hastalık sürecine ilişkin bilgileri (n:223).....	31
Çizelge 4.3 HUÖ, PİOÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları.	32
Çizelge 4.4 Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre HUÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223).....	34
Çizelge 4.5 Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre PİOÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=223).	39
Çizelge 4.6 Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223).....	44
Çizelge 4.7 Hastaların HUÖ, PİOÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki.	49

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
APA	American Psychiatric Association
BB	Bipolar Bozukluğu
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
EKT	Elektro-Konvülsif Terapi
HUÖ	Herty Umut Ölçeği
NIMH	National Institute of Mental Health
PİOÖ	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciencefor (Sosyal Araştırmalar için İstatistiksel Program Paketi)
TRSE	Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	World Health Organization
F	Tek Yönlü Varyans Analizi
ICN	International Nurses Day (Uluslararası Hemşireler Birliği)
Max	En Büyük Değer
Min	En Küçük Değer
N	Örneklem
p	Anlamlılık Düzeyi
SS	Standart Sapma
t	T Testi “t”Değeri
Vd	Ve Diğerleri
X	Aritmetik Ortalama
X²	Kruskal Wallis Testi
Z	Mann Whitney U Testi

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, dünya çapında her sekiz kişiden birinin ruh sağlığı sorunu bulunmaktadır (World Health Organization (WHO), 2022). Bu da yaklaşık 970 milyon insanın ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele ettiğini göstermektedir. Dünya genelinde şizofreni tanısı almış yaklaşık 24 milyon, bipolar bozukluk tanısı almış ise yaklaşık 40 milyon kişi bulunmaktadır. Türkiye'deki oranlar da dünya geneline paraleldir (WHO, 2022). Ülkemizde yeti yitimine yol açan sağlık sorunları arasında şizofreni ve bipolar bozukluk (BB), ruh sağlığı hastalıkları içinde ilk beş sırada yer almaktadır (Kılıç, 2017). Şizofreni, engelliliğe neden olan önemli bir hastalık olup, şizofreni tanılı bireylerin kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel ve mesleki işlevsellikleri gibi birçok alanda yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir (WHO, 2022). BB, kişinin ruh hali, enerjisi, aktiviteleri ve düşüncelerini etkileyen; manik (veya hipomanik) ve depresif dönemlerle karakterize edilen bir ruh sağlığı durumudur (WHO, 2024).

Şizofreni, BB ve majör depresyon gibi ağır ruhsal hastalık tanısına sahip bireyler işe veya öğrenime geri dönme yeteneklerini engelleyen önemli nörobilişsel sorunlar yaşayabilirler. Bu sorunlar, sıklıkla topluma entegre olma, kendileriyle ilgili sosyal ve duygusal destekleri anlama yeteneklerini azaltabilmektedir (Harris vd., 2022). Eaton'ın (2012) belirttiği gibi ruhsal hastalıkların tedavisinde, sadece klinik müdahalelere odaklanmanın ötesine geçilerek toplum ve nüfus dinamiklerinin etkisi artırılmalıdır (Eaton, 2012). Ruh sağlığının geliştirilmesi, akıl hastalıklarının önlenmesi ve iyileşmenin teşvik edilmesi için toplum temelli yaklaşımlar önemlidir (Eaton, 2012; Purtle vd., 2020). Toplum temelli yaklaşım, klinik dışı müdahaleler ve faaliyetler olarak tanımlanmaktadır (Purtle vd., 2020). Bu yaklaşım ekip temelli bakımı, kriz çözümünü, psikososyal rehabilitasyonu, vaka yönetimini, aile desteğini ve psikoz için erken müdahaleye odaklanılabilmesini sağlamaktadır (Ismayilov, 2022). Toplum temelli yaklaşım hastanede yatarak tedavi almayı ve sağlık giderlerini azaltmaktadır (Taube ve Quentin, 2020).

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli yaklaşım, 2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) ile başlamıştır. Bu plan kapsamında, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, hizmetlerde

kalitenin yükseltilmesi ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), 2021). Bu amaçla ülkemizde aktif hizmet vermekte olan 188 adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) bulunmaktadır (T.C. SB, 2024). TRSM'ler de ağır ruh sağlığı sorunları olan bireylere biyolojik ve psikososyal müdahaleler sunularak hastaneye yatışların önlenmesi, yeti yitimlerinin asgari düzeye indirilmesi ve işlevsel olarak iyileşmenin sağlanması hedeflenmektedir (TRSM Çalışma Rehberi, 2015).

Ruh sağlığı sorunlarının tedavisi ve rehabilitasyonunda umut öncelikli bir kavramdır. Şizofreni ve BB olan hastalarda umut kavramı, hastanın ruhsal durumu, hastalık evresi, sosyal destek sistemi ve tedavi süreçlerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Umud, sağlıklı ve sağlıksız bireylerde sağlık teşvikini olumlu yönde artıran, kişiler arası iletişimi kolaylaştıran, duyguları ve düşünme biçimini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Rustøen, 2021). Ciddi hastalıklarla mücadele eden hastalar için umut, etkili bir başa çıkma yöntemi olarak önemli bir rol oynamaktadır (Folkman, 2010). Cengisiz vd. (2023) TRSM'de yürüttüğü bir araştırmada aktif rehabilitasyon hizmetlerine katılan grubun, katılmayan gruba göre umut düzeyleri, yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik, duygusal rol işlevselliği, genel ve ruhsal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Cengisiz vd., 2023). Umud, genellikle bireyin yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve iyileşme sürecini etkileyen önemli bir psikolojik faktördür.

Psikolojik iyi oluş, ağır ruhsal hastalık tanısı olan hastaların tedavi sürecine aktif katılımlarını, geleceğe umutla bakmalarını ve yaşam memnuniyetlerini artıran olumlu etkiler sağlamaktadır (Şahin ve Şahin Altun, 2022). Seligman ve Csikszentmihalyi (2000), psikolojinin patolojiye odaklanmasının insan yaşamını değerli kılan olumlu özelliklerden mahrum kalmasına yol açabileceğini vurgulamışlardır. Son yıllarda, pozitif psikolojiyle psikolojik iyi oluşun önemi daha fazla anlaşılmıştır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000; Matud vd., 2019). Pozitif ruh sağlığının, depresif semptomlar ile intihar düşüncesi/davranışı arasındaki ilişkiyi düzenlediği bulunmuştur (Naghavi vd., 2021).

Şizofreni ve diğer ciddi ruhsal hastalıklar genellikle sosyal algının bozulması, motivasyon kaybı ve davranış bozuklukları gibi sonuçlara yol açar. Bu durum, zamanla sosyal geri çekilmeye, algılanan sosyal izolasyona ve yalnızlığa neden olabilmektedir (Fulford ve Holt, 2023). Ağır ruhsal hastalıklarda sosyal destek önemli bir koruyucu etkiye sahiptir. Bu etkinin ortaya çıkabilmesi için aileler, topluluklar,

sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcıları, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde umutla hastalara destek olmalıdır (Şahin ve Altun, 2020). Ayrıca, akran desteği de ruh sağlığı tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Akran desteği, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin tedavi sisteminde önemli bir bileşen olarak görülmekte ve bireylerin çoğu zaman başkaları tarafından anlaşıldığını hissetmeleri açısından önem kazanmaktadır (Özden vd., 2024). Yapılan araştırmada toplum tarafından dışlanmak ve kötü muameleye maruz kalmak, majör depresyon bozukluğunu tetiklemiştir (Su vd., 2023). Destekleyici bir çevre, bireylerin geleceğe dair daha pozitif beklentiler geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Bireylerin her türlü problem veya hastalık sürecinde sahip oldukları işlevsel aile ve görecekları sosyal destek problemin üstesinden gelinebilmesi için oldukça önemlidir (Evli vd., 2023). Bu nedenle bireylerin umut düzeyi, psikolojik iyi oluş düzeyi ve sosyal destek algılarının değerlendirilmesi, desteklenmesi ve bu konunun önemine vurgu yapacak çalışmaların gerçekleştirilmesi değerlidir. TRSM'ye kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin arasında ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada da bu öneme binaen TRSM'ye kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ruh Sağlığının Tanımı

Ruh sağlığı, bireylerin yaşam boyu stresle başa çıkmalarını, fark etmelerini, verimli öğrenmelerini ve geliştirmelerini, aynı zamanda toplumsal gelişmelere ayak uydurabilmelerini sağlayan bir durumdur. Sağlık ve refahın bir parçası olan ruh sağlığı, yalnızca ruhsal bozuklukların yokluğu değil, aynı zamanda bireylerin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilirliğini de ifade etmektedir (WHO, 2022). Türkiye'de ruh sağlığı sorunlarının görülme oranları dünyada görülme oranlarıyla benzer bir seyir izlemektedir. Bu yaygınlığın göz önünde bulundurulması, tedavi erişimi ve hizmet kalitesinin önemsenmesi gerektiğini göstermektedir. Ruh sağlığı korunabilir, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir halk sağlığı önceliğidir. Aynı zamanda ruh sağlığı sorunları, ciddi doğum düzensizliği ve ekonomik kayıpların önemli nedenlerini oluşturmaktadır (Öztürk ve Çöl, 2024). Günümüzde uygulamada olan TRSM'lerde şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalık tanısı olan bireyler hizmet almaktadır.

2.2 Şizofreni

2.2.1 Şizofrenin tanımı

Şizofreni, bir kişinin düşünme, hissetme ve davranma biçimini etkileyen ciddi bir ruhsal hastalıktır. Uzun yıllar boyunca şizofreni, tehlikeli ve kontrol edilemeyen bir hastalık olarak görülmüş, insanların toplumdan izole edilmesi gerektiği düşünülmüştür (National Institute of Mental Health (NIMH), 2024). Ancak ruh sağlığı alanındaki gelişmeler sayesinde, şizofreninin kontrol altına alınabilen bir hastalık olduğu anlaşılmıştır. Özellikle atipik antipsikotikler ve toplumsal tedaviler, hastaların toplum içinde başarılı bir şekilde yaşamalarını sağlamaktadır. Tedaviye düzenli devam eden hastalar, aile ve sosyal destekle birlikte toplum içinde yaşayabilir ve hatta çalışabilirler (Videbeck, 2020). Hastalık genellikle genç yaşlarda başlamaktadır. Erken başlangıçlı, kalıcı ve kronik bir hastalık olmasından dolayı kişiyi ve ailesini önemli oranda etkilemektedir (Çam ve Engin, 2021).

2.2.2 Şizofrenide epidemiyoloji

Şizofreninin dünya genelinde prevalansı %1 civarındadır, yani her 100 kişiden 1'i şizofreni hastası olma potansiyeline sahiptir. Türkiye'deki oranlar da dünya geneline paraleldir (WHO, 2022). Şizofreni yaklaşık 3 milyonu Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) olmak üzere dünya çapında 23 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir (Kadakia vd., 2022).

Belirtileri genellikle ilk olarak erken yetişkinlikte ortaya çıkar ve tanı konması için en az altı ay devam etmelidir (Townsend Mary, 2016). Erkekler genellikle ilk belirtileri ergenliklerinin sonlarında veya 20'li yaşlarının başlarında yaşarken, kadınlar hastalığın ilk belirtilerini 20'li ve 30'lu yaşlarının başlarında gösterme eğilimindedir. Sorunlu ilişkiler, zayıf okul performansı ve motivasyon azalması gibi belirtiler daha erken ortaya çıkabilmektedir (American Psychiatric Association (APA), 2024). Şizofreni 10 yaşından önce ve 50 yaşından sonra nadir görülür. Bazı çalışmalar erkelerde negatif semptomların kadınlara göre daha belirgin olduğu, kadınların sosyal ilişkilerinin erkeklere oranla daha iyi olduğu belirtilmiştir (Çam ve Engin, 2021). Şizofreni için yaygınlık tahminleri 70 yaş üstü yetişkinlerde (%0,2) 70 yaş altı yetişkinlere (%0,3) kıyasla daha düşüktür; bu durum kısmen erken ölümle açıklanabilmektedir (WHO, 2022). Şizofreni hastalarının intihar düşünceleri ve davranışları çok yaygındır. Düzenli tıbbi tedavi alan bireylerin intihar girişiminde bulunma olasılığı, tedavi alamayanlara göre daha düşüktür (NIMH, 2024). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında boşanma oranı yüksek bulunmuştur (Agerbo vd., 2004).

Yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde şizofreni görülme sıklığının arttığı gösterilmektedir. Bu durum iki farklı yaklaşımla ele alınmaya çalışılmıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde enfeksiyonlar, doğum öncesi bakım yetersizliği gibi olumsuz koşullar şizofreniye yatkın hale getirebilir. İkincil olarak da genetik yapılarında şizofreniye yatkınlık taşıyan aile bireylerinde kuşaklar boyunca alt sınıflara doğru bir kayma olabileceği şeklinde açıklanmaya çalışılmıştır (Polat, 2010). Şizofreni ve diğer psikotik hastalıklara sahip bireylerin, genel nüfusa kıyasla daha düşük öz saygıya sahip oldukları bilinmektedir. Bu durum, genel olarak sosyal damgalanma, paternalist bakım, uzun süreli kurumsallaşma ve olumsuz aile etkileşimleri gibi faktörlerle ilişkiler göstermektedir (Çataloluk ve Buran, 2023). Ancak yapılan kayıtlar, programlara katılma ve multidisipliner bir ekibin diğer

üyeleriyle iletişim kuran bir vaka yöneticisi tarafından takip edilen şizofreni hastalarının özsaygılarının olumlu yönde arttığını göstermektedir (Borras vd., 2009).

2.2.3 Şizofrenide tanı kriterleri

Şizofreni DSM-5 Tanı Kitabında ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’ bölümünün ‘Şizofreni’ başlığı altında, tanıyı koymak için aşağıdaki tanı ölçütleri belirtilmiştir:

A. *“Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.*

1. *Sanrılar.*

2. *Varsanılar.*

3. *Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).*

4. *İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.*

5. *Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).*

B. *Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).*

C. *Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar; olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.*

D. *Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya*

- 1) *Açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mâni dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da*
- 2) *Açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.*

E. *Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.*

F. *Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur” (APA, 2015; Köroğlu, 2021).*

2.2.4 Şizofrenide belirti ve bulgular

Şizofreni bozukluğu olan hastalarda gerçeğe uygun olmayan duyular, düşünceler ve inançlar olabilir. Bu nedenle hastalar sıklıkla anksiyete, heyecan ve korku duyguları yaşayabilmektedir. Şizofreni, bazen akut ve ani bir şekilde ortaya çıkarken, bazen de sinsi bir şekilde gelişebilmektedir (Çam ve Engin, 2021). Klinik belirtilere göre şizofreni, pozitif ve negatif olmak üzere iki ana başlıkta incelenir. Pozitif belirtiler normal işlevin aşırılığını veya bozulmasını yansıtırken (örn. sanrılar, halüsinasyonlar, düzensiz davranışlar), negatif semptomlar motivasyon ve ilgiyle (örn. isteksizlik, anhedoni, asosyalite) veya ifadeyle (örn. körelmiş duygulanım, aloji) ilgili normal davranışların azalması veya yokluğunu ifade etmektedir (Correll ve Schooler, 2020). Negatif belirtileri olan kişiler günlük görevlerinde yardıma ihtiyaç duyabilirler. Temel kişisel hijyenlerini ihmal edebilirler (NIMH, 2024). Şizofreni hastalarında bilişsel belirtilerde de bozulma görülebilmektedir.

Hastalarda en sık görülen bilişsel bozulmalar dikkat, sözel bellek, çalışma belleği ve yürütücü işlevler de görülmektedir. Çalışma belleği ve yürütülen işlevlerdeki bozulma, yeni bilgilerin edinilmesi, depolama ve geri çağırılmasını zorlaştırmaktadır, bu da ilişki kurma ve işe devam etme gibi işlevsellikleri olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca,

günlük problem çözme, işlem hızı, sözel bellek ve çalışma aralığı arasında azalma gibi belirgin gerilemeler görülebilmektedir (Çelikbaş ve Ergün, 2018).

2.2.5 Şizofrenide tedavi

Şizofreni için mevcut tedaviler, insanların semptomlarını yönetmelerine, günlük işlevlerini iyileştirmelerine ve eğitimlerini tamamlama, kariyer yapma ve tatmin edici ilişkiler kurma gibi kişisel yaşam hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmaya odaklanmaktadır (NIMH, 2024). Şizofreni hastalarının kanıta dayalı tanı ve tedavisi, etkilenen kişiler ve onlara en yakın kişilerin yakın katılımıyla, multiprofesyonel bir süreçte gerçekleştirilmelidir (Hasan vd., 2020)

Avrupa Psikiyatri Birliği kılavuzu şizofrenide bilişsel bozukluğun tedavisinde temel bir başlangıç noktası olarak uygun bir farmakolojik yönetimi önermektedir. Fakat birincil tedavi yöntemine ek olarak psikososyal müdahaleler, şizofrenide bilişsel bozukluğun tedavisi için bilişsel iyileştirme ve fiziksel egzersiz de önem arz etmektedir (Vita vd., 2022). Antipsikotik ilaçlar hastalığın seyri ve bireysel sonuçlarda önemli bir rol oynamaktadır. Bozukluğu iyileştirmezler, ancak başarılı yönetimi için kritik öneme sahiptirler. Hastanın tepkisi ve ilaç rejimine uyumu ne kadar etkili olursa, tedavinin sonucu o kadar iyi olur. Tedavi edilmeyen psikozun daha uzun dönemleri daha kötü uzun vadeli yıkımlara yol açabilir (Videbeck, 2020).

Şizofreninin güncel tedavisi hala hastalığın dopaminerjik hipotezine dayansa da klasik ilaç hedefleri veya tamamen yeni hedefler üzerinde yeni sinyal mekanizmaları içeren yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır. Şizofreniye karşı ilaç tasarımı alanındaki güncel çabalar, negatif semptomları tedavi etmek ve bilişsel eksiklikleri iyileştirmek için bileşiklerin araştırılmasına ve ayrıca genellikle yaşam boyu tedaviye ihtiyaç duyan hastalar tarafından daha iyi tolere edilen bileşiklerin geliştirilmesine odaklanmaktadır (Stępnicki vd., 2018). Bununla birlikte, nörotransmisyonadaki anormallikler şizofreni patolojisinin temel bulgularından biri olduğundan, farmakoterapiler şizofreni yönetiminin temel taşlarıdır. Antipsikotikler şizofreninin birincil farmakolojik tedavisi olarak kullanılmıştır. Bu ajanlar genellikle pozitif semptomları azaltmada iyi bir etkiye sahiptir, ancak negatif semptomları veya bilişsel kusurları belirgin şekilde iyileştirebilmektedir (Owen, 2016).

Uygun dozlarda ve güvenlik önlemleriyle kullanıldığında, klozapin güvenlidir ve genellikle iyi tolere edilir. Benzodiazepinler gibi diğer tedavi artırma biçimlerinden daha iyi sonuçlar üretebilmektedir (Lähtenvuo ve Tiihonen, 2021). Japonya’da yapılan bir araştırmada uzmanlar, şizofreni için en uygun farmakolojik tedaviyi hastaların klinik özelliklerine ve ilaç profillerine göre seçilmesi gerektiğini düşündüklerini göstermektedir. Özellikle aripiprazol, birçok klinik durum için olumlu destek sağladığı düşünülmektedir (Sakurai vd., 2021).

Şizofreni hastalığının tedavisinde sosyal destek, terapi, psikoeğitim ve genel vaka yönetimi önemlidir (Keepers vd., 2020). Hastalarda görülen pozitif veya negatif belirtiler için bilişsel davranışçı terapi veya nüksleri önlemek için psikoeğitim gibi bozukluk odaklı psikoterapi ve psikososyal terapi biçimlerinin antipsikotik ilaç tedavisiyle birlikte kullanılması önerilir. Diğer hususlar arasında rehabilitasyon, özel tedavi durumlarının yönetimi, bakım koordinasyonu ve kalite yönetimi yer almaktadır (Hasan vd., 2020). Yapılan bir araştırmada müzik terapinin şizofreni için yaşam kalitesinin, sosyal işlevselliğin, genel/zihinsel durumun iyileştiği belirtilmiştir. Müzik terapinin hastalarda davranış, sosyal iletişim, beyin bağlantısı ve ebeveyn-çocuk ilişkisini olumlu yönde desteklediği görülmüştür (Gassner vd., 2022). Başka bir araştırmada psikotik ilaç tedavisi, ortam terapisiyle birlikte uygulandığında, bakımın her aşamasında daha etkili olduğu bulunmuştur. Ortam terapisi programlarının çoğu grup ve sosyal etkileşim boyutuna odaklanmaktadır (Townsend Mary, 2016). Karma tedavi meta-analizi verilerine göre aile müdahalelerinin, psikoeğitimin ve bilişsel davranışçı terapinin nüksetmeyi önlemede ve semptomları azaltmada en büyük etkiyi gösterdiği sonucuna varılmıştır. Aile psikoeğitimi veya bütünleşik müdahaleler kullanıldığında hastalığın tekrarlama riskinin de azaltıldığı görülmüştür (Starzer vd., 2022). Bu tedaviler, şizofreni hastalarının uzun vadeli tedavisinde dikkate alınması gereken önemli müdahaleler olmalıdır (Bighelli vd., 2021).

