ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE UMUT DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep OLÇUN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN
Yüksek Lisans Tezi – 2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE UMUT DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep OLÇUN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

ERZURUM
2016

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

ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE UMUT DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep OLÇUN

Tez Savunma Tarihi : 30.06.2016

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

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

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

Onay

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

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **III**

ÖZET ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VI**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Şizofreni 4

2.1.1. Şizofreninin Tanımı 4

2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma 4

2.1.3. Şizofrenide Etiyoloji 5

2.1.4. Şizofrenide Epidemiyoloji 6

2.1.5. Şizofreni Belirtileri 7

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış 8

2.1.7. Şizofrenide Tedavi 10

2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şizofreni 11

2.2.1. Damgalanmayla Mücadelede Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri 14

2.3. Umudun Tanımı ve Özellikleri 16

2.3.1. Hastalığa Adaptasyonda Umudun Etkisi 17

2.3.2. Umut ve Şizofreni 18

2.3.3. Umudu Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolleri 19

3. MATERYAL VE METOT **22**

3.1. Araştırmanın Türü 22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 22

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 23
3.5. Verilerin Toplanması 23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 26
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri 26
3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği 27
4. BULGULAR 28
5. TARTIŞMA 32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 41
KAYNAKLAR 43
EKLER 53
EK-1. ÖZGEÇMİŞ 53
EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU 54
EK-3. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ 55
EK-4. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ 57
EK-5. ETİK KURUL SONUÇ FORMU 58
EK-6. HASTANE İZİN BELGELERİ 59
EK-7. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI 61

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince beni motive eden, değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, kıymetli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Özlem Şahin ALTUN'a, akademik gelişimime katkıda bulunan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ'ye, tez savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran ve değerli önerileri ile tezime katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Ayşe OKANLI ve Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a,

Tez çalışma sürecim boyunca her zaman yanımda bulunan ve desteklerini esirgemeyen kıymetli arkadaşlarım Arş. Gör. Meryeme AKSOY, Arş. Gör. Semra KÖSE, Arş. Gör. Arzu ÇELEBİ, Arş. Gör. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN'a, ve hayatımda olmasından büyük mutluluk duyduğum kadim dostum Merve BAĞDİGEN'e, yaşamımın her döneminde yanımda olan sabır ve sevgiyle beni destekleyen, varlıklarıyla güç bulduğum tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Zeynep OLÇUN

ÖZET

Şizofreni Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma verileri, Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde Eylül 2015- Nisan 2016 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında ilgili hastanelerin polikliniklerine başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma 76 hastayla tamamlandı. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "RHİDÖ" ve "Herth Umut Ölçeği" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach alpha katsayısı ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre hastaların içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalaması 72.78±16.05 olarak belirlendi. RHİDÖ'nin en fazla etkilenen alt boyutu kalıp yargıların onaylanması (17.22±4.75), en az etkilenen alt boyutu ise damgalanmaya karşı direnç (13.01±3.04) olarak bulundu. Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması ise 50.36±11.91 olarak belirlendi. Herth Umut Ölçeği'nin en fazla etkilenen alt boyutunun kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler (17.90±3.93) olduğu, en az etkilenen alt boyutunun ise gelecek (15.59±6.45) olduğu saptandı. Herth Umut Ölçeği ve RHİDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek düzeyde, umutlarının ise orta düzeyde olduğu saptandı. Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasında ilişki olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, içselleştirilmiş damgalanma, şizofreni, umut.

ABSTRACT

The Relationship between Internalized Stigma and Level of Hope in Patients with Schizophrenia

Aim: The study was conducted to determine the relationship between the internalized stigmatization and level of hope in patients with schizophrenia.

Materials and Methods: This is a descriptive and correlational study. The study data were collected in the Psychiatry Clinics of Erzurum Regional Training and Research Hospital and Atatürk University Yakutiye Research Hospital between September 2015 and April 2016. The study population consisted of all schizophrenia patients who fit the research inclusion criteria and diagnosed as schizophrenia according to DSM-V diagnosis criteria in the related psychiatric clinics of hospitals at the given dates. No sampling was performed in the study population, and the study was completed with 76 patients. "Personal Information Form", "Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS)" and "Herth Hope Scale" was used for data collection. In the evaluation of the data, numbers, means and percentage distributions, standart deviation, Cronbach alpha coefficiency and Pearson Correlation test was used.

Results: According to research findings, the mean internalized stigma score of patients was 72.78±16.05. The most affected sub-scale of the ISMIS was found to be the endorsement of stereotypes (17.22±4.75), and the least affected sub-scale was the resistance against stigma (13.01±3.04). The mean score in the Herth Hope Scale was found to be 50.36±11.91. The most affected sub-scale of the Herth Hope Scale was the interpersonal relationships (17.90±3.93), and the least affected sub-scale was found the be the future sub-scale (15.59±6.45). Considering the relationship between Herth Hope Scale and ISMIS, 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 higher level of internalized stigma, and intermediate level of hope. A correlation was found between internalized stigma and level of hope in patients with schizophrenia.

Key Words: Hope, internalized stigma, nursing, schizophrenia.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, beşinci basım)

RHİDÖ : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı 28

Tablo 4.2. Hastaların RHİDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı 29

Tablo 4.3. Hastaların Herth Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı 30

Tablo 4.4. Herth Umut Ölçeği ve RHİDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki 30

1. GİRİŞ

Şizofreni bireyin; gerçek ve gerçek dışı yaşantıları arasındaki farkı belirleyebilme, duygularını yönetme, işlevselliğini sürdürme ve çevreyle iyi ilişkiler kurma becerilerinde önemli sorunlara yol açan kronik bir hastalıktır.[1(s.189),2(s.325),3(s.52)] Tüm toplumlarda ve sosyal sınıflarda hastalığa sahip bireylerle karşılaşılmaktadır.[2(s.327)] Simeone ve ark.[4] tarafından yapılan bir sistematik literatür taramasında, şizofreninin şimdiki prevelansının % 0.32, yaşam boyu yaygınlığının ise % 0.48 olduğu bildirilmiştir. Şizofreni genellikle genç yetişkinlik ve ergenlik döneminde başlangıç göstermektedir.[2(s.327)] Hastalık erkeklerde kadınlara oranla daha şiddetli seyretmekte ve daha erken yaşlarda başlamaktadır.[2(s.327), 3(s.53)]

Şizofreni kişinin düşünce, duygu ve davranışlarında önemli değişikliklere yol açan kompleks bir hastalık olması sebebiyle diğer ruhsal hastalıklara kıyasla, daha fazla yeti yitimine yol açmakta ve daha kötü bir prognoz göstermektedir.[2(s.327),5,6] Şizofreni hastaları hastalığın getirdiği bu olumsuzlukların yanı sıra birde toplumsal sorunlarla mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar.[7-9(s.113)] Hastalığın özellikle alevlenme döneminde ortaya çıkan; organize olmayan davranışlar, halüsinasyon, illüzyon ve hezeyan gibi belirtiler halk tarafından normal dışı olarak algılanmakta ve kabul görmemektedir. Bu durum toplumda şizofreni hastalarına karşı korku ve önyargı ile yaklaşılmasına yol açarak, hastaların dışlanmasına ve damgalanmasına neden olmaktadır.[8,9(s.113),10]

Damgalanma, diğer kişiler tarafından bireye kişisel saygınlıklarını zedeleyici bir özelliğin atfedilmesidir. Şizofreni hastaları toplum tarafından; tehlikeli, güvenilmez, suç işleme ihtimali yüksek, ne yapacağı belli olmayan, tutarsız davranışlar sergileyen kişiler olarak algılanmaları nedeniyle diğer psikiyatrik hastalıklara kıyasla daha fazla damgalayıcı yaklaşımla karşı karsıya kalabilmektedirler.[7,11]

Ülkemizde yapılan toplumun şizofreni hastalarına karşı bakış açısının incelendiği ve 707 kişinin katıldığı bir araştırmada, katılımcıların % 69.9'u şizofreni hastası biriyle evlenmeyeceğini, %46.8'i şizofreni hastası ile aynı işyerinde çalışmayacağını, % 43'ü ev sahibi olması durumunda evini şizofreni hastasına kiraya vermeyeceğini, % 33.2'si şizofreni hastası bir komşuya sahip olmaktan rahatsızlık duyacağını ve % 25.7'si ise şizofreni hastalarının toplum içerisinde özgürce dolaşmamaları gerektiğini belirtmiştir.[12] Psikiyatri hastalarına yönelik damgalama, halkın yanı sıra sağlık çalışanları arasında da yaygın olarak görülmektedir.[13] Arkan ve ark.[13] tarafından yapılan araştırmada, öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının, genel halktan farklı olmadığı hastalara karşı ayrımcı, dışlayıcı ve kısıtlayıcı yaklaşımı hala devam ettirdikleri belirlenmiştir.

Şizofreni hastaları çoğu zaman sağlık çalışanlarının ve toplumun kendilerine karşı sergilediği bu negatif tutum ve davranışları kabullenerek kendi kendilerini damgalama eğilimi göstermektedirler. İçselleştirilmiş damgalanma olarak tanımlanan bu durum, hastanın kendisi ile ilgili olumsuz değerlendirme ve yargılarda bulunması sonucu kendisini değersiz ve dışlanmış hissetmesidir.[8,14]

İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalarının özgüvenlerini yitirmelerine, yetersizlik duygusu yaşamalarına, yaşama isteklerinin ve geleceğe yönelik olumlu beklentilerinin azalmasına neden olarak umutsuzluğa yol açmaktadır.[15-18] Hofer ve ark.'nın[17] 2016 yılında yaptıkları bir araştırmada, yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşayan şizofreni hastalarının, umut düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Umut, yaşamla ilgili pozitif beklenti hissi oluşturan ve bireyi harekete geçiren güç olarak tanımlanmaktadır. Umutlu olmak, bireylerin hastalıklarla baş etmelerini ve değişen yaşam koşullarına uyum göstermelerini kolaylaştırmaktadır.[19(s.189-190)] Yapılan

araştırmalarda, umut düzeyi yüksek olan şizofreni hastalarının; hastaneye yatış sıklığı ve sayısında azalma, tedaviye uyum oranında ve yaşam kalitesinde ise artış olduğu tespit edilmiştir.[20,21] Umudun kaybı ise şizofreni hastalarında; depresyon ve intihar oranında artma, benlik saygısında azalma, tedaviye uyumsuzluk ve işlevsellikte azalma gibi pek çok olumsuz duruma yol açmaktadır.[15,16,22]

