UMUT AŞILAMAYA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, UMUT VE YAŞAM NİTELİĞİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Zeynep OLÇUN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Doktora Tezi - 2020

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

UMUT AŞILAMAYA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, UMUT VE YAŞAM NİTELİĞİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Zeynep OLÇUN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

ERZURUM
2020

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

UMUT AŞILAMAYA YÖNELİK HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA, UMUT VE YAŞAM NİTELİĞİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Zeynep OLÇUN

Tez Savunma Tarihi : 29.04.2020

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

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Mine EKİNCİ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Emine YILMAZ (Bingöl Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Funda KAVAK (İnönü Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
ERZURUM - 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **IV**

ÖZET ..... **V**

ABSTRACT ..... **VI**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VII**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **VIII**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **IX**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1.1. Şizofreninin Tanımı 4

2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma 4

2.1.3. Şizofreni Epidemiyolojisi 5

2.1.4. Şizofrenide Etiyoloji 5

2.1.5. Şizofreni Belirtileri 6

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış 8

2.1.7. Şizofrenide Tedavi 9

2.2. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma 10

2.3. Şizofreni ve Yaşam Niteliği 13

2.4. Şizofreni ve Umut 17

2.5. Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri 19

3. MATERYAL VE METOT **23**

3.1. Araştırmanın Türü 23

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 23

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 23

3.4. Araştırmanın Değişkenleri 24

3.5. Veri Toplama Araçları 25
3.6. Verilerin Toplaması ve Girişimler 28
3.7. Hemşirelik Girişimlerinin Uygulanması 30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 32
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri 32
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 32
4. BULGULAR 34
5. TARTIŞMA 45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 54
KAYNAKLAR 55
EKLER 69
EK-1. ÖZGEÇMİŞ 69
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU 70
EK-3. ETİK KURUL ONAYI 71
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU 72
EK-5. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ 73
EK-6. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ 74
EK-7. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ 75
EK-8. KURUM UYGULAMA İZİN BELGESİ 76
EK-9. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ 78
EK-10. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ 79
EK-11. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ 80

EK-12. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN UMUT AŞILAMA PROGRAMI EĞİTİM KİTAPÇIĞI..... 81

EK-13. UMUT AŞILAMA PROGRAMI EĞİTİM İÇERİĞİ 82

TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve her konuda beni destekleyen daima yanımda olduğunu hissettiğim değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu çalışmayı 2019-7270 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Tez izleme komitesinde yer alan ve tez çalışmam süresince bana yol gösteren saygıdeğer hocalarım, Dr. Öğr. Üyesi Mine EKİNCİ'ye ve Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU'ya, akademik gelişimime katkıda bulunan değerli hocam Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a, araştırmanın uygulanabilmesi için destek veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve araştırmaya katılan hastalara,

Çalışmam boyunca beni destekleyen tüm arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan kıymetli arkadaşım Merve KAYA'ya, tez süreci boyunca her aşamada bana destek olan ve hayatıma anlam katan sevgili nişanlım Gökhan ÖZTÜRK'e, yaşamımın her döneminde sabır ve sevgiyle beni destekleyen, varlıklarıyla güç bulduğum aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep OLÇUN

ÖZET

Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi

Amaç: Bu araştırma umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimlerinin şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma deney ve kontrol gruplu, tekrarlı ölçümlü deneysel bir çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın verileri Erzurum İl Merkezi'nde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Mart 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında toplandı. Araştırma 61 (30 deney, 31 kontrol) şizofreni hastası ile yürütüldü. Veriler kişisel bilgi formu, RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ kullanılarak toplandı. Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimleri, haftada 2 kez 8 hafta ve toplam 16 oturumdan oluşan grup eğitimi şeklinde uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, sayı, yüzdelik dağılımlar, Ki-kare testi, bağımsız gruplarda t-testi ve bağımlı örneklemler için tek faktörlü ANOVA analizi kullanıldı.

Bulgular: Deney ve Kontrol grupları arasında RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ son test ve izlem testi toplam ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Grup içi karşılaştırmada; deney grubunda bulunan hastaların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ ön test, son test ve izlem testi toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Kontrol grubu grup içi karşılaştırmasında ise, RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ ön test, son test ve izlem testi toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak önemli bir değişimin olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sonuç: Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimlerinin şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azaltmada, umut ve yaşam niteliği düzeylerini artırmada etkili olduğu belirlendi. Bu nedenle umut aşılama programının sürekliliğini sağlamak için rehabilitasyon sürecine dahil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, içselleştirilmiş damgalanma, şizofreni, umut aşılama, yaşam niteliği

ABSTRACT

The Effect of Nursing Interventions to Instill Hope on the Internalized Stigma, Hope and Quality of Life Levels in Patients with Schizophrenia

Aim: This study was conducted to determine the effect of nursing interventions to instill hope on the internalized stigma, hope and quality of life levels in patients with schizophrenia.

Material and Method: The study was conducted as an experimental research with the experimental and control groups, and repeated measurements. The research data was collected between March 2019 and January 2020 in the Community Mental Health Center located in the Province of Erzurum, Turkey. The study was conducted with 61 (30 experiments, 31 controls) patient with schizophrenia. The data were collected using the Personal Information Form, ISMIS, HHS and QLSS. Nursing interventions aimed at instilling hope were implemented in the form of group training, consisting of 2 sessions a week for 8 weeks and a total of 16 sessions. In the evaluation of the data, mean, number, percentage distributions, Chi-square Test, independent samples t-test, and single factor ANOVA for the dependent samples were used.

Results: The difference between ISMIS, HHS and QLSS post-test and follow-up test average scores was found to be statistically significant between the experimental and control groups ($p<0.05$). In the intragroup comparison, the difference between ISMIS, HHS and QLSS pre-test, post-test and follow-up test average scores of the patients in the experimental group was statistically significant ($p<0.05$). In the intragroup comparison of the control group, however, there was no statistically significant difference in the ISMIS, HHS and QLSS pre-test, post-test and follow-up test score averages ($p>0.05$).

Conclusion: It was determined that nursing interventions aimed at improving hope were effective in decreasing the internalized stigmatization level of schizophrenia patients and increasing life quality and hope levels. For this reason, it is recommended to be included in the rehabilitation process in order to ensure the continuity of the hope improvement program.

Key words: İncrease hope, internalized stigma, nursing, quality of life, schizophrenia

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-5 **:** Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

HUÖ **:** Herth Umut Ölçeği

NANDA-I **:** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-Uluslararası

NIC **:** Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama Sistemi

RHİDÖ **:** Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği

ŞHYNÖ **:** Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği

TRSM **:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No **Sayfa No**

Şekil 3.1. TRSM eğitim salonu 28

Şekil 3.2. Araştırma uygulama şeması 33

Şekil 4.1. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin RHİDÖ toplam puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre değişim grafiği 44

Şekil 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin HUÖ toplam puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre değişim grafiği..... 44

Şekil 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ŞHYNÖ toplam puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre değişim grafiği 44

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 3.1. Umut Aşılama Programının İçeriği..... 30

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı 34

Tablo 4.2. Grupların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 35

Tablo 4.3. Grupların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 37

Tablo 4.4. Grupların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ İzlem Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 39

Tablo 4.5. Kontrol Grubunun Ön Test, Son Test ve İzlem Testi RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması..... 41

Tablo 4.6. Deney Grubunun Ön Test, Son Test ve İzlem Testi RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması..... 42

1. GİRİŞ

Şizofreni bireyin gerçek ve gerçek dışı yaşantılar arasındaki farkı belirleyebilme, işlevselliği sürdürme, duyguları yönetme ve çevreyle olumlu ilişkiler kurma becerilerinde sorunlara yol açan kronik bir hastalıktır.[1] Tüm toplumlarda ve sosyal sınıflarda bu hastalığa sahip kişilerle karşılaşılabilmektedir.[1-3] Hastalığın yaygınlığının % 0.32, yaşam boyu yaygınlığının ise % 0.48 olduğu bildirilmektedir.[4]

Şizofreni hastalığı tekrarlarla giden ve hastaların önemli bir kısmında yeti yitimine yol açan ağır bir ruhsal hastalıktır.[1,2] Çoğu kültürde şizofreni hastaları hastalığa bağlı yaşanan bu sorunların yanı sıra toplumsal damgalanmayla da mücadele etmektedir.[5-8] Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.[5-7] Ülkemizde şizofreni hastalarının; ne yapacağı belli olmayan, saldırgan, güvenilmez, tehlikeli, çift kişilikli ve suç işlemeye eğilimli kişiler oldukları yönünde yanlış inanışlara rastlanmaktadır.[8,9] Şizofreni hastaları çoğu zaman bu toplumsal damgalanmayı içselleştirerek kendi kendilerini de damgalamaktadır.[10] İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalığında semptomların şiddetini artıran, prognozu kötüleştiren ve hastalıkla mücadeleyi güçleştiren faktörlerden birisi olarak bildirilmektedir.[11]

Yapılan çalışmalar içselleştirilmiş damgalanmanın yanı sıra şizofreni hastalarında karşılaşılan en önemli sorunlardan birisinin de düşük yaşam niteliği olduğunu ortaya koymaktadır.[12,13] Bu hastalarda hastalığın yol açtığı; bilişsel ve psikososyal bozulma, yeti yitimi, sık ve uzun süreli hastane yatışları, antipsikotik ilaçların yan etkileri, ekonomik güçlükler ve damgalanma gibi nedenlerden ötürü yaşam niteliği azalmaktadır.[12-14] Yaşam niteliği düşük olan hastalarda sosyal izolasyon, depresif belirtilerde ve anksiyetede artma, tedaviye uyumda azalma ve etkisiz baş etme gibi pek çok sorunun yaygın görüldüğü bildirilmektedir.[12-15] Bu nedenle şizofreni tedavisindeki temel amaçlardan birisi hastaların yaşam niteliğini artırmaktır.[15]

Mashiach-Eizenberg ve ark.[5] ruhsal hastalığa sahip kişilerle yaptıkları çalışmada; umut seviyesi yüksek olan hastaların, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin düşük olduğunu, yaşam niteliklerinin ise yüksek olduğunu bildirmiştir. Umutlu olmak, hastalıklarla mücadele etmeyi ve değişen yaşam koşullarına uyum gösterilmesini kolaylaştırmaktadır. Umutsuzluk ise mevcut hastalıkların iyileşme süresini uzatmakta hatta vücudun savunma mekanizmalarını bozarak beklenmedik ölümlere dahi yol açabilmektedir.[16] Bu nedenle umut özellikle ruhsal hastalıklarda iyileşmenin en kritik belirleyicilerinden birisi olarak kabul edilmektedir.[17]

Umutlu olmak şizofreni hastalarının hastalıkla mücadelesini kolaylaştırır, benlik saygısını artırır, baş etme becerilerini geliştirir ve olumlu düşünmesini destekler.[17-19] Bu nedenle umutlu olmak hastaların damgalanmayla mücadele etmelerini kolaylaştırarak, içselleştirilmiş damgalanmanın azalmasında etkili olabilmektedir.[5,20-22] Ayrıca umut, yaşam niteliği üzerinde etkili olan kişisel motivasyonun gelişmesinde, geleceğe yönelik hedefler belirlemede ve sosyal bağlar kurma becerilerinde artış sağlamaktadır.[12-15]

Umudun şizofreni hastalığının tedavi ve seyrindeki önemi çalışmalarla ortaya konulmuş olmasına rağmen umutsuzluk şizofreni hastaları arasında hala en sık rastlanan semptomlardan birisidir.[23] Literatür incelendiğinde umut konusunun genellikle kanser hastalığında ele alındığı görülmektedir.[24-26] Şizofreni hastalığında umudun ele alındığı oldukça sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmakta ve bu araştırmaların önemli bir kısmında ise tanımlayıcı araştırma tasarımlarının kullanıldığı görülmektedir.[26-28] Şizofreni hastalarıyla yürütülen umut aşılamaya yönelik deneysel çalışmalara ise ulaşılamamıştır. Kanıta dayalı klinik uygulamalar için umut aşılamaya yönelik kanıt düzeyi yüksek olan araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.[27]

Herth[29] kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada umut aşılama programının umudu artırmada etkili olduğunu ve hemşirelerin umut aşılamada hayati bir rol oynadıklarını

ortaya koymuştur. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-Uluslararası (NANDA-I) Sınıflama Sistemi tarafından "Umutsuzluk" 1986 yılında hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir.[16] Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama Sistemi (NIC) de ise "Umut Aşılama" (Hope Inspiration) bir hemşirelik girişimi olarak yer almaktadır.[30] Bu nedenle hemşirelerin, umudu tanımlamaları ve artırmaya yönelik stratejileri bilmeleri şizofreni tedavisinde büyük önem taşımaktadır.[29] Ancak literatürde şizofreni hastalarına umut aşılamaya yönelik yürütülen deneysel çalışmaların bulunmaması, hemşirelerin bu girişimi nasıl uygulayacakları ve beklenen hasta sonuçları konularında belirsizlikler yaşamalarına neden olabilmektedir.[27]

Bu çalışmanın şizofreni hastalarına umut aşılanması konusunda hemşirelere ışık tutacağı, hastaların umut düzeylerinde yükselme sağlayarak içselleştirilmiş damgalanmayla mücadele etmelerini kolaylaştıracağı, yaşam niteliklerini artıracağı ve literatürdeki deneysel çalışma konusundaki önemli boşluğun doldurulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma; umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimlerinin şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Hipotezleri

H_1: Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimleri şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkiler.

H_2: Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimleri şizofreni hastalarının umut düzeylerini etkiler.

H_3: Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimleri şizofreni hastalarının yaşam niteliği düzeylerini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni, kişinin gerçekliği algılama ve başkalarıyla ilişki kurma biçimini etkileyen, düşünme, duygularını ifade etme ve hareket etme becerilerinde bozukluklara yol açan, her toplumda ve sosyal sınıfta ortaya çıkabilen kronik ve ciddi bir ruhsal hastalıktır.[1-3]

2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma

Şizofreni tanısı koymak için herhangi bir fiziksel muayene veya laboratuvar testi bulunmamaktadır. Ayrıca şizofrenide çeşitli semptomların bir arada görülmesinden ötürü hastalığın teşhis edilmesi zordur.[1] Bu nedenle dünya genelinde Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan ruhsal hastalıklar için standart bir referans kitabı olan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5)'te belirtilen kriterlere göre şizofreni tanısı konulmaktadır.[31]

DSM-5, şizofreni tanısı koymak için aşağıdaki kriterleri belirtir:

A. Aşağıdakilerden ikisi (veya daha fazlası), her biri 1 aylık bir sürenin (veya başarılı bir şekilde tedavi edilirse daha az) önemli bir kısmında mevcut bulunur. Bu belirtilerden en az birisi aşağıda (1), (2), ya da (3) olarak tanımlanan belirtilerden birisi olmalıdır.

1. Delüzyon
2. Halüsinasyon
3. Düzensiz konuşma
4. Büyük ölçüde dağınık ya da katatonik davranış
5. Negatif semptomlar

B. Bozukluğun başlangıcından bu yana geçen sürenin önemli bir kısmında, iş, kişilerarası ilişkiler veya kişisel bakım gibi bir veya daha fazla temel alanda

işlevsellik düzeyi hastalığın başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Hastalığa ait belirtiler en az altı ay devam etmelidir. Bu altı aylık sürenin en az bir ayında görülen semptomlar A kriterini karşılamalıdır.

D. Şizoaffektif (şizoduygulanımsal) bozukluk, psikotik özellikli depresyon ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanmalıdır.

E. Rahatsızlık, bir maddenin veya başka bir tıbbi durumun etkilerinden kaynaklanmamalıdır.

F. Otizm spektrum bozukluğu öyküsü veya iletişim bozukluğu öyküsü varsa şizofreni tanısı sadece diğer belirtilerle birlikte en az bir ay boyunca belirgin sanrılar veya halüsinasyonlar bulunması durumunda konulur.[31]

2.1.3. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni tüm dünyada görülen bir hastalıktır.[2] Hastalığın yaşam boyu yaygınlığı %0.48, şimdiki prevalansı ise %0.32 dir.[4] Şizofreni başlangıcı genellikle ergenlik dönemidir, çocukluk çağında ve 50'li yaşlardan sonra nadiren hastalık ortaya çıkmaktadır. Hastalığın başlangıç yaşı, erkekler için 18-25, kadınlar için 25-35 arasında olmakla beraber kadınlarda menopozun ardından ikinci bir tepe noktası görülebilmektedir.[2] Şizofreni prevelansı cinsiyetler arasında farklılık göstermemekle beraber prognozun erkeklerde daha kötü olduğuna dair bazı göstergeler vardır.[1,2]

2.1.4. Şizofrenide Etiyoloji

Uzun yıllardır devam eden araştırmalara rağmen, şizofreninin kesin nedeni henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Hastalığın genetik duyarlılık ve çevresel etkiler dahil olmak üzere birçok faktörden kaynaklandığı kabul edilmektedir.[32]

Şizofreni hastalığının oluşumu konusunda ileri sürülen açıklamalardan birisi hastalığın anne karnında başladığıdır. Gebelikte kanama, acil sezaryen, gebelik diyabeti

ve düşük doğum ağırlığı gibi doğum komplikasyonları ilerleyen yaşamda şizofreni oluşumu ile ilişkilendirilmiştir.[33] Özellikle fetüsün beyin gelişimi için kilit bir dönem olarak kabul edilen ikinci trimester, araştırmacılar için özel bir inceleme alanı olmuştur. Bu dönem görülen enfeksiyonlar ve komplikasyonların şizofreni riskini artırdığı bildirilmektedir.[34]

Bilimsel kanıtlar, şizofreni oluşumunda genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığı fikrini desteklemektedir.[32] Şizofreni görülme riski birinci derece akrabalar için yaklaşık olarak %10, ikinci derece akrabalar için %3'dür.[35] Şizofreni riskinin biyolojik ebeveynlerden mi yoksa çocuğun büyüdüğü çevreden mi kaynaklandığını belirlemek amacıyla, evlat edinilen çocuklarla çalışmalar yapılmaktadır. Bu araştırmalar, çevredeki değişikliklerin şizofreni tanılı ebeveynlerden doğan çocuklarda şizofreni gelişme riskini etkilemediğini gösterme eğilimindedir.[33] Şizofreni için genetik bir temelin varlığı, hastalığın genellikle aynı yaşlarda başlangıç göstermesiyle de desteklenmektedir.[32]

Çevresel ve sosyal faktörler özellikle hastalığa yatkınlığı olan bireylerde şizofreni gelişiminde rol oynayabilmektedir.[36] Şizofreni ile bağlantılı çevresel stresörler arasında çocukluk çağı travması, kentsel alanda ikamet, azınlık olma ve sosyal izolasyon bulunmaktadır. Ayrıca ayrımcılık ya da ekonomik sıkıntı gibi sosyal stresörlerde hastalığı tetikleyebilmektedir.[36]

2.1.5. Şizofreni Belirtileri

Şizofreni belirtileri ve görülme şekli hastalar arasında farklılıklar gösterebilmektedir.[2] Literatürde şizofreni belirtileri çoğunlukla üç kısımda incelenmektedir. Bunlar premorbid evre (hastalık öncesi), prodromal evre (hastalığın başlangıç dönemi) ve aktif hastalık evresidir. [3]

Premorbid evrede, hastaların çocukluk dönemlerinde genellikle pasif, sessiz, sakin ve içe kapanık oldukları, ergenlik döneminde ise arkadaş edinmeyen ve sosyal

etkinliklere katılmayan kişiler oldukları bildirilmektedir. Bu evrede şizofreni hastaları genellikle şizotipal ve şizoid kişilik özelliklerini sergilemektedir.[3]

Prodromal evre, hastada henüz sanrı ve halüsinasyon gibi psikotik belirtilerin görülmediği ancak aktif hastalık dönemine ait olmayan bazı semptomların gözlemlendiği dönemdir. Bu evrede; yorgunluk ve ağrı gibi bedensel şikayetler, felsefik, büyüsel ve dinsel konularda aşırı düşünme, sosyal etkinliklerden kaçınma, çevrenin dikkatini çeken tuhaf davranışlar, işlevsellik seviyesinde azalma ve dikkat dağınıklığı gibi sorunlarla karşılaşılabilmektedir. [3,37]

Aktif hastalık evresi ise, şizofreni semptomlarının görüldüğü dönemdir.[3] Bazı hastalarda premorbid ve prodromal evre belirtileri görülmeden de aktif hastalık evresi semptomları gözlemlenebilmektedir. Bu evre pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler olmak üzere üç grupta incelenir.[2]

Pozitif belirtiler: Duygu, düşünce ve hareketlerde görülen anormal artış ve sapmaları ifade eder. Bu belirtiler arasında sanrı, halüsinasyon, deorganize konuşma ve anormal motor hareket yer alır.[2,37]

Negatif belirtiler: Şizofrenide olumsuz olarak adlandırılan semptomlar sağlıklı bireylerde bulunan normal davranışların eksikliği veya azalmasını ifade eder. Bu belirtiler; konuşma içeriğinde fakirleşme, yaşamsal olaylara karşı ilgisizlik, yalnız kalma isteği, yeni şeyler yapmaya yönelik motivasyon eksikliği, tekdüze duygulanım ve yapılan işlerden keyif duymamaktır.[1,2]

Bilişsel belirtiler: Bu belirtiler kişinin bilgileri öğrenme, yorumlama, geçmiş bilgileri hatırlama, bilgilere dayalı karar verme ve dikkati sürdürme becerilerinde fakirleşme ile karakterizedir. [2,37]

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni, prognozu hastadan hastaya önemli ölçüde değişebilen kronik bir hastalıktır.[2,3] Şizofreni hastalarıyla yapılan izlem çalışmalarında, hastaların %60'nda belirgin düzeyde iyileşme olduğu, geriye kalan %40'ında ise anlamlı bir düzelme görülmediği bildirilmektedir.[36] Şizofrenide yüksek mortalite oranına bağlı olarak yaşam süresi genel popülasyona oranla daha kısadır. Özkıyım erken yaşta ölümlerin başlıca sebebidir ve yaşam boyu görülme ihtimali %5'tir.[38]

Şizofreni hastalığının iyi ya da kötü bir seyir göstermesinde etkili olan bazı faktörler vardır.[2,37]

İyi prognoz ile ilişkili faktörler;

- Ani başlangıç
- Geç yaşlarda başlama
- Kadın cinsiyet
- Pozitif belirtilerin hakim olması
- Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması
- Evli olma
- Aktif bir yaşam tarzı
- Düzenli tedavi alma
- Yeterli sosyal destek sistemi
- Madde kullanma öyküsünün bulunmamasıdır.

Kötü prognoz ile ilişkili faktörler;

- Sinsi başlangıç
- Erken yaşta başlama
- Erkek cinsiyet
- Güçlü negatif belirtiler

- Ailede şizofreni öyküsü
- Bekar olma
- Sedanter yaşam tarzı
- Yetersiz tıbbi bakım
- Yetersiz sosyal destek sistemi
- Madde kullanma öyküsünün bulunmasıdır.[2,37]

2.1.7. Şizofrenide Tedavi

Günümüzde şizofreni tedavisinde en temel nokta psikotrop ilaçların kullanımıdır. Tedavide kullanılan ilaçlar özellikle aktif hastalık belirtilerini önlemeye yöneliktir. Şizofreni tedavisinde temel amaçlar; hastalığa bağlı semptomları azaltmak, nüksleri önlemek, remisyon dönemlerini uzatmak, hastane yatışlarını azaltmak, hastaların sosyal yaşama uyumlarını kolaylaştırmak, başa çıkma becerilerini artırmak, yaşam niteliklerini yükseltmek ve hastaların geleceğe daha umutla bakmalarını sağlamaktır. Bu nedenle şizofreni tedavisinde ilaç tedavisiyle beraber psikososyal müdahalelere yer verildiği kombine tedavi yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir.[39]

Şizofreni tedavisinde istenen sonuçlara ulaşılabilmesi için aktif hastalık belirtilerinin yanı sıra hastalığa bağlı psikososyal sorunlarında ele alınması gerekmektedir.[39] Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının sıklıkla deneyimledikleri içselleştirilmiş damgalanma, düşük yaşam niteliği ve umutsuzluk gibi sorunların hastaların tedaviye uyum gösterme, semptom kontrolü ve hastalıkla mücadele etme konularında sorunlar yaşamalarına neden olabildiğini göstermektedir.[40] Tedavi ve rehabilitasyon sürecine etki gösterebilen bu kavramların incelenmesi ve bu sorunları gidermeye yönelik psikososyal müdahale uygulamalarının hastalığın tedavisinde yararlı sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.[39]

2.2. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Damgalama (stigmatization) belirli bir grubun veya bireyin içinde yaşadıkları toplum tarafından saygınlıklarını azaltıcı ve dışlayıcı tutum ve davranışlara maruz kalmasıdır. Damgalama kuramının öncü isimlerinden Erwing Goffman'a[41] göre damgalama; kişiyi değersizleştiren, küçük düşüren ve utanç veren bir etikettir.

