



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE
İLAÇ TUTUMUNUN BELİRLENMESİ**

Rabia ARPACI
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP

Yüksek Lisans Tezi-2021

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA HASTALIK ALGISI VE
İLAÇ TUTUMUNUN BELİRLENMESİ**

Rabia ARPACI

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP**

**ERZURUM
2021**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1. Tarihçe	4
2.1.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	5
2.1.3. Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler... ..	6
2.1.4. Şizofreni Tanı Ölçütleri... ..	7
2.1.5. Şizofreni Belirtileri ve Bulguları... ..	9
2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım... ..	10
2.1.7. Şizofrenide Tedavi.....	12
2.1.7.1. Farmakolojik Tedavi... ..	12
2.1.7.2. EKT (Elektro-Konvulsif Tedavi).....	13
2.1.7.3. Aile Tedavisi.....	13
2.1.7.4. Psiko-Sosyal Beceri Eğitimi	14
2.1.7.5. Bilişsel Davranışçı Terapiler	14
2.1.7.6. Grup Tedavisi	14
2.1.8. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı	15

2.1.8.1. Terapotik İlişkinin Kurulması.....	15
2.1.8.2. Hasta Yakınlarının Bakıma Katılımının Sağlanması.....	16
2.1.8.3. İç Görüyü Geliştirmek	16
2.1.8.4. İnatçı Belirtiler, Hastalık ve İlaçlar Hakkında Hastayı Bilgilendirmek.....	16
2.1.8.5. Hastayı Alevlenme ve Yinelemeler Hakkında Bilgilendirmek... ..	17
2.1.8.6. Depresyona Karşı Dikkatli Olmak.....	17
2.1.8.7. Bilişsel Yetiler Üzerinde Durmak.....	17
2.1.8.8. Damgalanmaya Karşı Eğitim Vermek.....	18
2.1.8.9. Yaşamın Anlamı ve Ölüm Düşüncelerini Konuşmak.....	18
2.2. Şizofrenide Hastalık Algısı.....	19
2.3. Şizofrenide İlaç Tutumu ve Tedaviye Uyum.....	21
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Amacı.....	23
3.3. Araştırmanın Soruları... ..	23
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.7. Veri Toplama Araçları	24
3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu... ..	24
3.7.2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği	25
3.7.3. İlaç Tutum Ölçeği-10.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi... ..	26
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri... ..	26
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği... ..	27
4. BULGULAR.....	28

5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	46
EKLER	63
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	63
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	64
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	65
EK-4. KURUM İZİNLERİ	66
EK-5. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	68
EK-6. KISA HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ(KHAÖ).....	69
EK-7. İLAÇ TUTUM ÖLÇEĞİ(İTÖ)... ..	70
EK-8. ÖLÇEK İZİNLERİ... ..	72

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana güvenip fikirlerime önem veren, değerli bilgi ve katkılarıyla tezimi yöneten ve tezimin her aşamasında bana yol gösterip yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Kübra GÖKALP'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

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

Tez savunma sınavıma zaman ayırıp gelerek beni onurlandıran değerli jüri üyelerime,

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı ve Gaziantep Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı merkezlerinde görev alan meslektaşlarıma, çalışmamı onam göstererek verilerimi toplamamı sağlayan hastalarıma,

Eğitim hayatım boyunca hiçbir zaman maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

Ayrıca her koşulda çalışmamı destekleyen, her daim yanımda bulunan hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Fatma KARASU'ya

Çok teşekkür ederim.

Rabia ARPACI

ÖZET

Şizofreni Hastalarında Hastalık Algısı ve İlaç Tutumunun Belirlenmesi

Amaç: Çalışma, şizofreni bozukluğu olan hastaların hastalık algısını ve ilaç tutumunu belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metot: Araştırma Haziran 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında, Gaziantep Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takip edilen, 18-65 yaşları arasında, DSM-V'e göre şizofreni tanısı almış 126 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri "Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ), İlaç Tutum Ölçeği-10 (İTÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda t testi, Post Hoc Tukey testi, tek yönlü varyans analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hastaların çoğunluğunun 18-30 yaş arasında, erkek, bekar, çalışmayan, şehir merkezinde yaşayan bireylerden oluştuğu belirlenmiştir. Hastaların KHAÖ toplam puan ortalaması 46.32 ± 11.65 , İTÖ toplam puan ortalaması ise 3.19 ± 5.29 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalıklarını kronik olarak algıladıkları, hastalıktan etkilenme düzeylerinin ve duygusal etkilenmelerinin yüksek, hastalıkla ilgili endişe ve şikâyetlerinin ortalamanın üstünde, hastalık üzerindeki kontrollerinin orta düzeyde, tedaviye inançlarının ve hastalığı anlama düzeylerinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %76.98'inin ilaç tutumunun pozitif olduğu ve hastalık algılarının ilaç tutumlarını % 25.9 oranında yordadığı saptanmıştır.

Sonuç: Şizofreni hastalarının hastalık algılarının olumsuz olduğu; erkeklerin, 18-30 yaşında olanların, çalışmayanların, ekonomik durumu kötü olanların ve hastalık süresi 1-5 yıl arasında olanların hastalık algılarının diğer gruplardaki hastalara göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarının ilaç tutumlarının iyi olduğu; erkeklerin ve 41-65 yaşındaki hastaların ilaç tutumlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların hastalık algıları olumsuza gittikçe ilaç tutumlarının da kötüye doğru gittiği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık algısı, ilaç tutumu, psikiyatri hemşireliği, psikotik bozukluk

ABSTRACT

Determination of Illness Perception and Drug Attitude in Patients with Schizophrenia

Aim: The study was carried out to determine the illness perception and drug attitude of patients with schizophrenia disorder.

Material and method: The study was conducted with 126 patients between the ages of 18-65 who were followed up in Gaziantep Community Mental Health Centers between June 2020 and January 2021, and were diagnosed with schizophrenia according to DSM-V. The data of the study were collected using the "Sociodemographic Data Form, Brief Illness Perception Scale (BIPS), Drug Attitude Scale-10 (DAS)". In the analysis of the data; percentage distribution, arithmetic mean, independent groups t test, Post Hoc Tukey test, one way variance analysis and regression analysis were used.

Results: In the study, it was determined that the majority of the patients were between the ages of 18-30, male, single, unemployed and living in the city center. The total mean BIPS score of the patients was 46.32 ± 11.65 , and the mean total score of DAS was 3.19 ± 5.29 . It was determined that the patients perceived their illness as chronic, their level of being affected by the illness and their emotional effects were high, their anxiety and complaints about the illness were above average, their control over the illness was moderate, and their belief in treatment and understanding of the illness was low. It was determined that the drug attitude of 76.98% of the patients was positive and the illness perception predicted the drug attitude by 25.9%.

Conclusion: The illness perception of schizophrenic patients is negative; It has been determined that the perception of the illness of males, those who are 18-30 years old, those who do not work, those who have a bad economic situation, and those with a period of 1-5 years of illness are more negative than the patients in other groups. Schizophrenia patients have good drug attitudes; It was found that men and 41-65 years old patients had better drug attitudes. It was determined that as the patients' perception of the illness became negative, their drug attitudes also worsen.

Key Words: Illness perception, drug attitude, psychiatric nursing, psychotic disorder

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	:	Elektro-Konvulsif Tedavi
KHAÖ	:	Kısa Hastalık Algısı Ölçeği
İTÖ	:	İlaç Tutum Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 1.1. Şizofreni hastalarının ilaç tutumuna göre dağılımı 33



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı.....	28
Tablo 4.2. KHAÖ sorularının ve toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri	29
Tablo 4.3. Hastalık nedenlerine ilişkin soruya verilen cevaplar	30
Tablo 4.4. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile KHAÖ puan ortalamasının karşılaştırılması	31
Tablo 4.5. İTÖ toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri	33
Tablo 4.6. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile İTÖ puan ortalamasının karşılaştırılması	34
Tablo 4.7. KHAÖ toplam puanının ve İTÖ toplam puanının regresyon analizi	35

1. GİRİŞ

Şizofreni, klinik gidişatı sanrılar veya varsanılarla seyreden, dezorganize konuşma, davranış ve gerçeği değerlendirmede yaygın bozulmaları içeren kronik bir hastalıktır. Şizofreni tanısına sahip olan bireylerde; birçok olumsuz duygu ve davranışlar görülmektedir.^{1,2} Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 24 milyon şizofreni tanılı birey yaşamaktadır. Dünya’da 15-35 yaş grubu şizofreni prevalansı % 0.7 düzeyindedir. Türkiye’de ise bu oran %0.8’dir.^{3,4} Şizofreni uzun süreli ve kalıcı sakatlığa sebep olan on hastalıktan biri olup ülkemizde yaşam yılına uyarlanmış yeti kaybına sebep olan hastalıklar içerisinde dokuncu sırada yer almaktadır.^{5,6} Şizofreni hastalığı, yeni tedavi yöntemlerine rağmen hastalık yüküne, eğitim ve iş alanında yetersizliklere, uzun dönemli sakatlığa ve komorbid hastalıklara sebep olmaktadır.^{7,8}

Hastalık algısı, hastalığın bilişsel görünümü olarak adlandırılmaktadır. Herhangi bir hastalıkla karşı karşıya kalındığında bireyler hastalığı anlamak ve onunla baş etmek için mevcut kişisel deneyimleri, bilgileri, inançları, değerleri ve gereksinimleri doğrultusunda hastalıklarını anlamlandırmaya çalışırlar. Bu yolla kendi hastalık modellerini ve temsillerini yansıtır.^{9,10} Hastalık algısı, hastaların hastalığa uyumunu, fonksiyonel iyileşmeyi ve sağlığı geliştirmeyi, hastalıkla mücadeleyi, tedaviye uyumu etkilemektedir. Literatürde hastalık algısının tıbbi tedavi kullanımı, tedavi etkilerini değerlendirme ve hastalıkla baş etme ile ilgili olduğu belirtilmektedir.¹¹ Hastalığın oluşturduğu belirtilerin, komplikasyonların ve uygulanan tedavilerin yanı sıra hastaların geleceğe yönelik endişeleri, başkalarına bağımlı hale gelebileceği korkusu hastanın hem fiziksel ve bilişsel hem de duygusal ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.¹²

Aynı hastalığa sahip bireyler arasında farklı algıların olması ve bazen bu algıların da hastaları yanlış yönlendirmesi sebebiyle hastalık algısı kavramı önemlidir.¹³ Şizofreni gibi kronik hastalığı olan bireylerde oluşabilecek durum değişikliği anlamak, kontrol ve tedaviyi sağlamak için hastaların hastalık algısının bilinmesi gerekli bir durumdur. Hastalık algısının pozitif yönde geliştirilmesi hastalığı yönetebilme, hastalığın sebep olduğu duygusal durumla ve stresle baş edebilmesine olanak sağlamaktadır.¹⁴ Şizofreni hastaların hastalıklarını kronik olarak görmeleri, hastalıkları ile ilgili kişisel kontrollerinin olmadığını düşüncesine sahip olmaları ek olarak depresyon ve anksiyete gibi duygu durum problemlerinin var olması, hastalık algılarının negatif yönde etkileyebileceğini belirtilmiştir.¹⁵ Kronik böbrek yetmezliği, kanser, diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi kronik ya da ciddi hastalığı olan bireylerde hastalık algısını değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır.^{14,16-20} Fakat yapılan araştırmalar sonucunda ülkemizde şizofreni hastalarında hastalık algısının değerlendirildiği tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma 9 şizofreni hastası ile gerçekleştirilen nitel tasarımda bir çalışmadır.²¹

Hastaların mevcut tanılarını kabul etmeleri, verilen tedavinin gerekliliklerini yerine getirmeleri ve tedavi ekibiyle güven içerisinde olmaları tedavi uyumunun yüksek olduğunu göstermektedir.²² Tedaviye uyumsuzluk doktorun önerdiği ilacı uygun dozda kullanmama, ilacın kullanım saatlerine uymama, tedaviyi erken bırakma gibi sebeplerle ortaya çıkabilmektedir.²³ Hastaların hastalıklarının hiç düzelemeyeceğine ve tedavi girişimlerinin yetersiz olacağına ayrıca ilaç kullanmanın hastalığı daha da kötüleştireceğine dair inanışları tedaviye yönelik uyumsuzluğa neden olmaktadır. İlaça bağlı ortaya çıkan sedasyon, sersemlik, uyuşukluk ve yan etkiler uyumsuzluğa sebep olan nedenler arasındadır.²⁴ Hastalığın şiddeti, hastalığın farkında olma düzeyi, tedaviden faydalanma, mevcut tedavinin yan etkileri, aile bireylerinin yaklaşımı tedaviye uyumda

etkili olmaktadır. Bunlara ek olarak, hastaların ilaca karşı tavrıda uyum konusunda etkili olduğu belirtilmekte olup ilaca karşı negatif tutum da tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilemektedir.²⁵ Günümüzde şizofreni hastaları uygun bir tedavi ile %25'inin büyük ölçüde düzelme gösterdiği, %50'sinin ise orta düzeyde düzelme göstererek bağımsız veya toplumsal desteğe bağlı olarak hayatlarını sürdürmektedir.²⁶ İlaçla tedavinin olumlu ve destekleyici yönlerine rağmen şizofreni hastaları antipsikotik ilaç alma konusunda isteksiz davranmaktadır.²⁷ Dikeç ve Kutlu'nun²⁸ yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %85.1'nin tedaviye uyumun düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının %90'a yakınının en az bir kere kendi isteği ile ilacı bıraktığı saptanmıştır.⁷ Tedaviye uyumsuzluk şizofreni hastalarının hastalık şiddetinin artmasına, kendisine ve başkalarına şiddet göstermesine, acil servise başvurularında ve hastaneye yatış olaylarında artışa neden olabilmektedir.²⁹

Ruh sağlığı ekibi içerisinde bulunan psikiyatri hemşireleri hastaların hastalık algılarını belirlemede, var olan olumsuz hastalık algısının olumlu yönde geliştirilmesinde, hastanın tedaviye uyum konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi ve tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim verilmesi noktasında görev ve sorumlulukları vardır.³⁰ Hastaların hastalık algılarının olumlu yönde değişimi hastalıkla mücadelede ve tedaviye uyumda etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, ulusal düzeyde şizofreni hastalarında hastalık algısı ve ilaç tutumunun incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma şizofreni hastalarının hastalık algısı ve tedaviye uyumun önemli göstergesi olan ilaca yönelik tutumu incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, çoğunlukla erken erişkin döneminde başlayan, algı, düşünce, biliş ve davranış alanlarını kapsayan, çoğunlukla dağınık konuşma, halüsinasyon ve sanrıların eşlik ettiği, yıkıcı patolojik etkileri olan, toplumsal uyumun ve işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, ilaç tedavisiyle sağlanan uzun iyileşme periyotlarına rağmen alevlenme ve yinelenmelerin görüldüğü süreğen bir hastalıktır.^{31(s.297-299),32,33}