2.2.6 Şizofrenide hemşirenin rolü

Ruh sağlığı hemşireleri, tedavi etkinliğini artırmak için kişi merkezli bakımı, terapötik ilişkileri ve akran destek çalışanlarıyla iş birliğini öncelikli olarak sağlarlar (Ameel vd., 2019). Psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin, ruhsal hastalığa sahip bireylere uygun bakım ve tedaviyi uygulayabilmeleri için gerekli verileri toplama bilgi ve becerisine sahip olmaları gerekmektedir (Chyllia vd., 2016; Bayrak vd., 2022).

Ayrıca, ilaç uyumunu iyileştirmeye, başa çıkma desteği sağlamaya ve sosyal yetenekleri geliştirmeye odaklanırlar ve nihayetinde bireylerin yaşam kalitesini iyileştirirler. Eylemleri iyileşme odaklı ilkelerle uyumlu hale getiren ruh sağlığı hemşireleri, güçlendirme ve bütünsel bakımı uygularlar. BB ve Şizofreni tanısı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin motivasyonel görüşme programlarını uygulamaları hastaların ilaç uyumunu artırdığı görülmüştür (Loots vd., 2021). Ailelerin genellikle psikotik bozukluklar hakkında eğitime ve desteğe gereksinimleri vardır. Hemşirelerin ailelere eğitimler düzenleyerek hastalıkla yaşamayı ve baş etmeyi öğretmesi bakımın ve tedavinin etkinliğini artıracaktır (Townsend Mary, 2016).

2.3 Bipolar Bozukluk

2.3.1 Bipolar bozukluk tanımı

Bipolar Bozukluk (BB), kişinin ruh hali, enerjisi, aktiviteleri ve düşüncelerini etkileyen; manik (veya hipomanik) ve depresif dönemlerle karakterize edilen bir ruh sağlığı durumudur (WHO, 2024). BB, depresyonla dönüşümlü olarak ortaya çıkan kronik mâni veya hipomani ataklarıyla tanımlanır ve başlangıçta sıklıkla yanlış teşhis edilmektedir. BB'yi tanımak zordur çünkü semptomlar diğer psikiyatrik bozukluklarla örtüşebilir, psikiyatrik ve somatik komorbiditeler yaygındır ve hastalar, özellikle hipomani dönemlerinde, durumlarına dair içgöründen yoksundur (Jain ve Mitra, 2024). BB olan birçok kişi yanlış teşhis konulmuş ya da tedavi edilmemiş olmakla birlikte, ayrımcılık ve damgalanma ile karşı karşıya kalabilmektedir (Townsend ve Morgan 2018 a). Bu durum, BB tanısı alan bireylerin yaşamın birçok alanında önemli engellere ve zorluklara maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Ancak bipolar bozukluğun yönetiminde ilaç ve psikososyal müdahalelerin birleştirilmesiyle etkili bakım seçenekleri mevcut olmaktadır (WHO, 2024).

2.3.2 Bipolar bozuklukta epidemiyoloji

DSÖ'ye göre dünya çapında BB prevalansı yaklaşık %1-%2,5 olduğu görülmüştür. (GBD, 2019). Türkiye'de BB tanısı olan birey sayısı dünya geneliyle paralel devam etmektedir ve Türkiye'de ölüm sebeplerinin 0,2'sini oluşturmaktadır (WHO, 2019). Hastalık öncelikle çalışma çağındaki kişilerde, ancak gençlerde de görülebilmektedir. Erkekler ve kadınlar arasında bipolar bozukluğun yaygınlığı yaklaşık olarak eşit olsa

da mevcut veriler kadınlara daha sık teşhis konulduğunu göstermektedir (WHO, 2024). BB, orta yaş yetişkinler için önde gelen altıncı engellilik durumudur. Ancak lityum tedavisine yanıt verenler, BB ile yaşamlarını idame ettirmeleri sağlanmaktadır (Townsend ve Morgan 2018 a). Erken başlangıçlı BB, artmış ailesel riskle ilişkili görünmektedir ve çalışmalar, lityuma yanıt veren BB ve psikozlu veya komorbid panik bozukluğu olan BB dahil olmak üzere diğer varsayımsal ailesel alt tipleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Strober vd., 1988). McGuffin ve arkadaşları 67 ikiz çiftinin verilerine istatistiksel modeller uygulayarak, BB için %85'lik bir kalıtım tahmin etmiş ve bireye özgü ve/veya ailesel olmayan çevresel etkilere yalnızca %15'lik bir etkisi olduğunu görmüştür. BB'un tüm ailevi yapısının, aile ortamından hiçbir katkı olmaksızın, eklemeli genetik etkilerle açıklanabileceğini düşündürmektedir (McGuffin vd., 2003). İntihar, BB erken ölümün en yaygın nedenidir ve genel popülasyonda gözlemlenenlerin iki veya üç katıdır (García-Jiménez vd., 2023). Serra ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta analiz araştırmasına göre intihar girişimi riski, BB'lu gençlerde genel olarak %7,44 olarak bulunmuştur (Serra vd., 2022).

2.3.3 Bipolar bozuklukta belirtileri ve bulgular

BB, derin depresyondan aşırı öforiye (mani) kadar ruh hali değişimleriyle karakterize olabilmektedir (Townsend ve Morgan 2018 b). Sanrılar veya halüsinasyonlar klinik tablonun bir parçası olabilir, semptomların başlangıcı mevsimsel bir örüntüyü yansıtabilmektedir. Manik bir epizod sırasında, ruh hali yükselmiş, genişlemiş veya sinirlenmiş olabilmektedir. BB, mesleki işlevsellikte veya sosyal aktivitelerde başkalarıyla ilişkileri olumsuz yönde bozabilmektedir. Hastaların yatarak tedavi alması faydalı olmaktadır (Townsend ve Morgan 2018 a). BB 2013 yılında DSM-5 ile “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında yer almaya başlamıştır. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabında Bipolar (Bipolar) I Bozukluğu, Bipolar (Bipolar) II Bozukluğu, Mevsimsel örüntü gösteren Siklotimi Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk kategorileri olarak beş alt sınıflara ayrılır.

2.3.4 Bipolar bozuklukta tanı kriterleri

Bipolar I bozukluk tanısı koyabilmek için en az bir manik atak için tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekmektedir. Manik atak öncesinde ya da sonrasında hipomanik ya da depresif ataklar bulunabilir.

“DSM-5 Manik Atak Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre), neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede farklıdır:

- 1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.*
- 2. Uyku gereksiniminde azalma.*
- 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.*
- 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.*
- 5. Dikkat dağınıklığı olduğunu bildirir ya da öyle olduğu gözlenir.*
- 6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.*
- 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma.*

C. Duygudurum bozukluğu toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

DSM-5 Hipomanik Atak Tanı Ölçütleri

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az ardışık dört gün, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde sürmesi.

B. Duygudurum bozukluğunun ve içsel güçte/etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) gözlenmiştir ve bunlar olağan davranışlardan önemli derecede farklıdır.

- 1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.*
- 2. Uyku gereksiniminde azalma.*
- 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.*
- 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.*
- 5. Dikkat dağınıklığı olduğunu bildirir ya da öyle olduğu gözlenir.*
- 6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.*
- 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma.*

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa söz konusu atak tanım olarak manik ataktır.

F. Bu dönem bir maddenin fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

DSM-5 Majör Depresif Atak Tanı Ölçütleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha çoğu bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri çökkün duygudurum ya da ilgi kaybı ya da hayattan zevk alamamadır.

1. Çökkün duygudurum neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durum kişinin kendisi ya da başkalarınca gözlenir.

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu neredeyse her gün, günün büyük bölümünde bulunur.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma veya neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, ajitasyon ya da yavaşlama.

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları.

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.

9. Yineleyici ölüm düşünceleri, özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz” (APA, 2015; Köroğlu, 2021).

2.3.5 Bipolar bozuklukta tedavi

BB tedavisi, diğer ruh sağlığı bozukluklarında olduğu gibi birden fazla yöntemin bir arada kullanılmasını gerektirir. BB tanısı konan bireyler için tedavi süreci; farmakoterapi, koruyucu tedavi, elektro-konvülsif terapi (EKT), psikoterapi ve psikoeğitim ve hasta yakınlarıyla iş birliği gibi yöntemleri içerir (Çam ve Engin, 2021). BB tanılı kişilerin %88'inin, bağımsız bir depresif epizodla başlangıç yaptığı gözlenmiştir (Mesman vd., 2013). Antipsikotik ilaçlar hem psikoz hem BB tedavisinde önemli bir rol oynayarak hastalığın seyrini etkilemektedir (Nierenberg vd., 2023). Tıbbi tedavi üzerine yapılan bir meta-analiz, lityumun yan etkileri dikkatle yönetildiğinde BB hastaları için faydalı olduğunu göstermiştir (Kishi vd., 2021). İlaçların yeterli gelmediği durumlarda EKT, hem mani hem de depresyon tedavisinde tercih edilebilir ve devam tedavisi olarak da uygulanabilir.

Psikoeğitim, özellikle genç BB hastalarında psikososyal ve farmakolojik tedaviyle birlikte yürütülmekte olup, bipolar depresyonlu yaşlı yetişkinlerde de tercih edilen bir yöntemdir (Arnold vd., 2021). BB'da psikososyal tedavi ve rehabilitasyon müdahaleleri arasında uyum terapisi, bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi, bilişsel iyileştirme, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi, mesleki rehabilitasyon, vaka yönetimi, sanat terapisi ve akran desteği bulunmaktadır. Bu müdahalelerin etkili olduğu çalışmada görülmüştür (Yıldız, 2021).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT); ilaç uyumsuzluğu, kısmi tedavi yanıtı veya bilişsel, mesleki ve sosyal işlevsellik kaybını ele almak için kanıta dayalı, önemli bir destekleyici yöntemdir. Depresif veya manik atakların önlenmesi, tedaviye uyumun artırılması, ötimik dönemde komorbid madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu veya uyku bozukluğunun tedavisi ile depresyonun akut tedavisinde önerilmektedir. BDT odaklı psikoeğitim, ders anlatımından daha etkili olup, öğrenme teorilerine dayanması sayesinde kullanıcı dostu bir terapötik araç sunmaktadır (Özdel vd., 2021). Otuz sekiz hastayı ve dokuz aile üyesini içeren kırk yedi kişilik bir grupta yapılan araştırma, hasta ve aile üyelerine yönelik psikoeğitimin, ataklarının ve hastaneye yatış sıklığının azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Psikoeğitsel müdahaleler ayrıca ilaç tedavisine uyumu artırmaktadır (Rabelo vd., 2021).

Genel olarak, bu müdahalelerin şizofreni ve bipolar bozukluk olan hastalarda tedavisi ile birlikte semptomlarda azaltma, nüksetmenin önlenmesi, hastane yatışlarında azalma, sosyal işlevsellikte artış, istihdam oranında artış ve yaşam kalitesinde tatmin ediciliğin artmaktadır (Yıldız, 2021). Tezcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada grup psikoeğitim programı BB tanılı hastalarda işlevselliğini ve içgörü düzeyini arttırmıştır (Tezcan vd., 2020). BDT, bipolar bozuklukta hem akut dönemler hem remisyon dönemlerini hem de genel olarak hastanın hayatını kapsayan bir çalışma alanına sahiptir (Özdemir ve Karaaziz, 2024). Bipolar bozuklukta hemşirelerin rolü oldukça önemlidir ve hastaların tedavi hizmetlerine farklı şekilde katkı sağlamaktadır.

2.3.6 Bipolar bozuklukta hemşirenin rolü

Kronik ruhsal hastalıklar, bireysel, ailesel ve toplumsal açıdan çeşitli sorunları beraberinde getirebilmektedir. Bireylerin işlevselliğindeki bozulmalar ve sağlık harcamaları, hastalık sürecinin yönetilmesinde farklı yaklaşımların benimsenmesi ve tedavi sürecine hemşirelerin dahil edilmesi ihtiyacını da beraberinde getirmiştir (Engin ve Durmuş, 2023). BB’da hemşirelik bakımı, hasta desteği sağlayarak, farmakoterapiyi yöneterek, intihar eğilimini önleyerek ve hastaları hastalık ve öz yönetim stratejileri hakkında eğiterek semptomların iyileştirilmesinde ve hastalığın kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır (Fradelos vd., 2024).

Psikiyatri hemşiresinin rutin tedavi hizmetlerine ek olarak psikoterapötik müdahaleler ile kişilerin ve ailelerin hastalıklar hakkında bilgi düzeylerini artırmak, baş etme kapasitelerini artırmak ve ruhsal hastalıklara karşı gelişen damgalamayla mücadele etmek konusunda toplumun bilgi birikimini artırmak için büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin liderlik ve danışmanlık rolünü yerine getirmeleri büyük önem kazanmaktadır (Yanık ve Ediz, 2023). Hemşirelerin bu rolleri, BB tanılı hastalarda yaşam sınırlarını genişletirken, sosyal yaşama daha iyi uyum sağlamalarını desteklemektedir.

2.4 Umut

2.4.1 Umut kavramının tanımı

Umut, kişinin geleceğe yönelik olumlu beklentiler taşıması ve hedeflerine ulaşabileceğine dair inanç beslemesi olarak tanımlanabilir. Öz’ün (2010) aktardığı

tanıma göre Dufault ve Martocchio umudu, "Umut eden birey için gerçekçi olarak mümkün ve kişisel olarak önemli olan iyi bir geleceği elde etme yönünde, güvenli fakat kesin olmayan bir beklenti ile karakterize edilen çok boyutlu ve dinamik bir yaşam gücü" olarak tanımlamıştır (Öz (akt.), 2010). Psikoloji alanında Charles R. Snyder, (2002) umudu "hedeflere ulaşmak için gereken yolları ve bu yollarda ilerleme gücünü görebilme kapasitesi" olarak tanımlar. Snyder'ın "Umut Teorisi" iki temel bileşeni içerir. Bunlar yol bulma düşüncesi ve bireyin hedeflerine ulaşmak için alternatif yollar oluşturma kapasitesini gösteren kişinin bu hedeflere ulaşmak için gerekli güce ve motivasyona sahip olduğuna dair inancı ifade eden arzu gücüdür (Snyder, 2002).

Umut, bireyin zorluklara karşı dayanıklılığını artırır ve psikolojik esnekliğini destekler. Pozitif psikoloji perspektifinden umut; kişinin iyimserliğini güçlendirir, strese karşı direncini artırır ve genel yaşam memnuniyetine katkı sağlar. Bu nedenle, umutlu bireyler genellikle daha az kaygı yaşarlar ve yaşamlarına daha fazla anlam atfederler (Gallagher ve Lopez, 2009). Umut, zorluklar karşısında iyimserlik ve dayanıklılık sağlar. Sevgi dolu ilişkiler, zor zamanlarda destek sistemleri oluşturarak bireylerde ve toplumda umut duygusunu güçlendirir. Benzer şekilde, umut duygusuna sahip olmak, bireylerin başkalarıyla bağlantı kurma ve sevgi dolu ilişkiler geliştirme güvenini pekiştirmektedir (Bogin, 2023). Bu nedenle, hastalıkların bakım ve tedavisinde umut önemli bir rol oynamaktadır.

2.4.2 Umut kavramının hastalıklarla ilişkisi

Irving ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, yüksek umutlu bireylerin düşük umutlu bireylere kıyasla daha yüksek başa çıkma becerilerine sahip olduğu bulunmuştur (Irving vd., 1998). Depresyon; umut, sosyal destek ve pozitif manevi başa çıkma ile negatif ilişkilidir. Buna karşılık, umut, sosyal destek ve pozitif manevi başa çıkma birbiriyle pozitif bir ilişki içerisindedir (Tao vd., 2022).

Hastaların tedaviye uyumunda oldukça önemli bir faktördür. Tedaviye uyum ile umut arasındaki ilişki incelendiğinde, umut düzeyindeki artışın, tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Kısaoğlu ve Tel, 2024). Ayrıca, umut, ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalıklarının üstesinden gelmelerine ve hayatın anlamını keşfetmelerine yardımcı olmaktadır (Şahin Altun ve Olçun, 2018). Umut müdahaleleri

alan şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin, kişisel gelişimin ve yaşam kalitesinin iyileştiği gözlemlenmiştir (Wong vd., 2023). BB hastalarında tedaviye uyumsuzluk ve saldırgan davranışlar fazla, umut ve dayanıklılık daha az seviyelerde görülmektedir. Bundan dolayı duygudurum bozukluklarında özellikle BB depresyon evresinde umut ve dayanıklılık seviyelerini artırmak için belirli psikoeğitimsel ve psikoterapötik müdahalelere hastalar teşvik edilmelidir (Favale vd., 2023). Herth'in (2000) kronik hastalar üzerinde yaptığı araştırmada hem hastaların hem de yakınlarının umut düzeylerinin hemşirelik müdahaleleriyle güçlendirilebileceği sonucuna varılmıştır (Herth, 2000).

2.5 Psikolojik İyi Oluş

2.5.1 Psikolojik iyi oluş kavramının tanımı

Ryff (1989) psikolojik iyi oluşu; bireyin kendini gerçekleştirme, olumlu ilişkiler geliştirmesi, amaç ve anlam duygusu hissetmesi, özerkliğe sahip olması, çevresini etkili bir şekilde yönetebilmesi ve kişisel olarak gelişim göstermesi gibi çeşitli boyutları içeren çok yönlü bir yapı olarak tanımlamaktadır (Ryff, 1989). Pozitif psikolojik iyilik halinin hem sağlıklı hem de hasta bireylerde hayatta kalma üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu düşünülmektedir (Chida ve Steptoe, 2008). Psikolojik iyi oluş; yaşam doyumu, ilgi ve sorumluluk, yaşam olaylarına karşı duyulan sevinç ve üzüntü gibi duyguları içermektedir (Gencer, 2018). Ryff'a göre psikolojik iyi oluş, bireyin hayatında kendisiyle ve çevresiyle sağlıklı ve dengeli bir ilişki kurmasını sağlayan bir dizi temel bileşene dayanır (Mondi ve Reynolds (akt.), 2023). Bu modelde altı temel boyut yer alır.

Öz-Kabul: Kişinin kendisini olumlu bir şekilde değerlendirmesi, zayıf yönlerini kabul etmesi ve kendisiyle barışık olması.

Olumlu İlişkiler: Bireyin başkalarıyla anlamlı, güvene dayalı ve destekleyici ilişkiler geliştirebilmesi.

Özerklik: Kendi hayatı üzerinde bağımsız kararlar alabilmesi ve başkalarının beklentilerinden bağımsız hareket edebilmesi.

Çevresel Uсталık: Çevresindeki durumu kontrol edebilme, karşılaştığı zorlukları yönetme ve ihtiyaçlarını karşılayabilme becerisi.

Yaşam Amacı: Hayatına anlam ve yön veren hedefler belirleyebilme, geleceğe yönelik bir amaç duygusu taşıma.

Kişisel Gelişim: Kendisini sürekli olarak geliştirme arzusu, potansiyelini gerçekleştirme isteği ve yeni deneyimlere açık olma.

Bu boyutlar, bireyin hayatında doyum, anlam ve mutluluğu sürdürebilmesi için gereken unsurları ifade eder ve psikolojik sağlığın geniş kapsamlı bir modeli olarak kabul edilir (Ryff, 1989).

Bu model; kişinin kendisi ve yaşamı hakkında olumlu değerlendirmelerde bulunmasını, sürekli bir büyüme ve gelişim hissi duymasını, yaşamın amaçlı ve anlamlı olduğuna inanmasını, diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurabilme yeteneğini, yaşamını ve çevresini etkili bir şekilde yönetebilme kapasitesini ve öz-belirleme hissini kapsayan geniş bir iyilik hali çerçevesinde ele almaktadır (Ryff, 1995). Yaşamında olumlu ilişkilere sahip, yaşamına anlam katan, bu doğrultuda ilerleyerek daha iyimser ve umut dolu bir bakış açısı geliştiren; kendisinin farkında olup kendini kabul edebilen ve gelişime açık bireylerin, genel olarak hayatlarından memnuniyet ve doyum hissettikleri düşünülmektedir (Yousefi Afrashteh ve Hasani, 2022). Yaşamını kaliteli olarak nitelendiren bireylerin, yaşadıkları koşullardan memnun oldukları ve birçok alanda istedikleri gibi bir hayat sürdükleri düşünüldüğünde, bu kişilerin psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissettikleri varsayılabilir (Demir vd., 2021).

2.5.2 Psikolojik iyi oluşun hastalıklarla ilişkisi

Ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikolojik iyi oluşlarını gösteren çeşitli değişkenler bulunmaktadır. Bu değişkenler arasında yataklı tedavi oranlarının düşmesi, işlevselliğin artması, çevre ile sağlıklı iletişimin kurulabilmesi, sosyal desteğin güçlenmesi, uyku kalitesinin ve kendine güven duygusunun artması yer almaktadır. Tüm bu bileşenler bireylerin psikolojik iyi oluşumunu olumlu yönde desteklemektedir (Fond vd., 2020). Psikolojik iyi oluşun mutluluk düzeyine de olumlu katkısı olduğu gözlemlenmiş olup, bireysel psikolojik iyi oluşun mutluluğu artırdığı belirtilmiştir (Torun, 2023).

