ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİ İLE YAŞAM NİTELİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep GÜNGÖR
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Yüksek Lisans Tezi-2022

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİ İLE YAŞAM NİTELİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zeynep GÜNGÖR

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

ERZURUM
2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**

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. Şizofreni Epidemiyolojisi 5

2.1.4. Şizofreni Etiyolojisi 6

2.1.5. Şizofreni Belirtileri 7

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış 8

2.1.7. Şizofrenide Tedavi 10

2.1.8. Şizofreni Tedavisinde Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolleri 11

2.2.Şizofreni ve İçgörü 11

2.3.Şizofreni ve Yaşam Niteliği 13

2.4. İçgörü ve Yaşam Niteliğini Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolleri 15

3.MATERYAL VE METOT **18**

3.1.Araştırmanın Türü 18

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri 18
3.5. Veri Toplama Araçları 19
3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi 20
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri 21
3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği 21
4. BULGULAR 22
5. TARTIŞMA 25
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 31
KAYNAKÇA 33
EKLER 41
EK-1. ÖZGEÇMİŞ 41
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU 42
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU 43
EK-4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 44
EK-5. BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ 45
EK-6. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ 46
EK-7. KURUM UYGULAMA İZİN BELGESİ 47
EK-8. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ 48
EK-9. TEZ ADI /KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU 49

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu araştırmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu araştırmayı 2021-9202 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne, tez savunma sınavıma katılarak beni onurlandıran ve değerli önerileri ile tezime katkıda bulunan saygı değer hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ' a ve Dr. Öğr. Üyesi Nurgül KARAKURT' a, araştırmanın uygulanabilmesi için destek veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına, araştırmaya katılan hastalara, araştırmalarım sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen Göz-Cildiye ve Kbb servisindeki çalışma arkadaşlarıma, tez çalışma sürecim boyunca her zaman yanımda bulunan lisans ve yüksek lisans dönem arkadaşlarıma, yoğun eğitim dönemim boyunca sabır ve sevgiyle beni destekleyen, varlıklarıyla güç bulduğum aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Zeynep GÜNGÖR

ÖZET

Şizofreni Hastalarının İçgörüleri İle Yaşam Nitelikleri Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, şizofreni tanısı almış bireylerdeki içgörünün yaşam niteliğiyle arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırma verileri, Şubat – Temmuz 2021 tarihleri arasında Rize İl Merkezi'nde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)' de toplandı. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında TRSM'ne başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma 148 hastayla tamamlandı. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ''Sosyodemografik Veri Formu'', '' Brichwood İçgörü Ölçeği'' ve '' Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'' olmak üzere 3 form kullanıldı. Veriler SPSS 22 (Statistical Program for Social Sciences) kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde; verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi ve ölçeklerin güvenirlik katsayıların hesaplanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanıldı.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre hastaların Brichwood İçgörü Ölçeği (BİÖ) toplam puan ortalaması 4.16±1.63 olarak belirlendi. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHYNÖ) toplam puan ortalaması 76.93±14.84 olarak bulundu. Hastaların BİÖ alt boyutları ile ŞHYNÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; BİÖ belirtilerin farkında olma, hastalığın farkında olma alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile ŞHYNÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi. ŞHYNÖ mesleki rol, günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutları ile BİÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi ($p<0.05$)

Sonuç: Hastaların içgörülerinin düşük düzeyde, yaşam niteliklerinin ise yüksek düzeyde olduğu saptandı. Şizofreni hastalarının içgörü puan ortalamaları ile yaşam niteliği puan ortalaması arasında ilişki olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, içgörü, şizofreni, yaşam niteliği

ABSTRACT

The Relationship between Insights of Patients with Schizophrenia and Their Quality of Life

Aim: The study was conducted to determine the relationship between the quality of life and insight levels of patients diagnosed with schizophrenia**.**

Materials and Methods: The data of this descriptive and correlational study were collected at the Community Mental Health Center in the city center of Rize between February 2021 and July 2021. The study population consisted of all patients who presented to the Community Mental Health Center between the specified dates, who were diagnosed with schizophrenia according to the DSM-V diagnostic criteria and who met the inclusion criteria of the study. No sampling method was implemented. The study was completed with 148 patients. The three tools used to collect the data were the "Sociodemographic Data Form", "Birchwood Insight Scale (BIS)", and "Quality of Life Scale for Schizophrenic Patients (QLSS)" prepared by the researcher. Data were analyzed using the SPSS 22 (Statistical Program for Social Sciences). In the analysis of the data, the Shapiro-Wilk test was used to determine whether the data were normally distributed. In the analysis of the data, numbers, arithmetic mean, percentile distributions, and standard deviation were used. While Pearson's correlation analysis was used to determine the relationship between the scales, the Cronbach's alpha coefficient was used to calculate the reliability coefficients of the scales.

Results: According to the study findings, the mean scores the patients obtained from the overall Birchwood Insight Scale and the Quality of Life Scale for Schizophrenic patients were 4.16±1.63 and 76.93±14.84 respectively. According to the analysis of the relationship between the sub-dimensions of the BIS and the sub-dimensions of the QLSS, there was a negative and weak correlation between the mean scores obtained from the overall BIS and its Being Aware of the Symptoms and Being Aware of the Disease sub-dimensions and the mean scores obtained from the overall QLSS and its Interpersonal Relationships sub-dimension. There was a negative, significant and weak correlation between the mean score for the overall BIS and the mean scores for the Occupational Role, Daily Use of Belongings and Activities sub-dimensions of the QLSS ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that the patients had a low level of insight and a high level of quality of life. A relationship was determined between the mean scores the participants obtained from the BIS and the mean scores they obtained from the QLSS.

Keywords: Nursing, insight, schizophrenia, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BİÖ	**:**	Brichwood İçgörü Ölçeği
DSM-5	**:**	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatksel El Kitabı
DSÖ	**:**	Dünya Sağlık Örgütü
ŞHYNÖ	**:**	Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği
TRSM	**:**	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı 22

Tablo 4.2. Hastaların BİÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı 23

Tablo 4.3. Hastaların ŞHYNÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.. 23

Tablo 4.4. Hastaların BİÖ ve ŞHYNÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki..... 24

1.GİRİŞ

Şizofreni düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden, genç yaşta ortaya çıkan kronik bir hastalıktır.[1] Tüm dünyada, çeşitli sosyoekonomik sınıflarda görülebilen ileri derecede yeti yitimi ile seyreden bir ruh sağlığı sorunudur.[2, 3] Var olan epidemiyolojik çalışmaların verilerine bakıldığında, Avrupa'da, şizofreni hastalığının prevelansı yaklaşık %0.6-%0.8 olarak belirlenmiştir.[4] Türkiye'de ise şizofrenin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8.9 olduğu bildirilmiştir.[5]

Hastalığın ortaya çıktığı yaş dönemi, erkekler için 18-25, kadınlar için 25-35 arasında olmaktadır.[6, 7] Belirtileri, gidişi ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişkenlik göstermektedir. Hastalık her zaman ağırdır ve tedavi gerektirir.[8] Şizofreni tedavisin temel taşı psikotrop ilaçların kullanımıdır.[6] Tedavi için kullanılan ilaçlar aktif hastalık belirtilerini önlemeye yöneliktir.[6, 7] Son zamanlarda tedavide psikofarmakoterapilere ek olarak, kişiselleşmiş terapiler, psikososyal müdahaleler ve eğitim programları yer almaktadır.[6] Şizofreni tedavisinde hastaların tedaviye katılımındaki önemli olan hususlardan bir tanesi de hastaların içgörü sahibi olmasıdır.[9] Ülkemizde Gökdam'ın[10] şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada; şizofreni tanısı almış hastaların içgörü düzeyleri ile tedaviye uyumları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir.

Bireylerin hastalığına, hastalıkla birlikte ortaya çıkan belirti ve bulgularına, tedavi ihtiyacının varlığına farkında olması hali içgörü kavramıyla açıklanmaktadır.[2, 11] David[12] tarafından Aubrey Lewis'in içgörüyü 'kişinin kendindeki morbid değişimlere karşı doğru bir tutum geliştirmesi ve hastalığın zihinsel olduğunu idrak etmesi' olarak tanımladığı aktarılmaktadır.[11, 13] Şizofreni hastalarında hastanın, sadece hastalığa değil aynı zamanda hastalığın beraberinde getirdiği semptomlara, tedavi ihtiyacının varlığına ve hastalıktan dolayı uğranan sosyal kayıpların farkında olması durumuna içgörü denir.[2, 14, 15] Dankı ve

ark.[14] şizofreni hastalarının % 50-80'inin düşük içgörü düzeyine sahip olduklarını belirtmiştir.[14] Aslan ve ark.[2] içgörü azlığının şizofreni hastalarının çoğunda görülen yaygın bir sorun olduğuna dikkat çekmektedir. Yapılan çalışmada düşük içgörü; psikososyal işlev bozukluğu, kötü yaşam niteliği, tedaviye uyum güçlüğü ve saldırganlık ile ilişkilendirilmektedir.[13]

Şizofreni hastaları hastalığın yol açtığı; bilişsel ve psikososyal bozulma, yeti yitimi, sık ve uzun süreli hastane yatışları, antipsikotik ilaçların yan etkileri, ekonomik güçlükler ve damgalanma gibi nedenlerden[16] dolayı sosyal rollerini yerine getirmekte zorlanmakta, sosyal etkileşim gerektiğinde kendi gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekmekte, sosyal kayıplar yaşamakta ve dolaylı olarak hastaların yaşam niteliği azalmaktadır.[17]

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)[18] yaşam niteliğini, "Bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve endişelerinden oluşan yaşamdaki durumunu içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri içerisinde algılayış biçimi" olarak tanımlamıştır.[18, 19]

Hastanın günlük yaşam aktiviteleri, kişilerarası ilişkileri, başarıları ve kendini iyi hissetme duygusu yaşam niteliğini oluşturmaktadır.[20, 21] Yaşam niteliği bireyin günlük yaşamını ve fonksiyonlarını yerine getirmesini temel almaktadır.[22] Yaşam niteliği düşük olan hastalarda sosyal izolasyon, depresif belirtilerde ve anksiyetede artma, tedaviye uyumda azalma ve etkisiz baş etme gibi pek çok sorunun yaygın görüldüğü bildirilmektedir.[22] Bu nedenle şizofreni tedavisindeki temel amaçlardan birisi hastaların yaşam niteliğini artırmaktır.[17]

Gökdam'ın[10] yaptığı çalışma sonusunda şizofreni hastalarının bir kısmı için öz iradesiyle değil, ailesi ve çevresinden gelen destek ile tedaviye ihtiyaçları olduğunu düşündüğünü bildirmektedir.