Şizofreni tanımını 19. yüzyıl sonlarında ilk kez Alman psikiyatrist Emil Kraepelin yapmıştır. Şizofreniyi "Bunamayla Giden Psikoz" ve "Periyodik Seyreden Psikoz" olarak ayırmıştır.³⁴ "Şizofreni" terimini Kraepelin'den sonra Bleuler kullanmıştır.³⁵

2.1.1. Tarihçe

Şizofreni tarihi M.Ö. 15. yy'a kadar uzanmaktadır. Eski Yunanda, büyüklük ve kötülük görme sanrıları ve bilişsel işlevlerde yıkımla giden ruhsal bozukluklardan söz edilir.³⁶ İngiltere'de John Hassam 18. yy'da içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden birçok olgudan bahsetmiş fakat bunlara bir isim vermemiştir. Psikiyatri alanında önemli isimlerden olan "Emil Kraepelin" ve "Eugen Bleuler" bu hastalığı araştırmıştır. Emil Kraepelin "dementia precox" terimiyle hastalığın bilişsel değişikliğini ve erken başlamasını vurgulamıştır. Bleuler, erken bunamadan ziyade şizofreni terimini kullanarak bu hastalığa sahip kişilerin duygu, düşünce ve davranışlarında bölünmeden söz etmiştir.³² Schneider ise; şizofreni için tanı koymaya yardımcı olan işitme varsanıları, düşünce çalınması, düşünce sokulması gibi bir grup belirtiyi "birinci sıra" belirti olarak vurgulamıştır.⁴

2.1.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Toplumda en sık görülen ruhsal hastalıklardan olan şizofreni, DSÖ'nün 2010 yılında yaptığı "Global Hastalık Yüğü" çalışmasında ilk sırayı yeti yitimi ağırlığı bakımından şizofreni almıştır.³⁷ Uzun yıllar boyunca şizofreni yaşam boyu yaygınlığı tüm toplumlarda görölme oranı %1 olarak verilmiştir. Fakat son on yılda yapılan araştırmalarda ise şizofreni yaygınlığının toplumların özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağılımı olduğu görölmüştür.³⁸ Kocal ve ark.'nın aktardığına göre şizofreninin sıklığı Avrupa ve Asya'da % 0.85'tir.⁴ Türkiye'de yapılan sistematik gözden geçirme çalışmasında ise, şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur.³⁹

Kadın ve erkeklerde şizofreni görölme sıklığı aynıdır. Erkeklerde şizofreni ortalama 15-25 yaşları arasında başlarken, kadınlarda ise, ortalama 25-35 yaşları arasında başlamaktadır.⁴ Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının genelde kış ve ilkbahar aylarının başında doğdukları belirtilmiştir. Bu mevsimlerde fetüs beyinde değişikliğe neden olabilecek çevresel etmenlerin erişkin dönemde şizofreniye neden olabileceği belirtilmiştir.⁴⁰

Şizofreni hastalarında başlıca ölüm nedenlerinden birisi intihardır. Şizofreni hastalarının %51.8'inin intiharı düşündüğü %27.16'sının ise intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir. Bu girişimlerin %10-15'i ölümle sonuçlanır.⁴¹

Yapılan çalışmalara göre, şizofreni hastalığı sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda beş kat daha fazla göröldüğü bildirilmektedir.^{38,4} Kentte yaşayanların şizofreniye yakalanma riski kırsal bölgede yaşayanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Kentsel bölgede yaşama koşullarına erken maruz kalma şizofreni için yüksek risk taşımaktadır.⁴² Madde bağımlılığı şizofreni olma riskini arttırdığı görölmektedir. Esrar kullananlarda şizofreni riski iki kat artmaktadır.⁴³ Çocukluk

döneminde ihmal ya da istismara uğramanın da şizofreni riskini arttırdığı görülmektedir.⁴⁴ Küçük yaşlarda deneyimlenen ebeveyn veya bakım veren kaybı, anne baba ayrılığı, anne ve babadan ayrı kalma gibi yaşanan kötü tecrübelerin şizofreni olma ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir.⁴⁵

Stresli geçirilen gebelik süreci, erken doğum, düşük ağırlıklı veya uzamış doğum eylemi, gebelik sürecinde alkol ve sigara kullanımı, küçük baş çevresi, anne ve bebeğinin kan uyuşmazlığı gibi sebepler doğacak bebeğin şizofreni olma riskini arttırabilmektedir.² Şizofreninin genetik sebepleri uzun süredir tartışılmakta olup yapılan aile çalışmalarında, tek ebeveynde şizofreni tanısı varlığında %13, her iki ebeveynde de şizofreni tanısının bulunması durumunda ise %20'den fazla artmış risk bildirilmiştir.^{46,47}

2.1.3. Şizofreni Etiyolojisi ile İlgili Teoriler

Nörokimyasal Model

Şizofreni ile sıklıkla ilişkilendirilen nörotransmitterler dopamin, nörepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA'dır. Dopamin teorisinde dopaminerjik etkinlikte artışın psikotik tablo ile ilişkili olduğu, şizofrenide temel olarak subkortikal ve mezolimbik yapılarda aşırı dopamin görülmesi ile pozitif belirtiler, mezokortikal yapılarda dopamin yayılımındaki azalma ile negatif belirtiler ve bilişsel kayıplar ortaya çıkmaktadır.^{48,49}

Şizofreni de serotonin fazlalığı negatif ve pozitif belirtilere neden olurken, nörepinefrin artışı psikotik belirtilerin alevlenmesi ile ilişkilendirilmektedir. Bazı şizofreni hastalarının hipokampuslerinde GABA'erjik nöronların azalmış olduğu görülmüştür. GABA'erjik nöronların azalması dopaminerjik hiperaktiviteye sebep olmaktadır. Bunlara ek olarak, glutamatın şizofreni hastalarında psikotik belirtilerin artışına neden olduğu ve şizofreni etiyolojisinde glutamatın da etkili olduğu düşünülmektedir.⁴

Nörogelişimsel Model

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında erken beyin gelişimi döneminde oluşan akuaduktus daralması, araknoid ve septal kistler, korpuskalozum gelişim problemleri gibi beyin gelişimi sırasında meydana gelen yapısal problemler ve anormallikler nörogelişimsel bozukluğa sebep olduğu düşünülmektedir. Beyin gelişimi sırasında ortaya çıkan bu anormalliklerin nedeni genetik yatkınlık, viral enfeksiyonlar, gebelik ve doğum komplikasyonları örnek olarak verilebilir.⁵⁰

Stres Yatkınlık Modeli

Bu modele göre şizofreni görülen kişilerde genetik yatkınlık vardır. Bu genetik yatkınlık bir stres etkeni ile tetiklenir. Stres etkenleri; biyolojik, çevresel, genetik ve psikososyal olabilir. Bu durumda kişide şizofreni belirtileri görülmeye başlanır.⁵¹

Psikanalitik Kuram

Şizofrenin egonun ilkel dönemlerine kadar uzanan bir gerilemeden kaynakladığını Freud öne sürmüştür. Ruhsal ya da organik nedenlerle erken döneme saplanan ve ilerki dönemlerde tekrardan örseleyici durumlarla karşılaşıldığında yeniden bu döneme gerileyen kişi, nesnelerini ve ego bütünlüğünü yitirir. Bu durum ikincil narsisizm olarak nitelendirilir. Nesneye yatırılmış olan libido, nesnelerden çekilip yeniden benliğin kendisine yönetilmesiyle birincil konuma gerilemektedir. Libidonun terk ettiği dünya anlamsızdır. Nesneler yabancılaşır ve kişiler cansız hale gelir.^{52,53}

2.1.4. Şizofreni Tanı Ölçütleri

DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. “Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha çoğundan) her biri bir aylık (ya da başarılı tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli kısmında bulunur. Bunlardan en az birinin (1),(2) ya da (3) olması gerekir.⁵⁴

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dezorganize konuşma
- 4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı
- 5) Negatif belirtiler

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).⁵⁴

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve rezidüel (artakalan) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif (silik) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örneğin yargılanacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.⁵⁴

D. Şizoaffectif (şizoduygulanımsal) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör (yeğîn) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır. (ya da açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.)⁵⁴

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.⁵⁴

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur”.⁵⁴

2.1.5. Şizofreni Belirtileri ve Bulguları

Şizofreni çok çeşitli ruhsal belirti ve bulguların bir araya gelmesiyle oluşan bir hastalık olup hastalarda görülen belirtiler herhangi bir psikiyatrik veya nörolojik hastalıklarda da görülebilir.⁵⁵ Şizofreni kavramına açıklık getirmek için pozitif ve negatif belirtiler kümesi tanımlanmıştır. Pozitif belirtiler normalin dışında aşırılık, sapmalar olup negatif belirtiler ise; normal işlevlerde azalma, eksiklik, yokluk belirtileridir.^{4,56}

Şizofrenide pozitif belirtiler:

- Sanrılar
- Varsanılar
- Düşünce ve davranışlarda dağınıklık
- Dikkat bozukluğu

Şizofrenide negatif belirtiler:

- Duygusal tepkilerde azalma
- Küntlük
- Düşünce ya da konuşmada fakirleşme
- Toplumdan çekilme
- İstemli eylem azlığı⁴

Pozitif belirtileri olan hastalarda akut bir başlangıç görülmekte olup hastalığın seyri alevlenmeler ve remisyonlarla karakterize olup hastalarda işlevsellik daha iyi

durumdadır. Negatif belirtilerin baskın olduğu şizofreni hastalarında ise; hastalığın prognozu daha kötüdür ve sosyal işlevsellik bozulma eğilimindedir.⁵⁷

2.1.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni her olguda kötüleşip yıkıma sebep olan bir hastalık olmadığı gibi aynı zamanda tamamen düzelmeyen, nörobilişsel bozulmalara sebep olan kötü gidişatlı bir hastalıktır.⁵⁸

Hastalar ilaçlarını düzenli olarak kullansalar bile ortalama %35'i veya %40'ı ilk sene içinde ikinci bir akut alevlenme dönemi geçirebilmektedir. Hastalarda nüks sayısı arttıkça hastalık kronikleşme eğilimi gösterebilmektedir.⁵⁹ Harrison ve ark.'nın⁶⁰ yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarının %25'nin tamamen iyileştiği, %50'sinin belirtilerinin yatıştığı ve sosyal işlevlerinin iyi olduğu belirtilmiştir. Şizofreni hastaların ortalama yaşam süresi toplumdaki sağlıklı bireylere göre %20 daha kısadır.² Hastalığın prognozu bireyden bireye farklılık gösterebildiğinden prognozu önceden değerlendirebilmek için negatif ve pozitif prognoz belirtilerini bilmek gerekir.

Şizofrenide prognozun iyi olacağını belirleyen faktörler

- Hastalık öncesinde toplumsal uyumun iyi olması
- Hastanın kadın cinsiyet olması
- Hastalığın ani başlangıçlı olması
- Hastalığın ileri yaşta başlaması
- Ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün var olması
- Evli olma
- Kırsal kesimde yaşama
- Yüksek zeka düzeyi
- Sanrı ve varsanıların baskın olması

- Az sayıda ve kısa süreli alevli dönemlerin olması
- Tedaviye erken başlanması
- Düzenli tedavi alması
- Konfüzyonun varlığı
- Pozitif belirtiler ve psikotik saldırganlığın olmayışı
- Ek tanı olmaması
- Ailelelerin işbirlikli olması⁶¹

Şizofrenide prognozun kötü olacağını belirleyen faktörler

- Hastanın erkek cinsiyet olması
- Hastalığın sinsi başlaması
- Hastalık başlangıcının erken olması
- Ailede şizofreni öyküsü olması
- Hastalık öncesinde şizoid ya da şizotipal kişilik özelliklerinin olması
- Bekâr olması
- Şehir merkezinde yaşamak
- Zekâ düzeyinin düşük olması
- Çok sayıda ve uzun süreli hastanede yatıyor olması
- Düzenli tedavi almaması
- Ek tanılarının bulunması
- Destek sistemlerinin kötü oluşu
- Negatif belirtiler, kısıtlı ve künt affekt olması⁶¹

2.1.7. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavisinde tek bir tedavi yönteminden ziyade birden fazla tedavi yönteminin daha etkili olduğu düşünülmektedir. İlk zamanlarda tedavi seçimi olarak

farmakolojik tedaviler ve EKT (elektro konvulsif tedavi) daha ağırlıklı tercih edilmekteydi. Fakat tek başına ilaç tedavisinin kullanılması hastalık belirtilerinin şiddetini azaltmakta sınırlı kalmaktadır. Farmakolojik tedaviye ek olarak psikososyal tedavi girişimlerinin kullanılması tedavi başarısını yükseltmekte ve modern tedavi anlayışını oluşturmaktadır.⁶² Şizofreni hastalarının tedavisinde amaçlar; hastalık şiddetini azaltmak, hastalık semptomlarını iyileştirmek ve bağımsız yaşam becerilerini kazandırmaktır.⁶³

Şizofreni tedavisi üç temel hedefi vardır. Bunlar; var olan semptomların ortadan kaldırılması veya azaltılması, işlevsel iyileşmenin sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması, hastaya kişisel hedefler kazandırılarak iyileşmenin desteklenmesidir. Bu hedeflere ulaşabilmek için farmakolojik tedaviye ek olarak, psikososyal beceri eğitimleri, mesleki eğitimler, bilişsel davranışçı terapi, aileye yönelik müdahaleler ve toplumsal destek programları kullanılabilir.⁶⁴

Şizofreni hastaları hastalığı ile ilgili içgörüye sahip olmadıkları için tedaviyi reddederler. Bu nedenle ilaç tedavisine ek olarak aile terapisi, grup terapisi gibi yöntemler ile desteklenmeleri gerekmektedir. Tedavide en etkili yöntemler ilaç tedavisi, EKT tedavisi ve psikososyal tedavi yöntemleridir.⁶⁵

2.1.7.1. Farmakolojik Tedavi

1950’lerde ilk antipsikotik olan klorpromazin bulunması ile antipsikotik ilaçlar şizofreninin temel tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır.⁶⁶ Antipsikotik ilaçlar tipik ve atipik antipsikotik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar kıyaslandığında, atipik antipsikotik kullanan hastalar daha az ekstrapramidal yan etkiler göstermekte ve bununla birlikte daha fazla metabolik yan etki riski görülmektedir.⁶³ Antipsikotik ilaçlarda oluşan ekstrapramidal yan etkiler akut distoni, parkinsonizm, akatizi, tardiv diskinezi şeklindedir. Bunlar arasında en yaygın olanı akatizidir.

