



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFREN HASTALARIN UMUT DÜZEYİNİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

DİLEK YILDIRIM LÜLE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

İstanbul

2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Dilek YILDIRIM LÜLE

Tez Başlığı : Şizofren Hastaların Umut Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 16.09.2009

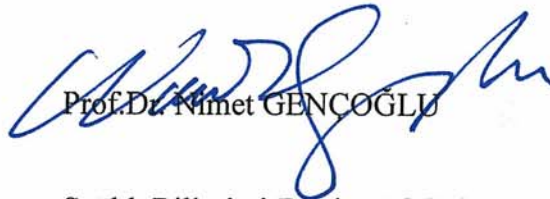
Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu
Yrd. Doç.Dr. Gül ÜNSAL BARLAS	Marmara Üniversitesi
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)	
Yrd. Doç.Dr. Özlem IŞIL	İstanbul Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK	İstanbul Üniversitesi

İmza



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22./10./2009 tarih ve 52 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih

Dilek YILDIRIM LÜLE

II. TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmaktan çok keyif aldığım, hayatımda olmasından mutluluk duyduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlanmamı sağlamasının yanısıra manevi desteğini eksik etmeyen değerli hocam, tez danışmanım Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Yard. Doç. Dr. Gül ÜNSAL'a

Hocalık ve insani yönünü örnek aldığım, tanıdığımdan itibaren bilgisini, sevgi yönünden duygusal varlığını hep yanımda hissettiğim çok değerli hocam Yard. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a

Öğrenciliğim ve tez çalışmalarım sırasında her türlü desteği veren çok kıymetli hocalarım Araş. Görv. Dr. Semra ÇIĞRIKÇI, Araş. Görv. Dr. Nevin ONAN'a

Bu tezi yaparken çalışma hayatımda benden desteğini esirgemeyen ve her zaman destekçim olan başta Gülden Özdemir'e, Sevgi Büker'e, okul arkadaşım ve dostum Yadiğar ÇEVİK'e

Çalışmamda yer alan tüm şizofreni hastalarına ve klinikte görevli hemşire arkadaşlara, son olarak manevi desteğini esirgemeyen aileme ve varlığından mutluluk duyduğum eşime çok teşekkür ederim.

DİLEK YILDIRIM LÜLE

III. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. BEYAN	ii
II. TEŞEKKÜRLER	iii
III. İÇİNDEKİLER	iv
IV. TABLOLULAR DİZİNİ	vi
V. EKLER DİZİNİ	vii
VI. KISALTMALAR	viii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Şizofreni.....	5
4.1.1. Şizofreni tanımı.....	5
4.1.2. Şizofren tarihçesi.....	5
4.1.3. Şizofreni sınıflandırılması.....	7
4.1.4. Şizofreni belirtileri.....	7
4.1.5. Epidemiyoloji.....	11
4.1.6. Etiyoloji.....	12
4.1.7. Prognoz ve sonlanım.....	14
4.2. Yaşam Kalitesi.....	15
4.2.1. Şizofreni ve yaşam kalitesi.....	18
4.3. Şizofreni ve Umut.....	18
5. GEREÇ ve YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın Tipi.....	20
5.2. Araştırmadan Beklenen Sonuçlar.....	20
5.3. Araştırmanın Uygulama Alanı.....	20
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	20
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	20

5.6. Verilerin Toplama Tekniği Ve Araçları	21
5.7. Çalışma Planı.....	23
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	24
6. BULGULAR.....	25
7. TARTIŞMA.....	53
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	61
9. KAYNAKLAR	62
10. EKLER.....	72
11. ÖZGEÇMİŞ.....	86

IV. TABLOLOR DİZİNİ

- Tablo 1:** Hastaların Kişisel Özellikleri
- Tablo 2:** Hastaların Ailesel ve Hastalığa İlişkin Özellikleri
- Tablo 3:** Hastaların Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanların Dağılımı
- Tablo 4:** Hastaların Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki
- Tablo 5:** Hastaların Cinsiyete Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 6:** Hastaların Yaş Gruplarına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 7:** Hastaların Medeni Durumlarına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 8:** Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 9:** Hastaların Mesleklerine Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 10:** Hastaların Sosyal Güvence Varlığına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 11:** Hastaların Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 12:** Hastalığın Başlangıç Yaşına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 13:** Hastaların Hastalığını Bilme Durumuna Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 14:** Hastaların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 15:** Hastaların Tedavilerini Kendi İsteği ile Sürmesine Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 16:** Hastaların Son 3 Aydır İlaçların Düzenli Kullanılmasına Göre Umut Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

V. EKLER DİZİNİ

EK 1 HASTA BİLGİ FORMU

EK 2 KISA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL-BREF(TR))

EK 3 HERTH UMUT ÖLÇEĞİ

EK 4 HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

EK 5 HASTA ONAM FORMU

EK 6 ETİK KURUL ONAYI

EK 7 UZMAN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN AKADEMİSYEN LİSTESİ

VI. KISALTMALAR

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition/ Akıl hastalıklarının tanısai ve istatiksai sınıflaması
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ICD -10	The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders/ICD -10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması
WHOQOL -BREEF	Dünya Sağlık Örgütü Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. ÖZET

Bu çalışma; bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören şizofren hastaların umut düzeyinin yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki belirleyici olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini; sağlık bakanlığına bağlı bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinin genel psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören şizofren hastalar oluşturdu. Evreni temsil edecek örnekleme hastanesinin sekiz genel psikiyatri servisinde 2008 yılında yatarak tedavi görmüş, ICD-10'a göre Şizofrenik Bozukluk tanısı almış 180 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında hastaların kişisel özelliklerini belirlemek için "Hasta bilgi formu"; umut düzeyini ve yaşam kalitesi belirlemek için "Herth Umut Ölçeği", "Dünya Sağlık Örgütü Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanıldı. Tüm veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; Ortalama standart sapma, frekans dağılımı, Oneway Anova testi, Student t ve ileri analizde ise Tukey HSD testi kullanıldı. Çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için bilgisayar programı kullanıldı. Araştırmaya katılan 180 şizofreni hastasının ortalama yaşları 38.26 ± 8.97 , %53,3'ü kadın %46,7'si erkek, %65,6'sı hiç evlenmemiş, %54,4 ilköğretim mezunu, %90,6'sının sosyal güvencesinin olduğu, %42,2'sinin 1-2 kez hastaneye yattığı bulgusuna ulaşıldı. Hastaların toplam umut puanı ortalaması 53.80 ± 14.91 , yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel alan puanı 22.94 ± 5.33 , psikolojik alan puanı 20.11 ± 4.64 , sosyal alan puanı, 8.58 ± 2.07 , çevresel alan puanı 27.79 ± 5.66 , kültürel alan puanları; 31.43 ± 6.03 olarak tespit edildi. Hastaların yaşam kalitesinin alt ölçekleri ile umut ölçeğinin alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Umut ölçeği ve yaşam kalitesi ile meslek, sosyal güvence, yatış sayısı ve ilaçlarını düzenli kullanma arasında anlamlı ilişkiler belirlendi. Çalışmanın sonucunda şizofreni hastaların yaşam kalitelerini etkileyecek, umutlarının azalmasına neden olacak etmenlerin ortadan kaldırılması için eğitim programlarının uygulanması, rehabilitasyon merkezlerinin aktif kullanılması önerilerinde bulunuldu.

Anahtar Sözcükler: Umut, şizofreni, yaşam kalitesi

2. SUMMARY

THE EFFECT OF HOPE LEVEL ON THE QUALITY OF LIFE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

This study was conducted in the Mental Hospital Research and Education Center with schizophrenic in-patients to determine the effects of hope levels on their quality of life as a definer and determinant of relation. The population of this study is schizophrenic in-patients in general psychiatry clinic in the Mental Hospital Research and Education Center. 180 subjects diagnosed with schizophrenic impairment according to ICH-10 are the sample representing the population and these subjects took in-patient treatment in eight general clinics of the hospital in 2008. In data collection, Herth Hope Scale and World Health Organisation Short Quality of Life Scale were used to obtain the hope level and quality of life. Additionally, Patient Information Form were administered to determine the personal characteristics of the patients. In this study, all data was assessed in electronic environment and Average Standard Deviation, Frequency Distribution, Oneway Anova test, Student t and in advanced analysis Tukey HSD were used in the assessment of the data. Findings were evaluated in computer program for the statistical analysis. The median age was 38.26 ± 8.97 , %53.3 were female, %46.7 were male, %65.6 were never married before, %54.4 were graduated from the primary school, %90.6 had social security, %42.2 were hospitalized for 1 or 2 times of these 180 schizophrenic patients who were participated in the study. The average total hope score is 53.80 ± 14.91 and we found physical area score as 22.94 ± 5.33 , social area score as 8.58 ± 2.07 , environmental area as score 27.79 ± 5.66 , cultural area score as 31.43 ± 6.03 . There was a statistically significant relationship in subjects between subscales of quality of life and subscale of hope scale. Hope scale and quality of life have significant relationship in social security, job, administration of drugs regularly, and number of in-patient treatment. In conclusion, it was suggested that the education program should be administered to schizophrenic patients in order to abolish the agents which effects their quality of life and causes decrease in their hope levels and the patients should go to rehabilitation centers actively.

Key Words: Hope, Quality of life, schizophrenia

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasına çekildiği ruhsal bir bozukluktur (103).

İnsanı, gençlik yıllarından başlayarak üretim dışına itebilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına neden olan bu bozukluğun topluma maliyeti oldukça yüksektir (37). Hastalığın özelliğine ve uygulanan tedaviye bağlı olarak şizofreni hastaları günlük yaşam aktiviteleri, motivasyon, iletişim becerileri, üretkenlik ve uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar (103).

Şizofreni etiyojisi bilinmeyen bir bozukluktur. Yıllar boyunca, klinik tabloyu belirleyebilmek ve bu durumu başka bozukluklardan ayırt edebilmek amacıyla bir dizi farklı belirti ve bulgu tanımlanmıştır. Son yıllarda bozukluğun varlığını doğrulayabilecek, klinikte yararlı olabilecek laboratuvar testleri ya da biyolojik belirteçler ortaya koymak üzere çok sayıda girişimde bulunulduğu halde, tanı esasen hala klinik ölçütlere dayalıdır. Şu anda dünyada psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılan iki sistem vardır. Biri Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV'ü(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition/ Akıl hastalıklarının tanıs ve istatistiksel sınıflaması) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütü' nün ICD -10'u (The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders/ ICD -10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması)dır (74,108).

Umut, insanoğlunun doğasında bulunan, yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan en değerli kaynaktır. Umut, bireyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasına olanak tanıyan bir güçtür. Bireyin yaşamı, bağımsızlığı, işlev ve yetenekleri için umut dünyadan gelen tepkilerdir. Bu tepkiler olmadığında sorun başlar (60).

Şizofreni; umudun iyileştirici, tedavi edici etkisine en çok gereksinim duyduğumuz hastalıklardan birisidir. Hastalığın iyileşmesinin önündeki engellerden biri de umudun yitirilmesidir. Şizofrenide umudun tekrar kazanılması tedavide bir dönüm noktasıdır. Bunun en temel prensiplerinden bir tanesi umut dolu tutumu arttırmaktır (71,108).

Şizofreni hastalarında umudun incelendiği araştırmalar sınırlıdır. Lysaker ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu bir araştırmada; şizofreni hastalarında umut, içgörü ve baş etme becerileri incelenmiş ve içgörü umut arasında anlamlı bir etkileşim olduğu görölmüştür. Ayrıca bu çalışmada, içgürüsü ve umudu yüksek olan hastaların daha adaptif baş etme becerileri sergilediklerini, yüksek içgürüsü ama düşük umudu olanların daha az adaptif baş etme becerileri kullandıkları gözlenmiştir (73).

Kronik şizofreni hastalarının deneyimlediği umudun doğası üzerine yapılan bir çalışmada; hastaların umutlarını korumak için uğraştıkları ve gerçekten onları destekleyecek birisine ihtiyaç duydukları bulunmuştur (65).

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir. Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik hallerinin nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi anlaşılmaktadır. Yaşam kalitesi arzu edilen ve mevcut olan yaşam biçimi arasındaki farkı yansıtır.

Şizofreni; genç yaşta başlayan ve kronik bir gidiş gösteren hastalık olduğu için, hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz etki yapmaktadır (107).

Bu çalışma; şizofren hastalarının umut düzeylerinin yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Şizofreni

4.1.1. Şizofreni tanımı

Şizofreni geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur. 19. yüzyıldan kalma bir etki ile, halk arasında korku uyandıran ve “erken bunama” diye bilinen bu hastalık, genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü içe kapanım dünyasında yaşadığı; düşünce, duygu, konuşma, iletişim, sosyal ilişkiler, dikkat,dürtü denetimi, gerçeği değerlendirmenin bozulmuş olduğu, heterojen özellik gösteren psikotik bir hastalıktır (37,98).

4.1.2. Şizofreni tarihçesi

Eski çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirti gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmektedir (1).

17. yüzyılda Willis’in, 18. yüzyılın başında İngiltere’de John Haslam ve George Man’ın “gençlik çağında başlayan endojen yapılı içe kapanma, düşünce ve heyecan bozukluğu ile belirli” olarak tanımladıkları ve bir ad vermedikleri bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir. “Demantia preacox (erken bunama)” deyimini ilk olarak Morel, 1852 yılında kullandı. 1871’de Hecker “hebefreni”yi ve 1874’de Kahlbaum “katatoni”yi tanımladıktan sonra, 1896’da tanımış Alman ruh hekimi Kreapelin bu iki hastalık tipine, paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, hepsini “dementia preacox” ismi altında topladı (32,88).

Şizofreni denilince akla gelen bir diğer önemli isim olan Eugen Bleuler, 1911 yılında “dementia precox” yerine literatüre şizofreni (us yarılması) terimini kazandırmıştır. Bu terim ile düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki bölünmeyi (schisms) belirtmeye çalışmış, “demantia praecox” tanımının kapsamını da eleştirerek, bu durumunun tek bir hastalıktan çok heterojen bir grup olduğunu belirtmiştir. Bleuler, erken başlangıç ve şiddetli yıkımın sadece ağır vakalarda görüldüğünü ve şizofreninin

mutlaka yıkımlı bir gidişe sahip olmasının gerekmediğini vurgulamış; hastalığa kesitsel bir yaklaşım getirmiştir. Bleuler, şizofreni hastalarındaki zihinsel bölünme teorisi için primer belirtileri tanımlamış, bu temel belirtileri şizofreninin 4A'sı olarak isimlendirmiştir. Bleuler, temel olarak patolojinin çağrışım bozukluğunda olduğunu, bunun yanında ambivalans, otizm ve duygulanım bozukluğunun da gerektiğini varsanı ve sanrıların ise ikincil belirtiler olduğunu vurgulamıştır. Alternatif etiyofizyopatolojik model şizofreniyi, tek bir hastalık olmaktan çok, klinik bir sendrom şeklinde kavramlaştırmaktadır (84,98).

Psikobiyojoloji okulunun kurucusu olan Adolf Meyer, şizofreni ve diğer mental bozuklukları çeşitli yaşam streslerine karşı birer tepki olarak değerlendirmiş, bu sendroma da bu yüzden "şizofrenik" reaksiyon adını vermiştir. Kişiler arası psikoanalitik okulun kurucusu olan Harry Stack Sullivan, toplumsal izolasyonun şizofreninin hem bir nedeni hem de belirtisi olduğu üzerinde durmuştur. Gabriel Langfeldt kurumsal formülasyonlara girmektense deneysel deneyimlerden yola çıkarak bir takım ölçütler tanımlamıştır (37,88). Langfeldt, bu bozukluğu gerçek şizofreni ve şizofreniform psikoz olarak ikiye ayırmıştır (37,88).