Şizofreni tanılı hastaların diğer bir kısmı ise belirtileri fark edip bu durumdan rahatsız olmakta ve tedaviye ihtiyacı olduğunu kabul etmektedir.[17] Fakat ruhsal bir hastalık olduğunu kabul etmeyip belirtileri başka bir nedene de bağlayabilmektedirler.[10, 17] Bu nedenle şizofreni tedavisinde, içgörü ve yaşam niteliği dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir.[23]

Psikiyatri hemşiresi, hastayı fiziksel ve psikolojik yönden bir bütün olarak ele alıp, hastaya gerekli bakımı veren ve tedavinin seyrini olumlu yönde etkileyen sağlık profesyonelidir.[23] Hastayla sürekli temas halinde olan psikiyatri hemşireleri, şizofreni tanısı almış bireylerin tedavilerini düzenlenmesürecinde; hastaların hastalığın farkına varması, hastalıkla baş etmesi ve iyilik hali sürelerinin arttırılması, hasta ve yakınlarının yaşam niteliğinin artmasında mesleki yetenek ve donanımlarını kullanarak uygun girişimlerde bulunmaktadır.[23, 24]

Şizofreni hastalarının içgörü düzeylerinin yaşam niteliklerini etkilediği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, şizofreni tanısı almış bireylerde içgörü ve yaşam niteliği arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmaların sınırlı olduğu söylenebilir. Bu araştırma sonuçlarıyla birlikte; şizofreni hastalarında içgörü düzeyinin belirlenmesi ile hastalığın tedavi seyrinin olumlu yönde değişeceği ve böylelikle hastaların yaşam niteliği düzeylerine de katkı sağlanacağı, aynı zamanda psikiyatri hemşirelerinin hastalara yapılan tedavi planlamalarında içgörü ve yaşam niteliğini arttırıcı yaklaşımlara yer vermesi gerektiği yönünde yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Araştırma; literatüre katkı sağlayacağı düşüncesi ile şizofreni tanısı almış bireylerin içgörü düzeyleri ile yaşam nitelikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1.Şizofreninin Tanımı

Şizofreni, orta ve genç yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıkan, herkes tarafından kabul görmüş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kişinin kendine özgü içe kapanım dünyasında yaşadığı düşünce, duygu ve davranışlarda bozukluklarla kendini gösteren, her toplumda görülebilen, kronik bir psikotik bozukluktur.[6, 7, 25]

2.1.2. Şizofrenide Tanı ve Sınıflandırma

Şizofreni, kişinin düşünce sürecinde, algılamasında, yargılama yetisinde bozukluklar yaşadığı; halüsinasyon, yanılsama ve anormal konuşma veya davranışlara neden olan kompleks ve karmaşık bir hastalıktır.[1, 6 , 26] Şizofrenide tanı koydurucu tek bir semptomun olmayışı, belirtilerin karmaşık olması hastalığın sınıflandırılması ve teşhisi sırasında güçlükler doğurmaktadır.[1] Bu yüzden tüm dünyada, DSM 5 ruhsal bozukluklara ilişkin tanı ve istatistik rehberinde[27] belirtilen, standardize edilmiş tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı koyulmaktadır.[7, 26]

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

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

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

B. Bozukluğun başlangıcından bu yana geçen sürenin önemli bir kısmında, iş, kişilerarası ilişkiler veya kişisel bakım gibi bir veya daha fazla temel alanda işlevsellik düzeyi hastalığın başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altındadır.

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

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

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

F. Otizm spektrum bozukluğu öyküsü veya iletişim bozukluğu öyküsü varsa şizofreni tanısı sadece diğer belirtilerle birlikte en az bir ay boyunca belirgin sanrılar veya halüsinasyonlar bulunması durumunda konulur. [27]

2.1.3. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni tüm dünyada ve her türlü sosyo ekonomik sınıflarda görülebilen bir hastalıktır.[1, 26] Bazı çalışmalarda toplumun sosyo ekonomik açıdan düzensizlik gösteren kısımlarında daha sık görüldüğüne dair göstergeler vardır.[1, 6] Epidemiyolojik çalışmaların verilerine bakıldığında, Avrupa'da, şizofreni hastalığının prevelansı yaklaşık %0.6-%0.8 olarak belirlenmiştir. [4] Türkiye'de ise şizofrenin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8.9 olduğu bildirilmiştir. [5] Şizofreni prevelansı her iki cinsiyette de aynı oranda görülmekle birlikte hastalığın gidişatı ve başlangıç yaşı arasında farklılıklar görülebilmektedir.[6, 26] Hastalık belirtileri erklerde kadınlara oranla daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır.[7] Hastalık erkeklerde 15-40, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında görülmeye başlamaktadır. [6, 7]

2.1.4. Şizofreni Etiyolojisi

Uzun yıllardır araştırmalara konu olan şizofreninin oluş nedenleri halen daha tam olarak bilinmemektedir.[1, 26] Şizofreni etiyolojisi için ortaya koyulan fikirler "organik" ve "psiko-sosyal" olmak üzere iki ana başlık altında toplanarak tartışılmakla birlikte son 20-30 yıldır şizofreni, giderek artan bir yaygınlık göstermektedir.[1, 6, 25]

Kesin nedeni bilinmeyen şizofreni hastalığının etiyolojisinde tek bir etmen rol oynamayıp, biyo-psiko-sosyal ve çevresel etmenlerin ortak etkileri sonucu stres yaratan bir pozisyonla karşılaşıldığında ortaya çıktığı kabul edilmektedir.[6, 26] Ve stres yaratan pozisyonunda bu etmenlerden biriyle ilgili olabileceği belirtilmektedir.[6, 25]

Şizofreni hastalığının etiyolojisi ilgili öne sürülen teoriler; nöroanatomik ve nörobiyolojik anormallikler, genetik faktörler ve diğer etmenler (enfeksiyon varlığı, stres etkenleri, sosyal sınıf düzeyi) ile ilişkili olduğudur.[7]

Şizofreni oluşumu için yapılan aile çalışmalarında, genetik yatkınlığın önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir.[7] Şizofreni görülme riski birinci derece akrabalarında diğer kişi ve gruplara göre %8 -10 kadardır.[7] Yapılan ikiz çalışmalarında ise, tek yumurta ikizleri arasında hastalığın görülme oranı çift yumurta ikizlerindeki görülme riskinden 4 kat, diğer insanlardaki görülme riskinden ise yaklaşık olarak 50 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir.[7]

Bağışıklık sistemindeki anormalliklerin şizofreni hastalığına neden olduğu öne sürülen teorilerdendir.[6] Gebelik sırasında geçirilen enfeksiyonların, çocukların ilerleyen yaşamlarında bu hastalıkla karşılaşma riskini arttırdığı belirtilmektedir.[6]

Şizofren tanısı almış hastaların beyin tomografisi ve manyetik rezonans gibi radyolojik tetkiklerin de beyin yapısında bazı bölgelerde değişiklikler saptanmıştır.[6] Yapılan bilimsel çalışmalarda beyin biyokimyasında beyinde haberci görevini üstlenen

(nörotransmitter) maddelerden olan dopaminin etkinlik artışının hastalığa neden olduğu bildirilmektedir.[6]

En son öne sürülen teoriye göre, şizofreninin biyoloji temelli bir hastalık olduğu, bu hastalığın başlangıcı ve gelişiminde çevredeki içsel ve dışsal faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir.[25]

2.1.5. Şizofreni Belirtileri

Şizoferinin belirtileri, ortaya çıkışı ve görülme şekli hastadan hastaya farklılık gösterebilmektedir.[6, 7, 26] Şizofreni bazı hastalarda aniden gelişebileceği gibi çoğu kez sinsice ortaya çıkmaktadır.[7] Hastalık belirtileri çoğunlukla ergenlikte ya da erken yetişkinlikte karşımıza çıkmaktadır.[25] Şizofreni de tüm hastalar da aynı belirti görülmediği gibi süreç içinde de bazı belirtiler ön plana çıkarken bazı belirtiler ise gerilemektedir.[7]

Literatürde şizofreni gelişim şekli dört kısımda incelenmektedir: Hastalık öncesi dönem (premorbid evre), ilk belirti, hastalığın başlangıç dönemi (prodromal evre), aktif psikotik dönem (şizofreni), rezidüel dönem (kalıntı).[25]