Dünya genelinde yapılan çalışmalar, ruhsal hastalığa sahip kişiler ve ailelerine karşı damgalayıcı yaklaşımların yoğun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum ruhsal hastalığa sahip kişilerin çifte sorunla karşı karşıya olmalarına sebep olmaktadır.[8-10] Ruhsal hastalığın özelliğine göre tekrarlayan halüsinasyonlar, sanrılar veya duygu durum değişiklikleri gibi semptomlar hastaların yaşamını güçleştirebilmektedir.[1-3] Hastaların ve ailelerinin semptomların yanı sıra mücadele etmeleri gereken ikinci önemli sorun ise damgalanmadır.[5,8-10]

Link ve Phelan'un[42] ortaya koyduğu ruhsal hastalıklarda damgalanma sürecine göre öncelikle toplum bir kişi ya da grupta bazı farklılıklar belirler. Daha sonra toplumsal yanlış inanışlar doğrultusunda bu kişilere olumsuz özellikler yüklenir. Sonuç olarak, "biz" ve "onlar" kategorileri geliştirilir ve etiketlenen kişiler olumsuz sonuçlara yol açan statü kaybı ve ayrımcılığa maruz kalır. Yaşanan damgalanmanın şiddeti ise; aile, sosyal çevre, kültür, toplumun eğitim düzeyi, medyada hastaların sunuluş şekli, bilinçlendirme çalışmalarının varlığı ve ruh sağlığı politikaları gibi pek çok bileşene bağlı olarak değişmektedir.[8,9,42]

Ruhsal hastalıkların çoğu belirli bir dereceye kadar damgalanma ile ilişkilendirilse de en fazla şizofreni hastalarının damgalanmaya maruz kaldığı bildirilmektedir. Günümüzde hala şizofreni hastaları ve aileleri yoğun şekilde dışlanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya olduğundan bazı araştırmacılar tarafından şizofreni "cüzzamın modern bir

günü" olarak tanımlanmıştır.[43] Bu nedenle şizofreni tanısı konan çoğu birey yaşamları boyunca damgalanmanın farklı formlarıyla başa çıkmak zorundadır.[43,44]

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalar; sosyal, yapısal ve kişisel olmak üzere üç farklı düzeyde damgalanmanın hastaların yaşamlarında etkili olduğunu ortaya koymaktadır.[44-46]

Sosyal damgalanma; belli bir toplumda, kültürde, medyada ve günlük alışkanlıklarda damgalanmanın nasıl ortaya çıktığını göstermektedir. Sosyal damgalanmanın ortaya çıkmasında özellikle şizofreni hastalığına yönelik yanlış bilgi ve inanışlar etkili olmaktadır.[44,45] Dünyanın pek çok bölgesinde şizofreni hastalığına yönelik damgalayıcı olumsuz ifadelerle karşılaşılmaktadır.[44,45,8,9] Ülkemizde yürütülen toplum bazlı çalışmalarda şizofreni hastalarının saldırgan, tehlikeli, güvenilmez, kontrol dışı davranışları olan, çift kişilikli ve genel olarak yetersiz oldukları yönünde yanlış inanışların yaygın olduğu bildirilmiştir.[8,9]

Yapısal damgalanma, sosyal damgalamanın tutum ve davranışlarla ortaya konulduğu evredir. Bu nedenle doğrudan doğruya sosyal damgalama ile ilişkilidir.[46] Toplumun şizofreni hastalıklarına yönelik yanlış inanışları hastaların sosyal yaşamdan, eğitim veya istihdam fırsatlarından mahrum bırakılmalarına yol açabilmektedir.[46,47] Sağduyu ve ark.'nın[48] ülkemizde toplumun şizofreni hastalarına bakış açısını inceledikleri çalışmada araştırmaya katılan 707 kişinin %46.8'i şizofreni hastası ile aynı kurumda çalışmayacağını, %69.9'u şizofreni hastasıyla evlenmeyeceğini, %43'ü evini şizofreni hastasına kiraya vermeyeceğini ve %33.2'si şizofreni hastası ile komşu olmayı istemeyeceğini belirtmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalar hastalık sürecini başarılı bir şekilde yöneten hastaların bile işverenlerin ayrımcı yaklaşımları nedeniyle iş bulmakta ve yaşamını sürdürmekte zorlandığını göstermektedir.[49]

Kişisel damgalanma, sosyal ve yapısal damgalanmanın bireyin yaşamına etkisini ortaya koymaktadır. Kişisel damgalanma; algılanan damgalanma, deneyimlenen damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.[44]

- Algılanan Damgalanma: Hastanın toplumun damgalanan gruba yönelik tutum ve inanışları hakkında ne düşündüğüdür.
- Deneyimlenen Damgalanma: Hastanın damgalanmaya bağlı olumsuz tutum ve davranışları doğrudan yaşamasını ifade etmektedir.[44]
- İçselleştirilmiş Damgalanma: Damgalanma sürecinin son aşamasıdır. Hastanın toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarını içselleştirilmesi sonucu kendi kendisini damgalamasını ifade etmektedir.[44,50]

Munoz ve ark.'nın[50] ortaya koyduğu içselleştirilmiş damgalanma modeline göre; ciddi ruhsal hastalığı olan kişiler bir dizi bilişsel süreçler aracılığıyla olumsuz mesajları içselleştirmektedir. Modelde yer alan bilişsel süreçler; hastalık hakkındaki stereotiplerin farkına varmak, streotip sözleşmesi ve öz-uyum şeklinde sıralanmaktadır. Stereotip farkındalığı, bireyin ruhsal hastalıklarla ilgili negatif toplumsal kalıplara maruz kalması durumunda meydana gelir. Daha sonra birey bu varsayımlara katılıp katılmayacağına karar verir. Stereotip sözleşmesi ise, bireyin negatif toplumsal kalıpları doğru ve geçerli olarak kabul ettiğinde gerçekleşir.[50] Birey bu stereotiplerin kendisi için de geçerli olduğuna inanırsa, "öz-uyum" gerçekleşir ve bu da içselleştirilmiş damgalanmaya yol açar.[42,50]

Hem ulusal hem de uluslararası çalışmalar, şizofreni hastaları arasında içselleştirilmiş damgalanma seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir.[5-7,11,12,21,40,43,44] İçselleştirilmiş damgalama şizofreni hastalığında morbidite ve mortaliteyi artıran faktörlerden birisi olarak kabul edilmektedir.[5,6,42-45] Yürütülen çalışmalar şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın; yüksek depresyon oranı, intihar

davranışları, kötü işlevsellik, düşük yaşam niteliği, umutsuzluk, azalmış benlik saygısı, sosyal izolasyon, etkisiz baş etme ve madde kullanımı gibi sorunlara yol açtığını ortaya koymuştur.[5-7,11,12,21,40,43,44] Ayrıca içselleştirilmiş damgalanmanın yol açtığı sorunlar neticesinde tedaviye uyumu azalttığı, semptomların şiddetini artırdığı ve prognozu kötüleştirdiği de bilinmektedir.[5,6]

İçselleştirilmiş damgalama hem hastaların hem de ailelerinin yaşamlarında ciddi sorunlara yol açtığından, damgalanmayı önlemeye yönelik müdahale girişimleri şizofreni tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır.[51,52] Damgalanmayla mücadele için sağlık profesyonellerinin içselleştirilmiş damgalanmanın nasıl geliştiğini, sağlıkla ilgili diğer faktörlerle nasıl ilişki kurduğunu ve müdahale yöntemlerini bilmeleri gerekmektedir.[51,52]

Damgalanmayı önlemeye yönelik müdahale girişimleri tüm sağlık ekibinin ortak katılımını gerektirmektedir. Ancak hemşireler hastalarla en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelleri olduklarından damgalanmayı önlemede önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin damgalanmayı önlemede; toplumu bilinçlendirmek amacıyla eğitim programları düzenlemeleri, damgalanmayla mücadele programlarına katılmaları, şizofreni hastalarının haklarını bilmeleri ve savunmaları, damgalanma sürecini yönetmesi için hastaları cesaretlendirmeleri ve damgalanmayı inceleyen bilimsel araştırmalarla literatüre katkı sağlamaları beklenmektedir.[51,52]

2.3. Şizofreni ve Yaşam Niteliği

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesi veya yaşam niteliğini, "bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve endişelerinden oluşan yaşamdaki durumunu içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri içerisinde algılayış biçimi" olarak tanımlamıştır.[53] İngilizcede "quality of life" kavramının Türkçe karşılığı olarak araştırmacıların tercihine göre yaşam kalitesi veya yaşam niteliği kavramı kullanılabilmektedir.[54] Bu araştırmada yaşam niteliği kavramı kullanılmıştır.

Yaşam niteliği kavramı sağlık literatüründe ilk defa 1966 yılında Elkinton'un "Tıp ve Yaşam Niteliği" başlıklı makalesinde kullanılmıştır.[55] Takip eden yıllarda yaşam niteliğinin incelendiği tıbbi yayınların sayısı yavaş bir artış göstermiştir. 1990'ların başlarından itibaren ise hemen hemen tüm sağlık alanlarında yaşam niteliği kavramının incelendiği yayınların sayısında önemli artışlar gözlemlenmiştir.[56-58]

Angermayer ve Kilian[59] ruhsal hastalıklarda yaşam niteliği kavramını açıklamak üzere "Dinamik Süreç Modeli" olarak adlandırdıkları teorik bir modeli ortaya koymuştur. Bu modele göre yaşam niteliği kavramı bilişsel uyum ve doyum düzeyini belirtmekte ve biyolojik gereksinimleri olan bireyin çevresiyle etkileşimleri sonucunda ortaya çıkan dinamik bir süreci ifade etmektedir.

Yapılan çalışmalar yaşam niteliğinin kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri, ekonomik koşulları, günlük yaşam rutinleri ve çevresinin belirgin özellikleri ile olan ilişkilerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olduğunu göstermektedir.[57-60] Bu nedenle yaşam niteliği; "fiziksel ve zihinsel sağlık", "psikolojik ve sosyal refah" ve "günlük yaşam aktivitelerini yürütme becerisi" olmak üzere üç farklı boyutu içermektedir.[57,60] Yaşam niteliğini değerlendirirken kavram üzerinde etkili olan karmaşık ilişkilerin ve bileşenlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Ancak hala yaşam niteliği kavramının ölçümü için bir standarttın mevcut olmadığı bildirilmektedir.[61]

Günümüzde şizofreni hastalarının yaşam niteliğini belirlemede nesnel ve öznel ölçütlerin bir arada kullanılması ve kişinin bütünsel olarak değerlendirmesi gerektiği bildirilmektedir.[57,61] Öznel yaşam niteliği, kişinin yaşamdan ne kadar doyum aldığı ve kendisini ne kadar iyi hissettiği gibi kişisel değerlendirmeleriyle ilişkilidir. Nesnel yaşam niteliği ise kişiler arası ilişkiler, üretkenlik ve bağımsızlık düzeyi gibi kişisel

değerlendirmelerden bağımsız olarak sosyal veya toplumsal yaşamdaki mevcut durumları göstermektedir.[62]

Şizofreni hastalarıyla yapılan öznel ve nesnel yaşam niteliğini belirlemeye yönelik çalışmalar, hastaların sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük yaşam niteliğine sahip olduklarını göstermektedir.[63,64] Ancak yaşam niteliğinin düzeyi ve etkilenme derecesi, şizofreni hastaları arasında önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Bu durum araştırmacılara bazı faktörlerin yaşam niteliği üzerinde belirleyici olduğunu düşündürmüştür.[65] Bu nedenle literatürde birçok çalışmada şizofreni hastalığında yaşam niteliği üzerinde etkili olabilecek demografik özellikler, bilişsel, psikolojik ve sosyal değişkenler incelenmiştir.[63,65-83]

Literatürde yaşam niteliğinin belirleyicilerini inceleyen araştırmaların çoğunda öncelikle psikiyatrik semptomların etkisine odaklanılmıştır.[15,68,69] Bu çalışmalar da şizofreniye özgü negatif belirtilerin yaşam niteliğinin azalmasında önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir.[15,70] Yapılan kesitsel çalışmalarla, pozitif psikotik semptomların yaşam niteliği üzerindeki etkisini değerlendirmiş ancak çoğu zayıf bir ilişki bulmuştur.[71,72] Bazı araştırmalarda ise bilişsel alanlardaki işlev bozukluklarının, azalmış yaşam niteliği ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur.[57,73] Ancak bilişsel sorunların yaşam niteliği üzerindeki etkisinin negatif semptomlara kıyasla çok daha az olduğu bildirilmiştir.[73] Semptomların yanı sıra şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlara bağlı ekstrapiramidal yan etkilerin görülmesi ve hastaneye yatış sayısının fazla olmasının da düşük yaşam niteliğiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.[57,63]

Araştırmalar şizofreni hastalığında bazı psikolojik değişkenlerin de yaşam niteliği üzerinde etkili olduğu göstermektedir.[63,68,74] Özellikle depresyon ve kaygının yaşam niteliğinin düşük oluşunda etkili olduğu bildirilmektedir.[68,74] Ayrıca aile ile yakın ilişkiler içerisinde olma ve güvenilir arkadaş çevresinde bulunma gibi sosyal desteklerin yaşam

niteliğini olumlu etkilediği belirtilmiştir.[68] Chan ve Yu[63] Hong Kong'da şizofreni tanısı alan hastalardaki yaşam niteliğini ve ilişkili faktörleri araştırmak amacıyla yürüttükleri çalışmada, sosyal damgalama ve ayrımcılığın düşük yaşam niteliğiyle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Doğanavşargil'in[75] ülkemizde yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan hastaların yaşam niteliklerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Yıldırım[76] ise 180 şizofreni hastasıyla yürüttüğü çalışmada, hastaların umut düzeylerinin yaşam niteliği ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırmalarda demografik özelliklerin şizofreni hastalarında yaşam niteliği üzerine etkili olup olmadığı da incelenmiştir.[57,77-80] Genel popülasyonda ve ruhsal hastalarla yürütülen çalışmalar yaşın artmasının daha iyi bir genel yaşam doyumuyla ilişkili olduğunu ancak sağlıkla ilgili yaşam niteliğinin yaşla daha da kötüleştiğini göstermektedir.[79,80] Öznel yaşam niteliği ve cinsiyet arasındaki ilişki erkek ve kadınların çeşitli çalışmalarda farklı memnuniyet alanlarında daha yüksek puanlara sahip olmaları bakımından belirsizdir.[81] Bazı araştırmalar yüksek eğitim düzeyine sahip hastalarda subjektif yaşam niteliğinin düşük olduğunu göstermiştir.[57,78] İstihdam üzerine yapılan araştırmalarda bir işte çalışan şizofreni hastalarının yaşam niteliğinin daha iyi olduğu bildirilmiştir.[63,77] Ayrıca konaklanılan yerin özellikleri de yaşam niteliği üzerinde belirleyici olmaktadır.[82] Kavak ve Ekinci'nin[82] yaptıkları çalışmada korumalı evlerde kalan şizofreni hastalarının kendi evlerinde yaşayan hastalara kıyasla yaşam niteliklerinin daha iyi olduğu ortaya konulmuştur.

Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri üzerinde semptomların tek başına etkili olmadığı, demografik özelliklerin yanı sıra psikososyal bileşeninde etkili olduğu görülmektedir.[63,65-83] Bu nedenle şizofreni hastalarının yaşam niteliğini yükseltme de semptom kontrolü ve ilaç tedavisine ek olarak psikososyal müdahale yöntemlerine de gereksinim duyulduğu görülmektedir.[57,63,74,77] Deveci ve ark.[83]

yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarına uygulanan psikososyal beceri eğitimi programının hastaların yaşam niteliklerinde yükselme sağladığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin, şizofreni tedavisinin en önemli amaçlarından birisi olan yaşam niteliğini artırmak amacıyla psikososyal müdahale yöntemlerini uygulamaları gerektiği bildirilmektedir.[57,62,77]

2.4. Şizofreni ve Umut

Umut, yüzyıllardır merak duyulan ve araştırılan bir konu olmasına rağmen herkesçe kabul gören kesin bir tanımı yoktur.[16] Literatürde umut kavramına en fazla değinen araştırmacılardan Miller ve Powers[84] umudu; "algılanan olumsuzluklardan kurtulma, iyilik halinin devamlılığı ve geliştirilmesi için geleceğe yönelik olumlu beklentiler" olarak tanımlamıştır. Snyder ve ark.[85] umudun tanımında yer alması gereken üç temel unsur olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bunlar; hedef belirleme, belirlenen hedefe ulaşmayı sağlayacak yolları tespit etme ve bu hedefe ulaşma konusunda kendine inanmadır. Kişisel hedefler kişiyi motive eder ve harekete geçmesini sağlayarak yaşama umutla bakmasını sağlar.[85]

Umut kavramının teorik temeli ise 13. yüzyıla kadar uzanmaktadır.[86] Bu yüzyılda ünlü filozof Thomas Aquinas, sonraki yüzyıllarda Kant ve Hume gibi düşünürler umudun insan doğasında var olan temel duygulardan birisi olduğunu ileri sürmüşlerdir.[87] İlerleyen yıllarda umut özellikle felsefe, sosyoloji, edebiyat ve sanat alanında ilgilenilen bir konu haline gelmiştir.[88,89] Varoluşçu filozof Marcel umut felsefesi hakkında yazdığı yazılarda umudun hayatın merkezinde yer alan bir kavram olduğunu ve umut olmadan hayatın anlamsız olduğunu ileri sürmüştür.[90]

Umudun sağlık disiplinlerinde dikkate alınması gereken bir kavram olduğu fikri ise ilk defa ünlü psikiyatrist Karl Menninger'in 1959'da yaptığı akademi dersinde vurgulanmıştır. Bu tarihten itibaren sağlık odaklı disiplinlerde umut kavramına olan ilgi

giderek artmıştır.[91] Umut üzerine yapılan çalışmalar da hem fiziksel hem de ruhsal sağlık için umudun önemli bir bileşen olduğu ortaya konulmuştur. Korner[92] umudun, stresi azalttığını ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirmeye yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Schrank ve ark.[17] umudun hastalık durumlarında yaşanan kaygı ve depresyonu azalttığını ve iyilik halini artırdığını bildirmiştir. Ayrıca umut hastalık durumlarında çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlık duygularının yaşanmasını da önlemektedir.[92] Varoluşçu psikoterapinin kurucu isimlerinden Frankl ise umut eksikliğinin iyileşme sürecini geciktirdiğini ve ölümü hızlandırdığını belirtmiştir.[93]

Araştırmalar şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda umudun hayati bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.[18,19,21,76,94-96] Umudun ruhsal hastalıklar için önemli bir değişken olması üç önemli nedene bağlanmaktadır.[17] İlk olarak umut, ruhsal hastalıklarda iyileşme sürecinin hem tetikleyici hem de sürdürücü bir faktörü olarak kişisel iyileşme kavramının merkezinde yer almaktadır. Çünkü ruhsal hastalıklara bağlı yaşanan pek çok soruna rağmen umut hastalara iyileşme yolculuğuna başlama cesareti verir ve iyileşme üzerinde çalışma motivasyonu kazanmalarını sağlar. İkinci olarak, umut psikiyatri hastalarının sorunlar karşısında esnek düşünce yapısı geliştirmelerini sağlar. Son olarak umut hem hastalar hem de terapistler tarafından psikoterapi sürecinde anahtar bir faktör olarak rol oynar.[17]

Yapılan hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda şizofreni tedavisinde umudun göz önünde bulundurulması gereken önemli bir kavram olduğu ortaya konulmuştur.[17,18,21,76,94-97] Lysaker ve ark.[18] 2005 yılında şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada, umut ve içgörü seviyesinin yüksek olmasının hastalığa adaptasyonu artırdığını bildirmişlerdir. Salerno[19] umutlu olmanın şizofreni hastalarının olumlu kendilik algılarını artırdığını ve hastalıkla baş etmelerini kolaylaştırdığını bulmuştur. Vrbova ve ark.[94] 2017 yılında yaptıkları bir kesitsel araştırma da şizofreni hastalığında

umudun yaşam niteliğinin belirleyicilerinden birisi olduğunu bildirmişlerdir. Lyu ve Zhang[95] (2014) ise umutsuz olan şizofreni hastalarının intihara teşebbüs etme oranlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan şizofreni hastalığında umut kavramının incelendiği bir kaç araştırmaya rastlanmıştır.[21,76,96] Yıldırım[76] (2009) şizofreni hastalarının umut düzeyleri ile yaşam niteliklerinin ilişkili olduğunu bildirmiştir. Olçun ve Şahin Altun[21] şizofreni hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, umut seviyesi yüksek olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin daha az olduğunu ve damgalanmaya karşı daha iyi direnç gösterdiklerini ortaya koymuştur. Coşkun ve Şahin Altun[96] umutsuz olan şizofreni hastalarının fonksiyonel iyileşme düzeylerinin düşük olduğunu saptamıştır.

Umudun şizofreni hastalığının tedavi ve seyrindeki önemi çalışmalarla ortaya konulmuş olması rağmen hala şizofreni hastaları arasında umutsuzluk en sık karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır.[17-19,23] Şizofreni hastalığının tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla hastaların yanlarında bulunan sağlık profesyoneli hemşirelerdir.[29] Bu nedenle hemşirelerin umudu tanımaları ve artırma girişimlerini bilmeleri şizofreni tedavisinde büyük önem taşımaktadır.[27,29]

2.5. Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Umut verici stratejiler ve çalışma uygulamaları özellikle son yıllarda hemşirelik literatüründe dikkat çekmektedir.[16,27-29] Hemşirelerin hastalar ve aileleri için önemli bir umut kaynağı olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır.[27,29] İnsancıl bakım teorisi ile bilinen hemşire kuramcı Watson hastaları iyileştirme yollarından birisinin hastaya umut vermek olduğunu ileri sürmüştür. Watson'ın kuramında tanımladığı 10 iyileştirici adımından ikincisi inanç ve umuttur. Buna göre hemşire inanç ve umudu artırmaya

inanmalıdır.[98] Araştırmacı Moore[99] umudu getirmenin hemşirelik uygulamalarının en önemli parçası olduğunu bildirmiştir.

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği-Uluslararası (NANDA-I) Sınıflama Sistemi tarafından "Umutsuzluk" 1986 yılında hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir.[16] Hemşirelik Girişimlerini Sınıflama Sistemi (NIC) de ise "Umut Aşılama" (Hope Inspiration) bir hemşirelik girişimi olarak yer almaktadır.[30]

Herth[29] umut aşılama programı geliştirmek ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla 38 yetişkin kanser hastasıyla yürüttüğü çalışmada, umut aşılama programlarının umudu artırmada ve umutsuzluğu önlemede yararlı olduğunu ayrıca umudu artırmada hemşirelerin hayati bir rol oynadıkları ortaya koymuştur. Herth'un sekiz oturumdan oluşan umut aşılama programı içerisinde yer verdiği umudu artırıcı girişimler incelendiğinde;

- Birinci oturum, hastalarda bir topluluk duygusu oluşturmak amacıyla tanışma etkinliği oluşturmak, hastaların sorularını yanıtlamak ve umut programı konusunda bilgi vermek gibi girişimleri içermektedir.
- İkinci ve üçüncü oturumlarda, hastalarda bir umut mantığı oluşturmak amacıyla umudun anlamını tartışma, umut tehditlerini açıklama ve umut konusunda bilgiler verme gibi girişimler yer almaktadır.
- Dördüncü oturum, sosyal ilişkileri geliştirmek amacıyla umudu artırmada aile ve arkadaşların rollerini tartışma, hastaların ulaşabileceği topluluk kaynaklarını açıklama ve umut listesi oluşturma gibi girişimleri içermektedir.
- Beşinci oturumda, spiritüel desteğin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu oturumda hastaların inandıkları değerleri netleştirmek, ruhsal kaynakları tanımlamak ve harekete geçirmek gibi girişimler bulunmaktadır.

- Altı ve yedinci oturumlarda, akılcı düşünceyi geliştirmek amacıyla bilişsel yapılanma, gerçekçi düşüncelerin geliştirilmesi ve geçmiş hatıraların umut üzerine etkilerini tartışma gibi girişimler yer almaktadır.
- Sekizinci oturumda, programı sonlandırma ve etkinliğinin değerlendirilmesi yer almaktadır.

Kirkpatrick ve ark.[100] yaptıkları bir nitel araştırmada şizofreni hastaları için klinisyenler tarafından belirlenen umudu artırıcı stratejileri ortaya koymuşlardır. Şizofreni hastalarında umudu artırmak amacıyla beş farklı alan tanımlanmıştır. Bunlar; ilişkileri geliştirmek, başarıyı kolaylaştırmak, hastaları ve toplumu eğitmek, hastalığı yönetmek ve başarılı rol modellerle bağlantı kurmaktır.

İlişkileri geliştirmek: Klinisyenler sağlık çalışanları ile hasta arasında kurulan ilişkide uyumun, etkili iletişimin ve güvenin umut aşılamada önemli olduğunu bildirmiştir. Hastayı dinlemek, olduğu gibi kabul etmek ve hastaya karşı anlayışlı olmakta umudu artırmada gereklidir.

Başarıyı kolaylaştırmak: Umudu artırmanın yollarından biride hastaların başarılı bir deneyim yaşamalarına yardımcı olmaktır. Bu stratejide hastaların hedefler belirlenmesi konusunda desteklenmesi önemli bir yer tutmaktadır. Belirlenen hedeflere ulaşmak ve başarılı olmak hastaların umutlarında artış sağlamaktadır.

Hastaları ve toplumu eğitmek: Hastaları ve toplumu şizofreni hastalığı konusunda eğitmek umudu artırmada etkili bir yoldur. Hastalara verilen eğitim sadece hastalığa ilişkin bilgileri içermemektedir. Şizofreni hastalığının etkili olabildiği yaşam alanları ve sorunlarına yönelik genel eğitimleri içermektedir. Topluma verilecek eğitimlerle ise hastaların damgalanma ve dışlanma yaşamalarının önüne geçilebilmektedir.

Hastalığı yönetmek: Şizofreni hastalığının öncü belirtilerinin farkında olma, düzenli ilaç kullanma ve semptom kontrolü umudun yükselmesinde etkilidir. Hastalık sürecini başarılı bir şekilde yönetemeyen hastalar umutsuzluk ve depresyon yaşayabilmektedir. Hemşireler hastalık sürecini yönetmek amacıyla hastalara eğitimler düzenlemeli ve baş etme becerilerinin gelişmesini desteklemelidir.

Başarılı rol modellerle bağlantı kurmak: Bu strateji hastaların şizofreni tanısı alan ve yaşamda başarılı olan diğer hastalarla bir araya getirilmelerini içermektedir. Hemşireler oluşturacakları grup toplantıları ile şizofreni hastalarının kendileriyle benzer durumlarla karşı karşıya olan hastalarla deneyimlerini paylaşmalarını sağlayabilir. Ayrıca şizofreni hastalığıyla başarılı bir şekilde mücadele eden kişilerin gerçek yaşam öykülerinin paylaşılması da umudun artırılmasında etkilidir.[100]

Literatürde yer alan umudu artırıcı girişimlere ek olarak NIC'de hemşirelerin umut ile ilgili tanılarda uygulanabilecek farklı girişimlerde yer almaktadır. Bunlar; karar vermeyi destekleme, sosyalizasyonu güçlendirme, destek sistemlerini güçlendirme, anımsama terapisi (yaşamı gözden geçirme), baş etmeyi güçlendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, benlik saygısını güçlendirme, uykunun güçlendirilmesi, duygu durum yönetimi, spiritüel destek (sınırları genişletmek), değerlerin açıklığa kavuşturulması ve öfke kontrolüne yardım gibi girişimlerdir.[30]

Hemşireler, umut aşılamaya yönelik uygulayacakları bu girişimlerle şizofreni hastalarının yaşamlarında pozitif değişiklikler oluşmasında ve geleceklerine dair olumlu beklentiler geliştirmelerinde önemli bir rolü üstlenmektedir.[16,27-30,100]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma deney ve kontrol gruplu, tekrarlı ölçümlü deneysel araştırma deseni kullanılarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kasım 2018- Nisan 2020 tarihleri arasında Erzurum İl Merkezi'nde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'de yürütüldü. TRSM eğitim salonu, spor odası, okuma salonu, iş-uğraş odası, mutfak, yemek odası ve oturma salonundan oluşmaktadır. TRSM de 1 ruh sağlığı uzmanı, 3 hemşire, 1 psikolog, 1 tıbbi sekreter, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 iş uğraş terapisti, 1 resim hocası, 1 el sanatları hocası ve 2 yardımcı personelden oluşan bir kadro hizmet vermektedir. TRSM haftanın 5 günü mesai saatleri içerisinde faaliyet göstermektedir. TRSM'ye kayıtlı hastalar servis araçlarıyla hafta içi her gün düzenli olarak 08.30'da evlerinden alınmakta, 15.00'de evlerine geri bırakılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 190 şizofreni hastası oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm şizofreni hastaları araştırmaya dahil edildi. Bu araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için çalışmaya başlamadan önce priori güç analizi yapıldı. Yapılan güç analizinde 0.05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %95 power için ve %5 hata payıyla 38 deney, 38 kontrol olmak üzere örneklem sayısının 76 olması gerektiği belirlendi. Araştırma konusunda hastalara yapılan bilgilendirme sonucunda umut aşılama grubuna 34 ve kontrol grubuna 35 kişi katılmaya gönüllü oldu. Araştırmanın örneklemine seçilen hastalardan deney grubunda 2 hasta oturumlara düzenli olarak katılmadığından, kontrol grubunda 1 hasta oturumlar esnasında

şehir merkezinden taşındığından, kontrol grubunda 3 hastaya, deney grubunda ise 2 hastaya araştırma son test ve izlem testlerini doldurması için ulaşılamadığından, 31 kontrol ve 30 deney grubu olmak üzere toplam 61 şizofreni hastası ile çalışma tamamlandı. Araştırma tamamlandıktan sonra, örneklem büyüklüğünün yeterliliği için deneysel güç analizi tekrar yapıldı ve araştırmanın gücünün 0.90 olduğu belirlendi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Erzurum il merkezinde yaşama
- Komorbid psikiyatrik tanı (depresyon, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı vb.) almamış olma
- Remisyon döneminde olma (hastanın klinikteki tedavisinin tamamlandığı aktif dönem belirtilerinin gözlemlenmediği ve iç görünün geliştiği dönem)
- Daha önce umut aşılamaya yönelik bir programda yer almamış olma
- İletişim ve iş birliğine açık olma
- 18 yaşından büyük olma
- Görüşmelerin yapılmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozuklukların bulunmamasıdır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyidir.

Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, umut aşılamaya yönelik uygulanan hemşirelik girişimleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

a) Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, gelir, çalışma durumu, medeni durum, birlikte yaşanılan kişiler, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve hastalığın başlangıç yaşı) toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

b) Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK-5)

Ritsher ve ark.[101] tarafından 2003 yılında psikiyatri hastalarının içsel damgalanma düzeylerini belirlemek üzere RHİDÖ geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan[102] tarafından yapılmıştır.

Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. RHİDÖ'de yer alan maddeler "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), "aynı fikirdeyim" (3 puan), "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan) şeklinde dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçek, "Yabancılaşma", "Kalıp Yargıların Onaylanması", "Algılanan Ayrımcılık", "Sosyal Geri Çekilme" ve "Damgalanmaya Karşı Direnç" olarak adlandırılan beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt Boyutlar:

Yabancılaşma Alt Boyutu: 6 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 1, 5, 8, 16, 17, 21'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 6-24'dür.

Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Boyutu: 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29'dur. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 7-28'dir.

Algılanan Ayrımcılık Alt Boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 3, 15, 22, 25, 28'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 5-20'dir.

Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu: 6 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 4, 9, 11, 12, 13, 20'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 6-24'dür.

Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 7, 14, 24, 26, 27'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 5-20'dir.

"Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 4 ile 91 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.93 olarak belirlenmiştir.[102] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı ise 0.82 olarak bulundu.

c) Herth Umut Ölçeği (HUÖ) (EK-10)

Dr. Herth[103] tarafından 1991 yılında bireylerin umut düzeylerini belirlemek amacıyla HUÖ geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Aslan ve ark.[104] tarafından yapılmıştır.

Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler "Hiç uygun değil" (0 puan), "Nadiren uygun" (1 puan), "Bazen uygun" (2 puan) ve "Her zaman uygun" (3 puan) şeklinde dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçek, "Gelecek", "Olumlu hazır oluşluk ve beklenti" ve "Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt Boyutlar:

Gelecek Alt Boyutu: Umudun, kognitif-geçici boyutunu ölçmektedir ve 10 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30'dur.

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

Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler Alt Boyutu: Umudun ilişkiler ve içinde bulunan şartlarla ilgili boyutunu ölçmektedir ve 10 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; 2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24'dür.

Olumsuzluk ifade eden bazı maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Bu maddeler; 6, 10, 13, 17, 22, 26'dır. 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 kat sayısı 0.84 olarak belirlenmiştir.[104] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı ise 0.87 olarak bulundu.

d) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHYNÖ) (EK-11)

Heinrichs ve ark.[105] tarafından 1984 yılında idame tedavi altındaki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygür ve ark.[54] tarafından yapılmıştır.

Ölçek yapılandırılmış görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmeci tarafından değerlendirilmektedir. ŞHYNÖ 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-6 arası puanlanmaktadır. "Kişiler arası ilişkiler", "mesleki rol", "ruhsal bulgular" ile "günlük eşya kullanımı ve etkinlikler" seklinde toplam 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt Boyutlar:

Kişiler Arası İlişkiler Alt Boyutu: 8 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-48'dir.

Mesleki Rol Alt Boyutu: 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 9, 10, 11, 12'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-24'dir.

Ruhsal Bulgular Alt Boyutu: 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21'dir. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-42'dir.

Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler Alt Boyutu: 2 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 18, 19'dur. Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0-12'dir.

Dört alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam ŞHYNÖ puanı 0 ile 126 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yaşam niteliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.99 olarak belirlenmiştir.[54] Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı ise 0.81 olarak bulundu.

3.6. Verilerin Toplaması ve Girişimler

Araştırma verileri Mart 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında toplandı. Araştırma oturumları TRSM'de bulunan eğitim salonunda gerçekleştirildi. Fiziki şartları eğitim için uygun olan bu salonda tahta, tahta kalemi, bilgisayar, büyük ekran TV ve hoparlör bulunmaktadır. Salonun hemen dışındaki odada eğitim aralarında eğitime katılanların dinlenebilecekleri koltuklar bulunmaktadır.



Şekil 3.1. TRSM eğitim salonu

Çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların birbirlerini etkilemesini önlemek amacıyla öncelikle kontrol grubunun verileri toplandı. Kontrol grubunda yer alan hastalara ön testler, son testler ve izlem testleri uygulandı. Bu grupta yer alan hastalara araştırma tamamlandıktan sonra umut aşılama programı eğitim kitapçıkları dağıtıldı. Diledikleri takdirde araştırma tamamlandıktan sonra kendilerine de umut aşılama eğitimi verilebileceği bildirildi.

Kontrol grubunun verileri tamamlandıktan sonra deney grubunda yer alan hastalarla eğitim günleri belirlenerek, ön testler uygulandı. Literatürde, katılımcılarda uzun süre devam edecek bir değişim sürecini teşvik etmek için eğitim süresinin yeterli uzunlukta (örneğin 7-10 hafta) olması gerektiği vurgulanmaktadır.[29] Bu araştırmada da deney grubuna 8 hafta süren, haftada 2 defa, toplamda 16 oturumdan oluşan eğitim programı uygulandı. Umut aşılama programının her oturumu 40-50 dakika sürdü. Gruplar ortalama 8-10 kişiden oluşup oturumlar grup eğitimi şeklinde yapıldı. Eğitim öncesi hastalar telefonla aranıp eğitim saati hatırlatıldı. Program uygulanırken her oturum öncesinde bir önceki oturumun hatırlanması ve oturumlar arasında bağlantı kurulması amacıyla önceki oturum özetlendi ve geri bildirimler alındı. Oturum gündemleri paylaşılmadan önce verilen ev ödevleri gözden geçirildi. Her oturumun sonunda oturum gündemi özetlendi. Oturumlar tamamlandıktan sonra deney grubuna son testler uygulandı. Son testler tamamlandıktan sonra deney grubuna umut aşılama programı eğitim kitapçıkları dağıtıldı. Deney grubuna uygulanan eğitimin kalıcılığını test etmek amacıyla 2 ay sonra izlem testleri yapıldı.

Araştırma boyunca kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmadı. Uygulamaların yapıldığı süre içerisinde deney grubundaki hastalar ve kontrol grubundaki hastalar farmakolojik tedavilerine, doktor kontrollerine ve TRSM'nin rutin uygulamalarına devam ettiler.

3.7. Hemşirelik Girişimlerinin Uygulanması

Umut aşılama programı geliştirilirken öncelikle umut kavramı kuramsal olarak ele alınmıştır. Umudu geliştirmeye yönelik programlar taranmıştır. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) hemşirelerin uygulayabilecekleri hemşirelik girişimlerini içermektedir.[30] NIC'de, tanımlanmış hemşirelerin uygulayabileceği belirtilen 554 hemşirelik girişimi vardır. Her bir girişimin, sınıflama içinde bir adı ve bir numerik kodu bulunmaktadır. NIC de Umut aşılama (Hope İnspiration) bir hemşirelik girişimi olarak yer almaktadır. Umut aşılama girişiminin kodu 5310 dur. Ayrıca NIC de NANDA-I tanıları ile bağlantılı NIC girişimlerine de yer verilmiştir. NANDA-I tanılarından "ümitsizlik" ve "ümidi güçlendirmeye hazır oluş" araştırma konusuyla ilgili bulunarak değerlendirilmiştir.[30] Programın içeriği NIC girişimleri, NIC ile bağlantılı NANDA-I tanılarına yönelik önerilen girişimler ve incelenen literatür doğrultusunda oluşturulmuştur.[16-19,21,27,29,76,94-96,100]

Tablo 3.1. Umut Aşılama Programının İçeriği

1. Oturum: Hazırlık oturumu • Tanışma • Program hakkında bilgi verme • Grup kurallarının oluşturulması • Katılımcıların tecrübelerini ve beklentilerini paylaşması • Program boyunca yaşanacak umut yolculuğunu değerlendirmek için umut defteri etkinliğinin başlatılması • Araştırmada kullanılan anketlerin uygulanması	**2. Oturum: Umudun anlamı ve doğası** • Umudun anlamı ve önemi üzerine konuşma • Umut ve umutsuzluk konuları hakkında bilgi verme • Umutsuzluğun belirtilerini açıklama • Hastalığa uyumda umudun etkisini açıklama • Şizofreni hastalığında umudun rolünü açıklama
3. Oturum: Umut kaynaklarını keşfetme • Umut kaynakları konusunda bilgi verme • Grup üyelerinin umut kaynaklarını açıklaması • Umut kaynaklarının yaşamdaki rolünü tartışma • Bir sonraki oturuma getirmeleri için bir umut listesi hazırlamaları ev ödevi verilmesi	**4. Oturum: Karar vermeyi destekleme** • Hedef belirleme ve plan yapma konusunda bilgilendirme • Kısa, orta ve uzun vadeli hedefler yapma konusunda destekleme • Bir sonraki oturuma getirmeleri için kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerini umut defterine not almaları ev ödevi verilmesi

Tablo 3.1. (Devamı)

5. Oturum: Sosyal ilişkileri geliştirme • Umut yolculuğunda sosyal çevrenin rolünü tartışma • Umut listelerinde ki sosyal destek kaynaklarının değerlendirilmesi • Yeni bir kişi ile tanışma (rol-play) etkinliğinin yapılması • Toplumda ve internet aracılığıyla sürekli bağlılık duygusu oluşturma yollarını tartışma (dernekler, çeşitli online siteler ve gruplar) • Sevilen bir kişiye mektup yazmaları ev ödevinin verilmesi • Bir sonraki oturuma yaşamdaki önemli ve güzel anılarını hatırlatan, fotograf, albüm, not defteri, günlük, özel bir kişinin verdiği hediye gibi her türlü nesneleri yanlarında getirmelerinin istenmesi	**6. Oturum: Yaşamı gözden geçirme (Anımsama terapisi)** • Katılımcıların getirdikleri nesnelerin çağrıştırdığı anılarını paylaşması • Seans esnasında geçmiş başarıların hatırlanması ve güzel anların tekrar yaşanması • Seans sonunda duygu ve düşüncelerin paylaşılması • Bir sonraki oturuma getirmeleri için oturumda paylaştıkları güzel anılarından seçtikleri birisini umut defterlerine yazmalarının istenmesi
7. Oturum: Baş etmeyi güçlendirme • Stres konusunda bilgi verme • Stresin belirtilerini açıklama • Stresle baş etme yöntemlerini öğretme • Doğru nefes alma etkinliğinin uygulanması	**8. Oturum: Bilişsel yapılanma** • 3D modelini (düşünce-duygu-davranış) açıklama • Gerçekçi olmayan iç konuşmaların (otomatik düşüncelerin) farkına varma • Alternatif/gerçekçi düşüncelerin oluşturulması yöntemlerini açıklama
9. Oturum: Benlik saygısını artırma • Benlik ve benlik saygısı kavramlarını açıklama • Güçlü yönlerin paylaşılması • Değerliyim çünkü etkinliğinin yapılması • Benlik saygısını artırma yöntemlerinin açıklanması	**10. Oturum: Hastalığı yönetme** • Şizofreni hastalığı hakkında bilgi verme • Hastalığı tetikleyici durumları açıklama • Hastalığın haberci (öncü) belirtilerini açıklama • İlaçların düzenli kullanılmasının önemini açıklama
11. Oturum: Uyku kalitesini artırma • Uykunun önemi konusunda katılımcıların duygu ve düşüncelerinin alınması • Uyku ve önemi konusunda bilgi verme • Uyku kalitesini artırma yollarını açıklama	**12. Oturum: Duygu durum yönetimi** • Duygular konusunda katılımcıların fikirlerini alma • Duygu ve duygusal zeka kavramları hakkında bilgi verme • Duygusal zekayı geliştirme yollarını açıklama
13. Oturum: Öfke kontrolü • Öfke kavramını açıklama • Öfkeyi ifade etme yöntemlerini açıklama • Öfke kontrol yöntemlerini öğrenme	**14. Oturum: Sınırları genişletmek** • İnançların ve inanılan değerlerin umuda etkisi üzerine tartışma • Zihinde canlandırma yönteminin uygulanması • Zihinde canlandırma yöntemi konusunda duygu ve düşüncelerin alınması
15. Oturum: Potansiyelini keşfetmek • Şizofreni hastalığını başarılı bir şekilde yöneten kişilerin gerçek yaşam öykülerini paylaşma • Bu öykülerin uyandırdığı duygu ve düşünceler konusunda paylaşımlarda bulunulması	**16. Oturum: Değerlendirme** • Oturumların kısaca özetlenmesi (Öğrenilenleri pekiştirme) • Program boyunca tutulan umut defterlerinin değerlendirilmesi • Programı değerlendirme ve geri bildirimlerin alınması (Nerden nereye) • Eğitimin kalıcılını artırmak amacıyla hazırlanan eğitim kitapçıklarının dağıtılması • Araştırmada kullanılan anketlerin uygulanması • Programın sonlandırılması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 21 paket programında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, sayı, yüzdelik dağılımlar, Ki-kare testi, bağımsız gruplarda t-testi ve bağımlı örneklemler için tek faktörlü ANOVA analizi kullanıldı.

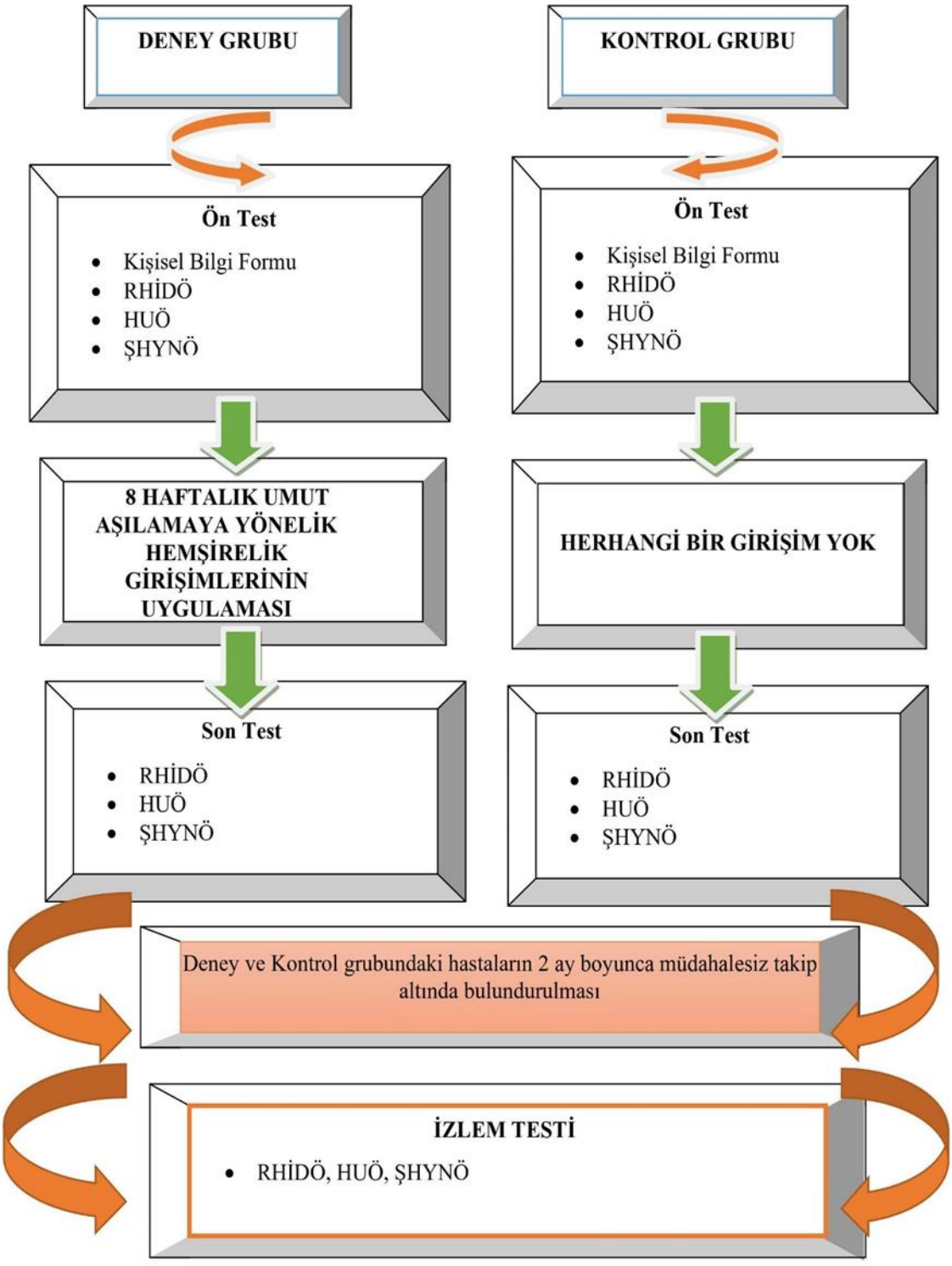
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından etik kurul onayı alındı (EK-3). Ayrıca araştırmanın yürütüleceği TRSM'nin bağlı olduğu Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden yasal izin alındı (EK-8).

Araştırma verilerinin toplanması esnasında araştırmaya katılan bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek "*Aydınlatılmış Onam Formu*" imzalatıldı. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "*Özerkliğe Saygı*" ilkesi, araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" ilkesi yerine getirildi. Deney grubuna izlem testleri uygulandıktan sonra kontrol grubunda isteyen hastalara da umut aşılama eğitim programı uygulandı. Ayrıca kontrol grubuna da araştırma tamamlandıktan sonra umut aşılama programı eğitim kitapçıkları dağıtıldı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

- Bu araştırma bireylerin olasılıksız olarak örnekleme alınması çalışmanın sınırlılığıdır.
- Araştırmanın sonuçları araştırmaya alınma kriteri ve araştırma değişkeni açısından benzer olan gruplara genellenebilir.



Şekil 3.2. Araştırma uygulama şeması

4. BULGULAR

Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimlerinin şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen veriler bu bölümde sunuldu.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=61)

Özellikler	Deney Grubu n=30	%	Kontrol Grubu n=31	%	Toplam n=61	%	Test Değeri ve Anlamlılık
Cinsiyet							
Kadın	10	33	11	36	21	34	x^2=0.031
Erkek	20	67	20	64	40	66	p=0.860
Medeni hal							
Evli	6	20	7	77	13	21	x^2=0.061
Bekar	24	80	24	23	48	78	p=0.806
Eğitim Durumu							
İlköğretim	14	47	17	55	31	51	
Ortaöğretim	11	37	10	32	21	34	x^2=0.433
Lise	5	16	4	13	9	15	p=0.805
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	7	23	9	29	16	26	x^2=0.256
Çalışmıyor	23	77	22	71	45	74	p=0.613
Gelir Durumu							
İyi	4	14	4	13	8	13	
Orta	13	43	12	39	25	41	x^2=0.167
Kötü	13	43	15	48	28	46	p=0.920
Birlikte Yaşanılan Kişiler							
Aile	19	63	18	58	37	61	
Yalnız	5	17	4	13	9	15	x^2=0.722
Bakım evi	6	20	9	29	15	24	p=0.697
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü							
Var	6	20	8	26	14	23	x^2=0.291
Yok	24	80	23	74	47	77	p=0.590
	Deney Grubu Ort ± SS		**Kontrol Grubu Ort ± SS**				
Yaş	36.46 ± 9.72		37.74 ± 10.95				t = -0.480 p = 0.633
Hastalığın Başlangıç Yaşı	20.76 ± 5.92		21.19 ± 5.01				t = -0.304 p = 0.762

$x^{2=}$ Ki-Kare testi, t=bağımsız gruplar t testi

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri karşılaştırmalı olarak verildi. Deney grubundaki bireylerin %67'sinin erkek olduğu, %80'ninin bekar olduğu, %47'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %77'sinin çalışmadığı, %43'ünün gelir seviyesinin kötü olduğu, %63'ünün ailesi ile beraber yaşadığı ve %80'inin soy geçmişinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı belirlendi. Kontrol grubundaki bireylerin

%64'ünün erkek olduğu, %77'sinin bekar olduğu, %55'inin ilköğretim mezunu olduğu, %71'inin çalışmadığı, %48'inin gelir seviyesinin kötü olduğu, %58'inin ailesi ile beraber yaşadığı ve %74'ünün soy geçmişinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı bulundu. Deney grubundaki bireylerin yaş ortalamalarının 36.46±9.72 olduğu ve hastalığın başlangıç yaşı ortalamalarının ise 20.76±5.92 olduğu saptandı. Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalamalarının 37.74±10.95 olduğu ve hastalığın başlangıç yaşı ortalamalarının ise 21.19±5.01 olduğu saptandı. Sosyo-demografik özellikler açısından gruplar arasında önemli bir farkın olmadığı ve benzerlik gösterdikleri tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Grupların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test Değeri ve Anlamlılık
		X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	
RHİDÖ	Yabancılaşma	14.90±2.47	11-20	14.70±3.38	8-23	t=0.251 p=0.803
	Kalıp Yargıların Onaylanması	17.06±4.30	9-26	16.38±3.38	9-25	t=0.687 p=0.495
	Algılanan Ayrımcılık	13.30±3.12	7-17	13.77±3.23	7-19	t=-0.583 p=0.562
	Sosyal Geri Çekilme	15.16±4.13	8-22	14.70±3.83	6-20	t=0.448 p=0.656
	Damgalanmaya Karşı Direnç	12.63±2.53	6-17	12.87±1.98	9-17	t=-0.410 p=0.683
	Toplam	47.80±13.04	23-70	46.70±12.28	26-70	t=0.336 p=0.738
HUÖ	Gelecek	13.86±4.78	6-23	13.90±5.78	2-24	t=-0.027 p=0.979
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	14.96±5.42	5-24	15.19±4.88	4-23	t=-0.172 p=0.864
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	14.93±4.86	3-25	14.67±4.67	6-25	t=0.210 p=0.835
	Toplam	43.76±12.97	21-71	43.77±14.24	14-71	t=-0.002 p=0.998
ŞHYNÖ	Kişiler Arası İlişkiler	23.20±8.29	9-40	23.54±7.60	7-37	t=-0.171 p=0.865
	Mesleki Rol	9.46±4.44	1-17	9.70±4.63	2-20	t=-0.209 p=0.835
	Ruhsal Bulgular	19.80±5.83	6-33	20.12±5.48	10-31	t=-0.227 p=0.821
	Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler	7.86±2.10	4-12	7.77±2.19	3-11	t=0.169 p=0.867
	Toplam	60.33±17.96	25-100	61.16±17.34	36-97	t=-0.183 p=0.855

t=bağımsız gruplar t testi

Deney ve kontrol grubundaki bireylere ait RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ ön test puan

puan ortalamaları arasındaki fark **Tablo 4.2'de** yer almaktadır. Deney grubu RHİDÖ alt boyutları ön test puan ortalamalarının; "yabancılaşma" 14.90±2.47, "kalıp yargıların onaylanması" 17.06±4.30, "algılanan ayrımcılık" 13.30±3.12, "sosyal geri çekilme" 15.16±4.13, "damgalanmaya karşı direnç" 12.63±2.53 ve ön test RHİDÖ toplam puan ortalamasının ise 47.80±13.04 olduğu saptandı. Kontrol grubu RHİDÖ alt boyutları ön test puan ortalamalarının; "yabancılaşma" 14.70±3.38, "kalıp yargıların onaylanması" 16.38±3.38, "algılanan ayrımcılık" 13.77±3.23, "sosyal geri çekilme" 14.70±3.83, "damgalanmaya karşı direnç" 12.87±1.98 ve ön test RHİDÖ toplam puan ortalamasının ise 46.70±12.28 olduğu bulundu. Deney ve kontrol grupları arasında RHİDÖ ön test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmayıp ($p>0.05$), grupların homojen olduğu saptandı.

Deney grubu HUÖ alt boyutları ön test puan ortalamalarının; "gelecek" 13.86±4.78, "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" 14.96±5.42, "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki" 14.93±4.86 ve ön test HUÖ toplam puan ortalamasının ise 43.76±12.97 olduğu bulundu. Kontrol grubu HUÖ alt boyutları ön test puan ortalamalarının; "gelecek" 13.90±5.78, "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" 15.19±4.88, "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki" 14.67±4.67 ve ön test HUÖ toplam puan ortalamasının ise 43.77±14.24 olduğu bulundu. Gruplar arasında HUÖ ön test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmayıp ($p>0.05$), grupların benzer olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Deney grubu ŞHYNÖ alt boyutları ön test puan ortalamalarının; "kişiler arası ilişkiler" 23.20±8.29, "mesleki rol" 9.46±4.44, "ruhsal bulgular" 19.80±5.83, "günlük eşya kullanımı ve faaliyetler" 7.86±2.10 ve ön test ŞHYNÖ toplam puan ortalamasının ise 60.33±17.96 olduğu belirlendi. Kontrol grubu ŞHYNÖ alt boyutları ön test puan ortalamalarının; "kişiler arası ilişkiler" 23.54±7.60, "mesleki rol" 9.70±4.63, "ruhsal

bulgular" 20.12±5.48, "günlük eşya kullanımı ve faaliyetler" 7.77±2.19 ve ön test ŞHYNÖ toplam puan ortalamasının ise 61.16±17.34 olduğu belirlendi. Gruplar arasında ŞHYNÖ ön test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmayıp (p>0.05), grupların homojen olduğu bulundu (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Grupların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test Değeri ve Anlamlılık
		X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	
RHİDÖ	Yabancılaşma	12.06±3.00	7-19	14.74±2.87	8-21	t=-3.554 **p=0.001**
	Kalıp Yargıların Onaylanması	13.70±3.03	9-21	16.35±3.28	9-25	t=-3.280 **p=0.002**
	Algılanan Ayrımcılık	11.16±2.10	7-15	13.67±3.10	7-19	t=-3.711 **p=0.000**
	Sosyal Geri Çekilme	12.76±3.37	7-19	14.64±3.34	6-20	t=-2.186 **p=0.033**
	Damgalanmaya Karşı Direnç	14.76±2.22	9-20	12.74±2.34	9-19	t=3.464 **p=0.001**
	Toplam	34.93±9.58	18-57	46.67±10.89	28-66	t=-4.468 **p=0.000**
HUÖ	Gelecek	19.76±4.80	9-27	14.06±4.50	2-24	t=4.785 **p=0.000**
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	19.06±4.41	9-28	15.83±3.99	6-24	t=2.999 **p=0.004**
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	17.50±3.51	11-26	14.96±4.79	7-24	t=2.348 **p=0.022**
	Toplam	56.33±10.78	31-80	44.87±11.48	15-67	t=4.017 **p=0.000**
ŞHYNÖ	Kişiler Arası İlişkiler	28.50±6.57	11-40	23.70±7.90	7-36	t=2.569 **p=0.013**
	Mesleki Rol	11.46±3.53	3-20	9.77±4.39	3-19	t=1.655 p=0.103
	Ruhsal Bulgular	26.50±4.82	18-39	20.45±5.84	10-32	t=4.403 **p=0.000**
	Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler	8.60±2.01	4-12	7.87±2.12	3-11	t=1.375 p=0.174
	Toplam	75.06±14.51	43-111	61.80±14.47	36-93	t=3.219 **p=0.002**

t=bağımsız gruplar t testi

Tablo 4.3'de deney ve kontrol grubundaki bireylere ait RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ son test puan ortalamaları arasındaki fark verildi. Deney grubu RHİDÖ alt boyutları son test puan ortalamalarının; "yabancılaşma" 12.06±3.00, "kalıp yargıların

onaylanması” 13.70±3.03, “algılanan ayrımcılık” 11.16±2.10, “sosyal geri çekilme” 12.76±3.37, “damgalanmaya karşı direnç” 14.76±2.22 ve son test RHİDÖ toplam puan ortalamasının ise 34.93±9.58 olduğu bulundu. Kontrol grubu RHİDÖ alt boyutları son test puan ortalamalarının; “yabancılaşma” 14.74±2.87, “kalıp yargıların onaylanması” 16.35±3.28, “algılanan ayrımcılık” 13.67±3.10, “sosyal geri çekilme” 14.64±3.34, “damgalanmaya karşı direnç” 12.74±2.34 ve son test RHİDÖ toplam puan ortalamasının ise 46.67±10.89 olduğu saptandı. Gruplar arasında RHİDÖ son test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunup ($p<0.05$), “damgalanmaya karşı direnç” alt boyutunun toplam ortalamasının kontrol grubuna kıyasla yüksek olduğu, deney grubu RHİDÖ toplam puan ortalaması ve diğer alt boyutların puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu belirlendi.