Gerçek şizofreni tanısını, sinsi bir başlangıç, otizm, duygusal küntlük, depersonalizasyon, derealizasyon belirti ve bulgularına dayandırmıştır. Langfeldt'den sonra araştırmacılar gerçek şizofreniyi; "çekirdek şizofreni", "süreç (process) şizofreni" ya da, "remisyona girmeyen şizofreni" olarak da adlandırmaktadır (1).

Freud da şizofreniyi, "birincil özseverlik (narsisizm)" dönemine gerileme sonucunda ortaya çıkan, bir klinik tablo olarak ele almıştır. Psikanalistler de, şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve birincil narsisistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu, kabul ederler. Böyle bir zeminde çevre ilişkilerinde küçük büyük incinmeler, bu gerileme eğilimini kamçılarlar (37,88).

20 yüzyıl ortalarında Kurd Schneider, şizofrenide en sık rastlandığına inandığı belirtilere "birinci sıra belirtiler" adını vermiştir. Şizofreni tanısı için, kendilik ve dış dünya arasındaki engeli bozan 11 tane birinci sıra belirtisi tanımlamıştır. Schneider bu belirtilerin (düşünce yayılması, düşünce sokulması, tartışan ve yorum yapan sesler)

sadece şizofreniye özgü belirtiler olmadığını, ancak bunların tanı koymada pragmatik değerlerinin büyük olduğu üzerinde durmuştur (36,88,98).

4.1.3. Şizofreninin sınıflandırılması

Şizofreni etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Yıllar boyunca klinik tabloyu belirleyebilmek ve bu durumu başka bozukluklardan ayırt edebilmek amacıyla bir dizi farklı bulgu ve belirti tanımlanmıştır. Son yıllarda bozukluğun varlığını doğrulayabilecek ve klinikte yararlı olabilecek labarotuvuar testleri ya da biyolojik belirteçler ortaya koymak üzere çok sayıda çalışmalarda bulunulduğu halde tanı hala klinik ölçütlere dayalıdır (24,34,57,69,76).

Şizofrenin klasik alt tipleri, değerlendirme sırasında gözlenen baskın semptomlara bakılarak tanımlanır. Psikiyatri alanında başlıca iki güncel sınıflama vardır. Uluslar arası Hastalık Sınıflaması ve İlişkili Sağlık Sorunları (ICD-10) ile Zihinsel Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV) (24,34, 57,69,76).

4.1.3.1. Şizofreni için DSM-IV tanı kriterleri

A) Karakteristik semptomlar: Bir aylık dönemin (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) önemli bir bölümünde aşağıdakilerin en az ikisinin bulunmasıyla karakterize aktif faz semptomları:

1. Hezeyanlar
2. Halüsinasyonlar
3. Dezorganize konuşma (sıklıkla enkoherans veya konu dışı konuşmalar)
4. İleri derecede dezorganize yada katatonik davranış
5. Negatif belirtiler, duygusal küntlük, aloji yada avolisyon (düşünce içeriğinin yoksullaşması veya istem yokluğu)

Not: Hezeyanlar biraz ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranışları veya düşünceleri hakkında sürekli yorum yapmakta olan seslerden iki yada daha fazla sesin bir birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa, A tanı ölçütünden sadece bir belirtinin olması yeterlidir.

B) Toplumsal /mesleki işlev bozukluğu: Mesleki, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlasında işlevselliğin, hastalık öncesi döneme göre belirgin olarak bozulması (hastalık çocukluk yada ergenlik döneminde başlamış ise kişiler arası ilişki, akademik veya mesleki alanlarda beklenen düzeye ulaşmakta yetersizlik).

C) Süre: Bu bozukluğun devam ettiğini gösteren belirtiler en az 6 ay süreyle bulunmaktadır. Bu süre en az 1 ay süren aktif dönemi (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) içermelidir. Prodromal ve rezidüel dönemler de bu süreye dâhil olabilir.

D) Şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik bulgulu duygudurum bozukluğu dışlanmıştır. Bunun nedeni, aktif evre ile birlikte depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmaması ve aktif evre sırasında duygudurum belirtileri de olmuşsa bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa sürmesinden dolayıdır.

E) Madde kullanımı ve genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) yada genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F) Yaygın gelişimsel bir bozuklukla olan ilişki: Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ve varsanılar da mevcutsa şizofreni ek tanısı konulabilir (84,98).

4.1.3.2. Şizofreni için ICD 10 tanı kriterleri

ICD 10 Şizotipal bozukluğu şizofrenik bozukluktan ayırmıştır. Ancak her iki bozukluğunda muhtemelen genetik ilişkisi ileri sürülmektedir. Ayrıca delüzyonel bozukluğun şizofreniden farklı bir hastalık olduğunu, şizofreniyle ilişkisi olmadığını belirtmiştir. ICD 10'a, göre şizofreni tanısı için 9 semptom önemlidir.

1. Düşünce yankılanması, sokulması, çekilmesi, yayınlanması
2. Kontrol edilme, etkilenme ve pasivite hezeyanları
3. Hallüsinatuvar sesler
4. Kültürel olarak uygunsuz ve olanaksız süreklilik gösteren hezeyanlar

5. Israrlı hallüsinasyonlar
6. Düşünce kopukluklar veya düşünce sokulması
7. Katatonik Davranış
8. Sosyal içe çekilme ve zayıf sosyal performansla sonuçlanan negatif belirtiler
9. Tüm davranışlarda değişme

DSM IV' ün aksine ICD 10 tanı için 1'den 4'e kadar olanlardan en az birinin belirgin olduğu veya ikisinin daha az belirgin olduğu veya 5'ten 8'e kadar olan semptomlardan en az ikisinin bir ay veya daha uzun süredir varlığını gerekli kılar. Bir aydan daha kısa süren için benzer durumlar şizofreni benzeri bozukluklar olarak isimlendirilir. Şizofreni tanısı koymak için altı aylık süre ikisinde de geçerlidir (8,84,90).

4.1.3.2. Şizofreni DSM IV alt tipleri ve tanı ölçütleri

Şizofreni, sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma (örn, sık sık konu dışı sapmalar gösterme ya da enkoherans), ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış, negatif semptomlar, yani duygulanımda düzleşme konuşamamazlık veya istemsizlik gibi semptomlara ve karşılaşılan klinik tabloya göre; paranoid tip, ayrışmamış (farklılaşmamış =diferansiye olmamış) tip, dezorganize (hebefreni) tip, rezidüel tip ve katatonik tip olarak 5 alt tipe ayrılır (26,57,69,76,93,106).

Paranoid şizofreni

Hastalığın en sık rastlanan biçimi olan paranoid şizofreninin başlıca özelliği, bilişsel işlevselliğin ve duygulanımın göreceli olarak korunduğu bir kapsamda, belirgin hezeyanların ya da işitme halüsinasyonlarının varlığıdır (66). Klasik olarak paranoid tip şizofreni çoğunlukla büyüklük sanrısının varlığı ile belirlenir. Bu hastalar, hastalığın ilk epizodunda genellikle katatonik ve dezorganize hastalara göre daha yaşlıdırlar. Tipik paranoid şizofren hastalar gergin, şüpheli, savunucu ve tevbirlidirler. Aynı zamanda, düşmanca veya saldırgan davranışlar sergilerler. Paranoid şizofren hastalar bazen sosyal ortamlara yeterince adapte olabilirler (57).

Ayrışmamış şizofreni

İkinci sıklıkta izlenen biçim ayrışmamış şizofrenidir. Bu tip şizofrenide herhangi bir tip sanrı ve varsanı baskındır, ayrıca enkoherans (dağınıklık, bilgileri toparlayamama) ile ileri derecede dezorganize davranış bu tabloya eşlik eder (76). Tanı diğer alt tiplerin dışlanmasıyla konulabilmektedir (84).

Dezorganize şizofreni

Dezorganize şizofreninin başlıca özellikleri, garip konuşma, acayip davranışlar, donuk ya da uygunsuz duygulanım durumudur (66). Hastalığın başlangıcı, genelde 25 yaş öncesi gibi erken yaşlardadır.

Dezorganize hastalar genellikle amaçsız, dağınık bir biçimde aktiftirler. Düşünce bozuklukları belirgin ve gerçek ile ilişkileri zayıftır (9,69).

Rerezidüel şizofreni

Rezidüel şizofreni geçmişinde en azından bir psikotik dönem yaşamış ve şizofreni tanı ölçütlerini karşılamış, ancak artık psikotik bulguları olmayan hastalar için kullanılır. Negatif bulgular ya da kalıntı bulgular veya her ikisine ait kanıtlar gösterirler. Bu durum kronik olabilir ya da hastalıktan tam iyileşmeye bir geçiş dönemi olabilir (84).

Katatonik şizofreni

Katatonik şizofreni, şizofreni alttipleri arasında en nadir görülenidir. Temelinde motor bozukluk vardır. Günümüzde katatonik şizofreni önceki yıllarda görüldüğünden çok daha seyrek izlenmektedir (57,69,76).

4.1.4. Şizofreni belirtileri

Şizofreni belirtileri iki kategoride sınıflandırılır. Pozitif belirtiler ve negatif belirtiler (103).

Pozitif belirtiler: Beynin işlevselliğinde aşırılaşma ve bozulma

Belirti	Bozulan İşlev
Varsanı	Algı
Sanrılar	Düşünce
Düşünce süresi ve yapısı	Dil

Garip davranış	Davranış organizasyonu ve kontrolü
Uygunsuz Duygulanım	Duygulanım

Negatif belirtiler: Beynin işlevselliğinde azalma ya da kaybolma

Belirti	Bozulan işlev
Aloji	Düşünce ve konuşmanın üretimi ve akıcılığı
Duygulanımda küntleşme	Duygusal ifadenin tonu
Avolusyon/Apati	İstek ve dürtü
Anhedoni/ Asosyalite	Duygusal bağlanma ve zevk alma kapasitesi
Dikkatte bozulma	Dikkat
Hareketlerde yavaşlama	Hareket

4.1.5. Epidemiyoloji

Şizofreni birçok bireysel ve ekonomik bedelleri olan, dünyadaki önde gelen halk sağlığı problemlerinden biridir. Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi alanlarda görülür. İnsidans ve prevalans oranları, dünyanın her yerinde yaklaşık olarak birbirine eşittir (37,19,84).

DSÖ'nün on ülkede gerçekleştirdiği epidemiyolojik araştırmada şizofreni yaygınlığının binde 0.07-0.14 arasında olduğu bildirilmiştir (89). Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %1-1.4 arasında olduğu belirtilmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski ise her iki cinsiyet için yine yaklaşık %1 olarak düşünülmektedir (46). Kabaca her yıl 10.000'de 1 kişide şizofreni geliştiği bildirilmektedir (50). Ender olarak şizofreninin epidemiyolojik literatür'ünde çok düşük yaygınlık oranları da bildirilmiştir. Londra'da gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise binde 5.13 gibi yüksek bir yaygınlık saptanmıştır. Sözü edilen araştırmada bu oran Londra'nın yoğun göç alan alt sosyo-ekonomik özelliklere sahip bölgesinde yapılmış olup, sosyo-demografik özelliklerin hastalık yaygınlığını etkilediğine işaret etmektedir (51,89).

4.1.6. Etiyoloji

Şizofreni araştırmalarında büyük ilerlemelere rağmen hastalık için spesifik etiyolojik faktörler veya patogenik süreçler kesin olarak tanımlanamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler eskiden beri organik ve psikososyal olmak üzere iki ana kümede tartışılmış olsa da, 20-30 yıldan beri şizofreni, giderek artan bir yaygınlıkla, beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Hastalığın asıl nedeninin henüz kanıtlanamamış bir beyin bozukluğu olduğu görüşü kesinlik kazansa bile, bu rahatsızlığın ortaya çıkışında ve zaman zaman görülen alevlenmelerde çevresel-zihinsel etkenlerin varlığı da önemsenmektedir (81,90).

Şizofreni tek tip bir hastalık değildir. Böyle bir hastalıkta çok değişik oluş nedenlerinin bulunması doğaldır. Organik yönden yapılan araştırmaların yanı sıra psikolojik ve çevresel etkenlerin araştırılması da önemli bir konu olmuştur (90).

Yapısal beyin görüntüleme, işlevsel görüntüleme ve histopatolojik çalışma bulguları beyinde en çok etkilenen bölgelerin frontal ve temporal loblar olduğuna işaret etmektedir. Patofizyolojisinde dopamin sistemi ve glutamat, serotonin, GABA gibi diğer nörotransmitter sistemler rol almaktadır. Dopamin hipotezine göre dopaminin regülasyonunda bozukluk mevcuttur: Prefrontal kortekste dopamin seviyesinde azalma, subkortikal ve limbik bölgelerde ise artma olduğu ileri sürülmektedir. Kortikal dopamindeki azalmanın hipofrontalite, bilişsel işlevlerde bozulma ve negatif belirtilere ilişkili olduğu, artmış subkortikal ve limbik dopaminin ise pozitif belirtilerden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Şizofreni etiyojisine yönelik araştırmalarda önemli bir kavramsal tartışma şizofreninin nörogelişimsel mi yoksa nörodejeneratif bir hastalık mı olduğudur. Çalışmaların büyük bir kısmı hastalığın patofizyolojisini nörodejeneneratif süreçten çok nörogelişimsel bir süreçle açıklayan bulgular içermektedir. Nörogelişimsel bozukluk, gelişimin erken döneminde genetik etkenlerin ve/veya obstetrik komplikasyonlar gibi çevresel stresörlerin beyinde meydana getirdiği değişikliklerden kaynaklanıyor olabilir. Gelişimin sonraki aşamalarında ortaya çıkan çevresel faktörler ise genetik ve nörogelişimsel bozuklukların etkisini belirginleştirebilir veya azaltabilir. Şizofreninin etiyojisi henüz tam olarak anlaşılamamış olmakla birlikte, gelecekte yeni

moleküler genetik, yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme yöntemleri ile yapılacak çalışmaların hastalığın patogeneziyi aydınlayacağı umulmaktadır (39).

Şizofreni görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden biraz daha azdır. Kırsal alanda şizofreni sıklığı, kentsel alana göre daha azdır. Şizofreni, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha ağır seyretmektedir. Şizofreni hastaları, madde kötüye kullanımını için artmış risk taşırlar, %90 kadar hasta nikotin bağımlısı olabilir (19,84).

Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar. Hastalığın başlama yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35'dir. 10 yaşından önce 50 yaşından sonra nadirdir (50,89). Goldacre ve arkadaşları (1994) daha yakın bir araştırmada şizofreni sıklığını kadınlar için 100.000'de 11,4, erkekler için ise 100.000'de 15,1 olarak bildirmektedirler.