Bu yüzden şizofreni tedavisinde, umudu artırma girişimleri ve damgalanmayla başa çıkma yaklaşımları dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir.[10,19(s.209-211),23] Sağlık ekibinin ve özellikle hasta bakımında önemli bir rol üstlenen psikiyatri hemşirelerinin bu konuda uygun girişimlerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır.[24] Hemşireler; hastanın mevcut umut kaynaklarını belirleme, kendi değerinin farkına varmasını sağlama, olumlu düşünme ve ulaşılabilir hedefler belirleme gibi yaklaşımlarda bulunarak umudun artırılmasında hayati bir rol oynamaktadırlar.[19(s.209-211)] Damgalanmayla mücadelede ise eğitim, araştırma, politikalar geliştirme ve hasta hakları savunuculuğu gibi rolleriyle toplumsal farkındalığın oluşmasında öncü olmaktadırlar.[25,26]

Literatür incelendiğinde, ruhsal hastalığı olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve umudun beraber ele alındığı araştırmaların oldukça sınırlı olduğu söylenebilir.[17,18] Yurt dışında şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda bilimsel araştırmaya rastlanırken, ülkemizde henüz böyle bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Şizofreni hastalarının sorunlarının belirlenmesinin, bu sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına katkı sağlayacağı düşüncesinden hareketle bu araştırma, şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni; genç yaşlarda başlayan, bireyin çevreyle uyumunu bozarak, sosyal bir geri çekilme ve bir içe kapanım yaşadığı düşünce, davranış ve duygulanımda önemli bozukluklara yol açan bir halk sağlığı problemidir.[1(s.189),27(s.493)] Psikotik bozukluklara kıyasla daha sık karşılaşılan ve genellikle bireyin hastaneye yatırılmasını gerektiren ciddi bir ruhsal hastalıktır.[3(s.52)]

2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma

Şizofreni DSM-V tanı ölçütleri:

A. Ayırt edici Semptomlar

- Hezeyanlar
- Halisülasyonlar
- Konuşmada sapmalar
- İleri derecede deorganize davranış ya da katatonik davranış
- Eksi (negatif) semptomlar

En az bir aylık bir süre boyunca semptomlardan iki ya da daha fazlası hastada bulunmalıdır. Bu iki belirtiden birisi, ilk üç maddedeki belirtiler arasında yer almalıdır.

B. Hastalığın başlangıcından itibaren, insan ilişkileri, çalışma, bireysel bakım gibi alanların en az birinde hastanın işlevsellik düzeyinde, hastalığın başlamasından önceki döneme oranla belirgin düzeyde bir gerileme olmalıdır.

C. Süre: Hastalığın belirtileri en az 6 ay süreyle devam etmelidir. Bu 6 aylık süre içerisinde en az 1 ay boyunca hastada var olan belirtiler A tanı ölçütlerini de karşılamalıdır.

D. Şizoduygulanımsal bozukluk, bipolar bozukluk veya depresyon bozukluğu dışlanmış olmalıdır.

E. Belirtiler bir maddenin kullanımı ya da tıbbi bir nedenin etkisiyle ilişkili olmamalıdır.

F. Hastada otizm spektrum bozukluklarından birisi varsa halisülasyonlar ve sanrılar en az bir ay süreyle bulunmalıdır.[28]

2.1.3. Şizofrenide Etiyoloji

Şizofreni, uzun yıllardır pek çok araştırmanın konusu olmasına rağmen, hastalığın ortaya çıkmasında etkili olan faktörler henüz tam olarak bilinmemektedir.[27(s.414)] Yapılan araştırmalar, şizofreninin genetik ve çevresel etkenlerin birleşimi sonucunda oluşan karmaşık bir hastalık olduğunu göstermektedir.[29]

Hastalığa yol açtığı düşünülen etkenler 4 ana başlık altında toplanabilir. Bunlar:

1. Genetik yatkınlık

2. Beyin yapısı ve işleyişiyle ilişkili bozukluklar

3. Biyokimyasal etmenler

4. Gebelik ve doğum komplikasyonları, virüs varsayımlarıdır.

Ailesel geçiş, şizofreni hastalığının oluşumunda önemli bir etkendir.[30] Her iki ebeveynde şizofreni hastası ise, çocuklarında hastalığın gelişme riski %35-%45 arasında bulunurken, sadece birinin şizofreni olması durumunda bu oran %12'ye kadar gerilemektedir. İkizler üzerinde yapılan araştırmalara göre; kardeşlerden birisi şizofreni ise monozigotlarda hastalığın ortaya çıkma riski %40-%50, dizigotlarda ise %10-%14 arasındadır. İkiz olamayan kardeşlerde ise şizofreni görülme oranı %10 kadardır.[2(s.328)]

Şizofreni hastalarının, beyin yapısı ve işleyişiyle ilişkili sorunlarını tespit etmek amacıyla manyetik rezonans ve beyin tomografisi gibi yöntemlerle hastaların beyinleri incelendiğinde, hastalığa sahip olmayan bireylere kıyasla beynin bazı kısımlarında

değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Örneğin şizofreni hastalarında, beyin boşluklarının hasta olmayan bireylere göre daha geniş olduğu ve bazı beyin kısımlarının da normalde olması beklenen boyutlardan daha dar olduğu görülmüştür.[31]

Beyin biyokimyasıyla ilgili araştırmalar, hücreler arası iletişimi sağlamakla görevli nörotransmitter maddeler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Şizofreni hastalarında bu maddelerden birisi olan dopaminin, subkortikal alanlarda arttığı, kortikal alanlarda ise azaldığı bilinmektedir. Dopaminin yanı sıra glutamat, norepinefrin, serotonin, ve GABA gibi nörotransmitterlerin de hastalığın oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir.[32(s.189-190)]

Matheson ve ark.'nın[33] yaptıkları bir araştırmada, şizofreni hastalarının öykülerinde bu hastalığa sahip olmayan bireylere oranla daha fazla obstetrik komplikasyon olduğu belirlenmiştir. Ayrıca annenin gebelik süresince geçirdiği enfeksiyonlarda, çocuğun ilerleyen yaşamında hastalığa yakalanma ihtimalini artırmaktadır.[34]

2.1.4. Şizofrenide Epidemiyoloji

Şizofreni, diğer mental hastalıklara göre daha fazla yeti yitimine yol açan ve daha kötü bir pronoz gösteren bir hastalıktır.[2(s.356),5,6] Hastalığın şimdiki prevalansı % 0.32, yaşam boyu yaygınlığı ise % 0.48 kadardır.[4] Şizofreni genellikle erken erişkinlik ve adölesan çağda ortaya çıkmaktadır, hastalık 50'li yaşlardan sonra ve çocukluk döneminde nadiren başlangıç göstermektedir.[35-37] Epidemiyolojik araştırmalarda, şizofreni prevelansı için cinsiyetler arası farklılık belirtilmemekte beraber, hastalık erkeklerde kadınlara oranla daha şiddetli seyretmekte ve daha erken yaşlarda başlama eğilimi göstermektedir.[2(s.327),3(s.53)]

Tüm toplumlarda ve sosyal sınıflarda hastalıktan muzdarip bireylere rastlanmaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda, düşük sosyoekonomik kesimlerde

şizofreninin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Hastalık genel nüfusa oranla; bekar kadınlarda 15 kat, bekar erkeklerde ise 50 kat daha fazla görülmektedir.[2(s.327)] Ayrıca yerleşik nüfusa göre göçmenlerde şizofreni insidans ve prevalansının daha yüksek olduğu saptanmıştır.[38]

2.1.5. Şizofreni Belirtileri

Şizofreniye ait belirtilerin ortaya çıkma şekli ve özellikleri hastadan hastaya farklılıklar göstermektedir.[2(s.356)] Belirtiler genellikle premorbid evre, prodromal evre ve aktif hastalık evresi olmak üzere üç bölümde incelenmektedir.[3(s.54-55)]

Şizofreni hastalarının premorbid (hastalık öncesi) evreye ait özellikleri incelendiğinde; çoğunlukla sessiz, pasif ve içe kapanık bir çocukluk dönemi geçirdikleri, ergenlik dönemlerinde ise arkadaş edinmekten kaçınan, sosyal etkinliklere katılmayan bireyler oldukları bildirilmektedir. Bu dönemde hastaların genellikle şizotipal ve şizoid kişilik özellikleri sergiledikleri görülür.[3(s.54),32(s.191)]

Prodromal evre (hastalığın başlangıç dönemi) hastada psikotik belirtilerin henüz ortaya çıkmadığı, şizofreniye ait olmayan bir takım belirtilerin gözlemlendiği dönemdir. Bu dönemde hastalarda; ağrı ve yorgunluk gibi somatik yakınmalar, büyüsel, felsefik ve dini düşüncelere aşırı yönelme, aile bireyleri ve arkadaş çevresinin dikkatini çeken tuhaf davranışlar, toplumsal/mesleki işlevsellik düzeyinde düşme, sosyal etkinliklere katılmada isteksizlik, dikkat dağınıklığı ve kişisel bakımda azalma gibi sorunlarla sıklıkla karşılaşılmaktadır. [3(s.54-55),32(s.191)]

Aktif hastalık evresi ise şizofreniye ait belirtilerin gözlemlendiği dönemdir.[3(s.55)] Bu dönem pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler olmak üzere üç grupta incelenir.[2(s.350)]

-Pozitif belirtiler: Düşünce, davranış ve duygulanımda gözlemlenen normalin dışında artış ve sapmaları ifade eder. Bunlar; hezeyan, illüzyon, varsanı ve deorganize davranışlardır.

-Negatif belirtiler: Sağlıklı bir bireyde görülmesi beklenen fonksiyonların yokluğu veya azalmasıdır. Bu belirtiler; tekdüze duygulanım, konuşma içeriğinde ve düşüncede fakirleşme, yalnız kalma isteği, yaşamsal olaylara karşı ilgisizlik, yeni şeyler yapmaya yönelik motivasyon eksikliği ve yapılan işlerden keyif almamadır.

-Bilişsel belirtiler: Dikkati sürdürme, bilgiyi edinme, yorumlama, geçmiş bilgileri hatırlama ve bu bilgilere dayalı karar verme yeteneklerinde fakirleşme ile karakterize belirtilerdir.[2(s.350),3(s.55),27(s.417)]

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni seyir ve sonlanım özellikleri açısından büyük farklılıklar gösterebilen kronik bir hastalıktır.[2(s.356),3(s.55-56)] Hastalığın sonlanışına ilişkin üçler kuralı uygulanabilmektedir. Bu kural doğrultusunda; hastaların üçte birinde hastalık giderek şiddetini artıran bir yıkımla kendini gösterir, diğer üçte birinde tamamen iyileşme ve yüksek işlevsellik gözlemlenirken, geriye kalan üçte birlik kısımda ise belirli düzeyde işlevsellikte bozulma ile hastalar ne tam bir iyileşme nede yıkım belirtileri olmadan yaşamlarını sürdürürler.[3(s.56-57)]

Şizofreni hastalarında mortalitenin yüksek oranına bağlı olarak yaşam süresi genel nüfusa oranla daha kısadır.[39] Erken ölümlerin başlıca nedeni olan intiharın, hastalarda yaşam boyu görülme riski % 5 dir.[40]

Şizofreni prognozu hastalar arasında farklılıklar göstermektedir. Hastalığın bireyde nasıl bir seyir göstereceğini belirleyen bazı göstergeler vardır.