Antipsikotik ilaç kullanımına nedeniyle oluşan diğer yan etkiler prolaktin yükselmesi, cinsel işlev bozukluğu, metabolik yan etkiler, epilepsi, antikolinergik yan etkiler, sedasyon şeklinde olabilmektedir.^{2,4} Ronsley'in⁶⁷ yaptığı meta analiz çalışmasında kısa süreli antipsikotik ilaç kullanımına bağlı bile kiloda artma, kardiyovasküler ve motor fonksiyon anormallikleri, endokrin değişiklikler olduğu belirtilmiştir.

2.1.7.2. EKT (Elektro-Konvulsif Tedavi)

1937 yılında İtalyan hekim Lucio Bini tarafından EKT tedavisi bulunmuştur. Önceleri epilepsi hastalarında kullanılan EKT olumlu sonuç alınması ile birlikte şizofreni, bipolar bozukluklar ve kişilik bozukluklarında kullanılmaktadır. Etkinlik oranı yüksek ilaçların bulunması ile EKT kullanımı giderek azalmıştır. Fakat ilaç tedavisinin yetersiz olduğu hastalarda güvenli bir tedavi şekli olarak kullanılmaktadır.⁶⁸ Bir uzman psikiyatrist ve uzman anestezi hekimi eşliğinde acil müdahale imkanı verebilen bir odada, alternatif akım veren bir cihazla uygulanır. Cihaz ile hastanın beynine 0,5-1 saniye süresince 80-170 volt elektrik akımı gönderilerek uygulanır. Bu uygulama sayesinde hastanın beyinde ritmik bir elektrik aktivitesi oluşturulur ve beyin kimyasalları salınır. İşlem sonrasında hasta 20 dakika boyunca takip edilmektedir. Hastada baş ve çene ağrıları, şaşkınlık, kısa süreli hafıza kayıpları gibi yan etkiler görülebilir ve zamanla bu yan etkiler kaybolur.^{69,70}

2.1.7.3. Aile Tedavisi

Şizofreni tedavisinde aileyi kapsamayan tedavi modellerinin başarısız olduğu son yıllarda kanıtlanmıştır Şizofreni hastasına bakım oldukça stresli bir süreç olduğu için aileler şizofreni hastalığının belirtilerini, gidişatını, hastalarına nasıl yaklaşmaları gerektiği ve hastalıkla nasıl mücadele edebileceğini bilmemektedir.⁷⁰ Bu süreçte neler yapabileceği konusunda aileler bilgilendirilmeli ve yaşanabilecek stresli durumları etkin bir şekilde yönetebilmeyi ailelerin öğrenmeleri gerekmektedir. Başta hemşireler ve diğer

sağlık ekibi aileye hastalık ve hasta bakımı hakkında gerekli eğitimleri vermelidir.⁷¹ Bu sayede aile etkili iletişim, sorun çözme ve stres ile baş etme becerileri kazanarak hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyebilmesi mümkündür.⁷²

2.1.7.4. Psiko-Sosyal Beceri Eğitimi

Psikososyal beceri eğitimi farmakolojik tedaviye ek olarak hastaların hastalıkla başa çıkmalarını, ilaç tedavisine uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracak şekilde yararları olan bir eğitimidir.⁷³ Bu eğitim ayrıca, hastaya iletişim becerileri ve problem çözme becerileri kazandırmayı, ilaçları nasıl kullanacağı ve yan etkilerinin neler olduğu bilgisinin verilmesi, gereksinimlerini veya beklentilerini diğer insanlara açıklamasını, inatçı belirtileri tanınması ve bunlarla baş edilebilmesinin sağlanması gibi birçok farklı yarar sağlayabilmektedir.^{74,75}

2.1.7.5. Bilişsel Davranışçı Terapiler

Bilişsel davranışçı terapide amaç, hastaların duygu, düşünce, davranış analizi yaparak işlevselliği arttırma, sanrıları ve varsanıları azaltma, beceri eğitimleri, kendini izlem, başa çıkma stratejilerini arttırma gibi yöntemleri kapsamaktadır. Bilişsel davranışçı terapi şizofreni hastalarında nüks ve yatışı azaltmayı sağlamakta ve iyilik halini arttırmaktadır.²

2.1.7.6. Grup Tedavisi

Grup terapisinde amaç, mevcut hastalığın bazı belirtilerinin ortadan kaldırılması, hastaların sosyal uyumunun arttırılması, bilişsel kayıpların ve işlevsel yitimin azaltılmasıdır. Hastalar grup terapisinde benzer belirtileri gösteren hastalar ile görüşme, hastalık belirtilerini paylaşma, baş etme şekillerini açıklama ve birbirlerine destek olma yoluyla sorunlarına çözüm üretebilmektedirler.⁶⁵

2.1.8. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Psikiyatrik bakım standartları hasta ve hemşire arasındaki terapötik ve profesyonel ilişki düzeyinde gelişmektedir. Standartlar sayesinde hemşire etik ilkeler ışığında, gizliliğe önem vererek, hastalar arasında ayırım yapmadan ve yargılamadan hastayı değerlendirir.⁷⁶ Hastayla birlikte en çok zaman geçiren psikiyatri hemşireleri hasta bakımının her aşamasında büyük rol oynar. Psikiyatri hemşireleri bakımı planlarken hemşirelik sürecini kullanır. Hemşirelik süreci dinamik olup bilimsel düşünmeyi içeren bireye ve aileye özgü planlanan, uygulanan ve değerlendirilen bir süreçtir. Hemşirelik süreci bakımın bireye özgü olmasını sağlar. Psikiyatri hastasına verilen bakım çok yönlü olmalıdır ve hastanın gereksinimlerini karşılayacak düzeyde planlanmalıdır.^{77,78} Bakımda öncelikli hedef, hastalığın belirtilerini yatıştırmak ve iyileşmeyi sağlamaktır. İlk atak sırasında iyileşme oranı yüksek olan şizofreni hastalığında bakımın diğer hedefi ise; tedavinin sürekliliğini sağlamak, alevlenmeler ve yinelenmelere karşı dikkatli olmaktır.^{31(s.300-305)} Psikiyatri hemşiresi hastasına etkin bir şekilde bakım verebilmek için hemşirelik kuramlarını, etik ilkeleri, evrensel insan haklarını kendisine rehber edinmelidir.⁷⁸

2.1.8.1. Terapotik İlişkinin Kurulması

Şizofreni hastalarına etkin bir tedavi verilebilmesi için psikiyatri hemşiresinin güvene dayalı bir ilişki oluşturması gerekmektedir. Şizofreni hastaları ile oluşturulan bu ilişki bakım ve tedavinin gidişatını etkiler.⁷⁹ Şizofreni hastalığında sosyal işlevselliğin bozulması nedeniyle hastalar kişiler arası ilişki kurmaktan çekinmektedir. İlişkinin en başında hemşire hastaya kendini tanıtmalıdır. Hastaya içinde bulunduğu durumu anlayabildiğini, kendisinin ve diğer sağlık ekip üyelerinin de ona yardımcı olmak üzere bulunduklarını anlatmalıdır. Terapötik ilişkide hemşirenin iletişimi çok önemli olup

hastaya karşı soğuk, kibirli, bilginç tavırlar yerine seviyeli, anlamaya ve yardımcı olmaya çalışan bir tutum içerisinde olması gerekmektedir.^{31(s.310-314)}

2.1.8.2. Hasta Yakınlarının Bakıma Katılımının Sağlanması

Psikiyatri servisinde hastayla en çok vakit geçiren ve ilişki kuran sağlık ekip üyelerinden birisi de psikiyatri hemşiresidir. Psikiyatri hemşiresi hastanın kliniğe yatışının yapıldığı andan itibaren taburcu olacağı güne kadar hasta ile terapötik bir ilişki içerisinde. Fakat taburculuk sonrası terapötik ilişki sona ermektedir. Psikiyatri hastalarının çoğu ülkemizde aileleri ile birlikte yaşamaktadır. Bu sebeple taburculuk sonrası hastanın bakımını aile üyeleri sürdürmektedir. Psikiyatri hemşiresi aileye hastanın durumu, belirtileri, tedavisi hakkında bilgi vermelidir.⁷¹

2.1.8.3. İç Görüyü Geliştirmek

Şizofreni hastasına bakım vermenin diğer bir gerekliliği ise hastada içgörü geliştirebilmektir. İç görüyü geliştirmek tedaviye uyum açısından önemli olup zayıf içgörü hastanın tedavi ve bakıma katılımının düşük olmasına, sosyal ve mesleki işlevselliğinde azalmaya ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Şizofreni hastalarının %50-80'inin düşük içgörü düzeyine sahiptir.^{80,81} Bu durum tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Şizofreni hastalarında içgörüyü geliştirmek için hasta ile hastalık hakkında sık konuşulmalı ve hastalığını anlama konusunda hastaya yardımcı olunmalıdır.⁸²

2.1.8.4. İnatçı Belirtiler, Hastalık ve İlaçlar Hakkında Hastayı Bilgilendirmek

Hastanın mevcut hastalığı hakkında bilgi sahibi olması bakıma katılımını kolaylaştırır. Hastaya hastalığın ne olduğu, nedenleri, belirtileri ve tedavi süreci anlatılmalıdır.⁸³ Hastaların hastalığa bağlı belirtileri ilaç tedavisiyle azalabileceği gibi bazı hastalık belirtileri ise düzelmeyebilir. Bu durumda ilaç değişiklikleri ve EKT gibi

farklı tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir. Bütün bunlara rağmen hastalık belirtileri gözlemlenebilir. İnatçı belirtilerde denilen bu belirtilerin zamanla sonlanabileceği, şiddetinin azalabileceği ya da tam tersi artabileceği anlatılmalıdır. Düzenli ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri ve taburculuk konusunda hastaya ve aileye gerekli eğitim verilmelidir.^{31(s.317-319)}

2.1.8.5. Hastayı Alevlenme ve Yinelemeler Hakkında Bilgilendirmek

Şizofrenide iyileşme periyotlarının sürdüğü dönemlerden sonra hastalık başlamadan önceki dönemde olduğu gibi hastada sıkıntı hissinde artma, uykusuzluk, sinirlilik, gerginlik, dalgınlık, çabuk öfkelenme, yoğunlaşma güçlükleri gibi belirtiler görülebilmektedir. Bu gibi belirtilere uyarıcı işaretler denir ve bunlar yeni bir atağın habercisi olabilir. Hasta ve ailesi risk etmenleri ve uyarıcı işaretler konusunda bilgilendirilmelidir.⁷³

2.1.8.6. Depresyona Karşı Dikkatli Olmak

Şizofreni hastalarında hastalığa ilave olarak diğer psikiyatrik bozukluklar görülebilir. Bunlardan biri de intihar için risk faktörü oluşturan depresyondur. Depresif belirtiler hastalığın bütün evrelerinde gözlenebilir. Şizofrenide depresyon görülme sıklığı %7-75 aralığındadır.⁷⁰ Depresyonun varlığı şizofreni tedavisine ilaveten antidepresan kullanımı gerektirebilir. Farmakolojik tedavinin yanı sıra bireysel terapiler, aile ve sosyal desteğin depresyonu azaltmada önemi büyüktür.⁸⁴

2.1.8.7. Bilişsel Yetiler Üzerinde Durmak

Bilişsel yeti kaybı hastada bellek bozukluğuna ve dikkatini toplamada güçlük yaşamasına sebep olur. Bu durum hastanın bakıma katılımını ve tedaviye uyumunu negatif yönde etkiler. Hastanın bilişsel yeteneklerini tekrardan kazanabilmesi için psikiyatri hemşiresi hastaya hafıza ve dikkati toplama ile ilgili uygulamalar yaptırabilir.⁸⁵

2.1.8.8. Damgalanmaya Karşı Eğitim Vermek

Damgalanma pek çok olay ve durum için görülse de erken çağlardan günümüze damgalamaya ve ayrımcılığa en çok maruz kalan kesimlerden birisi ruhsal hastalığı olan kişilerdir. Ruhsal hastalıklar içerisinde en çok damgalanan gruplardan birisi olan şizofreni hastaları “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmayan kişiler” olarak adlandırılmıştır. Bu inanç ve tutumlardan dolayı şizofreni hastaları toplum tarafından dışlayıcı tutumlara maruz kalmıştır. Damgalanma endişesi, şizofreni de sağaltımını engelleyen önemli faktörlerden biridir.⁸⁶ Damgalanmaktan korkan birey tedavi olmaktan kaçınır ve gerekli sağlık kuruluşuna başvurmaktan çekinir. Damgalanmayla birlikte hastalar kendilerini değersiz, işe yaramayan, sadece tüketen, kendine zarar veren birey olarak görebilmektedir. Psikiyatri hemşiresi damgalanma hakkında aileyi ve hastayı bilgilendirmeli ve damgalanmayla baş edebilmeleri için hastaları cesaretlendirmelidir.⁸⁷

2.1.8.9. Yaşamın Anlamı ve Ölüm Düşüncelerini Konuşmak

Psikiyatri hastaları çoğu yaşamlarından zevk alamama, hedeflerinin olmayışı, mutsuzluk, yaşamından anlam bulamama gibi varoluşsal sorunlar yaşamaktadır. Hastalarda varoluşsal sorunların ve mutsuzluğun olması hastaları intiharı düşünmeye itebilir.⁸⁸ Araştırmalarda intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının %10-15’inin yaşamını kaybettiği belirtilmiştir. İntihar girişimi için risk oluşturabilecek etmenler birçok araştırmaya konu olmuştur.^{41,89} Bu etmenler; beyaz ırk, erkek cinsiyet, madde kötü kullanımı, işsizlik, psikiyatrik hastalık öyküsünün var olması, destekleyici sistem eksikliği, depresyon ve mutsuzluk yer almaktadır.⁹⁰ Psikiyatri hemşiresinin hastayı intihara yönelik risk faktörleri açısından değerlendirmesi gerekmektedir. Hastayla yaşam ve ölüm hakkında konuşabilmeli, hastanın kendini rahatça ifade edebilmesi adına güven ortamı oluşturabilmelidir. Hastanın benlik saygısını ve umudunu arttıracak girişimler planlayıp aileyi de aynı zamanda bu konu hakkında bilgilendirmesi gerekmektedir.^{84,90}