Bireylerde psikolojik iyilik halinin önde gelen iki önemli göstergesi dayanıklılık ve bağlılık duygusudur. Bu unsurlar algılanan stres seviyesini etkileyerek bireyin psikolojik iyiliğine katkı sağlamaktadır (Izydorczyk vd., 2019). Pozitif davranış becerileri ve eğitim stratejileri yoluyla bireyin öznel iyi oluşunu, dayanıklılığını ve umudunu artırmak için psikoeğitimsel müdahaleler tedavi yöntemlerinde daha aktif olarak kullanılmalıdır. Bu tür çalışmaların, sosyal, mesleki ve diğer işlevselliklerin artmasını sağlamaktadır. Ayrıca kişinin, umudu ve refahı artırmayı sağlayan psikoterapötik programlar, ruhsal hastalığa sahip bireylerde nüksetme oranlarının azalmasında etkili olmaktadır (Hanafy Sabre vd., 2022).

Şizofreni ve BB tanısı olan bireylerde motivasyonel görüşme tekniklerine dayalı psikoeğitimin tedaviye uyumu, umut ve psikolojik iyi oluşu artırdığı görülmüştür (Harmancı, 2020). Özdemir'in (2020) yaptığı çalışmada, ciddi ruhsal hastalarına yönelik bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğiliminin, umut ve psikolojik iyi oluşum üzerinde olumlu etkiler olduğu ve bu hastaların psikolojik iyilik durumunun orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Özdemir, 2020). Aynı şekilde, fiziksel aktivite programlarının ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerde psikolojik iyi oluşu, mutluluk ve problem çözme becerilerini anlamlı düzeyde artırdığı bulunmuştur (Lok vd., 2024).

2.6 Algılanan Sosyal Destek

2.6.1. Algılanan sosyal destek kavramının tanımı

Sosyal destek kavramını ilk ele alan araştırmacılarından biri, psikolog Sidney Cobb'dur. Cobb'un (1976) çalışmalarında sosyal destek, öznenin kendisinin bakıldığına, sevildiğine, değer verildiğine ve karşılıklı yükümlülükler ağının bir üyesi olduğuna inanmasına yol açan bilgi olarak tanımlanmaktadır. Cobb, 1976 yılında sosyal desteğin stres ve fiziksel, ruhsal iyi oluşa karşı koruyucu bir etki sağladığını ifade eden çalışmalarıyla bu özelliklerin artırıldığını vurgulamıştır. Sosyal destek, gerekli ilaç tedavisiyle iyileştirmeyi hızlandırabilir ve hastaların tedavilerine uyumu kolaylaştırabilmektedir (Cobb, 1976). Daha sonra John Cassel ve diğer araştırmacılar sosyal desteği, psikoloji ve sağlık alanında daha geniş kapsamlı bir şekilde incelemişlerdir. Cassel (1976), sosyal desteğin bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde koruyucu olup olmadığını araştırmış ve topluluk bağlarının bu süreçte kritik rol oynadığını savunmuştur (Cassel, 1976; James, 2017). Yapılan çalışma, sosyal

desteğin algılanmasının ruhsal sağlık ve iyilik halindenin devamlılığında pozitif bir rol oynadığını göstermektedir (Gottlieb, 1992).

2.6.2 Algılanan sosyal destek kavramının hastalıklarla ilişkisi

Kronik ruhsal hastalarla ilgilenen bakımcılar, genellikle umutsuzluk ve psikolojik kırılganlık açısından daha yüksek risk altında oldukları için psikososyal destek programlarıyla güçlendirilmelidir. Şizofreni ve BB tanısı olan bireylerin hastalık belirtilerinin getirdiği zorluklarla baş edebilmesi için bakım verenlerine; tanı, prognoz, alevlenmeleri tetikleyen değişkenler ve tedavi yöntemleri gibi ihtiyaçları doğrultusunda psikoeğitim programları düzenlenmelidir (Erkuş ve Gümüş, 2024). Şizofreni tedavisinde ilaç uyumunun yüksek olması büyük önem taşır. Yapılan çalışmayla hastaların içgörü düzeylerini ve sosyal destek sistemlerinin, tedaviye uyumla iyileşmenin artabileceğini ortaya koymuştur (Öz ve Ayhan, 2022). Ciddi ruhsal hastalık tanısı olan yaşlı yetişkinler arasında yapılan çalışmada, daha yüksek algılanan sosyal destek bilişsel alanda algılamanın arttığını göstermektedir (Doreste-Mendez vd., 2023). Hastaların algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk yoluyla zaman içinde intihar düşüncesinin azalmasında olumlu bir etkisinin olduğu görülmüştür (Owen, 2022).

Öznel sosyal destek ile sosyal etkileşimin psikotik semptomlar üzerindeki anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında, algılanan sosyal destek artışı ile psikotik belirtilerin düzenlenmesi ve bakım verenlerin yüklerinin hafıflediği gözlenmiştir (Peng vd., 2019). Şizofreni hastalarında grup egzersizi genellikle hastaların ait olduklarını hissetmelerine ve başkalarıyla olumlu bir şekilde ilişki kurabilmelerine olanak vermenin değeri nedeniyle yapısal desteğin olumlu bir biçimi olarak görülmüştür (Soundy vd., 2014). Ayrıca, güçlü aile bağlarına sahip bireylerin hastaneye başvuru ve yatış oranlarının azaldığı ve iyileşme hızlarının da arttığı görülmüştür. Sosyal desteğin artması ve bireyin bu desteği hissetmesi, iyileşmenin daha olumlu ilerlediğini göstermiştir. Şizofreni tanısı konulan bireylerde sosyal destek, tedavinin seyrini etkileyerek hastaneye yatışların azalmasında olumlu katkılar sağlamaktadır (Simanullang, 2018). Sosyal desteğin, şizofreni hastalarında tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Bu nedenle şizofreni hastalarının çevresinden alacağı sosyal destek büyük önem taşımaktadır (Jameel vd., 2020). Ağır ruhsal hastalık tanısı bulunan bireylerin sosyal destek algıları toplumla birlikte

olduklarında gelişmektedir. Bireyin günlük yaşam faaliyetlerine aktif olarak katılımı da ancak toplum temelli sağlık sisteminin yaygınlaştırılmasıyla mümkün olacaktır.

2.7 Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

2.7.1 Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin tanımı

DSÖ'nün (2022) raporuna göre, ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, bu alandaki en önemli önceliklerden biridir. *“Şiddetli ruhsal rahatsızlığı olan kişiler için bakım odağını psikiyatri hastanelerinden topluma doğru kaydırmak ve toplum temelli hizmetler tarafından anksiyete, depresyon ve diğer yaygın ruh sağlığı rahatsızlıklarına yönelik bakımı artırmak alandaki en öncelikli iki temel hedeftir”* (WHO, 2022).

Toplum ruh sağlığının doğru tespiti, her bireyin kolay ulaşımının olduğu toplum ruh sağlığı hizmetlerinin ve çalışan sağlık profesyonellerinin sayısının artırılması büyük önem taşımaktadır (Karabulut vd., 2024). DSÖ, psikiyatri hastanesi dışındaki tüm ruh sağlığı bakımları için "toplum temelli ruh sağlığı bakımı" terimini kullanmaktadır. Bu bakım; birincil sağlık hizmetlerini, belirli sağlık programlarını (örneğin HIV klinikleri), ilçe veya bölge genel hastanelerini ve sunulan hizmetler aracılığıyla ilgili verilen sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Ayrıca, toplumsal ruh sağlığı merkezleri, psikososyal düzenleyici programlar ve küçük ödeme kurumları gibi çeşitli toplumsal sağlık hizmetleri de içermektedir (WHO, 2022; Saraceno ve Caldas, 2022). Ruhsal hastalıkların tedavisi ve bakımında destekleyici rol üstlenen bu yaklaşıma ülkemizde toplumunun ulaşılabilirliğini artırmak hedeflenmiş ve yaygınlaştırılmıştır.

2.7.2 Toplum temelli yaklaşım

Ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli yaklaşıma, 2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) ile başlanmıştır. Bu planda; ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi, fiziki, beşerî ve hukuki altyapının güçlendirilmesi, ruh sağlığı alanındaki eğitim, araştırma ve insan gücünün artırılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır (T.C. SB, 2021).

2.7.2.1 Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri işleyişı

"Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge", 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiştir. Nüfusu 300.000 ve üzeri olan bölgelerde kurulması planlanan TRSM binalarının hizmet standartları, 2011 yılında yayınlanan yönerge ile belirlenmiştir (T.C. Resmî Gazete, 2011).

TRSM’de, ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireylere yönelik biyolojik ve psikososyal müdahaleler sunulmaktadır. Bu merkezlerde; hastaneye yatışları önlemek, yeti yitimini asgariye çekmek ve işlevsel iyileşmeyi sağlamak amaçlanmıştır. Ayrıca, ağır ruh sağlığı sorunu olan hastaların bakım verenlerine destek ve psikoeğitim programları düzenlenmektedir. Merkezlerin temel amaçlarından biri de bireylerin topluma uyumunu ve iletişim becerilerini artırmak ve sosyal işlevlerini istikrarlı hale getirmektir. Ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamanın azaltılması için birinci basamak sağlık kurumları, hastaneler ve diğler toplum hizmeti veren kuruluşlarla (belediye, ASH İl Müdürlüğü, İŞKUR, vakıflar, sivil toplum kuruluşları) yakın iş birliği yapılmaktadır (TRSM Çalışma Rehberi, 2015).

Bu birimlerde psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, şoför, iş uğraş terapisti, usta öğretici ve destek personeli gibi çeşitli alanlardan yeterli sayıda personel görevlendirilmektedir (T.C. Resmî Gazete, 2011). Ülkemizde 2023 yılına kadar 200 TRSM hizmet binası açılması hedeflenmiş, ancak 2024 yılı ocak ayı verilerine göre 188 TRSM sayısına ulaşılmıştır (T.C. SB, 2024).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesi oluşturulurken; takip, tedavi ve psikososyal destek hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu hizmetlerin gerektiğinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları ile evde sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon merkezleriyle entegre bir şekilde sunulması amaçlanmaktadır (T.C. SB, 2021). Yayınlanan eylem planında, Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (TRSE) aracılığıyla yaklaşık 250.000 kişilik nüfusa yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, sosyal bakım destek hizmetleri ve kompleks ihtiyaçları olan bireyler için özelleşmiş hizmetlerin sunulması planlanmaktadır (T.C. SB, 2021).

2.7.3 Toplum ruh sağlığı hemşireliği

Toplum ruh sağlığı hemşireleri, TRSM'lerdeki en önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Bu hemşireler, hastaların günlük yaşam becerilerini geliştirmelerine, sosyal ilişkilerin kurulmasına ve toplumla bütünleşmelerine yardımcı olmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği'nin toplum ruh sağlığı hemşiresi tanımı şu şekilde aktarmıştır; ‘Toplumun diğer  yeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve     nc l  nleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir.’ ( am ve Dönmez, 2022). Ayrıca, kişinin bireysel yaşamını göz önünde bulundurarak kişiyeye özel bakım planları hazırlar, hastalık belirtilerini ve kriz durumlarını tanıma konusunda eğitim sağlar. Toplum ruh sağlığı hemşireleri, hastaların tedavisi, bireysel olarak ya da grup terapileri ve eğitim programları gibi bakım ve rehberlik hizmetleri vermektedir. Özellikle psikoeğitim, danışmanlık ve sosyal beceri eğitimi gibi psikososyal müdahalelerle hastaların yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadırlar (T.C. Resmî Gazete, 2011).

TRSM ve psikiyatri hastaneleri arasındaki ilişki, ruhsal hastalığa sahip bireylerin topluma kazandırılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşireliği programları, hastaların sosyal özelliklerini güçlendirmek, tedavilere katılımlarını artırmak ve toplumla daha uyumlu bireyler haline gelmelerine katkı sağlamaktadır. Bu merkezlerde görevli olan hemşirelerin desteği, hastaların ruh sağlığının sürdürülmesi, yaşamsal değerler ve tekrar toplumlar açısından evrenseldir (Arslantaş, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Niğde ilinde yer alan TRSM’de Ocak 2024-Haziran 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Niğde TRSM’de 1 Sorumlu Hemşire, 4 Hemşire, 1 Psikolog, 1 Uzman Doktor ve 2 Sosyal Çalışmacı çalışmaktadır. TRSM’de kayıtlı olan toplam 600 hasta bulunmaktadır. TRSM’ye Şizofreni ve BB tanılı hastalar kayıt edilmektedir. TRSM il merkezine on km uzaklıkta bahçesi, yürüyüş ve oturma alanları bulunan bir alana üç katlı inşa edilmiştir. Merkezin içerisinde; beş adet kurs odası (resim, müzik, el sanatları vb.), üç adet görüşme odası, bir adet konferans ve sinema odası, bir adet spor salonu, üç adet tedavi ve bakım odası, bir adet kütüphane olmak üzere birçok oda bulunmaktadır. Merkeze ulaşım kolaylıkla sağlanabilmekte olup hizmet alan bireyler evlerinden servis ile alınıp bırakılmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı türdeki çalışmanın evrenini Niğde’de TRSM’ye Ocak-Haziran 2024 tarihleri arasında kuruma kayıtlı olan 600 hastalar oluşturmuştur. Çalışmaya benzer çalışma incelendikten sonra çalışma için gerekli örneklem hesabı yapılmıştır (Çoşkun ve Altun Şahin, 2018). Örneklem büyüklüğü GPower V3.1.9.7 programı kullanılarak ve etki büyüklüğü 0.18, güç (1- β) %80, tip I hata (α) 0.05 kabul edilerek yapılan apriori güç analizinde çalışma için minimum örneklem büyüklüğü 222 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem ise belirtilen tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 223 hastadan oluşmuştur.

3.4 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Çalışmanın bağımlı değişkenlerini Herty Umut Ölçeği (HUÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden (ÇBASDÖ) alınan puanlar oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Çalışmanın bağımsız değişkenlerini sosyodemografik veri formundan elde edilen verileri kapsamaktadır.

3.5 Araştırmanın Soruları

1. TRSM'ye kayıtlı hastaların umut seviyesi nedir?
2. TRSM'ye kayıtlı hastaların psikolojik iyi oluş seviyesi nedir?
3. TRSM'ye kayıtlı hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinin seviyesi nedir?
4. TRSM'ye kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında ilişki bulunmakta mıdır?

3.6 Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. TRSM'ye kayıtlı olma,
2. İletişime ve iş birliğine açık olma,
3. 18 yaş ve üzeri olma.
4. Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

3.7 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil probleminin bulunması,
2. Organik mental bozukluğun olması,
3. Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması,
4. Türkçe bilmiyor olması.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından (EK-2) (Tarih: 11.01.2024 No:2024/02-02) ve Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-3) (Tarih:29.12.2023 No:2023/23-01) yazılı izinler alınmıştır. Ölçeklerin araştırmada kullanılabilmesi için, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapan sorumlu yazarlardan izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş, bireysel bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmıştır. Daha sonra hastalardan yazılı onam (EK-5) alınmış ve Helsinki

Bildirgesinin ilkeleri doğrultusunda veriler toplanmıştır. Veri toplama formlarında katılımcı kişilere ait herhangi bir kişisel bilgi yer almamıştır.

3.9 Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anket yöntemiyle toplanmıştır. TRSM'ye gelen hastalar ile verilerin toplanması özel bir odada karşılıklı şekilde 20-30 dakika arasında sürmüştür.

3.10 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-6), Herty Umut Ölçeği (EK-7), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (EK-8) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-9) kullanılmıştır.

3.10.1 Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmacılar, çalışmaya dahil olan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu gibi sosyodemografik; hastalık tanısı, hastalığın başlangıç yaşı, tedaviyi aldığı yıl gibi hastalık özelliklerine yönelik sorulardan oluşturmuştur.

3.10.2 Herty Umut Ölçeği (HUÖ)

Dr. Herth tarafından 1991 yılında bireylerin umut düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen HUÖ'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Herth, 1991; Aslan vd., 2007). Ölçekte 30 madde bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler “Hiç uygun değil” (0 puan), “Nadiren uygun” (1 puan), “Bazen uygun” (2 puan) ve “Her zaman uygun” (3 puan) şeklinde dördümlü likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçek, “Gelecek”, “Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti” ve “Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Gelecek alt boyutu: 1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30 numaralı maddeler umudun, kognitif-geçici boyutunu ölçmektedir ve 10 maddeden oluşmaktadır. Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti alt boyutu: 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29 numaralı maddeler umudun duygusal-davranışsal boyutunu ölçmektedir ve 10 maddeden oluşmaktadır. Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler alt boyutu: 2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24 numaralı maddeler umudun ilişkiler ve içinde bulunan şartlarla ilgili boyutunu ölçmektedir ve 10 maddeden oluşmaktadır. Olumsuzluk ifade eden 6,

10, 13, 17, 22, 26 numaralı maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Ölçeğin toplam puanı, bütün maddelere verilen cevaplardan elde edilen puanların toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı ise her bir alt ölçeğe karşılık gelen maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, umut düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir (Aslan vd., 2007). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

3.10.3 Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ)

PİÖ Diener ve arkadaşları (2009-2010) tarafından mevcut iyi oluş ölçümlerini tamamlayıcı, sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Telef (2011; 2013) tarafından yapılmıştır. PİÖ'nin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde 1-7 arasında cevaplanmaktadır. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 8 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin psikolojik iyi oluşa sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur Telef (2011; 2013). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur.

3.10.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

1988 yılında, Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin, Eker ve arkadaşlarınca ülkemizdeki Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1995 yılında ilk olarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmadan sonra Eker ve arkadaşları (2001) tarafından ÇBASDÖ'nin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması tekrarlanmıştır. Ölçek 12 maddeden ve aile, arkadaş ve özel bir kişi desteği olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, bireyin sosyal destek kaynağının yeterlilik durumunu ölçen 7'li likert türünde değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek en az puan 12, en fazla puan 84'tür. Katılımcıların ölçeğin her bir maddesine verdikleri puan arttıkça algılanan sosyal destek de artış göstermektedir. Ölçek sonunda elde edilen puan ne kadar yüksek çıkarsa kişinin algıladığı sosyal desteğin de o kadar yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ölçeğin güvenirlik puanı toplam: 0,89 iken

alt ölçeklerin güvenilirlik puanları, Aile alt ölçeği: 0,85, Arkadaş alt ölçeği: 0,88, Özel Bir İnsan alt ölçeği: 0,92'dir (Eker vd., 2001). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

3.11 Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciencefor Windows 24.0) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$), standart sapma, ortanca (min-maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Dağılımların normalliği skewness ve kurtosis testi ile kontrol edildi ve elde edilen sonuçlara göre ölçekler ve alt boyutlarının dağılımları normal olarak kabul edilmiştir. Tabachnick'e göre verilerin analizde skewness değeri +1.5 ile -1.5 arasındaysa verilerin normal dağıldığı kabul edilebilir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Ancak bazı durumlarda bağımsız değişkenlerin kategori frekans sayıları 30'un altında olduğundan, nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ve farklılığa hangi grubun neden olduğunu belirlemek amacıyla bonferroni ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde pearson korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Toplum ruh sağılığı merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi amacıyla yürütölen çalışmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Çizelge 4.1 Hastaların sosyodemografik özellikleri (n:223).

Özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Hastanın Yaşı (Ort: 42,18 Ss: 14,73 Min:18 Max:82)	18-34 yaş	69	30,9
	35-51 yaş	86	38,6
	52 yaş ve üstü	68	30,5
Cinsiyet	Kadın	130	58,3
	Erkek	93	41,7
Medeni Durum	Evli	58	26,0
	Bekar	165	74,0
Yaşanan Yer	İl	99	44,4
	İlçe	87	39,0
	Köy	37	16,6
Eğitim Durumu	Okuma yazması var	46	20,6
	İlkokul	66	29,6
	Ortaokul	50	22,4
	Lise ve üzeri	61	27,4
Çalışma Durumu	Evet	34	15,2
	Hayır	189	84,8
Ekonomik Durumu	İyi	74	33,2
	Orta	109	48,9
	Kötü	40	17,9
Kimlerle Yaşıyor	Yalnız	15	6,7
	Aileyle	112	50,3
	Bakım evinde	96	43,0
Sigara Kullanma Durumu	Evet	95	42,6
	Hayır	128	57,4
Alkol Kullanma Durumu	Evet	16	7,2
	Hayır	207	92,8
Toplam		223	100

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklere göre dağılımları Çizelge 4.1’de verilmiştir. Hastaların yaşları 18 ile 82 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 42,18±14,73 olarak bulunmuştur. Hastaların %58,3’ünün kadın, %74,0’ünün bekar belirlenmiştir. Hastaların %44,4’ü il merkezinde, %39,0’u ilçede ve %16,6’sı köyde yaşadığını belirlenmiştir. Hastaların %20,6’sının okur-yazar, %29,3’ünün ilköğretim, %22,4’ünün ortaokul, %27,4’ünün ise lise ve üzeri mezunu olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılanlardan %84,8'i bir işte çalışmamaktadır. Hastaların gelir düzeylerini algılamaları incelendiğinde, kötü (%17,9), iyi (%33,2) ve orta (%48,9) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların, %6,7'sinin yalnız, %50,3'ünün ailesiyle ve %43,0'ünün de bakımevinde yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların %42,6'sı sigara ve %7,2'si alkol kullanmaktadır.