Premorbid dönemde, hastaların genellikle sessiz, sakin, çekingen ve içe dönük özelliklere sahip oldukları, çocukluk dönemlerinde arkadaş çevrelerinin az olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde şizofreni hastaları tipik şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri göstermektedir.[25]

Prodromal dönem, hastada hastalığa özgü (sanrı-halüsinasyon) belirtilerin görülmediği fakat önemli işlevsel bozuklukların yaşandığı evredir.[25] Bu dönemde; halsizlik, sosyal etkileşimlerden kaçınma, aşırı felsefik düşünme, dikkat dağınıklığı gibi problemlerle karşılaşılabilmektedir. Dönemin sonlarına doğru ise algısal anormallikler, referans fikirleri ve kuşkuculuk gibi pozitif belirtiler ortaya çıkabilmektedir ve bu belirtilerin hastalığın yakın habercisi olduğu ileri sürülmektedir.[25]

Aktif hastalık dönemi, şizofreni belirtilerinin ortaya çıktığı evredir.[25] Şizofrenin semptomları hastadan hastaya değişkenlik göstermektedir. Hatta bazı hastalarda premorbid ve prodromal evre belirtileri görülmeden de hastalık evresi belirtileri gözlemlenebilmektedir.[25] Bu dönem genel olarak şu şekilde gruplandırılarak incelenir:[6]

Pozitif belirtiler: Sağlıklı bireylerde görülmediği gibi hastalık sebebiyle ortaya çıkan duygu, düşünce ve normal işlevlerlerdeki sapmalar ve aşırılığı olarak kabul edilmektedir.[6, 25] Bu belirtiler arasında halüsinasyonlar, algı bozuklukları, dezorganize düşünceler ve ajitasyon yer almaktadır.[6] İlaç tedavisi gerektirmektedir.[7]

Negatif belirtiler: Sağlıklı bireylerin sahip oldukları normal psikolojik becerilerin kaybını veya azalmasını ifade etmektedir [6, 25] Şizofreni hastaların genelinde ilk olarak negatif belirtiler görülmekte ve düzenli olarak belirli bir seviyede devam etmektedir.[7] Bu belirtiler arasında; ilgisizlik, bir konu hakkında alınması gereken kararı kendiliğinden verememe, zevk alamama, isteksizlik, toplumdan uzaklaşma ve sosyal etkileşim kuramama yer almaktadır.[6]

Kognitif (bilişsel) belirtiler: Bilgiye dayalı karar vermede azalma, konsantrasyon ve hatırlamada zorluklar, dikkat eksikliği ve düşünme sürecinde yavaşlık olarak karşımıza çıkmaktadır.[6]

Rezidüel dönem, çoğunlukla hastalığın aktif aşamasının ardından başlamaktadır. Rezidüel dönemde genellikle akut dönemdeki belirtilerin çoğu yoktur ya da negatif belirtiler azda olsa devam edebilmektedir.[25]

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni çok farklı gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren çoğunlukla yeti yitimine sebep olan kronik bir psikiyatrik bozukluktur.[1, 6]

Şizofreninin gidişi ve sonlanışını öncesinden tahmin etmek neredeyse imkansızdır.[1, 26] Hastalığın gidiş ve sonlanışını değerlendirebilmek için hastalığın

semptomları, hastanın mesleki uyumu, toplumsal varoluşu, yaşam kalitesi, hastanede kalış süresi, bilişsel yetileri ölçüt olarak kullanılmaktadır.[1, 26] Şizofreni hastalarının uzun süreli değerlendirilmeleri sonucunda tamamen hastalık öncesindeki fonksiyonel dönemlerine geri dönmelerinin olanaksızolduğu bulunmuştur.[25] Yapılan değerlendirme çalışmalarında, hastaların %60'ının bariz seviyede iyileştiği, geriye kalan %40'ının ise anlamlı bir düzeyde düzelme göstermediği belirtilmiştir.[6]

Şizofreni hastalığının iyi veya kötü bir prognoz göstermesini etkileyen faktörler mevcuttur.[25]

İyi Sonlanımı Etkileyen Faktörler;

- Kadın olmak
- Geç başlangıç yaşı
- Açık tetikleyici etkenlerin varlığı ile ani belirtilerle ortaya çıkması
- Evli olmak
- Ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün varlığı
- Sosyal destek sisteminin yeterli oluşu
- Pozitif belirtilerin varlığı
- Yoğun ve aktif bir yaşam tarzı
- Ailede şizofreni öyküsünün olmayışı
- Güvenli ve yapılandırılmış bir çevre
- Fiziksel iyilik hali
- Madde kullanımı öyküsünün olmayışı
- Gelecekten umutlu olma[6, 25]

Kötü Sonlanımı Etkileyen Faktörler;

- Erkek olmak
- Erk en başlangıç yaşı

- Tetikleyici etkenlerin yokluğuyla sinsi başlangıç
- Bekar veya dul olmak
- Çocukluk dönemi travma öyküsü
- Sosyal destek sistemlerinin yeterli olmayışı
- Negatif belirtilerin varlığı
- Saldırganlık öyküsü ve aşrı stres varlığı
- Ailede şizofreni öyküsü varlığı
- Düzensiz yaşam tarzı
- 3 yıl içinde düzelme olmaması durumu ve nüksler
- Madde kullanımı öyküsünün varlığı.[6]

2.1.7. Şizofrenide Tedavi

Günümüzde şizofreni tedavisinde en temel ve ilk başvurulan tedavi yöntemi farmakolojik tedavidir.[7, 26] Farmakolojik tedavide antipsikotikler kullanılmaktadır ve hem pozitif hem de negatif belirtilere etki etmektedir.[7, 25]

Şizofreni tedavi süreci, farmakolojik tedavinin yanı sıra ve diğer tedavi seçenekleriyle birlikte yürütülmesi gereken bir süreçtir.[7] Diğer tedavi seçenekleri arasında bireysel psikoterapi, aile terapisi, ortam terapisi, grup terapisi, davranış terapisi, sosyal beceri eğitimi yer almaktadır.[7, 25] Hastaların çoğunluğu için en etkili tedavinin psikotrop ilaçlar ve psikososyal tedavilerin birlikte yürütüldüğü kombine tedaviler olduğu belirtilmektedir.[25, 26]

Şizofreni hastaların yaşamını tüm yönleriyle etkileyen bir hastalık olması dolayısıyla tedavisindeki temel amaçlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır; [28]

- Belirtilerini ve alevlenme oranını azaltmak,
- Hastaların fonksiyonelliğini arttırmak,
- Yaşam niteliğini arttırmaya katkıda bulunmak,

- Hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmelerini sağlamak,
- Hastalığın yıkıcı etkilerini mümkün olduğunca azaltmak,
- Sosyal işlevselliklerinin arttırılıp daha bağımsız yaşamalarını sağlamaktır.[28]

2.1.8. Şizofreni Tedavisinde Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolleri

Birey, sosyal çevresi ve sağlık profesyonellerinin işbirliği içinde olması şizofreni hastalarının tedavi seyrini etkilemektedir.[29] Psikiyatri hemşireleri; hastaların kişiler arası ilişkilerini ve ev yaşantısını sürdürme, bireysel ve sosyal rolleri gibi iyileşmesini ve yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörleri göz önünde bulundurup hastaların sorunlarını bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır.[23, 29]

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) şizofreni tanısı almış bireylerin tedavilerinin düzenlenmesi, hastalığın farkına varma, hastalıkla baş etme ve iyilik hali sürelerinin arttırılmasında fonksiyonelliği olan, hasta ve yakınlarının yaşam niteliğinin artmasına yardımcı olan kuruluşlardır. [24]

Toplum ruh sağlığı hemşiresi, hasta ve hasta yakınıyla yakın temas ve sürekli gözlem imkanına sahip sağlık profesyonelidir.[23] Toplum ruh sağlığı hemşiresi, hastaların sorunlarla baş etmesi, sosyal destek mekanizmaları, psiko-sosyal işlevlerini yerine getirebilme, sağlığını koruma ve sağlıklı kalımı sürdürebilme gibi hastalığın gidişatına etkisi olacak girişimleri mesleki yetenek ve donanımlarını kullanarak sistematik şekilde uygulamaktadır.[23, 30]

2.2.Şizofreni ve İçgörü

İçgörü kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi, hastalığının farkına varması ve doğası hakkında bilgilenmesi olarak tanımlanmaktadır.[2, 11]

Aslan ve ark.[31] tarafından, Jaspers'ın psikiyatride içgörü kavramını klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırıcılardan biri olduğu bildirilmektedir.[31] İçgörüyü günümüzde

kabul görmüş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının ve hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımladığı aktarılmaktadır.[2, 31]

Markowa ve Berrios[32], klinik psikiyatride içgörünün anlamı konulu, içgörü kavramını ve süreç içindeki gelişimini inceledikleri çalışmada; içgörünün yalnızca kişinin hastalığını anlaması olarak tanımlanamayacağını, bununla birlikte hastalığın bireyin çevresi ile etkileşimini nasıl etkilediğini anlama olduğunu bildirmiştir.[2, 31,32]

İçgörü psikiyatrik değerlendirme aşamasında da oldukça önemli bir basamaktır.[2]

Yapılan birçok çalışmada şizofreni hastalarında içgörü klinik olarak değerlendirilmekte;[11]

1. Hastalığın farkına varma,
2. Tedavinin kabulü,
3. Belirtilerin hastalıkla ilişkisi olduğunun kabulü şeklinde üç boyutta ele alınmaktadır. [11]

