



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BENLİK YİTİMİ İLE
UMUT DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Kübra Nur AKYÖN
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Eda AY

Yüksek Lisans Tezi-2023

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

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BENLİK YİTİMİ İLE UMUT DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Kübra Nur AKYÖN

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Eda AY**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Şizofreni.....	4
2.1.1. Şizofreninin Tanımı	4
2.1.2. Şizofreninin Tarihçesi.....	4
2.1.3. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma.....	5
2.1.4. Şizofreni Epidemiyolojisi	6
2.1.5. Şizofreni Etiyolojisi	7
2.1.5.1. Biyolojik Faktörler.....	7
2.1.5.2. Çevresel Faktörler.....	8
2.1.5.3. Biyokimyasal Etkiler	8
2.1.5.4. Psikolojik Faktörler.....	9
2.1.6. Şizofreni Belirtileri	9
2.1.7. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım	10
2.1.8. Şizofrenide Tedavi ve Sağaltım.....	11
2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi.....	12
2.1.8.2. Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)	12
2.1.8.3. Psikososyal Tedaviler	12

2.2. Şizofreni ve Benlik Yitimi	12
2.3. Şizofreni ve Umut	13
2.3.1. Hastalığa Adaptasyonda Umudun Etkisi	15
2.4. Şizofreni Hastalarında Hemşirelik Bakımı	15
3. MATERYAL VE METOT.....	17
3.1. Araştırmanın Türü.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	18
3.5. Veri Toplama Araçları	18
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	18
3.5.2. Benlik Yitimi Ölçeği	18
3.5.3. Herth Umut Ölçeği.....	19
3.6. Verilerin Toplanması	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	29
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
KAYNAKÇA.....	36
EKLER	49
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	49
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	50
EK-3. ETİK KURUL ONAYI.....	51

EK-4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	52
EK-5. BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ.....	53
EK-6. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ.....	55
EK-7. BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ	56
EK-8. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ	57
EK-9. UYGULAMA İZİN BELGELERİ	58



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca bana her zaman yol gösteren, umut ve mücadeleyi hiçbir zaman bırakmamayı öğreten, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, her aşamada motivasyonel olarak desteğini ve ilgisini hissettiğim tez danışmanım ve sevgili hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda AY'a,

Bu araştırmayı, TYL-2022-10452 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne, Araştırmanın uygulanabilmesi için destek veren Erzurum Şehir Hastanesi Kadın ve Erkek psikiyatri servisine ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine, bu çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm şizofreni tanılı bireylere,

Yüksek lisans eğitimim boyunca Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki bütün hocalarıma,

Tez savunma sınavıma zaman ayırıp değerli katkılar sunan değerli jüri üyelerime,

Evlatları olmaktan gurur duyduğum, varlığından her zaman güç aldığım, hayattaki en değerli hazinem, annem Selma AKYÖN'e, varlığını her zaman hissettiğim, başarımları her an göreceğine inandığım rahmetli babama, desteklerini her zaman hissettiğim canım ablam Seda KARSLI'ya, eniştem Ömer Faruk KARSLI'ya ve biricik kardeşim Mert Furkan AKYÖN'e, varlıklarına şükrettiğim yeğenlerim Alptuğ'a ve Eylül'e, her anımda yanımda olan bana umut ve sevgi veren yol arkadaşım Furkan YILMAZ'a, gönül bağının ne kadar önemli olduğunu hissettiğim, beni hiç yalnız bırakmayan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Kübra NUR AKYÖN

ÖZET

Şizofreni Hastalarında Benlik Yitimi İle Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, şizofreni hastalarının benlik yitimi ile umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma verileri, Araştırma Erzurum Şehir Hastanesi Numune Ek Hizmet Binası'nda bulunan Psikiyatri Kadın ve Erkek servisleri ile Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) Ocak 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini, Eylül 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalar ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma 110 hastayla tamamlandı. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Benlik Yitimi Ölçeği” ve “Herth Umut Ölçeği” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach alpha katsayısı ve Pearson Korelasyon analizi ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre hastaların Benlik Yitimi Ölçeği toplam puan ortalamasının 77.90 ± 12.72 olduğu ve BYÖ alt boyutları incelendiğinde hastaların en çok benlik kavramında değişiklik (51.29 ± 9.13) yaşadıkları sonucuna ulaşıldı. Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması 37.76 ± 11.70 olarak belirlendi. Benlik yitimi ölçeği ile Herth Umut Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Sonuç: Hastaların benlik yitiminin ortalamanın üstünde umut düzeylerinin ise düşük olduğu saptandı. Şizofreni hastalarının benlik yitimleri ile umut düzeyleri arasında ilişki olduğu tespit edildi. Hastalarının benlik yitimlerinin azaltılıp, umut düzeylerinin artırılacağı uygun hemşirelik müdahalelerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Benlik yitimi, hemşirelik, şizofreni, umut

ABSTRACT

The Relationship Between Loss of Self and Hope Levels in Patients with Schizophrenia

Aim : The study was conducted to determine the relationship between loss of self and hope levels in schizophrenia patients.

Materials and Methods: This research is descriptive and correlational study. The research data were collected between January 2022 and January 2023 in the Psychiatry Women's and Men's services in the Research Erzurum City Hospital Sample Additional Service Building and in the Community Mental Health Center (CMHC) affiliated to the Erzurum Provincial Health Directorate. The study population consisted of all schizophrenia patients who in remission and were hospitalized in psychiatry clinics between the specified dates, and all patients who applied to the Community Mental Health Center, were diagnosed with schizophrenia according to DSM-V diagnostic criteria and met the inclusion criteria of the study. No sampling was performed in the study population, and the study was completed with 76 patients. "Personal Information Form", "Depersonalization Scale" and "Herth Hope Scale" were used for collect data. In the evaluation of the data; number, mean, percentile distributions, standard deviation, Cronbach alpha coefficient and Pearson Correlation analysis and t test for independent groups were used.

Results: According to the research findings, the mean modified engulfment score of the patients was 77.90 ± 12.72 , and most affected sub-scale of the MES was found to be changes self-concept (51.29 ± 9.13). The mean score in the Herth Hope Scale was found to be 37.76 ± 11.70 . Considering the relationship between the MES and HHS was examined; it was determined that there is a significant negative relationship between total scale scores ($p < 0.05$).

Conclusion: It was revealed that patients have a intermediate level of engulfment, and LOW level of hope. A correlation was found between engulfment, and level of hope in patients with schizophrenia.

Keywords: Engulfment, hope, nursing, schizophrenia

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
BYÖ	: Benlik Yitimi Ölçeği
DSM-V	: Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik Rehberi
EKT	: Elektro-Konvulsif Terapi
HUÖ	: Herth Umut Ölçeği
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. İç Geçerlilik Katsayıları.....	20
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	22
Tablo 4.2. Benlik Yitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı	23
Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Benlik Yitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması	24
Tablo 4.4. Herth Umut Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı	25
Tablo 4.5. Demografik Özelliklere Göre Herth Umut Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.6. BYÖ ile HUÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	27
Tablo 4.7. Benlik Yitimi Ölçeği ile Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti, Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler ve Herth Umut Ölçeği Arasındaki Regresyon Analizi.....	28

1. GİRİŞ

Şizofreni; bireylerin, duygu düşünce ve davranışlarda birtakım bozuklukların ortaya çıktığı, temel olarak kişinin gerçeği algılanmasında sorunlar yaşadığı, zamanla kendine özgü içe kapanım dünyasında yaşadığı kronik psikotik bir bozukluktur.^{1,3} Şizofreni tüm dünyada ve her türlü sosyoekonomik sınıflarda görülebilen bir hastalıktır ve genel popülasyonunun yaklaşık olarak %1'ini oluşturur.^{4,5} Ülkemizde ise şizofreni hastalığının yaşam boyu prevalansı 1000 kişide 8.9 olarak belirlenmiştir.⁶ Şizofreni, her hastada farklı bir etkiye sebep olmasıyla birlikte ciddi yeti yitimine yol açabilen ruhsal hastalıklardan biridir.^{7,8}

Şizofrenide hastalık belirtilerinin şiddetli oluşu, yoğun ilaç tedavileri, hastaların işlevselliklerindeki düşüş ve bilişsel alanlarda yaşanan bozulmalar hastaların benlik kavramlarını olumsuz etkileyebilmektedir.^{9,10} Şizofreni hastalarında benlik kavramının incelendiği çalışma sonuçları; hastaların benlik kavramında negatif açıdan değişim yaşadıkları, benlik saygılarında düşüş olduğu^{11,12} yaşamlarında olumlu bir benlik duygusu yaratmakta zorlandıklarını göstermektedir.¹³ Benlik yitimi; şizofreni hastalarının kendi benlik kavramlarını olumsuz yönde değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır.¹⁴ Bazı araştırmacılara göre ise benlik yitimi, kişinin kendisini ve benlik kavramını değerlendirememesi, hatta yok sayması olarak tarif edilmektedir.^{15,16} Şizofreninin ileriki evrelerinde görülebilen bir belirti olmakla birlikte benlik yitimi durumunda kişi sadece kendine yabancılaşmaz, çevresini de yabancı olarak algılamaya başlar. Bir şizofreni hastasında benlik yitiminden söz edebilmek için, hasta bireyin benlik kavramını en baştan değiştirmesi ve hastalığına göre kendini yeniden tariflemesi gerekmektedir.¹⁴⁻¹⁷

Şizofreni hastalığında benlik kavramındaki değişim hastanın iyileşmeye yönelik motivasyonunu ve işlevselliğini olumsuz etkilemekte, ^{19,20} hastalıkla baş edememeye, ¹¹ içgörü kaybına, pozitif belirtilerde artışa neden olabilmektedir. ²¹ Benlik yitimi hastalarda, güçsüzlüğe, gelecek kaygısına, rol ve sorumluluklarını yerine getirememelerine sebep olur. Benlik yitimi yaşayan hastalar umutsuzluğa kapılır ve umut düzeyi azaldıkça hastalıklarla başetme düzeyinde azalma, rol ve sorumluluklarını yerine getirememe gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. ^{15,18}

Umut, bireyi harekete geçiren yaşamla ilgili pozitif beklenti hissi oluşturan bir güç olarak ifade edilmektedir. Umudun var olması, kişilerin hastalık süreçleri ile başetmelerini ve değişen yaşam koşullarına uyum sağlamalarını kolaylaştırmaktadır. Umut hastalıklarla baş etmek ve var olan sağlığımızın devamını sağlamak adına önemli bir duygudur. ²²⁻²⁴ Umut hem ruhsal hem de fiziksel sağlığın gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışma sonucunda, umut düzeyi yüksek olan şizofreni hastalarının; hastaneye yatış sıklığında azalma olduğu, hastaların tedaviye uyum sağlamalarında ve yaşam kalitelerinin yükselmesinde katkıları olduğu ifade edilmektedir. ²⁵ Umut düzeyinin düşük olması ise şizofreni hastalarının benlik saygılarının düşmesine, işlevselliklerinin bozulmasına, tedaviye uyum oranlarının düşmesine ve depresyon, intihar oranlarında artış gibi olumsuz bazı sonuçlara yol açmaktadır. ²⁶⁻²⁸ Araştırmalar şizofreni hastalarında umudun düşük olduğu göstermektedir. ^{29,30} Şizofreni hastalarında umudun hastalığın prognozu ve tedavisi açısından önemi yapılan çalışmalarla ortaya konulmasına rağmen hala umutsuzluk en sık karşılaşılan ve en önemli sorunlardan birisidir. ^{31,32} Bütün hastalıklarda olduğu gibi şizofreni hastalığının tanısından tedavisine, rehabilitasyon sürecine kadar her aşamasında hastaların en çok yanında bulunan sağlık profesyoneli hemşireler olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı şizofreni hastalarında umudu arttırmada ve benlik yitimini önlemede psikiyatri hemşirelerine önemli görevler

düşmektedir. Bu aşamada umudun ne olduğunu, nasıl arttırılmasını gerektiğini çok iyi bilmeleri şizofreni hastaları açısından çok fazla öneme sahiptir. ^{24,33} Aynı zamanda şizofreni hastalarının benlik algıları ve benlik saygılarını geliştirmek için de gerekli hemşirelik girişimi uygulanması da psikiyatri hemşirelerinin görevlerindendir. ³⁴