Çizelge 4.2 Hastaların hastalık sürecine ilişkin bilgileri (n:223).

Bilgiler		Sayı	Yüzde (%)
Hastalık Tanısı	Şizofreni	94	42,2
	Bipolar Bozukluk	129	57,8
Hastalığın Başlangıç Yaşı (Ort: 26,26 Ss: 10,57 Min:15 Max:55)	15-25 yaş	133	59,6
	26-36 yaş	46	20,7
	37 yaş ve üzeri	44	19,7
Tedaviyi Aldığı Yıl (Ort: 15,61 Ss: 10,53 Min:2 Max:47)	2-10 yıl	92	41,3
	11-19 yıl	52	23,3
	20 yıl ve üzeri	79	35,4
Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Alma Durumu	Evet	148	66,4
	Hayır	75	33,6
İlaçlarını Düzenli Kullanma	Evet	190	85,2
	Hayır	33	14,8
İlaçlarını Kullanırken Yardım Alma	Evet	69	30,9
	Hayır	154	69,1
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Evet	77	34,5
	Hayır	146	65,5
Ailede Ruhsal Hastalığı Olan Hasta (N:77) *	Anne	21	27,2
	Baba	10	13,0
	Kardeş	32	41,6
	İkinci derece akraba	14	18,2
Toplam		223	100

* Ailesinde ruh sağlığı hastalığı tanısı olan hasta sayısı

Hastaların hastalık sürecine ilişkin bilgiler Çizelge 4.2'de gösterilmiştir. Buna göre hastaların %42,2'si şizofreni ve %57,8'i bipolar bozukluğu tanısına sahiptir. Hastaların hastalık yaşı başlangıç ortalamasının $26,26 \pm 10,57$ ve tedavi alınan yılın ortalamasının $15,61 \pm 10,53$ olduğu bulunmuştur. Hastaların %66,4'ü psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi almıştır. Hastaların %85,2'si ilaçlarını düzenli kullanmaktadır ve %69,1'i ilaç kullanımda desteğe ihtiyaç duymamaktadır. Hastaların ailesinde ruhsal hastalığı olanlar %34,5, olmayanlar ise %65,5'tir. Ailesinde ruhsal hastalık tanısı olan hastaların

(n:77); %27,2'sinin annesinde, %13,0'ünün babasında, %41,6'sının kardeşinde ve %18,2'sinin ikinci derece bir akrabasında ruhsal hastalık bulunmaktadır.

Çizelge 4.3 HUÖ, PİÖÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları.

Ölçekler	Ortalama $\pm$ S.S.	Ortanca	Min.- Max.
HUÖ Toplam	56,58 $\pm$ 18,08	59	7-90
Gelecek Alt Boyutu	17,86 $\pm$ 7,10	18	0-30
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti Alt Boyutu	18,89 $\pm$ 6,12	19	3-30
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler Alt Boyutu	19,82 $\pm$ 6,31	21	2-30
PİÖÖ Toplam	39,85 $\pm$ 11,80	42	8-56
ÇBASDÖ Toplam	54,26 $\pm$ 20,37	57	12-84
Aile Desteği Alt Boyutu	20,34 $\pm$ 8,37	23	4-28
Arkadaş Desteği Alt Boyutu	16,31 $\pm$ 8,64	18	4-28
Özel Bir Kişi Desteği Alt Boyutu	17,59 $\pm$ 9,50	20	4-28

Araştırmaya katılan bireylerin HUÖ, PİÖÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları Çizelge 4.3'te gösterilmiştir. HUÖ'nin "Gelecek" alt boyutundan 17,86 $\pm$ 7,1, "Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti" alt boyutundan 18,89 $\pm$ 6,12 ve "Kendisi ve Çevresindekilerle

Arasındaki İlişkiler” alt boyutundan $19,82\pm6,31$ puan aldığı belirlenmiştir. Hastaların HUÖ’nin toplam puan ortalamasının $56,58\pm18,08$ ve PİÖÖ’nin toplam puan ortalamasının $39,85\pm11,8$ olduğu saptanmıştır. Hastaların ÇBASDÖ’nin “Aile Desteği” alt boyutundan $20,34\pm8,37$, “Arkadaş Desteği” alt boyutundan $16,31\pm8,64$ ve “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan $17,59\pm9,5$ puan aldığı belirlenmiştir. Hastaların ÇBASDÖ’nin toplam puan ortalamasının ise $54,26\pm20,37$ olduğu saptanmıştır.



Çizelge 4.4 Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre HUÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (N=223)

Özellikler		Gelecek Alt Boyutu		Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti Alt Boyutu		Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler Alt Boyutu		HUÖ Toplam	
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yaş	18-34 yaş	18,53	7,41	19,34	6,00	21,04	5,53	58,92	17,29
	35-51 yaş	17,8	7,41	18,79	6,53	19,33	6,89	55,93	19,53
	52 yaş ve üstü	17,25	6,4	18,57	5,77	19,20	6,23	55,02	16,94
	F	0,563		0,292		1,880		0,886	
	p	0,570		0,747		0,155		0,414	
Cinsiyet	Kadın	18,59	6,97	19,46	5,92	20,57	5,97	58,63	17,41
	Erkek	16,83	7,19	18,10	6,35	18,77	6,65	53,72	18,69
	t	1,82		1,63		2,11		2,01	
	p	0,069		0,104		0,035*		0,045*	
Medeni Durum	Evli	17,96	7,36	19,24	7,05	20,36	7,41	57,56	20,52
	Bekar	17,82	7,03	18,77	5,78	19,63	5,89	56,23	17,20
	t	0,130		0,497		0,752		0,482	
	p	0,897		0,620		0,453		0,630	
Eğitim Durumu	Okuma yazması var (1)	14,82	7,64	16,67	6,50	18,43	5,83	49,93	18,58
	İlkokul (2)	17,40	7,01	18,87	5,71	20,01	6,59	56,30	17,76
	Ortaokul (3)	18,04	6,56	19,00	5,86	18,60	5,93	55,64	17,40
	Lise ve üzeri (4)	20,49	6,34	20,50	6,11	21,67	6,33	62,67	17,01
	F	6,070		3,546		3,219		4,646	
	p	0,001*		0,015*		0,024*		0,004*	
	Bonferroni	2<4		2<4		2<4		2<4	
Çalışma Durumu	Evet	18,79	7,80	19,41	6,59	19,79	6,95	58,00	19,80
	Hayır	17,69	6,98	18,80	6,05	19,83	6,21	56,32	17,80
	t	831		0,531		-0,031		0,495	
	p	0,407		0,596		0,975		0,621	

Çizelge 4.4 (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre HUÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223)

Ekonomik Durum	İyi (1)	19,83	6,44	20,28	5,57	21,39	5,37	61,51	15,56
	Orta (2)	17,00	7,40	18,59	6,43	19,11	6,92	54,70	19,39
	Kötü (3)	16,55	6,83	17,15	5,84	18,87	5,77	52,57	17,14
	F	4,479		3,741		3,501		4,454	
	p	0,012*		0,025*		0,032*		0,013*	
	<i>Bonferroni</i>	2<1		2<1		2<1		2<1;3<2	
Yaşadığı yer	İl	18,56	6,89	19,39	5,68	20,66	6,14	58,62	17,14
	İlçe	17,42	6,68	19,08	5,73	19,71	5,74	56,21	16,55
	Köy	17,00	8,52	17,13	7,80	17,8	7,66	51,97	22,98
	F	0,921		1,909		2,764		1,866	
	p	0,400		0,151		0,065		0,157	
Hastalık Tanısı	Şizofreni	15,60	6,86	17,60	6,32	17,92	6,08	51,13	17,74
	Bipolar	19,50	6,85	19,83	5,82	21,20	6,14	60,55	17,34
	t	-4,192		-2,723		-3,956		-3,963	
	p	0,000*		0,007*		0,000*		0,000*	
Hastalık Başlangıç Yaşı	15-25 yaş	17,72	7,27	18,52	6,08	19,58	6,26	55,84	18,13
	26-36 yaş	18,00	7,24	19,10	6,31	19,97	5,99	57,08	17,98
	37 yıl ve üzeri	18,11	6,58	19,79	6,10	20,38	6,89	58,29	18,32
	F	0,059		0,742		0,280		0,325	
	p	0,943		0,477		0,756		0,723	
Tedavi Süresi	2-10 yıl	18,47	7,15	19,42	5,82	20,81	5,83	58,71	17,00
	11-19 yıl	18,25	7,47	19,03	6,81	19,90	6,97	57,19	20,19
	20 yıl ve üzeri	16,88	6,77	18,18	6,00	18,62	6,29	53,69	17,68
	F	1,170		0,879		2,606		1,687	
	p	0,312		0,417		0,076		0,187	
Hastaneye Yatış	Evet	18,13	7,11	18,95	6,37	19,49	6,58	56,58	18,74
	Hayır	17,32	7,10	18,78	5,65	20,48	5,73	56,58	16,82
	t	0,809		0,191		-1,102		-0,002	
	p	0,420		0,849		0,272		0,998	

Çizelge 4.4 (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre HUÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Sigara Kullanımı	Evet	17,43	7,06	18,38	6,29	19,10	6,55	54,92	18,34
	Hayır	18,17	7,15	19,27	6,00	20,35	6,11	57,81	17,85
	t	-0,777		-1,065		-1,469		-1,180	
	p	0,438		0,288		0,143		0,239	
Alkol Kullanımı	Evet	18,06	5,22	18,50	6,21	18,12	5,16	54,68	14,99
	Hayır	17,84	7,24	18,92	6,13	19,95	6,39	56,72	18,32
	z	-0,163		-0,453		-1,345		-0,770	
	p	0,870		0,650		0,179		0,441	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız	16,20	6,75	15,86	6,06	16,66	5,57	48,73	17,00
	Ailemle	17,75	7,37	19,13	6,48	19,91	6,80	56,81	19,44
	Bakımevinde	18,23	6,86	19,09	5,63	20,20	5,74	57,54	16,40
	X ²	1,825		4,182		4,685		3,609	
	p	0,402		0,124		0,096		0,165	
İlaçların Düzenli Kullanımı	Evet	17,60	7,21	18,66	6,28	19,66	6,52	55,92	18,53
	Hayır	19,36	6,31	20,24	4,98	20,75	4,93	60,36	14,92
	t	-1,318		-1,369		-,918		-1,303	
	p	0,189		0,172		0,360		0,194	
İlaç Kullanımında Destek Alımı	Evet	16,14	7,59	17,60	6,30	18,43	6,79	52,18	19,41
	Hayır	18,62	6,76	19,47	5,98	20,44	6,01	58,55	17,15
	t	-2,440		-2,117		-2,218		-2,456	
	p	0,015*		0,035*		0,028*		0,015*	
Ailesel Yatkınlık	Evet	17,51	7,04	17,58	6,30	19,03	6,59	54,14	18,75
	Hayır	18,04	7,16	19,58	5,93	20,23	6,15	57,86	17,64
	t	-0,520		-2,346		-1,352		-1,467	
	p	0,603		0,020*		0,178		0,144	

t= t testi uygulanmıştır.

z= Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

F= Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

X²= Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

*= p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre HUÖ ve alt boyutları puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Çizelge 4.4’te verilmiştir.

Hastalarda cinsiyete göre HUÖ toplam puanı ve “Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler” alt boyutu puanının anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği kadınların umut düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre HUÖ ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Lise ve üzeri mezunu olanların gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre lise ve üzeri mezun olanların, ilkokul mezunu olan hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların ekonomik durumuna göre HUÖ ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların gelecek, olumlu hazır oluşluk ve beklenti, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre iyi olarak belirtenlerin, orta olarak belirten hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. HUÖ toplam puanlarında da ekonomik durumunu orta olarak değerlendiren hastaların, ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların hastalık tanılarına göre HUÖ ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). BB tanısı olan hastaların puan ortalamaları, şizofreni tanısı olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların ilaç kullanımında destek alma durumuna göre HUÖ ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Destek almayan hastaların puan ortalamaları, destek alan bireylerin puan ortalamalarından daha yüksektir.

Hastaların ailesel yatkınlığına göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ailesel yatkınlığı olmayan hastaların puan ortalamaları, ailesel yatkınlığı olan bireylerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.



Çizelge 4.5 Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre PİÖÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Özellikler		PİÖÖ Toplam	
		X	SS
Yaş	18-34 yaş	40,95	10,66
	35-51 yaş	38,86	12,55
	52 yaş ve üstü	40,00	11,99
	F	0,608	
	P	0,545	
Cinsiyet	Kadın	41,90	10,68
	Erkek	36,98	12,72
	T	3,128	
	p	0,002*	
Medeni Durum	Evli	38,81	12,54
	Bekar	40,22	11,55
	t	-0,784	
	p	0,434	
Eğitim Durumu	Okuma yazması var	37,97	11,81
	İlkokul	40,19	10,94
	Ortaokul	37,78	11,32
	Lise ve üzeri	42,60	12,74
	F	2,054	
	P	0,107	
Çalışma Durumu	Evet	39,91	13,34
	Hayır	39,84	11,54
	t	0,030	
	p	0,976	
Ekonomik Durum	İyi (1)	44,62	7,81
	Orta (2)	38,58	12,64
	Kötü (3)	34,50	12,62
	F	11,825	
	p	0,000*	
	<i>Bonferroni</i>	2<1;3<2	

Çizelge 4.5 (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre PİÖÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Yaşadığı yer	İl (1)	41,76	10,62
	İlçe (2)	39,75	11,02
	Köy (3)	34,97	15,06
	F	4,611	
	P	0,011*	
	<i>Bonferroni</i>	3<1	
Hastalık Tanısı	Şizofreni	36,50	11,45
	Bipolar	42,30	11,49
	T	-3,728	
	p	0,000*	
Hastalık Başlangıç Yaşı	15-25 yaş	39,71	11,06
	26-36 yaş	40,41	12,14
	37 yıl ve üzeri	39,70	13,75
	F	0,064	
	p	0,938	
Tedavi Süresi	2-10 yıl	40,64	11,71
	11-19 yıl	39,28	10,76
	20 yıl ve üzeri	39,31	12,63
	F	0,344	
	p	0,709	
Hastaneye Yatış	Evet	38,25	12,30
	Hayır	43,01	10,10
	T	-2,889	
	p	0,004*	
Sigara Kullanımı	Evet	38,13	11,76
	Hayır	41,13	11,71
	T	-1,885	
	p	0,061	

Çizelge 4.5 (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre PİÖÖ puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Alkol Kullanımı	Evet	36,12	12,82
	Hayır	40,14	11,70
	Z	-1,348	
	p	0,177	
Kiminle yaşadığı	Yalnız (1)	31,73	16,73
	Ailemle (2)	39,05	12,15
	Bakımevinde (3)	42,06	9,78
	X ²	6,768	
	p	0,034*	
	<i>Mann Whitney U testi</i>	1<3	
İlaçların Düzenli Kullanımı	Evet	39,70	11,65
	Hayır	40,72	12,79
	t	-0,458	
	p	0,647	
İlaç Kullanımında Destek Alımı	Evet	37,43	12,38
	Hayır	40,94	11,41
	t	-2,065	
	p	0,040*	
Ailesel Yatkınlık	Evet	37,33	12,98
	Hayır	41,18	10,94
	t	-2,337	
	p	0,020*	

t= t testi uygulanmıştır.

z= Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

F= Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

X²= Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

*= p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre PİÖÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Çizelge 4.5’de verilmiştir.

Hastalarda cinsiyete göre PİÖÖ puanının anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği kadınların psikolojik iyi oluşları erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hastaların ekonomik durumuna göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Ekonomik durumuna göre yapılan gruplamada PİÖÖ puanları açısından fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre ekonomik durumu iyi olarak belirten hastaların, orta olarak belirten hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ekonomik durumu orta olarak belirten hastaların, ekonomik durumu kötü olarak belirten hastalara göre almış oldukları puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaşadığı yere göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre ilde yaşayan hastaların, köyde yaşayan hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların hastalık tanılarına göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). BB tanısı olan hastaların puan ortalamaları, şizofreni tanısı olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir.

Hastaların psikiyatri kliniğine yatarak tedavi alma durumuna göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Hastanede yatarak tedavi almayan hastaların puan ortalamaları, yatarak tedavi alan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların kiminle yaşadığına göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre bakımevinde kalan hastaların, yalnız yaşadığını belirten hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksektir.

Hastaların ilaç kullanımında destek alma durumuna göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). İlaç kullanımında destek almayan hastaların

puan ortalamaları, ilaç kullanımında destek alan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların ailesel yatkınlığına göre PİÖÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ailesel yatkınlığı olmayan hastaların puan ortalamaları, ailesel yatkınlığı olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir.



Çizelge 4.6. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Özellikler		Aile Desteği Alt Boyutu		Arkadaş Desteği Alt Boyutu		Özel Bir Kişi Desteği Alt Boyutu		ÇBASDÖ Toplam	
		X	SS	X	SS	X	SS	X	SS
Yaş	18-34 yaş (1)	20,26	8,82	17,75	8,26	19,98	8,44	58,00	17,06
	35-51 yaş (2)	20,46	7,94	16,16	8,15	17,45	9,44	54,08	20,49
	52 yaş ve üstü (3)	20,27	8,55	15,05	9,48	15,35	10,12	50,69	22,80
	F	0,014		1,697		4,205		2,232	
	p	0,986		0,186		0,016*		0,110	
	Bonferroni					3<1			
Cinsiyet	Kadın	20,53	8,18	17,36	8,50	19,95	8,99	57,86	18,64
	Erkek	20,07	8,66	14,84	8,67	14,30	9,25	49,22	21,70
	t	0,407		2,164		4,573		3,184	
	p	0,685		0,032*		0,000*		0,002*	
Medeni Durum	Evli	21,31	8,31	15,27	9,21	16,24	9,90	52,82	20,59
	Bekar	20,00	8,39	16,68	8,43	18,07	9,34	54,76	20,34
	t	1,020		-1,068		-1,264		-0,621	
	p	0,309		0,287		0,207		0,535	
Eğitim Durumu	Okuma yazması var	20,91	7,60	17,23	8,15	17,21	9,66	55,36	20,97
	İlkokul	21,13	8,14	15,12	8,99	17,07	9,98	53,33	20,83
	Ortaokul	18,82	9,09	15,60	9,41	16,76	9,39	51,18	19,46
	Lise ve üzeri	20,31	8,59	17,50	7,90	19,13	8,97	56,95	20,24
	F	0,818		1,098		0,748		0,824	
	p	0,485		0,351		0,525		0,482	
Çalışma Durumu	Evet	21,67	7,40	16,79	8,10	16,47	10,24	54,94	21,35
	Hayır	20,10	8,53	16,23	8,75	17,79	9,37	54,13	20,25
	t	1,007		0,348		-0,750		0,211	
	p	0,315		0,728		0,454		0,833	
Ekonomik Durum	İyi (1)	19,31	8,46	18,64	7,84	21,05	8,03	59,01	17,70
	Orta (2)	21,35	8,11	14,77	8,76	16,75	9,81	52,88	21,25
	Kötü (3)	19,50	8,77	16,20	8,95	13,50	9,17	49,20	21,25
	F	1,573		4,560		9,762		3,573	
	p	0,210		0,011*		0,000*		0,030*	
	Bonferroni			2<1		2<1;3<1;3<2		3<1	

Çizelge 4.6 (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Yaşadığı yer	İl (1)	21,43	7,46	17,49	8,26	18,58	9,42	57,51	17,99
	İlçe (2)	19,34	8,77	16,02	8,55	17,94	8,89	53,31	20,19
	Köy (3)	19,78	9,53	13,86	9,47	14,13	10,50	47,78	25,12
	F	1,549		2,491		3,107		3,292	
	p	0,215		0,085		0,047*		0,039*	
	<i>Bonferroni</i>					3<1		3<1	
Hastalık Tanısı	Şizofreni	19,97	8,28	15,02	8,74	16,34	9,77	51,34	21,02
	Bipolar	20,61	8,46	17,26	8,48	18,51	9,22	56,38	19,70
	t	-0,557		-1,924		-1,692		-1,836	
	p	0,578		0,056		0,092		0,068	
Hastalık Başlangıç Yaşı	15-25 yaş	20,00	8,64	16,06	8,39	18,21	9,41	54,27	19,49
	26-36 yaş	21,97	6,88	17,73	8,86	16,60	9,33	56,32	20,75
	37 yıl ve üzeri	19,68	8,91	15,61	9,18	16,75	9,97	52,04	22,73
	F	1,127		0,825		0,706		0,494	
	p	0,326		0,439		0,495		0,611	
Tedavi Süresi	2-10 yıl (1)	20,19	8,31	17,53	8,08	19,56	8,48	57,29	17,17
	11-19 yıl (2)	20,17	8,37	16,44	9,00	17,30	9,54	53,92	21,55
	20 yıl ve üzeri (3)	20,63	8,53	14,82	8,90	15,49	10,21	50,94	22,63
	F	0,072		2,116		4,041		2,089	
	p	0,931		0,123		0,019*		0,126	
	<i>Bonferroni</i>					3<1			
Hastanaya Yatış	Evet	20,79	8,10	15,02	8,86	15,75	9,81	51,56	21,40
	Hayır	19,46	8,87	18,88	7,60	21,22	7,70	59,57	17,11
	t	1,116		-3,216		-4,212		-2,814	
	p	0,266		0,001*		0,000*		0,005*	
Sigara Kullanımı	Evet	18,66	8,94	15,82	8,41	16,93	9,79	51,42	21,72
	Hayır	21,59	7,72	16,68	8,82	18,08	9,28	56,36	19,13
	t	-2,618		-0,739		-0,893		-1,801	
	p	0,009*		0,460		0,373		0,073	

Çizelge 4.6 (devam) Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgilerine göre ÇBASDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=223).