Genetik araştırmalar Kallmann'dan bu yana sürmektedir. Bu dönemde (1938-1946) araştırmacıların saptadıkları iki temel bilgi mevcuttur. İlki, şizofreninin şizofrenik üyelere sahip ailelerde daha sık görülmesidir. Diğeri ise hastalığın sıklığının akrabalığın yakınlığına göre artmasıdır. Akrabalık ilişkisi ile şizofreni arasındaki bağlantının yüksek oranda bulunduğu belirtilmiştir. Buna karşın zaman içinde yapılan araştırmalarda ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları ve aile araştırmalarında şizofrenideki genetik faktörlerin önemi vurgulanmıştır. Tüm araştırmalar şizofrenilerin akrabalarında şizofreniyi yüksek oranda bulmaktadır. Birçok araştırmada birinci derece akrabalarda bu hastalığın görülme oranı %10-15 arasında verilmektedir. Ebeveynlerden biri şizofrenik ise çocuklarda görülme oranı %12, ikisi şizofrenik ise bu oran %35-45 kadar olmaktadır. Herhangi bir akrabasında şizofreni olmayan insanlarda hayat boyu şizofreni gelişme olasılığı %1'dir. Herhangi bir akrabasında şizofreni olan bir kişide bu oran %2.5'a çıkmaktadır. Dizigotlarda kardeşlerden biri hasta ise bu oran %10-14, monozigotlarda ise bu oran %40-87 kadardır. Genel toplumda oranın %1 kadar olduğu düşünüldüğünde genetik katkının önemi kolayca görülebilecektir.

Şizofreni yaygınlığının özellikle sanayileşmenin yoğun olduğu büyük kentlerin alt sosyoekonomik kesimlerde yüksek olduğu bildirilmiştir (89).

Sosyoekonomik koşullar ile psikiyatrik morbidite arasında sıkı bir bağ olduğu kanıtlanmıştır. Şizofreni toplumda her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilmektedir. Ancak düşük sosyoekonomik kesimlerde enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersizliği,

yoksulluk ve buna bağlı daha çok stres faktörlerinin varlığı şizofreni sıklığı ve yaygınlığını arttıran bir etken olarak görülebilmektedir (89).

Şizofrenide doğum komplikasyonları hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici belli başlı etkenler arasında yer almaktadır (89).

Annedeki preeklempsi çocukta şizofreni gelişmesi riskini arttırmaktadır, aynı zamanda fetal hipoksi de risk arttırıcı faktörler arasında sayılmaktadır. Fetal hipoksinin yanı sıra hamilelik esnasındaki influenza, düşük doğum ağırlığı, Rh uyuşmazlığı gibi faktörlerin tek başlarına olmasa bile diğer faktörlerle birlikte şizofreni riskini arttıran etkenler olduğu düşünölmektedir. Kış ve ilkbahar aylarında doğanlarda da şizofreni riskinde hafif bir artış izlenmiştir. Ancak diğer çalışmalarda bu bulguyu destekleyen sonuçlar elde edilememiştir (89).

Alkol kullanım sıklığı (%63.3) ve alkol bağımlılık sıklığı da (%8.1) genel toplumdaki verilere göre daha yüksektir. Ülkemizde genel toplumda yapılan çalışmalarda alkol kullanım sıklığı %33.5 ve alkol bağımlılığı %0.8 olarak bildirilmiştir. Birkaç çalışmada psikotik olgularda alkol kullanımının yüksek oranlarda olduğu bildirilmiştir (6,62).

Genel olarak şizofreni hastalığı olan kişilerde %50-90 arasında sigara iim oranları bildirilmektedir (27,89,92). Türkiye’de de bu rakamlarla kısmen uyumlu olarak, ayaktan başvuran tüm psikiyatrik hastalarda sigara kullanım sıklığı %29 olarak bildirilirken şizofreni hastalığı olan hastalarda bu oran %45 ve %50 olarak aktarılmaktadır (102). Araştırmacılar tarafından bu veriler toplumdaki sigara kullanımı oranları ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de ve Japonya’da şizofrenisi olan hastalardaki sigara kullanımı oranlarının genel toplum ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu hesaplanmıştır (82,102). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin daha yüksek nikotin ve katran içerikli sigaralar içtiği ve bu sigaraları bitişine çok yakın noktalarına kadar içtikleri gözlenmiştir. Bu durum kendisini hastaların parmak ve tırnaklarında kalan sarımsı izler ve sigara yanıkları ile belli etmektedir (89).

4.1.7. Prognoz ve sonlanım

Şizofreni çok değişik prognoz ve sonlanış özellikleri gösteren, kronik bir bozukluktur. Prognoz ve sonlanışın değerlendirilebilmesi için, kullanılan ölçütler şunlardır: Hastalık belirtileri, iş uyumu, toplumsal uyumu, hastaneye yatış sayısı ve süresi, bilişsel yetiler, genel sağlık ve intihar girişimidir. Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca

böyle sürüp giderken, aktif hastalık dönemleri ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra, gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu, rezidüel şizofreni türüne dönüşebilir (37,57).

Bazı hastalarda delikanlılık ya da gençlik çağında, oldukça kısa sürede çok renkli pozitif belirtilerle ağır psikotik nöbet ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek negatif belirtilerin baskın olduğu, kronik rezidüel şizofreniye dönüşebilir. Bazen aktif pozitif belirtiler yıllarca sürebilir (kronik paranoid şizofrenide olduğu gibi). Bazı hastalarda da iyileşmeler ve depresyonlarla hastalık yıllarca sürebilir. Hastaların bir kısmı çok az, bir kısmı da tamamen yakın iyileşebilirler. Hastaneye yatarak tedavi görmüş hastalar sürekli ilaç kullanmış olsalar bile, yaklaşık % 35-40'ı ilk yıl içinde ikinci bir nöbet geçirirler. Nöbet sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastalığın gidişi ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. En az bir yıl izlemedikçe, gidiş ve sonlanış hakkında kesin bir şey söylemek aldatıcı olabilir. Yıllarca ağır şizofrenik bozukluk gösterenler arasında, normale yakın sosyal ve iş uyumu yapabilecek denli iyileşenler az değildir. İzleme çalışmaları şizofreni hastalarının en az %30-40'ının, orta ve iyi derecede düzeldiklerini, aile iş ve sosyal uyum yapabildiklerini göstermektedir (37,57).

4.2. Yaşam Kalitesi

Literatürde ilk kez 1930' larda görülmesine ve son yıllarda ön plana çıkmasına rağmen yaşam kalitesi tanımının tam olarak ne olduğu, nasıl iyileştirebileceği ve nasıl ölçüleceği soruları kolayca cevaplanamamakla birlikte yaşam kalitesinin yaşamın farklı alanlarında subjektif memnuniyeti ve sosyal işlevsellik, günlük yaşam aktiviteleri ve fiziksel sağlık gibi objektif kriterleri içeren geniş bir yapı olduğu düşünülmüştür (20,55).

Yaşam kalitesi kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Yaşamın niceliksel değerlendirilmesi aksine, yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan kavramdır (4).

Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul görmüş tek bir

tanımlaması bulunmamaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu ikisinin arasındaki farkın, kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (9,37,44,100).

Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın ”iyi” olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti görevlileri genellikle yaşam kalitesini anketler kullanarak ölçerler. Bu anketler, hastadaki fiziksel ve zihinsel belirtiler, ağrı ve günlük yaşam etkinlikleri gibi birkaç konuyla ilgili sorular içerir. Bu tür anketler, doktorların bir hastalığın ya da tedavi uygulamalarının kişinin yaşamını nasıl etkilediğini daha iyi anlamalarını sağlar. Yaşam kalitesiyle ilgili ankette verilen yanıtlar, yaşam kalitesini yükseltmek için girişim yapılabilecek alanların saptanmasına yardımcı olabilir (18,49).

Yaşam kalitesinin başka bir ölçümü, son ay içinde, fiziksel ya da zihinsel durum sebebiyle, hastanın bakım, iş ya da eğlence gibi, olağan etkinliklerinin engellendiği gün sayısının hesaplanmasıdır. Araştırmacılar, yaşam kalitesiyle ilgili olarak ileride yapılacak çalışmaların, insanların daha anlamlı ve keyifli bir yaşam sürdürmelerine yardımcı olmasını ümit etmektedir. Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte sağlıkta başarılı adımlar atılmış ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikososyal sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir. Ek olarak, hastalıklar için etkili ilaçlar piyasaya sürüldükçe, bu ilaçlar arasındaki farkı da belirleyen hastanın tedavi sırasındaki konforu olmuştur. Böylece hastaların yaşam kalitesi giderek daha fazla ilgi çeker bir duruma gelmiştir. Yaşam kalitesi, yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik bileşenlerden oluşmaktadır (18,49).

Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlıktır. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili belirleyicileri; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi başlığı altında incelenmektedir (100).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına aslında ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik olma hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarında önem kazanmaya başlamıştır. 1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı araştırmanın ana çıktıısı olarak kullanılmaktadır (30,49).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır (9).

4.2.1. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Şizofreni hastalığı genç yaşta başlayan ve kronik bir gidiş gösteren bir hastalık olduğu için, yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz etki yapması bakımından oldukça dikkat çekmektedir. Şizofrenisi olan birçok hasta hastalığın psikososyal işlev görmeyi bozması nedeniyle çalışmamakta, aile kuramamakta, bağımlı bir aile üyesi olarak yaşamaktadır. Şizofreninin negatif belirtileri, depresyon ve intihar, kişilik özellikleri, yeti yitimi, bilişsel ve psikososyal bozulma, uzun süreli ve sık hastane yatışları, sosyal destek yetersizliği, baş etme zorlukları, ekonomik güçlükler, antipsikotik ilaçların yan etkileri şizofrenide yaşam kalitesini bozan en temel etkindir. Ayrıca şizofreni hastalığına yönelik toplumdaki damgalama eğilimi de şizofreni hastalarının ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (43).

Hastalarda motivasyon eksikliği ve izolasyon, uyuma yönelik olmayan davranış ve sosyal fonksiyon bozukluğu gibi şizofreninin kalıntı belirtileri devam edebilir. Bu belirtiler hastalarının eğitim, meslek ve sosyal rollerini yerine getirmekte zorluklar yaşamalarına neden olur (37).

4.3. Şizofreni ve Umut

Umut sözcüğü günlük dilde daha çok her hangi bir alandaki olumlu beklentileri ifade etmek amacı ile kullanılır (5,12).

Kuramsal açıdan ele alındığında ise umut sözcüğüne yüklenen anlamların farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Umut ile ilgili en kapsamlı çalışmaları yapan Jerome Frank (1968) umudu "iyi olma duygusu 'veren ve kişiyi harekete geçmek için güdüleyen bir özellik" olarak ele alır (5).

Umut kavramı ile ilgili kuramsal çalışmaların geçmişi 13. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Bu yüzyılda din bilimcisi Aquinas, sonraki yüzyıllarda Hume ve Kant gibi düşünürler umudu, insan doğasında var olan temel duygulardan biri olarak ele almaktadır. Bu görüş günümüzde bazı yazarlar için geçerliliğini sürdürmeye devam etmektedir. Romero'a (1989) göre umut "hedefe ulaşma beklentisinin duygusal ögesi" dir. Miller (1985) de umudu duygu, beklenti, istek olarak ele almakta ve umudun yaşamın içgüdüsel bir ögesi olduğunu, bireyleri incinmekten koruyarak potansiyellerini göstermelerini kolaylaştırdığını ifade etmektedir (5).

Aynı zamanda umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Bireylerin yaşamlarındaki hedeflerine ulaşma gücüne güvenmeleri umutlu olmaları ile mümkün olmaktadır. Destek ve umut, bireyin olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunmaktadır (12).

Şizofreni; umudun iyileştirici, tedavi edici etkisine en çok gereksinim duyduğumuz hastalıklardan birisidir. Hastalığın iyileşmesinin önündeki engellerden biri de umudun yitirilmesidir. Şizofrenide umudun tekrar kazanılması tedavide bir dönüm noktasıdır. Bunun en temel prensiplerinden bir tanesi umut dolu bir tutumu arttırmaktır (71,108).

Şizofreni hastalarında umudun incelendiği araştırmalar sınırlıdır. Lysaker ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu bir araştırmada; şizofreni hastalarında umut, içgörü ve baş etme becerileri incelenmiş ve içgörü umut arasında anlamlı bir etkileşim olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada, içgörüsü ve umudu yüksek olan hastaların daha adaptif baş etme becerileri sergilediklerini, yüksek içgörüsü ama düşük umudu olanların daha az adaptif baş etme becerileri kullandıkları gözlenmiştir (73).

Kronik şizofreni hastalarının deneyimlediği umudun doğası üzerine yapılan bir çalışmada; hastaların umutlarını korumak için uğraştıkları ve gerçekten onları destekleyecek birisine ihtiyaç duydukları bulunmuştur (65).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Şizofren hastaların umut düzeyinin yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmadan Beklenen Sonuçlar

Bu çalışmada, şizofreni hastalarının umut düzeyinin yüksek olması yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

5.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma; sağlık bakanlığına bağlı bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinin genel psikiyatri kliniklerinde 15.12.2008- 27.02.2009 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın Evrenini

Araştırmanın evrenini; sağlık bakanlığına bağlı bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinin genel psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören şizofren hastalar oluşturdu.

Araştırmanın Örneklemi

Evreni temsil edecek örneklemi belirlemede hastanenin bilgi işlem bölümüne danışıldı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki sekiz genel psikiyatri servisinde 2008 yılında yatarak tedavi görmüş, ICD-10'a göre Şizofrenik Bozukluk tanısı almış 2109 hasta olduğu tespit edildi. Evreni temsil etme özelliği olan 180 hasta örneklemi oluşturdu. Örneklem, basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile hesaplandı.

5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde yatarak tedavi gören,
2. ICD-10 tanı kriterlerine göre şizofren tanısı almış olan,
3. Çalışmaya katılmayı kabul eden,

4. 18 ile 60 yaşları arasında olan,
5. Okuryazar olan,
6. Mental retardasyonunun olmayan,
7. Katotonik tipte olmayan,
8. İletişimi önemli ölçüde etkileyecek düzeyde görme, işitme ve bilişsel kaybı olmayan hastalar çalışmaya alınacaktır.

5.6. Verilerin Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler; Hasta Bilgi Formu (Ek 1) ve WHOQOL -BREEF Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 2), Herth Umut Ölçeği (Ek 3) kullanılarak toplandı.

1. Hasta Bilgi Formu:

Form araştırmaya alınan hasta ve yakınlarının bireysel ve hastalığa ilişkin ilişkili kişisel özelliklerini belirlemek amacıyla literatürler doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Ek 1).

2. Dünya Sağlık Örgütü Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF):

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) çalışması 1992 yılında o güne dek geliştirilen genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin batı kaynaklı olması ve ancak batılı kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanımları gerekçesi ile, dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla başlatılmıştır. Halen 40'dan fazla dil ve kültürde geçerli olan WHOQOL ölçeği geliştirme projesine Türkiye ekibi 1995 yılında katılmıştır. İlk proje ekibinde Sultan Yalçın Eser, Erhan Eser, Hüray Fidaner, Caner Fidaner, Hayriye Elbi ve Erdem Göker yer almışlardır. Türkiye çalışmasında Dünya Sağlık Örgütünün öngördüğü standart yöntem izlenmiştir.

WHOQOL ölçeğinin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHOQOL-Bref (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur:

WHOQOL-Bref, orjinal ölçekteki (whoqol-100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Bref, uzun ölçeğin aksine 4 alandan (domain) oluşmuştur. Bu dört alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Her bir alan maksimum 20 puan

veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu skorlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacının tercihidir. Ancak genel olarak ülkemizde 20 puan üzerinden olan skorlamalar daha yaygın bir uygulamadır. 27 soruluk Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-tr olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-tr alan skoru kültürel alan olarakda incelenir. Yapılan güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları fiziksel alan 0,83, psikolojik alan 0,66 , sosyal alan 0,53 , kültürel alan 0,73, çevresel alan 0,73'dir. Çalışmamızda da WHOQOL-Bref ölçeğinde alt grupların geçerlilik katsayıları 0.555 ile 0.805 arasında değişmekte olup bunlarda iyi düzeyde geçerlik ve güvenilir katsayısına sahip bulunmuşlardır.