Literatür incelendiğinde, şizofreni hastalarında benlik yitiminin ve umudun birlikte ele alındığı araştırmaların oldukça sınırlı olduğu söylenebilir. ¹⁴⁻¹⁷ Yurt dışında benlik yitimi ve umut düzeylerini araştıran az sayıda bilimsel çalışmaya rastlanırken, ülkemizde henüz böyle bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Şizofreni hastalarının sorunlarının belirlenmesinin, bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına katkı sağlayacağı düşüncesinden hareketle bu araştırma, şizofreni hastalarında benlik yitimi ile umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Şizofreni

2.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni; beyni etkileyen, orta ve genç yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkan, duygu düşünce ve davranışlarda bozukluklarla kendini gösteren, temel olarak gerçeğin algılanmasında sorunların yaşandığı, herkesçe kabul edilen normal algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kişinin kendine özgü içe kapanım dünyasında yaşadığı her toplumda görülebilen, kronik bir psikotik bozukluktur.¹⁻³

Şizofreni gelişimi premorbid (hastalık öncesi) dönem, prodromal (ilk belirti dönemi) dönem, aktif psikotik dönem (şizofreni) ve rezidüel (kalıntı) dönem olmak üzere genellikle dört dönemde sınıflandırılmaktadır. Aktif psikotik dönem, şizofreni belirtilerinin olduğu dönem iken rezidüel dönem genellikle negatif belirtilerle devam eden ve akut dönemdeki belirtilerin olmadığı veya önemli olmadığı dönemdir.³⁵

2.1.2. Şizofreninin Tarihçesi

Yüzyıllar boyunca insanlığı etkilemiş bir psikiyatrik bozukluk olan şizofreninin tarihçesinin M.S. I. ve II. yüzyıllara dayandığı bilinmekle beraber, eski çağlarda Sanskrit yazıtlarında ve Yunan yazıtlarında şizofreniye benzer belirtileri olan ruhsal hastalıklar tanımlanırken, orta çağda bireylerin cadı, şeytan, kötü ruhların esiri olduğuna inanılmış ve bu bireyler, tanrının gazabına uğramış varlıklar olarak toplumdan dışlanıp işkence ve ölüm gibi cezalara çarptırılmışlardır.^{3,36} ‘İçe kapanma ve düşünce bozukluğu’ belirtilerinin hakim olduğu bu hastalık için ilk olarak 1860 yılında Fransız psikiyatrist Morel erken bunama (Démence Précoce) tanımını kullanmıştır.³⁶ Emil Kraepelin günümüz şizofreni kavramındaki pozitif-negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini hazırlamış ve Morel’in yapmış olduğu, tanıma şizofreninin paranoid ve basit belirtilerini de ekleyerek ‘dementia praecox’ olarak tek başlık altında toplamıştır. Yunanca’daki

shizko (bölünme) ve phren (akıl) kelimelerinin birleşiminden elde edilen zihin yarılması anlamına gelen şizofreni kavramını ilk kez İsviçreli psikiyatrist olan Eugene Bleuler (1857-1939) ortaya atmıştır. ^{3,36} Şizofreniyi 20. yüzyılın başlarında Kraepelin gerçeklik algısının bozulduğu bir psikiyatrik hastalık olarak ve diğer psikopatolojilerden ayrı olarak tanımlamıştır. ³⁷

2.1.3. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma

Hastalık için belirtilerin karmaşık olması ve tanı koydurucu tek bir semptomun olmayışı, hastalığın sınıflandırılmasında ve teşhisinde bazı güçlükler ortaya çıkarmaktadır. ⁴ Bu yüzden tüm dünyada, Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-V (ruhsal bozukluklara ilişkin tanı ve istatistik rehberi) tanı ölçütleri kullanılmaktadır. ^{5,38} Şizofreni DSM-V kitapçığında ‘Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’ başlığı altında bulunmaktadır. ³⁸

DSM-V’e göre şizofreni tanı kriterleri, şunlardır:

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. (DSM-V)

2.1.4. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni tüm dünyada ve her türlü sosyoekonomik sınıflarda görülebilen bir hastalıktır.^{4,5} Şizofreni, genel insan popülasyonunun yaklaşık olarak %1'ini oluşturur. Ülkemizde ise şizofreni hastalığının yaşam boyu prevalansı 1000 kişide 8.9 olarak belirlenmiştir.⁶ Görülme riskinin kadın ve erkeklerde eşit olmasına karşın son yapılan çalışmalara göre erkeklerde bu riskin 1,5 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.^{7,39,40} Cinsiyete göre başlangıç yaşına bakıldığında erkeklerde 15-25 yaş, kadınlarda 25-35 yaş aralığında ve prognozun kadınlarda daha iyi olduğu çalışma sonuçlarına göre belirlenmiştir.³⁹⁻⁴²

Şizofreni, tüm toplumlarda görüleceği gibi sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda görülme olasılığının 5 kat daha fazla olduğu, bekar bireylerde evli bireylere göre insidansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Evliliğin koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte stresörlerin varlığı, göç olayları ve enfeksiyon gibi nedenler de şizofrenide risk faktörleri olarak ele alınmıştır.^{42,43}

2.1.5. Şizofreni Etiyolojisi

Şizofreni, kesin olarak tanımlanamayan patogenezi ile beraber etiyolojisi de henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Yapılan araştırmalar, birçok etmenin şizofreni oluşumunda etkili olduğunu ortaya koymaktadır.^{44,45} Şizofreni hastalarında yapılan beyin görüntüleme işlemi sonucunda bazı hastaların beyinlerinin temporal loblarında yapısal farklılıklar olduğu görülmüş ancak kesin olarak hastalığa bağlı olup olmadığı henüz belirlenememiştir.^{39,46}

Genel olarak yapılan araştırmalar sonucu hastalığa yol açtığı düşünülen etkenler 4 ana başlık altında toplanabilir:

1. Biyolojik Faktörler (Genetik, Nöroanatomik faktörler)
2. Çevresel Faktörler
3. Biyokimyasal Faktörler
4. Psikolojik Faktörler

2.1.5.1. Biyolojik Faktörler

Genetik faktörün şizofreni oluşumunda önemli bir yerinin olmasına karşın kesin olarak etkisi henüz kanıtlanamamıştır. Yapılan çalışmalarda kromozomlar üzerinde yer alan genetik kodların tamamen silinmesi ya da kopyalanması sonucu veya D3 HTA2 reseptörlerini kodlayan en az iki alel genin varlığı şizofreni olma ihtimalini arttırdığı ortaya konulmuştur.^{47,48} Literatür taramaları sonucuna göre ruhsal hastalığı olan kişilerin birinci dereceden akrabalarında psikiyatrik hastalık görülme ihtimalinin %19 olduğu, yapılan ikiz çalışmaları sonucunda ise tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine ve normal kardeşlere göre şizofreni riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.^{39,49} Yapılan evlat edinme çalışmalarında biyolojik ailede şizofreni varlığı ruhsal hastalık riskini arttırdığı ancak biyolojik ailede şizofreni öyküsünün olmayıp evlat edinilen ailede şizofreni hastasının olmasının riski arttırmadığı görülmüştür.⁵⁰ Fetusun gelişim

döneminde meydana gelen hipoksi, asfiksi, toksemi gibi perinatal anomalilere bağlı oksijen yetersizliği ve travmaların şizofreni riskini 1,5-2 kat arttırdığı bilinmektedir. ⁴⁸

2.1.5.2. Çevresel Faktörler

Şizofreni etiyolojisi araştırılırken çevresel faktörlerinde üzerinde durulmuştur. Bazı aile yapısındaki etkenlerin şizofreniye neden olabileceği görüşü savunulmuş ve “Şizofren Aileler Modeli” üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Ancak yeterli sonuca ulaşamadığı için bu teori desteklenmemiştir. ⁷ Stres yaratan bir durumla karşılaşıldığında şizofreninin ortaya çıkabileceği düşünülmüş hatta Stres-Diyatez Teorisi geliştirilmiştir. Bu teoriye göre; kalıtsal olarak yatkınlık taşıyan bir bireyin stresli bir durumla karşılaşmadığı takdirde herhangi bir belirti göstermeyebileceği ancak yaşamında stres yaratan bir olayla karşılaştığında şizofrenik bozukluğun ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür. ^{7,51}

2.1.5.3. Biyokimyasal Etkiler

Beyin biyokimyasının incelendiği çalışmalarda nörotransmitterlerin etkinliğinin şizofreni ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir nörotransmitter olan dopamin sentezinde artışın meydana gelmesi şizofreni meydana gelme riskini arttırdığı, limbik sistemdeki artışın ise paranoid ve şüphecilik düşüncelerinin meydana getirdiği bilinmektedir. Dopaminin yanı sıra GABA, serotonin ve nörepinefrin düzeylerinin de şizofreni oluşumunda etkili olabileceği belirtilmektedir. ^{7,41} Yapılan beyin görüntüleme işlemlerinde beyin ventriküllerinde genişleme, beyaz madde miktarındaki değişikliklerle, beyin bazı loblarında hacimsel olarak azalma, normal asimetride bozulma gibi değişikliklerin olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bütün bu değişikliklerin hastalık öncesi ya da sonrası olduğu bilinmemektedir. ^{41,52-55}

2.1.5.4. Psikolojik Faktörler

Şizofreninin etiyolojisi incelenirken biyolojik veya genetik araştırmaların yanı sıra psikolojik etmenlerle ilişkisi de göz önünde bulundurulmuştur. Bu araştırmalar ile genellikle çocukluk döneminde yaşanan aile ilişkileri üzerinde durulmuştur. Ebeveynin çocuk üzerindeki davranışları sonucunda çocuğun dürtüleriyle baş edememesi, ego gelişiminde tamamlanamama veya bireyselleşmede ve kimlik kazanmada sorun yaşanması gibi psikolojik etmenler şizofreni oluşumuna doğrudan sebep olmasa bile zemin hazırlamaktadır.^{8,55,56}

2.1.6. Şizofreni Belirtileri

Şizofreni tanısının konulması için kesin net bir belirti olmamakla beraber bireyde belirtilerin yanı sıra belirli düzeyde işlevsellikte bozulma meydana gelmesi gerekmektedir.⁵⁷ Şizofrenide belirtiler bireyden bireye farklılık gösterebildiği gibi aynı bireyde farklı zamanlarda belirtiler farklılık gösterebilmektedir.⁵⁸