Alkol Kullanımı	Evet	18,75	8,42	13,25	8,19	13,93	10,27	45,93	23,67
	Hayır	20,46	8,37	16,55	8,65	17,87	9,40	54,90	20,02
	z	-0,938		-1,343		-1,080		-1,485	
	p	0,348		0,179		0,280		0,138	
Kiminle Yaşadığı	Yalnız (1)	13,46	9,66	12,80	9,06	11,06	9,58	37,33	26,31
	Ailemle (2)	22,48	6,86	14,46	8,88	15,02	9,92	51,97	20,24
	Bakımevinde (3)	18,92	8,95	19,03	7,54	21,61	7,16	59,57	17,59
	X ²	17,806		16,201		25,441		15,257	
	p	0,000*		0,000*		0,000*		0,000*	
	Mann Whitney U	1<2;2<3;1<3		2<3;1<3		2<3;1<3		1<2;2<3;1<3	
İlaçların Düzenli Kullanımı	Evet	20,38	8,32	16,58	8,49	17,53	9,60	54,51	20,26
	Hayır	20,12	8,75	14,75	9,45	17,93	9,02	52,81	21,29
	t	0,166		1,124		-0,224		0,440	
	p	0,868		0,262		0,823		0,661	
İlaç Kullanımında Destek Alımı	Evet	19,36	8,23	17,39	8,66	16,71	9,00	53,46	21,00
	Hayır	20,78	8,42	15,83	8,62	17,99	9,71	54,61	20,15
	t	-1,174		1,242		-0,932		-0,390	
	p	0,242		0,216		0,352		0,697	
Ailesel Yatkılık	Evet	21,22	7,86	15,61	8,69	15,84	9,36	52,67	19,28
	Hayır	19,88	8,62	16,69	8,62	18,52	9,47	55,09	20,95
	t	1,135		-0,888		-2,014		-0,843	
	p	0,258		0,376		0,045*		0,400	

t= t testi uygulanmıştır.

z= Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

F= Tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

X²= Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

*= p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve hastalık bilgileri özelliklerine göre ÇBASDÖ puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Çizelge 4.6’da verilmiştir.

Hastaların yaşına göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre “özel bir kişi desteği alt boyutunda” 18-34 yaş grubundaki hastaların, 52 ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastalarda cinsiyete göre ÇBASDÖ puanının anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Kadınların erkeklere göre puan ortalamalarının daha yüksektir.

Hastaların ekonomik durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre ekonomik durumu iyi olarak belirten hastaların, orta olarak belirten hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksektir. Ekonomik durumunu orta olarak değerlendiren hastaların, ekonomik durumu kötü olarak değerlendiren hastalara göre almış oldukları puan ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların, ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşadığı yere göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre ÇBASDÖ toplam puanında ve “Özel Bir Kişi Desteği alt boyutunda” ilde yaşayan hastaların, köyde yaşayan hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksektir.

Hastaların tedavi süresine göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Bonferroni testine göre 2-10 yıldır tedavi alan hastaların puan ortalamalarının, 20 yıl ve üzeri tedavi alan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların psikiyatri kliniğine yatarak tedavi alma durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Hastane yatışı olmayan hastaların puan ortalamaları, yatarak tedavi alan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir.

Hastaların sigara kullanım durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). “Aile Desteği alt boyutu” puanlarına göre sigara

kullanmayan hastaların puan ortalamaları, sigara kullanan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların kiminle yaşadığına göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren Mann Whitney U testine göre bakımevinde kaldan hastaların, yalnız yaşadığını belirten hastalara göre almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksektir. Bakımevinde kalan hastaların puan ortalamaları, ailesiyle birlikte yaşadığını belirten hastaların almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ailesiyle birlikte yaşadığını belirten hastaların puan ortalamaları, yalnız yaşadığını belirten hastaların almış oldukları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların ailesel yatkınlık durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ailesinde psikiyatrik bir hastalık tanısı bulunmayan hastaların puan ortalamaları, bulunan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir.

Çizelge 4.7 Hastaların HUÖ, PİÖÖ ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki.

		1	2	3
1. Herty Umut Ölçeği Toplamı	r	1		
	p	-		
2. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Toplamı	r	0,727**	1	
	p	0,000	-	
3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam	r	0,480**	0,602**	1
	p	0,000	0,000	-

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Çalışmaya katılan bireylerin HUÖ, PİÖÖ ve ÇBASDÖ arasındaki ilişkiler Çizelge 4.7’de verilmiştir.

Hastaların HUÖ ile PİÖÖ toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü yüksek düzeyde ($r=0,727$, $p<0,01$), HUÖ ile ÇBASDÖ toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,480$, $p<0,01$), PİÖÖ ile ÇBASDÖ toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü yüksek düzeyde ($r=0,602$, $p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur.



5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma kapsamında elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır. Tanımlayıcı tasarımla gerçekleştirilen bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeyleri incelenmiştir. Literatüre bakıldığında toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin kapsayan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmamızın bu doğrultuda literatüre katkı sağlaması hedeflenmektedir.

5.1 Herth Umut Ölçeği ve Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların HUÖ'nin toplam puan ortalaması $56,58 \pm 18,08$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.3). Bu sonuç şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarının umut düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Umut, kişinin geleceğe yönelik olumlu beklentiler taşıması ve hedeflerine ulaşabileceğine dair inanç beslemesine yardım eden önemli bir kavramdır (Snyder, 2002). Umudu yüksek olan bireylerin daha yüksek baş etme becerilerine sahip olduğu (Irving vd., 1998), tedaviye daha kolay uyum sağlanabildiği (Kısaoglu ve Tel, 2024), yaşam kalitelerinin yükseldiği ve daha üretken oldukları ifade edilmektedir (Favale vd., 2023). Langlois vd. (2020), Altun (2016) yaptıkları çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin umut düzeyleri orta seviyede olduğu saptamışlardır. Araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir (Altun, 2016; Langlois vd., 2020). Yapılan bazı çalışmalarda ise şizofreni ve BB hastalarının umut düzeylerinin düşük seviyede olduğu belirtilmiştir (Özdemir, 2020; Polat ve Uğur, 2021). Araştırma sonuçları arasındaki bu farklılığın sebebi örneklem gruplarının sosyokültürel bazı özelliklerin ve hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanlarının birbirinden farklılık göstermesi ile açıklanabilir.

HUÖ'nin alt boyutlarına baktığımızda en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 4.3). Umut duygusuna sahip olmak, bireylerin başkalarıyla bağlantı kurma ve sevgi dolu ilişkiler geliştirme güvenini pekiştirmektedir (Bogin, 2023). Ölçeğin kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutunu ölçek

maddelerin içerikleri incelendiğinde; çevresindeki bireylere destek olma, destek alma ve duygusal ilişki kurma gibi umudun tanımıyla örtüşen başlıkların olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Kısaoğlu ve Tel (2024) ile Polat ve Uğur (2021)'un çalışmalarında da en yüksek ortalamaya sahip alt boyut kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar olarak bulunmuştur (Kısaoğlu ve Tel, 2024; Polat ve Uğur, 2021). Bu sonuçlar hastaların kendisi ve çevresindekilerle arasındaki dair düşünceleri üzerinde umudun önemli bir etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri HUÖ karşılaştırıldığında cinsiyetin umut düzeyini etkilediği, kadınların erkeklere göre daha umutlu olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Literatüre bakıldığında benzer çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha umutlu olduğu bulunmuştur (Doğan, 2023; Tozoğlu, 2023). Zafer'in (2019) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha umutlu olduğu bulunmuş olsa da bu verilerin önemli bir farklılık göstermediğini ifade etmiştir (Zafer, 2019). Kadın hastaların sosyal desteklerinin daha fazla olması ve kendilerini ifade edebilme becerilerinin gelişmiş olması umut düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyinin umudu etkilediği, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin daha fazla umutlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Literatürde ağır ruhsal hastalık tanısı olan bireylerle ilgili yapılan çalışmalarda hastalarının eğitim seviyesi azaldıkça umut düzeylerinin düştüğü görülmüştür (Akyön, 2023). Eğitim düzeyinin düşük olması hastaların yaşadığı problemlerle baş etme becerisini azalttığı ve hastalığı ile ilgili alacağı eğitimlerin çıktılarında güçlükler oluşturduğu bunun da umut düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda hastaların ekonomik durumunu umudu etkilediği, ekonomik düzeyi arttıkça bireylerin daha fazla umutlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Arslantaş ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada hastaların ekonomik düzeyi ve umut düzeyleri doğru orantılı bulunmuştur (Arslantaş vd., 2010). Başka bir çalışmada bireyin ekonomik olarak güçlü hissetmesinin umut düzeyinin artırdığı ifade edilmektedir (Ağır, 2017). Ekonomik düzey arttıkça bireylerin kendilerini daha güvende hissettiği, bu durumunda umut düzeylerini pozitif olarak etkilediği düşünülmektedir (Zafer, 2019). Ekonomik düzey aynı zamanda daha fazla imkân ve sağlık hizmetlerinden yararlanma anlamına da gelir. Tüm bunlar tedaviye

katkı sağlayan ve umudu artıran özelliklerdir. Bireyin ekonomik gücünün olması, geleceğe dair planlar yapmasını ve hayata daha umutlu bakabilmesini sağladığı düşünölmektedir.

Hastaların sosyodemografik özellikleri HUÖ karşılaştırıldığında hastalık tanılarına göre umudu etkilediğı, BB tanısı olan hastaların şizofreni tanısı olan hastalardan daha fazla umutlu oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). BB tanısı olan hastalara uygulanan psikoterapiler hastaların tedaviye uyumlarını artırmakta ve umut düzeylerini etkilemektedir (Çınaroğlu, 2024). Şizofreni tanısı olan hastaların benlik yitimin olması, sosyal geri çekilmenin ve stigmanın diğer ruhsal hastalıklara göre daha fazla görölməsi umut düzeyini etkilediğı düşünölmektedir (Candan ve Lök, 2024; Karayumak vd., 2024; İzci vd., 2024).

Katılımcıların ilaç kullanımında destek alma durumunun umudu etkilediğı, ilaç kullanımında destek almayan hastaların destek alan hastalara göre daha fazla umutlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). Bireylerin kendi kendine ilaç takiplerini yapmalarını tedaviye uylarının iyi olduğunu göstermektedir (Baran vd., 2020). Tedaviye uyumu iyi olan hastaların kendi sağlık kontrollerini takip edebildikleri görölmüştür (Ertem, 2016). Bu bağımsızlık duygusunun hastalarda umut düzeyini artırdığı düşünölmektedir.

Hastaların ailesel yatkınlık durumunun umudu farklılaştırdığı, ailesel yatkınlığı olmayan hastaların, ailesel yatkınlığı olan hastalardan daha fazla umutlu oldukları saptanmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.4). BB tanısı olan hastalar üzerine yapılan bir çalışmada ailesinde ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin umut düzeylerinin daha az olduğu görölmüştür (Karlıdağ, 2023). Ruhsal hastalıkların genetik geçişli olması ve ebeveynlerinde ruhsal hastalık olan çocukların süreçten etkilenmesi umut düzeyini etkilediğı düşünölmektedir (Arısoy, 2004; Buldukoğlu vd., 2011).

5.2 Psikolojik İyi Oluş Ölçeğı ve Sosyodemografik Özelliklerin İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların PİÖÖ'nin toplam puan ortalaması $39,85\pm11,8$ 'dir (Çizelge 4.3). Bu sonuç şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların psikolojik iyi oluş düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında benzer araştırmalarda PİÖÖ toplam puan ortalamaları $38,47\pm11,98$ ve $40,70\pm10,12$

bulunmuştur (Kaya, 2023; Kelleci, 2024). Araştırmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Carol Ryff, psikolojik iyi oluşu, bireyin kendini gerçekleştirme, olumlu ilişkiler geliştirmesi, amaç ve anlam duygusu hissetmesi, özerkliğe sahip olması, çevresini etkili bir şekilde yönetebilmesi ve kişisel olarak gelişim göstermesi gibi çeşitli boyutları içeren çok yönlü bir yapı olarak tanımlamaktadır (Ryff, 1989). Tanımda da bahsedildiği gibi TRSM'lere gelen hastaların bireysel tedavi yönetimini yapabilmeleri, grup terapilerine ve grup aktivitelerine katılım sağlamaları psikolojik iyi oluşlarını desteklediği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda cinsiyetin psikolojik iyi oluş düzeyini etkilediği, kadınların erkeklere göre psikolojik iyi oluşlarının daha iyi olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Haymana ve Kolburan (2019)'nın kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada cinsiyet ile PİO arasında bir ilişki bulmuş olup, kadınların PİO düzeylerinin yüksek olmasının sosyal destek kanallarıyla artırıldığı sonucuna varmışlardır (Haymana ve Kolburan, 2019). Taplı'nın (2021) şizofreni tanılı bireylerle yaptığı araştırmada cinsiyet ile PİOÖ ölçeklerin arasında bir ilişki saptanmamıştır (Taplı, 2021). Bulguların çeşitlilik göstermesi örneklemelerin sosyodemografik yapısının farklı oluşu, bilişsel ve psikolojik özelliklerin farklılık göstermesi ile yorumlanabilir.

Katılımcıların ekonomik durumunun psikolojik iyi oluş düzeyini etkilediği, ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren hastaların psikolojik iyi oluşlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Ekonomik düzey arttıkça psikolojik iyi oluşun da arttığı görülmüştür. Kaya (2023)'nın ruhsal hastalık tanısı olan hastalarda yaptığı ve Ulu (2023)'nin kanser tanısı olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ekonomik durumu iyi olanların psikolojik iyi oluş puanı diğerlerine göre yüksektir (Ulu, 2023; Kaya, 2023). Bu açıdan araştırmamızın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Kronik hastalığı olan bireylerde ekonomik kaygının olmaması tedavi seyrini etkilemektedir. Yüksek gelirin, hastaların stresle farklı alanlarda başa çıkabilmesine kaynak sağladığı ve sağlık masraflarını tolere edebilmelerine olanak oluşturduğu düşünülmektedir.

Mevcut araştırmada yaşanan yerin psikolojik iyi oluş düzeyini etkilediği, il merkezinde yaşayanların köy ve ilçede yaşayanlara göre psikolojik iyi oluşlarının daha iyi olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Yapılan araştırmada, şehir merkezinde yaşayan bireylerin psikolojik iyi oluş seviyelerinin, kırsal bölgelerde yaşayanlardan

farklılık gösterdiği bulunmuştur (Şavaş, 2019). Bulunan bu fark, bireylerin yaşadığı yerdeki sosyal ve çevresel desteklerin varlığına bağlı olduğu düşünülmektedir. Şehirdeki yaşam kalitesi, şehir merkezinin sunduğu olanaklarla (örneğin yeşil alanlar, sosyal aktivite imkânları) ilişkilidir. Yüksek yaşam kalitesine sahip şehir merkezlerinde bu olumlu etki daha güçlü hissedilebilmektedir.

Katılımcıların hastalık tanılarının psikolojik iyi oluş düzeyini etkilediği, BB tanısı olan hastaların puan ortalamalarının, şizofreni tanısı olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). BB olan bireyler, epizodik doğaları ve tedaviye genellikle daha iyi yanıt verme eğilimleri sayesinde, şizofreni hastalarına kıyasla daha iyi bir psikolojik iyi oluş seviyesine sahip olabilirler (Güneri, 2016). Bununla birlikte, bireysel farklılıklar önemlidir ve her iki gruptaki hastaların da uygun tedavi ve destek mekanizmalarına erişimleri kritik öneme sahip olduğu düşünülmektedir.

Hastaların psikiyatri kliniğine yatma durumunun psikolojik iyi oluş düzeyini etkilediği, hastanede yatarak tedavi almayan hastaların psikolojik iyi oluşlarının daha iyi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Çifçi (2021)'nin kronik hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, bireylerin hastaneye yatış sayısı azaldıkça psikolojik iyi oluş düzeyleri artmaktadır (Çifçi, 2021). Hastaneye yatış, bireyin psikolojik olarak iyi oluşunun hem olumlu yönde etkileyebilir. Süreci bireyin için daha pozitif algılaması, hasta odaklı bakım, sosyal destek varlığı ile olumlu yönde tedavisi desteklenebilir. Fakat bireyin bu süreçte karşılaştığı zorluklarla başa çıkamaması, psikolojik iyi oluşu etkileyen temel faktörlerdendir (Smith vd., 2013). Hastaneye yatışın bireyin yaşamında stres oluşturmaktadır bu yüzden yatış sayısının azalması iyi oluşu etkilemektedir.

Katılımcıların kiminle yaşadığı psikolojik iyi oluş düzeyini etkilediği, bakımevinde kalanların yalnız yaşadığını belirten hastalara göre psikolojik iyi oluşlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Bireyin yaşadığı kişiler ve ortam, onun psikolojik iyi oluşumunu şekillendiren bir altyapı oluşturur. Sosyal destek, güvenli ve huzurlu bir çevre, olumlu kültürel normlar ve güçlü başa çıkmayı sağlayan, bu birleşenler destekleyerek bireylerin yaşamlarını güçlendirir. Aynı zamanda bireylerin çevresini algılama biçimi ve kendi içsel kaynakları, büyümenin gelişmesinin belirlenmesine yardımcı olabilmektedir (Evans, 2003). Bulgumuza benzer olarak yapılan bir çalışmada aileyle yaşayan bireylerin psikolojik iyi oluşlarının daha yüksek

olduğu bulunmuştur (Kaya, 2023). Başka bir araştırmada anne-baba ya da eş-çocuk ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre psikolojik iyi oluşları daha yüksektir (Atalay, 2018). Bu bakımdan araştırmada elde edilen yaşam alanı paylaşımı ile psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlılığın bulunması literatürle uyumluluk göstermektedir.

Mevcut araştırmada tedavi yönetimini kendisi sağlayanların ve ailede ruhsal hastalığı olmayanların psikolojik iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.5). Bulguları benzer bir araştırmada tedavisinin yöntemini sağlayan hastaların psikolojik iyi oluş puanları yüksek olduğu bulunmuştur (Kaya, 2023). Bireylerin özerk tedavi yönetimi olumlu düşüncelerini geliştirirken, ruhsal hastalıkların genetik geçişle taşınması bireylerde olumsuz düşünceler geliştirebilmektedir. Yapılan bir araştırmada kadınlarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve damgalamanın kuşaklararası aktarımını belirlemek amacıyla ruhsal hastalıklarla ilgili inançları araştırılmış ve bireylerde genetik geçişin olduğunu bilmenin tedirginliği artırdığı görülmüştür (Filik, 2022). Bireylerin tanı aldıklarında üst soylarında hastalık seyrini gözlemlemeleri, sosyal yaşama dahil olamamaları psikolojik iyi oluş düzeylerini azaltabilmektedir. Psikiyatri kliniklerinde ayaktan takipli tedavinin geliştirilmesi, hastaların tedavi yönetimlerini yapabilmelerini desteklemiştir. Ruhsal hastalıklarda tedavi yönetiminin, yatarak tedavide daha verimli olacağı düşünülse de düzenli aralıklarla olarak TRSM'ye gelen hastaların takiplerinin yapılması tedavi planında aksaklık olmasını engellemekte, hastanın özerk hareket edebilmesini ve sosyal çevresine adapta olabilmesini sağlamaktadır (Karaköse vd., 2024). Bireyin toplumsal yaşama ayak uydurarak dahil olması psikolojik iyi oluşunu olumlu yönde etkilemektedir.