Deney grubu HUÖ alt boyutları son test puan ortalamalarının; “gelecek” 19.76±4.80, “olumlu hazır oluşluk ve beklenti” 19.06±4.41, “kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki” 17.50±3.51 ve son test HUÖ toplam puan ortalamasının ise 56.33±10.78 olduğu bulundu. Kontrol grubu HUÖ alt boyutları son test puan ortalamalarının; “gelecek” 14.06±4.50, “olumlu hazır oluşluk ve beklenti” 15.83±3.99, “kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki” 14.96±4.79 ve son test HUÖ toplam puan ortalamasının ise 44.87±11.48 olduğu belirlendi. Gruplar arasında HUÖ son test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatiksel yönden anlamlı bir fark bulunup ($p<0.05$), deney grubu toplam ve alt boyut puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3).

Deney grubu ŞHYNÖ alt boyutları son test puan ortalamalarının; “kişiler arası ilişkiler” 28.50±6.57, “mesleki rol” 11.46±3.53, “ruhsal bulgular” 26.50±4.82, “günlük eşya kullanımı ve faaliyetler” 8.60±2.01 ve son test ŞHYNÖ toplam puan ortalamasının ise 75.06±14.51 olduğu belirlendi. Kontrol grubu ŞHYNÖ alt boyutları son test puan

ortalamalarının; “kişiler arası ilişkiler” 23.70±7.90, “mesleki rol” 9.77±4.39, “ruhsal bulgular” 20.45±5.84, “günlük eşya kullanımı ve faaliyetler” 7.87±2.12 7 ve son test ŞHYNÖ toplam puan ortalamasının ise 61.80±14.47 olduğu belirlendi. Gruplar arasında ŞHYNÖ son test toplam puan ortalaması ile kişiler arası ilişkiler ve ruhsal bulgular alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunup ($p<0.05$), deney grubu toplam ve kişiler arası ilişkiler ve ruhsal bulgular alt boyut puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Grupların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ İzlem Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ölçekler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test Değeri ve Anlamlılık
		X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	
RHİDÖ	Yabancılaşma	12.40±2.90	8-18	15.03±3.41	8-23	t=-3.244 **p=0.002**
	Kalıp Yargıların Onaylanması	14.16±2.94	9-22	16.41±3.30	9-25	t=-2.811 **p=0.007**
	Algılanan Ayrımcılık	11.33±2.15	7-16	13.61±3.16	8-19	t=-3.302 **p=0.002**
	Sosyal Geri Çekilme	12.93±3.15	7-19	14.74±3.30	6-20	t=-2.189 **p=0.033**
	Damgalanmaya Karşı Direnç	13.93±1.91	9-17	12.67±2.27	8-17	t=2.333 **p=0.023**
	Toplam	36.90±8.93	21-55	47.12±11.37	27-70	t=-3.900 **p=0.000**
HUÖ	Gelecek	18.30±4.05	11-26	14.16±4.55	2-24	t=3.745 **p=0.000**
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	18.23±4.39	9-28	15.74±3.94	6-24	t=2.334 **p=0.023**
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	16.90±3.41	11-26	14.64±4.69	6-24	t=2.141 **p=0.036**
	Toplam	53.43±9.85	33-79	44.54±11.04	14-65	t=3.314 **p=0.002**
ŞHYNÖ	Kişiler Arası İlişkiler	28.20±6.49	11-40	24.09±6.77	8-36	t=2.415 **p=0.019**
	Mesleki Rol	10.93±3.49	3-20	9.74±3.89	3-18	t=1.257 p=0.214
	Ruhsal Bulgular	25.86±4.78	18-39	20.32±5.61	10-32	t=4.253 **p=0.000**
	Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler	8.23±1.89	4-12	7.74±2.14	3-11	t=0.949 p=0.347
	Toplam	73.23±13.77	42-111	61.90±15.45	35-88	t=3.020 **p=0.004**

t=bağımsız gruplar t testi

Deney ve kontrol grubundaki bireylere ait RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ izlem testi puan ortalamaları arasındaki fark **Tablo 4.4'de** verildi. Deney grubu RHİDÖ alt boyutları izlem test puan ortalamalarının; "yabancılaşma" 12.40±2.90, "kalıp yargıların onaylanması" 14.16±2.94, "algılanan ayrımcılık" 11.33±2.15, "sosyal geri çekilme" 12.93±3.15, "damgalanmaya karşı direnç" 13.93±1.91 ve izlem test RHİDÖ toplam puan ortalamasının ise 36.90±8.93 olduğu bulundu. Kontrol grubu RHİDÖ alt boyutları izlem test puan ortalamalarının; "yabancılaşma" 15.03±3.41, "kalıp yargıların onaylanması" 16.41±3.30, "algılanan ayrımcılık" 13.61±3.16, "sosyal geri çekilme" 14.74±3.30, "damgalanmaya karşı direnç" 12.67±2.27 ve izlem test RHİDÖ toplam puan ortalamasının ise 47.12±11.37 olduğu saptandı. Gruplar arasında RHİDÖ son test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden önemli bir fark bulunup ($p<0.05$), deney grubunun "damgalanmaya karşı direnç" alt boyutunun puan ortalaması kontrol grubundan yüksek, deney grubu toplam puan ortalaması ve diğer alt boyutların puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu belirlendi.

Deney grubu HUÖ alt boyutları izlem test puan ortalamalarının; "gelecek" 18.30±4.05, "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" 18.23±4.39, "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki" 16.90±3.41 ve izlem test HUÖ toplam puan ortalamasının ise 53.43±9.85 olduğu bulundu. Kontrol grubu HUÖ alt boyutları son test puan ortalamalarının; "gelecek" 14.16±4.55, "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" 15.74±3.94, "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki" 14.64±4.69 ve izlem test HUÖ toplam puan ortalamasının ise 44.54±11.04 olduğu bulundu. Gruplar arasında HUÖ izlem test toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunup ($p<0.05$), deney grubu toplam ve alt boyut puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Deney grubu ŞHYNÖ alt boyutları izlem test puan ortalamalarının; "kişiler arası ilişkiler" 28.20±6.49, "mesleki rol" 10.93±3.49, "ruhsal bulgular" 25.86±4.78, "günlük eşya kullanımı ve faaliyetler" 8.23±1.89 ve izlem test ŞHYNÖ toplam puan

ortalamasının ise 73.23±13.77 olduğu belirlendi. Kontrol grubu ŞHYNÖ alt boyutları izlem test puan ortalamalarının; "kişiler arası ilişkiler" 24.09±6.77, "mesleki rol" 9.74±3.89, "ruhsal bulgular" 20.32±5.61, "günlük eşya kullanımı ve faaliyetler" 7.74±2.14 ve izlem test ŞHYNÖ toplam puan ortalamasının ise 61.90±15.45 olduğu belirlendi. Gruplar arasında ŞHYNÖ izlem test toplam puan ortalaması ile "kişiler arası ilişkiler" ve "ruhsal bulgular" alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunup ($p<0.05$), deney grubu toplam ve "kişiler arası ilişkiler" ve "ruhsal bulgular" alt boyut puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Kontrol Grubunun Ön Test, Son Test ve İzlem Testi RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

	Ölçekler	Ön Test	Son Test	İzlem Testi	Test Değeri ve Anlamlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	F p
RHİDÖ	Yabancılaşma	14.70±3.38	14.74±2.87	15.03±3.41	0.957 p=0.390
	Kalıp Yargıların Onaylanması	16.38±3.38	16.35±3.28	16.41±3.30	0.069 p=0.891
	Algılanan Ayrımcılık	13.77±3.23	13.67±3.10	13.61±3.16	0.948 p=0.393
	Sosyal Geri Çekilme	14.70±3.83	14.64±3.34	14.74±3.30	0.044 p=0.957
	Damgalanmaya Karşı Direnç	12.87±1.98	12.74±2.34	12.67±2.27	0.311 p=0.696
	Toplam	46.70±12.28	46.67±10.89	47.12±11.37	0.427 p=0.655
HUÖ	Gelecek	13.90±5.78	14.06±4.50	14.16±4.55	0.206 p=0.724
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	15.19±4.88	15.83±3.99	15.74±3.94	1.034 p=0.325
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	14.67±4.67	14.96±4.79	14.64±4.69	1.086 p=0.344
	Toplam	43.77±14.24	44.87±11.48	44.54±11.04	1.020 p=0.336
ŞHYNÖ	Kişiler Arası İlişkiler	23.54±7.60	23.70±7.90	24.09±6.77	0.945 p=0.358
	Mesleki Rol	9.70±4.63	9.77±4.39	9.74±3.89	0.036 p=0.897
	Ruhsal Bulgular	20.12±5.48	20.45±5.84	20.32±5.61	0.473 p=0.581
	Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler	7.77±2.19	7.87±2.12	7.74±2.14	0.398 p=0.556
	Toplam	61.16±17.34	61.80±14.47	61.90±15.45	0.672 p=0.475

F=Bağımlı örneklemler için tek faktörlü ANOVA

Tablo 4.5'de kontrol grubunun RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamalarına göre grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi. Kontrol grubunda bulunan hastaların RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden önemli bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Deney Grubunun Ön Test, Son Test ve İzlem Testi RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

	Ölçekler	Ön Test	Son Test	İzlem Testi	Test Değeri ve Anlamlılık
		X±SS	X±SS	X±SS	F p
RHİDÖ	Yabancılaşma	14.90±2.47	12.06±3.00	12.40±2.90	25.427 **p=0.000**
	Kalıp Yargıların Onaylanması	17.06±4.30	13.70±3.03	14.16±2.94	30.515 **p=0.000**
	Algılanan Ayrımcılık	13.30±3.12	11.16±2.10	11.33±2.15	15.954 **p=0.000**
	Sosyal Geri Çekilme	15.16±4.13	12.76±3.37	12.93±3.15	12.259 **p=0.001**
	Damgalanmaya Karşı Direnç	12.63±2.53	14.76±2.22	13.93±1.91	12.572 **p=0.000**
	Toplam	47.80±13.04	34.93±9.58	36.90±8.93	40.464 **p=0.000**
HUÖ	Gelecek	13.86±4.78	19.76±4.80	18.30±4.05	43.530 **p=0.000**
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	14.96±5.42	19.06±4.41	18.23±4.39	20.552 **p=0.000**
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	14.93±4.86	17.50±3.51	16.90±3.41	10.484 **p=0.002**
	Toplam	43.76±12.97	56.33±10.78	53.43±9.85	50.734 **p=0.000**
ŞHYNÖ	Kişiler Arası İlişkiler	23.20±8.29	28.50±6.57	28.20±6.49	24.628 **p=0.000**
	Mesleki Rol	9.46±4.44	11.46±3.53	10.93±3.49	7.476 **p=0.008**
	Ruhsal Bulgular	19.80±5.83	26.50±4.82	25.86±4.78	51.048 **p=0.000**
	Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler	7.86±2.10	8.60±2.01	8.23±1.89	4.085 **p=0.046**
	Toplam	60.33±17.96	75.06±14.51	73.23±13.77	39.545 **p=0.000**

F=Bağımlı örneklemler için tek faktörlü ANOVA

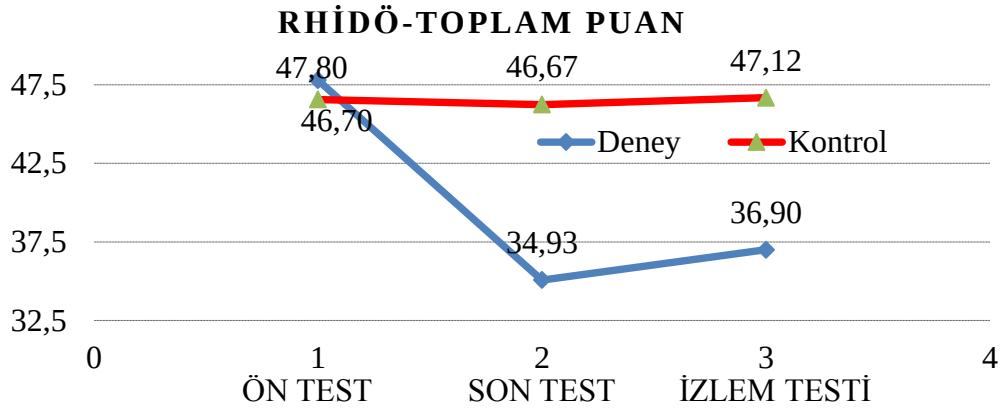
Deney grubunun RHİDÖ, HUÖ ve ŞHYNÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamalarına göre grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulgular **Tablo 4.6'da** verildi. Deney grubunda bulunan hastaların grup içi karşılaştırılmasında "bağımlı örneklemler için tek faktörlü ANOVA" analizi kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda RHİDÖ, HUÖ

ve ŞHYNÖ ön test, son test ve izlem testi toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testlerinden "Post Hoc" Bonferroni testi uygulandı.

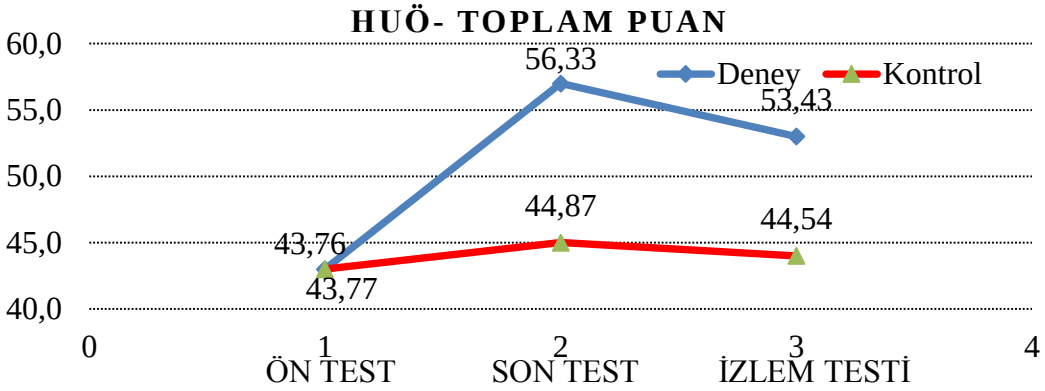
Yapılan ileri analizde deney grubunda bulunan hastaların RHİDÖ "yabancılaşma", "kalıp yargıların onaylanması", "algılanan ayrımcılık" ve "sosyal geri çekilme" alt boyutları "ön test ve son test", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi. RHİDÖ "damgalanmaya karşı direnç" alt boyutu ile "ön test ve son test", "son test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulundu. RHİDÖ toplam puan ortalamasının "ön test ve son test", "son test ve izlem testi", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Deney grubunda bulunan hastaların HUÖ "gelecek" ve "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" alt boyutları "ön test ve son test", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu. HUÖ "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler" alt boyutu ile "ön test ve son test", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi. HUÖ toplam puan ortalamasının "ön test ve son test", "son test ve izlem testi", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 4.6).

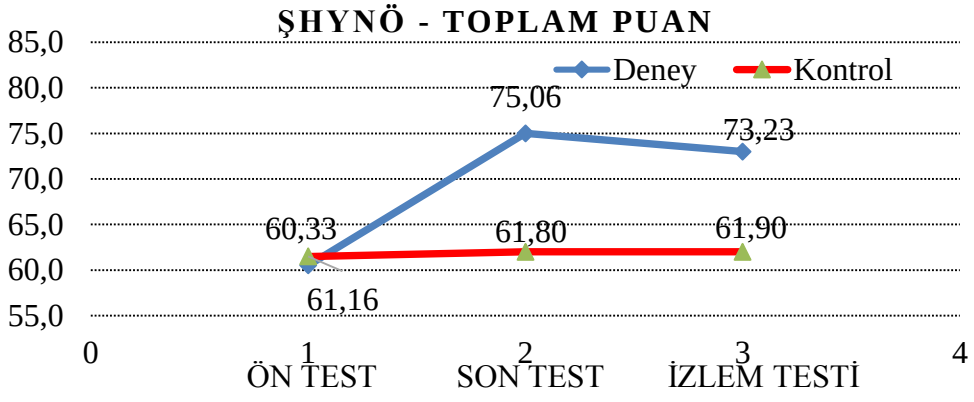
Deney grubunda bulunan hastaların ŞHYNÖ "kişiler arası ilişkiler" alt boyutu "ön test ve son test", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi. ŞHYNÖ "mesleki rol" ve "günlük eşya kullanımı ve faaliyetler" alt boyutları "ön test ve son test", "son test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı. ŞHYNÖ toplam puan ortalaması ile "ruhsal bulgular" alt boyutu puan ortalamasının "ön test ve son test", "son test ve izlem testi", "ön test ve izlem testi" puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.6).



Şekil 4.1. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin RHİDÖ toplam puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre değişim grafiği



Şekil 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin HUÖ toplam puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre değişim grafiği



Şekil 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ŞHYNÖ toplam puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre değişim grafiği

5. TARTIŞMA

Şizofreni tedavisinde, farmakolojik tedaviyle beraber psikososyal müdahalelerin kullanıldığı kombine tedavi yöntemleri önerilmektedir.[39] Bu psikososyal tedavi yöntemlerinden birisi de umut aşılamadır.[29,100,106,107] Ancak hem ulusal hem de uluslararası literatür incelendiğinde şizofreni hastalarına yönelik umut aşılamanın uygulandığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu araştırma umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimlerinin şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin çalışmaya başlamadan önce içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin benzer olduğu bulundu. Girişim öncesinde her iki grupta yer alan hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Hem ulusal hem de uluslararası çalışmalar, şizofreni hastalığında içselleştirilmiş damgalanmanın önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır.[5,7,11,21,40,43,44] Şizofreni hastalarıyla yürütülen farklı araştırmalar hastaların kendi kendilerini damgalama düzeylerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir.[108,109] Bu sonuçlar, çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Girişim sonrası deney grubunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde düştüğü belirlendi (Tablo 4.3). Bu sonuç doğrultusunda, farmakolojik tedaviyle birlikte psikososyal tedavi yöntemi olarak umut aşılamanın uygulanmasının hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin azalmasında olumlu bir etki gösterdiği söylenebilir. Girişim sonucunda deney gurubunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde görülen düşüş araştırma hipotezlerinden olan **'Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimleri şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkiler'** hipotezini doğrulamaktadır.

İçselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarının önemli sorunlarından birisi olduğu bilinmektedir.[11,40,43,44] Ancak literatür incelendiğinde, içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azaltmaya yönelik oldukça sınırlı sayıda müdahale çalışmasına ulaşılmış olup,[110-113] umut aşılama yönteminin uygulandığı hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır. Şizofreni hastalarıyla yapılan farklı araştırmalarda umut ve içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.[5,21,94] Bu bağlamda umut seviyesinin artışı, içselleştirilmiş damgalanmanın azalmasında etkili olabilir. Umut aşılama programı hastaların aktif katılımını gerektiren, ev ödevlerinden oluşan ve grup temelli bir programdı. Program içersinde literatürde içselleştirilmiş damgalanmayla ilişkisi olduğu belirlenen; baş etme becerilerini geliştirme, hedefler belirleme, olumsuz düşünceleri değiştirme, hastalık sürecini yönetme, benlik saygısını artırma, potansiyelini keşfetme ve sosyal ilişkileri güçlendirmeye yönelik eğitimler yer almaktaydı. Bu eğitimler ile hastaların geleceğe daha pozitif bakmaları, kendileri hakkındaki olumsuz düşüncelerinin azalması ve olumlu benlik algılarının gelişmesi için çalışıldı. Bu durumun hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde grup temelli psikoeğitim programlarının içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir.[111-114] Çuhadar ve Çam[111] yaptıkları çalışmada, 7 hafta süren psikoeğitim programının, bipolar bozukluk tanılı hastaların kendilerini damgalama düzeylerinde azalma sağladığını saptamıştır. Fung ve ark.[112] yaptıkları deneysel çalışmada, şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini azaltmaya yönelik; psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, sosyal beceri eğitimi ve hedefe ulaşma eğitimlerini içeren bir program uygulamışlardır. Çalışma sonucunda uygulanan programın içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Lucksted ve ark.[113] bilişsel stratejiler, olumlu

yönleri güçlendirme ve sosyal ilişkileri geliştirmeye yönelik uygulanan 9 haftalık grup müdahale çalışmasının ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Yanos ve ark.[114] yürüttükleri bir randomize kontrollü çalışmada, şiddetli ruhsal hastalığa sahip kişilere uygulanan grup temelli müdahalenin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Deney grubunun girişim sonrası içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin, yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme düzeylerinin düştüğü, damgalanmaya karşı direnç düzeylerinin ise arttığı görüldü (Tablo 4.3). RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç alt boyutu diğer alt boyutlardan farklı olarak içselleştirilmiş damgalama düzeyini değil damgalanmaya karşı koyma kapasitesini değerlendirmektedir.[101,115] Ruhsal hastalıklarda damgalamaya karşı direnç gösterme, içselleştirilmiş damgalanmayla mücadelede önemli bir rol oynamaktadır.[115] Ancak literatürde, damgalanmaya karşı direnç konusunda yapılan çalışmaların sayısının oldukça sınırlı olduğu ve direnci arttıran faktörler hakkında çok az bilgi bulunduğu bildirilmektedir.[7,115,116] Bu çalışmadan elde edilen bulgular, damgalanmaya karşı direnç göstermede umut aşılama müdahalesinin etkili olduğunu göstermektedir. Bu araştırma bulgusunun literatürdeki boşluğun doldurulmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

Umut aşılama programı tamamlandıktan 2 ay sonra yapılan izlemde deney grubunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde düşük olduğu bulundu (Tablo 4.4). Oturumlar tamamlandıktan sonra hastalara dağıtılan eğitim kitapçıkları ve oturumlar boyunca hastaların umut yolculuklarını not ettikleri umut defterlerinin eğitimin etkinliğinin sürdürülmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir.

Deney grubunun girişim öncesine kıyasla son test ve izlemde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde azalma olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Kontrol grubunda ise,

içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde ölçüm zamanları arasında anlamlı bir değişim görülmedi (Tablo 4.5). Deney grubunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin izlemde son teste göre arttığı tespit edildi. Yanos ve ark.[114] ciddi ruhsal hastalığa sahip kişilere grup temelli eğitim uyguladıkları deneysel bir çalışmada, hastaların eğitimden sonraki 3. ay izleminde damgalanma seviyelerinin arttığını, direnç düzeylerinin ise azaldığını ortaya koymuşlardır. Literatürde şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavinin tek başına yetersiz olduğu, psikososyal yaklaşımların tedavi sürecinin bir parçası olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu çalışmada umut aşılama programının sadece 8 hafta sürmesinin izlem sürecinde damgalanma düzeyinin yükselmesinde etkili olduğu düşünülebilir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin çalışmaya başlamadan önce umut düzeylerinin benzer olduğu saptandı. Araştırmaya katılan hastaların girişim öncesi umutlarının orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.2). Olçun ve Şahin Altun'nun[21] ve Yıldırım'ın[76] ülkemizde şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların umut düzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmıştır. Yapılan uluslararası çalışmalarda da şizofreni hastalarının umut seviyelerinin yüksek seviyede olmadığı bildirilmektedir.[17,18,19,23] Bu sonuçlar araştırma bulgularıyla örtüşmektedir.

Deney grubunun girişim sonrası umut düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde arttığı belirlendi (Tablo 4.3). Bu araştırma bulgusuna dayanarak, umut aşılama uygulanmasının şizofreni hastalarının umut düzeyinin artmasında olumlu bir etki gösterdiği söylenebilir. Girişim sonucunda deney gurubunun umut düzeyinde görülen artış, araştırma hipotezlerinden olan **'Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimleri şizofreni hastalarının umut düzeylerini etkiler'** hipotezini doğrulamaktadır.

Herth[106] ilk defa kanser nüksü deneyimleyen hastalarla yaptığı yarı deneysel çalışmada, 8 hafta süren ve 8 oturumdan oluşan umut aşılama programı uygulanan hastaların, kontrol grubuna kıyasla umut düzeylerinde önemli bir artış olduğunu ortaya

koymuştur. Herth'un[29] 38 yetişkin kanser hastası ile yaptığı farklı bir çalışmada ise, umut aşılama programının hastalarda umudun yeniden inşa edilmesinde ve sürdürülmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Duggleby ve ark.[107] tedavi edilemeyecek safhadaki kanser hastalarının bakım verici aile üyelerine umutla yaşama programı uygulamıştır. Çalışma sonunda umut programının bakım vericilerin umut ve yaşam niteliği düzeylerinde artış sağladığı bulunmuştur. Mccay ve ark.[117] şizofreni hastalarıyla yaptıkları 12 haftalık grup müdahale çalışmasında, deney grubunun kontrol grubuna kıyasla umut ve yaşam niteliği ölçümlerinde önemli derecede iyileşme gösterdiğini saptamıştır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Kylma ve ark.[118] şizofreni ve umut üzerine yaptıkları bütünleştirici gözden geçirme çalışmasında, şizofreni hastalığında umut konulu çalışmalarda genellikle görüşme, anket ve gözlem yöntemlerinin kullanıldığını bildirmiştir. Şizofreni hastalığında umudu ele alan deneysel araştırma tasarımlarının kullanıldığı çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmektedir.[27,100,118] Kirkpatrick ve ark.[100] şizofreni hastalığında umudu artırıcı stratejileri ele aldıkları çalışmada, hemşirelerin şizofreni hastalarında umudu artırmada eşsiz bir pozisyonda olduklarını vurgulamıştır. Umudun, şizofreni hastalığının tedavi sürecinde göz önüne alınması gereken önemli bir bileşen olduğu ve pek çok psikososyal değişkenle ilişkisi olduğu araştırmalarla ortaya konulmuştur.[17-19,21,76,95,96] Bu nedenle çalışmadan elde edilen bulguların, umut aşılama uygulamaları konusunda hemşirelere yol göstereceği ve literatüre önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Umut aşılama programı tamamlandıktan 2 ay sonra yapılan izlemde deney grubunun umut düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.4). Uygulanan umut aşılama programının yanı sıra, umudu artırmaya yönelik hastalara verilen eğitim kitapçıkları ve umut defterlerinin izlem ölçümlerinde

umudun sürdürülmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney grubunun girişim öncesine kıyasla son test ve izlemde umut düzeyinde artma olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Kontrol grubunda ise, umut düzeyinde ölçüm zamanları arasında anlamlı bir değişim görülmedi (Tablo 4.5). Deney grubunun umut düzeyinin izlemde son teste göre azaldığı bulundu. Bu azalma umut aşılama programının şizofreni hastalarının umut düzeylerinin artırılmasında etkili, ancak yeterince kalıcı olmadığını düşündürmektedir. Herth[106] umut aşılama programı uygulanan kanser hastalarının, kontrol grubuna kıyasla eğitimden sonraki 2. hafta, 3. ay, 6. ay ve 9. ay izlemlerinde umut seviyelerinde düşüş olduğunu bildirmiştir. Literatürde işlev kaybı, ilaç yan etkileri, sosyal damgalanma ve işsizlik gibi faktörlerin de umut üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.[17-23] Bu araştırmada umut üzerine etkili olabilen bu bileşenlere yönelik özel bir müdahale yapılmaması, umut düzeyindeki yükselişin kalıcılığını olumsuz etkilemiş olabilir. Ayrıca umut aşılama programının tedavi sürecinin bir parçası olmaması ve eğitimin sadece 2 ay boyunca devam etmesi de bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

Çalışmada yer alan deney ve kontrol grubundaki hastaların girişim öncesinde yaşam niteliği düzeylerinin benzer olduğu bulundu (Tablo 4.2). Deney ve kontrol grubunun çalışmaya başlamadan önce yaşam niteliklerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Hem ulusal hem de uluslararası çalışmalar, şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin orta düzeyde olduğunu bildirmiştir.[15,54,119-121]

Girişim sonrası deney grubunun yaşam niteliği düzeyinin kontrol grubuna kıyasla önemli düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Bu sonuç doğrultusunda, umut aşılama uygulanmasının şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin yükselmesinde olumlu bir etki gösterdiği söylenebilir. Girişim sonucunda deney gurubunun yaşam niteliğinde görülen artış, araştırma hipotezlerinden olan **'Umut aşılamaya yönelik hemşirelik**

girişimleri şizofreni hastalarının yaşam niteliklerini etkiler' hipotezini doğrulamaktadır.