WHOQOL-Bref alt ölçekleri ve her alt ölçeği kapsayan sorular “Fiziksel Alan”: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18; “Ruhsal Alan”: 5, 6, 7, 11, 19, 26; “Sosyal Alan”: 20, 21, 22 “Çevresel Alan”: 8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25; “Kültürel Alan” 8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25, 27'dir. 3,4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen cevapların puanları olumlu sorular ile aynı yönde skor hesaplamak için 6'dan çıkarılarak ham puan hesaplanır (15,16,42)(Ek 2).

3. Herth Umut Ölçeği:

Herth Umut Ölçeği, Minnesota Üniversitesi Sağlık ve Hemşirelik Koleji Dekanı Doç. Dr. Kaye Herth tarafından geliştirilmiştir. Dr. Herth, ölçeği uyguladığı örneklemeler için yaptığı güvenilirlik analizlerinde Cronbach α katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Çalışmamızda da Herth Umut ölçeğinde tüm soruların Cronbach's alpha katsayısı 0.885 bulunmuş olup, alt grupların geçerlilik katsayıları 0.658 ile 0.743 arasında değişmektedir. Ölçek Çince, İspanyolca, Norveççe ve Almanca'ya da tercüme edilmiştir.

Ölçeğin kapsamın da 30 madde bulunmaktadır (2). Her bir madde karşısında “Hiç uygun değil”, “Nadiren uygun”, “Bazen uygun” ve “Her zaman uygun” şeklinde dört seçenek vardır. Bunlara karşılık gelen puanlar sırasıyla 0, 1, 2, 3 şeklindedir. Cevaplayan kişiden, her bir madde için tek bir seçenek işaretlemesi istenmektedir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar “Gelecek”, “Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti” ve “Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki ilişkiler” alt boyutlarıdır.. “Gelecek” alt boyutu, umudun, kognitif-geçici boyutunu, “Olumlu Hazır Oluşluk ve

Beklenti” alt boyutu umudun duygusal-davranışsal boyutunu, “Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler” alt boyutu ise umudun ilişkiler ve içinde bulunan şartlarla ilgili boyutunu ölçmektedir. Alt ölçeklerin kapsamlarında şu maddeler yer almaktadır: “Gelecek”: 1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30; “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti”: 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29; “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar”: 2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24. Olumsuz ifade eden maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmiştir. Bu maddeler şunlardır: 6, 10, 13, 17, 22, 26. Ölçeğin toplam puanı bütün maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı, 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. Yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin İngilizce orijinali Aslan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada , kapsam geçerliği için öncelikle, iki dilbilim uzmanı tarafından İngilizce’den Türkçe’ye ve Türkçe’de İngilizce’ye tercüme edilmiştir. Daha sonraki aşamada, GATA Psikiyatri Bilim Dalı’nda görevli, İngilizce bilen beş psikolog tarafından kapsamı incelenmiş ve üzerinde düzeltmeler yapılmıştır. Bu incelemeler doğrultusunda son aşamada ölçeğe, araştırmacı tarafından son şekli verilmiştir. Bu haliyle GATA Hemşirelik Yüksek Okulu’ndan beş öğrenciye doldurulmuş ve anlam gücü olmadığına karar verilmiştir. Güvenirlik analizinde, Nisan 2003 tarihinde GATA Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerine uygulanan ölçek için Chronbach α katsayısı hesaplanmıştır (n=366). Chronbach α =0.84 olarak bulunmuştur. Ayrıca, Guttman Split Half yöntemiyle yapılan güvenirlik analizinde de, güvenirlik değeri olarak 0.86 tespit edilmiştir. Bu değerler, ölçeğin “Yüksek” güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir (EK 3) (10,11,12,52).

5.7. Çalışma Planı :

Çalışma, araştırmanın yapıldığı hastaneden gerekli etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra belirtilen kriterler doğrultusunda sürdürüldü (EK 6).

Örnekleme alınacak bireylere araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde araştırma kapsamına alındı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ,“Herht Umut Ölçeği, Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF(TR)), Hasta Bilgi Formu” uygulandı. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında istatistiksel olarak değeriendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik yönü

Çalışmanın gerçekleştirildiği Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu’ndan çalışma öncesi etik kurul onayı ve kurum izni alındı (Ek-6).

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hastalara çalışmanın amacı ve yararı sözel olarak ve bilgilendirme formu (Ek-4) aracılığı ile iletildi. Hastalardan yazılı onam (Ek-5) alınarak araştırmaya dâhil edildi.

Çalışmamızda bireylerin mahremiyetine ve hasta bilgilerinin gizliliğine saygı duyularak kişisel bilgilerin araştırmacının dışında hiç kimseye açıklanmayacağı belirtildi.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular bilgisayar ortamında değeriendirildi. Çalışma verileri değeriendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Oneway Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HDS testi, parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test kullanıldı.

6. BULGULAR

Sağlık Bakanlığına bağlı bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde yatan şizofreni hastalarının umut düzeyinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada elde edilen bulgular 3 ana başlık altında toplanmıştır.

1. Hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelikleri ile ilgili bulgular,
2. Umut puanları ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişki,
3. Umut puanları ve yaşam kalitesi puanlarının, hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özelikleri ile ilgili bulgular,

Tablo 1: Hastaların Kişisel Özellikleri (N=180)

Kişisel Özellikler	n	%	
Yaş	≤29	31	17,2
	30-39	82	45,6
	40-49	37	20,6
	50-59	30	16,7
Cinsiyet	Kadın	96	53,3
	Erkek	84	46,7
Medeni Durum	Bekâr	118	65,6
	Evli	21	11,7
	Eşi ölmüş	16	8,9
	Boşanmış	25	13,9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	14	7,8
	İlköğretim	98	54,4
	Lise	60	33,3
	Üniversite	8	4,4
Meslek	İşsiz	43	23,9
	Ev hanımı	53	29,4
	Emekli	31	17,2
	Diğer	53	29,4
Çalışma Durumu	Evet	18	10,0
	Hayır	162	90,0
Sosyal Güvence	Var	163	90,6
	Yok	17	9,4
Sosyal Güvencenin Ait Olduğu Kişi	Kendisi	53	32,5
	Eş	5	3,1
	Anne-Baba	92	56,4
	Diğer	13	8,0

Çalışma yaşları 18 ile 56 arasında değişmekte olan toplam 180 hasta ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşları 38.26 ± 8.97 'dir. Hastalık başlangıç yaşları 9 ile 45 arasında değişmekte olup; ortalaması 23.71 ± 7.20 'dir

Çalışmaya katılan hastaların %45,6'sı 30-39 yaş arasında yer almaktadır. Hastaların %53,3'ü kadın, %46,7'si erkektir. Hastaların %65,6'sı hiç evlenmemiş iken, %13,9'u boşanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %54,4'ü ilköğretim mezunu olup %29,4'ü ev hanımı ve %23,9'u işsizdir. Hastaların %10'u şu anda çalışırken, %90'ı şu anda çalışmamaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların %90,6'sının sosyal güvencesi vardır. Sosyal güvencesi olan 163 hastanın %56,4'ü, anne babasının sosyal güvencesinden yararlanmaktadır.

Tablo 2: Hastaların Ailesel ve Hastalığa İlişkin Özellikleri (N=180)

Özellikler		n	%
Anne Hayatta	Evet	108	60,0
	Hayır	72	40,0
Baba Hayatta	Evet	96	53,3
	Hayır	84	46,7
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Anne-Baba	91	50,6
	Eş ve çocuklar	37	20,6
	Yakın akraba/arkadaş	27	15,0
	Yalnız	25	13,9
Taniyi Bilme	Evet	134	74,4
	Hayır	46	25,6
İlk Hastalanma Yaşı	9-19	56	31,1
	20-29	84	46,7
	30-39	40	22,2
Hastaneye Yatış Sayısı	0	17	9,4
	1-2	76	42,2
	3-4	61	33,9
	5 ve üzeri	26	14,4
Tedaviyi Kendi İsteği ile Sürdürme	Evet	140	77,8
	Hayır	40	22,2
İlaçları Kendi İsteği İle Alma	Evet	159	88,3
	Hayır	21	11,7
Son 3 Aydır İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	148	82,2
	Hayır	32	17,8
Ailede Başka Psikolojik Rahatsızlığı Olan Kişi	Evet	72	40,0
	Hayır	108	60,0

Çalışmaya katılan hastaların %60'ının annesi, %53,3'ünün babası hayattadır. Hastaların %50,6'sı anne-babası ile %13,9'u yalnız yaşamaktadır. Hastaların %74,4'ü

tanyu bilmektedir. Hastaların %46,7'sinin ilk hastalanma yaşı 20 ile 29 yaş arasında değişmekte olup, %9,4'ü hastaneye daha önce hiç yatmamışken, %33,9'u 3-4 kez hastaneye yatmıştır. Hastaların %77,8'i tedaviyi kendi isteği ile sürdürürken, tedaviyi kendi isteği dışında sürdürenlerin %70'i ailesinin isteği ile tedavisini sürdürmektedir. Hastaların %88,3'ü ilaçları kendi isteği ile alırken, kendi isteği dışında ilaç alanların %47,6'sı yakınlarının hatırlatmaları ile ilaç almaktadır. Hastaların %82,2'si son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Hastaların %60'ının ailesinde psikolojik rahatsızlığın olmadığı bulunmuştur.

Tablo 3: Hastaların Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

		Min-Max	Ort±SD
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	2-30	17,30±5,71
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	0-30	17,83±5,06
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	5-30	18,59±5,45
<hr/>			
Toplam Umut Puanı		12-96	53,80±14,91
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	9-53	22,94±5,33
	Psikolojik Alan	10-30	20,11±4,64
	Sosyal Alan	4-15	8,58±2,07
	Çevresel Alan	11-40	27,79±5,66
	Kültürel Alan	13-42	31,43±6,03

Hastaların toplam umut puan ortalaması 53.80±14.91'dir. Umut ölçeğinin alt boyunlarından gelecek puan ortalaması 17.30±5.71, olumlu hazır oluşluk ve beklenti puan ortalaması 17.83±5.06, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puan ortalaması 18.59±5.45'tir. Umut ölçeği toplam ve alt boyut puanları ortalamasının üstünde bulunmuştur.

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan puan ortalaması 22.94±5.33, psikolojik alan puan ortalaması 20.11±4.64, sosyal alan puan ortalaması 8.58±2.07, çevresel alan puan ortalaması 27.79±5.66, kültürel alan puan ortalaması 31.43±6.03'tür.

Tablo 4: Hastaların Umud Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Umud Ölçeği Alt Boyutları			
	Gelecek	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	Toplam Umud Puanı
	r	r	r	r
Fiziksel Alan	.43**	.50**	.46**	.51**
Psikolojik Alan	.61**	.54**	.55**	.63**
Sosyal Alan	.63**	.55**	.57**	.64**
Çevresel Alan	.50**	.52**	.34**	.50**
Kültürel Alan	.49**	.51**	.33**	.49**

Pearson korelasyon analizi

** $p < 0.01$

Umud ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, toplam umud puanı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan ($r=.51$), psikolojik alan ($r=.63$), sosyal alan ($r=.64$), çevresel alan ($r=.50$) ve kültürel alan ($r=.49$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Umud ölçeği alt boyutlarından gelecek puanı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan ($r=.43$), psikolojik alan ($r=.61$), sosyal alan ($r=.63$), çevresel alan ($r=.50$) ve kültürel alan ($r=.49$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Umud ölçeği alt boyutlarından olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan ($r=.50$), psikolojik alan ($r=.54$), sosyal alan ($r=.55$), çevresel alan ($r=.52$) ve kültürel alan ($r=.51$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Umud ölçeği alt boyutlarından kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanı ile yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel alan ($r=.46$), psikolojik alan ($r=.55$), sosyal alan ($r=.57$), çevresel alan ($r=.34$) ve kültürel alan ($r=.33$) puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$).

Tablo 5: Hastaların Cinsiyete Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Kadın(N=96)	Erkek(N=84)	<i>t/p</i>
		Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	17,04±5,76	17,59±5,68	t=0,647 p=0,518
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	17,68±5,29	17,99±4,81	t=-0,396 p=0,692
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	17,81±5,94	19,49±4,70	t=-2,109 p=0,036
Toplam Umut Puanı		52,67±16,22	55,09±13,24	t=-1,090 p=0,277
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	22,80±5,05	23,10±5,65	t=-0,382 p=0,703
	Psikolojik Alan	20,03±4,77	20,20±4,51	t=-0,246 p=0,806
	Sosyal Alan	8,35±2,09	8,84±2,02	t=-1,592 p=0,113
	Çevresel Alan	27,75±5,67	27,84±5,66	t=-0,112 p=0,911
	Kültürel Alan	31,40±6,00	31,46±6,09	t=-0,064 p=0,949

Student t testi

Hastaların cinsiyetlere göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, erkek hastaların umut ölçeği alt boyutlarından kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları, kadın hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (t=-2,109; p=0,036). Cinsiyete göre umut ölçeğinin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6: Hastaların Yaş Gruplarına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Yaş Grupları				F/p
		≤29	30-39	40-49	50-59	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	15,80±5,51	16,97±5,72	18,56±5,50	18,17±5,95	F=1,648 p=0,180
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	17,32±4,40	17,52±5,47	18,54±5,64	18,30±3,70	F=0,528 p=0,684
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	17,32±5,21	19,08±5,48	18,27±5,33	18,96±5,75	F=0,873 p=0,456
	Toplam Umut Puanı	50,45±13,9	53,60±15,1	55,70±15,6	55,43±14,4	F=0,84 P=0,472
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	23,87±6,89	22,28±4,77	22,10±6,16	24,83±2,95	F=2,349 p=0,074
	Psikolojik Alan	18,71±4,33	20,01±4,16	19,78±5,54	22,23±4,48	F=3,224 p=0,024
	Sosyal Alan	8,22±1,65	8,56±2,35	8,35±2,01	9,30±1,58	F=1,678 p=0,173
	Çevresel Alan	27,58±5,25	26,86±5,51	28,08±6,61	30,20±4,61	F=2,661 p=0,048
	Kültürel Alan	31,32±5,37	30,41±5,95	32,21±6,86	33,36±5,41	F=2,055 p=0,108

Oneway ANOVA testi

Hastaların yaş gruplarına göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından psikolojik alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=3,224$; $p=0,024$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) 29 yaş ve altındaki hastaların psikolojik alan puanları, 50-59 yaş arası hastaların puanlarından anlamlı şekilde düşük olduğu

bulunmuştur ($p=0.048$). Diğer yaş grupları arasında psikolojik alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel alanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=2,661$; $p=0,048$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) 30-39 yaş arası hastaların çevresel alan puanları, 50-59 yaş arası hastaların puanlarından anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.029$). Diğer yaş grupları arasında çevresel alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 7: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Medeni Durum				F/p
		Bekar	Evli	Eşi Ölmüş	Boşanmış	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	16,85±5,49	16,43±6,49	19,37±7,09	18,80±4,79	F=1,697 p=0,169
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	17,67±4,83	16,24±6,67	19,18±5,99	19,04±3,60	F=1,606 p=0,190
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,06±5,32	19,38±4,90	20,50±6,20	19,20±5,86	F=1,274 p=0,285
	Toplam Umut Puanı	52,69±14,55	52,04±16,12	59,18±18,79	57,04±12,32	F=1,411 P=0,241
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	22,72±5,40	23,23±5,55	22,25±6,25	24,20±4,13	F=0,640 p=0,590
	Psikolojik Alan	19,79±4,48	19,95±4,77	20,50±6,19	21,52±4,14	F=1,005 p=0,392
	Sosyal Alan	8,36±1,99	8,66±1,85	9,25±2,74	9,12±2,09	F=1,574 p=0,197
	Çevresel Alan	27,86±5,25	27,28±7,13	26,87±7,36	28,48±5,15	F=0,322 p=0,810
	Kültürel Alan	31,62±5,72	30,47±7,95	30,06±7,14	32,20±4,92	F=0,623 p=0,601

Oneway ANOVA testi

Hastaların medeni durumlarına göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları ve yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 8: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Eğitim			F/p
		Okur-yazar	İlköğretim	Lise ve üzeri	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği	Gelecek	17,50±5,76	16,67±5,80	18,16±5,53	F=1,376 p=0,255
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	18,28±4,41	17,38±5,70	18,37±4,11	F=0,812 p=0,446
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,57±3,67	18,00±5,85	19,45±5,08	F=1,440 p=0,240
Toplam Umut Puanı		54,35±11,89	52,18±16,18	56,01±13,39	F=1,339 p=0,265
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Alan	22,93±3,79	22,27±6,08	23,91±4,24	F=1,912 p=0,151
	Psikolojik Alan	20,35±5,01	19,38±4,68	21,11±4,36	F=2,905 p=0,057
	Sosyal Alan	8,07±2,02	8,31±1,94	9,07±2,19	F=3,217 p=0,042
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Çevresel Alan	29,00±5,35	26,85±5,93	28,89±5,12	F=3,019 p=0,058
	Kültürel Alan	33,07±5,89	30,25±6,29	32,79±5,35	F=4,270 p=0,015

Oneway ANOVA testi

Hastaların eğitim durumlarına göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (F=3,217; p=0,042).

Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların sosyal alan puanları, okur-yazar hastaların puanlarından anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.020$). Diğer eğitim düzeyleri arasında sosyal ilişkiler alanı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından kültürel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=4,270$; $p=0,015$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) ilköğretim mezunu hastaların kültürel puanları, diğerlerinin puanlarından anlamlı şekilde düşüktür ($p=0.048$). Diğer eğitim düzeyleri arasında kültürel çevre alanı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Eğitim düzeylerinde göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel ve psikolojik alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 9: Hastaların Mesleklerine Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Meslek				F/p
		İşsiz	Ev hanımı	Emekli	Diğer	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	14,83±4,79	18,11±5,95	17,74±6,18	18,22±5,45	F=3,707 p=0,013
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	16,32±4,30	19,07±5,41	17,90±4,49	17,75±5,38	F=2,394 p=0,049
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	16,79±4,66	19,70±6,17	18,29±4,45	19,13±5,55	F=2,565 p=0,045
	Toplam Umut Puanı	47,95±11,67	57,11±16,91	53,93±13,99	55,15±14,68	F=3,345 p=0,020
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	23,60±5,60	23,17±4,90	20,51±5,64	23,60±5,06	F=2,746 p=0,045
	Psikolojik Alan	19,04±3,64	20,47±5,06	19,71±4,09	20,85±5,13	F=1,395 p=0,246
	Sosyal Alan	7,65±1,81	8,81±2,15	8,74±2,14	9,02±1,97	F=4,159 p=0,007
	Çevresel Alan	27,88±5,11	28,83±5,32	25,32±6,21	28,13±5,80	F=2,704 p=0,047
	Kültürel Alan	31,74±5,58	32,53±5,63	28,51±6,32	31,79±6,22	F=3,217 p=0,024

Oneway ANOVA testi

Hastaların mesleklerine göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeğinin alt boyutlarından gelecek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) işsiz hastaların gelecek puanları, ev hanımı hastaların puanları ile diğer meslek sahibi kişilerin puanlarından anlamlı şekilde düşüktür (F=3,707, p=0,013).

Mesleklere göre umut ölçeğinin alt boyutlarından olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=2,394$; $p=0,049$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın işsiz hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. Diğer mesleklere göre olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Mesleklere göre umut ölçeğinin alt boyutlarından kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=2,565$; $p=0,045$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın işsiz hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. Diğer mesleklere göre kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Mesleklere göre toplam umut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=3,345$; $p=0,020$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın işsiz hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. Diğer mesleklere göre toplam umut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Mesleklere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=2,746$; $p=0,045$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın emekli hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Mesleklere göre psikolojik alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Mesleklere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=4,159$; $p=0,007$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın işsiz hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Mesleklere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=2,704$; $p=0,047$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın emekli hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Mesleklere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından kültürel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($F=3,217$; $p=0,024$). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) bu farklılığın emekli hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 10: Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Sosyal Güvence		<i>t/p</i>
		Var	Yok	
		Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	17,64±5,79	14,00±3,55	t=3,742 p=0,001
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	18,07±5,18	15,47±2,89	t=3,208 p=0,003
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,63±5,59	18,23±3,97	t=0,374 p=0,711
Toplam Umut Puanı		54,43±15,36	47,70±7,48	t=3,091 p=0,004
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	23,12±5,25	21,23±5,95	t=1,393 p=0,165
	Psikolojik Alan	20,35±4,58	17,76±4,70	t=2,215 p=0,028
	Sosyal Alan	8,81±2,02	6,41±1,12	t=7,622 p=0,001
	Çevresel Alan	28,46±5,30	21,35±4,92	t=5,290 p=0,001
	Kültürel Alan	32,11±5,69	24,94±5,43	t=4,963 p=0,001

Student t test

Tablo 10 görüldüğü gibi sosyal güvencesi olan hastaların umut ölçeği alt boyutlarından gelecek puanları, sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir (t=3,742; p=0,001).

Sosyal güvencesi olan hastaların umut ölçeği alt boyutlarından olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları, sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir (t=3,208; p=0,003).

Sosyal güvencesi olan hastaların toplam umut puanları, sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=3,091$; $p:0,004$).

Sosyal güvence durumuna göre hastaların umut ölçeği alt boyutlarından kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Sosyal güvence durumuna göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Sosyal güvencesi olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından psikolojik alan puanları, sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($t=2,215$; $p=0,028$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan puanları, sosyal güvencesi olan hastaların puanları, olmayan hastalardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=7,622$; $p=0,001$).

Sosyal güvencesi olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel alan puanları, sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=5,290$; $p=0,001$).

Sosyal güvencesi olan hastaların kültürel alan puanları, sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=4,963$; $p=0,001$).

Tablo 11: Hastaların Birlikte Yaşanılan Kişilere Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Birlikte Yaşanılan Kişiler				F/p
		Anne- Baba	Eş ve Çocuklar	Yakın Akraba/ Arkadaş	Yalnız	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	17,02±5,42	17,54±6,85	16,37±5,12	18,96±5,4	F=1,036 p=0,378
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	18,05±4,46	16,92±6,31	16,40±5,03	19,88±4,6	F=2,602 p=0,055
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,44±5,24	19,73±5,29	17,22±5,38	18,96±6,3	F=1,171 p=0,322
	Toplam Umut Puanı	53,51±13,8	54,24±16,9	50,00±13,3	58,2±16,8	F=1,366 p=0,255
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	23,10±5,03	23,54±5,61	20,67±5,80	23,96±5,0	F=2,168 p=0,093
	Psikolojik Alan	19,72±4,04	21,19±5,46	19,40±5,37	20,68±4,4	F=1,212 p=0,307
	Sosyal Alan	8,51±2,25	8,83±2,09	7,67±1,80	9,44±1,04	F=3,543 p=0,016
	Çevresel Alan	28,00±4,75	27,59±7,22	26,48±7,51	28,76±3,4	F=0,779 p=0,507
	Kültürel Alan	31,75±5,00	31,03±7,59	30,15±8,03	32,28±4,2	F=0,708 p=0,548

Oneway ANOVA testi

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Birlikte yaşanılan kişilere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (F=3,543; p=0,016). Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) yalnız yaşayan hastaların sosyal

alan puanları, yakın akraba/arkadaşlarıyla yaşayan hastaların puanlarından anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.011$). Diğer birlikte yaşanan kişiler arasında sosyal alan puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Birlikte yaşanan kişilere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının diğerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 12: Hastalığın Başlangıç Yaşına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Hastalığın Başlangıç Yaşı			F/p
		9-19	20-29	30-39	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	16,09±5,52	17,76±5,04	18,02±7,05	F=1,871 p=0,157
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	17,66±5,17	17,99±4,50	17,72±6,06	F=0,080 p=0,923
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	17,44±5,60	18,99±4,77	19,37±6,37	F=1,891 p=0,154
	Toplam Umut Puanı	51,23±14,71	54,75±12,59	55,42±19,10	F=1,236 p=0,293
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	22,50±4,25	22,90±5,30	23,65±6,65	F=0,545 p=0,581
	Psikolojik Alan	19,18±4,41	20,25±3,64	21,12±6,38	F=2,151 p=0,119
	Sosyal Alan	8,57±2,20	8,59±1,80	8,57±2,45	F=0,003 p=0,997
	Çevresel Alan	28,39±4,44	27,63±5,29	27,30±7,67	F=0,498 p=0,609
	Kültürel Alan	32,12±4,48	31,20±5,75	30,95±8,18	F=0,556 p=0,575

Oneway ANOVA testi

Hastalığın başlangıç yaşına göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları ve yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 13: Hastaların Tanıyı Bilme Durumuna Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Hastalığını Bilme Durumu		t/p
		Evet	Hayır	
		Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	17,27±5,89	17,39±5,23	t=-0,125 p=0,900
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	18,01±5,07	17,28±5,04	t=0,845 p=0,399
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,57±5,47	18,65±5,45	t=-0,083 p=0,934
Toplam Umut Puanı		53,96±15,34	53,32±13,74	t=0,249 p=0,804
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	22,78±4,78	23,41±6,69	t=-0,690 p=0,491
	Psikolojik Alan	20,24±4,70	19,71±4,49	t=0,666 p=0,506
	Sosyal Alan	8,66±2,09	8,35±2,01	t=0,892 p=0,373
	Çevresel Alan	28,11±5,71	26,87±5,45	t=1,287 p=0,200
	Kültürel Alan	31,78±6,16	30,41±5,57	t=1,333 p=0,184

Student t testi

Hastaların hastalığını bilme durumuna göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları ve yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 14: Hastaların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Hastaneye Yatış Sayısı				F/p
		0	1-2	3-4	5 ve üzeri	
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	19,70±5,73	17,95±4,77	18,21±5,86	11,69±4,63	F=12,08 p=0,001
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	20,06±4,86	18,35±4,44	17,98±4,97	14,46±5,82	F=5,627 p=0,001
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,53±6,55	19,85±4,92	19,00±5,19	14,00±4,50	F=8,603 p=0,001
	Toplam Umut Puanı	58,29±16,12	56,34±13,44	55,19±14,19	40,15±13,02	F=9,988 p=0,001
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	21,65±4,36	23,28±5,68	24,29±4,74	19,61±4,78	F=5,519 p=0,001
	Psikolojik Alan	19,35±3,18	19,48±4,79	22,74±3,57	16,27±3,77	F=16,45 p=0,001
	Sosyal Alan	8,17±2,21	8,55±2,26	8,93±2,05	8,11±1,24	F=1,253 p=0,292
	Çevresel Alan	28,70±2,36	27,15±5,96	29,23±5,10	25,69±6,72	F=3,074 p=0,029
	Kültürel Alan	32,47±2,09	30,75±6,12	32,96±5,75	29,15±7,25	F=3,158 p=0,026

Oneway ANOVA testi

Hastaların hastaneye yatış sayısına göre umut ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastaların umut ölçeği alt boyutlarından gelecek puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların gelecek puanları; diğer tüm yatış sayılarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür (F=12,08; p=0.001). Diğer hastaneye yatış sayılarına göre hastaların gelecek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların umut ölçeği alt boyutlarından olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları; diğer tüm yatış sayılarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($F=5,627$; $p=0,001$).

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların umut ölçeği alt boyutlarından kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları; diğer tüm yatış sayılarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($F=8,603$; $p=0,001$). Diğer hastaneye yatış sayılarına göre hastaların kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların toplam umut puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların toplam umut puanları; diğer tüm yatış sayılarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($F=9,988$; $p=0,001$). Diğer hastaneye yatış sayılarına göre hastaların toplam umut puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların fiziksel alan puanları; hastaneye yatış sayısı 1-2 ve 3-4 olan hastaların fiziksel alan puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($F=5,519$; $p=0,001$). Diğer hastaneye yatış sayılarına göre hastaların fiziksel alan puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından psikolojik alan puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 3-4 olan hastaların psikolojik alan puanları; diğer tüm yatış sayılarından ileri düzeyde anlamlı

yüksektir ($F=16,45$; $p=0,001$). Diğer hastaneye yatış sayılarına göre hastaların psikolojik alan puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastaların çevresel alan puanları; hastaneye yatış sayısı 3-4 olan hastaların çevresel alanı puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($F=3,074$; $p=0,029$).

Hastaneye yatış sayısına göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından kültürel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri analizde (Tukey-HSD testi) hastaneye yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastalarının kültürel alan puanları; hastaneye yatış sayısı 3-4 olan hastaların kültürel alan puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($F=3,158$; $p=0,026$). Diğer hastaneye yatış sayılarına göre hastaların kültürel alan puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 15: Hastaların Tedavilerini Kendi İsteği ile Sürmesine Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Tedaviyi Kendi İsteği ile Sürdürme		<i>t/p</i>
		Evet	Hayır	
		Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	17,31±5,59	17,25±6,19	t=0,063 p=0,950
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	17,92±4,92	17,50±5,57	t=0,463 p=0,644
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	18,46±5,25	19,05±6,13	t=-0,598 p=0,550
Toplam Umut Puanı		53,71±14,28	54,10±17,16	t=0,144 p=0,886
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	22,58±5,20	24,22±5,61	t=-1,733 p=0,085
	Psikolojik Alan	19,92±4,08	20,77±6,24	t=-0,817 p=0,418
	Sosyal Alan	8,62±2,08	8,45±2,06	t=0,460 p=0,646
	Çevresel Alan	28,05±5,39	26,90±6,49	t=1,134 p=0,258
	Kültürel Alan	31,64±5,72	30,70±7,03	t=0,872 p=0,385

Student t test

Hastaların tedavilerini kendi isteği ile sürmesine göre umut ölçeği puanları ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği puanları ile yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 16: Hastaların Son 3 Aydır İlaçların Düzenli Kullanılmasına Göre Umut Puanları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Değerlendirilmesi

		Son 3 Aydır İlaçların Düzenli Kullanılması		<i>t/p</i>
		Evet	Hayır	
		Ort±SD	Ort±SD	
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Gelecek	18,14±5,58	13,40±4,66	t=4,470 p=0,001
	Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	18,64±4,54	14,03±5,66	t=4,977 p=0,001
	Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki İlişkiler	19,44±5,19	14,68±4,95	t=4,733 p=0,001
Toplam Umut Puanı		56,32±14,00	42,12±13,54	t=5,229 p=0,001
Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Fiziksel Alan	23,23±4,92	21,59±6,85	t=1,286 p=0,206
	Psikolojik Alan	20,52±4,47	18,18±4,98	t=2,629 p=0,009
	Sosyal Alan	8,75±2,06	7,78±1,96	t=2,446 p=0,015
	Çevresel Alan	28,46±4,93	24,68±7,58	t=2,698 p=0,009
	Kültürel Alan	32,20±5,30	27,87±7,78	t=2,999 p=0,005

Student t testi

Hastaların son 3 aydır ilaçların düzenli kullanmasına göre umut ölçeği puanları ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, umut ölçeği alt boyutlarından gelecek puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir (t=4,470; p=0,001).