Şizofrenide belirtiler genel olarak pozitif belirtiler, negatif belirtiler, kognitif belirtiler olmak üzere üç başlık altında toplanabilir. Pozitif belirtiler, hastalığa yakalanmamış kişilerde ortaya çıkması beklenmeyen sanrılar, halüsinasyonlar, konuşma ve davranış düzensizliklerini içeren semptomları içermektedir. Negatif belirtiler ise bazı zihinsel fonksiyonların hastalığa yakalanmamış kişilere oranla azalma göstermesiyle teşhis edilebilen avolasyon, anhedoni, duygusal düzleşme ve aloji gibi belirtileri kapsamaktadır.⁴ Belirgin bilişsel bozukluk şizofreninin temel ve kalıcı bir özelliği durumundadır. Pozitif ve negatif belirtilere ek olarak temel bakım becerilerinde, kişilerarası ilişkilerinde, iş veya eğitim hayatında bir takım işlev bozukluklarının meydana geldiği dikkat eksikliği, düşünmede yavaşlama, odaklanma problemleri gibi kognitif belirtilerde görülmektedir.^{7,41}

2.1.7. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni, her hastada farklı bir etkiye sebep olmasıyla birlikte ciddi bir yeti yitimine neden olan kronik bir hastalıktır. Bu yüzden seyri ve sonlanışı hakkında kesin bir yargıya varmak güç olsa da ilk tanı koyulduğu andan itibaren beş yıllık süre hastalığın gidişatı hakkında yol gösterici olabilir. ^{7,8,39} Hastalığın seyri değişici olsa bile bazı hastalarda ciddi alevlenmeler ile beraber ciddi yıkımla devam eder, bazı hastalarda işlevsellik düzeylerinde artma ile birlikte tamamen iyileşme görülürken bazı hastalarda ise işlevsellikteki bozulma düzelmez ve kronik bir hastalık olarak yaşamlarına devam ederler. ⁵⁷ Şizofrenide tedavinin erken veya geç olması da prognozu önemli ölçüde etkilemektedir. Geç başlanan tedavi hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca negatif belirtileri olan hastaların pozitif belirtileri olan hastalara göre tedavi yanıtının geç olduğu bilinmektedir. ⁵⁴ Şizofreninin prognoz sürecini değerlendirebilmek için olumlu ve olumsuz gidiş kriterleri bulunmaktadır. ⁴

İyi Prognoz Göstergeleri

- Akut başlangıç
- Kadın cinsiyet
- Pozitif belirtilerin daha fazla olması
- Genetik bir yatkınlığın olmaması
- Tanı konulmadan önce işlevsellik düzeyinin fazla olması
- Evli olma
- Erken tanı ve tedavi
- Sosyal destek sisteminin kuvvetli olması
- Hastalık öncesi toplumdaki uyumunun iyi olması
- Bir işinin ve hobilerinin olması
- Kısa süreli psikotik belirtilerinin olması
- Geleceğe yönelik umutlu olma

Kötü Prognoz Göstergeleri

- Erken ve sinsli bir başlangıç
- Erkek cinsiyet
- Sosyal destek sisteminin az veya hiç olmaması
- Boşanmış veya bekar olma
- Uzun süreli psikotik belirtilerin varlığı
- Genetik yatkınlık ve ailede şizofreni hastalığının varlığı
- İşlevsellik düzeyinin az olması
- Negatif belirtilerin fazla olması
- Uzun süreli ve çok fazla hastaneye yatışının olması
- Umutsuzluk
- Aşırı stres varlığı
- Madde kullanımı ve saldırganlık öyküsünün olması ^{7,8}

2.1.8. Şizofrenide Tedavi ve Sağaltım

Farklı türleri olan şizofreninin sağaltımında hastalık şeklinin tedaviye verilen yanıtlarda farklılık göstereceği bilinmekle birlikte ⁴ tedavide asıl amaç yalnızca hastalıkta görülen esas belirti ve bulguları ortadan kaldırmak olmayıp ³⁶ holistik bakışı içeren tedavi edici yaklaşımlar ve birçok sağlık disiplininin bakış açısı ve mesleki becerileri ile bireyi güçlendirmede kullandığı müdahaleleri de içermek olmalıdır. ³⁵ Tedavinin başka hedefleri ise nüksü önlemek, hastalara umut aşılamak, hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmak veya kontrol altına almak, belirtileri kontrol altına almak, başetme becerileri kazandırmak, sosyal ve mesleki işlevselliği arttırmaktır. ^{7,59}

2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi

Her hasta için farklı ilaç tedavisi yapılmakta ve hangi ilacın hangi dozda başlanacağına karar verilmelidir. En sık kullanılan ilaçlar; antipsikotikler, nöroleptikler, antidepresanlar, antikolinerjikler, anksiyolitikler ve duygu durum düzenleyicilerdir.⁷

2.1.8.2. Elektro-Konvülsif Terapi (EKT)

Beyine düşük doz elektrik akımı verilerek hastaya epilepsi tipi nöbet geçirilmesini sağlayan işlemdir. Tedaviye dirençli, ilaç yan etkilerinden dolayı ilaç kullanımını bırakan, çok ajite veya katatonik hastalarda kullanılır. Antipsikotik ilaçlarla birlikte yapılan EKT ile olumlu sonuçlara ulaşıldığı bilinmektedir.^{41,60}

2.1.8.3. Psikososyal Tedaviler

Farmakolojik tedavilerle beraber uygulanmaktadır. Uygulanan psikoterapilerin şizofreninin negatif belirtilerini önemli oranda azalttığı görülmüştür. Psikoterapilerde amaç; nüksleri önlemek, hastalıklarıyla birlikte meydana gelen değişimlerle başa çıkmayı öğretmek, topluma uyumu sağlamak, meslekte işlevselliği arttırmak, geleceğe umutla bakmayı sağlamak, yaşam kalitesini arttırmayı sağlamaktır.⁶¹ Aile psikoeğitimi, psikososyal beceri eğitimi, stres ve kriz yönetimi, bilişsel davranışçı terapiler, sosyal beceri eğitimleri, grup terapileri, bireysel psikoterapiler bu tedavi altındadır.⁶²

2.2. Şizofreni ve Benlik Yitimi

Şizofreni tanısı ile birlikte kişilerde gözlemlenen değişiklikler, hastaların benlik kavramlarını etkilemektedir.⁶³ Hastalık sonrası ortaya çıkan olumsuz deneyimler ve günlük yaşamdaki güçlükler sebebiyle hastaların benlik kavramı olumsuz yönde değişkenlik göstermektedir.⁶⁴ Şizofreni hastaları ile yapılmış bir araştırma sonucu olumlu bir benlik duygusu yaratmakta şizofreni hastalarının zorlandığını¹³, başka bir araştırma sonucu ise şizofreni hastalarının benlik kavramlarının dönemsel olarak değişkenlik gösterip genellikle olumsuz yönde değiştiğini belirtilmektedir.⁶⁵

Şizofreni hastalarında benlik kavramındaki değişim ile ilgili yapılan çalışmalarda, benlik kavramı ile depresyon, anksiyete, pozitif belirtiler ve anhedoni arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.^{13,66} Şizofreni hastalarında benlik kavramındaki olumsuz yönde değişimin, tedaviye uyum, rehabilitasyon süreci^{11,12} ve yaşam kalitesini olumsuz yönde değiştirdiği bildirilmektedir.^{11,12,67} Yapılan başka bir çalışmada benlik saygısı düşük hastalarda; güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk, korku, kırılganlık, değersizlik ve yetersiz olma duyguları, olumsuz düşüncelere neden olarak hastaların kendi potansiyellerini tanımakta başarısız olduklarını, eleştirilerden ve yeni fikirlerden korktuklarını ve bu durumun sorumluluk almalarının önünde engel oluşturduğunu göstermektedir.⁶⁸

Şizofreni hastalarının ileriki evrelerinde görülebilen bir belirtidir ve ağır bir durum olan bireyin kendini ve benliğini tamamen yok sayarak kendine yabancılaşması olarak ifade edilen benlik yitimi durumunda kişi sadece kendine yabancılaşmaz, çevresini de yabancı olarak algılamaya başlar. Bir şizofreni hastasında benlik yitiminden söz edebilmek için, hasta bireyin benlik kavramını en baştan değiştirmesi ve hastalığına göre kendini yeniden tariflemesi gerekmektedir.¹⁴⁻¹⁷

Şizofreni tanısının erken yaşta alınması, umutsuzluk düzeyinin fazla olması, sosyal alanda üstlenilen görevlerin yerine getirilememesi, sık hastane yatışları ve ruhsal hastalığın artık kronik hale gelmesi benlik yitimini arttırmaktadır.^{15,16,18} Hastalığın beraberinde gelen tüm negatif veya pozitif belirtilerine rağmen olumlu bir benlik oluşturan hastalarda benlik yitiminin önüne geçilebileceği belirtilmektedir.¹⁵ Hasta birey hayata ne kadar umut dolu bir bakış açısıyla bakarsa ve hastalığı ne kadar kabullenirse benlik yitimi de o ölçüde azaldığı vurgulanmıştır.¹⁴

2.3. Şizofreni ve Umut

Amerikan Psikiyatri Birliği, kronik ve dirençli ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde iyileşmenin en önemli etkeni olarak yaşamdan anlam bulma ve umudu

göstermektedir. ⁷¹ Şizofreni hastalarında umut, hastalıkla bireyin baş etmesini kolaylaştıran, motivasyonunu arttıran önemli bir etken olmakla birlikte iyileşme sürecini başlatan, devamını sağlayan ve daha hızlı iyileşmesine olanak sağlayan bir faktördür. Şizofreni hastalarının umutları ne kadar yüksekse tedaviye uyumları, yaşam kaliteleri ve psikolojik olarak iyi olma halleri de o kadar yüksektir. ^{72,73}

Yapılan çalışmalara göre şizofreni hastalarında umudun bu kadar önemli bir etken olmasının üç önemli sebebi bulunmaktadır. Bu faktörlerden birincisi umudun psikiyatrik hastalıklardaki iyileşme süreci üzerindeki olumlu etkisidir. Umudu yüksek olan bir şizofreni hastası tüm olumsuzluklara rağmen iyileşmek için cesaret verir ve baş etmeyi kolaylaştırır. İkinci faktör ise psikiyatri hastalarının bir sorun karşısında daha geniş düşünmesini sağlar. Son olarak umut hastalar kadar terapistlerin de psikoterapi aşamasında önemli bir faktör olarak yer alır. ³¹

Araştırmalara göre şizofreni hastalarında umudun düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ^{29,30} Lysaker ver ark. şizofreni hastalarında umudun baş etme becerilerinin gelişmesine, iç görünümün gelişmesinde ve devamının sağlanmasında önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir. ⁷⁴

Şizofreni hastalarında umudun hastalığın prognozu ve tedavisi açısından önemi yapılan çalışmalarla ortaya konulmasına rağmen hala umutsuzluk en sık karşılaşılan ve en önemli sorunlardan birisidir. ^{31,32} Bütün hastalıklarda olduğu gibi şizofreni hastalığının tanısından tedavisine, rehabilitasyon sürecine kadar her aşamasında hastaların en çok yanında bulunan sağlık profesyoneli hemşireler olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı şizofreni hastalarında umudu arttırmada en önemli görevde psikiyatri hemşirelerine düşmektedir. Bu aşamada umudun ne olduğunu, nasıl arttırılmasını gerektiğini de çok iyi bilmeleri şizofreni hastaları açısından çok fazla öneme sahiptir. ^{24,33}

2.3.1. Hastalığa Adaptasyonda Umudun Etkisi

Üzüntü ve mutluluk gibi umut da bireyde var olan bir duygudur. Bu duygularımızın günlük yaşamımızda ne kadar baskın olacağına biz karar veririz ve hastalıklarla baş etmek, var olan sağlığımızın devamı için hayatımızda önemli bir yeri vardır. ²²⁻²⁴