5.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Sosyodemografik Özelliklerin İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların ÇBASDÖ'nin toplam puan ortalaması $54,26\pm20,37$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.3). Bu sonuç şizofreni ve BB olan hastalarının sosyal destek algılarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında benzer araştırmalarda ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları $57,06\pm19,32$ ve $54,45\pm16,97$ olarak bulunmuştur (Beşkardeş, 2024; Uçgun, 2021). Araştırmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi ruhsal

hastalık tanısı olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin artırılması tedaviye olumlu katkı sunacaktır. Hastaların algıladıkları desteklerin başında iş, aile ve sosyal yaşam gelmektedir (Bortolai ve Malfitano, 2023). Kronik ruhsal rahatsızlıklar, genellikle kişinin işlevselliğini ve bağımsız yaşama kapasitesini etkilemektedir. Bu yüzden aile üyeleri ve yakın çevrenin, bireyin tedaviye devam etmesi, günlük yaşamını sürdürebilmesi ve kriz durumlarında destek sağlanması açısından kritik rol oynadığı bilinmektedir. Bireyin aile desteğini alması psikolojik iyi oluşuyla birlikte destek algısını da artırmaktadır (Yıldırım vd., 2023). Mevcut çalışmada Aile Desteği ölçek alt başlığı ($20,34 \pm 8,37$) en yüksek puanı almıştır. Bulguları benzer Uçgun (2021)'un araştırmasında Aile Desteği alt boyutu $20,81 \pm 5,82$ puanı ile, Cengiz (2024)'in yaptığı araştırmada $17,71 \pm 6,73$ puanı ile en yüksek değerleri almışlardır (Cengiz, 2024; Uçgun, 2021). Araştırma kapsamındaki hastaların genel olarak algıladıkları sosyal destek düzeyinin iyi olduğu ve en fazla desteği ailelerinden aldıkları belirlenmiştir. Aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olma nedeni katılımcıların genelinin ailesiyle (anne/baba ya da eş/çocuk) yaşaması olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların yaşının sosyal destek düzeyini etkilediği, 18-34 yaş grubundaki hastaların 52 ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Çizelge 4.6). Bulguları benzer bir araştırmada genç hastaların ileri yaş hastalara göre algıladıkları sosyal destek daha yüksek olduğu görülmüştür (Köprülü, 2023). Başka bir araştırmada bireyin yaşı ilerledikçe artan problem çözme becerisinin sosyal destek gereksinimini azalttığı görülmüştür (Öksüz ve İci, 2024). Kronik hastalığı olanlarda ileri yaş ile birlikte sosyal desteği daha az hissetmek destek kaynaklarının azalmasından, uzun süreli destek sunmaktan yorulmalarından olabilmektedir.

Mevcut çalışmada cinsiyetin sosyal destek düzeyini farklılaştırdığı, kadın hastaların erkek hastalara göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Çizelge 4.6). Şenbay ve Can'ın (2024) yaptığı araştırmada kız öğrencilerin algılanan sosyal destek düzeyi ($X=118,57$), erkek öğrencilere ($X=116,94$) göre daha yüksektir (Şenbay ve Can, 2024). Bu bulguların aksine Koyun ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada kadınların karşılaştıkları psikososyal sorunların daha fazla olmasından dolayı sosyal desteklerinin az olduğunu düşünmektedir (Koyun vd., 2011). Yaptığımız araştırmada kadınların TRSM'ye başvurma sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Kadınların algıladıkları desteği besleyecek iletişim ve sosyal destek

kanallarının daha fazla olmasından ötürü erkeklere göre algıladıkları desteğin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hastaların ekonomik durumun sosyal destek düzeyini etkilediği, ekonomik durumu iyi olarak değerlendiren hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). Hastaların ekonomik durumu arttıkça algıladıkları sosyal destek düzeyi de artmıştır. Nalbantoğlu ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada ekonomik durumu iyi olarak değerlendiren bireylerin, kötü olarak değerlendiren bireylere göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Nalbantoğlu vd., 2024). Şizofreni hastalarına bakım veren bireylerle yapılan bir araştırmada hasta yakınları, hastaların iş bulmakta zorlandığını ve ekonomik kaygıların sosyal destek kanallarını da olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir (Atalay vd., 2024). Literatürdeki araştırmalardan yola çıkılarak, hastanın ekonomik kaygısının olmaması sosyal hayata yönelmesine ortam hazırlamaktadır. Bu durumda arkadaş, aile veya terapist gibi sosyal destek kanallarının gelişmesine ve algıladıkları desteğin artmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada yaşanan yerin sosyal destek düzeyini etkilediği, il merkezinde yaşayan hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). ÇBASDÖ toplam puanında ve “Özel Bir Kişi Desteği alt boyutunda” ilde yaşayan hastaların, köyde yaşayan hastalara göre almış algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bardakçı'nın (2019) yaptığı araştırmada köyde yaşayan bireyler il merkezinde yaşayan bireylere göre daha fazla sosyal destek gördükleri bulunmuştur. Bireylerin küçük yerleşkelerde daha fazla iletişim halinde olmasından ötürü sosyal destek algılarının yüksek olduğunu düşünmektedir (Bardakçı, 2019). Bununla birlikte, kişisel ilişkilerin sağlık hizmetleri ve psikososyal destek gibi profesyonel destek kaynaklarına erişim sınırlı olabilmektedir. Engelli bireylerin çalışma hayatına girişiyle birlikte değişen sosyo-kültürel iletişim ve etkileşimleri sosyal destek kanallarını artırmaktadır (Özdil, 2021). Araştırmamızda bulguların değişiklik göstermesinin il merkezinde hastaların hastaneye veya çalışma ortamlarına ulaşımının daha kolay olmasının özel bir kişiden alınan sosyal destek algıları üzerinde pozitif yönde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların tedavi süresinin sosyal destek düzeyini etkilediği, 2-10 yıl tedavi alan hastaların algıladıkları sosyal desteğin, 20 yıldan fazla tedavi alan hastalara göre daha

yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). Literatüre bakıldığında BB tanısına sahip hastaların algıladıkları sosyal destek puanlarının düşük olmasının nedeni hastalığın sosyal ilişkiler üzerinde hızlı gelişen yıkıcı etkilerinin olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Acar, 2024). Şizofreni tanısı olan hastalarda sanrılarının olması, içgörünün azalması ve tedaviye uyumun sağlanamaması, toplum tarafından dışlanmalarına neden olabilmektedir (Ercan ve Demir, 2019). Taplı'nın (2021) şizofreni tanılı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yedi yıldan az süredir tedavi gören hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri yedi yıldan fazla süredir tedavi gören hastalara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Taplı, 2021). Sosyal destek kanallarını bireylerin hastalık süresi etkilediği gibi hastaneye yatarak tedavi alması da doğrudan etkilemektedir (Sarı vd., 2011). Hastaların hastaneye yatma durumuna göre değerlendirildiğinde hastanede yatarak tedavi almayan hastaların sosyal destek algıları puan ortalamaları, yatarak tedavi alan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). Hastaların hastaneye yatışları aile üyelerini de etkilediği bakım veren hasta yakınlarının iletişim kanallarının azaldığı ve stres düzeylerinin artırdığı bulunmuştur (Günay Molu ve Tel, 2023). Ruhsal hastalık tanısı olan hastalara farmakolojik tedavi ve terapi uygulamalarının toplum temelli sağlık sisteminde TRSM'ler tarafından takip ediliyor olması hastanın sosyal destek algısını olumlu yönde desteklediği düşünülmektedir.

Hastaların sigara kullanım durumuna göre sosyal destek düzeyi puan ortalamalarının farklılaştığı, "Aile Desteği alt boyutu" puanların sigara kullanmayan hastaların, sigara kullanan hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). Yapılan bir araştırmada sigara kullanmayan öğrencilerin kullanan öğrencilere göre aileden algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha fazla olduğu görülmüştür (Baran vd., 2014). Başka bir araştırmada alkol ve madde kullanımında algılanan aile desteğinin kullanım düzeyini azalttığı görülmüştür (Beşkardeş, 2024). Bulgulara göre bireylerin yakın çevreden aldıkları sosyal destek arttıkça bağımlılık oranının azaldığı görülmüştür. Bu durumun yalnızlık ve izolasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre sosyal destek düzeyinin etkilendiği, bakımevinde kalan hastaların diğer hastalara göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). Altunbaş'ın (2002) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada okul yurdunda kalan öğrenciler, aile yanında kalan öğrencilere göre daha fazla sosyal destek algıladıkları görülmüştür (Altunbaş,

2002). Yine öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada ailesinin yanında yaşayan lise öğrencilerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin okul yurdunda yaşayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Erkoç vd., 2018). Baran ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırma sonuçları da benzerlik göstermektedir (Baran vd., 2014). Verilerin farklılık göstermesinin öğrencinin yaşından kaynaklandığı düşünülmektedir. Başka bir araştırmada ailesiyle birlikte yaşadığını belirten hastaların puan ortalamaları, yalnız yaşadığını belirten hastaların almış oldukları puan ortalamalarından daha yüksektir (Köprülü, 2023). Bulgularımızın literatürden farklı olmasının araştırmaya katılan hastaların bakımevinde aynı yaş grubunda arkadaşlarıyla yaşam alanını paylaşması, kurum bakımında hizmet veren hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi meslek elemanlarının danışmanlık vermesi hastaların destek kanallarının artmasında ve verilen hizmetlerin rehabilitasyon basamaklarıyla devam ediyor olmasının (T.C. Resmî Gazete, 2016) daha yüksek sosyal destek algılanmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların ailesel yatkınlık durumunun sosyal destek düzeyini etkilediği, ailesinde psikiyatrik bir hastalık tanısı bulunmayan hastaların bulunan hastalara göre algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 4.6). Ruhsal hastalıklarda hastanın tedavisinde, bakımında ve sosyal hayata adaptasyonunda ailesiyle iş birliği önemli bir yere sahiptir (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017). Bulgularımızda hastalarda en çok sosyal destek kanalını ailelerinin oluşturduğu görülmüştür. Hastanın ailesinde ruhsal hastalık tanısının bulunması destek olacak birey sayısının azalmasına neden olmaktadır. Aile içinde süregelen kronik hastalığın varlığının bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini etkilediği (Çizelge 4.5) bu durumda algılanan sosyal desteğin azaldığı düşünülmektedir.

5.4 Hastaların HUÖ, PİÖÖ ve ÇBASDÖ Ölçek Puan Ortalamaları Aralarındaki İlişkinin Tartışılması

Bu araştırmada hastaların umut düzeyi ile psikolojik iyi oluş düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın umudu arttıkça psikolojik iyi oluşu da artmaktadır (Çizelge 4.7). İlksöz (2023) tarafından yapılan bir çalışmada umut düzeyi arttıkça, psikolojik iyi oluşun anlamlı düzeyde arttığı sonucuna varılmıştır (İlksöz, 2023). Umudun psikolojik iyi oluşla pozitif ilişki gösterdiği ve anlamlı yordayıcısı olduğu farklı çalışmalarda da

bulunmuştur (İmroğlu vd., 2021; Özhan ve Üzbe, 2022). Hastaların psikolojik iyi oluş düzeyi arttırarak yaşamlarında karşılaştıkları engeller ve zorlayıcı yaşantılarla umutla başa çıkabilmelerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Hastaların umut düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın umudu artıkça algıladığı sosyal destek düzeyi de artmaktadır (Çizelge 4.7). Şizofreni hastalarının yakınlarıyla yapılan araştırmada bireylerin algıladıkları sosyal destek umut düzeylerini arttırmıştır (Eliüşük, 2008). Yapılan başka bir araştırmada sosyal desteğin koruyucu bir alan oluşturduğu görülmüş, sosyal desteğin azalması nedeniyle kadınların umutsuzluk yaşamasının mümkün olduğu bulunmuştur (Özabacı vd., 2015). BB ve şizofreni gibi kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara yapılan araştırmalarda, sosyal destek algısının artması daha yüksek umut düzeyine sahip olunmasına neden olacağı ve bu durumun tedaviyi olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Hastaların psikolojik iyi oluş düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın psikolojik iyi oluşu artıkça algıladığı sosyal destek düzeyi de artmaktadır (Çizelge 4.7). Ruhsal hastalık tanısı bulunan hastalarda yapılan araştırmada psikolojik iyi oluş arttıkça sosyal destek algısının arttığı görülmüştür (Kelleci, 2024). Sosyal destek, psikolojik iyi oluşun temel bileşenlerinden biridir. Destekleyici yaşamlar, zorluklarla başa çıkma durumları, olumlu gelişmeleri arttırır ve genel olarak daha iyi bir ruhsal durumda olunmasını sağlar (Dursun Karslı ve Karslı, 2024). Bu nedenle sosyal destek ağlarının artmasının, psikolojik süreçlerinde desteğin öne çıkarılmasının hastanın yaşamında olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Çalışmadaki bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Bu çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarının umut ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin orta düzeyde, algıladıkları sosyal destek düzeyinin ise yüksek olduğu söylenebilir.

6.1.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar

1. Hastaların yaşları 18-82 yıl aralığında olup, yaş ortalaması $42,18 \pm 14,73$ 'tür. Hastaların %58,3'ü kadın, %74,0'ü bekar, %29,6'sı ilkokul mezunu, %44,4'ü il merkezinde yaşamakta ve %84,8'inin ise herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur.
2. Hastaların %57,8'i BB tanısına sahiptir ve %59,6'sı 25 yaşına kadar tanı almıştır. Hastaların %41,3'ü 2 ila 10 yıl arasında tedavi görmektedir ve %66,4'ünün psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi aldığı görülmüştür.
3. Hastaların %57,4'ünün sigara ve %92,8'inin alkol kullanmadığı, %50,3'ünün ailesiyle yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaların ilaçlarını düzenli kullananların oranı %85,2 olarak bulunmuştur ve ilaç kullanımında %69,1'inin yardıma ihtiyaç duyduğu bulunmuştur.
4. Hastaların %34,5'inin birinci derece yakınında ruhsal hastalık tanısı bulunmaktadır ve aile üyelerinden en çok %41,6 oranında kardeşlerin tanısı olduğu görülmüştür.

6.1.2 Hastaların sosyodemografik özellikleriyle Umut, Psikolojik İyi Oluş ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine ilişkin sonuçlar

- ❖ Hastaların yaş ve medeni duruma göre umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek ölçek puan ortalamalarının farklılaşmadığı tespit edilmemiştir.
- ❖ Çalışmamızda kadın hastaların erkek hastalara göre umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

- ❖ Hastaların eğitim durumu arttıkça umut düzeylerinin arttığı, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeyleriyle farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- ❖ Çalışmamızda çalışma durumuyla ölçek puanları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Hastaların yaşadığı yer ile umut arasında farklılık bulunmamıştır fakat yaşanan yer büyüdükçe psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.
- ❖ Hastaların ekonomik durumu arttıkça umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.
- ❖ Çalışmamızda hastalık tanısı ile sosyal destek arasında farklılık bulunmamıştır ancak BB olan hastaların umut ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin şizofreni olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile ölçek puan ortalamaları sonuçları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Hastaların tedavi süresiyle umut ve psikolojik iyi oluş arasında farklılık bulunmamıştır fakat tedavi süresi azaldıkça, sosyal destek düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.
- ❖ Çalışmamızda hastaneye yatış ile umut düzeyi arasında farklılık bulunmamıştır ancak hastaneye yatış yapmayan hastaların psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin yatan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Hastaların sigara kullanımı ile umut ve psikolojik iyi oluş ölçekleri arasında farklılık tespit edilmemiştir. Hastaların algıladıkları sosyal destekte, aile desteği alt boyutuyla sigara kullanımı arasında farklılık bulunmuştur. Sigara kullanmayan hastaların algıladıkları aile desteğinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Çalışmamızda alkol kullanımı ve ilaçların düzenli kullanımı ile ölçek puan ortalamaları arasında farklılık tespit edilmemiştir.
- ❖ Hastaların kiminle yaşadığı ile umut düzeyi arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ancak yalnız yaşayan hastaların psikolojik iyi oluş düzeyleri ve algıladıkları sosyal destek, ailesiyle veya bakımevinde yaşayan hastalara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.
- ❖ Çalışmamızda hastaların ilaç kullanımında destek ile umut ve psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında farklılık olduğu fakat sosyal destek ile ilişkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Hastaların tedavi denetimlerini kendilerinin yapabilmesi umut ve psikolojik iyi oluş düzeylerini artırdığı tespit edilmiştir.
- ❖ Araştırmamızda hastaların ailesel yatkınlığın bulunması, hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve sosyal destek düzeylerinin daha düşük olmasına sebep olduğu

tespit edilmiştir.

6.1.3 Hastaların Umut, Psikolojik İyi Oluş ve Çok Boyutlu Algıladıkları Sosyal Destek Ölçekleri arasındaki ilişkinin sonuçları

- ❖ Araştırmamızda hastaların umut düzeyi ile psikolojik iyi oluş düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın umudu artıkça psikolojik iyi oluşu da arttığı tespit edilmiştir.
- ❖ Hastaların umut düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın umudu artıkça algıladığı sosyal destek düzeyi de arttığı tespit edilmiştir.
- ❖ Hastaların psikolojik iyi oluş düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın psikolojik iyi oluşu artıkça algıladığı sosyal destek düzeyi de arttığı tespit edilmiştir.

6.2 Öneriler

- ❖ Şizofreni ve BB olan hastalar ve yakınlarına psikolojik iyi oluşlarını yükseltecek eğitim programlarının yapılması,
- ❖ Toplum temelli sağlık hizmetlerinin daha yaygın ve ulaşılabilir hale getirilmesi, daha geniş kitlelere ulaştırılması,
- ❖ Hastalara mesleki rehabilitasyon sağlanması, sosyoekonomik koşullarının artırılması, eğitim düzeylerinin yükseltilmesi için desteğin sağlanması, ailelere yönelik hasta hakkında bilgilendirmelerin sağlanması, hasta yakınlarının bakım sürecine aktif katılımının sağlanması,
- ❖ Psikiyatri kliniklerinde ve TRSM’lerde psikiyatri hemşireleri tarafından yapılan psikososyal beceri eğitimlerinin devamlılığının sağlanması, hemşirelerin psikoterapi eğitimi alarak daha donanımlı olmaya teşvik edilmesi,
- ❖ Psikoterapi, grup terapisi ve sosyal işlevselliği teşvik edici etkinliklerin artırılması,
- ❖ Hastaların toplum içerisindeki gruplara dahil olabilmesini destekleyici eğitimlerin artırılması, hastaların sosyal hayatlarını destekleyecek sivil toplum kuruluşları gibi toplum yararına çalışan kuruluşlarla projelerin hayata geçirilmesi,
- ❖ Bu konuya yönelik daha net bilgilere ulaşmak için daha büyük örneklem grupları ile çalışmaların artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, O. (2024). Bipolar Bozukluk Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Kişilerde Duygusal Yeme, Algılanan Stres ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. W., & Mortensen, P. B. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 28–33. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.1.28>.
- Ağır, M. (2017). Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (11), 85-103.
- Akyön, K. (2023). Şizofreni hastalarında benlik yitimi ile umut düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Erzurum.
- Altun, Y. (2016). Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Altunbaş, G. (2002). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Kişisel Özellikleri ve Sosyal Beceri Düzeyleri ile İlişkisi. Yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir.
- Ameel, M., Kontio, R., & Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(9-10), 301–322. <https://doi.org/10.1111/jpm.12543>.
- American psychiatric association (APA). (2024). Schizophrenia. <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>. 24 Eylül 2024.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2015). DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı. (Koroğlu E. (Çev.). Boylam Psikiyatri Enstitüsü.
- Arısoy, Ö. (2004). *Psikiyatrik genetik*. Dusunen Adam, 16-17.
- Arnold, I., Dehning, J., Grunze, A., & Hausmann, A. (2021). Old Age Bipolar Disorder-Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(6), 587. <https://doi.org/10.3390/medicina57060587>
- Arslandaş, H. (2015). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1).
- Arslandaş, H., Adana, F., Kaya, F., & Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.

- Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., & Özet, A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2): 18-24.
- Atalay, M. (2018). Kanser Tanısı Alan Bireylerde Yılmazlık ve İyi Oluş Duygusunun Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.
- Atalay, Z., Tamkoç, B., & Yıldız, H. (2024). Şizofrenide Bakım Yüğü: “Onu Benden Sonraya Bırakma”. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 34(2), 1021-1034.
- Baran, M., Küçükakça, G., & Ayran, G. (2014). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(1): 9-15
- Baran, Z., Çetin, D., Yıldırım, J. G., & Ardahan, M. (2020). Kendi kendine ilaç yönetiminde tele-sağlık uygulamaları: sistematik derleme. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(2), 396-409.
- Bardakcı, Ş. (2019). Devlet Koruması Altında Yetişen Bireylerin Sosyal Destek Algısı ve Aile Aidiyetinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Bayrak, N. G., Geniş, B., & Gürhan, N. (2022). Bir toplum ruh sağlığı merkezi’nden hizmet alan şizofreni ve bipolar affektif tanılı hastaların profillerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 289-297. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.953666>
- Beşkardeş, D. (2024). Yetişkinlerde Alkol ve Madde Kullanımına; Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantı Deneyimi, Psikolojik Sağlamlık ve Algılanan Sosyal Destek Etkisi. Yüksek lisans tezi, Altınbaş Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., Siafis, S., Wu, H., Wang, D., Salanti, G., Furukawa, T. A., Barbui, C., & Leucht, S. (2021). Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The lancet. Psychiatry*, 8(11), 969–980. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00243-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-1)
- Bogin, B. (2023). What makes people grow? Love and hope. *Journal of physiological anthropology*, 42(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s40101-023-00330-7>
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(5), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.01.003>
- Bortolai, L. A., & Malfitano, A. P. S. (2023). Social support networks and care for people who use harmful drugs. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3086. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043086>

- Buldukoğlu, K., Bademli, K., Karakaya, D., Göral, G., & Keser, İ. (2011). Ruhsal hastalığı olan ebeveynle yaşamak. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Aralık;3(4):683-703. doi:10.5455/cap.20110331
- Candan, A. N., & Lök, N. (2024). Şizofreni tanılı bireylerde benlik yitimi ve bilişsel içgörü ilişkisinin değerlendirilmesi: tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(3).
- Cengisiz, C., Nehir, S., & Öğütveren, Ö. (2023). Şizofreni tanılı bireylere uygulanan psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin yaşam kalitesi ve umuda etkisi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical and Health Sciences*, 8(Özel Sayı), 882-889.
- Cengiz, E. (2024). Şizofreni Hastalarında Öz Bakım Gücünün Belirleyicileri: Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic medicine*, 70(7), 741–756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. *Psychosomatic medicine*.
- Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 519–534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
- Coşkun, E., & Şahin Altun, Ö. (2018). The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.006>
- Çam, O., & Dönmez A. (2022). *Toplum Ruh Sağlığının Geliştirilmesinde Temel Konu ve Kavramlar*. İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çam, O., & Engin, E. (2021). *Ruh Sağlığı Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çataloluk, A., & Buran, A. (2023). Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi, Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi, 6(7): 916-933.
- Çelikbaş, Z., & Ergün, S. (2018). Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *Medicine*, 8(1).
- Çınaroğlu, M. (2024). Bipolar Bozukluk Tedavisinde Uygulanan Psikoterapiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 16(2):373-382
- Çiftci, H. (2021). Kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarına ilişkin değerlendirmelerinin iyi oluşluk durumuna etkisi. Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

- Demir, R., Tanhan, A., Çiçek, İ., Yerlikaya, İ., Kurt, S. Ç., & Ünverdi, B. (2021). Yaşam kalitesinin yordayıcıları olarak psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumu. *Yaşadıkça Eğitim*, 35(1), 192-206.
- Doğan, K. (2023). Kronik ruhsal hastalık tanısı olan bireylerde iyileşmeyi etkileyen faktörler: Kimlik algısı, umut düzeyi, algılanan aile desteği incelemesi. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Doreste-Mendez, R., Oberlin, L. E., Ilieva, I., Chen, S. Z., Gunning, F. M., & Solomonov, N. (2023). Perception of social support and cognitive performance in older adults with depression. *JAMA Network Open*, 6(3), e233978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3978>
- Dursun Karşlı, P., & Karşlı, T. A. (2024). Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkmada anlam algısı oluşturma modellerinin rolleri. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 875-892.
- Eker, D., H. Arkar., & H. Yıldız. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.
- Eliüşük, A. (2008). Şizofrenili hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Engin, E., & Durmuş, T. (2023). Bipolar bozuklukta öz yönetim ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 39(2), 271-277. <https://doi.org/10.53490/egehemsire.1053360>
- Ercan, F., & Demir, S. (2019). Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 7-17.
- Erkoç, B., Kocaağa, F., Öksüz, M., & Yüksel, O. (2018). Meslek yüksekokulu öğrencilerinde sosyal destek algısı. *International Journal Of Social And Humanities Sciences Research (Jshsr)*, 5(18), 510-515.
- Erkuş, Ş., & Gümüş, A. B. (2024). Hope and psychological resilience in primary caregivers of patients with a chronic mental illness followed in a community mental health center. *Archives of Psychiatric Nursing*, 50, 87-93.
- Ertem, M. (2016). Şizofreni hastalarının ilaç uyumu ve içgörü düzeylerine motivasyonel görüşmenin etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536-555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>.
- Evli, M., Albayrak, E., Şimşek, N., & Uzdil, N. (2023). Mindfulness, psychological well-being, social media use, and internet use time among adolescents: a structural equation modeling. *Bağımlılık Dergisi*, 24(4): 407-416.

- Favale, D., Nacci, M., Bellomo, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2023). Hope and resilience among patients affected by unipolar and bipolar depression. *International Journal Of Social Psychiatry*, 69(4), 967-975.
- Filik, A. N. (2022). Kadınlar da Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Damgalamanın Kuşaklararası Aktarımı.Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psychooncology*. 19(9):901–8.
- Fond, G., Korchia, T., Sunhary de Verville, P. L., Godin, O., Schürhoff, F., Berna, F., André, M., Aouizerate, B., Capdevielle, D., Chereau, I., D'Amato, T., Dubertret, C., Dubreucq, J., Leignier, S., Mallet, J., Misdrahi, D., Passerieux, C., Pignon, B., Rey, R., Szoke, A., ... FACE-SZ (FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group* (2020). Major depression, sleep, hostility and body mass index are associated with impaired quality of life in schizophrenia. Results from the FACE-SZ cohort. *Journal of affective disorders*, 274, 617–623. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.003>.
- Fradelos, E. C., Gkatzogia, K., Toska, A., Saridi, M., Dimitriadou, I., Mantzorou, M., & Zartaloudi, A. (2024). Exploration of nursing care for individuals with bipolar disorder in a manic episode: a qualitative study. *Cureus*, 16(6), e63150. <https://doi.org/10.7759/cureus.63150>.
- Fulford, D., & Holt, D. J. (2023). Social withdrawal, loneliness, and health in schizophrenia: psychological and neural mechanisms. *Schizophrenia bulletin*, 49(5), 1138–1149. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad099>.
- Gallagher, M. W., & Lopez, S. J. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 548-556.
- García-Jiménez, J., Gómez-Sierra, F. J., Martínez-Hortelano, A., Moreno-Merino, P., Girela-Serrano, B., Molero, P., & Gutiérrez-Rojas, L. (2023). Cigarette smoking and risk of suicide in bipolar disorder: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1179733. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1179733>.
- Gassner, L., Geretsegger, M., & Mayer-Ferbas, J. (2022). Effectiveness of music therapy for autism spectrum disorder, dementia, depression, insomnia and schizophrenia: update of systematic reviews. *European journal of public health*, 32(1), 27–34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab042>.
- Gencer, N. (2018). Öznel iyi oluş: genel bir bakış. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 2621-2638. doi: 10.17218/hititsosbil.457382.
- Gottlieb, B. H. (1992). Editorial social support: a relationship process, not a commodity. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 11(4), 306–310. doi:10.1017/S071498080000684X.

- Günay Molu, N., & Tel, H. (2023). Psikiyatri servisinde yatan duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 22(1-3), 12-26. <https://doi.org/10.69487/hemarge.1196983>.
- Güneri, E. (2016). Kayıp ülkeler: şizofreni- bipolar affektif bozukluk (mâni). *İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları*. 67-99
- Hanafy Saber, E., Saleh Hassan, S., & Anter Mohamed, A. (2022). The relation between subjective well-being, resilience, and hope among psychiatric patients. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(1), 894-913.
- Harmancı, P. (2020). Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Harris, A. W. F., Kightley, M., Williams, J., Ma, C., & Dodds, C. (2022). Does adding social cognitive remediation therapy to neurocognitive remediation therapy improve outcomes in young people with a severe mental illness?-the advantage trial. *Frontiers in psychiatry*, 12, 789628. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.789628>.
- Hasan, A., Falkai, P., Lehmann, I., & Gaebel, W. (2020). Schizophrenia. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(24), 412-419. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0412>.
- Haymana, P., & Kolburan, Ş. G. (2019). Kadınların iyilik halinin algılanan toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkisi. *Aydın İnsan ve Toplum Dergisi*, 5(1), 29-53.
- Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 5(1), 39-51.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J., Jr. (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of personality*, 66(2), 195-214. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00009>.
- Ismayilov, F. (2022). Community-Based Mental Health Services in Azerbaijan: a Course Toward Development: Развитие внебольничной психиатрической службы Азербайджана. *Consortium psychiatricum*, 3(1), 106-112. <https://doi.org/10.17816/CP141>.
- Işık, I., Savaş, G., & Kılıç, N. (2019). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 399-408.
- Izydorczyk, B., Sitnik-Warchulska, K., Kühn-Dymecka, A., & Lizińczyk, S. (2019). Resilience, sense of coherence, and coping with stress as predictors of

- psychological well-being in the course of schizophrenia. The study design. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1266. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071266>.
- İlksöz, B. (2023). Covid-19 Korkusunun Umutsuzluk ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişkisi. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
- İmiroğlu, A., Demir, R., & Murat, M. (2021). Psikolojik iyi oluşun yordayıcıları olarak bilişsel esneklik, bilinçli farkındalık ve umut. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(80), 2037-2057.
- İzci, F., Fidan, Y., Çallı, S., & Aslan, M. (2024). Stigma, perception of social support, and functionality levels of schizophrenia patients with and without legal guardianship. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(1), 74.
- Jain A, Mitra P. Bipolar Disorder. (2024). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/>. 10 Ekim 2024.
- Jameel, H. T., Panatik, S. A., Nabeel, T., Sarwar, F., Yaseen, M., Jokerst, T., & Faiz, Z. (2020). Observed social support and willingness for the treatment of patients with schizophrenia. *Psychology Research And Behavior Management*, 13, 193–201. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S243722>.
- James, S. A. (2017). Invited commentary: cassel's "the contribution of the social environment to host resistance"-a modern classic. *American Journal Of Epidemiology*, 185(11), 1032–1034. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx070>.
- Kadakia, A., Catillon, M., Fan, Q., Williams, G. R., Marden, J. R., Anderson, A., Kirson, N., & Dembek, C. (2022). The economic burden of schizophrenia in the united states. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(6), 22m14458. <https://doi.org/10.4088/JCP.22m14458>.
- Karabulut, E., Çayköylü, A., & Özkan, B. (2024). Türkiye ve avrupa'da toplum ruh sağlığı: veriler ve etkileyen faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 16(4):673–682.
- Karaköse, Ş., Özer, B. U., Aktürk, İ., & Yaman, Ö. M. (2024). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının tedavi ve hastaneye yatış sürecindeki deneyimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 91-107. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.1378708>.
- Karayumak, B., Sarı, T., & Gürhan, N. (2024). Şizofrenide psikososyal müdahalelerin sosyal işlevsellik üzerine etkisi: bir meta analiz çalışması. *Ejons International Journal*, 8(1), 83-93.
- Karlıdağ, E. (2023). Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerde Umut Düzeyi ve Yordayıcı Değişkenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Kaya, B.M. (2023). Şizofreni Hastalarında İçgörü ve İlaç Tutumunun Psikolojik İyi Oluşa Etkisi. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Keepers, G. A., Fochtmann, L. J., Anzia, J. M., Benjamin, S., Lyness, J. M., & Mojtabai, R. (2020). The american psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>.
- Kelleci E. (2024). Ciddi Ruhsal Hastalık Tanısı Olan Bireylerin Covid-19 Pandemi Döneminde Sosyal Destek, Yalnızlık ve Psikolojik İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Kılıç, C. (2017). Ruhsal hastalıklara bağlı hastalık yükü. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Ankara, 1-18:3.
- Kısaoglu, Ö., & Tel, H. (2024). The impact of hope levels on treatment adherence in psychiatric patients. *Acta psychologica*, 244, 104194. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104194>.
- Kishi, T., Ikuta, T., Matsuda, Y., Sakuma, K., Okuya, M., Mishima, K., & Iwata, N. (2021). Mood stabilizers and/or antipsychotics for bipolar disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Molecular psychiatry*, 26(8), 4146–4157. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00946-6>.
- Koçak Z., & Taylan H., (2018). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi. *The Journal of Academic Social Science*. 10.16992/ASOS.14138.
- Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
- Köprülü, E. (2023). Bipolar Bozukluğa Sahip Bireylerin Sosyal Destek Algıları Baş Etme Becerileri ve İntihar Etme Düşünceleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Köroğlu, A., & Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
- Lähteenhuo, M., & Tiihonen, J. (2021). Antipsychotic Polypharmacy for the Management of Schizophrenia: Evidence and Recommendations. *Drugs*, 81(11), 1273–1284. <https://doi.org/10.1007/s40265-021-01556-4>.
- Langlois, S., Pauselli, L., Anderson, S., Ashekun, O., Ellis, S., Graves, J., Zern, A., Gaffney, E., Shim, R. S., & Compton, M. T. (2020). Effects of perceived social

- status and discrimination on hope and empowerment among individuals with serious mental illnesses. *Psychiatry research*, 286, 112855. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112855>.
- Lok, N., Uzun, G., Kahraman, A., & Lok, S. (2024). The effect of a physical activity program on subjective well-being, happiness and problem-solving skills in patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 1-11.
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10213. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>.
- Matud, MP., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(19):3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>.
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of general psychiatry*, 60(5), 497–502. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.497>.
- Mental Disorders Collaborators (GBD), (2019). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9:137–50. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
- Mesman, E., Nolen, W. A., Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. H. (2013). The Dutch bipolar offspring study: 12-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 170(5), 542–549. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030401>.
- Mondi, C. F., & Reynolds, A. J. (2023). Psychological well-being in midlife following early childhood intervention. *Development And Psychopathology*, 35(1), 357–382. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001528>.
- Naghavi, A., Teismann, T., Asgari, Z., Eizadifard, R., & Brailovskaia, J. (2021). Validation of the persian version of the positive mental health scale. *BMC psychiatry*, 21(1), 472. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03487-6>.
- Nalbantoğlu, İ., Çalışkan, A. Ş., Akdağ, S., & Toklucu, A. T. (2024). Kahramanmaraş depremi sonrasında depremzedelerin algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 63-77. <https://doi.org/10.55109/tushad.147845>.
- National Institute of Mental Health (NIMH), schizophrenia. <http://www.nimh.nih.gov>. 24 Eylül 2024.

- Nierenberg, A. A., Agustini, B., Köhler-Forsberg, O., Cusin, C., Katz, D., Sylvia, L. G., Peters, A., & Berk, M. (2023). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder: A Review. *JAMA*, 330(14), 1370–1380. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
- NIMH, Schizophrenia, (2024). <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>. 01 Ekim 2024.
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6).
- Owen, R., Jones, S. H., Dempsey, R. C., & Gooding, P. A. (2022). Directly or indirectly? The role of social support in the psychological pathways underlying suicidal ideation in people with bipolar disorder. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5286. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095286>.
- Öksüz, Y., & İci, M. A. C. B. (2024). Algılanan sosyal destekle akılcı olmayan davranışlar ilişkisi. *The Journal Of Academic Social Science Studies*, 4(4 Issue 1), 119-136.
- Öz F. (2010). *Sağlık alanında temel kavramlar*. Mattek matbaacılık. 220-223.
- Özabacı, N., Gamsız, Ö., Biçen, B. Ş., Altınok, A., Dursun, A., Sandıkçı, Ç., ... & Ağcagil, Y. (2015). Divorced womens' hopelessness and social support Boşanmış kadınların umutsuzluk düzeyleri ve sosyal destek alma durumları. *Journal of Human Sciences*, 12(1), 456-479.
- Özdel, K., Kart, A., & Türkçapar, M. H. (2021). Cognitive behavioral therapy in treatment of bipolar disorder. *Noro psikiyatri arsivi*, 58(Suppl 1), S66–S76. <https://doi.org/10.29399/npa.27419>.
- Özdemir, A. (2020). Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi. Doktora tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Özdemir, İ., & Karaaziz, M. (2024). Bipolar bozukluğunun bilişsel davranışçı terapi yöntemi ile tedavisinin incelenmesi üzerine sistematik bir derleme. *Pearson Journal*, 8(28), 1298-1313.
- Özden, S. A., Bekiroğlu, S., & Soygur, A. H. (2024). Ruh sağlığı hizmetlerinde akran desteği: “Hem tanıdık hem yepyeni”. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 27.
- Özdil, Ö. (2021). İstihdam Edilen Engelli Bireylerin Değişen Sosyo-Kültürel İletişimleri: Konya Örneği. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Özhan, M.B., & Üzbe Atalay, N. (2022). Üniversitede eğitim pozitiflik ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide umudun aracı rolü. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi* (46), 1-10. <https://doi.org/10.5152/AUJKKEF.2022.1009767>.

- Öztürk, E. N. Y., & Çöl, M. (2024). Community Mental Health From Public Health Perspective. *Dental and Medical Journal-Review*, 6(2), 109-119.
- Peng, M. M., Zhang, T. M., Liu, K. Z., Gong, K., Huang, C. H., Dai, G. Z., Hu, S. H., Lin, F. R., Chan, S. K. W., Ng, S., & Ran, M. S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *The International journal of social psychiatry*, 65(7-8), 548–557. <https://doi.org/10.1177/0020764019866230>.
- Polat S., (2010). Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir.
- Polat, H., & Uğur, K. (2021). Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(4), 491-498.
- Purtle, J., Nelson, K. L., Counts, N. Z., & Yudell, M., (2020). Population-based approaches to mental health: history, strategies, and evidence. *Annual review of public health*, 41, 201–221. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094247>.
- Rabelo, J. L., Cruz, B. F., Ferreira, J. D. R., Viana, B. M., & Barbosa, I. G. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 11(12), 1407–1424. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1407>.
- Rustøen, T., (2021). Hope: A Health Promotion Resource. In G. Haugan (Eds.) et. al., *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. (61–70). Springer.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, CD. (1995). Yetişkin yaşamında psikolojik refah. *Psikolojik Bilimde Güncel Yönler*, 4 (4), 99–104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>.
- Sakurai, H., Yasui-Furukori, N., Suzuki, T., Uchida, H., Baba, H., Watanabe, K., Inada, K., Kikuchi, Y. S., Kikuchi, T., Katsuki, A., Kishida, I., & Kato, M. (2021). Pharmacological Treatment of Schizophrenia: Japanese Expert Consensus. *Pharmacopsychiatry*, 54(2), 60–67. <https://doi.org/10.1055/a-1324-3517>.
- Saraceno, B., & Caldas de Almeida, J. M. (2022). An outstanding message of hope: the WHO World Mental Health Report 2022. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000373>.
- Sarı, D., Khorshid, L., & Eşer, İ. (2011). Hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 1-9.

- Savaş, O. (2019). Üniversite öğrencilerinde ahlaki olgunluk, sosyal iyi oluş ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Seki Öz, H., Ayhan, D., & Taktak, Ş. (2022). The effect of insight, loneliness, and hope levels on medication adherence in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2208–2214. <https://doi.org/10.1111/ppc.13048>.
- Serra, G., De Crescenzo, F., Maisto, F., Galante, J. R., Iannoni, M. E., Trasolini, M., Maglio, G., Tondo, L., Baldessarini, R. J., & Vicari, S. (2022). Suicidal behavior in juvenile bipolar disorder and major depressive disorder patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 311, 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.063>.
- Simanullang, R. H. (2018). Psikiyatri hastanesinde şizofrenide aile desteği ile nüks arasındaki ilişki. *Belitung Hemşirelik Dergisi*, 4 (6), 566–571. <https://doi.org/10.33546/bnj.389>.
- Smith, M., Saunders, R., Stuckhardt, L., McGinnis, J. M., Committee on the Learning Health Care System in America, & Institute of Medicine (Eds.). (2013). *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America*. National Academies Press (US).
- Snyder, C. R. (2002). Target article: hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01.
- Soundy, A., Freeman, P., Stubbs, B., Probst, M., & Vancampfort, D. (2014). The value of social support to encourage people with schizophrenia to engage in physical activity: an international insight from specialist mental health physiotherapists. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 23(5), 256–260. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.951481>.
- Starzer, M. K., Nordholm, D., Hansen, H. G., & Nordentoft, M. (2022). *Ugeskrift for laeger*, 184(28), V01220051.
- Stepnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 23(8), 2087. <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>.
- Strober, M., Morrell, W., Burroughs, J., Lampert, C., Danforth, H., & Freeman, R. (1988). A family study of bipolar I disorder in adolescence. Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *Journal of affective disorders*, 15(3), 255–268. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90023-7](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90023-7).
- Su, Y., Li, M., D'Arcy, C., Caron, J., & Meng, X. (2023). Childhood maltreatment and major depressive disorder in well-being: a network analysis of a longitudinal community-based cohort. *Psychological medicine*, 53(15), 7180–7188. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000673>.