İçgörü; tek boyutlu bir kavram değil[2], şizofreni hastalığında var olan psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel çalışma mekanizmaları ve kişilerarası ilişkileri de kapsayan, hastalığın farkına varma, hastalığın getirdiği sosyal sonuçlarının ve tedavi sürecinin etkisinin farkında olma ve belirtilerin farkındalığını içeren çok yönlü bir kavramdır.[14, 15] Aynı zamanda biyo-psiko-sosyal birçok faktörden etkilenmektedir.[2, 14, 15] Şizofreni tanısı almış hastaların çoğunda hastalığın belli bir döneminde içgörü bozulmakta ve hastaların bir hastalığı olduğuna, hastalıklarının klinik semptomlarına, sosyal güçlüklerine ve tedaviye ihtiyaç duyduklarına yönelik farkındalıkları azalmaktadır.[14, 15]

Aslan ve Altınöz[2], DSÖ'nün şizofreniyle ilgili gerçekleştirdiği uluslararası bir çalışmada psikotik hastaların %97'sinin içgörüsünün olmadığını bildirdiklerini aktarmaktadırlar.[2]

Dankı ve ark.[14] ile Cuesta ve Peralta'nın[33] yaptıkları benzer çalışmalar sonucunda şizofrenide hastaların %50-80'inin düşük içgörüye sahip oldukları ve bunun tedaviyi olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur.[34] Şizofreni tanısı alan hastalarda içgörü, tedavi seyri açısından önem arzetmektedir.[2]

2.3.Şizofreni ve Yaşam Niteliği

DSÖ'nün yaptığı tanıma göre, sağlık, yalnızca bir hastalık varlığının veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bununla birlikte biyopsiko sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmaktır.[18] Yukarıdaki tanımda yer alan tam bir iyilik hali içinde olma durumu direkt yaşam niteliği (quality of life) kavramı ile ilişkilendirilmektedir.[18]

Türkçe de "quality of life" kavramının karşılığı olarak, yapılan yayınlarda iki farklı isimlendirme ile karşılaşılmaktadır.[20] Bazı araştırmacılar Soygür ve ark. [22], Öztürk ve Uluşahin[1] "yaşam niteliği"ni kullanırken; bazıaraştırmacılar Türütgen Şimşek[35], Akpınar Öztürk[36] ise yaşam kalitesini kullanmaktadır. Bu araştırmada yaşam niteliği kavramı tercih edilmiştir.

Yaşam niteliği kavramı, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve bulunduğu toplumun sunduğu imkanlardan faydalanması olarak tanımlanmaktadır.[20, 21] Şimşek'in[37] yaptığı çalışmada yaşam niteliğinin kompleks bir kavram olduğunu ve sosyodemografik, klinik, patalojik ve psikososyal etmenlerin tümünden değişik düzeylerde etkilendiğini bildirmektedir.[37] Yapılan çalışmaların sonuçları bu yönde çeşitlilik göstermektedir.

Yaşam niteliği kavramı bireyin deneyimleri, sosyal ilişkileri, kendini iyi hissetme hali, nesnel yaşantılar ve öznel duygular olarak bütüncül bir şekilde ele alınmaktadır.[20, 21] Soygür[22], yaptığı çalışmada yaşam niteliğini iki ayrı boyutta değerlendirmek gerektiği vurgulamaktadır.

Bireyin yaşamdan sağladığı doyum, kendini iyi hissetme hali yaşam niteliğinin öznel değerlendirme kısmını oluştururken; bağımsızlık düzeyi, üretkenlik, sosyal ilişkiler gibi ifadelerde yaşam niteliğinin nesnel değerlendirme kısmını oluşturmaktadır.[21, 22]

Şizofrenide hastalığın beraberinde getirdiği bilişsel işlevlerin bozulması sonucu iş hayatı, kişiler arası ilişkiler ve öz bakım gibi yaşamı etkileyen önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmalara ve hastalığın yaşam boyu devam etmesi yaşam niteliğinde düşmeye neden olmaktadır.[15,29, 38] Bu nedenle de hem öznel hem de nesnel yaşam niteliği kavramlarıyla ilişkilendirilmektedir.[20, 21]

Şizofreni tanısı almış hastalarla yapılan öznel ve nesnel yaşam niteliğine yönelik çalışmada, hastaların yaşam niteliği düzeyinin genel popülasyondan ve bedensel hastalığı olan bireylerinkinden daha düşük olduğu saptanmıştır.[20]

Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışmasında, şizofreni hastalığında yaşam niteliği kavramının incelendiği çalışmaların 1960'lı yıllarda toplum içinde tedavi anlayışının hayata geçirilmesi ile başladığının gözlendiğini aktarılmaktadır.[22] Daha sonraki yıllarda yaşam niteliği kavramının incelendiği tıbbı yayın sayısı artış göstermiştir.[22]

Ruh sağlığı alanında yaşam niteliği üzerine yapılan çalışma sonucuna göre, günümüzde geçerliliğini koruyan model, Dinamik Süreç Modeli diye adlandırılan modeldir.[20] Bu teorik modele göre yaşam niteliği kavramı, bilişsel uyum ve doyum seviyesini belirtmekte ve bedensel ve fiziksel gereksinimleri olan bireyin çevresiyle etkileşimi sonucu ortaya çıkan dinamik bir süreç olarak açıklanmaktadır.[20]

Literatür incelendiğinde Doğan ve ark.[39] yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarında hastalığın şiddetlenmesi, nüksü ve kontrol altına alınamaması bireyin iş hayatında, aile yaşantısında ve diğer yaşam alanlarında sorun yaşamasına neden

olabileceğine değinmektedirler. Ayrıca sosyal, bilişsel işlevlerin bozulmasıyla birlikte yaşam kalitesinin düşeceği ileri sürülmektedir.[40, 41]

Araştırmalarda sosyodemografik özelliklerin yaşam niteliği üzerine etkili olup olmadığı da incelenmiştir.[37, 42,43] Bakar[42] tarafından yapılan çalışmada 65 yaş ve üzeri bireyler arasında kadın olmak, düşük eğitim seviyesi, gelir düzeyinin düşüklüğü ve ek bir kronik hastalığa sahip olmanın yaşam niteliğini kötü yönde etkilediği saptanmıştır.[42] Ayrıca bireyin yaşadığı konut ve özellikleri de yaşam niteliği açısından önemli faktörlerdendir.[42,43] Kavak ve Ekinci' nin[21] korumalı evde kalan ve hastaneden taburcu olan şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının kendi evinde kalan şizofreni hastalarına nazaran yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.[21]

Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofrenide yaşam niteliği yeniden üzerinde çok durulan bir konu olmaya başlamış ve bu doğrultuda şizofreni tedavisindeki amaç, var olan belirtileri ve hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmanın yanında hastaların yaşam niteliğini ve toplum ile uyumunu artırmaya doğru yönelmektedir.[15, 20, 29] Ülkemizde Deveci ve ark.[15] yaptıkları, şizofreni hastalarına altı ay boyunca uygulanan psikososyal beceri eğitimi programı sonucunda hastaların yaşam niteliklerinde artış gözlemlenmiştir. Şizofreni tedavisinde yaşam niteliğini artırmaya yönelik psikososyal beceri eğitim uygulamalarının yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.[15]

2.4. İçgörü ve Yaşam Niteliğini Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolleri

Şizofreni hastalarında hastalıkla birlikte gelen yeti yitimi ve davranış bozuklukları bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmelerinde, toplumsal beklentileri karşılamalarında aksaklıklara neden olmaktadır.[20, 21] Bu durum da yaşam niteliğini olumsuz etkilemektedir.[20, 21] Deveci ve ark.[15] şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada,

hastalara uygulanan psikososyal beceri eğitiminin şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinde artış sağladığı sonucuna varılmıştır.

Ulusoy ve Delice[9] 2015 yılında yaptıkları olgu sunumunda şizofreni hastalarında uzun süreli içgörü eksikliğinin; işlevselliği olumsuz etkilediği, kişisel bakım ve günlük yaşam becerilerini güçleştirdiği, sosyal ve mesleki işlevselliği devam ettirmede zorluğa yol açtığını bildirmişlerdir. Çalışmanın sonucu olarak, şizofreni gibi ağır yeti yitimi görülen psikiyatrik bozuklukların tedavisinde, sadece belirtiye yönelik tedavinin yeterli olmadığı, buna ek olarak farmakolojik tedavi ile kombine bir şekilde bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi gerektiğine varılmaktadır.[9]

Chi ve ark.[44] ruhsal bozukluğu olan bireylerde iyileşmenin belirli aşamalardan oluştuğunu belirtmişlerdir. Bunlar; içgörü varlığı, sağlık profesyonellerinden ve sosyal destek sistemlerinden yararlanma, stres etkenleri ve belirtilerle baş etme, düşünce içeriklerini ve davranışları düzenlenme ve hayatın anlamını bulma çabasıdır.[44]

Resnick ve ark.[45] şizofreni tanısı almış hastalar için, iyileşme kavramını; yaşamdan doyum sağlama, umut ve geleceğe karşı iyimserlik, güçlü olduğunu hissetme kapasitesi ve hastalığa ve tedaviye karşı bilgi olmak üzere dört boyutta açıklamaktadır.