Umudu yüksek olan bireyler hastalıkla veya içinde bulunduğu sorunla daha iyi baş edebilmekte ve daha az düzeyde çaresizlik, üzüntü ve acı duymaktadır. ^{22,23,69} Birey umutsuzluğu daha üst düzeyde yaşıyorsa hem var olan problemleriyle mücadelesini zorlaştırır hem de yeni problemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Umut kaybolduğu zaman benlik kayba uğrayabilir, depresyondan intihara kadar ciddi sorunlar meydana gelebilme ihtimali yükselmektedir. ^{22,70} Mevcut hastalığının iyileşme süreci de umutla birebir bağlantılıdır. Umutsuz bir bireyde iyileşme süreci uzar ve vücuttaki savunma mekanizması bozularak ani ölüme kadar ilerleyebilecektir. Tüm bu nedenlerden dolayı hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklarda iyileşme ve sağlıklı bir gelecek için umut dikkat edilmesi gereken bir faktördür. ²²

2.4. Şizofreni Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) psikiyatri hemşiresini; “sanat olarak kendiliği amaçlı bir şekilde kullanan, bilim olarak nörolojik ve psikososyal kuramların, çalışma sonuçlarının ve hemşireliğin farklı rollerinin kullanılmasını sağlayan ruh sağlığı ekibinin profesyonel üyesidir.” şeklinde tanımlamıştır. ⁷⁵ Bir psikiyatri hemşiresi, bulunduğu alanda terapist, klinisyen, vaka yöneticisi gibi rolleri üstlenirken eğitici, değişim ajanı, araştırmacı ve danışman gibi rollere de sahiptir. ⁷⁶

Tüm ruhsal hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de en sık kullanılan yöntem ilaç tedavisidir. Fakat yapılan çalışmalara bakıldığında sadece ilaç tedavisinin yetersiz olduğu, hasta bireylerin içgörü yetersizliği, umutsuzluk, yaşam kalitesinde azalma, işlevsellik kaybı gibi durumların devam ettiği görülmüştür. Şizofrenide ilaçla tedavinin

yanında ek olarak hastaya rehabilite edici yöntemler uygulanmaktadır.^{29,77,78} Tüm hasta bireyler gibi şizofreni hastalarında da umudun arttırılması, sürdürülmesi ve umutsuzluğun ortadan kaldırılmasında en önemli görev psikiyatri hemşirelerine düşmektedir.²²

Kişilerin benlik algıları ve benlik saygılarını geliştirmek, stresle başa etme becerilerini güçlendirmek, kişiler arası ilişkilerini düzenlemesine yardımcı olmak, hastalık ve buna bağlı acı çekmelerini azaltmada da psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.³⁴ Psikiyatri hemşirelerinin çalışma alanlarından biri olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde görev alan hemşireler, hastaları değerlendirmek ve haklarını gözetmek, danışmanlık yapıp, eğitimler vermek, hastaya sosyal destek sağlamak, ilaç uygulamalarını takip etmek, ev ziyaretleri yapmak krize müdahale edip kriz yönetimini sağlamak, yani kısaca sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi için mesleki becerileri ile ve görevlerini icra ederler.⁷⁹ Hemşirelik bakımı, hastanın gereksinimlerine göre, hasta merkezli yaklaşımla belirlenir. Hastanın düşünce, duygu ve davranışlarını, kişilerarası ilişkilerini, sosyal becerilerini değerlendirmek ve izlemek, hemşirelik tanılarını belirlemek, girişimleri uygulamak ve değerlendirmek gerekir.⁸⁰ Şizofreni hastalarının benlik saygıları ve duygusal öz farkındalıkları, damgalanma algısı hastalar için önemli sorun alanlarıdır. Psikiyatri hemşirelerinin çeşitli hemşirelik tanılarının yanı sıra şizofreni hastalarına benlik saygısında azalma (kronik veya durumsal), sosyal etkileşiminde bozulma veya sosyal izolasyon, özgür karar vermede bozulma, iletişimde güçlenmeye hazır oluş, ilişkilerde etkisizlik, bireysel kimlik (kendilik) tanımında bozulma gibi hemşirelik tanılarını belirleyebileceklerinin farkında olmasına ve etkili müdahale yöntemlerini uygulamalarına ihtiyaç olduğuna dikkati çekmekte yarar olduğu görülmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzurum Şehir Hastanesi Numune Ek Hizmet Binası'nda bulunan Psikiyatri Kadın ve Erkek servisleri ile Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) Ocak 2022–Ocak 2023 tarihleri arasında yapıldı.

Kadın Psikiyatri servisinde 7 hasta odası, buna ek olarak 1 tane tespit odası, mutfak, psikolog-görüşme odası, rehabilitasyon odası, 1 tane personel odası, birer tane hasta ve personel tuvaleti, televizyon odası, sigara odası ve hemşire odası ve bahçe bulunmaktadır. Toplam 18 yataklı servistir. Erkek psikiyatri servisinde 8 hasta odası, bir tespit odası, mutfak, psikolog odası, rehabilitasyon odası, personel ve hemşire odaları, hasta ve personel tuvaleti, sigara odası ve televizyon odası bulunmaktadır. Toplam 30 yataktan oluşmaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ekip odası, psikolog odası, yemekhane, müzik odası, etkinlik odası, toplantı odası bulunmaktadır. Hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, ergoterapist, resim ve müzik, el sanatları öğretmeni, güvenlik, sekreter ve şoför bulunmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip bireyler ve aileleri telefon yoluyla aranıp bilgilendirilir ve merkeze davet edilir. Merkeze müracaat eden hastalar psikiyatri uzman hekimi tarafından değerlendirilir, tüm hastalık süreci ve hastanın kendisine ait özellikleri incelendikten sonra merkezde takip altına alınmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören akut dönemi atlatmış remisyondaki hastalar ile TRSM'ye başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm

hastalar oluşturdu. Evrenden rneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma 110 hastayla tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-V tanı ölçülerine göre şizofreni tanısı almış olma
- 18 yaşından büyük olma
- Tedavi ekibinin görüşüne göre iletişime açık olma
- Eşlik eden başka bir psikiyatrik tanı almamış olma
- Görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde konuşma ve işitme bozukluğu ile nörolojik bozuklukların bulunmamasıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Tanımlayıcı veri toplama formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi, çalışma durumu, sosyoekonomik düzeyi, medeni durumu, soy geçmişte şizofreni ya da başka psikotik bozukluk öyküsü olup olmadığı bu bilgi formunda ele alındı.

3.5.2. Benlik Yitimi lği (EK-5)

1998 yılında McCay ve Seeman ³¹ tarafından geliştirilmiştir. lek şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalara uygulanan 5’li likert tipte bir lektir. Türkçe geçerlik güvenirlik alışması Kařlı⁵³ tarafından yapılmıştır. lek şizofreni hastalarının benlik yitimini değerlendirmek için geliştirilmiştir, toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Puanlandırmada 10 madde tersine puanlanmaktadır. lekte 3 alt boyut bulunmaktadır. lekten alınabilecek toplam puan en düşük 25, en yüksek 125’dir. lek alt boyutları için alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla; benlik kavramında değişim için 17-85, tedaviye inanç için 4-20, gelecek beklentisi için 4-20’dir. Toplam puan arttıkça

benlik yitiminin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

Benlik kavramında değişim alt boyutu: 1, 2, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24,

Tedaviye inanç alt boyutu: 5, 6, 8, 18, Gelecek beklentisi alt boyutu: 3, 19, 21, 25 maddelerinden oluşmaktadır.

Ters puanlanan maddeler: 1, 3, 5, 6, 10, 13, 19, 21, 22, 25 şeklindedir.

3.5.3. Herth Umut Ölçeği (EK-6)

1991 yılında Dr. Herth tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlanması Aslan ve ark.¹⁰² tarafından yapılmıştır. 30 maddelik dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin üç alt boyutu olup bu alt boyutlar; “Gelecek” alt boyutu ile Umudun, kognitif-geçici boyutunu, “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti” alt boyutu ile umudun duygusal-davranışsal boyutunu ve “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler” alt boyutu ile Umudun ilişkiler ve içinde bulunan şartlarla ilgili boyutunu ölçmektedir.

Ölçekten alınan toplam puan 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

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.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra belirlenen klinikler ve TRSM'de çalışan sorumlu hekimler ve hemşireler ziyaret edilerek planlanan araştırma hakkında bilgi verildi. Araştırma kriterlerine uyan şizofreni hastalarına çalışma hakkında bilgi verilerek gönüllü onam formu imzalatıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma kriterlerine sahip hastalar araştırma kapsamına alındı Araştırma verileri Ocak-Eylül 2022 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplandı. Araştırmada, 'Kişisel Bilgi Formu'(Ek-4), 'Benlik Yitimi Ölçeği'(Ek-5), 'Herth Umut Ölçeği'(Ek-6) olmak üzere 3 form kullanıldı. Anketlerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS (Statistical Program for Social Sciences) 22 paket programında yapıldı. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların anı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanıldı. Tüm veriler $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 3.1. İç Geçerlilik Katsayıları

		Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili karşılaştırılmasında	grupların	Bağımsız gruplarda t testi	-
Çoklu karşılaştırılmasında	grupların	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	-
İlişkisel Çıkarımlarda		Pearson korelasyon analizi	-
İç Geçerlilik		Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı		Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlanılmadan önce için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından etik kurul onayı alındı (EK-3). Ayrıca araştırmanın yürütüleceği kurumlardan yazılı izin alındı (EK-9). Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan hastalara bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirildi. Araştırmada kullanılmak üzere ölçeklerin Türkçe geçerlilik- güvenirliğini yapan kişilerden mail yolu ile gerekli izinler alındı.

3.9. Araştırmanın Genellenebilirliği

Elde edilen veriler, yalnızca araştırmaya alınma kriteri ve araştırma değişkeni açısından çalışmanın yapıldığı kuruma genellenebilir.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Analizler sonucu tespit edilen anlamlılık düzeyleri $p<0.05$ olarak ifade edilmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%		
Cinsiyet	Kadın	62	56.4		
	Erkek	48	43.6		
Medeni Durum	Evli	70	63.6		
	Bekar	40	36.4		
Eğitim	Okur-yazar	15	13.6		
	İlköğretim	74	67.3		
	Lise ve üzeri (3 üniversite)	21	19.1		
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile	85	77.3		
	Yalnız	8	7.3		
	Bakımevi	17	15.5		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	10.0		
	Çalışmıyor	99	90.0		
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	30	27.3		
	Gelir gidere eşit	80	72.7		
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	67	60.9		
	Yok	43	39.1		
Tedavi Süresi	0-5 yıl	31	28.2		
	6-9 yıl	40	36.4		
	10 yıl ve üzeri	39	35.5		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	110	22	80	44.77	11.98
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı	110	1	3	1.35	0.52

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %56.4’ü kadın, %63.6’sı evli ve %67.3’ü ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %77.3’ü ailesi ile birlikte yaşamaktadır, %90’ı çalışmamaktadır, %60.9’unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü vardır ve %36.4’ü 6-9 yıldır tedavi almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 44.77 ± 11.98 , son bir yılda hastaneye yatış sayısı ortalama 1.35 ± 0.52 ’dir.