Şizofreni hastalarıyla yapılan farklı araştırmalarda umut ve yaşam niteliğinin ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.[5,17,63,75,76] Literatür incelendiğinde, umut aşılama programlarının şizofreni hastalarının yaşam niteliği düzeylerini arttırdığı görülmektedir.[106,107] Umut aşılama programı içersinde literatürde yaşam niteliğiyle ilişkisi olduğu belirlenen; hedefler belirleme, hastalık sürecini yönetme, potansiyelini keşfetme ve sosyalizasyonu güçlendirmeye yönelik eğitimler yer almaktaydı. Bu eğitimlerin hastaların yaşam niteliği düzeylerinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Herth[106] umut aşılama programının kanser hastalarında yaşam niteliğinde yükselme sağladığını bildirmiştir. Duggleby ve ark.[107] kanser hastalarının bakım verenlerinde umutla yaşama programının umudun yanı sıra yaşam niteliğinde de yükselme sağladığını belirtmiştir. Ayrıca literatürde şizofreni hastalarıyla yapılan grup temelli psikoeğitim çalışmalarının hastaların yaşam niteliklerinin geliştirilmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır.[117,122-124]

Deney grubundaki hastaların girişim sonrası mesleki rol düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde yükselmediği saptandı (Tablo 4.3). Bu sonucun deney grubundaki hastaların önemli bir kısmının (%77) işsiz olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde istihdamın şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin önemli bir belirleyicisi olduğu ve şizofreni hastaları arasında işsizliğin sık görülen önemli bir sorun olduğu vurgulanmaktadır.[63,77]

Araştırmada deney grubundaki hastaların girişim sonrası günlük eşya kullanımı ve faaliyetlerde bulunma düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde yükselmediği bulundu (Tablo 4.3). ŞHYNÖ günlük eşya kullanımı ve faaliyetler alt boyutu, kişisel eşyaların kullanımı ile günlük yaşamdaki faaliyetleri değerlendiren iki

maddeden oluşmaktadır. Şizofreni hastalığının iyileşme ve alevlenme dönemleriyle seyreden kronik bir hastalık olması, hastalığın pozitif ve negatif semptomlara ve bilişsel kayıplara yol açması ve antipsikotik ilaçların yan etkileri hastaların günlük yaşamsal aktivitelerini yerine getirmesinde güçlükler oluşturabilmektedir.[15,57,63,70,73] Bu nedenle şizofreni hastalığında işlev kayıpları yaygın görülen sorunlar arasında yer almaktadır.[57,73] Umut aşılama programı içerisinde işlevselliğe yönelik özel müdahalelerin bulunmamasının da bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Umut aşılama programı tamamlandıktan 2 ay sonra yapılan izlemde deney grubundaki hastaların kişiler arası ilişkilerinde ve ruhsal bulgularında kontrol grubuna kıyasla görülen gelişmenin devam ettiği bulundu (Tablo 4.4). Literatürde grup temelli psikoeğitim programlarının yaşam niteliğinde yükselme sağladığı belirtilmektedir.[117,122-124] Grup eğitimlerinin hastalarda sosyal desteği artırdığı ve motivasyonu geliştirdiği bildirilmektedir.[122] Ayrıca bu araştırmada hastalara sosyalizasyonu güçlendirmeye yönelik yapılan oturumun kişiler arası ilişkiler alt boyutunun puan ortalamasında gelişme sağladığı düşünülmektedir. ŞHYNÖ ruhsal bulgular alt boyutu, motivasyon, amaç edinebilme, zaman kullanımı ve çevreye ilgiyi değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Bu araştırmada karar vermeyi destekleme oturumunda hedef belirleme ve zamanı doğru kullanmaya yönelik eğitimler verilmiştir. Bu eğitimlerin ve eğitim sonunda hastalara dağıtılan eğitim kitapçığının yaşam niteliğini geliştirmede etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney grubunun girişim öncesine kıyasla son test ve izlemde yaşam niteliği düzeyinde artma olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Kontrol grubunda ise, yaşam niteliği düzeyinde ölçüm zamanları arasında anlamlı bir değişim görülmedi (Tablo 4.5). Deney grubunun yaşam niteliği düzeyinin izlemde son teste göre azaldığı bulundu. Literatürde şizofreni hastalığında yaşam niteliği üzerinde etkili olan bazı değişkenler tanımlanmıştır. Bu değişkenler; negatif belirtiler, bilişsel bozukluklar, antipsikotiklerin neden olduğu

ekstraprimidal yan etkiler, hastaneye yatış sıklığı ve süresinin fazla olması, sosyal damgalanma, ayrımcılık, dışlanma ve işsizlik şeklinde sıralanabilir.[15,69-74] Bu araştırmada yaşam niteliği üzerinde etkili olabilen bu bileşenlere yönelik özel bir müdahale de bulunmamasından dolayı hastaların yaşam niteliklerinde düşüş olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada elde edilen tüm bulgular değerlendirildiğinde; deney grubundaki hastaların umut aşılama programı sonrasında içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları azalmış, umut ve yaşam niteliği puan ortalamaları ise artmıştır. Deney grubuna uygulanan girişimden 2 ay sonra yapılan izlem sürecinde içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları bir miktar artmış, umut ve yaşam niteliği puan ortalamaları ise bir miktar azalmıştır. Ancak izlem puan ortalamalarında görülen bu değişimlerin müdahale öncesi düzeye kıyasla daha iyi olması bu müdahale programının başarısını desteklemektedir. Bu verilerden yola çıkarak, umut aşılama programının şizofreni hastalarının tedavi sürecinde farmakolojik yaklaşımların yanında psikososyal bir müdahale yöntemi olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Umut aşılamaya yönelik hemşirelik girişimlerinin şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların girişim öncesi içselleştirilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeylerinin orta seviyede olduğu,
- Deney grubundaki bireylerin girişim sonrası son test ve izlem test ölçümlerinde içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının kontrol grubuna kıyasla azaldığı, umut ve yaşam niteliği puan ortalamalarının ise arttığı,
- Deney grubunun grup içi karşılaştırılmasında hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde ön teste oranla son test ve izlem ölçümünde azalma olduğu,
- Deney grubunun grup içi karşılaştırılmasında hastaların umut ve yaşam niteliği düzeyinde ön teste oranla son test ve izlem ölçümünde artma olduğu,
- Kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında hastaların içselleştilmiş damgalanma, umut ve yaşam niteliği düzeyinin ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni hastalığında farmakolojik tedaviye ek olarak bir psikososyal tedavi yöntemi olarak umut aşılama programının uygulanması,
- Psikiyatri hemşirelerine umut aşılama uygulamaları konusunda eğitimler düzenlenmesi,
- Umut aşılama uygulamalarının diğer ruhsal hastalıklarda da etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin N. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2015: 189-249

2. Yüksel N. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. İçinde: Yüksel N (editör). *Ruhsal Hastalıklar*, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 325-371.

3. Köroğlu E. *Birinci Basamakta Psikiyatri Elkitabı,* 5.baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013:333-335

4. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: A systematic literature review. *Biomed Central Psychiatry,* 2015, 15:1-14.

5. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 2013, 208:15-20.

6. Segalovich J, Doron A, Behrbalk P, Kurs R, Romem P. Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2013, 27:231-234.

7. Nabors LM, Yanos PT, Roe D, Hasson-Ohayon I, Leonhardt B L, Buck KD, Lysaker PH. Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry,* 2014, 55:792-798.

8. Çoban A. Şizofreni ve Hayat. İçinde: Akbıyık S (editör). Şizofreni Bin Parça Akıl, 2. Baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2009.

9. Çam O, Bilge A. Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4:91-101.

10. Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbel J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2003, 54:1105-1110.

11. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002, 9:35-53.

12. Huppert JD, Weiss KA, Lim R. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 2001, 51:171-180.

13. Akpınar Ş. Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.

14. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: Anxiety as the best symptom predictor. *Journal of Nervous and Mental Dısease*, 2001, 189:669-675.

15. Eack SM, Newhill CE. Psychiatric Symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33:1225-1237.

16. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Basımevi, 2010: 189-218.

17. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008, 118:421-433.

18. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005, 193:287–292.

19. Salerno EM. Hope, power and perception of self in individuals recovering from schizophrenia: A Rogerian perspective. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science,* 2002, 10:23-36.

20. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 2007, 116:290-298.

21. Olçun Z, Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of ınternalized stigma and their level of hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017, 31:332–337.

22. Öztürk HM. Şizofreni Hastalarında İntihar Girişiminin Pozitif ve Negatif Semptomlar, Depresyon, Umutsuzluk, İçgörü ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2012.

23. White RG, McCleery M, Gumley AI, Mulholland C. Hopelessness in schizophrenia: The impact of symptoms and beliefs about illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2007, 195:968–975.

24. Lee EH. Fatigue and hope: Relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*, 2001, 14:87-93.

25. Lai, YH, Chang JTC, Keefe FJ, Chiou CF, Chen SC, Feng SC, Liao MN. Symptom distress, catastrophic thinking, and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. *Cancer Nursing*, 2003, 26:485-493.

26. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6:41-47.

27. Barut JK, Dietrich MS, Zanoni PA, Ridner SH. Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016, 30:178-184.

28. Vaillot MC. Living and dying. Hope: The restoration of being. *The American Journal of Nursing*, 1970, 70:268-273.

29. Herth KA. Development and implementation of a Hope Intervention Program. *In Oncology Nursing Forum,* 2001, 28:1009-1016.

30. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC). Çeviri: Erdemir F, Kav S, Yılmaz A. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). 6. Baskı. İstanbul, Nobel Tıb Kitap Evleri, 2017: 371.

31. Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Çeviri: Köroğlu E. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-V-TR) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014: 49-51.

32. Crismon L, Argo TR, Buckley PF. Schizophrenia. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. (eds). *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, 9th ed. New York, New York: McGraw-Hill, 2014:1019-1046.

33. Jentsch JD, Roth RH. The neuropsychopharmacology of phencyclidine: from NMDA receptor hypofunction to the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 1999, 20:201–225.

34. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy, New York, Guilford Press, 2009: 30-61.

35. McDonald C, Murphy KC. The new genetics of schizophrenia. P*sychiatr Clin North Am*, 2003, 26:41–63.

36. Lavretsky H. History of Schizophrenia as a Psychiatric Disorder. In: Mueser KT, Jeste DV, (eds). *Clinical Handbook of Schizophrenia*, New York, Guilford Press, 2008:3-12.

37. Kültür S, Mete L, Erol A. Şizofreni. İçinde: Köroğlu E, Güleç C, Şenol S (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007: 191-197.

38. Hor K, Taylor M. Review: Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors, *Journal of Psychopharmacology*, 2010, 24:81-90.

39. Yıldız M, YA ÜS, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Çakıl G. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi: Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13:41-47.

40. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll C. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 2013, 12:155-164.

41. Goffman E. Stigma: Notes On The Management of Spoiled Identity, ABD, Prentice-Hall, 1963.

42. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, 27:363-385.

43. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: A cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 2012, 12:239-249.

44. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research*, 2010, 10:80-91.

45. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190:192-193.

46. Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Soc Sci Med*, 2014;103:1-6.

47. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol*, 2005, 11:179-190.

48. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz G, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının Şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14:203-212.

49. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005, 20:529-539.

50. Munoz M, Sanz M, Perez-Santos E, de los Angeles Quiroga M. Proposal of a socio–cognitive–behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 2011, 186:402-408.

51. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, Kubiak MA. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001, 27:187-195.

52. Arboleda-Flórez J. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2012, 57:457-463.

53. World Health Organization. Programme on mental health, measurıng qualıty of life. https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. 8 Ağustos 2019.

54. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2000, 13:204-210.

55. Elkinton JR. Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine,* 1966, 64:711-714.

56. Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri,* 2003, 6:9-14.

57. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 2000, 102:33-37.

58. Albrecht GL, Fitzpatrick RA. Sociological perspective on health-related qulaity of life research, In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, (Eds). *Advanced in Medical Sociology, Quality of life in health care.* London, Greenwich CT, Jai Press, 1994:120-121.

59. Angermayer MC, Kilian R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds), *Quality of Life in Mental Disorders*, England, John Wiley&Sons, 1999:19-30.

60. Caqueo-Urízar A, Lemos-Giráldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 2008, 20:577-582.

61. Eiser C, Jenney M. Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood,* 2007, 92:348-350.

62. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry. Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds), *Quality of Life in Mental Disorders*, England, John Wiley&Sons, 1999:3-16.

63. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45:72-83.

64. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bouzoño M. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues İn Clinical Neuroscience,* 2007, 9: 215-226.

65. Khalesi Z, Jetha MK, Poole KL, Goldberg JO, Van Lieshout RJ, Schmidt LA. Shyness, hormones, and quality of life among adults with schizophrenia. *International Journal of Neuroscience*, 2019, 129:470-480.

66. Eklund M, Bäckström M, Hansson L. Personality and self- variables: important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out- patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 108:134-143.

67. Suttajit S, Pilakanta S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015, 11:1371-1379.

68. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Brugha T, Azorin JM, EuroSC Study Group. Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: findings from the EuroSC study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2008, 196:87-94.

69. Forsberg KA, Björkman T, Sandman PO, Sandlund M. Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: A cluster randomised controlled trail on symptoms, quality of life and sense of coherence. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 19:1519-1528.

70. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LPN, Cortese L, McIntosh E, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102:303-309.

71. Carpiniello B, lai G, Pariante CM, Carta MG, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: A comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand*, 1997, 96:235-241.

72. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ, Carroll B, Sabai M, Strakowski SM, Patterson T, Jeste DV. Health related quality of well-being in chronically

hospitalised patients with schizophrenia: Comparison with matched out-patients. *Psychiatry Res*, 2001, 103:69-78.

73. Tomotake M. Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medical Investigation*, 2011, 58:167-174.

74. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 2001, 51:171-180.

75. Doğanavşargil Ö. Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.

76. Yıldırım DL. Şizofren Hastaların Umut Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara üniversitesi, 2009.

77. Yu CY, Lai CY, Chang YS, Wu CK, Chung FC. The symptoms, resourcefulness and quality of life in community- based patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 2019, 28:3582-3589

78. Ruggeri M, Nose M, Bonetto C, Cristafalo D, Lasalvia A, Salvi G, Stefani B, Malchiodi F, Tansella M. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *Br J Psychiatry*, 2005, 187:121-130.

79. Lubetkin EI, Jia H, Franks P, Gold MR. Relationship among sociodemographic factors, clinical conditions and health related quality of life: Examining the EQ-5D in the U.S. general population. *Qual Life Res*, 2005, 14:2187-2196.

80. Mroczek DK, Spiro A. Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veteran affairs normative aging study. *J Pers Soc Psychol*, 2005, 88:189-202.

81. Vandiver VL Quality of life, gender and schizophrenia: A cross national survey in Canada, Cuba and USA. *Community Ment Health J*, 1998, 34:501-511.

82. Kavak F, Ekinci M. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri* Dergisi, 2014, 3:588-598.

83. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek-Yüksel E. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19:266-273.

84. Miller J, Powers M. Development of an ınstrument to measure hope. *Nursing Research*, 1988, 37:6-10.

85. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. Hope theory: A member of the positive psychology family. In: Snyder CR, Lopez SJ (eds). *Handbook of Positive Psychology*, New York, Oxford University Press, 2002:257-276.

86. Snyder CR, Crowson JJ. Hope and coping with cancer by collage women. *J Pers*, 1998, 66:195-214.

87. Akman Y, Korkut F. Umut ölçeği üzerine bir araştırma. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1993, 9:193-203.

88. Cutcliffe JR. Hope: The eternal paradigm for psychiatric/mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, 16:843-847.

89. Nweze OJ, Agom AD, Agom JD, Nwankwo A. A Critical Analysis of the Concept of Hope: The Nursing Perspective. *International Journal of Science and Research*, 2015, 4:1027-1030.

90. Marcel GG. Homo Viator: Introduction to a Metaphysic of Hope, Peter Smith Publishing, Gloucester. 1944.

91. Cohen C, Cutcliffe JR. Hope and interpersonalmental health/ mental health nursing: a systematicreview of the literature – part one. *Journal of MentalHealth and Mental Health Nursing*, 2007,14:134-140.

92. Korner I. Truth-telling versus hope: A dilemma in practice, *International Journal of Nursing Practice*, 2007, 6:26-31.

93. Frankl VE. Man's search for meaning, London, Hodder and Stoughton Press, 1959:76-106. Frankl V. (1959) Man's Search for Meaning. Hodder andStoughton, (1964). London.

94. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, Latalova K. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2017, 13:567-576.

95. Lyu J, Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research*, 2014, 155:59-65.

96. Coşkun E, Altun ÖŞ. The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2018, 32:98-102.

97. Altun ÖŞ, Olçun Z. Şizofreni hastalığında umut kavramı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5:107-112.

98. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 2003, 7:51-61.

99. Moore SL. Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12:100-105.

100. Kirkpatrick H, Landeen J, Byrne C, Woodside H, Pawlick J, Bernardo A. Hope and schizophrenia: clinicians identify hopeinstilling strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1995, 33:15-19.

101. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 2003, 121:31-49.

102. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18:163-171.

103. Herth K. Development and refinement of an ınstrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1991, 5:39-51.

104. Aslan Ö, Sekmen K, Vural H. Öğrenci hemşirelerde umut. *Hospital Life*, 2006, 1:61-63.

105. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*, 1984, 10:388-398.

106. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 32, 1431-1441.

107. Duggleby W, Wright K, Williams A, Degner L, Cammer A, Holtslander L. Developing a living with hope program for caregivers of family members with advanced cancer. *Journal of Palliative Care*, 2007, 23:24-31.

108. Mahmoud S, Zaki RA. Internalized stigma of mental ıllness among schizophrenic patients and their families (Comparative Study). *Journal of Education and Practice*, 2015, 6:82-98.

109. Singh A, Mattoo SK, Grover S. Stigma and its correlates in patients with schizophrenia attending a general hospital psychiatric unit. *Indian Journal of Psychiatry*, 2016, 58:291-300.

110. Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Del Rossi R, Fontecchio MJ, Rüsch N. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 2015, 229:148-154.

111. Çuhadar D, Çam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2014, 28:62-66.

112. Fung KM, Tsang HW, Cheung WM. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2011, 189:208-214.

113. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2011, 35:51-54.

114. Yanos PT, Roe D, West ML, Smith SM, Lysaker PH, Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychol. Serv*, 2012, 9:248-258.

115. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2011, 37:316-323.

116. Lien YJ, Kao YC, Liu YP, Chang HA, Tzeng NS, Lu CW, Loh CH. Internalized stigma and stigma resistance among patients with mental illness in Han Chinese population. *Psychiatric Quarterly*, 2015, 86:181-197.

117. McCay E, Beanlands H, Zipursky R, Roy P, Leszcz M, Landeen J, Hunt J. A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 2007, 6:212-220.

118. Kylma J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M. Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13:651-664.

119. Silva TFCD, Mason V, Abelha L, Lovisi GM, Cavalcanti MT. Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from Psychosocial Care Centers. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2011, 60:91-98.

120. Caqueo-Urízar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Fernández-Dávila P. Quality of life of schizophrenia patients of Aymaran ethnic background in the north of Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2012, 5:121-126.

121. Karaağaç Özçelik E, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 9:80-87.

122. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *The British Journal of Psychiatr*y, 1996, 168:199-204.

123. Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif Ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

124. Bechdolf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung AR, Pukrop R. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2010, 44:144-150.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Zeynep OLÇUN
Doğum tarihi:	06.08.1991
Doğum Yeri:	Erzurum
Medeni Hali:	Bekar
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel:	0442 236 2755
E-mail:	zeynep.olcun@atauni.edu.tr
Eğitim	
Lise:	Nenehatun Anadolu Lisesi (2009)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2009-2013)
Yüksek Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2016)
Doktora:	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-2020)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	Orta derecede (YDS 78.76, Eylül 2014)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Hemşireler Derneği	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalında Dokrora Tezi olarak **Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN** danışmanlığında sunulan **"Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi"** başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	4	15
Genel Bilgiler	3	30
Materyal ve Metod	26	35
Bulgular	10	10
Tartışma	2	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 10. / 03./ 2020

Zeynep OLÇUN
İmza

Doç. Dr. Özlem Şahin ALTUN
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ'de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAYI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Arş.Gör.Dr.Zeynep OLÇUN**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 07 Karar No: 41**	**Tarih:** 29.11.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Binali FIRINCI
Üye

Dr.Öğr.Üy.Zahide KOŞAN
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Tel No: **TARİH:**

1) Cinsiyetiniz:
(1)Kadın (2)Erkek

2) Yaşınız : …….

3) Medeni durumunuz:
(1)Bekar (2)Evli

4) Öğrenim durumunuz:
(1) İlköğretim (2)Ortaöğretim (3)Lise

5) Kiminle yaşıyorsunuz?
(1)Aile
(2)Yalnız
(3) Bakım evi
(4) Diğer

6) İş durumunuz nedir?
(1)Çalışıyor (2)Çalışmıyor

7) Toplam aylık geliriniz ne düzeyde?
(1) iyi
(2) orta
(3)kötü

8) İlk hastalanma yaşı……..……

9) Ailede ruhsal hastalık öyküsü var mı?
(1)Var (2)Yok

EK-5. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.				
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				
6	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9	Ruhsal hastalığım benim "garip" görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim "normal" yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				
16	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.				
17	Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.				
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.				
19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.				
23	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkım olamaz.				
24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.				
26	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

EK-6. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ

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

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

EK-7. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

1) Evde birlikte yaşadığı kişilerle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2) Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3) Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4) Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5) Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6) Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7)Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8) Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9) Mesleki Rol Uyumu	0	1	2	3	4	5	6
10) Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11) Potansiyelini kullanabilme	0	1	2	3	4	5	6
12) Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
13) Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
14) Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
15) Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
16) Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
17) Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
18) Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
19) Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
20) Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
21) Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6

EK-8. KURUM UYGULAMA İZİN BELGESİ

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 20369917-300-E.1900068125 27.02.2019
Konu : Uygulama İzni (Zeynep OLÇUN)

DAĞITIM YERLERİNE

Anabilim Dalınız doktora programı öğrencisi **Zeynep OLÇUN'un *"Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi"*** konulu tez çalışmasının uygulama izni ile ilgili Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 26.02.2019 tarih ve 1900066230 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Ek : 26.2.2019 tarihli 88179374-300-E.1900066230 sayılı belge

Dağıtım:
Gereği:
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Sayın Doç.Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Atatürk Üniversitesi Enstitüler Binası Kat:1 25240 Erzurum
Tel: +90 442 2314886
Elektronik Ağ: http://www.atauni.edu.tr/#!birim=saglik-bilimleri-enstitusu
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr
Bilgi: Hatice AKBULUT DELİCE
Faks: +90 442 2314888

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=5662EF1

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 44827528-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 26.12.2018 tarihli ve E.1800375205 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN sorumluluğunda Zeynep OLÇUN tarafından "Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi" başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için izin talebinde bulunulduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Yapılan değerlendirme neticesinde, çalışmanın Erzurum SBÜ Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' nde yapılması uygun görülmüş olup çalışma esnasında etik kurallara uyulması, kurum ve kişi mahremiyetine uygun hareket edilmesi önem arz etmektedir.

Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan, toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılarımıza hassasiyetle uyulması gerekmektedir. İlgili kişiye bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Yıldız BÜYÜKER
Vali a.
Vali Yardımcısı

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No:
e-Posta: Emine.Sat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr
Bilgi için: Emine ŞAT CANCAN
EBE
Telefon No: 0442-234 39 25- Dahili : 1131

EK-9. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ



zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com> 29 Aralık Cmt 21:54 (23 saat önce)

Alıcı: Mehmet

Sayın Mehmet Akif ERSOY,

Ben Zeynep OLÇUN, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim ve doktora yapmaktayım. Doktora tezimde kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz sevinirim.



Mehmet Akif Ersoy 29 Aralık Cmt 22:45 (22 saat önce)

Alıcı: ben

Merhabalar,
ölçek ekte, çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi günler

zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com>, 29 Ara 2018 Cmt, 21:54 tarihinde şunu yazdı:

...

EK-10. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ



zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com> 24 Eylül Pzt 20:23

Alıcı: özlem

Sayın Özlem ASLAN,

Ben Zeynep OLÇUN, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim. Yüksek lisans tezimde kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Herth Umut Ölçeği'ni kullanmak üzere sizden izin almış ve kullanmıştım. Doktora tez çalışmamda da Herth Umut Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz sevinirim.

zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com>, 8 Haz 2016 Çar, 22:03 tarihinde şunu yazdı:

özlem aslan <oozlem.aslan@gmail.com> 25 Eylül Sal 12:01

Alıcı: ben

Sayın Zeynep OLÇUN,

Mesajınız için teşekkür ederim. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğum "Herth Umut Ölçeği"ni, doktora tezinizde, atıf kurallarına uygun olarak kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Özlem ASLAN
Prof.Dr.
Ufuk Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
Balgat/Ankara

zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com>, 24 Eyl 2018 Pzt, 20:23 tarihinde şunu yazdı:

EK-11. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ



zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com> 29 Ara 2018 Cmt 22:17

Alıcı: haldunsoygur

Sayın Haldun SOYGÜR,

Ben Zeynep OLÇUN, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisiyim ve doktora yapmaktayım. Doktora tezimde kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz memnun olurum.

HALDUN SOYGUR <haldunsoygur@yahoo.com.tr> 30 Ara 2018 Paz 04:14

Alıcı: ben

Zeynep hanım,

elbette kullanabilirsiniz.

Bir sorunuz varsa yazın iütfen.

Kolay gelsin

Haldun Soygür

29 Aralık 2018 Cumartesi 21:17:27 GMT+2 tarihinde, zeynep olçun <zeynepolcun6@gmail.com>şunu yazdı:

EK-12. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN UMUT AŞILAMA PROGRAMI EĞİTİM KİTAPÇIĞI

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN UMUT AŞILAMA PROGRAMI EĞİTİM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYANLAR

Atatürk Üniversitesi

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Zeynep OLÇUN

Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

2019

EK-13. UMUT AŞILAMA PROGRAMI EĞİTİM İÇERİĞİ

1. OTURUM: HAZIRLIK OTURUMU

Amaç: Tanışma, umut aşılama programı konusunda hastaları bilgilendirme, grup kurallarını belirleme, hastaların umut aşılama programı ile ilgili beklentilerini ifade etmesi ve araştırmada kullanılan anketlerin uygulanması

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Tanışma**

  Eğitici tarafından grubun amacı, süresi ve eğitim konuları hakkında bilgi verilmesi

  - Umut aşılama programının amacı, sizlerin yaşama daha umutla bakmanızı sağlamaktır. Yaşam kalitenizi artırmak ve kendinizi damgalamanızı önlemektir.
  - Program 8 hafta boyunca haftada 2 defa olmak üzere 16 oturumdan oluşmaktır. Her oturum yaklaşık 45 dakika sürmektedir.
  - Umut aşılama programının içerisinde; umut kavramı, umut kaynaklarını belirleme, karar vermeyi destekleme, sosyalizasyonu güçlendirme, baş etmeyi güçlendirme, benlik saygısını güçlendirme, hastalığı yönetme, uykunun güçlendirilmesi, duygu durum yönetimi ve öfke kontrolüne yardım gibi umudun artırılmasında etkili olan konular yer almaktadır.