2.2. Şizofrenide Hastalık Algısı

Algı, bireyin duyuları ile olayları anlamlı bir dünya deneyimine dönüştürme amacıyla zihinsel olarak yorumlanması şeklinde tanımlanmaktadır.⁹¹ Yorumlamalar bireye ait bilgi, inanç ve beklentiler aracılığıyla yapılır. Ayrıca, algı hastalık halinin birey tarafından nasıl anlaşıldığını da gösterir.⁹² Her birey hastalık durumunu farklı şekilde değerlendirmektedir. Hastalar hastalıklarını kendi kişisel deneyimleri, bilgileri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda açıklamaya çalışır. Bireyler herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında hastalıkları ile ilgili inanışlar geliştirirler. Bu geliştirilen inanışlar hastalığa verilecek tepkinin de temelini oluşturmaktadır. Hastalık hakkında oluşturulan düşünce ve algı tedavi yanıtında değişikliğe sebep olmaktadır.^{93,94} Hastalık halinde bireyler yaşadığı hastalık durumunu anlamlandırmak ve bununla baş edebilmek için kendilerine özgü hastalık temsil modelini oluştururlar. Bu modeller; hastalık durumundan korunmak için yapılan davranışların nasıl şekillendiğini açıklamaktadır. Hastalık algısı kavramında kullanılan iki farklı model vardır. Bunlar; sağduyu modeli ve açıklayıcı modeldir. Her iki modelde öz düzenleme teorisinin bir parçasıdır.^{95,96} Sağduyu modelinde kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan elde edilen bilgiler ışığında hastalık durumu ile ilgili bazı temsiller oluşturur. Bu temsiller; bireyin daha önceki iletişiminden ve kültürel değerlerden edindiği temsiller, dış uyaranlar tarafından elde edilen temsiller, hastanın kendi deneyimlerinden oluşturduğu temsillerden oluşmaktadır. Bu modele göre; kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş ayrı alanda değerlendirir. Bunlar; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar, tedavi veya kontrol edilebilirliktir.^{97,98} Açıklayıcı modeller ise; genellikle ruhsal bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir.⁹⁹

Leventhal ve ark.'nın¹⁰⁰ “Hastalıkla ilgili Kendini Düzenleme Modeli’ni” geliştirmişlerdir. Bu modele göre; hastalık temsillerinin beş bileşeni vardır. Her bir hastanın hastalığın kimliği, nedeni, sonuçları, süresi ve tedavi edilebilirliği ilgili kendi

düşünceleri olduğunu varsaymaktadır. Kimlik, hastalığın ismini, doğasını; Neden, hastalığa sebep olan biyolojik ve psikososyal faktörleri; Sonuçlar ise hastalığın uzun veya kısa süreli olması, sosyal ve duygusal etkilerini; Süre, hastalığın akut veya kronik olup olmadığı ile ilgili algıları; Tedavi veya kontrol edilebilirlik ise hastalıkla nasıl baş edilebildiği ile ilgili inanışlardan oluşmaktadır.¹⁰¹

Hastalık algısı kavramı, şizofreni hastalığına sahip olan bireylerin hastalığa yönelik bakımını ve tedavisini etkileyen önemli bir unsurdur. Hastalık süresince yaşanan deneyimler her birey için farklılık göstermektedir. Bu farklılık durumları hastalık algısını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir.¹⁰² Bireylerin hastalığı algılaması sahip olduğu deneyimleri, değerleri, inançları, bilgileri ve gereksinimleri doğrultusunda çeşitlenir. Bireylerin hastalıkları algılayış biçimleri hastalık ile mücadelede ve uyumda önemli etkilere sahiptir. Negatif yönde bir algılama mutsuzluk ve depresyon gibi psikolojik problemlere de sebep olabilmektedir.¹⁰³ Bireylerin hastalığı değerlendirmesi ve hastalık algısı hakkındaki yorumu göstermiş olduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini, baş etme biçimini, psikososyal zorlanmasını, yaşam kalitesi, ruhsal durumunu ve hatta fiziksel sağlık durumlarını etkileyebilmektedir.¹⁰⁴

Hastaların hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olması, hastalığa verilen olumsuz tepkiyi engelleyerek olumlu bir yaklaşım tarzı geliştirmesini sağlamaktadır. Fakat hastaların hastalık hakkında yetersiz bilgi düzeyine sahip olması, anksiyete düzeyinde bir artışa, tedaviye uyumun azalmasına ve iyileşme döneminin uzamasına sebep olabilmektedir.¹⁰³ Hastalık algısı, hastaların yaşam kalitesini, öz-bakımını, duygu durumunu ve tedaviye uyumunu etkilemektedir.¹¹ Şizofreni hastalarının yaşamdan zevk alamaması, yaşamı üzerinde kontrol duygusunun az olması, gelecek ile ilgili belirli hedeflerin olmayışı, yaşamı anlamsız bulmaları, umutsuzluk, mutsuzluk duygularına

sahip olmaları, iç kontrol duygusunun yetersiz oluşu, yaşam kalitesinin düşük olması gibi faktörler hastalığa karşı olan tepkisini etkiler.¹⁰⁵

Araştırmalar, hastalığın nedeni olarak psikososyal faktörlerin genellikle depresyonun olası risk faktörü olarak tanımladığı ancak genetik veya beyin bozukluklarının şizofreninin en olası sebepleri olarak görülmüştür.¹⁰⁶ Lobban ve ark'nın¹⁰⁷ şizofreni hastaları ile yaptığı bir çalışmada, hastalık algısının, yaşam kalitesi ve hastalıkla başa çıkma biçimleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Psikiyatri hastalarının olumsuz hastalık algısının sebebi, hastaların karşılanmamış ihtiyaçları, düşük işlevsellik, ilaç tedavisine karşı negatif tutum ve yetersiz hasta ziyaretleri ile ilişkilendirilmiştir.¹⁰⁸

2.3. Şizofrenide İlaç Tutumu ve Tedaviye Uyum

Tutum, “kişilerin bir konu, nesne, kişi veya olay hakkındaki olumlu veya olumsuz değerlendirmeleri ve bu değerlendirmeler neticesinde belirli bir yönde davranma eğilimleri olarak tanımlanmaktadır”.¹⁰⁹ Herhangi bir nesneye ilişkin tutumdan bahsedildiğinde, nesneyi olumlu veya olumsuz olarak değerlendirme sürecinde bilişsel, duygusal, davranışsal boyutlar kullanılmaktadır. Bilişsel bileşen bireyin tutum nesnesi ile ilgili bilgi ve tecrübelerini, duygusal bileşen; bireyin tutum nesnesine karşı olumlu ve olumsuz değerlendirmelerini, davranışsal bileşen; bireyin tutum nesnesine karşı belli bir yönde davranmasıdır.¹¹⁰

Tedaviye uyum hastaların sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Tanım olarak sadece reçete edilen ilaçların kullanılması değil hastanın sağlık profesyonellerinin tüm önerilerini davranış boyutunda uyum göstermesini kapsayan süreçleri kapsamaktadır.²² Tedaviye uyum hastanın verilen ilaçları zamanında, eksiksiz, önerilen biçimde alması ve iyileştiğini düşünerek verilen ilaçları kullanmayı bırakmamasıdır.²³ İlaç tedavisine uyum ruhsal bozukluğu olan bireyler için önemli olmasına rağmen şizofreni hastalarının yaklaşık %50'sinin önerilen dozda ilaçlarını

kullanmadıkları belirtilmektedir.¹¹¹ Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının %25.8'inin taburcu edildikten bir yıl sonra ilaç kullanmayı tamamen bıraktığı ifade edilmektedir.¹¹² Lacro ve ark.'nın¹¹³ yaptığı bir çalışmada %41.2-%49.5 arasında, Novick ve ark.'nın¹¹⁴ yaptığı bir çalışmada ise %28.8'nin ilaç tedavisine yönelik uyum sorunları yaşadıkları belirtilmiştir. Dikeç ve ark.'nın²⁸ yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarının %85.1'nin tedaviye uyumun düşük olduğu, yapılan başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının %39.1'nin altı ay içerisinde ilaçlarını düzenli kullanmamasına bağlı olarak hastaneye tekrardan yatışları olduğu belirtilmiştir.¹¹⁵ Tedaviye uyumsuzluk hastaneye yeniden yatışı, morbidite ve mortaliteyi arttırmakta ve buna bağlı olarak da mesleki ve ailesel sorunlara sebep olmaktadır.¹¹⁶ Hastaların tedaviye yönelik uyumlarını güçleştiren birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; hasta ile ilişkili faktörler, hastalık semptomları, hastalık süresi, içgörü eksikliği, çevreyle ilişkili faktörler, ilaç yan etkileri, ilaçlara karşı olumsuz tutum, ilaç almama isteği, randevulara gelmeme ve sosyal destek yetersizliğidir.²² Hastalarının ilaca yönelik tutumları; belirtilerin farkında olma düzeyi, hastalığın seyri ve yan etkiler, hastanın işlevsellik durumu ile oluşmaktadır. Belirtilere farkındalık ve yeni nesil antipsikotik ilaçlar olumlu tutum ile ilişkilidir. Düşük işlevsellik düzeyi, şiddetli belirtiler ve bilişsel yıkım olumsuz tutum ile ilişkilidir.¹¹⁷ İlaça yönelik olumsuz tutum ilaçların gerekliliğine inanmama, ilaçların mevcut yan etkilerinin olması, ailenin veya arkadaşların ilaç konusundaki tutumu, ilaç kullanıma ilişkin damgalanma ve ilaçların uzun süreli kullanımı gerektirmesi gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır.¹¹⁸

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Şizofreni hastalarının hastalık algısının ve ilaca yönelik tutumunun incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı şizofreni hastalarının hastalık algısı, ilaç tutumu düzeyleri ve arasındaki ilişkiyi incelemektir.

3.3. Araştırmanın Soruları

1. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
2. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının hastalık algı düzeyi nasıldır?
3. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumu nasıldır?
4. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının hastalık algıları ile ilaca yönelik tutumları arasında bir ilişki var mıdır?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Temmuz 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Gaziantep Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran, DSM-V tanı kriterine göre şizofreni tanısı almış hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Temmuz 2020- Kasım 2020 tarihleri arasında Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Gaziantep Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran şizofreni hastaları oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde

Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı ve Gaziantep Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde kayıtlı toplam 208 şizofreni hastası vardır. Şizofreni hastalarında hastalık algısı ve ilaç tutumu arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada %95 güven düzeyinde %5'lik bir hata payı öngörülerek seçilecek örneklem büyüklüğü 135 olarak hesaplanmıştır. Pandemi nedeniyle; merkeze başvuran hasta sayısının az olmasından ötürü hedeflenen örneklem sayısına ulaşılammıştır. Çalışmanın örneklemini bu kurumlara başvuran ve araştırma kriterlerine uyan 126 şizofreni hastası oluşturmuştur.

3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş arasında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- DSM-V'e göre şizofreni için tanı kriterlerini karşılamak
- En az 1 yıldır antipsikotik ilaç tedavisi almak
- Ek psikiyatrik tanısı bulunmamak
- Herhangi bir iletişim engeli bulunmamak
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı istemek

3.7. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından hastalarla birebir ve yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Pandemi nedeniyle veriler toplanırken maske, mesafe kurallarına uyarak görüşülmüştür. Araştırma kapsamında veriler Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, İlaç Tutum Ölçeği-10 ile toplanmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-5)

Çalışmanın amaçları dikkate alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır. Bu form katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer,

hastalık süresi, hastanede yatış sayısı, alkol, sigara kullanım durumu ve ailede ruhsal hastalık öyküsünün araştırıldığı soruları kapsamaktadır.

3.7.2. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (EK-6)

Broadbent ve ark.¹¹⁹ tarafından geliştirilen ölçek, açık uçlu cevap ögesi içeren 0 ile 10 arasında puanlamadan oluşan toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin ilk sekiz sorusu; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalık üzerinde kontrol, tedaviye inanç, şikâyetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme şeklinde algıları belirler. Bu sekiz soruya verilen değerler hesaplanarak hastalık algısı puanı saptanır. 1, 2, 5, 6 ve 8 numaralı sorular için, 0 puan iyi hastalık algısını, 10 puan kötü hastalık algısını göstermekte olup 3, 4 ve 7 numaralı sorular için, 0 puan kötü hastalık algısını, 10 puan iyi hastalık algısını göstermektedir. Bu sekiz soruya verilen değerlerden 3. 4. ve 7. soruların puanları ters çevrilerek diğer soruların puanlarıyla toplanır ve hastalık algısı toplam skoru elde edilir. KHAÖ'nün dokuzuncu sorusu ise açık uçlu sorudan oluşan katılımcılara hastalığa sebep olarak inandıkları faktörlerin ne olduğu sorulur. Hastalık algısı puanı arttıkça bireyin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi de artmaktadır. Oflaz ve ark.¹²⁰ tarafından ölçeğin Türkçe çevirisi yapılmıştır. Kahyaoğlu Süt'ün çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 bulunmuştur.¹⁷ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.72 olarak saptanmıştır.

3.7.3. İlaç Tutum Ölçeği-10 (EK-7)

Hogad, Awad ve ark.¹²¹ tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. “Evet” ve “Hayır” olarak cevaplanan 30 sorudan oluşan bu ölçek tekrar gözden geçirilerek, 6 olumlu cevap beklenen, 4 olumsuz cevap beklenen 10 soruya indirgenmiştir. Ölçek katılımcıların ilaca yönelik tutumlarını sorgulamaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın pozitif ve negatif olması ile kişiyi tedaviye uyumlu veya uyumsuz olarak sınıflandırmaktadır. Aydın

ve ark.¹¹⁷ tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80'dir. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak saptanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS 23.0 (IBM Corporation, New York, United States) programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Kantitatif verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Varyasyon Katsayısı, Histogram, Kolmogorov-Smirnov testi, Skewness ve Kurtosis değerleri ile incelenmiştir. Verilerin normal dağılımına bağlı olarak parametrik testlerden bağımsız gruplarda t-testi, tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde istatistiksel anlamlılığı sağlayan farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını öğrenmek için Post Hoc Tukey testi kullanılmıştır. Ölçekler arası etki düzeyini incelemek için regresyon analizinden yararlanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach alfa iç tutarlılık testi yapılmıştır. Veriler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın etik uygunluğu için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2020-07/37 yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırmanın yapılabilmesi için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden 87825162-744.99 sayılı kurum izinleri alınmıştır (EK-4). Araştırmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Araştırmaya katılmış olan katılımcılara "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okutulup, açıklanıp, imzalatılmıştır Katılımcıların anlamadıkları ve araştırma hakkında sormak istedikleri sorular cevaplandırılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılara herhangi bir baskı altında kalmadan kendi rızaları ile araştırmaya katılabilme ve istedikleri zamandan

araştırmadan ayrılma hakkı sunulmuştur. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmıştır. Araştırmacılarından alınan bilgiler araştırmanın amacı dışında herhangi bir yerde kullanılmamıştır. Ölçek kullanımları için gerekli yazarlardan izin alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır (EK-8).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma şizofreni hastalarının hastalık algısı ve ilaç tutumunun incelenmesi kapsamında Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı merkezi ve Gaziantep Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı merkezinden iletişime geçilen hasta görüşlerinin tespit edilmesi ile sınırlıdır. Pandemi nedeniyle merkezlere başvuran hasta sayısının az olması, bazı hastaların hastalık algısı ölçeğinde yer alan açık uçlu soruya cevap vermek istememesi çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Bu araştırmanın sonucu çalışmanın örneklemini oluşturan gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=126)