Tablo 4.2. Benlik Yitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı (n=110)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Alınan Min-Max Puanlar	Ort. ±SS
Benlik Kavramında Değişim	30-67	51.29±9.13
Tedaviye İnanç	7-19	13.31±2.87
Gelecek Beklentisi	7-19	13.31±2.87
Benlik Yitimi Ölçeği	51-103	77.90±12.72

Tablo 4.2’de BYÖ toplam puanı 77.90±12.72, benlik kavramında değişim alt boyutu 51.29±9.13, tedaviye inanç “alt boyutu” 13.31±2.87, gelecek beklentisi “alt boyutu” ise 13.31±2.87 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3’de sosyodemografik özellikler ile BYÖ’ne bakıldığında sadece medeni duruma göre “benlik kavramında değişim” puan ortalamasının anlamlılık gösterdiği ve bekarların puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet, eğitim düzeyi, birlikte yaşanan kişiler ve çalışma durumuna göre ise tedaviye inanç ve gelecek beklentisi alt boyutları anlamlı olarak bulunmuş ($p<0.05$); kadınların tedaviye inanç ve gelecek beklentisi puan ortalamaları erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Yapılan LSD ileri analizinde okuryazarların puan ortalamalarının ilköğretim, lise ve üzeri eğitimi olanlara göre; bakımevinde yaşayanların ise, ailesi ile veya yalnız yaşayanlara göre tedaviye inanç ve gelecek beklentisi puanlarının yüksek olduğu, tespit edilmiştir.

Tablo 4.3’te, eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile BYÖ puanı anlamlıdır. ($p<0.05$). Farkın belirlenmesi için yapılan analizde (Dunnet C); okuryazarların, herhangi bir işte çalışmayan bireylerin benlik yitim puanları lise- üniversite mezunlarına ve çalışanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.3. Demografik Özelliklere Göre Benlik Yitimi Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması (n=110)

		N	Benlik Kavramında Değişim	Tedaviye İnanç	Gelecek Beklentisi	Benlik Yitimi Ölçeği Toplam Puan
			Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Cinsiyet	Kadın	62	50.18±10.45	13.79±2.76	13.79±2.76	77.75±14.09
	Erkek	48	52.71±6.97	12.69±2.93	12.69±2.93	78.08±10.89
	Test ve Önemlilik		t=-1.510 p=0.134	t=2.025 p=0.045	t=2.025 p=0.045	t=-0.138 p=0.891
Medeni Durum	Evli	70	49.77±10.38	13.49±3.00	13.49±3.00	76.72±14.46
	Bekar	40	53.93±5.65	13±2.64	13±2.64	79.93±8.77
	Test ve Önemlilik		t=-2.706 p=0.008	t=0.852 p=0.396	t=0.852 p=0.396	t=-1.438 p=0.153
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	15	56.33±5.26	15.33±2.64	15.33±2.64	87.00±8.71
	İlköğretim	74	50.74±8.97	13.55±2.5	13.55±2.5	77.84±11.53
	Lise ve Üzeri	21	49.62±10.88	11.00±2.90	11.00±2.90	71.62±15.45
	Test ve Önemlilik		F=2.866 p=0.061	F=13.187 p=0.000	F=13.187 p=0.000	F=7.121 p=0.001
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile	85	50.79±9.77	13.06±2.83	13.06±2.83	76.91±13.10
	Yalnız	8	51.00±4.24	12.25±0.71	12.25±0.71	75.00±4.24
	Bakımevi	17	53.94±6.81	15.06±3.13	15.06±3.13	84.06±11.63
	Test ve Önemlilik		F=0.845 p=0.432	F=4.260 p=0.017	F=4.260 p=0.017	F=2.500 p=0.087
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	47±9.24	11.55±2.73	11.55±2.73	70.09±13.76
	Çalışmıyor	99	51.78±9.04	13.51±2.83	13.51±2.83	78.78±12.37
	Test ve Önemlilik		t=-1.657 p=0.100	t=-2.183 p=0.031	t=-2.183 p=0.031	t=-2.184 p=0.031
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	30	52.27±6.31	13.47±2.94	13.47±2.94	79.20±11.18
	Gelir gidere eşit	80	50.92±10.01	13.25±2.86	13.25±2.86	77.41±13.30
	Test ve Önemlilik		t=0.833 p=0.407	t=0.351 p=0.726	t=0.351 p=0.726	t=0.656 p=0.513
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	67	50.68±9.71	13.01±2.88	13.01±2.88	76.68±13.80
	Yok	43	52.23±8.19	13.77±2.84	13.77±2.84	79.77±10.75
	Test ve Önemlilik		t=-0.865 p=0.389	t=-1.346 p=0.181	t=-1.346 p=0.181	t=-1.307 p=0.194
Tedavi Süresi	0-5 yıl	31	52.97±8.90	13.16±2.28	13.16±2.28	79.29±10.73
	6-10 yıl	40	49.40±10.42	13.18±2.94	13.18±2.94	75.75±14.46
	10 yıl ve üzeri	39	51.92±7.63	13.56±3.25	13.56±3.25	79.03±12.27
	Test ve Önemlilik		F=1.483 p=0.232	F=0.235 p=0.791	F=0.235 p=0.791	F=0.903 p=0.408

t: Bağımsız gruplarda t testi F: Tek yönlü varyans analizi (p<0.05)

Tablo 4.4’te katılımcılar HUÖ toplam puanından 37.76 ± 11.70 , gelecek “alt boyutundan 12.02 ± 4.87 , olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutundan 12.89 ± 3.72 , kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler “alt boyutundan 12.85 ± 4.21 puan almışlardır.

Tablo 4.4. Herth Umut Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı (n=110)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Alınabilecek	Alınan	Ort.±SS
	Min-Max Puanlar	Min-Max Puanlar	
Gelecek	0-30	4-23	12.02 ± 4.87
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	0-30	4-21	12.89 ± 3.72
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	0-30	3-22	12.85 ± 4.21
Herth Umut Ölçeği	0-90	18-66	37.76 ± 11.70

Tablo 4.5’de eğitim durumuna göre katılımcıların HUÖ gelecek boyutu puanının anlamlı olduğu görülmüştür. Yapılan Dunnet C ileri analizinde okuryazarların umut düzeyleri, ilköğretim ve lise ve üzeri mezunlarından daha düşüktür.

Tablo 4.5. Demografik Özelliklere Göre Herth Umut Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanlarının Karşılaştırılması

			Olumlu Hazır		Kendisi ve	Herth Umut
N			Gelecek	Oluşluk ve	Çevresindekilerle	Ölçeği Toplam
				Beklenti	Arasındaki ilişkiler	Puan
			Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Cinsiyet	Kadın	62	11.81±4.64	12.69±3.37	12.55±3.65	37.05±10.01
	Erkek	48	12.29±5.19	13.15±4.15	13.25±4.84	38.69±13.62
	Test ve Önemlilik		t=-0.516	t=-0.614	t=-0.866	t=-0.700
			p=0.607	p=0.541	p=0.388	p=0.486
Medeni Durum	Evli	70	12.26±5.19	12.76±3.89	12.59±4.40	37.60±12.19
	Bekar	40	11.60±4.28	13.13±3.44	13.33±3.85	38.05±10.91
	Test ve Önemlilik		t=0.679	t=-0.497	t=-0.886	t=-0.193
			p=0.499	p=0.620	p=0.378	p=0.847
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	15	8.53±2.77	11.33±1.88	11.73±3.15	31.60±6.51
	İlköğretim	74	12.07±4.41	12.96±3.40	12.88±3.98	37.91±10.44
	Lise ve üzeri	21	14.33±6.18	13.76±5.30	13.57±5.51	41.67±16.55
	Test ve Önemlilik		F=6.880	F=1.935	F=0.836	F=3.401
		p=0.002	p=0.149	p=0.436	p=0.037	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Aile	85	12.47±4.91	12.92±3.75	12.99±4.18	38.38±11.77
	Yalnız	8	12.25±4.83	13.38±5.32	14.88±5.38	40.50±14.75
	Bakımevi	17	9.65±4.21	12.53±2.83	11.24±3.38	33.41±9.12
	Test ve Önemlilik		F=2.452	F=0.148	F=2.276	F=1.527
		p=0.091	p=0.863	p=0.108	p=0.222	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	15.00±6.68	15.18±5.55	14.36±6.42	44.55±17.94
	Çalışmıyor	99	11.69±4.55	12.64±3.41	12.69±3.90	37.01±10.66
	Test ve Önemlilik		t=1.604	t=1.491	t=0.849	t=1.367
			p=0.137	p=0.164	p=0.414	p=0.199
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	30	12.00±5.27	13.70±4.15	12.83±5.13	38.53±13.80
	Gelir gidere eşit	80	12.03±4.75	12.59±3.53	12.86±3.84	37.48±10.89
	Test ve Önemlilik		t=-0.024	t=1.403	t=-0.032	t=0.378
			p=0.981	p=0.163	p=0.974	p=0.707
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	67	12.18±5.42	13.28±4.04	12.90±4.60	38.36±12.93
	Yok	43	11.77±3.92	12.28±3.10	12.79±3.57	36.84±9.52
	Test ve Önemlilik		t=0.461	t=1.388	t=0.134	t=0.709
			p=0.645	p=0.168	p=0.894	p=0.480
Tedavi Süresi	0-5 yıl (3 0-1 yıl)	31	11.16±3.97	11.87±2.78	12.19±3.81	35.23±8.66
	6-10 yıl	40	12.28±5.12	13.05±3.99	12.53±4.55	37.85±12.77
	10 yıl ve üzeri	39	12.44±5.29	13.54±4.00	13.72±4.10	39.69±12.52
	Test ve Önemlilik		F=0.674	F=1.819	F=1.334	F=1.267
		p=0.512	p=0.167	p=0.268	p=0.286	

Tablo 4.6’da BYÖ ve tüm “alt boyutları” ile HUÖ toplamı ve alt boyutları arasında negatif yönde bir anlamlılık bulunmuştur. Benlik kavramında değişim ve tedaviye inanç alt boyut puan ortalamaları arttıkça katılımcıların HUÖ puanı azalmaktadır.

Benlik Yitimi Ölçeği ile Herth Umut Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. BYÖ ile HUÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=110)

		Benlik kavramında değişim	Tedaviye inanç	Gelecek beklentisi	Benlik Yitimi Ölçeği	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler	Herth Umut Ölçeği
Benlik kavramında P değişim	R	1	0.428	0.428	0.912	-0.742	-0.624	-0.339	-0.629
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Tedaviye inanç	R	0.428	1	10.000	0.761	-0.653	-0.497	-0.569	-0.635
	P	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Gelecek beklentisi	R	0.428	10.000	1	0.761	-0.653	-0.497	-0.569	-0.635
	P	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Benlik Yitimi Ölçeği	R	0.912	0.761	0.761	1	-0.831	-0.677	-0.501	-0.741
	P	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000

Benlik Yitimi Ölçeği ile Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti, Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler ve Herth Umut Ölçeği Arasındaki Regresyon Analizi Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7’de çoklu regresyon analizinde, HUÖ değişkenleri ile BYÖ değişkenleri arasında anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. ($R = 0.836$, $R^2_{adjusted} = 0.698$, $F_{(3,4069.17)} = 81.019$; $p = 0.000$). Söz konusu değişkenler Benlik Yitimindeki değişimin %69.8’ ini açıklamaktadır.