- **Grup kurallarının belirlenmesi**

  Katılımcıların oturumların güven ve saygı içerisinde geçmesi için uygulanabilecek kurallar konusunda fikirleri alındı. Eğitim odasındaki tahtaya grup kuralları başlığı yazılarak katılımcıların fikirleri sırasıyla tahtaya yazıldı. Etkili bir grup eğitimi için katılımcıların önerdiği grup kuralları içerisinde mutlaka bulunması gereken belirli kurallar vardır. Listede yer almayan önemli kurallar da araştırmacı tarafından listeye eklendi.

- **Gizlilik:** Eğitimde öğrendiğiniz bilgileri ya da oturumlara ilişkin duygu ve düşüncelerinizi grup dışındaki kişilerle paylaşmak sizin kendi kişisel tercihinizdir. Ancak diğer grup üyelerinin kişisel bilgilerini paylaşmamanız gerekmektedir.
- **Farklı görüşlere saygı duymak:** Katılımcılarla aynı düşüncede olmadığınızı belirtmenizin herhangi bir sakıncası bulunmamaktadır. Ancak bunu karşımızdaki kişiyi incitmeden ve kişiselleştirmeden yapmanız gerekmektedir.
- **Birbirimizi dinlemek:** Oturumların etkili olabilmesi için söz hakkı almadan konuşulmamalı ve başkası konuşurken sözü kesilmemelidir.
- **Tüm oturumlara katılmak:** Umut aşılama programı birbirini tamamlayan ve devamı niteliğinde olan oturumları içerdiğinden tüm oturumlara eksiksiz katılmanız çok önemlidir. Herhangi bir oturumda kaçıracağınız bir konu diğer oturumlardaki öğrenmenizi de etkileyebilmektedir.
- **Etkinliklere aktif bir biçimde katılmak:** Öğrenmenin en etkili şekli uygulayarak öğrenmektir. Umut aşılama programı aktif katılımınızı gerektiren oturumlardan oluşmaktadır. Bu nedenle tüm katılımcıların fikirlerini paylaşma, ev ödevlerini yapma ve oturumun içeriğine göre istenen etkinliklere katılması beklenmektedir.

Grup üyelerinin grupta bulunmaya dair duygu ve düşüncelerini paylaşması

Araştırmacı tarafından umut defterlerinin tanıtılması ve katılımcılara dağıtılması

Umut aşılama programı boyunca edineceğiniz bilgileri not almak ve verilen ev ödevlerini yapmak için umut defterlerini kullanacağız. Umut defterlerinizi size umut veren güzel anılarınızı not ettiğiniz bir umut günlüğü şeklinde de kullanabilirsiniz.



Şekil 1. Umut defterinin görünümü

- **Umut defterleri konusunda katılımcılardan gelen soruların yanıtlanması**
- **Oturumun özetlenmesi**

2. OTURUM: UMUDUN ANLAMI VE DOĞASI

Amaç: Grup üyelerini; umut ve umutsuzluk kavramı, umutsuzluğun belirtileri, hastalığa uyumda umudun etkisi konularında bilgilendirmek, hastaların umut konusunda bilgi ve farkındalıklarını artırmak

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

Araştırmacı tarafından önceki oturumda bahsedilen konuların hatırlatılması ve oturumlar arası ilişki kurulması amacıyla bir önceki oturum özetlendi. Katılımcılardan sonraki oturumlarda özetlemenin oturuma daha aktif katılımlarını sağlamak için kendilerinden isteneceği belirtildi.

- **Umudun anlamı ve önemi konusunda katılımcıların fikirlerinin alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Umut ve Umutsuzluk Kavramları

Umut, yüzyıllardır toplumlar için merak duyulan, araştırılan ve üzerine konuşulan bir konu olmuştur. Geçmişten günümüze farklı şekillerde tanımlanmış ve açıklanmıştır. Günümüzde umut; "algılanan olumsuzluklardan kurtulma, iyilik halinin devamlılığı ve

geliştirilmesi için geleceğe yönelik olumlu beklentiler" olarak tanımlamaktadır. Umut ve ümit eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Umut bireyin yaşam enerjisini oluşturur. Umut insanın içinde var olan, onu şuan ki durumu değiştirmek için hareket etmeye zorlayan, kendisi ve başkaları için daha iyi bir yarının hayalini kurabilmesine yardımcı olan bir iç güçtür.

Umutlu kişiler; mutlu, geleceğe pozitif bakan, hayaller kuran, planlar yapan ve hedefleri olan kişilerdir. Ayrıca kendilerine saygı duyan, geçmişte başardığı şeylerin farkında olan, karşılaştıkları olumsuz durumlara karşı koyacak gücü kendilerinde bulan ve sorunlarla kaçmak yerine mücadele eden kişilerdir.

Umutsuzluk; umudun, kişisel enerjinin ve motivasyonun azaldığı, bireyin geleceğe daha karamsar baktığı bir durumudur.

Umutsuzluğun belirtilerini tanıma

- Mutsuzluk, çaresizlik, karamsarlık duyguları,
- Yaşama isteğinde azalma,
- Çevreye ilgide azalma,
- Hayal ve arzu etmede azalma,
- Amaç edinme ve planlar yapmada sorunlar yaşama,
- Geleceğe yönelik belirsizlik ve kaygı yaşama,
- İsteklere ulaşmak ve sorunları çözmek için kendini enerjisiz hissetme,
- Sosyal çevreden uzaklaşma gibi belirtiler görülebilmektedir.

Hastalığa uyumda umudun etkisi

Umut sağlıklı olmak için gereken önemli bir faktördür. Psikoterapist Victor Frankl'a göre umut, kişisel gelişim için dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Ayrıca umut eksikliği hastalık durumlarında iyileşme süresini uzatır ve hastalıkla mücadeleyi güçleştirir.

Umut birey kadar ailesinin de psikolojik ve fizyolojik savunmalarını güçlendiren hayati öneme sahip iyileştirici bir güçtür. Zorluklarla baş edebilmek ve kederden kurtulabilmek için umut insanlara güç veren bir faktör olarak algılanmaktadır. Umut, umutsuzluğa kapılmamayı, acı verici yaşantılara karşı koymayı ve iyileşmek için gereksinim duyulan enerjiyi harekete geçirmeyi sağlar.

Umutlu olmak yaşamı algılayış şeklimizi pozitif yönde etkileyerek, hastalıklarla baş etme ve sağlığı sürdürmeye yönelik davranışlarımızı harekete geçirmemizi sağlar. Umutlu bireyler sağlık sorunlarıyla daha iyi mücadele etmekte, olumsuz durumlar karşısında daha az üzüntü, çaresizlik ve güçsüzlük gibi negatif duygular yaşamaktadır.

Umutsuzluk, hem yeni sağlık sorunlarına yol açmakta hem de mevcut hastalıklarla mücadeleyi güçleştirmektedir. Umudun kaybı, depresyon ve kaygı düzeyini artırmaktadır.

Şizofreni ve umut

Yapılan bilimsel araştırmalar gösteriyor ki umutlu olan şizofreni hastaları daha az olumsuz duygular hissetmekte ve daha az depresyon yaşamaktadır. Ayrıca umutlu olan hastaların kendilerine saygıları, hastalığa uyum oranları ve kendi yaşamlarını sürdürme becerileri umutsuz hastalara kıyasla daha yüksektir. Şizofreni hastalarının umutlu olması; hastaneye yatış sıklığı ve sayısında azalma, tedavi sürecinde hızlanma, tedaviye ve hastalığa uyumda artma ve yaşam kalitesinde yükselme sağlamaktadır.

Günlük yaşam içerisinde yaşanan olaylar nedeniyle umudumuz sürekli aynı seviyede olmayabilir. Yani zaman zaman kendimizi umutsuz hissedebiliriz ama burada önemli olan nokta yaşamımızın önemli bir kısmında umudumuzu sürdürmemiz ve umutsuzluğa kapıldığımız anlarda bu eğitimde edindiğimiz bilgileri hatırlayarak ve umut defterlerimizi inceleyerek yeniden umudu içimizde büyütmemizdir.

- **Umut ile ilgili aşağıdaki paragraf okunarak katılımcıların duygu ve düşüncelerinin alınması**

  Ümidin soluk verdiği anlar en canlı ve en mutlu anlarımızdır. Nefessiz yaşanmadığı gibi umutsuz yürekte canlılığını yitirir ve hiçbir engeli aşamaz. Umut vücutta kan gibidir. Kan her canlılığın önemli bir unsuru ise; umutta bütün eylemlerin ve kararların kaynağıdır. Bu kaynak kurursa insan hareket ve eylem gücünü yitirir.

- **Oturumun özetlenmesi**

3. OTURUM: UMUT KAYNAKLARINI KEŞFETME

Amaç: Grup üyelerinin yaşamdaki umut kaynaklarını keşfetmelerini sağlamak ve hastaların umut kaynakları konusunda farkındalıklarını artırmak

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Kişiye yaşama sevinci ve harekete geçme enerjisi veren, güç uyandıran, mutlu eden ve umut veren her şey kişinin umut kaynaklarını oluşturur. Umut kaynakları kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Bazı zamanlar bireyler yaşamlarının içerisinde ki umut kaynaklarını unuturlar ve umutsuzluğa kapılırlar. Bu kaynakların hatırlanması ve farkında olunması umutsuzluğun önüne geçilmesini sağlar ve kişiye umut verir. Umut listesine sizin için değerli ve anlamı olan size umut veren her şeyi ekleyebilirsiniz.

- **Katılımcılarda fikir uyandırmak amacıyla umut kaynağı olabilecek bir kaç kavram eğitim odasındaki tahtaya yazıldı. Katılımcılardan gelen fikirler ile umut kaynakları listesi genişletildi.**

  Umut listesine eklenebilecek örnek kavramlar;

  - Arkadaşlar,

- Aile,
- Çocuklar,
- Sevgi,
- Güzel anılar,
- Okunan güzel bir kitap,
- Manevi inançlar,
- Dua etmek,
- Vatandaşlık,
- Seyahat etmek,
- Yeni şeyler öğrenmek,
- Birisine yardım etmek,
- Bir hayvanı sahiplenmek,
- Derneklere üye olmak,
- Yardım kuruluşları için çalışmak,
- Yıldızlar, güneşin doğuşunu ve batışını izlemek, yağmuru hissetmek gibi doğa olayları…

Unutmayın "Yaşam ne kadar kötü gözükürse gözüksün, her zaman başarılı olacak bir yol vardır. Hayat varsa, umut da vardır." Stephen Hawking

- **Umut listesinin yaşama etkisi konusunda katılımcıların duygu ve düşüncelerinin alınması**
- **Umut listesi hazırlama ev ödevinin verilmesi**

Katılımcılara yaşamlarında ki umut kaynaklarını umut defterlerine yazmaları ev ödevi verildi. Kendi kişisel umut listenize etkinlik sırasında değinilmemiş ve bahsedilmemiş şeyleri de yazabilirsiniz. Size umut veren bir kişinin adını, umut veren bir hatırayı ya da

nesneyi yazabilirsiniz. Önemli olan tek husus yazdığınız şeylerin sizde umut uyandırmasıdır.

- **Oturumun özetlenmesi**

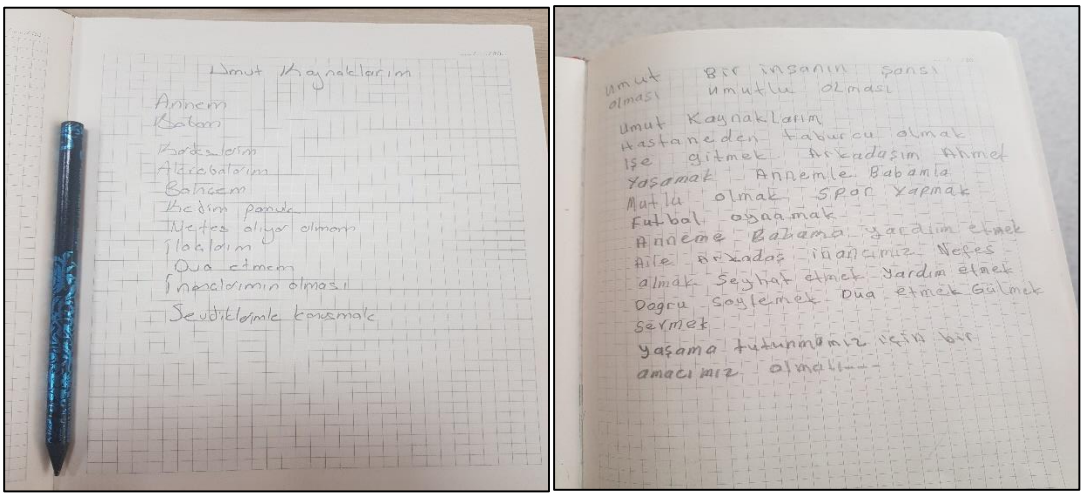
4. OTURUM: KARAR VERMEYİ DESTEKLEME

Amaç: Grup üyelerinin geleceğe dair planlar yapması ve hedefler edinmesini sağlamak ve amaçlar edinmeleri konusunda üyeleri desteklemek.

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Verilen ev ödevinin gözden geçirilmesi**

Araştırmacı grup üyelerine herkesin ödevini yapıp yapmadığını ve ödev ile ilgili olarak sorun yaşayıp yaşamadıklarını sordu. Sorun yaşadığını ifade eden üyelerin sorunları ele alındı ve anlaşılmamış olan noktalar tekrar açıklandı. Ödevi yapmayan üyeler için umut aşılama programında ödevlerin rolü ve önemi tekrar açıklandı. Ödevin yapılması konusunda üyeler desteklendi. Ödevini paylaşmak için gönüllü olan üyelerden ödevlerini grupla paylaşmaları istendi. Daha sonra araştırmacı ödevler konusunda geri bildirimlerde bulundu.



Şekil 2. Grup üyelerinin hazırladıkları bazı umut listesi örnekleri

- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Hedef belirleme

Yaşam boyunca insanlar hayatın her alanında hedef belirlemek ve planlar yapmak durumundadır. Doğru amaç edinimi yaşama anlam katar ve motivasyonu artırır. Hedef belirleme bireyin hayattaki varlığını keşfetmesine ve bu sayede hayatını yönetmesine imkân sağlar. Yaşama amacı ve hedefleri olmayan kişilerin hayata bağlılıkları azalır ve umutsuzluğa kapılırlar.

Hedefi olmayan gemiye hiçbir rüzgar yardım etmez.

Zaman değiştirilemeyen, geri getirilemeyen ve devredilemeyen bir olgudur. Kişinin zamanı etkili ve verimli kullanılabilmesi için öncelikli olarak hedef belirlemesi gerekmektedir. İnsanlar yapmak mecburiyetinde oldukları ve gerçekleştirmek istedikleri hedefler doğrultusunda hareket ederler. Zaman hedeflerin öncelik sırasına göre kullanılırsa yönetilebilir.

Hedef Belirleme Kriterleri;

Hedef belirlemek ile bir şeyin gerçekleşmesini arzu etmek çoğu zaman karıştırılır. Ancak arzu etmek ve hedef belirlemek ayrı şeylerdir. İstenilen şeylerin gerçekleşmesi için hedef belirlemek ve harekete geçmek gerekmektedir. Harekete geçme aşamasında hedefler küçük parçalara ayrılmalıdır. Aksi halde kişi hedefine ulaşamaz ve hayal kırıklığı yaşar. Ayrıca belirlenen hedefler ulaşılabilir olmalıdır.

Zamana göre hedefleri belirleme;

- Kısa vadeli hedefler (1 ay içerisinde gerçekleşmesi planlanan hedefler)
- Orta vadeli hedefler (1 yıl içerisinde gerçekleşmesi planlanan hedefler)
- Uzun vadeli hedefler (2 yıl ve sonrasında gerçekleşmesi planlanan hedefler) şeklinde planlanması gerekir.

Hedef Belirleme Basamakları

- Kendini tanıma

- Karar verme ve sorumluluk alabilme
- Hareket planı oluşturma

Kendini tanıma

Kişinin becerileri, ilgi alanları, yetenekleri ve içerisinde bulunduğu mevcut koşullar göz önünde bulundurularak hedefler belirlenmelidir. Hedef belirlenirken beklentiler göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer hedefler gerçekçi değilse bireyde baskı ve gerginliğe sebep olabilir.

Bu soruları kendinize sorun ve kendinizi biraz daha keşfetmeye çalışın:

- Ben kimim?
- Yaşamda üstlendiğim roller neler?
- İhtiyaçlarım neler?
- Güçlü ve zayıf yönlerim neler?

Karar verme-sorumluluk alma

Belirlediğiniz hedefler kısa ya da uzun vadeli olsun ilk olarak hayata geçirmeye karar vermeniz ve bunun için gereken sorumluluğu üstlenmeniz gerekmektedir.

Hareket planı oluşturma

"Planlamaya ayrılan on dakika uygulamada bir saat kazandırır" Japon Atasözü

Planlı olmak çoğu insanı korkutur. Çünkü planların özgürlüğe engel olacağına dair gerçek dışı düşünceler vardır. Tam aksine doğru hazırlanmış planlar, zamanı daha etkin kullanmaya yardımcı olur.

Plan nasıl olmalıdır?

- Planlar bireysel olmalıdır. Kişisel yönleri, gereksinimleri, istekleri ve zorunlulukları dengelemelidir.
- Planlar hayata geçirilebilir olmalıdır.

- Planların sınırları belli olmalıdır. Genel geçer ifadeler yerine özel ve daha net ayrıntılı ifadelerle hedefler ortaya konulmalıdır (Bir kursa gideceğim yerine bu ay saz çalmak için halk eğitim kursuna yazılacağım gibi).
- Planlar esnekliğe sahip olmalıdır. Planlar hayata geçirilirken yaşanabilecek aksiliklere karşı ek süreler konulmalıdır.
- Değerlendirme aşaması ihmal edilmemelidir (Yani hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı ve hangi aşamalarda sorunlar yaşandığı değerlendirilerek süreç gözden geçirilmelidir).
- Her yönüyle mükemmel ve kusursuz bir plan hazırlamanın mümkün olmadığı unutulmamalıdır. Bu süreçte yapacağınız her hata sizin daha fazla şey öğrenmenize katkı sağlayacaktır. Aksilikler olması durumunda planları yeniden şekillendirebilirsiniz.
- Planlar yapılırken zamanlamaya dikkat edilmelidir. Kısa vadeli, orta vadeli ve uzun vadeli planlar açıkça belirtilmelidir.

Kısa vadeli planlar	**Orta vadeli planlar**	**Uzun vadeli planlar**
(1 ay)	**(1 yıl)**	**(2 yıl ve üzeri)**
Yaşanılan şehirdeki müzeleri gezmek Bir hobi kursuna yazılmak	Seyahate çıkmak Bir hobi edinmek	Açık öğretimden ortaokul eğitimini tamamlamak Yabancı bir dil öğrenmek

Hedefler oluşturulup belirlendikten sonra onlara ulaşmak için düzenli çaba ve gayret gerekmektedir. Bunun için hedefin türüne göre kendinize çalışma takvimi oluşturabilirsiniz. Günlük, haftalık, aylık ve yıllık yapacaklarınızı ve ulaşmak istediğiniz

hedeflerinizi belirlemeniz onlara ulaşma olasılığınızı artıracaktır. Kısa vadede ulaşılmak istenen büyük hedefler sizde hayal kırıklığı oluşturabilir. Hedeflerinize sizi ulaştıracak küçük ve istikrarlı adımlarınız büyük planlarınıza ulaşmanızı sağlayacaktır.

Unutmayın ”En uzun yolculuklar bile küçük bir adımla başlar”.

- **Plan yapma ev ödevinin verilmesi**

Katılımcılara bir sonraki oturuma getirmeleri için kısa, orta ve uzun vadeli planlarını belirlemeleri ve umut defterlerine yazmaları ev ödevi verildi.

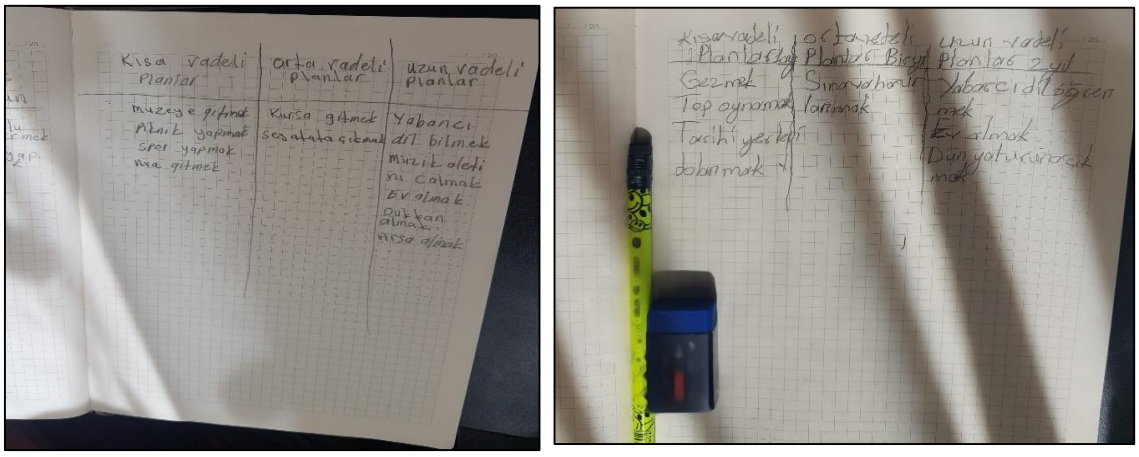
- **Oturumun özetlenmesi**

5. OTURUM: SOSYAL İLİŞKİLERİ GELİŞTİRME

Amaç: Grup üyelerinin sosyal ilişkilerini güçlendirmek ve daha sosyal olmaları konusunda onları desteklemek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Verilen ev ödevinin gözden geçirilmesi**



Şekil 3. Grup üyelerinin oluşturdukları plan örnekleri

- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Toplumsal yaşam insan hayatının önemli bir parçasını oluşturur. İnsanlar günlük yaşamları içerisinde sürekli diğer insanlarla iletişim halindedir. İnsanların diğer insanlarla

ilişki kurma ve bir arada olma zorunluluğunun altında iki temel neden vardır. İlk olarak biyolojik bir varlık olan insanın temel ihtiyaçları vardır. Birey bunları tek başına gideremez. İhtiyaçları doğrultusunda diğer insanlarla iletişime geçmek zorundadır. İkinci olarak ise insanların temel ihtiyaçlarının dışında sevme, ait olma ve paylaşma gibi psikolojik ihtiyaçları da bulunmaktadır. Doğası gereği insanlar diğer insanlarla iletişim ve paylaşımlarda bulunarak yaşamda yer alırlar. Ayrıca sosyal çevresi, bireyin karşılaştığı olumsuz durumlarla mücadele etmesine yardım eden bir sosyal destek sistemini de oluşturur.

Sosyal destek; baskı ve zorlantı altındaki bireye, mevcut sorunlarıyla baş edebilmesi için aile, eş, arkadaş ve akraba gibi kişilerce verilen maddi ve manevi yardıma denilmektedir. Bireylerin sosyal destek kaynakları içerisinde onu dinleyen, destek olan, ilgilenen ve zor durumlarında yardımcı olan kişiler yer alır. Ancak bu durum tek taraflı olarak düşünülmemelidir. Birey karşısındaki kişiden nasıl bir destek bekliyorsa, karşıdaki kişiye de o şekilde destek vermelidir ki sosyal destek veren kişi desteğini sürdürebilsin.

- **Umut listesinde yer alan sosyal destek kaynaklarının keşfedilmesi**

Katılımcılardan umut defterlerine not ettikleri umut kaynaklarını incelemeleri istendi. Bu listede yer verilen sosyal destek kaynakları konusunda üyelerin duygu ve düşünceleri alındı.

- **Yeni bir kişiyle tanışma rol-play etkinliğininin gerçekleştirilmesi**

Katılımcıların önerileri alınarak tanışmanın gerçekleşeceği ortam (yeni başlanılan bir kurs, yeni taşınan bir komşu ve TRSM'ye yeni kayıt olan bir kişi) hayal edildi. Katılımcılardan gönüllü iki kişinin birbiriyle yeni tanışan iki kişiyi canlandırmaları istedi. Diğer katılımcılardan ise rol-play etkinliğini dikkatlice izlemeleri istendi. Katılımcılardan gelen istekler doğrultusunda farklı sosyalleşme deneyimleri de canlandırıldı. Etkinlik tamamlandıktan sonra katılımcıların duygu ve düşünceleri alındı. Tanışma etkinliğinde

yaşanılan sorunlar üzerine konuşuldu ve sosyal yaşam içerisinde nasıl daha fazla katılımcı olunacağı tartışıldı.

- **Umut yolculuğunda dernekler ve online grupların rolünün tartışılması**

Ülkemizde sayıları giderek artan şizofreni dernekleri ve bir şizofreni dernekleri federasyonu bulunmaktadır.

- Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği (Ankara)
- Şizofreni Gönüllüleri Dayanışma Derneği (İstanbul)
- Şizofreni Dostları Derneği (İstanbul) (www.sizofrenidostlarideregi.org)
- Avrasya Şizofreni Derneği (İstanbul)
- Şizofreni Dayanışma Derneği (İzmir)
- Gaziantep Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği
- Elazığ Şizofreni Dayanışma Derneği (http://www.facebook.com/sizofrendelazig)

Şizofreni Dostları Derneği'nin ulaşabileceğiniz bir resmi internet sayfası bulunmaktadır. (www.sizofrenidostlarideregi.org). Elazığ Şizofreni Dayanışma Derneği'nin ise ulaşabileceğiniz bir facebook sayfası bulunmaktadır (http://www.facebook.com-/sizofrendelazig).

Şizofreni dernekleri federasyonun resmi internet sayfasından şizofreni hastaları için planlanan etkinlikler paylaşılmaktadır. (http://sizofrenifederasyonu.org) Ayrıca internet sayfasında *Jiletten Gemi* adlı kısımda şizofreni hastaları ve ailelerinden gelen onların duygu ve düşüncelerini içeren yazılar isimsiz olarak yayınlanmaktadır. Sayfada şizofreni hastaları ve ailelerinden gelen sorular *soru- cevap* kısmında uzman kişiler tarafından yanıtlandırılmaktadır.

- **Sevilen bir kişiye mektup yazma ev ödevinin verilmesi**

Bir sonraki oturuma getirmeleri için katılımcılardan sevdikleri bir arkadaşlarına mektup yazmaları ev ödevi verildi.