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların umut ölçeği alt boyutlarından olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir (t=4,977; p=0,001).

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların kendisi ve çevresindekilerle arasındaki ilişkiler puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=4,733$; $p=0,001$).

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların toplam umut puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=5,229$; $p=0,001$).

Son 3 aydır ilaçların düzenli kullanımına göre hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından psikolojik alan puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=2,629$; $p=0,009$).

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından sosyal alan puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($t=2,446$; $p=0,015$).

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından çevresel alan puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=2,698$; $p=0,009$).

Son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından kültürel alan puanları, ilaçlarını düzenli kullanmayan hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($t=2,999$; $p=0,005$).

7. TARTIŞMA

Şizofreni, gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere, duygu, düşünce ve davranışlarda çeşitli değişikliklere neden olan, sosyal ve işlevsel bozulmanın görüldüğü, kendine bakımın azaldığı, iş ve çalışma hayatını etkileyen, kişilerarası ilişkilerde bozulmaya neden olan bir hastalıktır.

Şizofrenide kişisel ve hastalık özellikleri açısından umudun yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bu çalışmaya; yatarak tedavi gören 84 erkek ve 96 kadın olmak üzere toplam 180 şizofreni hastası katılmıştır.

Çalışmamızda hastaların %53,3'ünü kadınlar, %46,7'sini erkekler oluşturmaktadır. Çalışmaya dâhil edilen hastaların ortalama yaşları 38.26 ± 8.97 'dir. Hastalık başlangıç yaşları 9 ile 45 arasında değişmekte olup; ortalaması 23.71 ± 7.20 'dir. Şizofrenlerde cinsiyet dağılımına bakıldığında, Goldacre ve arkadaşları(1994) yapmış oldukları bir araştırmada şizofreni sıklığını kadınlar için 100.000'de 11,4'ü, erkekler için ise 100.000'de 15,1'i olarak bildirmektedirler (89). Bu bulgu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların %65,6'sı bekâr ve %22,8'i duldur. Literatürde, şizofreninin çoğunlukla 15-35 yaşlar arasında görüldüğü, hastalığın erken başlaması ve hastalık belirtileri nedeniyle bu hastalarda bekâr kalma ya da boşanma oranının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (99).

Yaşam kalitesi, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel anlamda temel ihtiyaçlarının karşılanması ve bireysel iyilik halini ifade etmektedir (96). Şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerin varlığı, kronik bir gidişin olması, damgalanma, anksiyete, depresyon, ilaç yan etkileri nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu vurgulanmıştır (22,59,96). Doğan ve arkadaşlarının (2002), ayaktan takip edilen şizofreni hastaları için uygulanan psikososyal yaklaşım çalışmasında, uygulama öncesi hastaların yaşam kalitesi alt boyut puanlarının uygulama sonrası arttığı bulunmuştur. Uğuz ve arkadaşları (2006) tarafından Behçet hastaları üzerinde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, bu hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel alan için

59.76 ± 18.28, psikolojik alan için 59.21 ± 17.03, sosyal alan için 65.83 ± 20.04, çevresel alan için 59.49 ± 14.75 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan için 22.94±5.33, psikolojik alan için 20.11±4.64, sosyal alan için 8.58±2.07, çevresel alan için 27.79±5.66, olarak bulunmuştur (Tablo 3). Literatürde şizofrenik bireylerin yaşam kalitesinin normal bireyler ve sadece bedensel hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinden daha düşük olduğu belirtilmektedir (37,45,91). Araştırma bulguları literatür bulgularına benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarında umut ölçeğinden alınan puan ile yaşam kalitesi puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4). Umut düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin tüm alanlarında pozitif yönde bir anlamlılık bulunmuştur. Literatüre göre umut, insan varlığına odaklı, bireye özgü, ruh için dinamizm sağlayan bir beklenti ve istek olarak tanımlanmaktadır (31). Şizofreni; umudun iyileştirici, tedavi edici etkisine en çok gereksinim duyduğumuz hastalıklardan birisidir. Hastalığın iyileşmesinin önündeki engellerden biri de umudun yitirilmesidir. Şizofrenide umudun tekrar kazanılması tedavide için bir dönüm noktası oluşturabilir. Bunun en temel prensiplerinden bir tanesi umut dolu bir tutumu arttırmaktır (71,108). Aslan ve arkadaşları (2007), Vellone ve arkadaşları (2006) kanserli hastalarda umut puanlarının orta seviye üzerinde olduğunu tespit etmişlerdir. Felder ve arkadaşları (2004) kanserli hastalarda umut düzeyini araştırdıkları çalışmalarında, hastaların umut düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda da hastaların umut düzeyinin orta seviyede olduğu (Tablo 3) medeni durum, yaş, eğitim gibi değişkenlerden etkilenmediği bulunmuştur. Bazı çalışmalar farklı tipteki hastalık ve süreçlerin umut açısından kanser ve diğer kronik hastalığı olan bireyler arasında farklılığa yol açmayacağını göstermiştir (2,41). Şizofreninin de kronik bir hastalık olduğu düşünüldüğünde çalışmamızda umut düzeyinin orta seviyede olması beklenilir bir sonuçtur.

Umut bireyin içindeki motivasyonu arttıran önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik gibi duyguları önler. Umudu yüksek olan hastalar daha etkin baş etme becerileri sergilemekte, hastalıkla daha rahat baş edebilmekte,

günlük yaşam aktivitelerini daha düzenli yerine getirebilmekte, yaşamdan daha fazla keyif almakta ve daha üretken olmaktadır (12,87). Umut kısaca “İyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmaktadır (107). Başka bir ifadeyle umut, ‘ummaktan doğan güven duygusu’ olarak tanımlanır ve geleceğe yönelik olarak olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirtir. Bu sayede umut insana gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz yaşantılarla baş edebileceği duygusunu vererek, psikolojik sağlığını olumlu etkiler (19). 1950`den bu yana psikologlar ve psikiyatrlar, umudun sağlıktaki ve kendini iyi hissetmedeki rolüne vurgu yaparak, umudu, amacın gerçekleştirilmesindeki olumlu beklenti olarak ifade etmektedir (44). Umudun en büyük özelliği, olumlu gelişmelerle beraber, bir çıkış yolu olduğuna ilişkin inanç ve planların başarılacağı öngörüsüdür. Umut kavramının içersinde bir şeye olan istek ve o isteği elde edebileceğine olan inanç yatmaktadır. Koh`un (2005) kronik şizofrenlerde umut yaşantıları ile ilgili yaptığı bir araştırmada, bedensel gerçeklik, zamansal ve ilişkisel anlamda umut araştırılmıştır. Landeen ve arkadaşlarının (2000) şizofrenili bireylerle yaptıkları çalışmada hastaların umut düzeylerinin düşük ya da yüksek oluşunun yaşam kalitesini etkilediği bulmuşlardır.

Bireylerin bedenlerini daha iyi algılamaları, kendileri ile gurur duymaları, hastalıklı bedenlerini kabul etmeleri, umudun bedensel yaşantılara etkisi olarak açıklanmıştır. Kim ve arkadaşları(2002) umutsuzluk ve depresyonun diyaliz hastalarında yaşam kalitesini kötüleştirdiğini belirtmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da umut ile sağlık ve iyi olma arasında yakın bir ilişkinin olduğu, umutsuzluk duygusunun yaşam kalitesini tehdit ettiği bildirilmiştir (72). Çalışma bulguları literatür bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan erkek şizofreni hastalarının kendisi ve çevrelerindeki ilişkiler puanı ($t=-2,109$; $p=0,036$) kadın hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Kendileri ve çevreleri ile iletişimi güçlü olan bireylerin daha sosyal olduğu kabul edilir. Atik ve arkadaşlarının (2006) “çocuklarda umut ölçeği`nin psikometrik özellikleri: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”nda kızlarda umut düzeyi erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Araştırma bulguları Atik ve ark.`nın araştırmasıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarının yaş ile yaşam kalitesinin arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Hastaların yaşları yükseldikçe yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik alan ($F=3,224$; $p=0,024$) ve çevresel alan ($F=2,661$; $p=0,048$) puanları artmaktadır. Şizofreni hastalarında yaşla birlikte yaşam kalitesinin düştüğünü ve psikiyatrik hastalarda yaş ve yaşam doyumu arasında bir korelasyon olmadığını ortaya koyan çalışmalar da vardır (20,53,77). Düzgün (2006) şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasında yaş ile yaşam kalitesinin herhangi bir alt puanı arasında ilişki bulmamıştır. Literatürde psikiyatrik hastalığa sahip yaşlı bireylerin daha az endişe, değişiklik için daha az istek taşıdıklarını ve daha az kişisel projelerinin olduğu bildirilmiştir (78). Yaşlanma ile birlikte hastalığı daha kolay kabul etmeleri, hastalığa uyum ve uygun baş etme mekanizmaları geliştirmeleri, hastalığın en önemli belirtileri arasında olan yakın ilişki kurma ve sürdürmedeki sorunlarla daha kolay mücadele etmelerini sağladığı düşünülürse, psikolojik ve çevresel alan puanlarının artması beklenebilir.

Çalışmamızda medeni durum (Tablo 7) ve cinsiyet (Tablo5) gibi faktörle ile hastaların yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada benzer şekilde cinsiyet, medeni durum, gelir, meslek grupları, yaş, eğitim yılı ve toplam işsizlik süresinin yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (86). Düzgün (2006) şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmasında cinsiyet ve medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bağlantı saptamamıştır. Literatürde şizofreninin başlangıcı ile tedavi kurumuna başvurma arasında geçen sürenin bekâr hastalarda daha uzun olduğu bulunmuştur. Her iki cinsiyet için de geçerli olan bu durumun nedeni işlev kaybının bekâr hastalarda gözden kaçırabilirken evli hastalarda aile ortamında daha kolay görülebilir olmasıdır. (94,97). Çalışmamızın sonucu literatür bilgisi ile çelişmektedir.

Hastaların eğitim durumuna göre sosyal alan puanları ($F=3,217$; $p=0,042$) ve kültürel alan puanları ($F=4,270$; $p=0,015$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 8). Eğitim seviyesi arttıkça sosyal alan puanı ve kültürel alan puanları anlamlı şekilde yükselmektedir. Şizofreni hastalığının erken yaşta başlayan bir hastalık olması ve hastalığın kronik gidişli olması nedeni ile eğitimlerini yarıda bıraktıkları veya devam

ettirmede güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (83,99). Literatüre göre yapılan epidemiyolojik çalışmalar, genel popülasyonda eğitim seviyesi yüksek gruptaki kişilerde yaşam kalitesinin arttığını göstermiştir. Psikiyatrik hastalarda ise bu ilişki henüz tam olarak açığa kavuşmuş değildir. Bazı çalışmalar eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki kaydetmiştir. Eğitim seviyesi yüksek şizofren hastaların daha iyi psikopatolojik seviyede olduğu, sosyal faaliyetlerde daha uyumlu oldukları ve yaşamdan daha fazla doyum aldıkları bildirilmiştir (98). Sosyal destek, kişilerarası ilişkiye işaret eder. Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal desteğin miktarını ya da ulaşılabilirliğini etkiler. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilere göre eğitim düzeyi düşük yetişkinlerin sosyal destek ağının daha çok aile üyelerinden oluştuğu ve arkadaşlarla olan sosyal destek ağının daha dar olduğu belirlenmiştir (48,67,85). Eğitim düzeyinin artması ile bilgilenme, bilinçlenme fırsatlarının ortaya çıkacağı, eğitimlilerin gelir düzeylerinin de yüksek olması hizmetlerin satın alınmasını kolaylaştıracağı düşünüldüğünde, sosyal ve kültürel ilişkilerin artması beklenebilir. Çalışmamız bulgusu literatür bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Tablo 9 da görüldüğü gibi mesleklere göre yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan emekli (53.93 ± 13.99), işsiz (47.95 ± 11.67), şizofreni hastaların toplam umut puanları ev hanımı (57.11 ± 16.91) hastaların puanlarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 9). Literatürde; şizofreni hastalarının bilişsel işlevsellik, sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozulmaları nedeniyle genellikle herhangi bir işe devam etmelerinde veya bir işe başlamalarında sorun yaşadıkları belirtilmektedir (28,79,95). Matrix Araştırma Enstitüsünün raporunda, Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik ruhsal hastalıklı bireylerin %85-%95'nin yaşamlarının herhangi bir döneminde işsiz oldukları bildirilmiştir. Ayrıca ülkemizde şizofrenili hastaların bir yıllık çok merkezli izleme çalışmasının sonuçlarına göre örneklemin %77 sinin çalışmadığı belirtilmiştir (63,103). Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Şizofreni belirtilerinin genellikle erken yaşlarda ortaya çıkması hastaların çalışmamasında veya işten ayrılmasında bir etken olabilir. Ayrıca hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği güçlükler ile birlikte iş yaşamlarında karşılaştıkları güçlükler ve toplum kaynaklarının sınırlılığı gibi nedenlerden dolayı genelde kısa süreli işlerde

çalışmaktadırlar. Çalışmamızda ev hanımlığı da bir meslek çeşidi olarak kabul edilmiş, kadın hastaların %29,4'nün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Ev hanımlarının belirli bir işinin olması daha aktif bir yaşama sahip olduklarını, kendilerini daha yararlı ve üretken hissettiklerini bu durumda umut düzeyini ve yaşam kalitesini arttırdığını düşündürmektedir. Çalışmamız bulgusu Freud'un "bir kişinin gerçek gereksinimleri sevmek ve çalışmak"tır diye belirttiği ünlü sözü düşünüldüğünde, çalışmanın kişilerin motivasyonunu arttırarak iyileşme umudunu etkileyeceği ile açıklanabilir (68).

Sosyal güvence varlığına göre değerlendirilen şizofreni hastalarının toplam umut puanları ve umut ölçeğinin alt puanları sosyal güvencesi olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($t=3,091$; $p:0,004$). Aynı zamanda sosyal güvencesi olan şizofreni hastaların yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden sosyal alan, çevresel alan, kültürel alan puanları sosyal güvencesi olmayan hastalardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Literatüre göre hastanın bir sosyal güvencesinin olması, düzenli tedavi sağlanması ile doğrudan ilgilidir. Hastalığın olumlu seyri için düzenli tedavi olmasının önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Tedavisi düzenli olan şizofreni hastasının, duygulanıma ilişkin sorunları, yaşam kalitesini etkileyecek beden sağlığı, sosyal fonksiyonları ile daha kolay baş edebileceği düşünüldüğünde, sosyal güvencenin varlığı yaşam kalitesini ve umudu arttırması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 11'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan yalnız yaşayan şizofreni hastaların yaşam kalitesinin alt ölçeği sosyal alan puanları, yakın akraba/arkadaşlarıyla yaşayan hastaların puanlarından anlamlı şekilde yüksektir ($F=3,543$; $p=0,016$). Literatüre göre gelişmiş ülkelerde devlet, akıl hastalarına çok daha fazla sosyal destek sağlamakta (barınacak yer, iş, gelir, çok yönlü psikiyatrik tedavi hakkı, ev ziyaretleri, ilaçlar vs); rehabilitasyon programları hastaların bağımsız yaşayabilmesini hedeflemektedir (77,105). Böyle toplumlarda hasta bireylerin birçoğu aileleriyle değil, muhtaçlar için oluşturulmuş şehir içi alanlarda yalnız olarak yaşamlarını sürdürmektedir. Aksine gelişmekte olan ülkelerde şizofrenler devletten gereken desteği göremediğinden yaşamlarını sürdürebilmek için ailelerine bağımlıdırlar (77). Aileler hastaların bakımını üstlenmekte, yaşamları üzerinde kontrol kurmakta, bazı durumlarda

sosyal işlevselliklerini kısıtlamaktadırlar. Oldukça koruyucu hatta kısıtlayıcı davranan, şizofrenik aile ferдинin her türlü bakımını (ekonomik, sosyal, vs) üstlenme eğilimi taşıyan, hastasını sosyal ortamlara katılmaya teşvik etmeyen aileleriyle yaşayan hastaların sosyal çevreden uzaklaştıklarını söylemek yanlış olmayacaktır (7). Yalnız yaşayan hastaların temel ihtiyaçlarını karşılayabilmek için çevresinde kimsenin olmaması ve kendi işlerini kendilerinin gerçekleştirmesi çevre ile iletişimini arttırıp, hastayı daha fazla sosyalleştireceği düşünülebilir.