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	18-30	49	38.9
	31-41	39	31.0
	42-65	38	30.1
Cinsiyet	Kadın	39	31.0
	Erkek	87	69.0
Medeni Durum	Evli	33	26.2
	Bekar	93	73.8
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	39	31.0
	Lise	38	30.1
	Üniversite ve üstü	49	38.9
Çalışma Durumu	Evet	36	28.6
	Hayır	90	71.4
Gelir Durumunu Algılama	İyi	15	11.9
	Orta	44	34.9
	Kötü	67	53.2
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne ve Baba	36	28.6
	Anne/Baba	25	19.8
	Eş-Çocuk	29	23.0
	Yalnız	19	15.1
	Diğer	17	13.5
Yaşanılan Yer	Köy	18	14.3
	İlçe Merkezi	21	16.7
	Şehir Merkezi	87	69.0
Hastalık Süresi (Yıl)	1-5 yıl	33	26.2
	6-10 yıl	24	19.0
	11 ve üstü	69	54.8
Yatış Sayısı	1-5	96	76.2
	6-10	22	17.5
	11 ve üstü	8	6.3
Alkol ve Sigara Kullanımı	Alkol/Sigara	69	54.8
	Hiçbirini	57	45.2
Ailede Ruhsal Hastalık	Var	74	58.7
Öyküsü	Yok	52	41.3

Tablo 4.1’de araştırma verileri incelendiğinde, hastaların %38.9’u 18-30 yaş arasında olduğu; %69’u erkek, %73.8’i bekar, %38.9’unun eğitim düzeyinin üniversite ve üstü olduğu, %71.4’ü herhangi bir yerde çalışmadığı, %53.2’sinin gelir durumunu kötü olarak algıladığı, %28.6’sı anne-babası ile birlikte yaşadığı, %69.0’ı şehir merkezinde yaşadığı, %54.8’nin hastalık süresinin 11 yıl ve üzeri olduğu, %76.2’nin 1-5 kez hastaneye yatış öyküsünün olduğu, %54.8’sinin sigara ya da alkol kullandığını, %58.7’nin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü var olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2. KHAÖ sorularının ve toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri

KHAÖ Soruları	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.
Hastalıktan etkilenme düzeyi	7.16	2.32	0	10
Hastalık süresi	8.44	2.52	0	10
Hastalık üzerinde kontrol	4.87	2.52	0	10
Tedaviye inanç	3.49	2.63	0	10
Şikâyetlerin derecesi	6.02	2.40	0	10
Endişe düzeyi	5.95	2.77	0	10
Hastalığı anlama düzeyi	3.59	2.54	0	10
Duygusal etkilenme	6.80	2.69	0	10
KHAÖ toplam puan	46.32	11.65	0	80

KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum.

Hastaların KHAÖ toplam puan ortalaması 46.32 ± 11.65 olarak saptanmıştır. KHAÖ sorularının ortalamaları incelendiğinde; hastalıktan etkilenme düzeyi sorusunun ortalama puanı 7.16 ± 2.32 , hastalık süresi ortalama puanı 8.44 ± 2.52 , hastalık üzerinde kontrol ortalama puanı 4.87 ± 2.52 , tedaviye inanç ortalama puanı 3.49 ± 2.63 , şikâyetlerinin derecesi ortalama puanı 6.02 ± 2.40 , endişe düzeyi ortalama puanı

5.95±2.77, hastalığı anlama düzeyi sorusunun ortalama puanı 3.59±2.54 ve duygusal etkilenme ortalama puanı 6.80±2.69 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastalık nedenlerine ilişkin soruya verilen cevaplar(n=76)

Hastalık Nedenleri	Sayı	Yüzde
Genetik	32	42.10
Travmatik Yaşam Olayları	11	14.47
Ailesel Problemler	11	14.47
Stres	10	13.15
Yetersiz Sosyal Destek	6	7.89
Yalnızlık	4	5.26

Hastalık nedenine ilişkin görüşlerin sorulduğu KHAÖ'nün 9. sorusuna toplam 76 hasta yanıt vermiştir. Hastaların en sık verdiği cevaplar incelendiğinde 32 (%42.10) kişi ile genetik faktörlerin öne çıktığı görülmüştür. Bu oranı %14.47 ile travmatik yaşam olayları, %14.47 ile ailesel problemler, %13.15 ile stres, %7.89 ile yetersiz sosyal destek, %5.26 ile yalnızlık izlemiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile KHAÖ puan ortalamasının karşılaştırılması (n=126)

Tanımlayıcı Özellikler		KHAÖ	
		Ort.±SS	Önemlilik
Yaş	18-30 ^a	50.36±11.47	F=5.576
	31-41 ^b	42.61±11.72	*p=0.005
	42-65 ^c	44.92±10.43	a>b
Cinsiyet	Kadın	44.25±11.43	t= 3.080
	Erkek	50.94±10.92	**p=0.003
Medeni Durum	Evli	45.90±10.10	t= -0.238
	Bekar	46.47±12.20	**p=0.812
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	47.46±10.52	
	Lise	48.31±12.30	F=1.844
	Üniversite ve üstü	43.87±11.79	*p=0.163
Çalışma Durumu	Evet	42.02±10.95	t= -2.682
	Hayır	48.04±11.54	**p=0.008
Gelir Durumunu Algılama	İyi ^a	40.80±11.82	F=5.791
	Orta ^b	43.47±10.85	*p=0.004
	Kötü ^c	49.43±11.34	c>a
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne ve Baba	48.69±11.58	
	Anne/Baba	45.76±11.82	
	Eş-Çocuk	46.58±10.71	F=1.565
	Yalnız	40.78±13.41	*p=0.188
	Diğer	47.88±10.12	
Yaşanılan Yer	Köy	49.00±12.73	
	İlçe Merkezi	47.71±12.81	F=0.874
	Şehir Merkezi	45.43±11.15	*p=0.420
Hastalık Süresi (Yıl)	1-5 yıl ^a	51.30±9.77	F=4.312
	6-10 yıl ^b	44.95±13.14	*p=0.015
	11 yıl ve üstü ^c	44.42±11.40	a>c
Yatış Sayısı	1-5	46.38±12.09	F=1.228
	6-10	48.13±9.29	*p=0.297
	11 ve üstü	40.62±11.59	

Tablo 4.4. (Devamı)

Alkol ve Sigara Kullanımı	Alkol/Sigara	45.13±11.56	t=-1.269
	Hiçbiri	47.77±11.70	**p=0.207
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	47.79±11.92	t=1.704
	Yok	44.23±11.03	**p=0.091

KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, **Ort:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma, *ANOVA testi, **Bağımsız Örneklem t testi, p<0.05

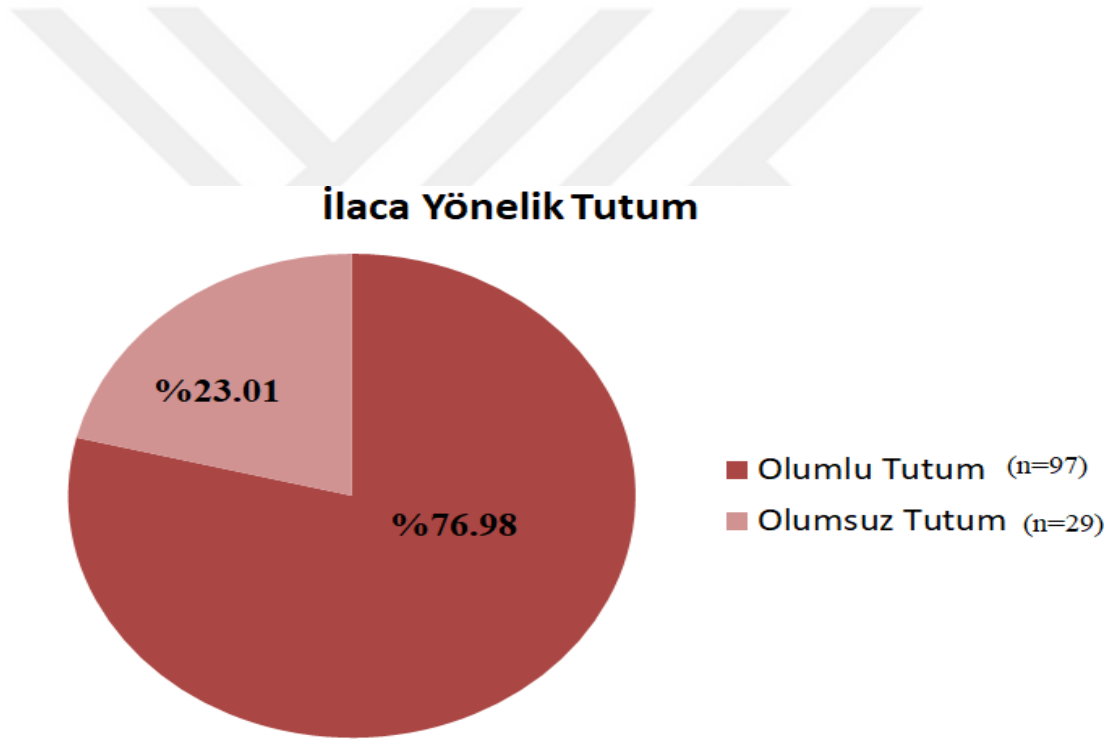
Hastaların, yaşı (F=5.576; p<0.05), cinsiyeti (t=3.080; p<0.05), çalışma durumu (t=-2.682; p<0.05), gelir durumunu algılama (F=5.791; p<0.05), hastalık süresi (F=4.312; p<0.05) ile KHAÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaş ve gelir durumu ile KHAÖ arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. 18-30 yaş aralığı ile 31-41 yaş aralığındaki hastaların KHAÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Gelir durumu kötü olanların orta ve iyi gelirli olanlara göre KHAÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (p<0.05). Hastalık süresi 1-5 yıl arasında olanların KHAÖ toplam puan ortalamasının, 11 yıl ve üstünde olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hastaların medeni durum, eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı kişiler, yaşanılan yer, yatış sayısı, alkol ve sigara kullanımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunması ile KHAÖ toplam puanları arasında bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. İTÖ toplam puanının ortalama ve standart sapma değerleri (n=126)

	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.
İTÖ toplam puan	3.19	5.29	-10	10

İTÖ: İlaç Tutum Ölçeği, **Min:** Minimum, **Max:** Maksimum.

Hastaların İTÖ toplam puan ortalaması 3.19 ± 5.29 (Min:-10, Max:10) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).



Şekil 1: Şizofreni hastalarının ilaç tutumuna göre dağılımı

İTÖ sonuçları Şekil 1’de yer almaktadır. 126 şizofreni hastasından 97’nin yani %76.98’sinin ilaç tedavisine karşı olumlu tutum içerisinde olduğu, 29’nun yani %23.01’sinin ilaç tedavisine yönelik tutumunun olumsuz olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile İTÖ puan ortalamasının karşılaştırılması (n=126)

Tanımlayıcı Özellikler		İTÖ	
		Ort.±SS	Önemlilik
Yaş	18-30 ^a	1.63±5.19	F=3.708
	31-41 ^b	3.95±4.75	*p=0.027
	42-65 ^c	4.42±5.56	c>a
Cinsiyet	Kadın	1.38±5.35	t=-2.626
	Erkek	4.00±5.08	**p=0.010
Medeni Durum	Evli	4.30±4.97	t=1.556
	Bekar	2.64±5.21	**p=0.123
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	3.18±6.13	
	Lise	2.53±5.19	F=0.536
	Üniversite ve üstü	3.71±4.65	*p=0.587
Çalışma Durumu	Evet	4.28±4.22	t=1.466
	Hayır	2.76±5.62	**p=0.145
Gelir Durumunu Algılama	İyi	3.17±0.82	
	Orta	4.81±0.72	F=1.899
	Kötü	5.84±0.71	*p=0.154
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne ve Baba	2.28±4.97	
	Anne/Baba	2.96±5.60	
	Eş-Çocuk	4.28±5.06	F=0.861
	Yalnız	2.53±6.69	**p=0.489
	Diğer	4.35±4.01	
Yaşanılan Yer	Köy	1.67±4.45	
	İlçe Merkezi	1.90±4.95	F=2.008
	Şehir Merkezi	3.82±5.45	*p=0.139
Hastalık Süresi (Yıl)	1-5 yıl	2.85±4.87	F=0.742
	6-10 yıl	2.25±5.44	*p=0.478
	11 ve üstü	3.68±5.44	
Yatış Sayısı	1-5	3.42±5.49	
	6-10	2.36±4.12	F=0.380
	11 ve üstü	2.75±5.94	*p=0.684

Tablo 4.6. (Devamı)

Alkol ve Sigara	Alkol/Sigara	3.48±5.33	t=0.670
Kullanımı	Hiçbiri	2.84±5.26	**p=0.504
Ailede Ruhsal Hastalık	Var	2.43±5.03	t=-1.940
Öyküsü	Yok	4.27±5.50	**p=0.055

İTÖ: İlaç Tutum Ölçeği, **Ort:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma * ANOVA testi, **Bağımsız Örneklem t testi, p<0.05

Hastaların yaşı (F=3.708; p<0.05), cinsiyeti (t=-2.626; p<0.05) ile İTÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yaş ile İTÖ arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. 18-30 yaş aralığı ile 42-65 yaş aralığındaki hastaların İTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Hastaların medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumunu algılama, birlikte yaşadığı kişiler, yaşanılan yer, hastalık süresi, yatış sayısı, alkol ve sigara kullanımı ve aile de ruhsal hastalık öyküsü bulunması ile İTÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. KHAÖ toplam puanının ve İTÖ toplam puanının regresyon analizi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	B	β	t	F	p
İTÖ	KHAÖ	-0.231	-0.509	-6.584	43.343	*0.000

KHAÖ: Kısa Hastalık Algısı Ölçeği, **İTÖ:** İlaç Tutum Ölçeği, *Regresyon Analizi, p<0.01

Basit linear regresyon analizi sonucunda KHAÖ toplam puanı ile İTÖ toplam puanı (R=0.509; R²=0.259; p<0.01) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Regresyon analizine göre, şizofreni hastalarının hastalık algısının KHAÖ ortalama puanı yükseldikçe, İTÖ ortalama puanının düştüğü tespit edilmiştir. Hastalık algısının ilaç tutum varyansının %25,9'unu yordadığı saptanmıştır (Tablo 4.7).

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanısı almış 126 hasta ile yapılan, hastalık algısı ve ilaç tutumunun belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışma bulguları literatür ile tartışılmıştır.