- **Katılımcılardan bir sonraki oturumda kullanılmak üzere yaşamlarında ki önemli ve güzel anılarını hatırlatan fotoğraf, albüm, not defteri, özel bir kişinin verdiği hediye veya özel bir anlam taşıyan kendilerine umut veren her türlü nesneyi yanlarında getirmeleri istendi.**
- **Oturumun özetlenmesi**

6. OTURUM: YAŞAMI GÖZDEN GEÇİRME (ANIMSAMA TERAPİSİ)

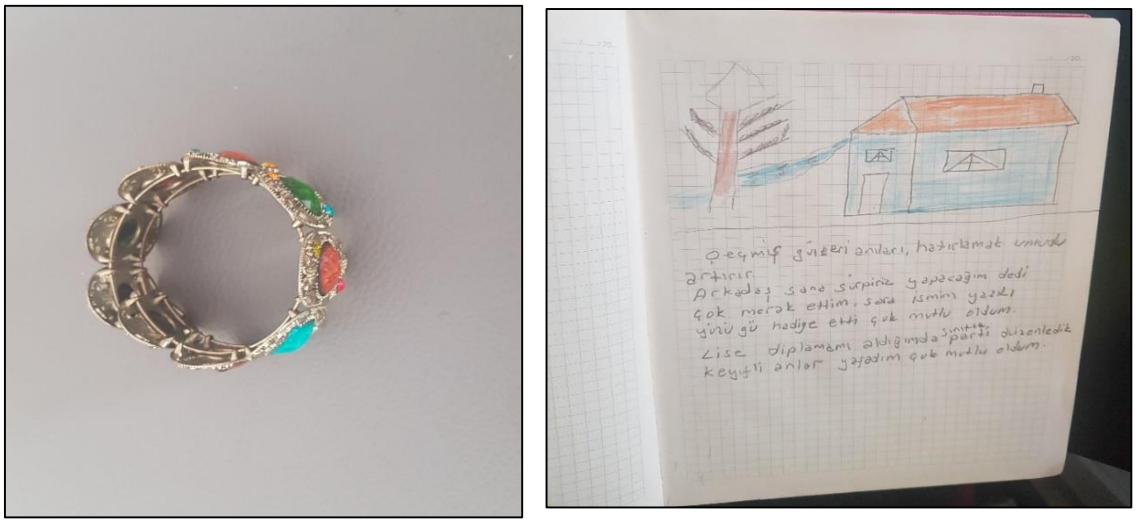
Amaç: Grup üyelerinin yaşamdan keyif almaları ve mevcut zorluklarla mücadele etmelerini kolaylaştırmak amacıyla geçmiş güzel anılarını hatırlamalarını sağlamak

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Verilen ev ödevinin gözden geçirilmesi**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Araştırmacı geçmiş güzel anıları hatırlamanın umudu artırdığını ve olumlu düşünmeyi desteklediğini açıkladı.

- **Katılımcıların yanlarında getirdikleri nesnelerle ilgili yaşadıkları hatıraları paylaşması**



Şekil 4. Oturuma getirilen nesne ve çağrıştırdığı güzel anıya örnek

Seans esnasında geçmiş başarıların hatırlanması ve güzel anların tekrar yaşanması sağlandı.

- **Oturumun sonunda katılımcıların bu deneyim konusunda duygu ve düşüncelerini paylaşması**
- **Güzel anıları umut defterine not alma ev ödevinin verilmesi**

Araştırmacı bir sonraki oturuma getirmeleri için katılımcıların oturumda paylaştıkları güzel anılarından seçtikleri bir tanesini umut defterlerine kısaca not almaları ve bu anıları anımsatan nesnelerin adlarını umut defterlerine yazmaları ev ödevini verdi.

- **Oturumun özetlenmesi**

7. OTURUM: BAŞ ETME BECERİLERİNİ GELİŞTİRME

Amaç: Katılımcılara stres kavramını, belirtilerini ve başa çıkma yöntemlerini öğretmek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Verilen ev ödevinin gözden geçirilmesi**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Stres bireyi zorlayan herhangi bir olaya ya da durum karşısında gösterilen zorlanıyorum reaksiyonudur. Başka bir deyişle insanın iç ya da dış etkenlere karşı dengesini korumak amacıyla gösterdiği tepkiye **stres** denmektedir. Stresten tamamen arındırılmış bir yaşam söz konusu değildir. Ancak stresin sürekli ve yüksek düzeyde hissedilmesi bireyde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır.

Stresin Belirtileri

- **Duygusal belirtiler:** Aşırı heyecanlı olma, duygularda sık sık değişiklikler olması, karamsarlık, aşırı ağlama, kabus görme ve sinirsel gülme krizleri gibi belirtiler stres yaşandığını gösterebilir.

- **Ruhsal belirtiler:** Huzursuzluk, suçluluk, can sıkıntısı ve kin duyma gibi belirtilerdir.
- **Sosyal belirtiler:** Hoşgörüsüzlük, yalnızlık ve sosyal ilişkileri sürdürememe gibi sorunlar stresin sosyal belirtileri arasındadır.
- **Zihinsel belirtiler:** Stres belirtileri bazen hafıza sorunları, kafa karışıklığı, konsantrasyon güçlüğü ve karar vermede güçlük çekme şeklinde ortaya çıkabilir.
- **Fiziksel belirtiler:** Stres kalp çarpıntısı, yüksek tansiyon, baş dönmesi, uykusuzluk, mide bulantısı, bağırsak sorunları ve kronik ağrı gibi fiziksel belirtiler şeklinde de kendisini gösterebilir.

Stresle baş etmek için neler yapabiliriz?

- Stresli olduğunuzda zihninizi dinlendirmek için gürültüsüz ve sakin ortamları tercih edin.
- Fiziksel egzersizler ve yürüyüşler yapın. Egzersiz kas ve zihinsel gerginliği azaltır.
- Sevdiklerinizle daha fazla zaman geçirin.
- Hoşlandığınız aktivitelere daha fazla zaman ayırın.
- Sağlıklı ve dengeli beslenmeye çalışın. Günde 2.5-3 litre su içmeye ve sebze ağırlıklı beslenmeye çalışın.
- Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımından uzak durun.
- Sizi üzen kişi ve olaylardan olabildiğince uzak durmaya çalışın.
- Yapmakta zorlandığınız ve stres oluşturan işlerde mutlaka yardım isteyin.
- Yapacağınız işleri aksatmayın ve planlar yaparak hareket edin. Böylece zamanı daha iyi yöneteceğinizden zaman stresini azaltmış olursunuz.
- Hobilerle uğraşmak stresi azaltıcı bir etkiye sahiptir. Bu nedenle bir hobi edinebilirsiniz.

- İmkânınız varsa tatil yapın yoksa hafta sonu şehrinizde daha önce hiç gitmediğiniz yerlere ziyaretlerde bulunabilirsiniz.
- Yapmak istemediğiniz şeyler için hayır demeyi öğrenin ve deneyin.
- Uykunuza ve dinlenmenize önem verin.
- Gerektiğinde mutlaka psikolojik veya psikiyatrik destek alın.
- Tedavi planınıza uyun, ilaçlarınızı size önerilen şekilde kullanın.
- Doktor kontrollerinize düzenli olarak gidin.
- Baş edemediğiniz yoğun kaygı ya da stres yaşadığınızda sağlık profesyonellerinden destek alın.
- Size öğretilen nefes egzersizlerini uygulayın.

1. **Grup üyelerine doğru nefes egzersizinin yaptırılması**

Nefes yaşam demektir. Bu nedenle her insan doğru nefes alıp vermeyi öğrenmelidir.

- ✓ Dik oturun. Gözlerinizi kapatın. Ellerinizi karnınızın üzerine koyun. Ağzınızı kapalı tutun.
- ✓ Doğru solunumda göğüs yerine diyafram hareket eder. Diyafram solunumu için nefes alırken burnunuzdan sanki bir çiçeği koklar gibi nefesi alın. Çiçek koklar gibi, soluduğunuz havayı akciğerlerimizin en derin köşesine kadar doldurmaya çalışın ve bunu yaparken de karnımızı dışarı doğru itin.
- ✓ Nefes alırken göğsünüzün ve karnınızın şişmesini sağlamaya çalışın.
- ✓ Nefes verirken karnımızı yavaş yavaş içeri doğru çekerek burnunuzdan nefes verin. Böylece diyaframınızı çalıştırmayı başarmış olursunuz. Ayrıca nefes vermeyi nefes almaktan daha yavaş yapmak doğru solunumun bir parçasıdır.

Doğru solunumda gerçekleşen diyafram hareketi karın bölgesindeki organlarda masaj etkisi yaratır, böylelikle karın ve göğüs boşluğu arasındaki basınç farkı ortadan kalkmış

olur. Ayrıca doğru solunum ile mide ve safra kesesinin yukarıya doğru hareket etmemesi sağlanarak bazı mide rahatsızlıklarının oluşması engellenmiş olur.

2. **Oturumun özetlenmesi**

8. OTURUM: BİLİŞSEL YAPILANMA

Amaç: Katılımcıların çarpıtılmış düşünce örüntülerinin farkına varmalarını sağlamak, kendilerine ve çevrelerine karşı daha gerçekçi bakış açıları geliştirmelerini desteklemek

Oturum İçeriği ve İşlevişi

3. **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**

4. **Oturum gündeminin paylaşılması**

Bu oturumda sizlere 3D modeli, gerçekçi olmayan iç konuşmalarımızın farkına varma ve gerçekçi düşüncelerin oluşturulması konularında genel bir bilgi verilecektir.

3D modeli nedir?

Düşünce-Duygu-Davranış döngüsü 3D modeli olarak bilinmektedir. Bu model ruh sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Her insanın zihninden gün boyunca birçok farklı düşünce geçer. Bu düşünceler kişinin duygu durumunu etkiler. Düşüncelerin neden olduğu duygular ise kişiyi bir davranışa iter. Örneğin sabah uyandığınızda "Bugün yine her şey kötü olacak zaten tüm aksilikler beni bulur" gibi olumsuz bir düşünce ile güne başlarsanız, bu düşünce mutsuz hissetmenize veya öfkelenmenize yol açabilir. Sonuçta tartışmak veya evden çıkmamak gibi bir davranışa dönüşebilir. Bu duruma 3D modeli denmektedir.

Zihinden geçen olumsuz düşüncelere otomatik düşünceler ve iç konuşmalar da denmektedir. Özelikle iyi hissetmediğimiz günler olumsuz otomatik düşünceleri daha fazla görürüz. "Bugün kötü geçecek, borçlarımı ödeyemeyeceğim, başarısız olacağım, beni sevmiyor-beğenmiyorlar." vs… otomatik düşünce örnekleridir.

Otomatik düşünce örnekleri;

Örnek-1: *"Bugün her şey çok kötüydü. Güzel olan hiç bir şey olmadı."* Bu örnekte kişi belirli bir ayrıntıyı algılamakta ve diğer kısımları göz ardı etmektedir.

Örnek-2: *"Bunları onu aşağılamak için söylediğimi düşünüyor."* Bu örnekte kişi karşısındaki kişinin zihninden geçenleri düşünmüş ve akıl okumaya çalışmıştır.

Örnek-3: *"Ne zaman dışarı çıksam yağmur yağar zaten bende şans yok ki."* Bu örnekte kişi kendisi ile ilgisi olmayan durumlar için kendisine çıkarımlarda bulunmuştur.

Örnek-4: *"Yetiştiremeyeceğimi bildiği halde beni zorlamak için böyle yapıyor."* Bu örnekte kişi kanıt olmadan bazı sonuçlara ulaşmıştır.

- **Katılımcıların kendi yaşamlarında gözlemledikleri otomatik düşünceleri paylaşması**

Alternatif/Gerçekçi Düşüncelerin Oluşturulması

Alternatif/Gerçekçi düşünce oluşturmak için; "Yaşanan durumun farklı bir açıklaması olabilir mi?" veya "Bu durum farklı bir şekilde yorumlanabilir mi?" sorularının cevapları aranır. Bu sorular ile otomatik düşünceleri değiştirebilecek alternatif bir düşünce veya yorum aranır. Bu sayede bireyin negatif bir düşünce yerine alternatif düşünceler veya bakış açıları geliştirmesi sağlanır.

Eğitici, alternatif ve gerçekçi düşünceler geliştirmek amacıyla en sık kullanılan soruları tahtaya yazar.

- Yaşadığınız durumun, düşündüğünüzün aksine farklı bir anlamı olamaz mı?
- Şayet şuan hissettiğiniz duyguları yaşamıyor olsaydınız mevcut durumla ilgili farklı düşünür müydünüz? Nasıl?
- Sizinle benzer şeyler yaşayan fakat üzülmeyen ya da kızmayan bir kişi acaba nasıl düşünürdü de bu duyguları hissetmezdi?
- Size yakın bir kişi aynı durumda olsa ona ne söylerdiniz?

- 5 yıl sonra bu olayı düşünseydiniz farklı bir değerlendirme yapar mıydınız?

Farklı düşünme etkinliğinin gerçekleştirilmesi

Diyelim ki yol da yürürken eski bir arkadaşınızı gördünüz. Tam yanına gidip konuşacağınız sırada onun farklı bir tarafa baktığını ve hızla gittiğini fark ettiniz. O an aklınıza gelebilecek otomatik düşünceler neler olabilir?

—Beni gördü ama konuşmak istemedi o yüzden gitti.

—Beni sevmediği için hızla gitti.

Tahtada yazılı olan soruları kendimize yönelterek olayı tekrar gözden geçirelim.

- Yaşadığınız durumun, düşündüğünüzün aksine farklı bir anlamı olamaz mı?

Beni fark etmemiş olabilir, o gün yorgun veya dalgın olabilir.

- Şayet şuan hissettiğiniz duyguları yaşamıyor olsaydınız mevcut durumla ilgili farklı düşünür müydünüz? Nasıl?

Olumsuz duygular olmasaydı (değer vermedi, sevmediği için gitti vb.) daha gerçekçi düşünebilirdik.

- Sizinle benzer şeyler yaşayan fakat üzülmeyen ya da kızmayan bir kişi acaba nasıl düşünürdü de bu duyguları hissetmezdi?

O olayı bu kadar büyütmezdi ve arkadaşının kendisini fark etmediğini söyleyerek yoluna devam ederdi.

- Size yakın bir kişi aynı durumda olsa ona ne söylerdiniz?

Ona seni fark etmemiştir ya da dalgınlığına gelmiştir derdim.

- 5 yıl sonra bu olayı düşünseydiniz farklı bir değerlendirme yapar mıydınız?

Bundan 5 yıl sonra bu olayı hatırlayacağımı zannetmiyorum.

Oturumun özetlenmesi

9. OTURUM: BENLİK SAYGISINI ARTIRMA

Amaç: Katılımcıların kendi değerlerine ilişkin kişisel yargılarını olumlu yönde değiştirmek ve kendine saygı duymanın önemi konusunda farkındalık oluşturmak

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Benlik kavramı, kişinin kendisi hakkındaki düşünceleri, duyguları, tutumları ve kendisini algılama şeklinden oluşur. Genel anlamda kişinin kim olduğuna dair fikrini içermektedir. Benliğin gelişimi yaşam boyu devam etmektedir.

Benliğin beğenilip beğenilmemesi ise benlik saygısı kavramını oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendisini ne kadar değerli bulduğu, saygı duyduğu ve sevdiğiyle yakından ilişkilidir. Kısaca benlik daha çok bireyi diğer insanlardan ayıran özellikleri ifade ederken, benlik saygısı bireyin bu özellikleri değerlendirdiğinde kendini nasıl algıladığıyla ilgilidir.

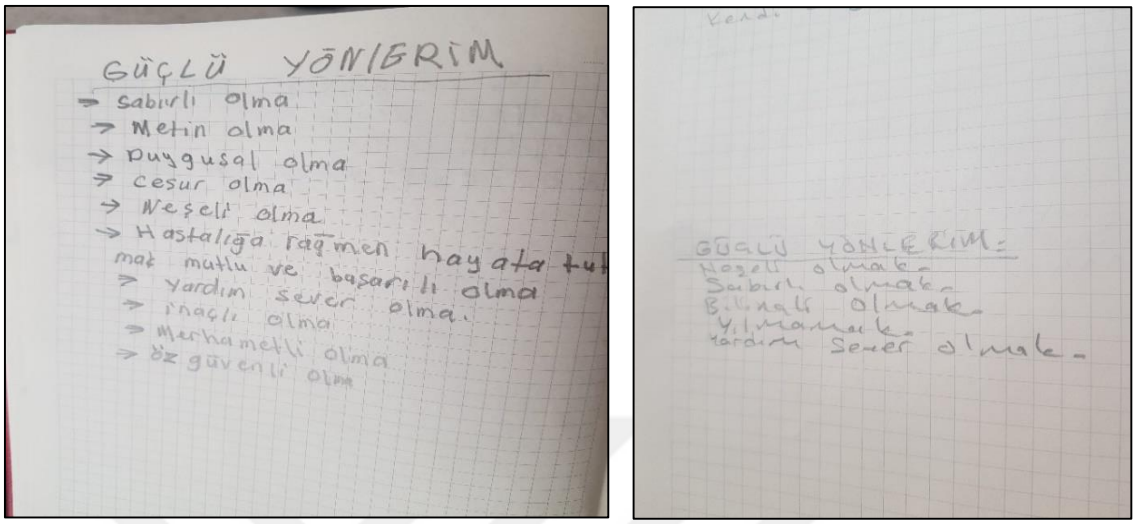
Benlik saygısı yüksek kişiler kendilerini; değerli, etkili, yeterli, başarılı hisseder kendilerini sever ve oldukları gibi kabul ederler. Ayrıca benlik saygısı yüksek olan bireyler; yeni düşüncelere açık, sosyal ilişkilerinde başarılı ve daha aktif kişilerdir. Benlik saygısı düşük olan bireylerin ise, depresyon, kaygı, sosyal ilişkilerde bozulma ve umutsuzluk gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir.

Kendi değerini fark etme

Öncelikle bu dünyada kendinizin tek ve eşsiz olduğunuzu unutmayın. Sizden bir tane daha yok. Yaşamınız boyunca en fazla kendinizle baş başa olacaksınız. Bu yüzden kendinize karşı, hoşgörülü, şefkatli ve anlayışlı olun. Bunu bencillik olarak algılamayın. Sizin ışığınız parlarsa ancak etrafınızı da aydınlatabilirsiniz.

- **Güçlü yönlerim neler? Etkinliğinin yapılması**

Araştırmacı katılımcılara umut defterlerinde bir sayfaya güçlü yönlerim başlığını yazarak altını doldurmaları için vakit verdi. Etkinlik sonunda katılımcılardan gönüllü kişiler güçlü yönlerini grupla paylaştı.



Şekil 6. Grup üyelerinin güçlü yönlerine yönelik umut defterlerine aldıkları notlar

- **Değerliyim çünkü….. etkinliğinin yapılması**

Araştırmacı tahtaya değerliyim çünkü … yazdı ve katılımcıların duygu ve düşünceleri ile bu boşluğu daldırmalarını istedi. Araştırmacı yol gösterici olması açısından birkaç örnek belirtti.

Değerliyim çünkü kendi fikirlerim var.

Değerliyim çünkü benden bir tane daha yok.

Değerliyim çünkü olduğum gibi davranıyorum.

Benlik saygısını artırmak için neler yapabiliriz?

- ✓ Değerli olduğunuzu hatırlayın.
- ✓ Güçlü yönlerinizi ve bugüne kadar başardığınız şeyleri düşünün.
- ✓ Enerjinizi ve moralinizi bozan sizi inciten ortamlardan olabildiğince uzak durun.
- ✓ Kendinizi diğer insanlarla kıyaslamayın.
- ✓ Daha önceki oturumda ele alınan hedeflerinizi hatırlayın ve gözden geçirin.
- ✓ Bugüne kadar başardıklarınıza odaklanın ve kendinizi ödüllendirin.

- ✓ Kendiniz hakkında gerçek dışı otomatik düşüncelere kapıldığınızda bilişsel yapılanma oturumunu hatırlayın.
- ✓ Geçmiş hatalarınıza, başarısızlıklara ve hayal kırıklıklarına gülebilmeyi öğrenin. Geçmişte yaptığınız hatalar kendinizi geliştirmenizi sağladı ve bugün ki sizi meydana getirdi.
- ✓ Geçmişteki güzel anılarınızı hatırlayın.
- ✓ Eşsiz ve önemli olduğunuzu unutmayın.
- ✓ Kişisel bakımınıza özen gösterin.
- ✓ Konuşmaya ihtiyacınız olduğunda sizi dinleyecek güvendiğiniz kişilerden oluşan destek sistemleri oluşturun. Umut defterlerinizde yer alan sosyal destek kaynaklarınızı harekete geçirin.
- ✓ Kendinizi kötü hissettiğinizde umut defterinizi gözden geçirin.

- **Değerini fark etme ev ödevinin verilmesi**

Araştırmacı katılımcılara oturum esnasında yapılan değerliyim çünkü… etkinliğini hatırlatarak bu sefer kendi cümleleriyle umut defterlerine değerliyim çünkü… ile başlayan birkaç cümle yazmaları ev ödevini verdi.

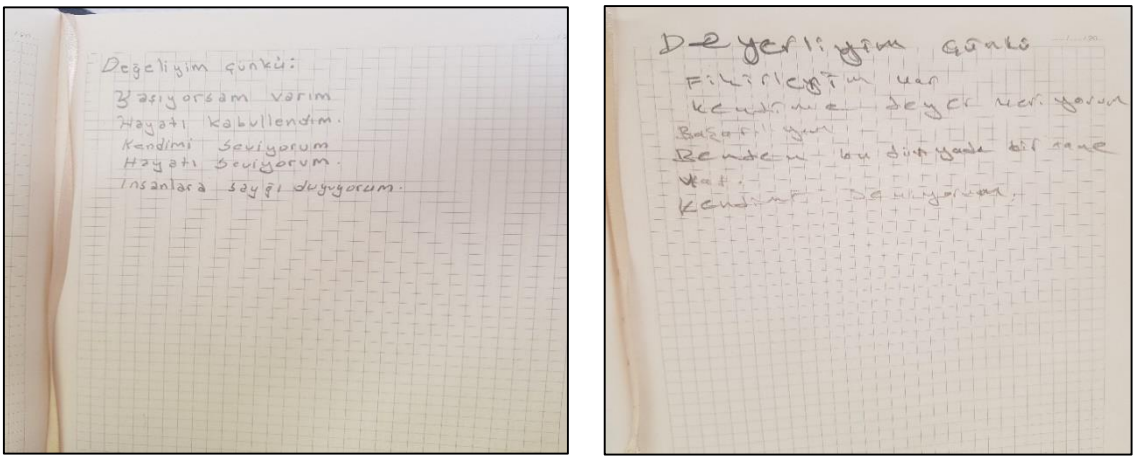
- **Oturumun özetlenmesi**

10. OTURUM: HASTALIĞI YÖNETME

Amaç: Katılımcıların hastalığın tetikleyici ve haberci belirtilerinin farkında olmalarını sağlayarak, hastalık sürecini yönetmelerini desteklemek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Verilen ev ödevinin gözden geçirilmesi**



Şekil 7. Değerliyim çünkü ev ödevinden bazı örnekler

- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Şizofreni kronik bir beyin hastalığıdır. Hastalık her bireyde aynı şekilde seyretmez. Hafiften ağıra kadar giden birçok farklı şekilde ilerleyebilir. Şizofreni hastalığı alevlenme ve yatışma dönemleri gösterir. Alevlenme dönemlerinde düşünce, algı, duygu, konuşma ve hareketlerde değişiklikler ve sorunlar görülür. Yatışma evresi ise bu belirtilerin görülmediği iyileşme dönemini oluşturur. Bu oturumda edindiğiniz bilgileri kullanarak hastalık sürecinizi yönetebilirsiniz.

Alevlenme döneminin görülmesini tetikleyen şeyler var mıdır?

Hastalık belirtilerinin oluşmasını tetikleyen ya da artıran olaylara **tetikleyiciler** denir. Tetikleyiciler; oluştukları takdirde rahatsızlık ya da sıkıntıya yol açabilecek olayları ya da sonuçları listeler. Bu tetikleyiciler sizin duyarlı olduğunuz ya da geçmişte hastalık belirtilerinin oluşmasını tetikleyen ya da artıran olaylardır. Bu tetikleyici olaylar kişiden kişiye değişir. Bazen tetikleyici bir durum görülmeden de alevlenme belirtilerinin ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

<u>Alevlenme dönemine yol açan bazı tetikleyiler:</u>

- Aşırı yorgun veya bitkin olmak,
- Yoğun stres,
- İlaçları bırakma ya da önerilen şekilde kullanmama,

- Aile sürtüşmesi,
- Finansal problemler,
- Fiziksel hastalıklar,
- Uzun süre uykusuz kalmak,
- Aşırı üzülmek,
- Madde kötüye kullanımı vb.

Alevlenme dönemi gelmeden onu haber veren belirtiler var mıdır?

Şizofreni hastalığında alevlenme belirtileri görülmeden önce bazı haberci (öncü) belirtiler görülebilmektedir. Bu durumu grip olmadan önce yaşadığınız baş ağrısı, çabuk yorulma, halsizlik ve vücut ağrısı gibi belirtilere benzetebilirsiniz. Bu belirtileri kendinizde gördüğünüz zaman C vitamini alır ve istirahat ederseniz gribin hafif geçmesini sağlayabilirsiniz. Benzer şekilde şizofreni hastaları da haberci belirtileri gözlemlediğinde sağlık profesyonellerine durumu bildirirse erken müdahalelerle alevlenmeyi önlemek mümkün olacaktır. Unutmayın öncü belirtiler hastadan hastaya farklılık gösterir. Ancak belirli bir hasta için her alevlenme döneminden önce genelde aynı haberci belirtiler görülür. Yani sizin her alevlenme döneminiz öncesinde yaşadığınız belirtiler hemen hemen aynı belirtilerdir. Örneğin bazı hastalar alevlenme dönemi öncesinde uyku sorunları yaşamaya başladıklarını söylerken, bazıları ise evden dışarıya çıkmak istemediklerini söylerler.

<u>Haberci belirtilerden bazıları;</u>

- İlgi kaybı,
- İsteksizlik,
- Aile ve arkadaşlardan uzaklaşma,
- Kendine bakımda gerileme,
- Küçük şeylere öfkelenme,

- Yalnız kalmayı isteme,
- Çabuk sinirlenme,
- Uyku düzeninde bozulma (uykuda azalma ya da artma)
- İştah azalması ya da artması,
- Başkalarına ya da kendine zarar verme düşüncesi,
- Alkol veya madde kullanmaya başlama gibi belirtiler olabilmektedir.

Her hastada bu belirtilerin hepsi görülmez. Burada yazanların dışında size özel haberci belirtilerde olabilir. Alevlenme dönemlerini önlemek ve daha hafif geçmesini sağlamak için kendi tetikleyici ve haberci belirtilerinizi bilmeniz ve bu belirtileri gözlemlediğinizde sağlık profesyonellerinden destek almanız gerekmektedir.

Neden düzenli ilaç kullanmalıyım?

Günümüzde şizofreni tedavisinde hastalığın belirtilerini başarıyla tedavi eden ve hastaneye yatış gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkmasını önleyen ilaçlar bulunmaktadır. İlaçların yanı sıra psikososyal tedavi uygulamaları da vardır. Örneğin şu anda uyguladığımız umut aşılama programı gibi psikoeğitimler, terapiler ve iş uğraş tedavileri bu uygulamalardan bazılarıdır. Ancak bu tedavilerden faydalanmanızın ön koşulu ilaç tedavisidir. Şizofreni hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçlar ancak düzenli kullanıldıklarında etkili olmaktadır. İlaç tedavisinin etkisiyle ilgili bir araştırmadan söz etmek istiyorum; yapılan bir çalışmada ilaç alan ve almayan şizofreni hastalarından oluşturulan iki grup iki yıl boyunca izlenmiş ve hastalığın nüks etme oranı karşılaştırılmıştır. Bu karşılaşma hem birinci hem de ikinci yılın sonunda yapılmıştır. İlaç kullanan hastaların nüks ve hastaneye yatış sayılarının çok daha az olduğu görülmüştür. Bu nedenle, ilaç tedavisinin aksatılmadan hekiminizin önerdiği şekilde sürdürülmesi oldukça önemlidir. Hekiminizin onayladığı şekilde ilaçlarınızı kullanınız.

İlaç kullanmayı bırakma, doz atlama, doz düşürme gibi yapacağınız davranışlar hastalığınızın seyrinin kötüleşmesine yol açar. Kendinizi iyi hissettiğinizde ve artık hastalık belirtilerini görmediğiniz dönemlerde ilaçlarınızı kullanmayı kesinlikle bırakmayın. İlaç kullanımını bırakmaya bağlı olarak alevlenme belirtileri görülür ve çoğu zaman bu durum hastaneye yatışı gerektirir. Bu nedenle ilaçlarınızı doktorunuzun onayladığı şekliyle kullanınız. Haberci belirtileri izleyin ve gördüğünüzde sağlık profesyonellerini bilgilendiriniz. Doktor kontrollerine düzenli olarak gidiniz.

- **Katılımcılara ilaç takip formlarının dağıtılması**

Elinizdeki forma kullandığınız ilaçların adını ve günde kaç defa kullandığınızı yazınız. Formun yanına o gün kullanmanız gereken ilaçları kullanıp kullanmadığınızı işaretleyiniz.