Tablo 4.7. Benlik Yitimi Ölçeği ile Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti, Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler ve Herth Umut Ölçeği Arasındaki Regresyon Analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	P	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	101.325	2.690		37.673	0.000	95.992	106.658
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	2.849	0.631	0.814	4.515	0.000	1.598	4.100
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler	2.774	0.389	0.920	7.132	0.000	2.003	3.545
Herth Umut Ölçeği	-2.533	0.278	-2.308	-9.125	0.000	-3.083	-1.983

Gelecek alt boyutu dağılım şeklinden dolayı analiz dışı bırakılmıştır.

Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin Benlik Yitimi üzerindeki önem sırası, Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti puanı ($\beta=2.849$), Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler ($\beta=-2.533$), ve Herth Umut Ölçeği şeklindedir.

Regresyon analizinin sonucuna göre Benlik Yitimini yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; Benlik Yitimi= (2.849 x Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti puanı) + (2.774 x Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler puanı) + (-2.533 x Herth Umut Ölçeği puanı) + (101.325)

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında benlik yitimi ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Belirtilen ölçeğin min-max puan değerleri göz önüne alındığında şizofreni hastalarının benlik yitimi puan ortalamasının ortalamanın üstünde olduğu söylenilebilir. (Tablo 4.2) Şizofreni tanısı olan bir bireyin hastalık sürecinde kimliğinin değişime uğraması, kendini ve benlik kavramını değerlendirememesi ve hatta yok sayması benlik yitimi olarak ifade edilmektedir.¹⁴ Şizofreni, bireyin benlik kavramı üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle özellikle yıkıcı bir hastalıktır.⁸² Lysaker ve Roe⁸³ şizofrenide iyileşme için sağlıklı ve tam bir benlik duygusunu korumanın gerekliliğini tartışmışlardır. Benlik yitimi ile ilgili yurt dışında yapılmış bazı çalışmalar olmakla birlikte^{14,15,18,84,85} Türkiye’de şizofreni hastaların benlik yitimi ile ilgili ölçme aracı geliştiren Kaşlı⁵⁵ dışında herhangi bir araştırma sonucuna ulaşılmamıştır. Bu yönü ile bu araştırma Türkiye’de şizofreni hastalarında benlik yitiminin araştırıldığı ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır. Şizofrenide, benlik yitimi, düşük benlik saygısı duygularıyla ilişkili olduğu¹⁶ ve benlik kavramında değişim yaşayanın benlik saygısını azalttığını ifade edilmektedir.⁸⁶ Bu bilgiler ışığında literatürde şizofreni hastalarında benlik saygısının araştırıldığı çalışmalar incelenmiş ve şizofreni hastalarının benlik saygılarının düşük olduğunu⁸⁷⁻⁸⁹ tutarlı bir benlik duygusu oluşturmakta zorluk yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.¹³

Benlik yitimi ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında hastaların en çok benlik kavramında değişiklik yaşadıkları görülmektedir. Şizofreni hastalarında benlik kavramının olumsuz yönde değişime uğraması sonucunda benlik yitiminin görüleceği, şizofreni hastalarının olumlu bir benlik duygusu yaratmakta zorlandığı^{13,14} yapılan

çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bu araştırma sonucunda benzer şekilde şizofreni hastalarının benlik kavramında değişiklik yaşadığı ve benlik yitimine uğradıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç literatür ile uyumludur. Benlik kavramında meydana gelen değişim, hastanın iyileşmeye yönelik motivasyonunu ve işlevselliğini olumsuz etkilemekte^{19,20} stresle ve hastalıkla baş edememeye⁸⁶, içgörü kaybına⁹⁰, pozitif belirtilerde artmaya neden olabilmektedir.²¹ Aynı zamanda hastalarda tedaviye uyumun, rehabilitasyon sürecinin^{11,12} ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde değiştiği bildirilmektedir.⁹¹ Ayrıca şizofreni hastalığı nedeni ile benlik kavramında meydana gelen olumsuz değişimin, hastalarda içgörü kaybına neden olabileceği de belirtilmektedir.⁹⁰ Tüm bu sonuçlar göz önüne alındığında şizofreni hastalarında benlik kavramı öncelikle olarak ele alınması gereken konulardan biridir.

Sosyodemografik özelliklerinin benlik yitimini etkileyip etkilemediğini saptamak için yapılan karşılaştırmada cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, algılanan ekonomik durum ve ailede ruhsal hastalığının olup olmama durumu benlik yitimini etkilemezken, eğitim düzeyinin ve bir işte çalışıyor olmanın benlik yitimini etkilediği; herhangi bir işte çalışmayan ve eğitim seviyesinin düşük olması hastalarda benlik yitimini artırmaktadır. Yazıcı ve ark.⁹², Kaşlı⁵⁵, Cicero ve ark.¹³ Boulanger ve ark.⁶⁵, Wittorf ve ark.⁹³ yapmış oldukları çalışmalarında şizofreni hastalarının benlik kavramlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma göstermediğini ortaya koymuşlardır. Buna karşın yapılan bir çalışmada kadınların benlik saygılarının erkeklere kıyasla daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁴ Bir işte çalışıyor olmak ve eğitim seviyesinin yüksek oluşu bireyin kendini daha yeterli, daha değerli ve başarılı hissetmesini; dolayısıyla kendine güveni etkileyen bir unsur olarak düşünülebilir. Bu yönü ile eğitim seviyesi düşük olan ve herhangi bir işte çalışmayan bireylerin benlik yitimlerinin düşük olması beklendik bir sonuçtur. Şizofreni hastalarında benlik kavramının ve benlik

saygısının incelendiği bazı çalışmalarda bu bulguya benzer bir şekilde eğitim düzeyi artıkça benlik saygısının arttığı ve dolayısıyla benlik kavramının olumlu etkilendiği ifade edilmiştir.^{55,89,95,96}

Araştırmada hastaların Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması 37.76 ± 11.70 olarak bulundu (Tablo 4.4). Bu sonuç şizofreni hastalarının umut düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Umut, mevcut olaylarla başa çıkmayı sağlayan ve geleceğin var olduğu duygusunu hissettiren önemli bir kavramdır.²⁴ Umudu yüksek olan kişilerin olumlu baş etme becerilerine sahip olduğu, tedaviye daha kolay uyum sağlanabildiği, yaşamdan daha fazla keyif alarak daha üretken oldukları ifade edilmektedir.²¹ Araştırmalar şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda umudun hayati bir faktör olduğunu^{24,30,73,97-99}, hastanın farkındalığını ve tedavinin etkinliğini arttırdığını²⁹ ortaya koymaktadır. Umudun ruhsal hastalıklar için önemli bir değişken olması iyileşme sürecinin hem tetikleyici hem de sürdürücü bir faktörü olarak kişisel iyileşme kavramının merkezinde yer alması, hastalarının sorunlar karşısında esnek düşünce yapısı geliştirmelerini sağlaması açısından oldukça önemlidir.³¹ Umut, yaşam kalitesinin iyileşmesi, öznel iyi oluş ve benlik saygısı ile ilişkilidir.^{25,100} Şizofreni hastalarında olumlu benlik kavramı geliştirilmesinin, hastaların umut düzeylerini artırmaktadır.¹¹ Şizofreni hastalarının toplumun damgalayıcı ve ayrımcı tutumlarına fazlaca maruz kalması ve bu durumu içselleştirilmesinden kaynaklanan kendini damgalama, hastaların umut düzeylerini düşürebilir. Literatürde damgalanma ile ilgili yapılan araştırma sonuçları da içselleştirilmiş damgalamanın iyileşmeyi geciktirdiğini ve umutsuzluğu artırdığını ortaya koymaktadır.^{30,101-107} Hofer ve ark.¹⁰⁸ İpçi ve ark.¹⁰⁹ yaptıkları çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin umut düzeyleri düşük saptanmıştır.¹⁰⁸⁻¹¹⁰ Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise şizofreni hastalarının umut düzeylerinin orta seviyede olduğunu belirtilmiştir. Şizofreni mental yıkımların

olduğu kronik bir hastalıktır. Araştırma sonuçları arasındaki bu farklılığın sebebi örneklem gruplarının sosyokültürel bazı özelliklerin ve hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanlarının birbirinden farklılık göstermesi ile açıklanabilir.

Herth umut ölçeğinin alt boyutlarına baktığımızda en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun gelecek alt boyutu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Tablo 4.4) Geleceğe yönelik planlar yapma olumlu beklentilere sahip olma durumu umut olarak açıklanmaktadır.²² Ölçeğin gelecek alt boyutunu ölçek maddelerin içerikleri incelendiğinde; geleceğe dair olumlu olma, hedefler belirleme ve planlar yapma gibi umudun tanımıyla örtüşen başlıkların olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar hastaların geleceklerine dair düşünceleri üzerinde umudun önemli bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Benlik yitimi yaşayan hastaların gelecek kaygısı, güçsüzlük, umutsuzluk yaşadığı sosyal olarak geri çekilme yaşadıkları, rol ve sorumluluklarını yerine getiremedikleri ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede zorluk yaşadıkları araştırmacılar tarafından ifade edilmiştir.^{15,18} Bu çalışma sonucunda hastaların benlik yitimi yaşamalarının ve gelecekle ilgili beklentilerini azalttığını düşündürmektedir. Bu sonuç literatür ile uyumludur.

Bireylerin sosyodemografik özellikleri HUÖ karşılaştırdığında eğitim düzeyinin umudu etkilediği, eğitim düzeyi azaldıkça bireylerin daha fazla umutsuzluk yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu çalışmada hastalarının büyük çoğunluğunun eğitim düzeyleri düşüktür. Şizofreni hastalığının yaşamın erken dönemlerinde başlaması ve hastalığın neden olduğu yeti yitimi nedeniyle eğitim hayatına devam etmede güçlük çektiği düşünüldüğünde bu sonucun literatüre paralel olduğunu söylemek mümkündür. Literatürde şizofreni hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda da hastalarının eğitim durumları ve umut düzeyleri genellikle düşüktür.^{29,104,107} Eğitim

düzeyinin düşük olası hastaların sorunlarla baş etme ve hastalığı ile ilgili yardım arama konusunda güçlükler oluşturduğu bunun da umut düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada hastaların BYÖ ve alt boyutları ile HUÖ ve tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmış, hastaların benlik yitim puanları azaldıkça umut düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan regresyon analizinde Şizofreni hastalarının umut düzeylerinin benlik yitimini %69.8 oranında etkilediği tespit edilmiştir. Hastalık öncesine göre şizofreni hastalarının benlik algıları değişime uğrayabilmekte ve hastalar kendilerini hastalık açısından değerlendirip ‘şizofren’ olarak etiketleyebilmektedirler. Şizofreni hastasında hastalık öncesi benlik algısı değişime uğrayabilmekte ve hasta kendisini hastalık açısından tanımlayabilmektedir. Hastalık sürecinin beraberinde şizofreni hastasının kimliğinin değişime uğradığı, kendisini ve benlik kavramını değerlendiremediği hatta yok saydığı ifade edilmiştir.¹⁴⁻¹⁸ Türkiye’de benlik yitimi ile umut düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamış olup konu ile ilgili yurt dışı çalışmalar incelendiğinde umut düzeyinin düşük olması şizofreni hastalarında benlik yitimini artırdığı, hastalığın kabul etmenin ise benlik yitimini azalttığı vurgulanmaktadır.^{9,11,14-16} Bulduğumuz bu sonuç literatür ile uyumludur. Türkiye’de şizofreni hastalarında benlik yitiminin araştırıldığı ilk araştırma olması bakımından alana yeni bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, şizofreni hastalarında benlik yitimi ile umut düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Şizofreni hastalarının benlik yitimi puan ortalamalarının ortalamanın üstünde olduğu;
- Hastaların en çok benlik kavramında değişiklik yaşadıklarını;
- Eğitim düzeyinin ve bir işte çalışıyor olmanın benlik yitimini etkilediği; herhangi bir işte çalışmayan ve düşük eğitim seviyesinin hastalarda benlik yitimini arttırdığı;
- Şizofreni hastalarının umut düzeylerinin düşük olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan hastalarının daha fazla umutsuzluk yaşadığı;
- Hastaların Benlik Yitimi Ölçeği ile Herth Umut Ölçeği arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, hastaların benlik yitimleri azaldıkça umut düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni hastalarında hastanın benlik kavramında meydana gelen değişimin hemşireler tarafından değerlendirilmesi,
- Şizofreni hastalarının benlik kavramının olumlu yönde desteklemesi,
- Umudu azaltan nedenlerin belirlenmesi ve umudu artırmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Şizofreni hastalarında uygun hemşirelik müdahaleleri ile tedaviye uyumlarının artırılabilirdiği, sorunlar ile etkili baş edebildikleri ve benlik algılarının olumlu yönde geliştirebildikleri girişimlerin planlanması,