Hastalık algısı, şizofreni gibi kronik hastalığa sahip olan bireylerin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkileyen bir kavramdır. Hastalar, hastalıklarını kendi düşünceleri, inançları ve deneyimleri ile değerlendirdikleri için hastaların hastalıklarına dair algıları hastalığın seyrini ve tedaviye yönelik uyumunu etkileyebilmektedir.¹⁰³

Hastalık algısı kavramı kronik böbrek yetmezliği, kanser, diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi birçok kronik hastalıklarla ilgili çalışmalara konu olmuştur.^{14,16,17-20} Fakat yapılan araştırmalar sonucunda ülkemizde şizofreni hastalarında hastalık algısının değerlendirildiği tek bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma 9 şizofreni hastası ile yapılan nitel tasarımda bir çalışmadır.²¹ Bundan dolayı yapılan bu çalışmanın alana büyük bir katkı sunacağı düşünülmektedir.

Şizofreni hastaları ile yapılan bu çalışmada, KHAÖ toplam puanı 46.32 ± 11.65 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalık algısının olumsuz düzeyde olduğu; en yüksek puan ortalamasının 8.44 ± 2.52 ortalama ile hastalık süresi algısında, en düşük puan ortalamasının ise 3.49 ± 2.63 ortalama ile tedaviye inanç algısında olduğu saptanmıştır. Hastaların, hastalıklarını kronik olarak algıladıkları, hastalıktan yüksek oranda etkilendikleri bunlara ek olarak, duygusal etkilenme düzeylerinin yüksek, şikâyet ve endişelerinin ortalamanın üstünde olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastaların hastalık üzerinde kontrol düzeylerinin orta olduğu, tedavinin yararlı olduğuna yönelik inançlarının ve hastalığı anlama düzeylerinin ise düşük olduğu saptanmıştır.

Uluslararası düzeyde ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalarda hastalık algısının toplam puanın sorgulandığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.^{107,108,122-123} Bu nedenle bu bulgu diğer kronik hastalıkları olan bireylerle hastalık algısının incelendiği çalışmalarla tartışılmıştır. İrritabl bağırsak sendromu olan hastalarda yapılan bir çalışmada hastalık algısı toplam puanının 61.02 ± 17.22 olarak saptanmış olup en yüksek puan ortalamasının hastalık süresi algısında, en düşük puan ortalamasının ise kişisel kontrol algısında bulunmuştur.¹²⁴ Tip 2 diyabet hastalarında yapılan çalışmada, en yüksek puan ortalamasının kişisel kontrol algısında, en düşük puan ortalamasının ise süre algısında saptanmıştır.¹²⁵ Hemodiyaliz hastalarında yaş gruplarına göre hastalık algısının değerlendirildiği bir başka çalışmada orta yaş hemodiyaliz hastalarında en yüksek puan ortalamasının tedaviye inanç algısında, en düşük puan ortalamasının ise duygusal etkilenme algısında saptanmıştır.¹²⁶ Hipertansiyon hastalarında yapılan bir çalışmada en yüksek puan ortalamasının tedaviye inanç algısında, en düşük puan ortalamasının şikâyetlerinin derecesi algısında saptanmıştır.¹²⁷ Romatoid artrit hastalarında yapılan başka bir çalışmada da en yüksek puan ortalamasının hastalık süresi algısında, en düşük puan ortalamasının hastalıktan etkilenme algısında olduğu bulunmuştur.¹²⁸

“Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?” sorusunun ortalama puanı 7.16 ± 2.32 olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre, şizofreni hastalığı hastaların hayatlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Şizofreni tanısı almış Maori yerlilerinin ve Yeni Zelanda Avrupalıları’nın hastalık algısının karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi ortalama puanı 6.15 ± 2.92 ve 5.69 ± 3.04 olarak saptanmıştır.¹²⁹ Broadbent ve ark.’nın¹⁰⁸ ruhsal hastalığa sahip olan bireyler ile yaptığı çalışmada 5.89 ± 2.90 olarak bulunmuştur. Regil’in¹³⁰ yaptığı çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi ortalama puanı orta olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyinin yüksek olmasının sebebi çalışmaların farklı kültürdeki bireylerde yapılmış olmasından

kaynaklanabilir. Benzer şekilde şizofreni hastaları ile yapılan başka bir çalışmada hastalıktan etkilenme düzeyi ortalama puanı yüksek olarak saptanmıştır.¹²³

“Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı 8.44 ± 2.52 olarak saptanmıştır. Bu bulgu, şizofreni hastalığının kronik bir hastalık olduğunu ve düşük iyileşme oranlarıyla yaşam boyu süren bir hastalık sürecinin olmasıyla uyumludur.¹³¹ Ruhsal bozukluğu olan bireylerle yapılmış çalışmalarda da araştırma bulgusuna paralel sonuçlar bulunmuştur.^{108,123,129-130}

“Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı 4.87 ± 2.52 olarak saptanmıştır. Bu durum hastaların hastalık üzerinde kontrollerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Hastaların hastalıkları kontrol edebileceklerine dair inançları tedaviye uyumun olumlu yönde gelişmesine yardımcı olabileceği ve bu sayede şizofreni hastaları hastalığı ile etkili şekilde baş edebileceği düşünülebilir.

“Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı 3.49 ± 2.63 olarak bulunmuştur. Şizofreni tanısı almış Maori yerlilerinin ve Yeni Zelanda Avrupalıları’nın hastalık algısının karşılaştırıldığı bir çalışmada tedaviye inanç algısı ortalama puanı 6.78 ± 3.16 ve 7.23 ± 3.29 olarak bulunmuştur.¹²⁹ Broadbent ve ark.’nın¹⁰⁸ ruhsal hastalığa sahip olan bireyler ile yaptığı çalışmada tedaviye inanç puanı 7.13 ± 2.96 olarak bulunmuştur. Hussain ve ark.’nın¹²³ yaptığı çalışmada ise hastaların tedaviye inançlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar araştırma bulgusunu desteklememektedir. Bu durum çalışmaların farklı kültürlerde yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Hastaların tedaviye yönelik inançlarının düşük olması tedaviye uyum, hastalıkla baş edebilme ve hastalığın yönetimini olumsuz yönde etkileyebilir.

“Hastalığınıza bağlı şikâyetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?” sorusunun ortalama puanı 6.02 ± 2.40 olarak saptanmıştır. Hastaların hastalığa bağlı olarak şikâyetleri ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir. Bu duruma hastaların tedaviye inançlarının ve uyumlarının düşük olmasının, buna bağlı olarak ilaç kullanım oranlarının az olmasının etkili olduğu düşünülebilir.

“Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?” sorusunun ortalama puanı 5.95 ± 2.77 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, hastaların hastalıkla ilgili endişe düzeyinin ortalamanın

üstünde olduğunu göstermektedir. Bu araştırma bulgularıyla paralellik gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{108,129,130} Hastalara şizofreni tanısı konulmasıyla birlikte hastalık, hem aile hem de hastanın kendisi için büyük bir stres kaynağı oluşturabilmektedir. Hastaların, hastalık sürecinin nasıl olacağı ve hastalıkla nasıl baş edebileceklerini bilmemeleri hastaların endişelenmesine neden olabileceği düşünülebilir.

“Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar anladınız?” sorusunun ortalama puanı 3.59 ± 2.54 olarak bulunmuştur. Bu bulgu şizofreni hastalarının hastalığı hakkında yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir. Hastaların hastalıklarının ne olduğunu hakkında bilgi sahibi olmaları verilen tedaviye inanmaları ve tedaviyi sürdürebilmeleri açısından önemlidir.

“Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkiliyor?” sorusunun ortalama puanı 6.80 ± 2.69 olarak bulunmuştur. Şizofreni hastalığının, hastaları duygusal yönden etkilediği görülmektedir. Şizofreni apati, kısıtlanmış duygusal dışa vurum, duygusal tepkilerde azalma gibi belirtiler ile kendisi gösteren bir hastalık olmasından ötürü hastalar duygusal anlamda ciddi oranlarda etkilenebilmektedir.⁴

Hastalık nedenleri incelendiğinde en yüksek risk faktörleri “genetik”, “travmatik yaşam olayları”, “ailesel problemler”, “stres”, “yetersiz sosyal destek” ve “yalnızlık” olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada hastalık nedenleri

olarak ailesel problemler, genetik, alkol ve madde kullanımı, stres olduğu belirtilmiştir.¹²⁹ Lobban ve Barrowclough'un¹³² yaptığı çalışmada, şizofreniye neden olan risk faktörleri "stres", "travma", "kimyasal dengesizlik" olduğu bulunmuştur. Hastalık nedenleri mevcut ruhsal hastalık teorileriyle özellikle de psikoz ile tutarlıdır. Psikoz konusunda yaygın olarak kabul edilen görüşe göre, insanların psikoz gelişimine karşı altta yatan bir savunmasızlığa sahip olduğu ve bu durumun değişik seviyelerde stresle tetiklenebileceğini öne süren strese karşı savunmasızlık modelidir.¹³³

Şizofreni hastalarında yaşa göre hastalık algısı toplam puanı incelendiğinde; 18-30 yaş aralığındaki hastalık algısının 31-41 yaş aralığındakilere göre daha olumsuz olduğu ve yaş ile KHAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; şizofreni hastaları ile yapılan çalışmada yaş ile hastalık algısı toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.^{129,130} Geç yaştaki hastaların hastalık algılarının daha olumsuz olmasının sebebi tanılarının yeni olması, baş etme becerilerinin düşük olması, hastalık durumlarına adaptasyonlarının tam olarak sağlanamamasından kaynaklanabilir.

Şizofreni hastalarında cinsiyete göre hastalık algısı toplam puanı incelendiğinde; erkeklerin hastalık algılarının kadınlara göre daha olumsuz olduğu ve cinsiyet ile KHAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu sonuç, erkeklerin hastalık algısını negatif yönde arttırdığı ve erkeklerin hastalıkla ilgili daha olumsuz düşünceler geliştirdiğini göstermektedir. Hussain ve ark.'ın¹²³ yaptığı çalışmada da, cinsiyet ile tedaviye inanç algısı ve hastalık anlama düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara göre hastalık algılarının daha kötü olmasının nedeni erkeklerin daha kötü prognoza sahip olması ve hastalığın erkeklerde daha erken başlaması olabilir.^{4,62}

Çalışma durumuna göre hastalık algısı toplam puanı incelendiğinde; çalışmayanların hastalık algısının çalışanlara göre olumsuz olduğu ve çalışma durumu ile KHAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gümüştaş'ın¹³⁴ kanserli hastalarda yaptığı çalışmada çalışma durumu ile KHAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada da çalışma durumu ile duygusal etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹³⁵ Çalışmanın verdiği ekonomik özgürlük ve çalışma ile birlikte elde edinilen sosyal çevrenin bireylerin ruhsal sağlığı üzerine olumlu katkısından dolayı çalışanlarda hastalık algısının daha iyi olduğu düşünülebilir.

Gelir durumuna göre hastalık algısı toplam puanı incelendiğinde; gelir durumu kötü olanların hastalık algısının iyi olanlara göre daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada gelir durumu ile hastalığı anlama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹³⁵ Benzer şekilde, kanser hastalarında yapılan bir çalışmada gelir durumu ile hastalığı anlama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹³⁶ Maddi durumun yetersizliği ve ekonomik açıdan bağımlı olmanın hastalık algısını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülebilir.

Hastalık süresine göre hastalık algısı toplam puanı incelendiğinde; hastalık süresi ile KHAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalık süresi 1-5 yıl olanların hastalık algılarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir. KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada hastalık süresi ile hastalık üzerinde kontrol düzeyi ve hastalığı anlama düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.¹³⁵ Bu duruma, hastaların hastalığın başlangıç evresinde hastalığı anlama düzeylerinin düşük olmasının neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğu saptanmıştır. İTÖ toplam puanı 3.19 ± 5.29 olarak bulunmuştur. Yeni nesil antipsikotik ilaç kullanan şizofreni hastalarında öznel iyi oluş, ilaç tutumu ve hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin belirlendiği bir çalışmada şizofreni hastalarının yeni nesil antipsikotik ilaca yönelik olumlu tutum içerisinde olduğu saptanmıştır.¹³⁷ Şizofreni spektrum bozukluğu olan hastaların antipsikotik ilaçlara yönelik tutumunun belirlendiği bir başka çalışmada hastaların antipsikotik ilaçlara yönelik tutumunun pozitif olduğu belirtilmiştir.¹³⁸ Benzer şekilde, şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumunun belirlendiği bir diğer çalışmada İTÖ toplam puanı 6.28 ± 2.22 olarak bulunmuş olup hastaların ilaca yönelik tutumunu olumlu olduğu saptanmıştır.¹³⁹ İlaç tedavisine yönelik tutum, tedaviye uyum için güçlü bir gösterge olarak görülmektedir. Hastaların ilaca yönelik tutumlarına göre tedaviye uyumlu veya uyumsuz olarak sınıflandırılabilceği belirtilmiştir.¹⁴⁰ Bu çalışmanın örneklemini toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi alan şizofreni hastaları oluşturduğu için hastaların tedaviye daha uyumlu oldukları söylenebilir.

Şizofreni hastalarında yaşa göre İTÖ toplam puanı değerlendirildiğinde; 42-65 yaş aralığındaki hastaların ilaç tutumlarının 18-30 yaş aralığında olanlara göre daha iyi olduğu ve yaş ile İTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; yaş ile İTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamayan^{138,139,141} ve saptayan¹⁴² çalışmalar bulunmaktadır. Şizofreni hastalığı erken erişkin döneminde başlayan bir hastalık olmasından dolayı ilerleyen yaşla birlikte ilaç kullanmanın bir yaşam biçimi haline gelmesinin ve ilaç kullanmanın bırakıldığı durumlarda hastalığın seyri hakkında olumsuz yaşam tecrübelerinin sahip olunmasının ilaç tutumu üzerine olumlu etkisi olduğu düşünülebilir.³²

Şizofreni hastalarında cinsiyete göre İTÖ toplam puanı değerlendirildiğinde; erkeklerin ilaç tutumlarının kadınlara göre daha iyi olduğu ve cinsiyet ile İTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Adewuya ve ark.'nın¹⁴³, Hussain ve ark.'nın¹²³ yaptığı çalışmalarda cinsiyet ile İTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerde şizofreni hastalığının daha erken başlangıçlı olması ve buna bağlı olarak erkek hastaların kadınlara göre daha uzun süredir hastalığı tecrübe etmelerinin ilaç uyumlarını daha olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.⁴

Çalışmada hastalık algısı ile ilaç tutumu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların hastalık algıları olumsuza doğru gittikçe ilaç tutumlarının da kötüye doğru gittiği bulunmuştur. Şizofreni hastalarının hastalık algılarının ilaç tutumlarını %25.9 oranında yordadığı tespit edilmiştir. Hussain ve ark.'nın¹²³ şizofreni hastalarında hastalık algısı, algılanan sosyal destek ve ilaç tutumu belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada tedavi inanç ve hastalığı anlama algısı ile İTÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Olumlu yönde geliştirilen inanç bireyin hastalıklardan korunmasına ve sağlığını geliştirmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, olumlu yönde tedavi inancı ilaca yönelik olumlu tutumun gelişmesini sağlayarak hastaların tedaviye uyumunu artırabilir.¹⁴⁴

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında hastalık algısı ve ilaç tutumunu belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar bu bölümde özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının çoğunun 18-30 yaş aralığında (%38.9), erkek (%69) ve bekar (%73.8) oldukları bulunmuştur. Hastaların çoğunluğunun eğitim durumunun üniversite ve üstü olduğu (%38.9), herhangi bir işte çalışmadığı (%71.4), gelir durumunun kötü olduğu (%53.2), anne-baba (%28.6) ile birlikte şehir merkezinde yaşadığı (%69.0), hastalık süresinin 11 yıl ve üstü olduğu (%54.8), psikiyatri servisine yatış sayısının 1-5 kez arasında olduğu (%76.2) alkol veya sigara kullandıkları (%54.8) ve ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün (%58.7) var olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya göre KHAÖ toplam puanının 46.32 ± 11.65 ve hastalık algısının olumsuz düzeyde olduğu; en yüksek puan ortalamasının 8.44 ± 2.52 ortalama ile hastalık süresi algısında, en düşük puan ortalamasının ise 3.49 ± 2.63 ortalama ile tedaviye inanç

algısında olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalıklarını kronik olarak algıladıkları, hastalıktan yüksek oranda etkilendikleri bunlara ek olarak, duygusal etkilenme düzeylerinin yüksek, şikâyet ve endişelerinin ortalamanın üstünde olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastaların hastalık üzerinde kontrol algılarının orta düzeyde olduğu, tedavinin yararlılığına inançlarının ve hastalığı anlama düzeylerinin ise düşük olduğu saptanmıştır.