Şizofreni tedavisinde hastalık belirti ve bulgularının ortadan kaldırılması ya da azaltılmasıyla birlikte hastanın yaşam niteliğinin yükseltilmesi, bulunduğu topluma ve şartlara uyum sağlayarak yaşaması hedeflenmektedir.[46] Belirlenen tedavi hedeflerine ulaşmak için sürdürülecek rehabilitasyon hizmetleri önemlidir.[46] Psikiyatri hemşiresi, hastayı fiziksel ve psikolojik yönden bir bütün olarak ele alıp, hastaya gerekli bakımı veren ve tedavinin seyrini olumlu yönde etkileyen sağlık profesyonelidir.[23] Bu bağlamda, hastalara uyguladıkları psikososyal eğitim programları ile hastaların hastalıkla yaşamayı öğrenmesinde, bulunduğu toplumda aktif bir şekilde üretkenliğini sağlamasında, içgörüsü ve yaşam niteliğini artırmada önemli bir rol üstlenmektedirler.[6, 7]

Sağlık profesyonelleri ruhsal hastalığı olan bireylere;

- Hastalıkla birlikte gelen değişiklikleri fark etmelerini sağlamada yardım etmeli,
- Bu değişiklikleri yaşamlarına yön vermede olumlu bir şekilde kullanmaları konusunda desteklemeli,
- Psikososyal eğitim programları düzenlemeli,
- İyileşme duygularını ve tedaviye uyumlarını artırmak için başetme becerilerini, yaşam niteliklerini ve içgörülerini artıracak girişimlerde bulunmalıdır.[11, 47]

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte yapıldı.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Rize Devlet Hastanesi TRSM' de Şubat-Temmuz 2021 tarihleri arasında yapıldı. TRSM' de 1 ruh sağlığı uzmanı, 2 hemşire, 2 psikolog, 1 tıbbi sekreter, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 resim hocası (halk eğitim merkezinden gelmekte), 1 yardımcı personel ve 1 güvenlik görevlisinden oluşan bir kadro hizmet vermektedir. TRSM haftanın 5 günü mesai saatleri içerisinde faaliyet göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihleri arasında TRSM'ne başvuran, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulmuş ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm hastalar oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma 148 hastayla tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-5 tanı ölçülerine göre şizofreni tanısı almış olma
- 18 yaşından büyük olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma
- İletişim ve iş birliğine açık olma
- Komorbid psikiyatrik tanı (depresyon, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı vb.) almamış olma
- Remisyon döneminde olma (hastanın klinikteki tedavisinin tamamlandığı aktif dönem belirtilerinin gözlemlenmediği ve iç görünün geliştiği dönem)
- Görüşmelerin yapılmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozuklukların bulunmamasıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu (EK 4):

Tanımlayıcı veri toplama formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup toplam 8 sorudan oluşmaktadır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi, iş durumu, sosyoekonomik düzeyi, medeni durumu, soy geçmişte şizofreni ya da başka psikotik bozukluk öyküsü olup olmadığı bu bilgi formunda ele alındı.

Brichwood İçgörü Ölçeği (BİÖ)(EK-5)

Brichwood İçgörü Ölçeği, 1994'te Brichwood ve ark.[48] tarafından geliştirilmiş, Türkçe çevirisi geçerlilik ve güvenirliği Sakarya[49] tarafından yapılmıştır. Ölçek hastalığın ve tedavi ihtiyacının farkında olmayı ve hastalık belirtilerinin neye bağlandığını değerlendirmektedir. 1 ve 8. maddeler belirtilerin, 2. ve 7. maddeler hastalığın, 3, 4, 5, 6. maddeler tedavi gereksiniminin farkında olmayı değerlendirmektedir. Tüm maddelerden 0, 1, 2 puan alınabilir; 1, 2, 7 ve 8. maddelerin puanları doğrudan toplam puana katkı yapar. Ancak 3, 4, 5, 6. maddelerden alınan puanlar toplanıp ikiye bölünür ve elde edilen sayı toplam puana katkı yapar. Ölçekten en fazla 12 en az 0 puan alınabilir. 12 puan tam içgörüyü, 0 puan içgörü yokluğunu göstermektedir. 9 puan ve üzeri iyi düzeyde içgörü göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada Cronbach alfa kat sayısı 0.69 olarak belirlendi.

Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHYNÖ)(EK-6)

Heinrichs ve ark.[50] tarafından 1984 yılında idame tedavi altındaki şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygür ve ark.[22] tarafından yapılmıştır. Ölçek yapılandırılmış görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmeci tarafından değerlendirilmektedir. ŞHYNÖ 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 0-6 arası

puanlanmaktadır. “Kişiler arası ilişkiler”, “mesleki rol”, “ruhsal bulgular” ile “günlük eşya kullanımı ve etkinlikler” seklinde toplam 4 alt boyuttan oluşmaktadır.

Alt Boyutlar:

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

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

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

Günlük Eşya Kullanımı ve Faaliyetler Alt Boyutu: 2 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler: 18, 19’dur.

Alt boyuttan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar: 0- 12’dir. Dört alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam ŞHYNÖ puanı 0 ile 126 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yaşam niteliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0.99 olarak bulunurken; bu araştırmada Cronbach alfa kat sayısı 0.80 olarak saptandı.

3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, gerekli izinler alındıktan sonra Şubat - Temmuz 2021 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından pandemi sürecindeki tüm tedbirler alınarak (maske-eldiven takma, verilerin doldurulması sırasında mesafeye dikkat edilmesi) toplanan verilerin sonuçlarının güvenilirliği açısından daha uygun olacağı düşüncesiyle özel görüşme odalarında hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Yapılan her görüşme sonrasında ortam havalandırıldı. Araştırmada, ‘’Sosyodemografik Veri Formu’’(Ek-4) ,

‘’ Brichwood İçgörü Ölçeği’’(Ek-5) ve “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği’’(Ek-6) olmak üzere 3 form kullanıldı. Sosyodemografik veri formu ve anketlerin uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 22 (Statistical Program for Social Sciences) kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde; verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi ve verilerin normal dağılım gösterdiği saptandı. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, standart sapma kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi ve ölçeklerin güvenirlik katsayıların hesaplanmasında Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. Tüm veriler $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul izni (Ek-3), Rize Devlet Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (Ek-7) alındı. Ayrıca anket sorularına başlamadan önce hastalara bilgi verildi. Sözlü veyazılı onam alınarak veriler toplandı. Toplanılan veri formlarında ad soyad bulunmamaktadır ve toplanılan verilerde gizlilik ilkesine uyuldu.

3.8. Araştırmanın Genellenebilirliği

Bu araştırma sonuçları araştırmaya katılan şizofreni hastalarına genellenebilir.

4. BULGULAR

Şizofreni hastalarının içgörülerinin yaşam nitelikleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmadan elde edilen veriler bu bölümde sunuldu.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=148)

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
18-28	12	8.1
29-39	33	22.3
40-50	59	39.9
51+	44	29.7
Cinsiyet		
Kadın	39	26.4
Erkek	109	73.6
Medeni Durum		
Evli	50	33.8
Bekar	98	66.2
Eğitim Durumu		
İlköğretim	68	45.9
Ortaöğretim	19	12.8
Lise	41	27.7
Üniversite	20	13.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	28	18.9
Çalışmıyor	120	81.1
Ekonomik Durum		
Kötü	53	35.8
Orta	59	39.9
Yüksek	36	24.3
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	6	4.1
Aile	142	95.9
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü		
Var	74	50.0
Yok	74	50.0

Hastaların %39.9'unun 40-50 yaş aralığında, %73.6'sının erkek, %66.2'sinin bekar, %45.9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %81.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı,

%39.9'unun ekonomik durumunu orta olarak algıladığı, %93.2'sinin ailesi ile yaşadığı, %50'sinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu belirlendi (Tablo4.1).

Tablo 4.2. Hastaların BİÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ölçek	Alınabilecek Min-Max Puanlar	Alınan Min-Max Puanlar	X± SS
BİÖ	Belirtilerin farkında olma	0-4	0-4	1.75±1.24
	Hastalığın farkında olma	0-4	0-4	1.05±0.90
	Tedavi gereksiniminin farkında olma	0-4	0-2.5	1.35±0.45
	Toplam Puan	0-12	0.5-9	4.16±1.63

Hastaların BİÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının; belirtilerin farkında olma alt boyutu 1.75±1.24; hastalığın farkında olma alt boyutu 1.05±0.90; tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu 1.35±0.45 olarak bulundu. BİÖ toplam puan ortalaması 4.16±1.63 olarak belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların ŞHYNÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Ölçek	Alınabilecek Min-MaxPuanlar	Alınan Min-Max Puanlar	X± SS
ŞHYNÖ	Kişiler arası ilişkiler	0-48	10-42	27.95±6.49
	Mesleki rol	0-24	1-24	13.06±5.45
	Ruhsal bulgular	0-42	11-39	26.22±5.32
	Günlük eşya kullanımı ve etkinlikler	0-12	3-12	9.68±2.26
	Toplam Puan	0-126	36-113	76.93±14.84

Hastaların ŞHYNÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının; kişiler arası ilişkiler alt boyutu 27.95±6.49; mesleki rol alt boyutu 13.06±5.45; ruhsal bulgular alt boyutu

26.22±5.32; günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutu 9.68±2.26 olarak saptandı. ŞHYNÖ toplam puan ortalaması 76.93±14.84 olarak bulundu (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların BİÖ ve ŞHYNÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		BİÖ			
	Ölçekler	**Belirtilerin farkında olma**	**Hastalığın farkında olma**	**Tedavi gereksiniminin farkında olma**	**Toplam Puan**
ŞHYNÖ	Kişiler arası ilişkiler	r=-0.201 **p=0.014***	r=-0.284 **p=0.000****	r=-0.039 p=0.138	r=-0.322 **p=0.000****
	Mesleki rol	r=-0.132 p=0.109	r=-0.123 p=0.137	r=-0.042 p=0.610	r=-0.211 **p=0.018***
	Ruhsal bulgular	r=-0.023 p=0.779	r=-0.122 p=0.140	r=-0.036 p=0.662	r=-0.096 p=0.247
	Günlük eşya kullanımı ve etkinlikler	r=-0.123 p=0.136	r=-0.121 p=0.144	r=-0.025 p=0.765	r=-0.208 **p=0.016***
	Toplam Puan	r=-0.135 p=0.102	r=-0.002 p=0.978	r=-0.012 p=0.886	r=-0.108 p=0.192

*:p<0.05, **:p<0.001.