İyi Prognoz Göstergeleri

- ✓ Akut başlangıç

- ✓ İleri yaşlarda başlama
- ✓ Hastalık öncesi yüksek işlevsellik düzeyinin olması
- ✓ Kadın cinsiyet
- ✓ Pozitif belirtilerin baskın olması
- ✓ Ek tanıların olmaması
- ✓ Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- ✓ Hastalığı başlatan faktörlerin olması
- ✓ Yüksek zeka düzeyinin olması
- ✓ Evli olma
- ✓ Madde kullanma öyküsünün olmaması
- ✓ Kırsal kesimde yaşama
- ✓ Tedaviye erken başlamak ve düzenli sürdürmek
- ✓ Ailenin tedavi sürecinde hastayı desteklemesi ve tedavi ekibiyle işbirliği kurması
- ✓ Kısa süreli ve az sayıda hastaneye yatış öyküsünün olması
- ✓ Hastalık öncesi dönemde toplumsal uyumun iyi olması
- ✓ Geleceğe yönelik planlar yapma, umutlu olmaktır.

Kötü Prognoz Göstergeleri

- ✓ Sinsi başlangıç
- ✓ Genç yaşlarda başlama
- ✓ Hastalık öncesinde düşük işlevsellik düzeyi
- ✓ Erkek cinsiyet
- ✓ Şiddetli negatif belirtilerin olması
- ✓ Ek tanıların olması
- ✓ Ailede şizofreni öyküsünün olması

- ✓ Hastalığı başlatan faktörlerin olmaması
- ✓ Düşük zeka düzeyinin olması
- ✓ Bekar olma
- ✓ Madde kullanma öyküsünün olması
- ✓ Şehir merkezinde yaşama
- ✓ Düzenli tedavi almama
- ✓ Hasta için uygun bir aile ortamının olmaması ve ailenin tedavi ekibiyle işbirliği kurmaması
- ✓ Uzun süreli ve çok sayıda hastaneye yatış öyküsünün bulunması
- ✓ Hastalık öncesi dönemde şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin bulunması
- ✓ Geleceğe yönelik umutsuz düşüncelerin hakim olmasıdır.[2(s.358),32(s.197)]

2.1.7. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni hastalığının karmaşık yapısı ve yaşamı zorlaştıran semptomları, hastalığın tedavisini güçleştirmektedir. Ancak günümüzde geliştirilen farmakolojik ajanlar ve psikososyal tedavi yöntemleri hastaların yaşamlarını istedikleri şekilde yönlendirmelerine imkan tanımaktadır.

Şizofrenide tedavi sadece psikotik semptomların kontrol altına alınmasını değil, aynı zamanda hastaların işlevselliklerinin artırılması, sosyal ve mesleki uyumlarının sağlanması gibi çok sayıda faktörü kapsamaktadır.[2(s.359),41]

Şizofreni tedavisinde ulaşılmak istenen hedefler:

- ➢ Hastalığın alevlenme dönemlerini önlemek ya da azaltmak,
- ➢ Hastaların, hastalığın getirdiği olumsuzluklarla baş etme becerilerini artırmak,
- ➢ Hastaların geleceğe yönelik gerçekçi amaçlar edinmelerini sağlamak,
- ➢ Hastaların topluma uyumlarını artırmak,

- Hastaların yaşam kalitesini artırmak,
- Hastaların üretkenliklerini artırmaktır.[42]

İlaç Tedavisi: Şizofreni tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar; antipsikotikler, anksiyolitikler, antidepresanlar, nöroleptikler, antikolinerjikler ve duygu durum düzenleyicilerdir.[2(s.360)]

Elektro-Konvülsif Terapi: İlaçlara bağlı yan etkilerden dolayı tedaviyi reddeden ya da ilaç tedavisiyle düzelme sağlanamayan bireylerde genellikle tercih edilmektedir.[2(s.361-362)]

Psikososyal Tedaviler: Hastaların başa çıkma kapasitelerini artırmak, toplumsal ve mesleki becerilerini geliştirmek ve yaşam kalitelerini artırmak için uygulanmaktadır. Psikososyal tedavi yaklaşımları arasında; aile psikoeğitimi, psikososyal beceri eğitimi, stres ve kriz yönetimi, bilişsel davranışçı terapiler, sosyal beceri eğitimi, grup terapileri ve bireysel psikoterapiler yer almaktadır.[43]

Şizofreni tedavisinde, psikososyal tedavi yaklaşımları ve ilaç tedavisinin beraber uygulandığı tedavi yöntemlerinden, hastaların daha olumlu sonuçlar aldıkları belirtilmektedir.[44]

2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şizofreni

Damgalanma (stigma, etiket) bir kişi ya da gruba itibarını çok derinden sarsan, değersizleştiren ve onu kusurlu olarak nitelendiren bir özelliğin atfedilmesidir.[45,46] Corrigan ve Watson[45] damgalanmayı; kendini damgalama (içselleştirilmiş damgalanma) ve halk tarafından damgalanma (sosyal damgalanma) olarak iki boyutta ele almışlardır.

Sosyal damgalanma bir gruba ya da kişiye karşı; saygınlığını azaltıcı, değersizleştirişi, utanç verici negatif tutum ve inançlara sahip olmayı ifade etmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ise bireyin toplum tarafından kendisine yönlendirilen bu

olumsuz yargı ve düşünceleri benimsemesi ve kendisini değersiz hissetmesi sonucu toplumdan kaçınmasıdır.[45]

Psikiyatrik bir hastalığa sahip olmak damgalanmaya maruz kalmanın en yaygın nedenlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Fiziksel hastalığa sahip kişilere kıyasla, psikiyatri hastaları daha fazla damgalanma ve önyargıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu damgalanma hastaların varoluşlarının reddedilmesi ve ayrımcılığa maruz bırakılmaları boyutlarına kadar ulaşabilmektedir. Hastalar ayrımcılığın bir sonucu olarak, sahip oldukları hak ve özgürlüklerden yoksun bırakılırlar. Bu nedenle damgalanmanın sonuçları bazen hastalığın yol açtığı problemlerden daha tehlikeli olabilmektedir.[8]

Özellikle şizofreni hastalığında ortaya çıkan düşünce, davranış ve duygulanımdaki değişiklikler halk tarafından normal dışı olarak algılanmakta ve kabul görmemektedir. Bu durum hastalara karşı korku ve önyargı ile yaklaşılmasına neden olarak damgalanmaya zemin hazırlamaktadır. Toplumumuzda şizofreni hastalarının; lanetlenmiş ve işlenen bir günahın cezasını çeken kişiler olarak algılanmaları yaygındır.[9(s.116)] Hastalık hakkındaki bu yanlış bilgi ve inanışlardan ötürü, çoğu zaman bireye şizofreni tanısı konulması bile tek başına hastanın damgalanması için yeterli bir faktör olabilmektedir. Hatta bazı şizofreni hastaları ve ailelerinin geçmişte cüzzam hastalarına uygulanan dışlanma ve etiketlemenin bir benzerini, bugün yaşadığımız modern dünyada deneyimledikleri görülmektedir.[8,47]

Toplumun şizofreniye yönelik fikirlerini inceleyen araştırmalarda, araştırmaya katılanların çoğu şizofreni hastalarını; saldırgan davranışlar sergileyen, nasıl davranacağı önceden anlaşılamayan ve tehlikeli kişiler olarak tanımlamışlardır. Şizofreni hastalarıyla aynı iş ortamında bulunmaktan rahatsız olacaklarını ve kendileriyle komşu olmayı dahi istemediklerini belirtmişlerdir.[7,10,12]

Sağlık çalışanları arasında da şizofreni hastalarına karşı toplumunkine benzer bir damgalanma görülmektedir. Örneğin; ülkemizde sağlık çalışanlarının ve öğrencilerinin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik bakış açılarının son 10 yıldaki değişiminin incelendiği bir araştırmada, damgalanmayı azaltamaya yönelik yapılan girişimlere ve bilimsel araştırmalara rağmen, hastaların halen daha dışlayıcı ve reddedici davranışlara maruz kaldıkları belirlenmiştir.[13]

Yaşanılan çevrede bireyin ruhsal hastalığı ne kadar fark edilirse, toplumsal dışlanma ve damgalanma oranında bir o kadar arttığından şizofreni hastaları çoğu zaman hastalıklarını saklama eğilimi gösterirler. Bu durum hastaların tedavi yolları arama ve tedaviyi sürdürme davranışları üzerinde olumsuz bir etki oluşturmaktadır. Hastalar çoğu zaman hastalıkları hakkında konuşmaktan kaçınarak, yalnız ve toplumdan izole bir yaşamı sürdürmeyi tercih etmektedirler.[8,9(s.114-119)]

Şizofreni hastaları toplum tarafından reddedilmeleri ve alay konusu olmaları gibi nedenlerden dolayı hastalıklarını utanç verici bir durum olarak algılarlar. Bu hastalar toplumsal yargıları kendileri için değiştirilemez gerçekler olarak görmektedirler. "İçselleştirilmiş damgalanma" olarak adlandırılan bu durum, hastanın kendisi ile ilgili olumsuz değerlendirmelerde bulunması sonucu kendisini değersiz ve dışlanmış hissetmesidir.[8,14]

Damgalanmayı bu şekilde içselleştiren şizofreni hastalarında; öz güven ve öz saygıda azalma, yaşam kalitesinde düşme, depresif belirtilerde ve anksiyetede artma, sosyal izolasyon, tedaviye uyumda azalma ve etkisiz baş etme gibi pek çok sorunla karşılaşılmaktadır.[7,15-18] İçselleştirilmiş damgalanma, hastaların hem hastalıkla hem de toplumsal sorunlarla baş etmelerini zorlaştırmaktadır.[14,47] Bu sorunların önlenmesinde, damgalanmayla mücadele girişimlerinin bilinmesi ve etkin şekilde uygulanması gerekmektedir.[25,26]

2.2.1. Damgalanmayla Mücadelede Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri

Damgalanmayı azaltmaya yönelik yaklaşımlar, sadece akademisyen hemşirelerin ve klinik hemşirelerinin uygulamalarını içermemektedir. Tüm sağlık bakım profesyonellerinin katılımını ve bu konuya eğilimini gerektirmektedir.[48]

Ancak özellikle hemşireler hem damgalanmayla mücadele organizasyonlarına katılarak hem de diğer meslektaşlarını ve hastaları bu kaynaklara yönlendirerek bu süreçte aktif bir rol oynayabilirler. Hemşireler halk üzerinde olumlu bir tesir oluşturabilecek eşsiz bir pozisyondadırlar. Toplumsal değişime öncülük etmelerini sağlayan bu konumları sayesinde damgalanmayı sonlandırmak için toplumsal rollerin ve fırsatların farkına varılmasını sağlayabilirler.[48,49]

Damgalanmayı azaltmada psikiyatri hemşirelerinin uygulayabileceği yaklaşımlar altı başlıkta toplanabilir. Bunlar:

- Araştırma
- Protesto
- Bağlantı temelli eğitim
- Politikalar geliştirme
- Hasta hakları savunuculuğu
- Damgalanmayı kendi kendine yönetmedir.[25,26]

Araştırma yaklaşımı: Şizofreni hastalığıyla ilgili mitler ve yanlış bilgilerin, hastalığın doğası hakkındaki doğru bilgilerle değiştirilmesi amacıyla yürütülür. Bu yaklaşım ile hastalığın oluşma nedenleri, erken tanı girişimleri, hastalığa ait semptomlar ve yardım arama davranışları ortaya konulmaya çalışılır. Psikiyatri hemşirelerinin bilimsel araştırmalara katılmaları hastalığın aydınlatılmasında ve literatürün bu yönde geliştirilmesine katkı sunmaktadır.