Hastalığın başlangıç yaşına göre umut ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 12). Şizofreni genç yaşta başlayan düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozulmalara yol açan, ağır bir ruhsal bozukluk olduğu düşüldüğünde yaşam kalitesi ve umut ölçeğinin erken başlayan şizofreni hastalarında düşük çıkması beklenilirdi.

Şizofreni hastaların hastaneye yatış sayısına göre değerlendirildiğinde toplam umut puanları ve umut ölçeğinin alt puanları yatış sayısı 5 ve üzerinde olan hastalarda düşük bulunmuştur (F=12,08; p=0.001). Aynı zamanda yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden fiziksel, kültürel, psikolojik, çevresel alanı puanları hastaneye yatış sayısı arttıkça düşmektedir (Tablo 14). Şizofreni hastalarının hastaneye yatmakla ilgili önemli derecede huzursuzluk ve endişe yaşadıkları bilinmektedir (17,19,58). Literatüre göre şizofreni erken erişkin dönemde başladığı için, belirgin ve uzun süren yetersizliklere neden olur, hastane bakımı birçok yönden yük oluşturur, sürekli bakım, rehabilitasyon ve destek sistemlerine ihtiyaç duyulur (19). Hastaneye yatışın şizofren hastalarının regresyona olan eğilimini arttırmasının nedeni hastane ortamındaki uyaran azlığıdır. Uzun süreli yatışlarda büyük bir hasta grubundaki birey kimliğini kaybedebilir, kendine bakımı tümünden azalabilir, günlük rutinlerini unutabilir (61). Çalışmamızda da yatış sayısının artması hastaların umut düzeyini ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği görüldüğü literatür bulgularına uygun niteliktedir.

Şizofreni hastalarının tedaviyi kendi isteği ile sürmesine göre değerlendirildiğinde, umut ölçeği puanları ve yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 15). İçgörü ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofren hastaların %50-%80 oranında, hastalıkları hakkında içgörüye sahip olmadıkları belirtilmektedir. Bu

durum tedavi uyumunu önemli derecede etkilemektedir. Yeterli içgörüsü olmayan birçok hasta sadece aile üyelerinin baskısı nedeniyle, çok az bir kısmı da doktor tavsiyesi nedeniyle ilaçlarını aldıklarını söylemektedir (54). Çalışmamızda hastaların %22,2 sinin tedaviyi kendi istekleri dışında sürdürdükleri tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarında içgörünün az olduğu ve hastalığın kronik olması nedeniyle uzun süre tedavi ve sağlık arayışında olan hastaların zaman geçtikçe iyileşmeye olan inançlarının yitirmelerinden dolayı tedaviyi sürdürmede zorluk çekecekleri bu sonucunda yaşam kalitesini ve umudu azaltacağı düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastaların son 3 aydır ilaçlarını düzenli kullanımına göre toplam umut puanları ve yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden psikolojik alan, sosyal alan, çevresel ve kültürel alan puanları kullanmayan hastaların puanları ileri düzeyde anlamlılık bulunmuştur (Tablo 16). Literatüre göre şizofrenide ilaçlar başta gelen tedavi yöntemidir. İlaçsız sağaltım yöntemleri süregenleşme riskini artırır. İlaçların özellikle pozitif belirtileri yatıştırdığı bilinmektedir. İlaçlara yanıt ve duyarlılık bireyden bireye farklılıklar göstermektedir (75). İdame tedavisini düzenli olarak sürdüren hastalarda, hastalığın tekrarlama oranı yılda %30'dan azdır. İdame tedavisi olmayan hastalarda ise tekrarlama oranı, 1 yıl içinde %60-70; 2 yıl içinde yaklaşık %90'dır (54,88). Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni belirtilerinin azaltılması, yinelemeleri önlemesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamaktır (69). Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar hastalık belirtilerini azaltmakta, hastalığın tekrarlama ve hastaneye yatma riskini azaltmaktadır. Antipsikotik ilaçlar güçlü yatıştırıcı ve anksiyete/ajitasyon giderici etkileri ile hastaların %70'inde belirgin iyileşme, %25'inde hafif düzelme sağlarken, %5'in de etkisiz kalmaktadır. Bu oranlar aynı zamanda düzenli ilaç kullanımının gerekliliğini göstermektedir (103). Şizofrenin tedavisinde ilaç kullanımının öncelikli ve zorunlu olduğu düşünüldüğünde düzenli ilaç kullanımının umut düzeyi ve yaşam kalitesini artırması beklenen bir sonuçtur.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada;

1. Şizofreni hastaların toplam umut puanları ve umut ölçeğinin alt puanlarından gelecek puanları, olumlu hazır oluşluk ve beklenti puanları, kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar puanları orta seviyenin üstünde olduğu,
2. Hastaların umut puanları ve umut alt ölçek puanları ile cinsiyet, meslek, sosyal güvence, hastaneye yatış sayısı, ilaçlarını düzenli kullanması, eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu,
3. Yaşam kalitesi ve kişisel özellikler incelendiğinde, eğitim, yaş, meslek, sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu,
4. Hastaların hastalık özellikleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin, ilaçların düzenli kullanılması, yatış sayısı ve birlikte yaşadığı kişiler ile anlamlı bir ilişki olduğu,
5. Toplam umut puanları ve umut ölçeğinin alt puanları ile yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının arasında pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara dayanarak araştırma ile ilgili aşağıdaki önerilerde bulunulabiliriz.

- Hasta ve hasta yakınlarına düzenli olarak şizofreni hastalığı, tedavisi, ilaç kullanmanın önemi gibi konularda eğitimler düzenlenmesi,
- Evde bakım hizmetlerinin oluşturulması
- Hastaların sosyal yaşantılarının aktif olabileceği, tedavinin bir parçası olan rehabilitasyon merkezlerine yönlendirilmesi.

9. KAYNAKLAR

1. Açıl AA. (2006). Şizofrenik Hastalarda Fiziksel Egzersizin Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. S Doğan).
2. Adams SM, Partee DJ. (1998). Hope: the critical factor in recovery. *J Psychosoc Nurs*, 36:29-32.
3. Ağargün MY. (1999). Psikofarmakolojik araştırmalarda temel istatistik. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9,4:173-180.
4. Akdede KBB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(1):13-19.
5. Akman Y, Korkut F. (1993). Umudun ölçüğü üzerine bir çalışma. *H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9: 193-202.
6. Akvardar Y, Türkcan A, Yazman Ü. (2003). Prevalence of alcohol use in İstanbul. *Psychol Rep* 92:1081-1088.
7. Altınay CU. (2005). Şizofren Hastalarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi ve Komorbiditenin Hastalık Gidişine Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
8. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV) 4.Baskı Washington DC: American Psychiatric Association. Türkçe Çevirisi: E Köroğlu ve ark. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
9. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. (2006). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28 (2):81-89.
10. Aslan Ö, Sekmen K. (2005). Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi tedavi gören hastalarda özbakım ve umudun. 3.Uluslararası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.
11. Aslan Ö, Sekman K., Vural H. (2006). Öğrenci hemşirelerde umudun, *Hospital Life*, 1(2) s.61-63.

12. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. (2007). Kanserli hastalarda umut. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2).
13. Atik G, Kemer G. (2005). Kırsal ve il merkezinde yaşayan lise öğrencilerinin umut düzeylerinin aileden algılanan sosyal destek düzeyine göre karşılaştırılması. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 21:161-168.
14. Atik G, Kemer G. (2006). Çocuklarda Umut Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Atkinson M, Zibin S, Chuang H.(1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of self-report methodology. *American Journal of Psychiatry* 154:99-105.
15. Aydemir Ö, Köroğlu E.(2006). Psikiyatri'de Kullanılan Ölçekler. Medicographics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
16. Bahçe Z, Böke Ö, Şahin AR, Arık AC, Güz H, Sarısoy G, Baykal S. (2008). Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:117-124.
17. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 62:903-910.
18. Bowling A. (1998). Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales. 2 ed. Buckingham: Open University Pres
19. Boydell J, Murrey RM. (2003). Urbanization, Migration and risk of schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, Van OJ, Cannon M. (2003). The Epidemiology of Schizophrenia. Cambridge University Pres.
20. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 94:118-124.
21. Browne S, Garavan J. (1998). Quality of life in schizophrenia: Insight and subjective response to neuroleptics. *J Nerv Ment Dis*; 186: 74-78.

22. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L. (2004). Şizofrenisi olan hastalarda içgörü ve şiddet davranışlarıyla bağlantısı. Case Western Reserve University, Cleveland OH, *American Journal of Psychiatry* s.161:171-4.
23. Callan AF. (1996). Schizophrenia in Afro-Caribbean Immigrants. *J R Soc Med* 89:253-256.
24. Ceylan ME. (2001). Araştırma ve Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni. 2.Baskı, Astra Zeneca. İstanbul.
25. Cheavens JS, Feldman DB, Woodward JT, Snyder C R. (2006). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2):135-145.
26. Chen CH, Liu MY, Wei FC, Koong FJ, Hwu H-G, Hsiao KJ. (1997). Further evidence of no association between ser9gly polymorphism of dopamine d3 receptor gene schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 74: 40-43.
27. Chou KR, Chen R, Lee JF, Ku CH, Lu RB. (2004). The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 41: 321- 330.
28. Clark R. (2004). Hastalığın Gözden Geçirilmesi- Şizofreninin Yükü. *Drugs in Context-Temel Sağlık E* 1(1): 1-40.
29. Collins S, Cutcliffe JR. (2003). Addressing hopelessness in people with suicidal ideation: building upon the therapeutic relationship utilizing a cognitive behavioural approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10:175-185.
30. Cooley ME. (1998). Quality of Life in persons with nonsmall cell lung cancer. A Concept Analysis. 21nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, s.151.
31. Cutcliffe JR, Herth K. (2002). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *Br J Nurs*, 11(12):832-840.

32. Çalışkan U. (2003). Şizofrenide Fosfolipaz A₂ Enzim Düzeylerinin Klinik Değişkenler ve Tedavi ile İlişkinin Araştırılması. Genel Kurmay Başkanlığı GATA. Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Tbp. Kd.Alb. A.Özşahin).
33. Çelikel FÇ, Erkorkmaz Ü. (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 122-129
34. Dewan N. (2002). Schizophrenia. *Annual*, 2 (7): 274.
35. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3(2): 69-74.
36. Dülgerler Ş. (2004). Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.(Danışman: Doç. Dr. O Çam).
37. Eren K. (2006). Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. A Tabo).
38. Eren İ, Şimşek D, Çalışkan AM. (2007). Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. *Düşünen Adam*, 20(2) :68-78.
39. Ertuğrul A. (2005). Şizofreni etiyojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(12):6-14.
40. Felder BE. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nurs*, 27(4): 320-324.
41. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 18:889-898.
42. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY. ve ark. (1999). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BRIEF. *3P Dergisi*. (7), 5-13.
43. Fidaner C. (2004). Sağlıkta yaşam kalitesi(syk) kavramı: Bir giriş denemesi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir.

44. Fitzgerald PB, Williams CL, Corteing N. (2001). Subject and observer - rated quality of life in schizophrenia. *Acta psychiatr Scand*, 103:387-392.
45. Franz M., Meyer T., Reber T., Gallohofer B. (2000). The importance of social comparisons for high levels of subjective of quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality Life Research* 9(5): 481-489.
46. Gelder JM, Gath D, Mayou R. (1996). Oxford Textbook of Psychiatry. 3. baskı, Oxford University Press. Oxford, s. 246.
47. Goldacre M, Shiwach R, Yeates D. (1994). Estimativ Incidence and prevalence of treated psychiatric disorders from routine statistics: The example of schizophrenia in Oxfordshire. *J Epidemiology Community Health* 3:318-322.
48. Gölalmıs E. (2005). "Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezi ,Ankara,
49. Güler D. (2006). Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma H. Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Y. Altuntaş)
50. Hafner H, Heiden W. (1997). Epidemiology of Schizopharina. *Can J Psychiatry*, 42:139-151.
51. Harvey CA, Pantelis C, Taylor J, McCabe PJ, Lefevre K, Campbell PG, Hirsch SR. (1996). The Camden schizophrenia surveys II. High prevalence of schizophrenia in an inner London borough and its relation ship to sociodemographic factors. *Br J Psychiatry*,168: 418-426.
52. Herth, K. (1991). Development and refinement of an instrument to measure hope. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 5(1):39-51.
53. Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. (1998). Two - year outcome in firstepisode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry* 155:1196-201.
54. Hoffman RE, Boutros NN, Hu S, Berman RM, Krystal JH, Charney DS.(2000). Transcranial magnetic stimulation and auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*, 255: 1073-1075.

55. Huppert JD, Weis KA, Lim R. (2001). Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 51:171-180.
56. Jablensky A. (1997). The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophr Res* 28(2-3):111-25.
57. Kaplan IH, Sadock BJ. (2005). Synopsis of Psychiatry. Ninth edition.'den. Klinik Psikiyatri. 2.baskı , Çeviren: Aydın H, Güneş Kitabevi, İstanbul, s.134-154.
58. Katon W, Lin E, Korff MV. (1991). Somatization: A Spectrum of Severity. *Am J Psychiatry* 148(1):34-40
59. Katschnig H. (2000) . Schizophrenia and Quality of Life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl 407): 52-63
60. Kelleci M. (2005). Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:41-47.
61. Kendi M, Güney M. (2004). Gündüz hastanesi izlem çalışması, *Kriz Dergisi* 12(1):1-19
62. Kessler, RC. (2000). Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bull World Health Organ* 78: 464-474.
63. Kızıltoprak S. (2006). Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. G. Özaltın).
64. Kim JA, Lee YK, Huh W. (2002). Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Korean Med Sci*, 17:790-794.
65. Koh MH. (2005). Experiences of hope in clients with chronic schizophrenia. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35:555-64.
66. Köroğlu E. (1996). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı(2), 4. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 337-365.
67. Krauss, M. W., Seltzer, M. M., Goodman, S. J. (1992). Social support networks of adults with mental retardation who live at home. *American Journal on Mental Retardation*, 96 (4), 432- 441.