Hastaların BİÖ alt boyutları ile ŞHYNÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; BİÖ belirtilerin farkında olma, hastalığın farkında olma alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile ŞHYNÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi. BİÖ toplam puan ortalaması ile ŞHYNÖ mesleki rol, günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi (p<0.05) (Tablo 4.4)

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının içgörüleri ile yaşam nitelikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun erkek ve bekar olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı ve ailesi ile yaşadığı; çoğunun ilköğretim mezunu ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu; az bir çoğunluğunun ise 40-50 yaş aralığında ve ekonomik durumunu orta olarak algıladığı saptandı. (Tablo 4.1).

Bu araştırmada hastaların, içgörü ölçeği toplam puan ortalaması 4.16±1.63 olarak bulundu (Tablo 4.2). İlgili anketin min-max puan değerleri göz önüne alındığında araştırmaya katılan şizofreni hastalarının içgörü puan ortalamasının düşük olduğu söylenebilir. Tablo 4.2 deki bulgular ışığında araştırmaya katılan şizofreni hastalarının; hastalığın, belirtilerinin ve tedavi gereksinimlerinin farkında olmadıkları düşünülmektedir.

Şizofreni hastalığında içgörünün klinik seyir açısından önemli bir parametre olduğu bilinmektedir. Gökdam'ın[10] şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini incelediği çalışmasında, şizofreni hastalarının içgörü düzeylerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Dankı ve ark.[14] yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının % 50-80'inin düşük içgörü düzeyinde oldukları görülmüştür. Aslan ve Altınöz[2] içgörü düşüklüğünün ya da hastalığın farkında olmama halinin şizofreni tanısı almış hastaların çoğunda görülen yaygın bir sorun olduğuna vurgu yapmaktadır. Ampalam ve ark. [51] şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışma sonucunda şizofreni hastalarında içgörü yoksunluğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda, hastaların düşük düzeyde içgörüye sahip oldukları belirtilmiştir.[10,2,14] Araştırma, şizofreni hastalarında içgörü düşüklüğü konusunda birçok çalışmayla

paralellik göstermektedir. İçgörü puan ortalamasının düşük olmasında; şizofreni tanısı almış hastanın tanı aldığında inkar ve kabullenmeme sürecine girmesi, damgalanma sürecinden korkması, bazı belirtileri olağan karşılayıp tanı koyma sürecini geciktirmesi gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada ŞHYNÖ toplam puan ortalaması 76.93±14.84 olarak bulundu (Tablo 4.3). İlgili ölçeğin puan ortalaması dikkate alındığında araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaşam niteliği puan ortalamasının yüksek olduğu düşünülmektedir. Kartal'ın[52] şizofreni hastalarında içgörünün yaşam niteliği, depresyon ve belirti örüntüsü ile ilişkisini inceleyen çalışmasında şizofreni hastalarının ŞHYNÖ den aldıkları toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Özçelik ve Yıldırım'ın[29] yaptıkları, şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri orta düzey bulunmuştur. Katschnig'in[53] yaptığı çalışmada şizofreni tanısı almış hastaların yaşam niteliğinin, genel nüfustan ve bedensel ve kronik hastalığı olan bireylerinkinden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çin'de şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada sağlıklı bireylere nazaran şizofreni tanısı almış hastaların önemli ölçüde daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır.[54] Yapılan bu araştırmayla diğer çalışmalar arasında benzer sonuçlar elde edildiği gibi farklı sonuçlar da elde edilmiştir. Yaşam niteliği kavramı karmaşık bir kavram[55] olduğundan çalışma sonuçları arasında bu farklılığın oluşmasında; kullanılan ölçeklerin farklılığı, araştırmada TRSM gelen ayaktan düzenli takip edilen hastaların kinik seyirlerinin stabil durumda ve hastaların remisyon döneminde olması, hastaların yaşam niteliklerini subjektif değerlendirmeleri ve kültürel özelliklerdeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

DSÖ yaşam niteliğini, kültür ve kişisel yaşam algıları ile bağdaştırmaktadır.[18] Yaşam niteliğini "bireylerin hedefleri, beklentileri, yaşam standartları ve kaygıları ile

bağlantılı olarak yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır.[18, 19] Kompleks bir kavram olan yaşam niteliği; insanların fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi ve sosyal ilişkilerinden etkilenmekte ve yaşam niteliğinin birçok tanımlaması yapılmaktadır.[55] Yapılan tanımlamaların ortak özellikleri arasında "evrensel ve kültürel değer yargılardan etkilenir" maddesi yer almaktadır.[56] Araştırmada yaşam niteliği puan ortalamasının yüksek olması kültürün bir yansıması olarak düşünülmektedir.

Sağlık kavramı, toplumsal ve kültürel bağlamda bir bütün olarak ele alınmalıdır.[57] Ruh sağlığına dair tanımlar onu tanımlayan kültürden etkilenir.[57] Karadeniz bölgesi; tarihi geçmişi, kültürel değerleri ve insan karakterleri özellikleri açısından araştırılmaya değer bir niteliğe sahiptir.[58] Karadeniz insanın çoğunlukla sıcakkanlı ve misafirperver olması yöreye üstünlük katan özelliklerden bir tanesidir.[59] Araştırma karadeniz bölgesinde yapıldı ve karadeniz insanının enerjik, hareketli, sert mizaçlı ama aynı zamanda da yardımsever bir yapıya sahip olması yaşam tarzlarını etkilemektedir. Kültürün de etkisiyle hastaların enerjik bir yapıya sahip olmasının, hastaların duygu ve düşüncelerini açıklamada, kendilerini ifade etmede ve yaşam niteliklerini algılama ve sürdürmede etkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada ŞHYNÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının arasında en yüksek puanın kişiler arası ilişkiler alt boyutuna ait olduğu belirlendi (Tablo 4.3). Bu araştırmaya katılan hastalar aileleriyle beraber yaşamaktadır (Tablo 4.1). Yaşam niteliğinin alt etmenleri; bireyin bedensel ve psikolojik sağlık durumu/iyi oluş hali, uyum yeteneği, kişiler arası ve toplumsal etkileşimleri ve sosyo ekonomik durumudur.[53] Hastaların aileleriyle beraber yaşaması, kişiler arası ilişkilerinin yüksek olmasının sonucunu düşündürmektedir.

Hastaların BİÖ alt boyutları ile ŞHYNÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; BİÖ toplam puan ortalaması ile ŞHYNÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi. ($p<0.05$) (Tablo 4.4) İçgörü azlığı şizofreni hastalarının çoğunda görülmektedir ve genellikle hastaların; hastalıkları, hastalık belirtileri, tedavinin oluşturduğu etkiler ve yaşadıkları sosyal zorluklar hakkında farkındalıkları yoktur.[60] Nijerya'da şizofreni hastalarıyla yapılan araştırmada, sosyokültürel faktörlerin, bireyin ve ailenin durumu yorumlamasını ve ruhsal bozukluklar için tedavi seçimini etkilediği bulunmuştur. [61] Hastaların içgörü puan ortalaması düşük olduğu için hastalığın olumsuz etkilerini algılayamadıkları, kültüründe etkisiyle birlikte bireylerin yaşam niteliklerini daha olumlu algılama eğiliminde olup kişiler arası ilişkilerini sürdürmede istekli oldukları düşünülebilir.

BİÖ belirtilerin farkında olma alt boyutu ile ŞHYNÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulundu. (Tablo 4.4) Bazı hastalar hastalık belirtilerin getirdiği olumsuz duygular nedeniyle belirtiler üzerine yorum yapmak, belirtileri kabullenip hatırlamak istememekte, tam aksine üzerini kapama ve bir hastalık yokmuş gibi davranma eğiliminde olmaktadırlar.[2] Şizofreni tanısı almak bireyler için yıkıcıdır. Üzerini kapama, "mühürleme' nin düşük içgörünün bir nedeni olabileceği düşünülmektedir. Belirtilerin farkında olma alt boyut puan ortalamasının düşük, kişiler arası ilişkiler boyut puan ortalamasının yüksek çıkmasında şizofreni hastalarının hastalıkla birlikte ortaya çıkan bazı belirtileri normal karşılayıp sosyal yaşamlarına devam etmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

BİÖ hastalığın farkında olma alt boyutu ile ŞHYNÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi. ($p<0.05$) (Tablo 4.4) TRSM' lerin amaçları arasında; ruhsal sağlığı bozuk olan bireylerin toplumla bağlarının koparılmadan, sosyal damgalanma ve izolasyon yaşamadan toplumla

bütünleşmelerinin sağlanması yer almaktadır.[62] Toplum ruh sağlığı hemşiresinin görevleri; ruhsal bozukluğu olan hastaların toplumsal uyumunu sağlamaya yönelik girişimlerde bulunmayı, psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri sunmayı ve rehabilitasyon ekibi ile işbirliği sağlamayı, işlevsel bozukluğu olan bireylerin iyileşmesini ve yeni duruma adapte olma sürecinde aileye ve bireye destek olmayı içermektedir.[24] Araştırma bulguları doğrultultusunda hastalığına karşı düşük içgörüsü olan TRSM'ne kayıtlı şizofreni hastaları için, çevreleriyle sosyal ilişki kurmaya devam ettikleri söylenebilir. Sosyal destek mekanizmalarının (toplum ruh sağlığı hemşiresi, ailesi) varlığıyla kişiler arası ilişkilerini devam ettiren şizofteni hastaları için yaşam niteliklerini yüksek algıladıkları ve bu bağlamda içgörü puan ortalamalarının düşük olmasının dezavantajını ortadan kaldırdıkları düşünülmektedir.