Protesto yaklaşımı: Şizofreni hastalarının yanlış bir şekilde tasvir edilmesine açıkça itiraz edilerek, hastaların yaşamlarını zorlaştıran olumsuz beyanların bastırılmasıdır. Bu yaklaşım medyanın takip edilmesini ve hasta haklarının savunulmasında mektup yazma gibi kampanyalara katılmayı içerir. Protesto, ruhsal hastalığı olan bireyler için dezavantajlı uygulamaların ve politikaların değiştirilmesinde etkili bir yöntemdir.[25,26]

Bağlantı temelli eğitim yaklaşımı: Ruhsal hastalığını başarılı bir şekilde yöneten hastalarla, halk arasında etkileşim kurulmasıdır. Özellikle sağlık, gazetecilik, psikoloji ve sosyal hizmetler bölümlerinde okuyan öğrencilerin hastalarla etkileşim içerisinde damgalanmaya yönelik eğitim almaları, toplumla hastalar arasında oluşturulan sosyal mesafenin azaltılmasında başarılı bir yaklaşımdır. Bağlantı temelli yaklaşımlar; ruhsal hastalıklarla ilgili bilginin geliştirilmesinde ve hastalara yönelik negatif tutumların azaltılmasında etkili bir yöntemdir.[25,26,50] Hemşireler bu amaçla okul ve işyeri gibi toplu alanlarda eğitim vererek toplumsal değişime katkı sağlayabilirler.[48]

Politikalar geliştirme stratejisi: Nedeni ne olursa olsun ruhsal hastalığı olan bireylere yönlendirilmiş ayrımcılığın yasaklanması, hastalara barınma, iş ve eğitim gibi haklardan yararlanmaları konusunda eşit fırsatların sunulmasını ifade eder. Bu amaçla yürütülen birinci jenerasyon korumada amaç zorla ve baskı ile uygulanmaya çalışılan tedavilerden hastayı korumaktır. İkinci jenerasyon korumada ise hastaların sosyal yaşama katılmalarına engel olan faktörlerin ortadan kaldırılması, sağlığın geliştirilmesi, hastalar için sosyal ve ekonomik imkanlar sağlanması konularında hükümet ve kurumlar üzerinde etki oluşturmak gibi girişimler yer almaktadır.[26,51]

Hasta hakları savunuculuğu yaklaşımı: Ruhsal hastalığı olan bireylere mevzuat tarafından sunulan özgürlük ve hakların garanti altına alınmasını amaçlamaktadır. Savunuculuk; tavsiyede bulunma, eğitim verme, karşılıklı yardım, arabuluculuk,

bilginin yayılması, farkındalığın artırılması ve hasta aleyhine olan durumları kınama gibi çok sayıda usulü içermektedir. Yasa ve politikalarda hastaların yararına olacak düzenlemeler yapmak ve hastaların yararlandığı hizmetlerin iyileştirilmesi konularında hasta hakları savunuculuğu önemlidir.[26,48,49]

Damgalanmayı kendi kendine yönetme yaklaşımı: Hastaların damgalanma sürecini yönetmesi ve hastalık kimliğinin üstesinden gelmesi için hastaları güçlendirmek, desteklemek ve cesaretlendirmeyi içerir.[26,51]

Bu yaklaşım çerçevesinde hemşireler; hastaların güçlü yönlerinin farkına varmalarını sağlamalı, benlik saygılarının ve özgüvenlerinin yükselmesi için hastaları desteklemeli ve yaşama daha olumlu bakabilmeleri için onlara umut aşılamalıdır. Kendisine inanan ve umutlu olan hastalar damgalanmadan kaynaklanan olumsuzluklarla daha iyi mücadele etmektedir. Bu nedenle hemşirelerin umudu doğru tanımlamaları, hastalıklar karşısındaki işlevini bilmeleri ve artırmaya yönelik girişimlerde bulunmaları önemlidir.[19(s.114-119),26,51]

2.3. Umudun Tanımı ve Özellikleri

Umut kesin olarak açıklanması zor bir kavram olduğundan üzerinde anlaşmaya varılan tek bir tanımı yoktur.[19(s.189)] Umut kavramına en fazla değinen araştırmacılardan olan Miller ve Powers[52] umudu; "algılanan olumsuzluklardan kurtulma, iyilik halinin devamlılığı ve geliştirilmesi için geleceğe yönelik olumlu beklentiler" olarak tanımlamaktadır. Bu beklentiler; yaşamın anlamı ve amacı, psikolojik iyilik hali, kişisel yeterlilik hissi, çevreyle iyi ilişkiler kurma ve baş etme becerileri gibi iyi bir gelecekle ilişkili kavramlara dayanmaktadır.[52]

Snyder ve ark.[53] umudun tanım olarak üç temel unsuru kapsadığını ileri sürmüşlerdir. Bunlar; hedef belirleme, bu hedefe götürecek yolları öngörme ve bireyin bu hedefe ulaşma yeteneğine olan inancıdır. Kişisel hedefler motivasyonu destekler,

daha iyi ve anlamlı bir varoluşa doğru bireyi hareketlendirerek umudu korur ve canlı tutar.[53]

Umut; özsaygı, sosyal destek, inanç, arzu, otonomi, özgürlük ve varoluşu algılama şekli gibi pek çok kavramı içermesine rağmen genellikle istek ve arzu kelimeleriyle beraber kullanılmaktadır. Çünkü gerçekleşmesi hedeflenen amaçlara yönelik hissedilen arzunun boyutu, umut düzeyini etkileyen önemli bir faktördür. Umut arzu ile birleştiğinde bireyi harekete geçiren enerjiyi ve gücü ortaya çıkarır.[19(s.190)] Bu motive edici güç, bireyin olumsuzluklar karşısında daha iyimser bir bakış açısına sahip olmasını sağlayarak, yaşamdaki pozitif değişiklikleri destekler.[54]

Umut bireylerde, "genel umut" ve "özel umut" olarak tanımlanan iki farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. Genel umut, hayata yönelik umutlu bir bakış açısı ve yaklaşımın olmasıdır. Özel umut ise, bireyin hayata geçmesini en çok arzu ettiği şeyi tanımlar. Genel umuttan farklı olarak özel umutta gerçekleşmesi arzu edilen şey daha belirgin ve somuttur.[19(s.194)]

Değişen yaşam koşulları ve şartları umut düzeyini etkilemektedir. Günlük yaşam içerisinde sürekli sabit bir düzeyde kalmayan umut, bireyler tarafından bazen zayıf, bazense güçlü olarak hissedilmektedir.[55] Umudun kaybedilmesi durumu ise umutsuzluk olarak tanımlanmaktadır. Umutsuz kişiler şuan ki ve gelecekteki yaşamlarıyla ilişkili karamsar fikirlere sahiptirler. Yaşamı amaçlarına ve beklentilerine ulaşmalarına mani olan, zorluklarla dolu bir yer olarak görmektedirler.[19(s.194)]

Umut bugünden köken almasına rağmen, geleceğe yönelik pozitif beklentileri ve gerçeklikleri yansıtmaktadır. Bu yönüyle umutlu olmak, mutlu ve başarılı bir geleceğe sahip olma arayışını sürdürmek için bireye yardım etmektedir.[19(s.192),56]

2.3.1. Hastalığa Adaptasyonda Umudun Etkisi

Bir duygu olarak umut, yaşamı algılayış şeklimizi etkileyerek, hastalıklarla baş

etme ve sağlığı sürdürmeye yönelik davranışlarımızda belirleyici olmaktadır.[57] Umutlu bireyler sağlık sorunlarıyla daha iyi mücadele etmekte, olumsuz durumlar karşısında daha az üzüntü, çaresizlik ve güçsüzlük gibi duygular yaşamaktadır.[19(s.193-194),57]

Umutsuzluk, hem yeni sağlık sorunlarına yol açmakta hem de mevcut hastalıklarla mücadeleyi güçleştirmektedir. Umudun kaybı, depresyon düzeyini artırmakta ve intihar insidansını yükseltmektedir.[58] Hastalıklar karşısında ise iyileşme süresini uzatmakta, vücudun savunma mekanizmalarını bozarak beklenmedik ölümlere dahi yol açabilmektedir. Umut, bu özellikleriyle hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklarda, biyopsikososyal iyileşme için dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur.[19(s.190)]

2.3.2. Umut ve Şizofreni

Umut, düşünce ve davranışları etkilediğinden hastalığa uyumda ve iyilik halinin geliştirilmesinde önemli bir bileşendir.[59] Örneğin, şizofreni gibi kronik hastalıklarda hastalığa uyum gösterilmesinde umudun korunması, iyi prognoz belirleyicilerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır.[27(s.419)] Bu yüzden şizofreni tedavisinde umudun kazandırılması anahtar faktörlerden birisi olarak kabul edilmektedir.[23]

Hastalığın tedavi sürecinde ki zorluklar, hastalıktan ötürü dışlanma, sosyal destek azlığı, hastalığa ait olumsuz inanışlar, ekonomik zorluklar gibi nedenlerle şizofreni hastaları umutsuzluk yaşamaktadır.[60]

Ortaya çıkan bu umutsuzluk, şizofreni hastalarında pek çok olumsuz duruma yol açmaktadır.[15] Bunlar; depresyon ve intihar oranında artma, benlik saygısında ve işlevsellikte azalma ve hastalığa uyumda zorlanma gibi sorunlardır.[15,16,22] Lysaker ve ark.'nın[61] yaptıkları bir araştırmada, umutsuzluk yaşayan şizofreni hastalarının umutlu olanlara kıyasla; daha fazla kin, şüphecilik, sinirlilik ve düşmanlık gibi duygulara sahip oldukları belirlenmiştir. Şizofreni hastalarının umutlu olması; hastaneye yatış sıklığı ve

sayısında azalma, tedavi sürecinde hızlanma, tedaviye ve hastalığa uyumda artma ve yaşam kalitesinde yükselme sağlamaktadır.[20,21]