KHAÖ'de hastalığa sebep olan faktörler incelendiğinde; şizofreni hastalarının %42.10'u genetik, %14.47'nin ailesel problemler ve travmatik yaşam olayları, %13.5'inin stres, %7.89'u yetersiz sosyal destek, %5.26'nın yalnızlığın hastalık nedenleri olduklarına inandıkları bulunmuştur.

Araştırmada erkeklerin, 18-30 yaş aralığında olanların, çalışmayanların, ekonomik durumu kötü olanların ve hastalık süresi 1-5 yıl arasında olanların hastalık

algılarının diğer gruplardaki hastalara göre daha olumsuz olduğu bulunmuştur.

İTÖ toplam puanı 3.19 ± 5.29 olarak saptanmıştır. Şizofreni hastalarının %76.98'i ilaca yönelik tutumu pozitifken %23.01'inin ilaca yönelik tutumunun negatif olduğu bulunmuştur. Erkeklerin ve 41-65 yaş aralarında olanların ilaç tutumlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarının hastalık algılarının ilaç tutumlarını %25.9 oranında yordadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Şizofreni hastalarında hastalık algısının incelendiği çalışmalar ülkemizde oldukça sınırlıdır. Bu doğrultuda daha fazla detaylı akademik çalışmaların yapılması alan yazımına önemli katkı sağlayacağı,

Şizofreni hastalarında hastalık algısının hastalığın remisyon dönemlerinde değerlendirilmesi gerektiği,

Hastalık algısı ve ilaç tutumu kavramlarının anlaşılması, bu kavramların tedavi uyumu üzerinde etkisinin bilinmesi,

Bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin hastalık algısına ve ilaç tutumuna yönelik etkilerinin bilinmesi, sağlık profesyonellerinin bu konuda hasta tedavi protokolleri geliştirmeleri,

Şizofreni hastalarında hastalık algısı ve ilaç tutumunu etkileyen faktörlerin ayrı ayrı ele alınıp anlaşılması,

Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından hastalık algısını ve ilaç tutumunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi, olumsuz hastalık algısını ve ilaç tutumunu önlemeye yönelik girişimlerde bulunması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aktaş Y, Arabacı LB, Dülgerler Ş. Watson insan bakım modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2020, 5:51-57.
2. Summakoğlu D, Ertuğrul, B. Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2018, 2:43-61.
3. Cortesi PA, Mencacci C, Luigi F, Pirfo E, Berto P, Sturkenboom M, Lopes FL, Giustra MG, Mantovani LG, Scalone L. Compliance, persistence, costs and quality of life in young patients treated with antipsychotic drugs: results from the cometa study. *BMC Psychiatry*, 2013, 13:98.
4. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017, 26:251-267.
5. Yüksel, ÇT, Oflaz, F. Antipsikotik ilaç kullanan bir grup yatan hastada ilaç yönetimi eğitiminin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3:67-74.
6. Turgut H, Yenilmez, Ç. Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013, 14:291-301.
7. Uslu, E. 2017. Telefonla Problem Çözme Müdahalesinin Şizofreni Tanılı Bireylerin İlaç Tedavisine Uyumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2017.
8. Vancampfort D, Probst M, Sweers K, Maurissen K, Knapen J, De Hert M. Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011, 123: 423–430.

9. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: a perceptual–cognitive approach. *Psychology & Health*, 1998, 13:717–733.
10. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 1996, 11: 431–445.
11. Williams B, Healy D, Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map. *Social Science & Medicine*, 2001, 53:465-476.
12. Scharloo M, Kaptein A. Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: A review In: Petrie KJ, Weinman JA (eds). *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1997: 103–154.
13. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Etkisi ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: . Çukurova Üniversitesi, 2010.
14. Karabulutlu EY, Gündüz F. Tip II diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19:0-0.
15. Kantarcıoğlu AÇ, Demirkaya M, Sevinir BB. Kanseri tanısı alan ergenlerde hastalık algısı ve duygu durumunun incelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 2019, 26:81-88.
16. Çalışkan EG, Şen K, Merdin A, Dal MS, Altuntaş, F. Illness perception of the patients with hematological cancers: a single center study. *Int J Pharma Bio Sci*, 2019, 10:204-210.

17. Kahyaoğlu Süt H. Jinekolojik cerrahi operasyon öncesi hastaların hastalık algıları üzerine etkili faktörler. *Medical J Bakirkoy*, 2017, 13(2),83-90.
18. Yıldırım C. Hipertansiyon Tanısı Almış Bireylerin Kişilik Özelliklerinin, Hastalık Algısı ve Tedaviye Uyumuna Etkisi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2019.
19. Acar D. Kronik Böbrek Yetmezliği olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkin Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2018.
20. Hayıroğlu, S. Kas İskelet Sistemi Kökenli Kronik Hastalıklardan Fibromiyalji, Romatoid Artrit, Generalize Osteoartrit Ve Nöropatik Ağrıda Hastalık Algısının Önemi. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2018.
21. Güner P. Illness perception in Turkish schizophrenia patients: a qualitative explorative study. *Arch Psychiatr Nurs*, 2014, 28:405-12.
22. Çakır F, İlhem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010, 23:50–9.
23. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6:40-46.
24. Demirkol M, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedaviye uyum. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8:85-93.
25. Aydın E, Aydın E, Balaban ÖD, Yumrukçal H, Erkıran M. İlaç tutumu ölçeği-10'un türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2018,55: 238-242.

26. Arslan M, Kurt E, Eryıldız D, Yazıcı A, Can A, Emul M. Effects of a psychosocial rehabilitation program in addition to medication in schizophrenic patients: a controlled study. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2014,24:360–7.
27. Boardman G, McCann T, Kerr D. A peer support programme for enhancing adherence to oral antipsychotic medication in consumers with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 2014, 70:2293–2302.
28. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5:143-148.
29. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2006,16:223-232.
30. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 2004,12:63-73.
31. Dülgerler Ş. Şizfrenik Bozukluk. In: Çam O, Engin E, eds. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.
32. Kaplan BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2016,58:78-79.
33. Panisha J, Karveb S, Candrillib SD, Dirania R. Association between adherence to and persistence with atypical antipsychotics and psychiatric relapse among US Medicaid-enrolled patients with schizophrenia. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*,2013,4:29–39.
34. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014:1049–72.

35. Öztürk MO, Uluşahin MA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008:840-856.
36. Köroğlu E, Güleç C, Şenol Ş. *Temel Psikiyatri*, 1. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2007: 184-205.
37. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet*, 2013, 382:1575-86.
38. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 2008,30:67-76.
39. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011,22:40-52.
40. Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, McCarley RW. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res*,2001,49:1-52.
41. Fleischhacker WW, Kane JM, Geier J, Karayal O, Kolluri S, Eng SM, Reynolds RF, Strom BL. Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J Clin Psychiatry*,2014,75:e184-90.
42. Krabbendam L, Van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence--conditional on genetic risk. *Schizophr Bull*,2005,31:795-9.
43. Henquet C, Murray R, Linszen D, Van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull*, 2005,31:608-12.
44. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the

- second british national survey of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*, 2004,185:220-6.
45. Clarke MC, Tanskanen A, Huttunen MO, Cannon M. Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophr Res*, 2013,143:363-6.
46. Freedman R, Leonard S, Olincy A, Kaufmann AC. Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics*, 2002,105:794-800.
47. Janoutova J, Janackova P, Serý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalova M, Varechova, K, Hosák L, Jiřík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro endocrinology Letters*, 2016, 37: 1-8.
48. Stahl SM, Alkın T. *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012: 268-276.
49. Ertuğrul A. Şizofreni etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J int Med Sci*, 2005, 1: 6-14.
50. Hariri AG, Özer GU, Ceylan ME, Ceylan N, Yazan B, Önal AO. Şizofreni etiyolojisinde nörogelişimsel hipotez. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1999, 9:99-103.
51. Mortan O, Sütcü ST. İşitsel varsanılarda bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011,3:647-663.
52. Freud S. *Psikanalitik Kurama Giriş*, 4. Baskı. İstanbul, Bağlam Yayınları,2010:6.
53. Otto F. *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*, 1.Baskı. İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası, 1974:379-411.
54. Black DW, Grant JE. The Essential Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. London, American Psychiatric Publishing,2013,61-89.

55. Danacı AE, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU. *Şizofreni ve diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap*. 1. Baskı. Ankara, TPD Yayınları, 2018: 29-50.
56. Yiğittürk D, Kaya B, Ünal S. Şizofreni hastalarında psikotik belirtilerdeki düzelmenin dikkat ve bellek işlevleri üzerine yansıması. *Klinik Psikiyatri*, 2017, 20:19-29.
57. Andreasen NC, Black DW. *Introductory Textbook of Psychiatry*, 4. Baskı. Washington, DC American Psychiatric Press. 2006: 111-117.
58. Işık E. *Güncel Şizofreni*, 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık, 2006:18-223.
59. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull*, 1998, 24:75-85.
60. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganey K, Giel R, Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PW, León CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry*, 2001,178:506-17.
61. Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 2012,66:63-9.
62. Barlas GÜ, Işıl Ö. Kronik şizofren hastalarda psikososyal beceri eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010,312-317.
63. Bruijnzeel D, Suryadevara U, Tandon R. Antipsychotic treatment of schizophrenia: an update. *Asian J Psychiatr*,2014,11:3-7.

64. Montes JM, Maurino J, Diez T, Saiz-Ruiz J. Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: a controlled trial. *Int J Psychiatr Clin Pract*, 2010, 14:274-281.
65. Davison GC, Neale JM, Dağ İ. *Anormal Psikoloji*. 1. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 2004:213-234.
66. Reynolds GP, Kirk SL. Metabolic side effects of antipsychotic drug treatment--pharmacological mechanisms. *Pharmacol Ther*, 2010, 125:169-79.
67. Ronsley R, Nguyen D, Davidson J, Panagiotopoulos C. Increased risk of obesity and metabolic dysregulation following 12 months of second-generation antipsychotic treatment in children: a prospective cohort study. *Can J Psychiatry*, 2015,60:441-50.
68. Demirel ÖF, Duran A. Şizofreni tedavisinde elektrokonvülsif terapi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 2018,11:29-33.
69. Atagün Mİ, Yıldırım MS, Canbek Ö. Elektrokonvülsif tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4:350-370.
70. Ertekin H, Er M, Özayhan HY, Yayla S, Akyol E, Şahin B. Bakımevinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2015,28:213-221.
71. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,2013,5:461-478.
72. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş SB, İnan E, Çakır U, Boşgelmez Ş, Turgut C. Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2016,53:96-101.

73. Artuner D, Danacı ES, Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EB. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19:266-273.
74. Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 2003, 1:9-14.
75. Dora İ, Önal O, Ceylan ME, Kenar J, Kılınç E. Şizofreni ve doğum mevsimi ilişkisi. *Düşünen Adam*, 2004, 17:5-20.
76. Varcarolis ME. *Therapeutic Relationships and the Clinical Interview, Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2th ed. Missouri, Elsevier Saunders, 2013:80-93.
77. Bayındır SA, Ünsal A. Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 115-119.
78. Buldukoğlu K. Psikiyatrik bakımda değerler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Dergisi*, 2015, 1:9-15.
79. Akdoğan R, Ceyhan E. Terapötik ilişkide insan faktörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:117-141.
80. Zorlu PK, Bilgiç Ö, Şahin T, Zorlu N. Şizofrenide klinik içgörünün psikiyatrik semptomlar ve bilişsel işlevler ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2017, 30:79-85.
81. Köşger F, Eşsizoglu A, Sönmez İ, Güleç G, Genek M, Akarsu A. Şizofrenide şiddet davranışının klinik özellikler, içgörü ve bilişsel işlevler ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2016, 27:92-99.
82. Erol A, Delibas H, Bora O, Mete L. The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 2015, 61:379-385.

83. Eroğlu S, Duran S. Psikiyatrik hastalık tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,2016,13:237-247.
84. Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Moliterno D, Altamura AC. Suicide attempts in schizophrenic patients: clinical variables. *Asian J Psychiatr*,2013,6:421-7.
85. Waldheter J, Penn DL, Perkins DO, Mueser KT, Owens LW, Cook E. The graduated recovery intervention program for first episode psychosis: treatment development and preliminary data. *Community Ment Health J*, 2008,44:443-55.
86. Taşkın EO. Damgalama süreci ve şizofreniye yönelik damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009,10:58-59.
87. Çam O. Ruh sağlığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007,8:215-23.
88. Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: çok merkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010,21:213-224.
89. Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, Baykız AF, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007,8:102–12.
90. Sağlam Aykut D, Civil Arslan F, Karagüzel Özkorumak E, Karakullukçu S, Tiryaki A. İntihar girişimi öyküsü olan şizofreni olgularında şimdiki klinik değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2017,28:163-171.
91. Johansson LRM, Xiong N. Perception management: An emerging concept for information fusion, *Information Fusion*, 2003,231-234.
92. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol*, 2000, 55:99–109.

93. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klin Psikiyatr Derg J Clin Psychiatry*, 2007,10:192–200.
94. Okanlı A, Yılmaz KE. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 25-31.
95. Hagger MS, Orbell SA. Meta-Analytic review of the commonsense model of illness representations. *Psychology and Health*, 2003,18:141-184.
96. Stockford K, Turner H, Cooper M. Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation. *Br J Clin Psychol*,2007,46:139–54.
97. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *Am J Crit Care*, 2004,13:136–45.
98. Cherrington CC, Lawson TN, Clark KB. Illness representation of patients with systolic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*, 2006,21:190–5.
99. Kirmayer LJ. Abstracts and Reviews : The Illness narratives: suffering, healing and the human condition by arthur kleinman. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 1989, 26:202-204.
100. Leventhal H, Zimmerman R, Gutmann M. Compliance: a self-regulation perspective, In: Gentry WD (eds). *Handbook of behavioral medicine*. New York, Guilford Press, 1984:369–436.
101. Meyer D, Leventhal H, Gutmann, M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Heal Psychol*, 1985, 4:115.
102. Scharloo M, Kaptein A. Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: A review In: Petrie KJ and Weinman JA, eds. *Perceptions of Health*

- and Illness: Current Research and Applications Amsterdam. the Netherlands, Harwood Academic Publishers, 1997: 103–154.*
103. İbrahim N, Chiew-Tong NK, Desa A. Illness perception and healthrelated quality of life among haemodialysis patients. *Pertanika J. Soc. Sci. & Hum*,2011,19:173–181.
104. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med*,2002, 64:580-6.
105. Ekici G, Çorakçı Z, Şafak Y. Şizofrenili bireylerde aktivite performansı, yaşam memnuniyeti ve ruhsal durum ilişkilerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2016,4:65-71.
106. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Public beliefs about the causes of mental disorders revisited. *Psychiatry Res*, 2006,144:233-6.
107. Lobban F, Barrowclough C, Jones, S. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2004,34:1165–1176.
108. Broadbent E, Kydd R, Sanders D, Vanderpyl, J. Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: the role of illness perceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2008,42:147–153.
109. Koç E. *Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri: Global ve Yerel Yaklaşım*. 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2007:158
110. Altmann TK. Attitude: a concept analysis. *Nurs Forum*, 2008,43:144-50.
111. McIntosh AM, Conlon L, Lawrie SM, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006,3:CD003442.

112. Zhoua Y, Rosenheckb R, Mohamedb S, Ninga Y, Hea H. Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. *Psychiatry Res*, 2017,250:129–13.
113. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 2012,63:892–909.
114. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res*,2010,176:109–113.
115. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011,2:105-110.
116. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunlar. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,2003,16:211–8.
117. Aydın E, Aydın E, Balaban ÖD, Yumrukçal H, Erkıran M. İlaç tutumu ölçeği-10'un türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2018,55: 238-242.
118. Uslu E, Buldukoğlu K. Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*,2018,7:61-72.
119. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*, 2006,60:631-637.
120. Oflaz S, Yüksel Ş, Şen F, Özdemiroğlu F, Kurt R, Oflaz H, Kaşıkcioğlu E. Does illness perception predict posttraumatic stress disorder in patients with myocardial infarction?. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2014, 51(2), 103.

121. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*, 1983,13:177-183.
122. Subramaniam M, Abidin E, Jeyagurunathan A, Chang S, Samari E, Shafie S, Wei KC, Verma S, Chong SA. Exploration of illness perception among patients with mental illness in a multi-ethnic Asian sample. *Psychiatry Res*, 2018,267:516-527.
123. Hussain S, Imran N, Hotiana UA, Mazhar N, Asif A. Illness perceptions in patients of schizophrenia: a preliminary investigation from Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci*, 2017,33:829-834.
124. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Qual Life Res*, 2015, 24: 1845–1856.
125. Aflakseir A. Role of illness and medication perceptions on adherence to medication in a group of Iranian patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes*, 2012, 4: 243–247.
126. Kim S, Kim E, Ryu E. Illness perceptions, self-care management, and clinical outcomes according to age-group in korean hemodialysis patients. *Int J Environ Res Public Health*, 2019,16:4459.
127. Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH, Azmawati MN. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. *Malays Fam Physician*, 2013,8:19-25.
128. Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health Qual Life Outcomes*, 2018,16:238.

129. Sanders D, Kydd R, Morunga E, Broadbent E. Differences in patients 'perceptions of Schizophrenia between Maori and New Zealand Europeans. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011,45:483-488.
130. Gómez-de-Regil L. Insight and illness perception in Mexican patients with psychosis. *Schizophr Res Cogn*, 2015,2:33-38.
131. Harvey PD, Reichenberg A, Bowie CR. Cognition and aging in psychopathology: focus on schizophrenia and depression. *Ann. Rev. Clin. Psychiatr*, 2006,2:389–409.
132. Lobban F, Barrowclough C. Common sense representations of schizophrenia in patients and their relatives. *Clin Psychol Psychother*, 2005,12:134–141.
133. Zubin J, Spring B. Vulnerability a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 1977, 86:103-26.
134. Gümüştas S. Mesane, Prostat, Testis Kanserli Erkek Hastalarda Hastalık Algısı, Beden algısı, Benlik Saygısının Belirlenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.
135. Karagülle Ç. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Bolu Abant Baysal Üniversitesi, 2019.
136. Aydın HA. Kanser Hastalarında Hastalık Algısı, Kişilik Özellikleri ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, 2019.
137. Widschwendter CG, Kemmler G, Rettenbacher MA, Yalcin-Siedentopf N, Hofer A. Subjective well-being, drug attitude, and changes in symptomatology in chronic

- schizophrenia patients starting treatment with new-generation antipsychotic medication. *BMC Psychiatry*, 2018,18:212.
138. Roopun, KR, Tomita A, Paruk S. Attitude and preferences towards oral and long-acting injectable antipsychotics in patients with psychosis in KwaZulu-Natal, South Africa. *The South African journal of psychiatry: SAJP: the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 2020,26,1509.
 139. Kassew T, Demilew D, Birhanu A, Wonde M, Liyew B, Shumet S. Attitude towards antipsychotic medications in patients diagnosed with schizophrenia: a cross-sectional study at amanuel mental specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Schizophr Res Treatment*, 2019,22:5094017.
 140. Hogan TP, Awad AG, Eastwood RA. Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med*, 1983,13:177-83.
 141. Medina E, Salvà J, Ampudia R, Maurino J, Larumbe J. Short-term clinical stability and lack of insight are associated with a negative attitude towards antipsychotic treatment at discharge in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Patient Prefer Adherence*, 2012, 6:623-9.
 142. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2009, 35:336-46.
 143. Adewuya AO, Ola BA, Mosaku SK, Fatoye FO, Eegunranti AB. Attitude towards antipsychotics among out-patients with schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006,113:207–211.

144. Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B. Astım hastalarının sağlık inanç modeline dayalı algı ve tutumları ile tedavi başarısına yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012,11: 87-96.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta Almanca: - Rusça: -
İlgi Alanları ve Hobiler
Masa Tenisi Doğa ve kültürel geziler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

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

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek Lisans Tezi olarak Dr. Öğretim Üyesi Kübra GÖKALP danışmanlığında sunulan “Şizofreni Hastalarında Hastalık Algısı ve İlaç Tutumunun Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	5	15
Genel Bilgiler	16	30
Materyal ve Metod	20	35
Bulgular	6	10
Tartışma	0	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve bevan ederiz. 16/12/ 2020

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

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

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

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
TELEFON	+90 442 234 65 11
FAKS	+90 442 236 09 68
E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üy.Kübra GÖKALP
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarında Hastalık Algısı ve İlaç Tutumunun Belirlenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 07 Karar No: 37 Tarih: 26.06.2020
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

EK-4. KURUM İZİNLERİ



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GAZİANTEP
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
20/07/2020 15:02 - 87825162 - 774 99 - E.2352



Sayı : 87825162-774.99
Konu : Rabia ARPACI'nın Araştırma İzni Hk.

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : Rabia ARPACI'nın 20/07/2020 tarihli dilekçesi.

Bilimsel Araştırma İzni için başvuruda bulunan Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Rabia ARPACI, Müdürlüğümüze bağlı Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Gaziantep Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde "**Şizofreni Hastalarında Hastalık Algısı ve İlaç Tutumunun Belirlenmesi**" konulu veri toplamaya yönelik yapılacak yüksek lisans tezi anket çalışması için izin taleplerine ilişkin dosyası yazımız ekinde sunulmuştur. Başvuru dosyasının, Başkanlığınız tarafından incelenmesi ve Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Birimine görüş bildirilmesi hususunda ;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mehmet Emin BİNDAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
Rabia ARPACI'nın dilekçesi.

Kayaönü Mahallesi, 42035. Sk., 27500 Şehitkamil/Gaziantep

Telefon: Faks No:

e-Posta:halime.yakut@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ba217dd3-4625-46c1-908c-f0344d0157ca kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Halime YAKUT

MEMUR

Telefon No:(0 342) 220 96 14

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Tarih ve Sayı : 05.08.2020 / 54

Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu Toplantı Kararları

Başvuru Sahibi :

Rabia ARPACI

Çalışma Adları :

"Şizofreni Hastalarında Hastalık Algısı ve İlaç Tutumunun Belirlenmesi"

(Gaziantep Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Gaziantep Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde)

Komisyon Kararı :

Gerçekleşecek olan araştırmalarda çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, araştırmaya dahil olan kişilerin verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaması, yapılacak çalışmalarda tesislerin işleyişi ve güvenliğe zarar verilmemesi ve çalışan personellerin onayı çerçevesinde, çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından yürütülmesi kaydı ile devam etmekte olan veri toplamaya yönelik yapılacak yüksek lisans tezi anket çalışmasını belirtilen sağlık tesisinde yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK-5. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız nedir?

a) 18-30 b) 31-41 c) 42-65

2. Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite ve üstü

5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

6. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) İyi b) Orta c) Kötü

7. Birlikte yaşadığınız kişiler?

a) Anne-Baba b) Anne/Baba c) Eş-Çocuk d) Yalnız e) Diğer

8. Yaşadığınız yer?

a) Köy b) İlçe Merkezi d)Şehir Merkezi

9. Hastalık süreniz ne kadar?

a) 1-5 Yıl c) 6-10 Yıl d) 11 ve üstü

10. Hastaneye kaç defa yattınız?

a) 1-5 b) 6-10 c) 11 ve üstü

11. Alkol veya sigara kullanıyor musunuz?

a)Alkol/Sigara b) Hiçbiri

12. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

a) Var b) Yok

EK-6. KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ (KHAÖ)

KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç etkilemiyor										yaşamımı ciddi ölçüde etkiliyor	
Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
çok kısa süre										ömür boyu	
Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok										tamamen kontrolüm altında	
Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç yardımcı değil										oldukça yardımcı	
Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiçbir şikayetim olmuyor										çok ciddi şikayetlerim oluyor	
Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç endişeli değilim										çok endişeliyim	
Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladınız?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
hiç anlamadım										çok net anladım	
Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
duygusal										duygusal	

Lütfen hastalığınıza sebep olduğuna inandığınız en önemli üç faktörü (olayı) düzenli bir şekilde listeleyin. Benim için en önemli sebepler :

1.
2.
3.

EK-7. İLAÇ TUTUM ÖLÇEĞİ-10 (İTÖ)

Bu ölçeğin amacı insanların ilaçlar ile ilgili bazı tutumlarını ve deneyimlerini öğrenmektir. Cevaplarınız sadece araştırma için kullanılacak, kesinlikle gizli kalacak ve tedavinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecektir.

Soruları Yanıtlarken ;

1-Lütfen her cümleyi okuyunuz ve doğru ya da yanlış olduğuna karar veriniz. Size uygun gelen yanıtları doğru,uygun gelmeyen yanıtları yanlış olarak değerlendiriniz.

2-Eğer bir cümle sizin için tam uygunsa ya da daha çok uygunsa D işaretleyiniz.

3-Eğer bir cümle sizin için hiç uygun değilse veya daha çok uygun değilse Y işaretleyiniz.

4-Bir cevabı değiştirmek isterseniz ilk cevabınızın üzerine X koyunuz ve yeni yanıtı işaretleyiniz.

5-Bir cevap size tam olarak doğru veya yanlış gelmiyorsa, yanıtın sizin için daha çok doğru ya da daha çok yanlış olup olmadığına karar veriniz ve yanıtınızı işaretleyiniz

Burada doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Siz lütfen kendi cevabınızı işaretleyiniz bizim ne duymak isteyebileceğimizi düşünmeyiniz.

Çok fazla zaman harcamayınız.

Lütfen her soruyu yanıtlayınız

Cümlelerdeki “İlaçlar” kelimesi ruh sağlığı ilaçları anlamında kullanılmaktadır.

1-Bana göre ilaçlarla ilgili iyi şeyler, kötü şeylerden ağır basıyor.

D Y

2-İlaçlar ile kendimi uyuşturulmuş ve garip hissediyorum.

D Y

3-İlaçları kendi özgür irademle alıyorum.

D Y

4-İlaçlar beni daha rahat hissettirir .

D Y

5-İlaçlar beni yorgun ve bitkin hissettirir.

D Y

6-Sadece hasta hissettiğimde ilaç kullanırım.

D Y

7-İlaçlarla daha normal hissediyorum.

D Y

8-Vücudumun ve aklımın ilaçlar ile kontrol edilmesi bana doğal gelmiyor.

D Y

9-İlaçlarla düşüncelerim daha nettir.

D Y

10- İlaç almak bozulma (hastalık dönemi) yaşamamı engeller.

D Y

Lütfen ilaçlarla ilgili veya bu ölçek ile ilgi herhangi bir başka yorumuz varsa buraya yazınız.



EK-8. ÖLÇEK İZİNLERİ

Brief Illness Perception Scale  Gelen Kutusu x x 🖨️ 🔗

 **rabia arpaci** <1
Alıcı: e.broadbent ▾

Hello, I am Rabia ARPACI, I am master's degree student at the Atatürk University in Turkey, I want to use the Turkish version of the brief illness perception scale, If you don't mind, could i use brief illness perception in my thesis? Thanks so much...

 **Elizabeth Broadbent**
Alıcı: ben ▾

🌐 İngilizce ▾ > Türkçe ▾ [İletiyi çevir](#) [İngilizce için kapat x](#)

Dear Rabia

You may use it for your study

Kind regards

Liz

Elizabeth Broadbent
Professor of Health Psychology

 **cinan ayun** "ayun@kugirinsat.com"
Alıcı: ben ▾

1 May 2020 Cum 13:22 tarihinde rabia arpaci <

İyi günler merhabalar...

Türkçe geçerliliğini yaptığınız İlaç tutumu ölçeği-10'un bir bilimsel çalışmada kullanmak istiyoruz. Ölçeği kullanabilir miyiz? ve ölçeğin kendisini bizimle paylaşabilir misiniz?

Cevabınız için çok teşekkür ederiz iyi çalışmalar dileriz...