İlaç Takip Formu

Kullanılan İlaç	Kullanım Zamanı		1. Gün	2. Gün	3. Gün	4. Gün	5. Gün	6. Gün	7. Gün
		Kullandım							
		Kullanmadım							
		Kullandım							
		Kullanmadım							
		Kullandım							
		Kullanmadım							
		Kullandım							
		Kullanmadım							
		Kullandım							
		Kullanmadım							

- **Oturumun özetlenmesi**

11. OTURUM: UYKU KALİTESİNİ ARTIRMA

Amaç: Uykunun önemi ve uyku kalitesini artırma konularında katılımcıları bilgilendirmek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Uykunun önemi konusunda katılımcıların duygu ve düşüncelerinin alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

İnsan yaşamının yaklaşık üçte biri uyku ile geçmektedir. Uyku insanı sağlıklı tutan fonksiyonlardan biridir. Tüm canlılar işlevselliklerini sürdürebilmek için uykuya ihtiyaç duyar. Uykudayken devreye giren sistemler bir önceki günün yıpranmalarını gidermektedir. Bu nedenle uyku yenilenme, tamir, bakım ve onarım sürecidir. Yeni güne hazırlanmak için vücudun dinlenmesi, hücrelerin onarımı ve yenilenmesi uyku sayesinde gerçekleşir.

Daha fazla çalışabilmek amacıyla sürekli uykudan fedakarlık yapmak hem çalışmanın verimini azaltmakta hem de sağlık açısından risk oluşturmaktadır. Sağlıklı yaşamın önemli parçalarından biri olan uyku, sağlığın devamlı olması için gereklidir. İhtiyaç duyulan uyku miktarı, yetişkin bireylerde 7-9 saat, 60 yaş üzeri bireylerde ise 6-7 saat olarak kabul edilmektedir.

Kaliteli bir uyku; kendini yenilemiş, dinlenmiş ve daha güçlü bir vücut demektir. İyi bir uyku odaklanmayı kolaylaştırır. Öğrenme sürecini hızlandırır ve hafızayı güçlendirir. Yeterli ve düzenli uyuyan insanlar zinde olurlar. Ayrıca iyi bir uyku zihin karışıklığı, yorgunluk ve sersemlik yaşanma oranını azaltır. Araştırmalar uykunun kalp ve sindirim sistemi fonksiyonları için de önemli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle iyi bir uyku demek, daha sağlıklı olmak demektir.

Unutmayın! Uyku bir lüks değil, bir ihtiyaçtır.

- **Katılımcıların uyku konusundaki sorularının yanıtlanması**

Uyku kalitesini nasıl artırabiliriz?

- Her gün aynı saatte uyuyun. Çok önemli durumlar yaşamadığınız sürece normal saatinizde uyumaya çalışın.
- Her sabah aynı saatte uyanmaya çalışın. Gece belirlediğiniz saatte uyumamış olsanız bile sabah yine aynı saatte uyanmaya çabalayın. Hafta sonlarıda bu kuralı uygulayın. Çünkü aynı saatte uyuyup uyanmak uyku düzeninin oluşmasında önemlidir.
- Uykuya dalmakta güçlük yaşadığınız günlerde kendinizi uyumak için zorlamayın. Yatakta yarım saatten daha fazla uyuyamadan dursanız yataktan kalkın, sessiz bir şeyle uğraşın. Örneğin: dinlendirici bir müzik dinleyebilirsiniz veya loş ışıkta kitap okuyabilirsiniz. Uykunuzun geldiğini hissettiğinizde tekrar yatağınıza dönün.
- Uyandıktan sonra yataktağınızda fazla zaman geçirmeden kalkın.
- Uyumadan önce çay, kahve, kola ve enerji içeceği gibi içecekler tüketmeyin. Bunların yerine ıhlamur çayı, ılık süt ve ayran gibi içecekleri tercih edebilirsiniz.
- Uyku saatine yakın (yatmadan yaklaşık 2 saat öncesine kadar) yemek yemeyin. Özellikle ağır ve yağlı yemeklerden uzak durun.
- Yatağı televizyon izlemek, yemek yemek ve kitap okumak gibi aktiviteler için kullanmayın.
- Yatak odanızın sessiz ve karanlık olmasına dikkat edin.
- Akşam saatlerinde düzenli egzersiz veya yürüyüş yapın, fakat yatma saatinden 3–4 saat öncesinde fiziksel yorucu aktivitelerden kaçının.
- Gündüz saatlerinde 1 saatten fazla uyumaktan kaçının.

- İlaçlarınızı düzenli kullanın.
- Uyumanıza engel olan stres ve kaygı yaşıyorsanız, baş etmeyi öğrenme oturumunu hatırlayın ve umut defterinizi gözden geçirin.
- Yaşamınızı etkilemeye başlayan uyku sorunlarınızı hekiminize bildirmeyi ihmal etmeyin.

- **Uyku alışkanlığı oluşturma ev ödevinin verilmesi**

Araştırmacı katılımcıların kendilerine bir uyku alışkanlığı oluşturmaları ve uyku kalitelerini artırmaları için yapabileceklerini umut defterlerine yazarak bir sonraki oturuma getirmeleri ev ödevini verir. (Örneğin sabahları saat 09:00'da uyanacağım ve 23:00'da uyuyacağım.)

- **Oturumun özetlenmesi**

12. OTURUM: DUYGULARIN YÖNETİMİ

Amaç: Katılımcıların kendilerinin ve çevrelerindeki kişilerin duygularını anlaması, ifade etmesi ve yönetebilmesi konularında bilgi ve farkındalıklarını artırmak

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Verilen ev ödevinin gözden geçirilmesi**
- **Katılımcıların duyguların yaşamımızdaki önemi konusunda düşüncelerini paylaşması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

Bir kişi, olay ya da durumun bireyin iç yaşantısında meydana getirdiği etki ve izlenime ***duygu*** denilir. Mutluluk, şaşkınlık, huzur, merhamet, güven, öfke, korku, sakinlik, düşmanlık, utanç ve kıskançlık gibi pek çok farklı duygumuz bulunmaktadır. İnsanlar tek ve saf bir duygu yaşamaz. Hissettiklerimiz birçok duygunun karışımından oluşur. Duygular yaşantımıza renk katar. Bu nedenle duygusuz bir yaşam düşünülemez.

Duyguları tanımak ve ayrıştırmak kişinin kendisini tanımasında önemli bir yer tutmaktadır. Duygular düşünce ve davranışlar üzerinde önemli etkiler oluşturabilirler. Hissedilen duygular bireyin yaşamla ilgili kararlarını, beklentilerini ve davranışlarını şekillendirir. Sinirli olduğumuzda, bizi öfkelendiren durumla yüzleşerek sorunu çözmek isteriz. Korku yaşadığımızda, tehdit oluşturan durumdan uzaklaşma ihtimalimiz yükselir. Sevgiyi hissettiğimiz zaman, bir eş arayabiliriz.

Duygular insanların iyi ya da kötü hissetmesine neden olurlar. Ancak kesinlikle insanları iyi veya kötü yapmazlar. Duygular, düşünce değildir dolayısıyla doğrusu veya yanlışı yoktur. Bu nedenle negatif olarak algılanan duygularda yaşam için yararlı sonuçlara neden olabilmektedir. Örneğin öfke duygusu sorunlara karşı savaşmak, tiksinme sağlıksız olanı reddetmek ve korku tehlikelerden korunmak için etkili olabilir.

Duyguları, davranış gibi algılamak sık yapılan bir hatadır. Bir davranışı yapmayı ya da yapmamayı seçebilirsiniz. Fakat bir duyguyu hissetmeyi ya da hissetmemeyi seçemezsiniz. Duygular kişiseldir ve bir duyguyu neden hissettiğinizden daha çok o duyguyla neler yaptığınız ve nasıl davrandığınız önemlidir.

Duygular sosyal ilişkileri doğrudan etkiler. Kişinin çevresi tarafından anlaşılmasına yardımcı olur. Arkadaşlarınıza veya aile üyelerinize mutlu, üzgün, heyecanlı veya korkmuş hissettiğinizi söylediğinizde sosyal destek sistemlerinizi harekete geçirmiş olursunuz. Aynı şekilde sizde çevrenizdeki kişilerin duygularını anlarsanız daha sağlıklı ve anlamlı ilişkiler kurabilirsiniz.

Duygusal zekâ kavramı nedir?

Kendimizi tanımamız, hayatı anlamamız ve çevremizdeki kişilerle etkili iletişim kurmamız için kendimize ve başkalarına ait duyguları anlama, yönetme ve yönlendirme becerisine sahip olmamız oldukça önemlidir. Bu yetiye **duygusal zekâ** denilmektedir. Duygusal zekâ kısaca kendimize ve başkalarına ait duyguları anlama ve yönlendirme

yeteneğimizi ifade etmektedir. Duygusal zekâmızı geliştirdiğimizde kendimizi daha iyi tanırız. Kendimizin ve başkalarının duygularını daha iyi anlarız. Ayrıca hislerimizi daha iyi yönetiriz. Daha fazla empati yapar ve daha iyi iletişim kurarız.

Duygusal zekâmızı nasıl geliştirebiliriz?

- Umut defterlerinizde yer alan güçlü ve zayıf yönlerinizi hatırlayın.
- Bilişsel yapılanma oturumunda yer verilen bilgileri anımsayın. 3D modeline göre düşünceler duyguların oluşmasında etkilidir. Negatif duygulara yol açan otomatik düşüncelerinizin farkına varın ve gerçekçi düşünceleri oluşturma yollarına başvurun.
- Duygularınıza yoğunlaşın ve anlamaya çalışın. Bunun için kendinize şu soruları sorabilirsiniz.
    - ❖ Kendimi nasıl hissediyorum?
    - ❖ Bu şekilde hissetmeme yol açan şey nedir?
    - ❖ Bu durumla nasıl başa çıkabilirim?
- Eleştiriye açık olun.

Duygusal zekâyı geliştirmede eleştiri yapmak ve eleştiriye açık olmak önemlidir. Eleştirilerden rahatsızlık duymayın. Bu sayede kendinizi daha iyi tanıyabilirsiniz. Sizde eleştiri yapabilirsiniz. Ancak bunu başkalarını incitecek ve ilişkilerinize zarar verecek şekilde yapmayın.

- Karşınızdaki kişi ile empati yapın.

Empati: Kendimizi karşımızdaki insanın yerine koyarak, onun bakış açısından hayata bakmak, karşımızdakinin duygu ve düşüncesini doğru şekilde anlamak ve o kişiyi anladığımızı ifade etmektir.

5. Oturumun özetlenmesi

13. OTURUM: ÖFKEYİ KONTROL ETME

Amaç: Katılımcılara öfkeyi kontrol etme konusunda bilgi vermek ve öfke kontrolü becerilerini geliştirmek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**

6. **Araştırmacı katılımcılardan öfke konusundaki duygu ve düşüncelerini paylaşması**
7. **Oturum gündeminin paylaşılması**

Öfke, zaman zaman herkesin yaşadığı sağlıklı ve normal bir duygudur. Öfke basit bir kızgınlık halinden yoğun bir hiddet duygusuna kadar değişiklik gösterebilir. Olaylar kontrolünüz dışında gerçekleştiğinde, haksızlığa uğradığınızda, amaçlarınıza ulaşamadığınızda, incindiğinizde, yoğun stres yaşadığınızda veya tehdit altında olduğunuzu hissettiğinizde öfkelenebilirsiniz.

Birçok insan öfkeyi "olumsuz bir duygu" olarak nitelendirirken, öfke bazen olumlu olabilmektedir. Öfke, aslında tehditlere karşı doğal bir uyum tepkisidir. Saldırıya uğradığınızda mücadele etmenizi ve kendinizi savunmanızı sağlayan bir duygudur. Dolayısıyla hayatta kalmanız için yaşamsal bir önemi vardır. Ayrıca öfke harekete geçmenizi teşvik edebilir ve yaşamınızda değişim yaratmanıza ilham verebilir.

Normal ve insani bir duygu olan öfke, kontrolden çıktığı zamanlarda ise bireyin ve toplumun yaşamında geri dönüşü olmayan zararlar verebilmektedir. Uygun yollarla ifade edilemeyen öfke, kişiler arası ilişkileri bozabileceği gibi, zihinsel ve fiziksel problemlere de yol açabilir. Öfkeye bağlı; baş ağrıları, mide sorunları, solunum, dolaşım, cilt problemleri, duygusal rahatsızlıklar ve intihar düşünceleri oluşabilmektedir. Ayrıca

öfkelendiğiniz zaman nefes alıp vermemiz sıklaşır, kalp atımınız ve tansiyonunuz yükselir.

Öfke Kontrolü

"Öfke gelir göz kızarır, öfke gider yüz kızarır".

"Herkes öfkelenebilir, bu kolaydır. Ama öfkeyi doğru kişiye, doğru ölçüde, doğru zamanda, doğru sebeple ve doğru şekilde ifade etmek herkes için kolay değildir"

Öfke kontrolü, öfkelendiğinize dair belirtileri tanımayı, kontrol edebilmeyi ve doğru şekilde ifade etmeyi içermektedir. Öfke kontrolü öfkeyi bastırmak ve içe atmak değildir. İçe atılan öfke, üzüntü, kaygı, iç sıkıntısı ve huzursuzluk gibi sorunlara sebep olabilmektedir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeden öfkesini kontrol altına alması ve doğru şekilde çözümleme becerisini kazanmasıdır. Doğru yöntem kişiden kişiye değişmektedir.

Öfkeyi kontrol etme yöntemleri

- Öfkenizi doğru şekilde ifade edin. Öfkeyi dışa vurmak her ne kadar içimize atmaktan daha sağlıklı olsa da bunu doğru bir şekilde yapmak önemlidir. Yaşadığınız öfke patlamasının ilk etkileri geçtikten ve biraz sakinleştikten sonra kendinizi sakince ve olabildiğince açık bir şekilde karşınızdaki kişiye ifade etmeye çalışın. Öfkelenmenize neden olan endişelerinizi ve ihtiyaçlarınızı karşınızdaki kişiyi incitmeden ve soğukkanlı bir şekilde ifade etmeye özen gösterin.
- Öfkelendiğinizde kendinize bir soğuma süresi verin. Stres seviyenizi azaltmak için sakin bir yere geçin. Dış uyaranları azaltın. Işıkları kısın. Yatıştırıcı bir müzik dinleyin. Bir tartışmayı kazanmaya çalışmak ya da sağlıksız bir duruma sokmak,

öfkenizi körükler. Öfkeniz yükseldiğinde yapabileceğiniz en iyi şeylerden biri mola vermektir. Bir konuşma şiddetlendiğinde mola verin.

- Öfkeli olduğunuzda konuşmadan önce bekleyin. Birkaç derin nefes alın ve yavaş bir şekilde sessizce, on'a (veya gerekirse elli) kadar sayın. Ne yapacağınıza karar vermeden önce sakinleşmeye çalışın.
- Öfkeyi sakin ve uzun bir zamanınızda ele alın. Sizi neyin sinirlendirdiğini belirlemek için yeterli zamanınız olduğundan emin olun. Aceleyle alınan kararlar ve yapılan eylemler olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle anlaşmazlığı çözmek için telaşsız olduğunuz bir zamanı ayırmanız olayı daha mantıklı ele almanızı sağlar.
- Yorgunken veya uyumadan önce öfkenizi ele almaya çalışmayın. Öfkeye yol açan durumlar üzerine düşünmek rahat bir uykuya engel olabilir ve sonuçta uykusuzluğa yol açabilir. Öfkeyi günün erken saatlerinde incelemek daha doğru bir uygulamadır. Vücut dengesi ve dinlenmenin yüksek olduğu bu zaman diliminde olayları ele almak daha mantıklı bir değerlendirme sağlar.
- Öfkelendiğiniz zaman dikkat dağıtıcı aktivitelerde bulunabilirsiniz. Müzik dinlemek, dans etmek, yürüyüşe çıkmak, yazı yazmak ya da duş almak gibi aktiviteler öfkenin yükselmesini engellemede yardımcı olabilir.
- Öfkenizi spor yaparak dışa vurun. Spor ve yürüyüş gibi fiziksel aktiviteler kendimizi daha mutlu ve rahat hissetmemizi sağlayan mutluluk hormonu salgısını artırdığı gibi öfkelenmemize yol açan stres ve gerginliğin azaltılmasına da yardımcı olur.
- Olumsuz otomatik düşünceleriniz öfke duygusuna yol açabilir. Bu nedenle bilişsel yapılanma oturumunu anımsayın. Gerçekçi ve mantıklı düşünceler öfkenin azaltılmasında etkilidir.

- Stres ve kaygıya bağlı öfke yaşıyorsanız baş etmeyi öğrenme oturumunu hatırlayın. Umut defterinizi gözden geçirin.
- Öfkelendiğinizde baş etmeyi öğrenme oturumunda bahsedilen nefes egzersizini uygulayabilirsiniz. Doğru nefes almak öfkenizi azaltarak sakinleşmenizi sağlayabilir.
- Öfkelenmenize yol açan durumlarda "sen" yerine "ben" dilini kullanın. Öfkelendiğinizde karşınızdaki kişiyi eleştirmek ve suçlamak yalnızca gerilimin daha da artmasına neden olur. Böyle durumlarda karşı tarafı suçlayıcı *"sen"* ile başlayan cümleler yerine duygularınızı ifade edebilmenizi sağlayacak *"ben"* dilinde cümleler kurmaya çalışın. Örneğin kardeşinizin çok yüksek sesle müzik dinlemesi canınızı sıkıyorsa hislerinizi "Müziğin sesini açmandan bıktım." demek yerine "Müziğin sesinin yüksek olması beni rahatsız ediyor" şeklinde ifade edebilirsiniz.
- Gergin anlarınızda mizahın gücünden faydalanın. Öfkelendiğinizde biraz gülmek tüm gerginliğinizi alacaktır. Öfkeye neden olan olayların komik yanlarını görmeye çalışın.
- Öfkenin sizi kindar birine dönüştürmesine izin vermeyin. Affetmeyi öğrenmek sahip olabileceğimiz en güçlü erdemlerdendir. Öfke anlarınızda karşı tarafı affetmeniz hem içinde bulunduğunuz durumu soğukkanlılıkla değerlendirebilmenizi hem de ilişkilerinizin kuvvetlenmesini sağlar. Kendinize öfkelenmenize yol açan durumlar için ise kendinizi bağışlamayı öğrenin ve herkesin hatalar yapabileceğini unutmayın.
- Öfkenizle baş edemediğiniz durumlarda profesyonel bir destek almaktan çekinmeyin. Öfke kontrolünü öğrenmek bu konuda sorun yaşayan herkes için başlı başına bir mücadeledir. Eğer tüm çabalarınıza rağmen öfkeniz sonradan

pişman olacağınız ya da çevrenizdeki kişilerin kırılmasına yol açan davranışlara neden oluyorsa bu konuda destek almanızın zamanı gelmiş demektir.

- **Oturumun özetlenmesi**

14. OTURUM: SINIRLARI GENİŞLETMEK

Amaç: Yaşamın anlamı ve inançların umut üzerine etkisi konularında bilgi vermek ve inanç uygulamalarını desteklemek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**
- **Katılımcıların yaşamın anlamı konusundaki duygu ve düşüncelerini paylaşması**
- **Umut listesindeki değerlerin keşfedilmesi**

Araştırmacı katılımcılardan umut listelerini incelemelerini ve inançlarına yönelik başlıklar varsa bunları değerlendirmelerini istedi. Paylaşımlar sonucunda grubun duygu ve düşüncelerini alındı.

- **Katılımcılarla inanılan değerlerin umut üzerindeki etkisinin tartışılması**

Umutlu olmada inandığınız değerler önemlidir. Her türlü dini, manevi değerler, ibadetler ya da size olumlu duygular veren inanışlarınız yaşama umutla bakmanızı sağlar.

- **Zihinde canlandırma tekniğinin uygulanması**

Bunaldığınızda ve kendinizi kötü hissettiğinizde kısa bir süreliğine bu durumdan uzaklaşıp kendinizi rahatlatmak için birazdan size gösterilecek tekniği uygulayabilirsiniz. Araştırmacı içerisinde herhangi bir kelimenin geçmediği doğa seslerini içeren dinlendirici bir müzik açtı. Katılımcılardan gözlerini kapatmalarını ve güzel bir doğada olduklarını hayal etmelerini istedi. “Tüm detayları ile ortamı kafanızda canlandırın, ağaçları, kuşları, şelaleyi, parıldayan güneşi hayal edin.” Katılımcıların 5 dk sonra gözlerini açmaları

istenir. Bu tekniği zaman zaman kullanabilirsiniz. Ancak bu eylem sonrasında bulunduğunuz ana geri dönün. Şimdi ve burada neler hissettiğinize odaklanın. Bu uygulamayı dileyenler inançları doğrultusunda uygulayabilir. Dini bir müzik eşliğinde ya da sessiz bir ortamda gözlerinizi kapatarak dua edebilir ya da şükredebilirsiniz.

- **Katılımcıların zihinde canlandırma yöntemi konusunda duygu ve düşüncelerinin alınması**
- **Oturumun özetlenmesi**

15. OTURUM: POTANSİYELİNİ KEŞFETMEK

Amaç: Katılımcılara şizofreni hastalığına sahip başarılı kişilerin gerçek yaşam öyküleri sunularak hastalığın başarılı olmaya engel olmadığını göstermek ve yaşamda yapabilecekleri konusunda katılımcıların ufuklarını genişletmek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- **Oturum gündeminin paylaşılması**
- **Şizofreni tanısı konulan ve hastalığı başarılı şekilde yöneterek dünya çapında ün kazanan kişilerin gerçek yaşam öykülerinin paylaşılması**

❖ **John Forbes Nash**

ABD'li matematikçi

John Forbes Nash 13 Haziran 1928'de ABD' de dünyaya geldi. Lisans ve yüksek lisans eğitimini Carnegie Mellon Üniversitesinde dereceyle tamamladıktan sonra doktora yapmak için Princeton Üniversitesi'ne gitti. 30 yaşına kadar parlak fikirleri ve göze çarpan kişiliği sayesinde hızla yükselip matematik camiasının önde gelen isimlerinden biri oldu. Profesörlük yapmaya başladığında karısı Alicia Larde ile tanıştı.

Hastalığının ilk belirtileri 1958 yılında görülmeye başladı. Bazen günlerce ortalıkta gözükmüyor ve geri döndüğünde hiçbir açıklama sunmuyordu. Daha sonra sürekli

izlendiği ve takip edildiğine dair düşünce ve davranışlar göstermeye başladı. Yaşadığı hastalık belirtileri nedeniyle psikiyatri kliniğinde tedavi aldı ve kendisine şizofreni tanısı konuldu. Aldığı tedaviler ve hastalıkla mücadelesi neticesinde yaşamına başarılı bir şekilde devam etti.

Nash hayatı boyunca prestijli John Von Neumann Teorisi Ödülü de dahil olmak üzere matematikte yaptığı çalışmalardan dolayı birçok ödül aldı. Nash 1994'te dünyanın en prestijli ödülü olarak kabul edilen Nobel Ödülü'nü kazandı. Nash, 1945 ve 1996 yılları arasında 23 bilimsel çalışma yayınladı, ayrıca iki kitap (Essays on Game Theory, The Essential John Nash) yazdı. Yaşantısı, Akıl Oyunları adlı filme de konu oldu.

John Nash, 20. yüzyılın matematiğindeki en büyük düşünürlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Şizofreni hastası olanlar ve onlara yakın olanlar için John Nash'in hikayesi bize büyük umutlar veriyor. Nash'in hikayesi yaşamı güçleştirebilen şizofreni hastalığına rağmen hastaların profesyonel yardım, kişisel inanç ve gayret neticesinde doyurucu bir yaşam sürdürebileceklerini göstermektedir. Nash'in yaşamı şizofrenide umutsuzluktan çok umut ve başarının olduğu bir yaşamı gözler önüne seriyor. Bu tarz gerçek yaşam hikayeleri şizofreni ile yaşamın kolay olmamasına rağmen sonunda bir çok zafer kazanmanın mümkün olabileceğini gösteriyor.

- **Tom Harrell**

ABD'li caz trompetçisi

Tom Harrell, 16 Haziran 1946 yılında ABD de dünyaya geldi. Sekiz yaşında trompet çalmaya başlayan Tom Harrell, 13 yaşında taşındıkları San Fransisco'da yerel müzik gruplarıyla sahneye çıkmaya başladı. 1969'da Stanford Üniversitesi'nde eğitimini tamamladı ve Stan Kenton's Orchester ile turlara çıkmaya başladı. Harrell kariyeri boyunca şizofreni ile başarılı bir şekilde mücadele etti ve en büyük tutkusu olan müziğe devam etti. Farklı kişi ve gruplarla sayısız dünya turuna çıktı. Harrell son 30 yılın en

saygın trompetçisi ve bestecilerinden birisi olarak anılmaktadır. Harrell'in yaşamı şizofrenin başarılı olmak için engel olmadığının bir ispatıdır.

Andy Lewis Goram

İskoçyalı Futbol Oyuncusu / Kaleci

Andrew Goram 13 Nisan 1964 İngiltere doğumludur. İskoçyalı kaleci olarak oynayan eski bir futbolcudur. Kariyerinin en parlak dönemini Rangers'ta oynadığı zaman oluşturmaktadır. Rangers hayranlarının 2001 anketinde Goram, Rangers'ın şimdiye kadarki en büyük kalecisi seçildi. İskoç kaleciye Rangers takımında oynadığı dönemde şizofreni tanısı konuldu. Ancak hastalık Goram'ın kariyerindeki yükselişe mani olmadı. Rangers'dan Manchester United futbol kulübüne kiralandı. Goram, İskoçya milli takımında 43 uluslararası maçta forma giydi. 1986 ve 1990 Dünya Kupaları, UEFA Euro 1992 ve UEFA Euro 1996'da kadrolarına seçildi. Goram şizofreni hastalığıyla başarılı bir şekilde mücadele ederek başarılı bir kariyere imza attı.

Adolf Wölfli

İsviçreli sanatçı

1864 yılında İsviçre'de dünyaya geldi. Adolf Wölfli, şizofreni tanısı ile Bern yakınlarındaki Waldau psikiyatri hastanesine yatışından 4 yıl sonra resim yapmaya başladı. Karakalem ve renkli kalemle ciltlerle dekoratif resimler, desenler yapmış ve yazılar yazmıştır. Adolf Wölfli'nin eserlerinde sonuna kadar kişisel stilini koruduğu ve resimlerinin estetik bütünlüğü olduğu görülmektedir. Wölfli'nin eserleri birçok besteciye ilham verdi. Ölümünden önce resimleri satılmaya başlayan Wölfli'nin ölümünden sonra adına bir vakıf kurulmuş ve eserleri İsviçre Bern sanat müzesinde korunmaya alınmıştır.

- **Oturumda paylaşılan gerçek yaşam öykülerinin katılımcılarda uyandırdığı duygu ve düşüncelerin tartışılması**
- **Oturumun özetlenmesi**

16. OTURUM: DEĞERLENDİRME

Amaç: Oturumları özetleyerek öğrenilenleri pekiştirmek ve umut aşılama programının etkinliğini değerlendirmek

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- **Programın oturum oturum kısaca özetlenmesi**
- **Katılımcıların program boyunca tutulan umut defterini değerlendirmesi**
- **Katılımcıların program hakkındaki duygu ve düşüncelerini paylaşmaları ve programı değerlendirmeleri (Nereden nereye)**
- **Araştırmacı tarafından oturumlarda anlatılan konuların daha kalıcı olması nedeniyle hazırlanılan umut aşılama programı eğitim kitapçıklarının dağıtılması**
- **Programla ilgili yaşantıların karşılıklı paylaşılması**
- **Araştırmacı tarafından programın değerlendirilmesi ve katılımcılara teşekkür edilerek programın sonlandırılması**