Sonuç olarak şizofreni hastalarında umudun geliştirilmesi, tedavinin en temel amaçlarından birisi olmalıdır.[23] Sağlık ekibinin ve özellikle hasta bakımında önemli bir rol üstlenen psikiyatri hemşirelerinin umudu tanımlamaları ve artırmaya yönelik uygun girişimlerde bulunmaları, şizofreni tedavisinde büyük önem taşımaktadır.[10,24]

2.3.3. Umudu Artırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolleri

Umut teorik bilimler içerisinde uzun yıllardır açıklanmış bir kavram olmakla beraber, hemşirelik alanında tanımlanması ve öneminin vurgulanması yeni bir durumdur. Bu kavram özellikle psikiyatri hastaları ve onlarla ilgilenen hemşirelerle yakından ilişkilidir.[19(s.205)] Moore[62] umudu "psikiyatri hemşireliği uygulamalarının kalbi'' olarak tanımlamaktadır. Buna paralel olarak, hasta bireylerde umudun desteklenmesi, artırılması ve umutsuzluğun ortadan kaldırılması, psikiyatri hemşiresinin önemli işlevlerinden birisi olarak kabul edilmektedir.[19(s.206)]

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

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

Kişisel yaklaşımlar: Bireyin içinde bulunduğu zor koşullar altında bile umutlu olmasını sağlayan özelliklerini ifade eder. Umutlu bireylerde en sık karşılaşılan özellikler; azimli, dayanıklı, sabırlı ve cesaretli olmaktır. Bu kişisel özelliklere sahip

insanların, olmayanlara kıyasla benzer olumsuzlar karşısında daha umutlu ve pozitif oldukları görülmüştür. Psikiyatri hemşireleri girişimleriyle hastaların umutlarını artırmaya yardımcı olan kişisel yönlerinin farkına varmalarını ve geliştirmelerini sağlayabilir.[19(s.209-210)]

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

Özel bir arkadaşın verdiği bir hediye, bazı melodiler, en beğenilen tablo gibi bireyin özel anlamlar yüklediği önemli ve değerli gördüğü bazı nesnelerinde umut üzerinde benzer bir rolü bulunmaktadır. Bu nesneler, umudu direk olarak artırmak yerine umudun var olduğunu bireye hatırlatarak, umudun yeniden yaşamda yer bulmasını sağlamaktadır. Psikiyatri hemşiresi, hastanın umut kaynaklarını belirlemesi ve uygun şekilde kullanması için danışmanlık rolünü kullanabilir. [19(s.2010-211)]

Bilişsel stratejiler: Biliş belli bir zamanda olaylar hakkında ki düşüncelerimizi oluşturur. Bu düşünceler nasıl hissettiğimiz üzerinde önemli etkilere sahiptir. Bilişsel stratejiler, duygularımızın kendimize verdiğimiz mesajlardan oluştuğunu ve yaşadığımız olaylardan çok nasıl düşündüğümüzle ilişkili olduğu görüşünden temel almaktadır.

Olumsuz düşüncelerin farkına varmak, bunları tanımak ve bu düşünceler yerine daha gerçekçi doğru çıkarımlarda bulunarak, hastalara olumlu düşünceler yerleştirmek, umudu artırmada hemşirelerin kullanılabileceği bilişsel yaklaşımlardır.[63]

Başkalarıyla bağlantı kurmak: Hastanın diğer bireylerle kurduğu saygı, sevgi ve güveni içeren anlamlı ilişkilerini ifade etmektedir. İyi ilişkiler kurmak ve paylaşımlarda bulunmak umudu artırıcı bir etkiye sahiptir. Hemşirenin hastayla kuracağı terapötik

iletişim, hastanın yalnız hissetmesinin önüne geçerek, geleceğe yönelik olumlu bakış açısı geliştirmesinde oldukça önemlidir.

Ulaşılabilir amaçlar edinmek: Elde edilebilir hedefler belirlemenin yanı sıra birey için uygun olmayan amaçların değiştirilmesini ifade eder. Hastalar, adım adım eski amaçlarını bırakarak onların yerine, yeni ulaşılabilir amaçlar edinmeleri konusunda desteklenir. Hemşireler hastaların yeni hedefler belirlemesini sağlayarak, sürekli değişen koşullara uyumlarını kolaylaştırmakta ve umudun geliştirilmesine katkı sağlamaktadırlar.[19(s.210)]

Bireyin kendi değerinin farkına varmasını sağlamak: Kendi bireyselliğinin farkına varmak, kendine değer vermek ve saygı duymak hastalar için umudu artırıcı bir özelliğe sahiptir. Hemşirelerin, hastanın biricikliğini keşfetmesi yönünde desteklemeleri ve bu yönde iletişim kurmaları, umudun artırılmasında oldukça önemlidir.

Hemşireler, umut aşılamaya yönelik girişimleri ile şizofreni hastalarının, yaşamlarında pozitif değişiklikler oluşmasında ve geleceklerine dair olumlu beklentiler geliştirmelerinde önemli bir rolü üstlenmektedir.[10,19(s.205-211),24]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde, 13.07.2015-30.06.2016 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi ve Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş 85 hasta oluşturdu ve bu hastaların 9'u araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma kapsamından çıkarıldı. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma kriterlerine uyan toplam 76 hastayla araştırma tamamlandı.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

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

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler:

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

Bağımlı Değişken:

- Umut ve İçselleştirilmiş damgalanma ölçek puanları

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Eylül 2015- Nisan 2016 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından özel görüşme odalarında hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Veriler, hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Herth Umut Ölçeği uygulanarak toplandı. Kişisel bilgi formu ve anketlerin uygulanması yaklaşık 25-30 dakika sürdü.

Veri Toplama Araçları

a) Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmaya katılan hastaların; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, çalışma durumu, aylık gelir miktarı, hastalık nedeniyle işten ayrılma durumu, ailede başka şizofreni tanısı konulan bireyin varlığı ve hastalık süresi ile ilişkili özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış 11 sorudan oluşan bir formdur (EK-2).

b) Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark.[64] tarafından 2003 yılında psikiyatri hastalarının içsel damgalanma düzeylerini belirlemek üzere RHİDÖ geliştirilmiştir. Ersoy ve Varan[65] tarafından

ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılarak, tüm ölçek için iç tutarlık katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir.

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

Alt Boyutlar:

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

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

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

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

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

"Damgalanmaya karşı direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin

içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.[65]

Bu araştırmada RHİDÖ'nin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları; yabancılaşma alt boyutu için 0.69, kalıp yargıların onaylanması alt boyutu için 0.78, algılanan ayrımcılık alt boyutu için 0.78, sosyal geri çekilme alt boyutu için 0.80, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu için 0.60 ve ölçeğin bütünü için ise 0.88 olarak bulundu (EK-3).

c) Herth Umut Ölçeği

Dr. Herth[66] tarafından 1991 yılında bireylerin umut düzeylerini belirlemek amacıyla Herth Umut Ölçeği geliştirilmiştir. Aslan ve ark.[67] tarafından ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılarak, iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur.

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

Alt Boyutlar:

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

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

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

Olumsuzluk ifade eden bazı maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Bu maddeler; 6, 10, 13, 17, 22, 26'dır. Ölçeğin toplam puanı, bütün maddelere verilen cevaplardan elde edilen puanların toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı ise her bir alt ölçeğe karşılık gelen maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, umut düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.[67]

Bu araştırmada Herth Umut Ölçeği'nin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları; gelecek alt boyutu için 0.88, olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu için 0.71, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutu için 0.83 ve ölçeğin bütünü için ise 0.85 olarak bulundu (EK-4).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18 istatistik paket programından yararlanıldı. Bu değerlendirmeler için; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma, Cronbach alpha katsayısı ve Pearson Korelasyon analizi kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı (EK-5). Araştırmanın yapıldığı; Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinden yazılı izinler alındı (EK-6). Araştırmaya katılacak hastalara araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın yapılma amacı, yöntemi ve araştırma için ayırmaları istenen zaman konusunda bilgiler verildi. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin gizli tutulacağı, araştırmaya katılmanın hastalar için herhangi bir risk taşımadığı, istedikleri zaman araştırmadan

ayrılabilecekleri ve katılımın tamamen gönüllülük ilkesine dayandığı hastalara açıklandı.

3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırma sonuçları araştırmaya katılan şizofreni hastalarına genellenebilir.

4. BULGULAR

Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlenmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=76)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-29	18	23.7
30-41	35	46.1
42 ve ↑	23	30.2
Cinsiyet		
Erkek	52	68.4
Kadın	24	31.6
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	9	11.8
Okuryazar	21	27.6
İlköğretim	28	36.9
Lise	14	18.4
Üniversite	4	5.3
Yaşanılan Yer		
Şehir	30	39.5
İlçe-kasaba	28	36.8
Köy	18	23.7
Medeni Durum		
Bekar	55	72.4
Evli	21	27.6
Kiminle Yaşadığı		
Aile	56	73.7
Yalnız	6	7.9
Arkadaş	3	3.9
Bakımevi	9	11.9
Diğer (Akraba vb.)	2	2.6
Çalışma Durumu		
Çalışan	26	34.2
Çalışmayan	50	65.8
Toplam Aylık Gelir Miktarı		
400 TL altı	17	22.4
400-1000 TL	34	44.7
1000-1500 TL	20	26.3
2500 TL ve ↑	5	6.6
Hastalığın Başlangıç Yaşı		
14-20	27	35.5
21-27	41	54.0
28 ve ↑	8	10.5
Ailede Başka Şizofreni Tanısı Konulan Kişi		
Var	25	32.9
Yok	51	67.1
Hastalık Nedeniyle İşten Ayrılma Durumu		
Evet	42	55.3
Hayır	34	44.7

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1), hastaların; % 46.1'inin 30-41 yaş aralığında olduğu, %68.4'ünün erkek olduğu, %36.9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %39.5'inin şehirde yaşadığı, %72.4'ünün bekar olduğu, % 73.7'sinin ailesiyle beraber yaşadığı, %65.8'inin çalışmadığı ve %44.7'sinin aylık gelir miktarının 400 TL-1000 TL arasında olduğu saptandı.