68. Kruger A. (2000). Schizophrenia: recovery and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24:1:29-38.
69. Küçük MU. (2006). Şizofrenili Hastalarda Periferal Kan Lenfositlerindeki (Pbl) Drd3 Geni Mrna Düzeyleri İle Drd3 Geni Ser9gly Polimorfizmi Arasındaki İlişkinin Araştırılması. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. ME Erdal).
70. Landeen J, Pawlick J, Woodside H, Kirkpatrick H, Byrne C. (2000). Hope, quality of life and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23:4:364-370.
71. Landeen J, Seeman MV. (2005). Exploring hope in Individuals with Schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 5:45-52.
72. Lohne V, Severinsson E. (2004). Hope during the first months after acute spinal cord injury. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3):279-286.
73. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. (2005). Hope, awareness of illness, coping in schizophrenia spectrum disorders: Evidence of an Interaction. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5): 287.
74. Maj M, Sartorius N. (Eds) (1999). Şizofreni. İyışler Matbaacılık, İstanbul.
75. McGorry, Patrick. (2003). The Influence of Stigma on Preventive Efforts in Psychotic Disorders in Schizophrenia, *WPA Series in Evidence & Experience in Psychiatry*, s.292.
76. Meltzer HY, Fatemi H. (2003). Schizophrenia. Şizofreni. (Çeviren: İpekçi S.) Güneş Kitapevi Ltd. Şti., Ankara, s.260-277.
77. Menezes PR, Ratto LRC. (2004). Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in Sao Paulo. *Soc. Psychiatry Epidemiol* 39:212-217.
78. Mercier C, Péladeau N, Tempier R. (1998). Age, gender and quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*;34:487-500.

79. Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC. (2005). Bilişsel işlevler ve negatif belirtilerin şizofreninin işlevsel sonuçları üzerine yordayıcı değerleri: Yedi yıl izlemli uzunlamasına bir ilk epizod çalışması. *The American Journal of Psychiatry (Türkiye Baskısı)* 162: 495-506.
80. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61;75-88.
81. Miyamoto S, LaMantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA. (2003). Recent Advances in the Neurobiology of Schizophrenia. *Mol Interv*, 3(1):27-39.
82. Mori T, Sasaki T, Iwanami A. (2003). Smoking habits in Japanese patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 120: 207-209.
83. Nasrallah H.A., Smeltzer D.J. (2005). Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı, 1. Baskı, Çeviren: Tekin B, AND Yayıncılık, Ankara.
84. Nebioğlu M. (2007). Şizofreni Hastalarında Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. HÜ. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Doç. Dr. A Altındağ).
85. Öner H. (1999). Şizofrenik Hasta Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgileri ve Destekleme Yaklaşımları(Yayınlanmış Bilim Uzmanlığı Tezi) Ankara.
86. Örsel S, Akdemir A, Özel S. (2003). Şizofrenide yaşam kalitesi: Depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin etkileri. *3P Dergisi*, 11:25-34.
87. Öz F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. Ankara, s.229-268.
88. Özalmete EÖ. (2006). Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Antipsikotik Polifarmasi Uygulamasının Değerlendirilmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uz.Dr. ME Sevim).
89. Özbey Ü. (2007). Türk Popülasyonunda Şizofreni ve Akciğer Kanseri Hastalar Arasında P53 Gen Polimorfizm Farklılıklarının Araştırılması. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Elazığ, (Danışman:Yrd. Doç. Dr. H. Yüce).

90. Öztürk MO. (2001). Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, yenilenmiş, 8.basım, Ankara, 16, 217-286.
91. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. (2002). Quality of life schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing* 11: 103-111
92. Poirier MF, Canceil O, Bayle F. (2002). Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 26:529- 537.
93. Prasad S, Deshpande SN, Bhatia T, Wood J, Nimgaonkar VL, Thelma BK. (1999). Association Study of Schizophrenia among Indian Families. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 88: 298-300.
94. Read J. (2004). Poverty, ethnicity and gender. Read J, Mosher L, Bentall R (Ed), Models of madness. Brunner Routledge, New York, s.161-194.
95. Sevinçok L. (2000). Şizofreni etiolojisinde psikososyal nedenler. *Şizofreni Dizisi* 15: 5-10.
96. Soygür H. (2003). Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 1: 9-14.
97. Szymansky S, Liebermann JA, Alvir JA. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological indexes in first episode schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*, 152: 698-703.
98. Şimşek D. (2006). Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. SDÜ. Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İ Eren).
99. Tav AŞ. (2006). Şizofreni Tedavisinde Direkt Maliyeti Belirleyen Değişkenlerin Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma H. 4. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uz. Dr. ME Sevim).
100. Telatar TG, Özcebe H. (2005). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3): 162-165.
101. Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli A.S. (2006). Behçet hastalarında ruhsal ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7: 133-139.

102. Uzun Ö, Cansever A, Basoglu B. (2003). Smoking and substance abuse in out patients with schizophrenia: A 2-year followup study in Turkey. *Drug Alcohol Depend*, 70: 187-192.
103. Ünsal BG. (2004). Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr Ö Işıl).
104. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ (2006) Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs*, 29(5): 356-366.
105. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S.(1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*. 172: 477-484.
106. Weide VDJ, Steijin LSW, Vander GM, Degroot PA. (2003). D3 dopamine receptor mRNA expression in lymphocytes: A peripheral marker for schizophrenia?, *Acta Neuropsychiatrica*, 15: 91–93.
107. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. (2003). Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(4): 281- 287.
108. Yıldız M. (2005). Şizofreni. 2. baskı, Okuyan Us Yayın, İstanbul.

10. EKLER

EK 1

Protokol Numarası:

Tarih:

HASTA BİGİ FORMU

1.Cinsiyet

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz:

1. Bekar 2. Evli 3. Eşi ölmüş 4. Boşanmış

4. Eğitim durumunuz:

1. Okuryazar 2. İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite

5. Mesleğiniz:

1. İşsiz 2. Öğrenci 3. Ev hanımı 4. Emekli 5. Diğer

6. Şu anda çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

7. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

8. Sosyal güvenceniz kime ait?

1. Kendisi 2. Eş 3. Ana-baba 4. Diğer

9. Ana-babanız yaşıyor mu?

- Anne 1. Evet 2. Hayır

- Baba 1. Evet 2. Hayır

10. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Ana-baba 2. Eş ve çocuklar 3. Yakın akraba /arkadaş 4. Yalnız
5. Diğer

11. İlk hastalanma tarihiniz.

12. Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Evetse.....

13. Hastaneye kaçınıcı yatışınız?

14. Tedaviyi kendi isteğinizle mi sürdürüyorsunuz.?

1. Evet

2. Hayır

- a. Bana kalsa tedavi olmam b. Ailemin isteği ile c. Hastane personelinin isteği ile d. Arkadaşlarımın isteği ile sürdürüyorum.

15. İlaçlarınızı kendi isteğinizle mi alıyorsunuz?

1. Evet

2. Hayır

- a. Yakınları hatırlatıyor b. Yakınları ikna ediyor. c. Yakınları zorluyor.

16. Son üç aydır ilaçlarınızı düzenli kullanıyormusunuz?

1. Evet 2. Hayır

17. Kullandığınız ilaçların isimleri ve dozları nelerdir?

18. Ailede sizden başka psikolojik rahatsızlığı olan var mı?

1. Hayır

2. Evet

Hastalığı.....

Yakınlığı

Protokol Numarası: Tarih:

KISA YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ(WHOQOL-BREF(TR))**SİZİNLE İLGİLİ**

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
 İlkokul-ortaokul
 Lise veya eşdeğeri
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

- hiç evlenmemiş ayrı yaşıyor
 evli boşanmış
 evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10. 3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12. 4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13. 3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15. 3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14. 4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

.....

Protokol Numarası:

Tarih:

HERTH UMUT ÖLÇEĞİ

		Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Herzaman uygun
1	Geleceğe umutla bakıyorum				
2	Sevdiğim kişilerin yanımda olduğunu hissediyorum.				
3	içimde derin bir manevi güç var.				
4	Gelekle ilgili planlar yapıyorum.				
5	içimde olumlu bir enerji var.				
6	Geleceğim ile ilgili korkularım var.				
7	İncinsem bile yola devam ediyorum				
8	Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
9	İyi şeylerin her zaman mümkün olabileceğine inanıyorum				
10	Kendimi kaybolmuş hissediyorum,ne yöne gideceğimi bilemiyorum.				
11	Zamanın yaraları iyileştireceğine inanıyorum.				
12	Yakın hissettiğim kişilerden destek alıyorum.				
13	Kendimi aşırı bir yük altında ezilmiş ve tuzağa düşmüş hissediyorum.				
14	Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
15	Kesinlikle umudun var olduğunu biliyorum.				
16	Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.				

17	Korkularım ve şüphelerim beni hareketsiz bırakıyor.				
18	Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum				
19	Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum				
20	Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.				
21	Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.				
22	Kendimi hep yalnız hissediyorum.				
23	Geçmişte zorluklarla iyi başa çıktım.				
24	Sevdiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğunu hissediyorum.				
25	Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
26	Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.				
27	Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.				
28	İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.				
29	Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.				
30	Buğün ve gelecek hafta için planlarım var.				

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Çalışmanın İsmi: Şizofren hastaların umut düzeylerinin yaşam kalitesine etkisi

Şizofreni kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasına çekildiği ruhsal bozukluktur. Genç yaşta başlayan ve kronik bir gidiş gösteren hastalık olduğu için, hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz etki yapmaktadır. Şizofreni; umudun iyileştirici, tedavi edici etkisine en çok gereksinim duyduğumuz hastalıklardan birisidir. Bu amaçla size şizofrenide umut düzeyinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla bir anket formu uygulanacaktır. Bu form karşılığında sizden bir ücret talep edilmeyecektir. Adınız gizli tutulmakla birlikte size herhangi bir zararı olmayacaktır. Siz bu çalışmaya katılma ve katılmama hakkına sahipsiniz.

Bu çalışmaya katılarak verdiğiniz katkı sonucu şizofren hastaların umut düzeylerinin yaşam kalitesine etkisini öğrenme şansını bulmamıza yardımcı olmaktadır. Bu bilgiler sizlerin ve sizden sonra gelecek olan hastaların umut düzeyinin yaşam kalitesine etkisini belirlenmesinde atılmış önemli adımlardan bir tanesidir.

Bu çalışma Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi olan Dilek YILDIRIM LÜLE'nin bilim uzmanlığı tezi olarak planlanmıştır. Marmara Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri danışmanlığında yürütülmektedir.

Çalışmaya verdiğiniz destekten dolayı teşekkür ederiz.

HASTA ONAM FORMU

Yapılacak olan çalışmanın niteliği Dilek YILDIRIM LÜLE tarafından bana ayrıntılı olarak anlatıldı.

Yanıtlamamı istedikleri kişisel ve hastalığımla ilgili bilgileri içeren Hasta Bilgi Formu , Kısa Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOOL -BREEF) ve Herth Umut Ölçeği'ni kendi rızamla yanıtlamayı kabul ediyorum.

Anket sonuçlarının ulusal ve uluslar arası organizasyonlarda kullanılmasına, sunulmasına, bilimsel dergilerde yayınlanmasına izin veriyorum.

Tarih:

İmza:

ETİK KURUL ONAYI



KIRKÖY PROF.DR.MAZHAR OSMAN
JHSAĞLIĞI ve SINIR HASTALIKLARI
ŞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

ETİK KURULU

KARAR

Sayı No:28

18.11.2008

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinden Psikiyatri emşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmakta olan Dilek YILDIRIM LÜLE'nin "Şizofren Hastaların Umut Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez alışması 18.11.2008 tarihinde hastanemiz etik kuruluna sunulmuş ve proje Helsinki ildirgesi ve Dünya Psikiyatri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Madrid-1996) kurallarına öre incelenmiş ve yapılacak çalışmanın tıbbi etik kurallarına uygun olduğuna oy rliği ile karar verilmiştir.

İnvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Dr.Niyazi Uygur Başkan	Psikiyatrist Klinik Şefi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	
Doç.Dr Hüsnü Erkmen Üye	Psikiyatrist Klinik Şefi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	
Doç.Dr. M.Emin Ceylan Üye	Psikiyatrist, Klinik Şefi Farmakoloji Doktoru	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	Toplantıya Katılmadı
Doç.Dr. Baki Arpacı Üye	Nörolog Klinik Şefi	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	
Dr. A.Solmaz TÜRKCAN Üye	Psikiyatrist	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Kadın		X	
Dr. Mehmet Uhri Üye	Patoloji Uzmanı	Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Erkek		X	
Dr. Nilgün Kara Uzun Üye	Biyokimya Uzmanı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Kadın		X	
Dr. Tehmine Güneş Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Kadın		X	
Emre Gökmen Üye	Eczacı	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	Erkek		X	

Araştırma ile İlişki
Durumunda Bulunma

Doç.Dr.Medaım YANIK
Başhekim

UZMAN GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN AKADEMİSYEN LİSTESİ

1. Yard. Doç. Dr. Özlem Işıl, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireli Anabilim Dalı
2. Arş. Gör. Dr. Semra Çıgırkçı Karaca, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
3. Arş. Gör. Nevin Onan, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
4. Yard. Doç. Dr. Sevim Ulupınar Alıcı, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı
5. Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
6. Yard. Doç. Dr. Ayşe Yıldız, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
7. Yard. Doç. Dr. Sezgi Çınar, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
8. Prof. Dr. Fatma Eti Aslan, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
9. Yard. Doç. Dr. Leyla Küçük, İstanbul Üniversitesi Florence Nittingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
10. Yard. Doç. Dr. Hülya Bilgin, İstanbul Üniversitesi Florence Nittingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
11. Prof. Dr. Sevim Buzlu, İstanbul Üniversitesi Florence Nittingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilek	Soyadı	Yıldırım LÜLE
Doğ.Yeri	Sivas	Doğ.Tar.	20.08.1983
Uyruğu	T.C	TC Kim No	18056755546
Email	dlkyldrm@hotmail.com	Tel	05362930685

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2005
Lise	Antalya Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Deva Holding A.Ş	2008-
2.	Hemşire	Bahçelievler Belediyesi Sevgievi Rehabilitasyon merkezi	04.2007- 10.2008
3.	Hemşire	Anadolu Sağlık Merkezi	2005-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Program	Kullanma Becerisi		
Microsof Office programları	İyi		
İnternet Uygulamaları	İyi		
	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Les Puanı	56.104		

KPDS : Kamu Personeli Dil Sınavı, ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı IELTS : International English Language Testing System, TOEFL : Test of English as a Foreign Language

11. CURRICULUM VITAE

Personnel Profile

Name	Dilek	Surname	Yıldırım LÜLE
Place of Birth	Sivas	Date of Birth	20.08.1983
Nationality	Turkey	Citizenship Id	18056755546
E-mail	dlkyldrm@hotmail.com	Mobile	05362930685

Education

	Name of Institution	Graduation Date
Postgraduate		
Graduate		
College	Marmara University College Of Nursing	2005
High school	Antalya High School	2000

Experience

	Job	Corporation	Date (Year-Year)
1.	Nurse	Deva Holding A.Ş	2008-
2.	Nurse	Bahçelievler Municipality Sevgievi Rehabilitation Center	04.2007- 10.2008
3.	Nurse	Anadolu Health Center	2005-2007

Foreign Language	Understanding*	Speaking*	Writing*
İngilizce	average	average	average

*Very good, good, average, poor

Software	Ability		
Microsof Office	good		
İnternet Applications	good		
	Quantitative	Counterweigh	Verbal
Les Point	56.104		

KPDS : Kamu Personeli Dil Sınavı, ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı IELTS : International English Language Testing System, TOEFL : Test of English as a Foreign Language