- Hastalarının benlik yitimlerinin azaltılıp, umut düzeylerinin artırılacağı uygun hemşirelik müdahalelerinin planlanması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

1. Çam O., Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 3. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi 2021: 245-446.
2. Ançel G. *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları*. 1. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2020.
3. Gürhan N., Turan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri. 2016: 540-561.
4. Öztürk O., Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2020:189-249.
5. Tanrıverdi D. *Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Yayınevi, 2021: 560
6. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine SistematiK Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22,1:40-52.
7. Ş. Dülgerler. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. İçinde: O. Çam, E. Engin (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı*, 3. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2021: 392-400.
8. Yüksel N., *Ruhsal Hastalıklar* 4. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014, s:325-374.
9. McCay E, Ryan K, Amey S. Mitigating engulfment: Recovering from a first episode of psychosis. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1996, 34: 40-44.
10. Cella M, Swan S, Medin E, Reeder C, Wykes T. Metacognitive awareness of cognitive problems in schizophrenia: exploring the role of symptoms and self esteem. *Psychological Medicine*. 2014;44: 469-476.

11. Weinberg D, Shahar G, Noyman G, Davidson L, McGlashan TH, Fennig S. Role of the self in schizophrenia: a multidimensional examination of short-term outcomes. *Psychiatry*. 2012;75: 285-297
12. Vidović D, Brečić P, Vilibić M, Jukić V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat*. 2016;55: 23-28.
13. Cicero DC, Martin EA, Becker TM, Kerns JG. Decreased self-concept clarity in people with schizophrenia. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2016;204: 142- 147.
14. Vining D, Robinson JC. Concept analysis of illness engulfment in schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30: 370-374
15. Beanlands H, McCay E, Landeen J. Strategies for moving beyond the illness in early schizophrenia and in chronic kidney disease. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2006;38: 10-30
16. McCay EA, Seeman MV. A Scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1998;12: 41-49.
17. McCay E, Beanlands H, Zipursky R, Roy P, Leszcz M, Landeen J, Hunt J. A randomized controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and selfstigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2007;6: 212-220
18. McCay E, Beanlands H, Leszcz M, Goering P, Seeman MV, Ryan K, ... & Vishnevsky T. A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2006;30: 105-111.

19. Sörgaard KW, Heikkilä J, Hansson L, Vinding HR, Bjarnason O, Bengtson-Tops A, ... & Middelboe, T. Self-esteem in persons with schizophrenia. A Nordic multicentre study. *Journal of Mental Health*. 2002;11: 405-415.
20. Pauly KD, Kircher TT, Schneider F, Habel U. Me, myself and I: temporal dysfunctions during self-evaluation in patients with schizophrenia. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*, 2013;9:1779-1788
21. Thomas EC, Murakami-Brundage J, Bertolami N, Beck AT, Grant PM. Beck Selfesteem scale-short form: development and psychometric evaluation of a scale for the assessment of self-concept in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2018;263: 173-180.
22. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Basımevi, 2010:189-218
23. Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005, 1:629-651
24. Barut JK, Dietrich MS, Zaroni PA, Ridner SH. Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016, 30: 178–184.
25. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Taly M, Rozencwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*. 2009;167:231-8.
26. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, 2009, 110:165-172.
27. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social

- functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33:192-199
28. Sharaf AY, Thompson EA, Walsh E. Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *Journal of Child and Adolescents Psychiatric Nursing* 2009;22:160-168.
29. Kavak F, Yılmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Annals of Medical Research*, 2018, 25: 416-9
30. Olçun Z, Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Arch Psychiatric Nursing* 2017, 31: 332-7.
31. Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008, 118:421-433.
32. 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.
33. Herth KA. Development and implementation of a Hope Intervention Program. *In Oncology Nursing Forum*, 2001, 28:1009-1016.
34. Çam O, Özgür G, Gürkan A, Dülgerler S. “Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 20:23-34.
35. Oflaz F, Yıldırım N. *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları*. Ankara, Nobel Tıp Kitap Evi, 2020: 445-457
36. Arabacı L. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı*. Bakım Planı Örnekleriyle. Şizofreni açılımı kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

- ve Hemşirelik Bakımı. Yazar: Arabacı L, Taş G. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2020:263- 282.
37. Read J, Masson J. Genetics, eugenics and the mass murder of ‘schizophrenics’. *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*, 2013: 34-46
38. 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.
39. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences* 2018; C.1, S.2: 43-61.
40. Andreasen NC. The Evolving Concept of Schizophrenia: From Kraepelin to The Present and Future. *Schizophrenia Research*, 1997, 28:105-109.
41. M. O. Öztürk, N. A. Uluşahin. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 15. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2018: 189-248.
42. Saddock BJ, Saddock VA. *Klinik Psikiyatri*. İçinde: Aydın H, Bozkurt A (Çeviri editörleri). 2. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2005.300-339.
43. E. Vassos, C. B. Pedersen, R. M. Murray, D. A. Collier, and C. M. Lewis, “Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia,” *Schizophr. Bull.*, vol. 38, no. 6, 2012;1118–23.
44. Mc-Cutcheon RA, Marques TR, Howes OD. Schizophrenia an Overview. *JAMA Psychiatry*, 2020, 77:201-210
45. Kim M. Understanding The Etiology and Treatment Approaches of Schizophrenia: Theroretical Perspectives and Their Critique. *Open Journal of Psychiatry* 2016; 6:253- 261

46. Melike, AY., & Karaytuğ, M. O. Mismatch negativity (uyumsuzluk negatifliği) ve şizofreni. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 2021 1, 69-73.
47. KARAGÜLLEOĞLU, ZY., & ÇARHAN, A. Tarihteki İlk İzleri ile Şizofreni. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2021, 11, 400-410.
48. KARAKUŞ, G., KOCAL, Y., SERT, D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017, 26, 251-267.
49. Gümüştas, F., Fiş, N. P., Yulaf, Y., Kütük, E. K., Akgül, G. Y., Kuşçu, T. D. Şizofreni açısından yüksek riskli çocuk ve ergenlerde algılanan anne-baba tutumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2018, 19, 281-289.
50. Göker M. Tedaviye Dirençli Şizofreni Hastaları, Remisyonda Şizofreni Hastaları Ve Sağlıklı Kontrollerin Kan C3, C4 Düzeylerinin Karşılaştırılması, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. Ve Arş. Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021
51. Os , J. V., & Allardyce , J. The Clinical Epidemiology of Schizophrenia, 2009
52. Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Çeviri: Özcan CT, Duman ZÇ. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 2016; s: 335-377
53. Andreasen NC, Smith MR, Jacoby CG, Dennert JW, Olsen SA. Ventricular enlargement in schizophrenia: definition and prevalence. *The American Journal Of Psychiatry*. 1982;139: 292-296.
54. Meltzer HY, Bobo AV, Heckers SH, Fatemi HS. Şizofreni. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF. içinde Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Çeviri: Altunöz ŞT. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. 2013, s: 261-288.

55. Kaşlı, S., & Bademli, K. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Modified Engulfment Scale: Relation of Self-Concept. *Journal of Nursing Measurement*. 2021. doi: 10.1891/JNM-D-20-00132. Online ahead of print.
56. Upton, D. Ruh sağlığı psikolojisi. İçinde: Tabak, R.S. (Editör). Hemşireler ve sağlık profesyonelleri için psikolojiye giriş. Ankara: Palme Yayıncılık, 261-264.
57. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. 2.Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2015:103-138
58. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*.1994;51: 826-36.
59. Casey DE. Long-term treatment goals: Enhancing healthy outcomes. *Central Nervous System Spectrums*, 2003, 8:26-28.
60. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.
61. Andreou C, Moritz S. Non-pharmacological Interventions for Schizophrenia: How Much Can Be Achieved and How?, *Front Psychol* 2016, 7: 12-89
62. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment for schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:163-175.
63. Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26: 775-787.
64. Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*. 2016;4: 596-619.
65. Boulanger M, Dethier M, Gendre F, Blairy S. Identity in schizophrenia: a study of trait self-knowledge. *Psychiatry Research*. 2013;209: 367-374.

66. Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M, à Campo J, Van Lierop T, Van Os J, & Myin-Germeys I. Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2011;50: 178-195.
67. Świtaj P, Wciórka J, Smolarska-Świtaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2009;24: 513-520
68. Mohamed, M.S., AbdelAziz, M.E. Effect of Assertive Training Program on Social Interaction Anxiety and Self - Esteem of Institutionalized Patients with Chronic Schizophrenia. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2016. 5:PP 36-44.
69. Kavradım TS, Özer CZ. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut (Hope in Patients with Cancer). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2014, 6: 154-164
70. Thio IM, Elliott, TR. Hope, social support, and postpartum depression: Disentangling the mediating effects of negative affectivity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2005, 12:293-299
71. American Psychiatric Association (APA) 2005
72. Drymalski WM, Campbell TC. A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations. *J Ment Health* 2009, 18: 6-15.
73. 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
74. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 287–92.

75. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, McGovern J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychother* 2001, 158: 1706-13.
76. Bag B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Currt Aprh in Psyc* 2012, 4: 465-85.
77. Kavak F, Ünal S, Yılmaz E. Şizofreni hastalarında gevşeme egzersizi ve müzik terapinin psikolojik belirtiler ve depresyon düzeyine etkisi. *İntegratif Tıp Dergisi* 2015, 3: 116-7.
78. Sarandöl A, Akkaya C, Eracar N, Kırılı S. Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14: 333-9.
79. Buckwalter KC. Community mental health and home care. In *Psychiatric Mental Health Nursing* (Eds GK McFarland, MD Thomas):893-901. Philadelphia, JB Lippincott, 1991.
80. Hofling K, Leininger M, Bregg E. Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1981, 307-30.
81. Aslan Ö., Sekmen K., Vural H., "Öğrenci Hemşirelerde Umut". *Hospital & Life*, 1(2), 2006, ss.61-63.
82. Nordgaard, J. ve Parnas, J. Kendilik bozuklukları ve şizofreni spektrumu: 100 ilk hastaneye kabul çalışması. *Şizofreni bülteni*, 2014, 40, 1300–1307. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt239>
83. Lysaker, P. H., & Roe, D. Integrative Psychotherapy for Schizophrenia: Its Potential for a Central Role in Recovery Oriented Treatment. *Journal of clinical psychology*, 2016. 72, 117–122. <https://doi.org/10.1002/jclp.22246>

84. Konsztowicz, S., Gelencser, C. R., Otis, C., Schmitz, N., & Lepage, M. Self-concept and Engagement in LiFe (SELF): a waitlist-controlled pilot study of a novel psychological intervention to target illness engulfment in enduring schizophrenia and related psychoses. *Schizophrenia Research*, 2021, 228, 567-574.
85. Konsztowicz, S., & Lepage, M. The role of illness engulfment in the association between insight and depressive symptomatology in schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 2019, 111, 1-7.
86. Noyman-Veksler G, Weinberg D, Fennig S, Davidson L, Shahar G. Perceived stigma exposure in schizophrenia: the key role of self-concept clarity. *Self and Identity*. 2013;12: 663-674.
87. Fritz, M., Shenar, R., Cardenas-Morales, L., Jäger, M., Streb, J., Dudeck, M., & Franke, I. Aggressive and Disruptive Behavior Among Psychiatric Patients With Major Depressive Disorder, Schizophrenia, or Alcohol Dependency and the Effect of Depression and Self-Esteem on Aggression. *Frontiers in psychiatry*, 2020, 11, 599828. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.599828>
88. Yoo, T., Kim, S. W., Kim, S. Y., Lee, J. Y., Kang, H. J., Bae, K. Y., Kim, J. M., Shin, I. S., & Yoon, J. S. Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 2015, 13, 296–301.
89. Kök H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*. 2018;43: 1-1.
90. Omori Y, Mori C, White AH. Self-stigma in schizophrenia: A concept analysis. *In Nursing Forum*. 2014;49: 259-266.

91. Świtaj P, Wciórka J, Smolarska-Świtaj J, Grygiel P. Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*. 2009;24: 513-520.
92. Yazıcı, H. G., Şahiner, İ. V., Didin, M., & Sevde, Ö. N. E. R. Şizofreni Hastalarında Kilo Alımı, Ruhsal Belirtiler ve Benlik Saygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14, 1-1.
93. Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., Klingberg, S. Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilisation phase of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2010. 179; 130–138.
94. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Ohlenslaeger J, Christensen T, Kraup G, ...& Nordentoft M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007;195, 396-405.
95. Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:206-18.
96. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*. 2008;59: 1437-1442 .
97. 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
98. 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.

99. İpçi, K. , İncedere, A. , Kiras, F. & Yıldız, M. Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme İle Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018. 4, 1-4 . DOI: 10.30934/kusbed.337808
100. Werner S. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*. 2012;196:214-9.
101. Law H, Morrison AP. Recovery in psychosis: A Delphi study with experts by experience. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40:1347-55
102. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C, Benítez N, Baena E, Rodriguez, Fernández JA, J, Rodriguez CJ. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 46:33-41.
103. Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and selfstigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2014;23:271-9.
104. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennett KM, Bentall RP. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatric Research*. 2015;230:487-95.
105. Acosta FJ, Aguilar EJ, Cesaj MR, Gracia R. Beliefs about illness and their relationship with hopelessness depression, insight and suicide attempts in schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 2013;25:49-54
106. Dewedar AE, Harfush SAEAE, Gemeay EM. Relationship between insight, selfstigma and level of hope among patients with schizophrenia. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2018;7:15-24.

107. Öztürk, Z., Şahin Altun, Ö. The effect of nursing interventions to instill hope on the internalized stigma, hope, and quality of life levels in patients With schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 2022. 58, 364-373.
108. Hofer A, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Suzuki T, Pardeller S, Fleischhacker WW. Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: Cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia Research*, 2016, 171:86-91
109. İpçi, K., Yıldız, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., & Gürcan, MB Şizofreni hastalarında subjektif iyileşme ve ilişkili faktörler. *Toplum Ruh Sağlığı Dergisi*, 2020. 56, 1180-1187.
110. Özdemir, A. Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya, İnönü Üniversitesi, 2020

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

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

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek lisans Tezi olarak Dr. Öğr. Üyesi Eda AY danışmanlığında sunulan “Şizofreni Hastalarında Benlik Yitimi ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki ” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, 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	6	15
Genel Bilgiler	30	30
Materyal ve Metod	35	35
Bulgular	3	10
Tartışma	13	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 19./ 12/ 2022

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		Dr. Öğr. Üyesi Eda AY
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Şizofreni Hastalarında Benlik Yitimi ile Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki/ The Relationship Between Loss Of Self And Hope Levels Of Patients With Schizophrenia
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 5 Karar No: 67	Tarih:02.06.2022
	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.	

EK-4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz
☐ Kadın
☐ Erkek
3. Medeni Durumuz
☐ Evli
☐ Bekar
4. Eğitim Durumunuz
☐ Okur-yazar
☐ İlköğretim
☐ Lise
☐ Üniversite
5. Kiminle yaşıyorsunuz?
☐ Aile
☐ Yalnız
☐ Bakımevi
☐ Diğer
6. Çalışma durumunuz
☐ Çalışıyor
☐ Çalışmıyor
7. Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
☐ Gelir giderden az
☐ Gelir gidere eşit
☐ Gelir giderden fazla
8. Ailede ruhsal hastalık öyküsü var mı?
☐ Var
☐ Yok
9. Hastalığınız nedeniyle ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?
☐ 0-1 yıl
☐ 2-5 yıl
☐ 6-9 yıl
☐ 10 yıl ve üzeri
10. Son 1 yıl içinde hastaneye yatış sayınız:

EK-5. BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ

Benlik Yitimi Ölçeği Bu anket, bizim hastalığınız ile ilgili nasıl hissettiğinizi anlamamıza yardımcı olacak. Lütfen her bir cümleyi dikkatlice okuyun ve gösterildiği gibi işaretleyin. Sizin için doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüz ifadeler için (uygun) kutulara X işareti koyunuz.					
	Tamamen yanlış	Bazen yanlış	Bazen doğru Bazen yanlış	Bazen doğru	Tamamen doğru
1. İnsanlarla birçok insanın geçindiği kadar iyi geçinirim					
2. Hastalığım nedeniyle diğer insanlar gibi kendim için bir şeyler yapamam					
3. Gelecekte iyi olacağımı umuyorum					
4. Hiçbir zaman akıl hastalığım başlamadan önceki gibi bir kişi olamayacağım					
5. Belirli bir süre sonra psikiyatri ilaçlarına ihtiyacım olmayacak					
6. Şu anda psikiyatri tedavimi sonlandıracak kadar iyiyim					
7. Şu anda, hastalanmadan önceki kişi değilim					
8. İnsan bir kez akıl hastası oldu mu, artık hep akıl hastası olarak kalır					
9. Muhtemelen yine hastanede yatarak tedavi görmem gerekecek					
10. Benim aklım yerinde					
11. Arkadaşlarım ve ailem beni sadece akıl hastası olarak görüyor					
12. Hastalığım nedeniyle sık sık depresif hissedirim					
13. Aslında ben hastalanmadan önceki ile aynı kişiyim.					
14. Diğer insanlardan daha gergin ve endişeli olduğuma inanıyorum					
15. Hastalığım yakın arkadaşlarım olmasını engeller					
16. Aklımı yitirmekten korkuyorum					
17. Akıl hastalığımdan dolayı daima diğerler insanlardan farklı olacağım					
18. Psikiyatri ilaçlarımı her zaman kullanmak zorunda kalacağım					
19. Gelecekte bir işte çalışabileceğim					
20. Aklımla ilgili bir sorun var					

21.Gelecekte istediklerimin çoğunu almaya yetecek kadar para kazanacağım					
22.Beden ve akıl sağlığım yerindedir					
23.Eskiden yapabildiğim ve şu an yapamadığım bir sürü şey var					
24.Hastalığımdan dolayı zarar görmüş bir kişiyim					
25. Evlenmeyi veya kalıcı bir arkadaş edinmeyi sabırsızlıkla bekliyorum					



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)Sevdiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğunu hissediyorum.				
25)Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
26)Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.				
27)Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.				
28)İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.				
29)Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.				
30)Bugün ve gelecek hafta için planlarım var.				

EK-7. BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ

Re: Benlik Yitimi Ölçeği



Seher Kaşlı

23.09.2021 13:52



Kime: Kübra Nur AKYÖN



BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ.docx
18,73 KB

Sayın Kübra Nur Akyön,

Atıfta bulunmak koşuluyla Benlik Yitimi Ölçeği'ni çalışmanızda kullanmanızda sakınca yoktur. Ekte envanteri ayrıca gönderiyorum. Sorunuz olursa lütfen iletişime geçmekten çekinmeyin. İlginiz için teşekkür ederim. İyi çalışmalar dilerim.

Seher Kaşlı

Kübra Nur AKYÖN

, 23 Eyl 2021 Per, 09:38 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, ben Kübra Nur AKYÖN. Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek lisans öğrencisiyim. Şu an tez aşamasındayım. BENLİK YİTİMİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ adlı çalışmanıza ait Benlik Yitimi Ölçeğini tezimde kullanmak istiyorum. Kullanabilir miyim?

Teşekkür ederim. İyi günler.

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

EK-8. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ

Re: HERTH UMUT ÖLÇEĞİ



özlem aslan
11.10.2021 10:44



Kime: Kübra Nur AKYÖN

Tüm ekleri kaydet



Herth Umut Ölçeği...
27,5 KB



HERTH UMUT...
50,5 KB

Sayın Kübra Nur AKYÖN,
Talebiniz üzerine, yüksek lisans tezinizde, "Herth Umut Ölçeği"ni kullanabilirsiniz. Ölçeği ve ölçek hakkındaki bilgileri size EK'te gönderiyorum. Çalışmanızın "Yöntem" bölümünde, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının, tarafımızdan yapıldığına ilişkin, atıf kurallarına göre atıfta bulunmanız gerekmektedir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

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

Kübra Nur AKYÖN

9 Eki 2021 Cmt, 00:07 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Özlem ASLAN,

Ben Kübra Nur AKYÖN, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Herth Umut Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz sevinirim.

EK-9. UYGULAMA İZİN BELGELERİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-20369917-000-2200192466
Konu : Uygulama İzni(Kübra Nur
AKYÖN)

28.06.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Ana Bilim Dalınız Yüksek Lisans programı öğrencisi Kübra Nur AKYÖN'ün, "Şizofreni Hastalarında Benlik Yitimi ile Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez çalışmasının uygulaması ile ilgili Erzurum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 24.06.2022 tarih ve E-76614443-799-168325691 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.





T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-76614443-799
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri/Kübra
Nur AKYÖN

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 07/06/2022 tarihli ve 32256349-E-88179374-300-2200167226 sayılı yazı.
b) Kübra Nur AKYÖN'ün 15/06/2022 tarihli dilekçesi.
c) 23/06/2022 tarihli ve 76614443-799-E-76614443-799-113 sayılı yazı.

İlgi a) da kayıtlı yazınızla Kübra Nur AKYÖN'e ait "*Şizofreni Hastalarında Benlik Yitimi ve Umut Düzeyi arasındaki İlişki*" konulu çalışmanın yapılabilmesi için Müdürlüğümüzden izin talebinde bulunulmuştur.

Aynı başvuru bahse konu kişinin ilgi b) de kayıtlı dilekçesiyle Müdürlüğümüze iletilmiş ve tarafımızca yapılan değerlendirme neticesinde araştırmanın Müdürlüğümüze bağlı Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne yapılması uygun bulunmuştur. Değerlendirme sonucu hakkında başvuru sahibine ilgi c) de yer alan yazımızla gerekli bilgilendirme yapılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