Hastaların hastalıklarına ait özelliklerinin dağılımı incelendiğinde hastaların; %54.0'ünde hastalığın başlangıç yaşının 21-27 yaş aralığında olduğu, %67.1'inin ailesinde şizofreni tanısı konulan başka birey olmadığı ve %55.3'ünün hastalığa bağlı nedenlerden ötürü çalışmakta olduğu işini bırakmak mecburiyetinde kaldığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların RHİDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=76)

		Alınabilecek Min-Max Puanlar	**Alınan Min-Max Puanlar**	**Ort. ± SS**
RHİDÖ Alt Boyutları	Yabancılaşma	6-24	6-20	14.25±3.05
	Kalıp yargıların onaylanması	7-28	8-27	17.22±4.75
	Algılanan ayrımcılık	5-20	5-20	13.22±3.78
	Sosyal geri çekilme	6-24	6-24	15.07±4.58
	Damgalanmaya karşı direnç	5-20	6-18	13.01±3.04
	Toplam	29-116	36-98	72.78±16.05

Tablo 4.2'de hastaların RHİDÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. RHİDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; yabancılaşma alt boyut puan ortalamasının 14.25±3.05, kalıp yargıların onaylanması alt boyut puan ortalamasının 17.22±4.75, algılanan ayrımcılık alt boyut puan ortalamasının 13.22±3.78, sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamasının 15.07±4.58, damgalanmaya karşı direnç alt boyut

puan ortalamasının 13.01±3.04, toplam içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamasının ise 72.78±16.05 olduğu saptandı **(**Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Herth Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=76)

		Alınabilecek Min-Max Puanlar	**Alınan Min-Max Puanlar**	**Ort. ± SS**
Herth Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	0-30	5-30	15.59±6.45
	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	0-30	11-25	16.86±3.19
	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	0-30	7-25	17.90±3.93
	Toplam	0-90	29-76	50.36±11.91

Hastaların Herth Umut Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.3); gelecek alt boyut puan ortalamasının 15.59±6.45, olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamasının 16.86±3.19, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyut puan ortalamasının 17.90±3.93, toplam umut puan ortalamasının ise 50.36±11.91 olduğu belirlendi.

Tablo 4.4. Herth Umut Ölçeği ve RHİDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

ÖLÇEKLER			**Herth Umut Ölçeği**			
			Gelecek	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler	**Toplam**
RHİDÖ	Yabancılaşma	r	-.347**	-.232*	-.147	-.299**
		p	.002	.000	.207	.009
	Kalıp yargıların onaylanması	r	-.537**	-.201	-.199	-.411**
		p	.000	.082	.084	.000
	Algılanan ayrımcılık	r	-.467**	-.278**	-.223	-.401**
		p	.000	.015	.053	.000
	Sosyal geri çekilme	r	-.558**	-.343**	-.287*	-.489**
		p	.000	.002	.012	.000
	Damgalanmaya karşı direnç	r	.465**	.444**	.423**	.510**
		p	.000	.000	.000	.000
	Toplam	r	-.463**	-.208	-.161	-.360**
		p	.000	.071	.165	.001

**p<0.01.
*p<0.05.

RHİDÖ ve Herth Umut Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4,4'te görülmektedir. RHİDÖ'nin "yabancılaşma" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" ve "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

RHİDÖ'nin "kalıp yargıların onaylanması" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$).

RHİDÖ'nin "algılanan ayrımcılık" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" ve "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

RHİDÖ'nin "sosyal geri çekilme" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek", "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" ve "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

RHİDÖ'nin "damgalanmaya karşı direnç" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek", "olumlu hazır oluşluk ve beklenti", "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

RHİDÖ'nin toplam puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Son olarak RHİDÖ ve Herth Umut Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam ölçek puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaların çoğunun bekar ve erkek olduğu, hastaların yaş ortalamalarının 38.38±10.65 olduğu, büyük bir kısmının çalışmadığı ve ailesiyle beraber yaşadığı belirlendi. Ayrıca hastaların çoğunun şehirde ikamet ettiği, ilköğrenim mezunu olduğu ve düşük gelir düzeyine sahip olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Araştırmada RHİDÖ'nin toplam puan ortalaması 72.78±16.05 olarak bulundu (Tablo 4.2). İlgili ölçeğin puan ortalaması dikkate alındığında bu sonuç şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Brohan ve ark.'nın[68] 14 Avrupa ülkesini kapsayan araştırmasında, şizofreni hastaları arasında içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Yılmaz ve Okanlı[69], Karakaş ve ark.[70], Doğanavşargil[71] ve Karaağaç'ın[72] ülkemizde şizofreni hastalarıyla yaptıkları araştırmalarda da, hastaların yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma deneyimledikleri görülmüştür. Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

Araştırmada RHİDÖ'nin en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutunun kalıp yargıların onaylanması olduğu saptandı (Tablo 4.2). Sevindik ve ark.[73], Tel ve Pınar[74], Coşkun ve Caymaz'ın[75] ülkemizde psikiyatri hastalarıyla yaptıkları araştırmalarda, kalıp yargıların onaylanması alt boyut puan ortalamasının, RHİDÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamaları arasında en yüksek puana sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca Yılmaz ve Okanlı[69], Karakaş ve ark.'nın[70] şizofreni hastalarıyla yaptıkları araştırmalarda da damgalanma ölçeğinin en fazla etkilenen alt boyutunun kalıp yargıların onaylanması

olduğu bildirilmiştir. Ancak konuyla ilgili yapılan uluslararası araştırmalar incelendiğinde, araştırmaların önemli bir kısmında RHİDÖ'nin en düşük puan ortalamalı alt boyutunun kalıp yargıların onaylanması olduğu görülmektedir.[15,16,64,76] Bu farklılığın oluşmasında, araştırmaların yapıldığı bölgeler arasındaki kültürel farklılıkların etkili olduğu düşünülebilir. Angermeyer ve ark.'nın[77] yaptıkları bir araştırma, kültürün şizofreni hastalarına yönelik halk tutumu üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir. Ülkemizde şizofreni hastalarının; tehlikeli, saldırgan ne yapacağı belli olmayan, suçlu, lanetlenmiş, çift kişilikli, bu hastalık ile cezalandırılmış ve şeytan tarafından ele geçirilmiş kişiler olarak etiketlendiklerine sıklıkla karşılaşılmaktadır.[10,11,12] Hastalığa yönelik bu geleneksel yargı ve inanışlar, hastaların kalıp yargıları farklı kültürlerde yapılan çalışmalara oranla daha fazla onaylamasında etkili olmuş olabilir. Ayrıca halka şizofreni hastalarına yönelik olumsuz inanışlarını azaltacak eğitim programlarının istenen düzeyde uygulanmaması ve hastalara toplumsal kalıp yargılara karşı baş etmelerini sağlayacak yaklaşımlar konusunda yeterli eğitimlerin verilmemesi gibi sorunlarında bu farklılığın oluşmasında etkili olduğu düşünülebilir. [10,73,74]

Araştırmada RHİDÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamaları arasında en düşük puanın damgalanmaya karşı direnç alt boyutuna ait olduğu saptandı (Tablo 4.2). Ülkemizde şizofreni hastalarıyla yapılan farklı araştırmalarda, RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt boyut puan ortalamasının en düşük alt boyut puan ortalaması olduğu bildirilmiştir.[69,70,72] Ancak uluslararası araştırmalar incelendiğinde, damgalanmaya karşı direnç puan ortalamasının bu araştırma bulgularına kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.[76,78] Bu durum Türkiye'de yaşayan şizofreni hastalarının damgalanmaya karşı direnç göstermekte zorluklar yaşadıklarını düşündürmektedir. Türkiye'de damgalanmayla mücadele programlarının yeterince yaygınlaştırılmaması,

hastalıkla baş etmeye yönelik psikoeğitimlerin istenen düzeyde sürdürülmemesi, ülke medyasında psikiyatrik hastalıklar ve hastalarla ilgili negatif fikirlerin vurgulanması, psikiyatri hastalarının bakımına yönelik uzmanlaşmış sağlık çalışanı sayısının standartların oldukça gerisinde olması, ülkemizde psikiyatri hastalarının haklarını koruyacak ve imkanlardan eşit yararlanmalarını sağlayacak bir ruh sağlığı yasasının bulunmaması gibi faktörlerin hastaların damgalanmaya karşı direnç göstermelerini güçleştirdiği söylenebilir.[73,79-81]

Araştırmada hastaların Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması 50.36±11.91 olarak bulundu (Tablo 4.3). Bu sonuç şizofreni hastalarının umut düzeylerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir. Yıldırım[82] şizofreni hastalarıyla yaptığı araştırmada, hastaların orta düzeyde umutlu olduklarını belirtmiştir. Bu sonuç araştırma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada, Herth Umut Ölçeği'nin alt boyutlarının puan ortalamaları yüksekten düşüğe doğru; "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler", "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" ve "gelecek" olarak bulundu (Tablo 4.3). Yıldırım'ın[82] araştırmasında, hastaların Herth Umut Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde yüksekten düşüğe doğru; "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler", "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" ve "gelecek" şeklinde olduğu görülmüştür. Bu sonuç, araştırmadan elde edilen bulgularla örtüşmektedir.

Araştırmada Herth Umut Ölçeği'nin alt boyut puan ortalamaları arasında en yüksek puanın kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyutuna ait olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Bu araştırmaya katılan hastaların büyük bir kısmı aileleriyle beraber yaşamaktadır (Tablo 4.1). Hastaların aileleriyle beraber yaşaması, umutlarının yüksek olmadığı durumlarda bile, çevreleriyle ilişkilerini sürdürmek zorunda kalmalarına sebep olabilir.

Araştırmada gelecek alt boyut puan ortalamasının, Herth Umut Ölçeği'nin en düşük puana sahip alt boyutu olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Umut, geleceğe yönelik planlar yapma ve olumlu beklentilere sahip olmak olarak tanımlanmaktadır.[19(s.189-191),52] Bu araştırmada gelecek alt boyutunun madde içeriği incelendiğinde; geleceğe dair olumlu olma, planlar yapma ve hedefler belirleme gibi umudun tanımıyla örtüşen maddelerin yer aldığı görülmektedir. Bu durum hastaların geleceklerine dair düşünceleri üzerinde umudun önemli bir etkisi olduğunu düşündürmektedir. Araştırmada umut ölçeği gelecek alt boyut puan ortalamasının düşük bulunması, hastaların umutlarını azaltan nedenlerin, geleceğe dair düşüncelerini de olumsuz etkilemesinden kaynaklanabilir.