BİÖ toplam puan ortalaması ile ŞHYNÖ mesleki rol alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam niteliği, hastalığın beraberinde getirdiği bir takım belirti ve komplikasyonlar sonucunda bozulabilmektedir.[63] Kronik bir rahatsızlık olan şizofreni hastalığının mesleki işlevselliği bozduğu ve yeti kaybına yol açtığı ifade edilmektedir.[64] Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım hizmetlerini sunmanın amacı; hastalık, hastalık belirtileri ve hastalığın getirdiği zorluklara karşı baş etme yeteneğini geliştirmek ve akut belirtilerin alevlenmesini önlemektir.[25] Bu bağlamda uygulanan hemşirelik girişimleri ruhsal bozukluğu olan hastanın toplum içindeki rollerini tatmin edici bir şekilde devam ettirmelerini sağlayacak olan sosyal davranışları öğrenmesine ya da yeniden hatırlamasına yardım etmeyi hedef almaktadır.[25] İçgörüleri düşük olan hastaların, toplum ruh salığı merkezlerinde uygulanan toplum içindeki rollerini destekler nitelikteki hemşirelik girişimlerinin olumlu etkileri sayesinde mesleki becerilerini sürdükleri söylenebilir.

BİÖ toplam puan ortalaması ile ŞHYNÖ günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutu ile arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 4.4).Şizofreni tanısı almış hastalar; günlük yaşam aktiviteleri, kişilerarası iletişim ve toplumsal ilişkiler gibi becerilere uyum sağlamakta problemler yaşamaktadırlar.[65] Şizofreni hastalarının tedavisinde psikiyatri hemşirelerinin ortak hedefi, hastalığın belirtilerini gidermeye yönelik ilaç tedavisinin yanında, TRSM'nde verilen eğitimlerle işlevselliği, benlik saygısını ve yaşam niteliğini de artırmaktadır.[38, 66] Şahin ve Elboğa'nın[40] yaptığı çalışma sonucunda rutin TRSM hizmeti alan grupta TRSM hizmeti almayan gruba göre, TRSM' de verilen hizmetler sayesinde semptom şiddetinde azalma, yaşam niteliği, içgörü ve sosyal işlevsel iyileşmede anlamlı düzeyde artış tespit edilmiştir.[40] Araştırma bulgularına göre içgörüsü düşük olan hastanın günlük eşya kullanımı ve etkinlikler seviyesinin yüksek olduğu sonucuna varılabilir. Araştırmaya katılan şizofreni hastaları için; TRSM'nde hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinin (psikoeğitim, özbakım eğitimi, iş/uğraşı terapisi, destekleyici grup terapisi ve ev ziyaretleri) destekleyici etkisiyle, TRSM'ne devamlılık sağlayarak sosyal hayatın içinde yer aldıkları, etkinliklere katılım sağladıkları ve günlük yaşam aktivitelerine devam ettikleri söylenebilir.

Tüm bu bulgular doğrultusunda; Şizofreni hastalarının içgürü puan ortalamaları ile yaşam niteliği puan ortalaması arasında ilişki olduğu sonucuna varılabilir. Şizofreni hastalığının tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla hastaların yanlarında bulunan sağlık profesyoneli olan hemşirelerin, hastaya bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşıp içgörü ve yaşam niteliklerinin artırmaya yönelik uygun girişimlerde bulunmalarının şizofreni hastalığının tedavisinde fark yaratabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının içgörülerinin yaşam nitelikleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının içgörü toplam puan ortalamasının düşük olduğu,
- Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaşam niteliği toplam puan ortalamasının yüksek olduğu,
- Brichwood İçgörü Ölçeğinin belirtilerin farkında olma, hastalığın farkında olma alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu,
- Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeğinin mesleki rol, günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutları ile Brichwood İçgörü Ölçeğinin toplam puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni hastalarında içgörüyü etkileyen unsurlar belirlenerek, içgörü kazandırmaya yönelik motivasyonel görüşmelerin yapılması,
- Hemşirelerin ruhsal hastalığı olan hastaların tedavisine yönelik amaçları arasında hastaların kişilerarası ilişkileri, ev yaşantısını sürdürme, bireysel ve sosyal rollerini destekleme olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yaşam niteliğini arttırıcı programlarının uygulanması,
- Yaşam niteliği puan ortalamasının yüksek çıkmasında kültürün önemli bir etkisi olduğu düşünüldüğünden konuyla alakalı araştırmaların farklı kültürlerde de tekrarlanması,

- Araştırma sonuçları araştırmaya katılan şizofreni hastalarıyla sınırlı olduğundan literatüre ışık tutacağı düşüncesiyle konuyla ilgili araştırmaların farklı örneklem gruplarıyla yapılarak arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Öztürk Orhan M, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2020:189-249.
2. Aslan S, Altınöz AE. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *Tekrarlayıcı Nitelikte Bir Travma Olarak Aile İçi Şiddetin Psikoz İle İlişkisi*, 2010: 23.
3. Korkmaz C, Durat G, Tarsuslu B. An Evaluation Of The Disability, Insight and Self-Care Agency Of Schizophrenia Patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2019: 1-9.
4. Altamura AC, Pozzoli S, Fiorentini A, Dell'Osso B. Neurodevelopment and inflammatory patterns in schizophrenia in relation to pathophysiology. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2013, 42:63-70.
5. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22.1:40-52.
6. Çam Olcay, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi 2021: 245-446.
7. Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Baskı. Ankara, Nobel Tıp kitabevleri, 2016: 539-565.
8. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Roe D, David AS, Weiser M. Insight Into Psychosis And Quality Of Life. *Comprehensive psychiatry*, 2006, 47: 265-269.
9. Ulusoy S, Arslan Delice M. The Role Of Individual Assessment On Increasing The Functionality Of A Person With Schizophrenia. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015, 28: 162.

10. Gökdam EK. Şizofreni Hastalarının Içgörülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya:İnönü Üniversitesi: 2018, 44:16-21
11. Kübra İ, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme İle Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 4: 1-4.
12. David AS. Insight And Psychosis. *Br J Psychiatry*, 1990, 156: 798-808.
13. Swain E. Schizophrenia, Insight And Fitness To Plead In Court And Stand Trial. Londra: UCL (University College London), 2012, 149:87-107
14. Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda Içgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle Ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18: 129-136.
15. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek-Yüksel E. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19.
16. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3: 251-277.
17. Özçelik B, KaramustafalİoğlU O, Üstün N, Aker T, Çitak S. Süregen Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım ve Uyum Sorunları Bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Uygulamalar ve Yaşanan Güçlükler. *Düşünen Adam*, 2002, 15: 85-89.
18. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL). https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03. 18 Ekim 2021.

19. Saxena S, Orley J. Quality Of Life Assessment: The World Health Organization Perspective. *Eur Psychiatry*, 1997, 3: 263-266.

20. Soygür H. Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *Klinik psikiyatri*, 2003, 6: 9-14.

21. Kavak F, Ekinci M. Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve Işlevsel Iyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3: 588-598.

22. Soygür H, Aybaş M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni Hastaları Için Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlik ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam*, 2000, 13: 204-210.

23. Beyhan B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4: 465-485.

24. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html. 12 Eylül 2021.

25. Townsend MC. *Ruh Hastalığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Çeviri: Gürhan Nermin, Özcan CT. 6. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 335-422.

26. Tanrıverdi D**.** *Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği***,** 1. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Yayınevi, 2021: 560

27. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Çeviri: Köroğlu E. 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013: 49-51.

28. Köroğlu E. *Psikiyatri Ders Kitabı*. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2012: 33-59.

29. Özçelik EK, Yıldırım A. Schizophrenia Patients' Family Environment, Internalized Stigma And Quality Of Life. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 2018, 9.

30. Hallaç S, Meydanlioğlu A, Acar GG. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği: Öğrenci Uygulama Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1: 30-43.

31. Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar Için Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005, 8: 186-196.

32. Marková IS, Berrios GE. The Meaning Of Insight In Clinical Psychiatry. *Br J Psychiatry*, 1992, 160: 850-860.

33. Cuesta MJ, Peralta V. Lack Of Insight In Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1994, 20: 359-366.

34. Köşger F, Şahin H, Eşsizoğlu A, Aksaray G. Eksiklik Sendromu Olan Ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastalarda Içgörü ve Sosyal Işlevsellik Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014, 25: 157-162.

35. Türütgen Şimşek Z. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşam kaliteleri ve toplum içinde bakım ve tedavilerine örgütsel bir yaklaşım. 2000:211

36. Akpınar Öztürk Ş. Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesine Etkisi. 2008: 11:180-190.

37. Şimşek D. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi / Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2006, 90:47-56

38. Yıldız M, Özaslan Z, İncedere A, Kircali A, Kiras F, İpçi K. Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi ve Üstbiliş Eğitiminin Toplumsal ve Bilişsel Işlevsellik Üzerine Etkisi. 2019: 56:139-143.

39. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan FB. Psychosocial Approaches In Outpatients With Schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 2004, 27: 279.

40. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyumu, Içgörü ve Işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal,* 2019, 44: 431-438.

41. Bilge A, Ekitli GB, Embel N, Kaya FG, Turan HSK, Oğulluk MK. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki Şizofreni Hastalarina Uygulanan Öncü Belirtileri Tanıma ve Baş Etme Eğitiminin İçgörü Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi1 The Effects Of Early Symptom Discernment Training On Insight And Life Quality Of Schizophrenic Disorder. *Uluslararasi Hakemli Hemşirelik Araştirmalari Dergisi*, 2016: 52-68.

42. Bakar N. Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Erzincan: 2012, 106:47-63

43. Boylu AA, Paçacioğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi),* 2016, 8: 137-150.

44. Chi MT, Long A, Jeang SR, Ku YC, Lu T, Sun FK. Healing And Recovering After A Suicide Attempt: A Grounded Theory Study. *Journal of clinical nursing*, 2014, 23: 1751-1759.

45. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. An Empirical Conceptualization Of The Recovery Orientation. *Schizophrenia research*, 2005, 75: 119-128.

46. Ulusal Ruh Sağliği Eylem Plani (2011-2023). https://docplayer.biz.tr/2527563-T-c-saglik-bakanligi-ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani-2011-2023.html. 27 Kasım 2021.

47. Savaşan A. Etkisiz Bireysel Baş Etme ve Benlik Kavramında Bozulma Hemşirelik Tanısı Alan Alkol Bağımlılarında Tidal (Gel-Git) Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı. İzmir: Ege Üniversitesi, 2015, 197:109-143

48. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A Self-Report Insight Scale For Psychosis: Reliability, Validity And Sensitivity To Change. *Acta Psychiatr Scand*, 1994, 89: 62-67.

49. Sakarya A. Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının Içgörü ve Diğer Bilişsel Işlevlerle Ilişkisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara 2012, 150:59-69

50. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT, Jr. The Quality Of Life Scale: An Instrument For Rating The Schizophrenic Deficit Syndrome. *Schizophr Bull*, 1984, 10: 388-398.

51. Ampalam P, Deepthi R, Vadaparty P. Schizophrenia – Insight, Depression: A correlation study. *Indian J Psychol Med* 2012; 34 : 44–8.

52. Kartal NT. Şizofreni Hastalarında Içgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon ve Belirti Örüntüsü Ile Ilişkisi. Psikiyatri Ana Bilim Dalı. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi 2013, 97:53-60

53. Katschnig H. Schizophrenia And Quality Of Life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 102: 33-37.

54. Lu L, Zeng LN, Zong QQ, Rao WW, Ng CH, Ungvari GS, Li J, An FR, Xiang YT. Quality Of Life In Chinese Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Psychiatry Research*, 2018, 268: 392-399.

55. Öztürk S. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve Içgörü Ile Ilişkisi. Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2010, 93:46-64

56. Cummins RA. Moving From The Quality Of Life Concept To A Theory. *Journal of Intellectual disability research*, 2005, 49: 699-706.

57. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Satorius, N.. Toward A New Definition Of Mental Health. *World Psychiatry*, 2015, 14, 231-233.

58. Şişman, B. Karadeniz Yöresinde Misir Kültürü: Folklorik Bir Yaklasim. *Journal of International Social Research*, 2009, *2*.

59. Yeşiltaş, M. Karadeniz Bölgesindeki Turizm Olanaklarının Swot Analizi Ile Değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2009, 250-26

60. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates And Long-Term Consequences Of Poor Insight In Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33: 1324-1342.

61. Odinka, P. C., Muomah, R. C., Ndukuba, A. C., Oche, M., Osika, M. U., Owolabi Bakare, M., & Uwakwe, R. The Sociocultural Conceptualisations Of Schizophrenia And Patterns Of Help Seeking In South-East Nigeria. *Mental Health, Religion & Culture*, 2015, 18, 85-96.

62. Çifçi EG, Gök FA, Arslan E. Kurum Bakımından Toplum Temellİ Bakıma Geçiş: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2015, 26: 163-176.

63. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014, 2: 62-70.

64. Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific*, 2018, 2: 43-61.

65. Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir O. Şizofreni Hastalarında Işlevsel Iyileşme Ölceğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Noropsikiyatri Arsivi*, 2009, 46: 15-24.

66. Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001, 4: 119-123.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

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

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU[1]

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Zeynep GÜNGÖR
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	**Psikiyatri Hemşireliği**
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	**Benzerlik Oranı**	**Maksimum Benzerlik Oranları**
I. Giriş	% 11	% 15
II. Genel Bilgiler	% 17	% 35
III. Materyal ve Metod	% 29	% 35
IV. Bulgular	% 13	% 15
V. Tartışma	% 11	% 20

Not: *Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.*

Tez Yazarı (Öğrenci)	**Tez Danışmanı**
Zeynep GÜNGÖR	Doç. Dr. Özlem ALTUN ŞAHİN
26.12.2021	**26.12.2021**
İmza:	İmza:

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	ataturetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Şizofreni Hastalarının İçgörülerinin Yaşam Niteğine Etkisi / The Effect Of İnsights Of Schizophrenia Patients On Quality Of Life**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 10 Karar No: 60**	**Tarih:** 17.12.2020
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız:
   (1) 18-28
   (2) 29- 39
   (3) 40-50
   (4) 50 +

2. Cinsiyetiniz:
   (1)Kadın
   (2)Erkek
3. Öğretim düzeyiniz:
   (1)İlköğretim
   (2)Ortaöğretim
   (3)Lise
   (4)Üniversite

4. Medeni durumunuz:
   (1)Evli
   (2)Bekar

5. İş durumunuz:
   (1)İşsiz
   (2)Çalışıyor

6. Kiminle yaşıyorsunuz?
   (1)Aile
   (2)Yalnız

7. Toplam aylık geliriniz:
   (1)Asgari ücret altı (kötü)
   (2)Asgari ücret (orta)
   (3)Yüksek

8. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (var ise belirtiniz)
   (1)Var (……..)
   (2)Yok

EK-5. BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyup size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz	Doğru	Yanlış	Emin değilim
1- Hastalık belirtilerinin bazıları kendi zihnimin ürünü			
2- Akıl sağlığım yerinde			
3- İlaca ihtiyacım yok			
4- Hastanede yatmam gerekliydi			
5- Doktor bana ilaç vererek doğru bir iş yapıyor			
6- Bir doktor veya psikiyatriste görünmeye ihtiyacım yok			
7- Biri benim sinir hastalığım ya da akıl hastalığım olduğunu söylese, bu doğrudur			
8- Yaşadığım olağan dışı şeylerin hiçbiri bir hastalığa bağlı değil			

EK-6. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

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

EK-7. KURUM UYGULAMA İZİN BELGESİ



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-64247179-799
Konu : Hemşire Zeynep GÜNGÖR/Bilimsel Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Hemşire Zeynep GÜNGÖR, kurumumuza bağlı Rize Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde **"Şizofreni Hastalarının İçgörülerinin Yaşam Niteliğine Etkisi "** konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup,çalışma süresince değişikliğe gidilmeden;sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde,hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde **08/02/2021-01/07/2021** tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

EK-8. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ KULLANMA İZNİ



Gmail

(konu yok)
3 ileti

9 Eylül 2020 13:09

Sayın Haldun Soygür,
Ben Zeynep GÜNGÖR, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde kullanmak üzere geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığınız Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konu ile ilgili izninizi ve görüşlerinizi iletirseniz memnun olurum.

9 Eylül 2020 22:43

Sayın Güngör,
ölçeği memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin

İyi akşamlar

Haldun Soygür

9 Eylül 2020 Çarşamba 13:09:24 GMT+3 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

21 Eylül 2020 20:15

Teşekkür ederim, sağ olun

iPhone'umdan gönderildi

HALDUN SOYGUR şunları yazdı (9 Eyl 2020 22:43):

[Alıntılanan metin gizlendi]

EK-9. TEZ ADI /KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI/KONUSU DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Zeynep GÜNGÖR
Ana Bilim Dalı	**Psikiyatri Hemşireliği**
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Psikiyatri HemşireliğiAna Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığını yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı/İçeriği aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 04.03.2022

Doç. Dr. Özlem ŞAHİN ALTUN

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒ Tez İçeriği Değişikliği[1] ☐
Tezin Eski Adı	ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİNİN YAŞAM NİTELİĞİNE ETKİSİ
Tezin Yeni Adı	ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİ İLE YAŞAM NİTELİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
Tezin İngilizce Adı	THE RELATIONSHIP BETWEEN INSIGHTS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND THEIR QUALITY OF LIFE
Değişikliğin Gerekçesi	Regresyon bakılmadığı için isim değişikliğine gidilmiştir.

Tez İzleme Komitesi Üyeleri (Bu kısım sadece doktora öğrencileri tarafından doldurulacaktır)

			İmza
1	Unvan-Adı-Soyadı.	Kurumu, Ana Bilim Dalı.	
2	Unvan-Adı-Soyadı.	Kurumu, Ana Bilim Dalı.	
3	Unvan-Adı-Soyadı.	Kurumu, Ana Bilim Dalı.	

[1] Lütfen yeni tez önerisini ekleyiniz. Tez konusu değişen doktora öğrencileri yeni tez konusu kabul edildikten sonra en az 3 kere Tez İzleme Komitesi Ara Raporu sunmak zorundadır.

OF08_V3_03.11.2019