- Şahin Altun, Ö., & Olçun, Z. (2018). Şizofreni hastalığında umut kavramı / the concept of hope in schizophrenia disease. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 107-112. <https://doi.org/10.17681/hsp.292987>.
- Şahin, F., & Altun, Ö. Ş. (2020). Şizofreni hastalarında algılanan aile desteği ile mutluluk düzeyi arasındaki ilişki. *J Psychiatric Nurs*, 11(3), 181-187.
- Şahin, F., & Şahin Altun, Ö. (2022). Şizofreni insanlarda mutluluk kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. Eylül, 14(3):291-298. doi:10.18863/pgy.1004519
- Şenbay, G., & Can, G. (2024). Ergen öznel iyi oluşunun yordanmasında algılanan sosyal destek ve bağlanma stilleri. *Toplum Eğitim ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 15-26.
- T.C. Resmî Gazete, Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği. (29878 mükerrer), 4.11.2016, 2-6.
- T.C. Resmî Gazete, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. (7364), 16.02.2011, 1-3.
- T.C. Resmî Gazete, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, Personelin Görev ve Sorumlulukları, (7364), 16.02.2011, 5-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2024) Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Listesi. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>. 30 Mart 2024
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara, 9-32.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S., (2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.), Pearson, Boston.
- Tao, Y., Yu, H., Liu, S., Wang, C., Yan, M., Sun, L., Chen, Z., & Zhang, L. (2022). Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC psychiatry*, 22(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03985-1>.
- Taplı, E. (2021). Şizofreni tanısı olan bireylerin psikolojik iyilik durumu, sosyal destek algısı ve sosyal medya kullanımı ile ilgili özelliklerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Koç Üniversitesi, İstanbul.
- Taube, M., & Quentin, W. (2020). Provision of community-based mental health care, Latvia. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(6), 426-430. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.239913>.
- Telef, B. B., (2011). *Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*. 11. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 3-5 Ekim, Selçuk- İzmir.

- Telef, B. B., (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3), 374-384.
- Tezcan Yılmaz, G., Güriz, S. O., Karaoğlu Kahiloğulları, A., Kokurcan, A., & Örsel, S. (2020). Effectiveness of the Group Psychoeducation Program in Bipolar Disorder. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*, 9(2), 73.
- Torun, B. T. (2023). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün mutluluk düzeyine etkisi ve psikolojik iyi oluşun aracı rolü. *Premium e-Journal of Social Sciences (PEJOSS)*, 7(34), 1054-1071.
- Townsend Mary, C., (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. (Gürhan, N., & Özcan, C. (Çev.). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Townsend Mary C. & Morgan Karyn I., (2018) b. *Pocket Guide To Psychiatric Nursing 10th Edition*. F. A. Davis Company.
- Townsend Mary C., & Morgan Karyn I., (2018) a. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F. A. Davis Company.
- Tozoğlu, E. Ö. (2023). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde vaka yöneticiliği yapılan şizofreni hastaları daha mutlu mu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 15:1-13.
- TRSM Çalışma Rehberi (2015). <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/39955/0/trsm-il-koordinasyon-kurulu-calisma-rehberipdf.pdf>. 27 Mart 2024.
- Uçgun T. (2021). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Biyolojik Ritmin Algılanan Sosyal Destek, Stresle Baş Etme ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ulu H. (2023). Kanser Tanısı Alan Bireylerde Bilgi Yüğü ile Psikolojik İyi Oluş ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Uluhan B. (2024). Ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanmanın benlik saygısı ve stresle baş etme tarzlarına etkisi. Yüksek lisans tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tokat.
- Videbeck S.L. (2020). *Psychiatric- Mental Health Nursing*. Wolters Kluwer.588-646.
- Vita, A., Gaebel, W., Mucci, A., Sachs, G., Barlati, S., Giordano, G. M., & Galderisi, S. (2022). European Psychiatric Association guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *European Psychiatry*, 65(1), e57. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2315.
- WHO (2019). Deaths by sex and age group for a selected country or area and year. <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/indicator-groups/indicator-group-details/MDB/bipolar-disorder> . 08 Ekim2024.

- WHO (2024). Bipolar disorder. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>. 3 Ekim 2024.
- Wong, D. F. K., Cheung, Y. C. H., Zhuang, X., Ng, Y. P., Oades, L. G., & Ye, S. S. (2023). Towards an integrative hope-dysfunctional beliefs perspective to personal recovery in schizophrenia: a path analysis. *BMC psychiatry*, 23(1), 651. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05135-7>.
- World Health Organization (2022). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. 31 Ağustos 2024.
- World Health Organization (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. 31 Ağustos 2024.
- World Health Organization (2024). Bipolar disorder. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>. 3 Ekim 2024.
- World Health Organization (WHO) (2022). Mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. 21 Eylül 2024.
- World Health Organization (WHO) (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. Geneva.
- Yanık, D., & Ediz, Ç., (2023). *Bipolar Bozuklukta Vaka Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Vaka Yönetimi*. İksad Yayınevi.
- Yıldırım, D., Akman, Ö., & Dokumacı, D. (2023). Kronik hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluş. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 52-60. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1202679>
- Yıldız M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Noro psikiyatri arsivi*, 58(Suppl 1), S77–S82. <https://doi.org/10.29399/npa.27430>
- Yousefi Afrashteh, M., & Hasani, F. (2022). Mindfulness and psychological well-being in adolescents: the mediating role of self-compassion, emotional dysregulation and cognitive flexibility. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00192-y>.
- Zafer, C. (2019). Cinsiyet ve ekonomik gelir düzeyine göre üniversite öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin tespiti. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 307-324. <https://doi.org/10.26468/Trakyasobed.492232>

EKLER

EK-1: Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	140-SBKA EK

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bahçesaray Mh. Adana Yolu Üzeri 7 Km Kampüs 68100 AKSARAY
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Arzu Yüksel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	Doç. Dr. Arzu Yüksel			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
Diğer ise belirtiniz X Anket Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL X	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.11.2023		Türkçe X İngilizce ☐ Diğer ☐	
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu- OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	Belge Adı			Açıklama	
DEĞERLENEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	140-SBKAEK

	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:X	☐	1)Helsinki Bildirgesine uyulacağına dair taahhütnameler 2)Araştırmacının daha önce etik kurul değerlendirmesine sunulmadığına ve etik kurul onayı olmaksızın yapılmayacağına dair taahhütname 3)Literatürler 4)Araştırmacı özgeçmişi 5)Başvuru formu 6)Bütçe formu 7)Anabilim dalı izni 8)Anket formu
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/23-21	Tarih:07.12.2023	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	140-SBKA EK

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. E. Arzu Köse							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. E. Arzu Köse	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	ASÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Aydın Rüstemoğlu	Tıbbi Biyoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Fadime Eroğlu	Tıbbi Parazitoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Parazitoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Erdem Aras Sezgin	Ortopedi ve Travmatoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Erdem Arslan	Tıbbi Farmakoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Can Ateş	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	ASÜ Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Filiz Taşpınar	Fizyoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Melike Ordu	Patoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Patoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi A. Betül Öztürk	Çocuk Cerrahisi	ASÜ Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Ender Alkan	Radyoloji	ASÜ Tıp Fakültesi Radyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Arzu Yüksel	Hemşirelik	ASÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı Hemşireliği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Cengizhan Kılıçaslan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	ASÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Çağrı Şavluğ	Avukat	Aksaray Şah Hukuk Bürosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Selçuk Kürşat Can	Eczacı	Selçuk Eczanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	
Muhterem Öztürk	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Serbest Meslek	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	H ☐	

İmza: _____

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

	T.C. AKSARAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ	Doküman No	KYS-FRM-102	
		İlk Yayın Tarihi	30.04.2018	
		Revizyon Tarihi	30.04.2018	
		Revizyon No	00	
		Sayfa No	3/2	

Tarih	Toplantı Sayısı	Karar No	Saat	Özü
11.01.2024	02		11.00	

Karar No: 2024/02-02

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 08.01.2024 tarih ve 904903 sayılı yazısına istinaden, Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programı 222812419 numaralı öğrencisi **Elif BOZBUĞA'nın**, tez öneri formu ve tez konusu görüşüldü.

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 08.01.2024 tarih ve 904903 sayılı yazısına istinaden, Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı Hastalıkları Tezli Yüksek Lisans Programı 222812419 numaralı öğrencisi **Elif BOZBUĞA'nın**, tez danışmanı Doç.Dr.Arzu YÜKSEL'in önerisi, Anabilim Dalı Başkanının uygun görüşü ile "**Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların Umut, Psikolojik İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi**" konulu tez önerisinin kabulünün uygun olduğuna ve öğrencinin tez önerisini Ulusal Tez Merkezi tez veri giriş bölümüne yüklemesine katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Enstitü Sekreteri V.

EK-3: Sağlık İl Müdürlüğü Araştırma İzin Kararı

NİĞDE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

TOPLANTININ TARİHİ: 25.12.2023
TOPLANTININ SAYISI: 223

Karar-2023/23 : Sağlık Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma izin başvurularını ilgili mevzuat kapsamında değerlendirerek karara bağlamak üzere, Müdürlük Makamının 28.08.2023 tarih ve E-47107193-799-223124063 sayılı oluru ile Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan "Başvuru İnceleme Komisyonu 25.12.2023. tarihinde toplanmıştır.

25.12.2023 tarih ve 232582023 sayılı başvuru dilekçesi ile Sağlık Müdürlüğüne sunulan Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Elif BOZBUĞA'nın "Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların Umut, Psikolojik İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi" konulu bilimsel çalışmayı 01.01.2024- 14.06.2024 tarihleri arasında Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

[Redacted Signature]

(Komisyon Başkanı)

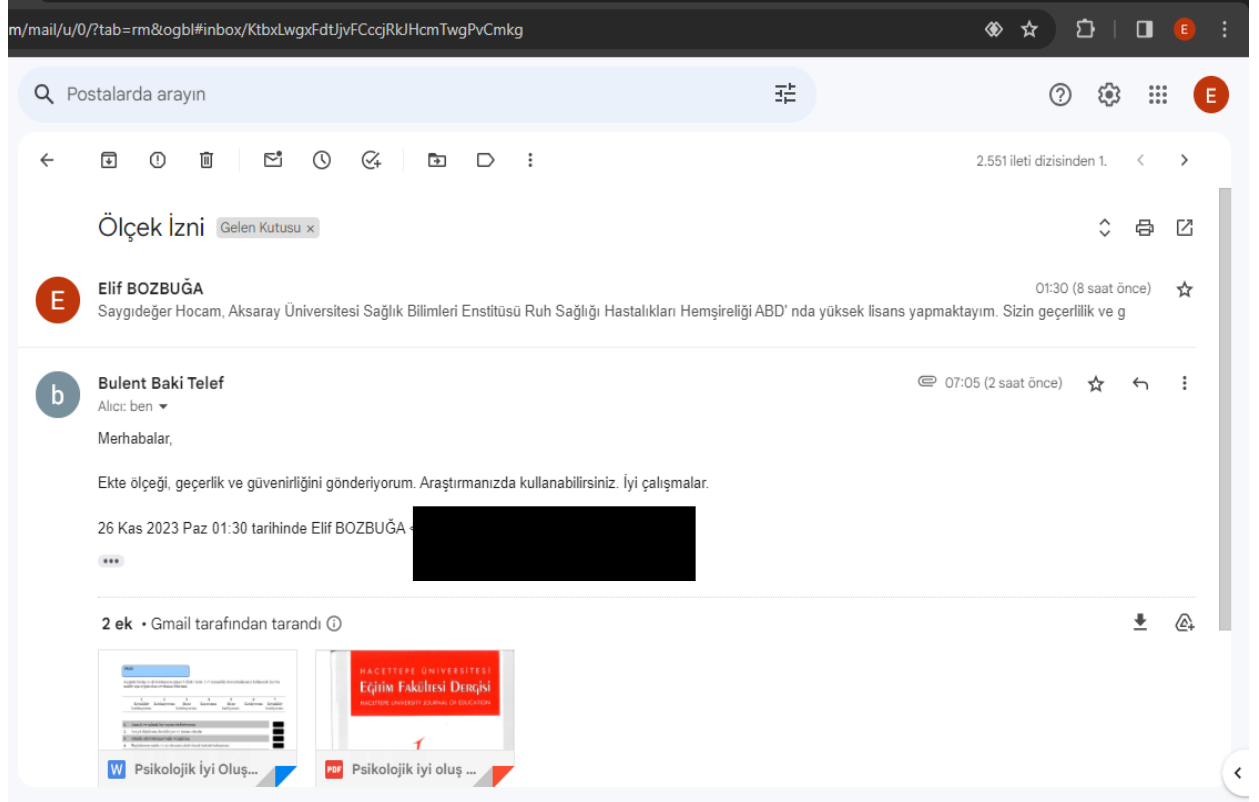
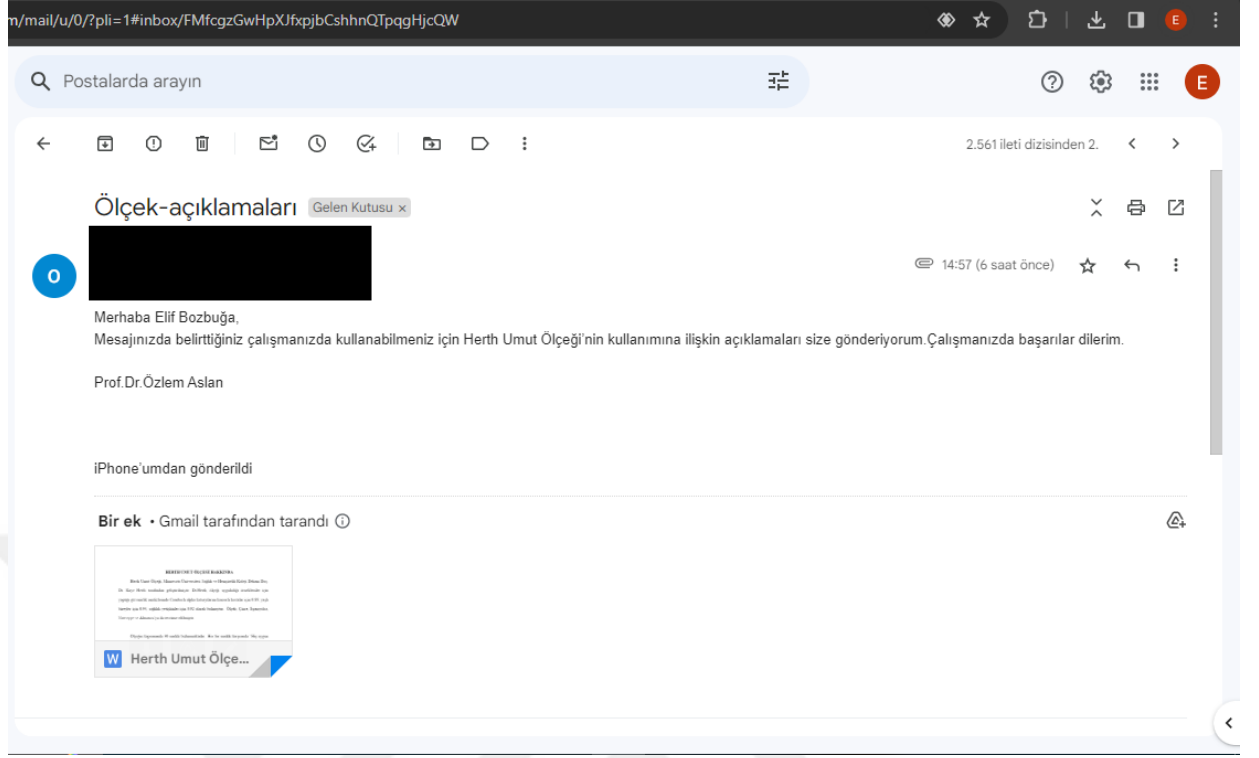
Dr. [Redacted Signature]

(Üye)

Dr. [Redacted Signature] AR

(Üye)

EK-4: Ölçek Kullanım İzinleri e-Mailleri



mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/KtixLvhVgrPgKkFKQMmNPCCHZHPRVKdLqV

Postalarda arayın

2.558 ileti dizisinden 1.

Ölçek izni Gelen Kutusu x

Elif BOZBUĞA 26 Kasım Paz 01:07 (1 gün önce) ☆
Saygıdeğer Hocam, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği ABD' nda yüksek lisans yapmaktayım. Sizin geçerlilik ve g

haluk arkar 10:31 (1 saat önce) ☆ ↩ ⋮
Alıcı: ben ▾
Sayın Elif Bozbuğa,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Elif BOZBUĞA" <[redacted]>
Kime: "haluk arkar" <[redacted]>
Gönderilenler: 26 Kasım Pazartesi 2023 1:07:11

EK-5: Hasta Onam Formu

Sayın Katılımcı

Sizi Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (*araştırmanın yapıldığı yer-merkez*)’nde yürütülen **“Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların Umut, Psikolojik İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi”** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Yürütücüsü
Elif BOZBUĞA

Araştırma Sorumlusu
(Adı-Soyadı-Ünvanı-imza)

Doç. Dr. Arzu YÜKSEL

EK-6: Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Aşağıdaki soruları lütfen cevaplandırınız.

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumunuz: ()Evli ()Bekar
4. Eğitim Durumunuz: ()Okuma-yazması var ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite
5. Çalışıyor musunuz? ()Evet ()Hayır
6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz:()İyi ()Orta()Kötü
7. Yaşadığınız yer ()İl ()İlçe ()Köy
8. Hastalığınızın adı nedir? ()Şizofreni ()Bipolar Bozukluğu
9. Hastalığınız kaç yaşında başladı?
10. Hastalığınız nedeniyle ne kadar süredir (yıl) tedavi görüyorsunuz?.....
11. Kaç kere psikiyatri kliniğine yatış yaptınız?
12. Ne sıklıkla sigara kullanıyorsunuz?()Hiçbir zaman()Nadiren ()Sık sık
13. Ne sıklıkla alkol tüketiyorsunuz? ()Hiçbir zaman ()Nadiren ()Sık sık
14. Kimlerle yaşıyorsunuz? ()Yalnız ()Ailemle ()Arkadaşlarımla ()Bakım evinde
15. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? ()Evet ()Hayır
16. İlaçlarınızı kullanırken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz? ()Evet ()Hayır
17. Ailenizde ruhsal hastalığı olan birey var mı? ()Evet ()Hayır
18. Ailenizde ruhsal hastalığı olan birey varsa kim ya da kimler? ()Anne ()Baba ()Kardeş ()İkinci derece akraba

EK-7: Herty Umut Ölçeği

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

	Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Her zaman Uygun
1.Geleceğe umutla bakıyorum.	0	1	2	3
2.Sevdiğim kişilerin yanımda olduğunu hissediyorum.	0	1	2	3
3.İçimde derin bir manevi güç var.	0	1	2	3
4.Gelecekle ilgili planlar yapıyorum.	0	1	2	3
5.İçimde olumlu bir enerji var.	0	1	2	3
6.Geleceğimle ilgili korkularım var.	0	1	2	3
7.İncinsem bile yoluma devam ediyorum.	0	1	2	3
8.Bana huzur veren bir inanca sahibim.	0	1	2	3
9.İyi şeylerin her zaman mümkün olabileceğine inanıyorum.	0	1	2	3
10.Kendimi kaybolmuş hissediyorum, ne yöne gideceğimi bilemiyorum.	0	1	2	3
11.Zamanın yaraları iyileştireceğine inanıyorum.	0	1	2	3
12.Yakın hissettiğim kişilerden destek alıyorum.	0	1	2	3
13.Kendimi aşırı bir yük altında ezilmiş ve tuzağa düşmüş hissediyorum.	0	1	2	3
14.Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.	0	1	2	3
15.Kesinlikle umudun var olduğunu biliyorum.	0	1	2	3
16.Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.	0	1	2	3
17.Korkularım ve şüphelerim beni hareketsiz bırakıyor.	0	1	2	3
18.Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.	0	1	2	3
19.Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum.	0	1	2	3

20.Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.	0	1	2	3
21.Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.	0	1	2	3
22.Kendimi hep yalnız hissediyorum.	0	1	2	3
23.Geçmişte zorluklarla iyi başa çıktım.	0	1	2	3
24.Sevildiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğunu hissediyorum.	0	1	2	3
25.Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.	0	1	2	3
26.Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.	0	1	2	3
27.Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.	0	1	2	3
28.İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.	0	1	2	3
29.Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.	0	1	2	3
30.Bugün ve gelecek hafta için planlarım var.	0	1	2	3

EK-8: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda kendiniz ve yaşamınız hakkında hissettiklerinizle ilgili bir dizi ifade yer almaktadır. Her bir cümleye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren numarayı işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum	1	2	3	4	5	6	7
2.Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir	1	2	3	4	5	6	7
3.Günlük aktivitelere bağlı ve ilgiliyim	1	2	3	4	5	6	7
4.Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum	1	2	3	4	5	6	7
5.Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim	1	2	3	4	5	6	7
6.Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum	1	2	3	4	5	6	7
7.Geleceğim hakkında iyimserim	1	2	3	4	5	6	7
8.İnsanlar bana saygı duyar	1	2	3	4	5	6	7

EK-9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

	Kesinlikle hayır	Çoğunlukla hayır	Genellikle hayır	Bazen hayır Bazen evet	Genellikle evet	Çoğunlukla evet	Kesinlikle evet
1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan, sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

ÖZGEÇMİŞ

Elif BOZBUĞA 1997 yılında doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Niğde’de tamamlamıştır. 2018 yılında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi İlk ve Acil Yardım, 2021 yılında Anadolu Üniversitesi Adalet bölümlerinden mezun olmuştur. 2021 yılında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2022 yılında Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisansa başlamıştır. 2020 yılında Niğde Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünde Sağlık Memuru olarak göreve başlamıştır. Müdürlüğe bağlı birçok kuruluştaki görev yapmıştır, şu an Niğde Engelsiz Yaşam Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi Müdürlüğünde Kuruluş Müdür Yardımcısı olarak görevine devam etmektedir.