Araştırmada Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması ile RHİDÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Bu sonuç şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça umut düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Mashiach-Eizenberg ve ark.'nın[18] ruhsal hastalığı olan 197 birey ile yaptıkları araştırmada, yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşayan hastaların; umut, özsaygı ve yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hofer ve ark.'nın[17] Japonya ve Avusturya'da yaşayan şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir kültürel karşılaştırma çalışmasında, her iki kültürde de yüksek içselleştirilmiş damgalanma yaşayan hastaların umutsuz oldukları bildirilmiştir. Araştırmalardan elde edilen bulgular, bu araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

RHİDÖ'nin yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.4). Yabancılaşma; kişinin kendisine, içinde yaşadığı topluma, doğaya ve başka insanlara karşı yabancılık hissi duyması ve normalden sapmalar göstermesi

durumudur.[83] Yabancılaşmanın temelinde, bireyin yaratıcılık ve üretkenliğinin bastırılması yer almaktadır.[84] Bu nedenden dolayı yabancılaşma yaşayan hastaların, geleceğe ilişkin heyecan duyma, plan yapma ve motive olma yönlerinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

RHİDÖ'nin yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4). Şizofreni hastalarının kendilerine ve topluma yabancılaşmaları, hayatın değeri ve yaşama isteği konularında hastaların negatif değerlendirmeler yapmalarına neden olabilir ve böylece hastaların yaşamsal olaylara karşı hazır olmalarını güçleştirebilir.

RHİDÖ'nin yabancılaşma alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4). Yabancılaşma, depresyon ve intihara eğilimi artırmaktadır.[85] Bu nedenle yabancılaşma yaşamanın, şizofreni hastalarının yaşama ilişkin umutlarının azalmasında etkili olduğu söylenebilir.

RHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). RHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt boyutu, ruhsal hastalığı olan bireyler evlenemez, iyi bir hayat sürdüremez, saldırgan olmaya eğilim gösterir, kendisiyle ilgili kararlar alamaz ve topluma katkı sağlayamaz gibi maddeleri içermektedir. Bu kalıp yargıların içselleştirilmesi, hastaların geleceklerine yönelik karamsar bir bakış açısı geliştirmeleri sonucunu doğurabilir.

RHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Kalıp yargılar hastalıklarla ilgili değiştirilemeyen sabit ve olumsuz

inanışlardır. Toplumda şizofreni hastalarıyla ilgili pek çok olumsuz inanış bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, hastaların toplum tarafından; saldırgan, tehlikeli, ne yapacağı belli olmayan, kendi adına karar veremeyen ve güvenilmez kişiler olarak algılandıklarını ortaya koymaktadır.[7,11] Psikiyatri hastalarının bu kalıp yargıları onaylamaları depresyon oranında artma, öz saygıda ise azalmaya neden olmaktadır.[86] Düşük benlik saygılı ve depresif belirtiler gösteren kişilerde umutsuzluk sık karşılaşılan bir sorundur.[18,87] Bu nedenle kalıp yargıların onaylanmasının, hastaların umutsuzluk yaşamalarında etkili olduğu söylenebilir.

RHİDÖ'nin algılanan ayrımcılık alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.4). Bu sonuç doğrultusunda şizofreni hastalarının algıladıkları ayrımcılık düzeyi arttıkça, gelecekleriyle ilgili olumlu beklentilerinin azaldığı söylenebilir. Yapılan çalışmalar, halk arasında şizofreni hastalarıyla ilgili evlenemez, iş sahibi olamaz, ev kiralayamaz, eğitimini sürdüremez gibi yanlış kanaatlerin yaygın olduğunu göstermektedir. Şizofreni hastaları çoğu zaman bu olumsuz inanışlar nedeniyle evlenme, barınma, iş ve eğitim gibi konularda mevzuatın kendilerine sunduğu haklara ulaşmakta eşit fırsatlara sahip olmamaktadır.[8,9(s.113),12] Bu ayrımcı yaklaşımları kabullenmek, hastaların gelecekleriyle ilgili planlar yapmalarını ve olumlu düşünceler geliştirmelerini olumsuz etkileyebilir.

RHİDÖ'nin algılanan ayrımcılık alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.4). Bu durum mevzuatın kendilerine sunduğu haklardan maruz bırakıldığını algılayan şizofreni hastalarının, hayata karşı hazır bir duruş sergilemekte zorluklar yaşamalarından kaynaklanabilir.

RHİDÖ'nin algılanan ayrımcılık alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4). Ayrımcılığa maruz kalmak hastaların temel kişisel haklardan yararlanmalarını olumsuz etkilediğinden, hastaların yaşamlarıyla ilgili karamsar düşünceler geliştirmelerine ve umutlarının azalmasına sebep olabilir.

RHİDÖ'nin sosyal geri çekilme alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Bu araştırma bulgusu, çevreyle iletişimini azaltan ve çoğunlukla yalnız olmayı tercih eden hastaların, gelecekleri konusunda olumsuz düşüncelere sahip olduklarını düşündürmektedir. Şizofreni hastalarının çevresel ilişkilerinin azalması ve yalnızlaşmalarının oluşturduğu negatif duygular, hastaların gelecekleriyle ilgili olumlu düşüncelerden uzaklaşmalarına sebep olabilir.

RHİDÖ sosyal geri çekilme alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.4). Toplumdan uzaklaşan şizofreni hastalarının, hastalığın neden olduğu bireysel ve toplumsal sorunlara karşı sosyal desteklerden yararlanamadıkları için baş etme oranları azalabilmektedir.[88] Bu durum hastaların yaşamsal olaylara karşı kendilerini mücadeleye hazır hissetme ve iyi düşünme yönlerinin zarar görmesi sonucunu ortaya çıkarabilir.

RHİDÖ'nin sosyal geri çekilme alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4.4). Sosyal geri çekilme yaşayan hastalar, toplumdaki diğer bireylerden uzaklaşmaları sonucu yalnızlaşabilirler. Bu toplumdan uzaklaşma ve yalnızlaşma durumunun doğal bir sonucu olarak, hastaların kişisel ve çevresel ilişkilerinin azaldığı söylenebilir.

RHİDÖ sosyal geri çekilme alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Bu bulguya göre sosyal ilişkilerden kaçınan hastaların, umut düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Yanos ve ark.'nın[88] yaptıkları bir araştırmada; sosyal etkileşimlerin, şizofreni hastalarının umut ve öz saygı düzeyini artırdığı ve tedavi sürecinde dikkate alınması gereken önemli faktörlerden birisi olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4). Damgalanmaya karşı direnç göstermek, damgalanmanın olumsuz etkileriyle mücadele etmeyi ve bu etkiler olmadan yaşamı sürdürmeyi ifade etmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma depresyonda artma, benlik saygısı ve yaşam kalitesinde azalma gibi olumsuz durumlara yol açmaktadır. Sibitz ve ark.'nın[78] yaptıkları bir araştırmada, damgalanmaya karşı direnç gösteren şizofreni hastalarının, depresyon düzeyinde azalma, yaşam kalitesinde ve benlik saygısında ise artış olduğu tespit edilmiştir.[18,21,70,72] Damgalanmaya karşı direnç gösterebilen hastaların, içselleştirilmiş damgalanmanın neden olduğu olumsuz etkileri daha az yaşamalarına bağlı olarak, geleceklerine daha umutla baktıkları düşünülebilir.

RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Tablo 4.4). Damgalanmaya karşı koyabilen şizofreni hastaları damgalanmanın olumsuz etkileri olmadan yaşamlarını devam ettirmeleri sonucu, hastalar yaşam karşısında kendilerini daha hazır ve olumlu beklentiler içerisinde hissedebilir.

RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt boyutu ile Herth Umut Ölçeği'nin

kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişki alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.4). Damgalanmaya karşı direnç gösteren şizofreni hastaları, çevreleriyle daha güçlü ve sağlıklı ilişkiler kurabilir. Toplumsal damgalanmaya karşı koyabilen ve içselleştirmeyen hastaların, toplumla bütünleşmeleri kolaylaştığı için çevreleriyle ilişkilerini daha iyi sürdürdükleri söylenebilir.

RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.4). Bu sonuç umutlu olan hastaların damgalanmaya karşı daha iyi direnç gösterdiklerini ortaya koyarak, umudun hastalığa bağlı problemlere karşı koyulmasında önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. İçselleştirilmiş damgalanma umutsuzluğa neden olurken, umutsuzluk ise damgalanmayla mücadeleyi güçleştirmektedir. Bir başka deyişle, bu iki kavram birbiri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma bulgusu, içselleştirilmiş damgalanmayla mücadelede umudun artırılmasına yönelik girişimlerin önemini vurgulamaktadır.

RHİDÖ'nin toplam puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin gelecek alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4.4). İçselleştirilmiş damgalanma yaşayan hastalar yaygın olarak kendilerini topluma yabancı, dışlanmış, yalnız ve değersiz kişiler olarak algılamaktadır.[15,16,64] Damgalanmanın oluşturduğu bu fikirler, hastaların geleceğe dair planlar yapmasına ve olumlu düşünmesine engel olabilir.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda; şizofreni hastalarının damgalanmayı içselleştirmelerine neden olan faktörlerin belirlenmesi ve engellenmeye yönelik girişimlerin uygulanması, damgalanmanın önüne geçerek, hastaların yaşama dair umutlarını artıracağı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların RHİDÖ toplam puanının yüksek düzeyde olduğu belirlendi.
- Hastaların Herth Umut Ölçeği toplam puanının orta düzeyde olduğu saptandı.
- RHİDÖ'nin "yabancılaşma" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" ve "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi.
- RHİDÖ'nin "kalıp yargıların onaylanması" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.
- RHİDÖ'nin "algılanan ayrımcılık" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" ve "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.
- RHİDÖ'nin "sosyal geri çekilme" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek", "olumlu hazır oluşluk ve beklenti" ve "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.
- RHİDÖ'nin "damgalanmaya karşı direnç" alt boyut puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek", "olumlu hazır oluşluk ve beklenti", "kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler" alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

- RHİDÖ'nin toplam puan ortalaması ile Herth Umut Ölçeği'nin "gelecek" alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlendi.
- Hastaların Herth Umut Ölçeği ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.

Araştırmadan elde edinilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- İçselleştirilmiş damgalanmaya neden olan faktörler belirlenerek, azaltmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi sağlanabilir.
- Şizofreni hastalarına, damgalanmaya karşı direnç göstermelerini sağlayacak baş etme yaklaşımları konusunda eğitimler verilebilir.
- Hastalara, damgalanmayı içselleştirmelerini önlemek ve toplumsal yaşama uyum sağlamalarını kolaylaştırmak amacıyla sosyalleşme programları düzenlenebilir.
- Toplumun hastalığa yönelik yanlış tutum ve inanışlarını ortadan kaldırmak amacıyla halka şizofreni konusunda yapılandırılmış eğitim programları düzenlenebilir.
- Sağlık personellerine, şizofreni hastalarına karşı doğru tutum ve yaklaşımı sergilemeleri için eğitimler verilebilir.
- Hastaların umutsuz olmalarına yol açan nedenler belirlenerek, hastalara yaşama daha olumlu bakabilmeleri için umut aşılama programları ve psikolojik danışma hizmetleri verilebilir.

KAYNAKLAR

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

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

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

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

5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari A J, Erskine HE, Burstein R. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 2013, 382:1575-1586.

6. Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jäger M. Psychopathological long-term outcome of schizophrenia–a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013, 127:173-182.

7. Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 2014, 220:604-608.

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

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

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

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

12. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2001, 12:99-110.

13. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:214-231.

14. Sarıkoç G. Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.

15. 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.

16. 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.

17. 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

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

19. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık Basımevi, 2010.

20. Littrell KH, Herth KA, Hinte LE. The experience of hope in adults with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 19:61-65.

21. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozencwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research*, 2009, 167:231-238.

22. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 2012, 49:1512-1520.

23. Miller G, Happell B. Talking about hope: The use of participant photography. *Issues in Mental Health Nursing*, 2006, 27:1051-1065.

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

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

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

27. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluk. İçinde: Çam O, Engin E (editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.

28. 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.

29. Gejman PV, Sanders AR, Duan J. The role of genetics in the etiology of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010, 33:35-66.

30. Goldstein JM, Buka SL, Seidman LJ, Tsuang MT. Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. *Archives of General Psychiatry*, 2010, 67:458-467.

31. Delisi LE. The concept of progressive brain change in schizophrenia: İmplications for understanding schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, 34:312-321.

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

33. Matheson SL, Shepherd AM, Laurens KR, Carr VJ. A systematic meta-review grading the evidence for non-genetic risk factors and putative antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2011, 133:133-142.

34. Brown AS. Exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia. *Front Psychiatry*, 2011, 2:1-5.

35. Messias EL, Chen CY, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 2007, 30:323-338.

36. Girard C, Simard M. Clinical characterization of late-and very late-onset first psychotic episode in psychiatric inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2008, 16:478-487.

37. Remschmidt H, Theisen FM. Schizophrenia and related disorders in children and adolescents. *In Neurodevelopmental Disorders*, 2005, 69:121-141.

38. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 2008, 30:67-76.

39. Reininghaus U, Dutta R, Dazzan P, Doody GA, Fearon P, Lappin J, Kirkbride JB. Mortality in schizophrenia and other psychoses: A 10-year follow-up of the æsop first-episode cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 2015, 41:664-673.

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

41. Kane J. Progress defined-short-term efficacy, long-term effectiveness. *International Clinical Psychopharmacology*, 2001, 16:1-8.

42. Casey DE. Long-term treatment goals: Enhancing healthy outcomes. *Central Nervous System Spectrums*, 2003, 8:26-28.

43. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment for schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:163-175.

44. Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12:415-422.

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

46. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passetti F, Serfaty M. The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, 190:248-254.

47. Assefa D, Shibre T, Asher L, Assefa AF. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility based study. *Biomed Central Psychiatry*, 2012, 12:1-10.

48. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC. Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions and recommendations for nursing. *Archieves of Psychiatric Nursing*, 2009, 23:32-40.

49. Happell B. Mental health nursing: challenging stigma and discrimination towards people experiencing a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2005, 14:1-1.

50. Stuart H, Koller M, Christie R, Pietrus M. Reducing mental health stigma: a case study. *Healthcare Quarterly*, 2011, 14:40-49.

51. Cobigo V, Stuart H. Social inclusion and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 2010, 23:453-457.

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

53. Snyder CR, Rand KL, Sigmon DR. Hope theory: A member of the positive psychology family. In: Snyder CR, Lopez SJ (eds). *Handbook of Positive Psychology*, 1nd ed. New York, Oxford University Press, 2002:257-276.

54. Youssef CM, Luthans F. Positive organizational behavior in the workplace the impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management*, 2007, 33:774-800.

55. Chu-Hui-Lin Chi G. The role of hope in patients with cancer. *In Oncology Nursing Forum*, 2007, 34:415-424.

56. Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2002, 38:61-68.

57. Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman ME. Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2005, 1:629-651.

58. 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.

59. McCann TV. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing*, 2002, 20:81-99.

60. Lysaker PH, Clements CA, Wright DE, Evans J, Marks KA. Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001, 189:457-462.

61. Lysaker PH, Wright DE, Clements CA, Plascak-Hallberg CD. Neurocognitive and psychosocial correlates of hostility among persons in a post-acute phase of schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43:319-324.

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

63. Karaosmanoğlu AH. Teori ve Araştırma. İçinde: *İyi Hissetmek-Yeni Duygudurum Tedavisi*, Karaosmanoğlu AH, (Çeviri editörü). Feeling Good- The New Mood Therapy, Burns DD. 20. Baskı, İstanbul, Piskonet Yayınları, 2015:29-51.

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

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

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

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

68. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 2010, 122:232-238.

69. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of ınternalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015, 29:297-301.

70. Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The effect of ınternalized stigma on the self esteem in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016, İn Press.

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

72. Karaağaç ÖE. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan: Erzincan Üniversitesi, 2015.

73. Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2014, 48:198-207.

74. Tel H, Pınar ŞE. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012, 3:61-66.

75. Coşkun S, Caymaz NG. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012, 3:121-128.

76. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebowale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 2014, 60:377-386.

77. Angermeyer MC, Buyantugs L, Kenzine, DV, Matschinger H. Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, 109:420-425.

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

79. Kızıltoprak S. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

80. Türkiye Psikiyatri Derneği. İstemimiz: ruh sağlığı yasası; herkes için, yaygın, ulaşılabilir ruh sağlığı hizmeti. http://www.psikiyatri.org.tr/presses.-aspx?press=275&type=24 10.Mayıs.2016.

81. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). http://wwwsaglik.gov.tr/TR/dosya/173168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf 10.Mayıs.2016.

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

83. Göka E. Kendine yabancılaşmış bir kavram: Yabancılaşma http://www.aktuelpsikoloji.com/kendine-yabancilasmis-bir-kavram-yabancilas-ma-1294yy.htm 11.Mayıs.2016.

84. Akyıldız H. Bireysel ve toplumsal boyutlarıyla yabancılaşma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1998, 3:163-176.

85. Lee E. Construction of a structural model about male and female adolescents' alienation, depression, and suicidal thoughts. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2007, 37:576-585.

86. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 2004, 129:257-265.

87. Han KS, Park YH, Im HS, Ju, GY, Bae MH, Kang HC. Hope, depression and suicidal ideation in chronic mental illness patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 19:205-211.

88. 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.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Zeynep OLÇUN
Doğum tarihi:	06.08.1991
Doğum Yeri:	Erzurum
Medeni Hali:	Bekar
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel:	0442 236 23 15
Faks:	
E-mail:	zeynep.olcun@atauni.edu.tr
Eğitim	
Lise:	Nenehatun Kız Anadolu Lisesi (2009)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2009-2013)
Yüksek Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-2016)
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	Orta derecede (YDS 78.76, Eylül 2014)
Almanca:	
Rusça:	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Hemşireler Derneği	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz:
(1)Kadın (2)Erkek

2) Yaşınız : …….

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

4) Eğitim durumunuz:
(1)Okuryazar değil (2)Okuryazar (3)İlköğretim mezunu (4)Lise mezunu (5)Üniversite mezunu

5) Halen yaşadığınız yer:
(1)Şehir
(2)İlçe-Kasaba
(3)Köy

6) Kiminle yaşıyorsunuz?
(1)Aile
(2)Yalnız
(3)Arkadaş
(4)Diğer

7) İş durumunuz nedir?
(1)İşsiz (2)Çalışıyor

8) Toplam aylık geliriniz:
(1)400 TL' altı
(2)400-1000 TL
(3)1000-2500 TL
(4)2500 TL üstü

9) Ruhsal hastalığınız nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kaldınız mı?
(1)Evet (2)Hayır

10) İlk hastalanma tarihiniz……..……

11) Birinci derece akrabalarınız da şizofreni hastalığı var mı?
(1)Evet (2)Hayır

EK-3. RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

Bu testte sık sık geçen "ruhsal hastalık" terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer
"Kesinlikle aynı fikirde değilim" diyorsanız (1) rakamını;
"Aynı fikirde değilim" diyorsanız (2) rakamını;
"Aynı fikirdeyim" diyorsanız (3) rakamını;
"Kesinlikle aynı fikirdeyim" diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak
Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

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

24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.				
26	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

EK-4. HERTH UMUT ÖLÇEĞİ

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

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

EK-5. ETİK KURUL SONUÇ FORMU

Sağlık Bilimleri Fakültesi

ETİK KURUL SONUÇ FORMU

Sayı:5 **Tarih**:13.07.2015

Araştırmanın Adı: "Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Umut Arasındaki İlişki "

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

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 13.07.2015 tarihinde yapılan toplantısında "Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Umut Arasındaki İlişki " konulu Yrd.Doç.Dr.Özlem ŞAHİN ALTUN ve Arş.Gör. Zeynep OLÇUN un çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-6. HASTANE İZİN BELGELERİ

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

Sayı : 98003106-605/ 15039 30 Eylül 2015
Konu: Araştırma İzni

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Personel Daire Başkanlığına)
ERZURUM

İlgi :04/09/2015 tarihli ve 16710634-04-500.04.01-E.1500056580 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde gönderilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Zeynep OLÇUN'un "Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Umut Arasındaki İlişki" konulu çalışmasını sonuçların Kurumumuzla paylaşılması şartıyla, Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmeleri tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Remzi ARSLAN
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Hüseyin Avni Ulaş mah. 1.cad No:6 Yıldızkent Palandöken / Erzurum
Telefon: (0442) 3434380 – Bilgi için: 158
Fax: (0442) 3434397
Ayrıntılı bilgi için İrtibat Dr. Şahin YAZICI: 124

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 45361945 -000-E.1500057662 07.09.2015
Konu : Araştırma İzni

PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 04.09.2015 tarihli ve 16710634-04-500.04.01-E.1500056580 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencilerinden Zeynep OLÇUN'nun "Şizofreni Hastalarında İçsellendirilmiş Damgalama ve Umut Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını hastanemiz Psikiyatri polikliniğinde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Prof.Dr. Habib BİLEN
Başhekim V.

Ataturk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü 25040
Yakutiye/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi

Bilgi: Veli KARKUŞ
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
www.atauni.edu.tr adresinden doğrulama yapabilirsiniz. Doğrulama Kodu=0FCD508

EK-7. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Zeynep OLÇUN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

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

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 14.06.2016 ve ..... sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Yrd. Doç. Dr. Özlem Şahin ALTUN, Doç. Dr. Ayşe OKANLI ve Yrd. Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Umut Arasındaki İlişki başlıklı **yüksek lisans tezini** incelemiş ve adayı 30.06.2016 tarihinde, saat 10 00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE,**

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ... **ay ek süre** verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE,**

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE,**

☒ ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının ...Şizofreni hastalarının İçselleştirilmiş damgalanma ve umut düzeyleri arasındaki İlişki... olarak düzenlenmesine,

☒ **OY BİRLİĞİ** ☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

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