



T. C.

**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ PSİKİYATRİK TEDAVİLERE OLAN
TUTUMLARI**

Ayşe Hümeysra ALICIKUŞU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Osman VIRİT

GAZİANTEP

2009

BEYAN

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

12.09.2009

Ayşe Hümeyra ALICIKUŞU

TEŞEKKÜR

Araştırmanın başlangıcından itibaren destek ve katkıları ile yardımcı olan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Osman Vırıt'a ve Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Anabilimdalı öğretim üyeleri Sayın Prof Dr. Haluk SAVAŞ ve Doç. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ'a teşekkür ederim.

Çalışmanın uygulanmasına imkan sağlayan ve destek olan Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ve Kahramanmaraş Yenişehir Devlet Hastanesi psikiyatri uzmanları Sayın Dr. İhsan Yabanoğlu, Dr. Enver Analan, Dr. Ali Bayır ve tez çalışmasının çeşitli aşamalarındaki değerli katkıları için Dr. Salih Selek'e teşekkür ederim.

Tez çalışmalarım sırasında her türlü konuda destekleri ile yanımda olan Prof. Dr. Mehmet Fatih Karaaslan'a, kıymetli eşim Mustafa Alıcıküşu'na ve bana her zaman ilgi ve destek gösteren aileme de sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET-ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	1
ABSTRACT-KEYWORDS.....	2
GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluk.....	6
2.2. Şizofrenik Bozukluklar.....	6
2.2.1. Tanım.....	6
2.2.2. Tarihçe.....	6
2.2.3. Epidemiyoloji.....	7
2.2.3.1. Şizofreni prevalansı.....	7
2.2.3.2. Şizofreni İnsidansı.....	7
2.2.3.3. Şizofrenide cinsiyet ve yaş.....	7
2.2.3.4. Şizofrenide sosyoekonomik durum ve kültürel etkenler.....	8
2.2.3.5. Şizofreni ve evlilik durumu.....	8
2.2.3.6. Şizofreni ve ailede şizofreni öyküsü.....	8
2.2.4. Etiyoloji.....	8
2.2.4.1. Kalıtsal Faktörler.....	8
2.2.4.2. Biyolojik Faktörler.....	9
2.2.4.3. Psikososyal Faktörler.....	10
2.2.5 Klinik Belirtiler ve Bulgular.....	11
2.2.5.1. Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi.....	11
2.2.5.2 Belirti ve Bulgular.....	11
2.2.6. Tanı ve Sınıflandırma.....	13
2.2.6.1 Şizofreni İçin DSM-4 Kriterleri.....	14
2.2.6.2 Şizofreni Tipleri.....	14
2.2.7. Gidiş ve Sonlanım.....	14
2.2.8. Tedavi.....	16
2.2.8.1. İlaç Tedavisi.....	16
2.2.8.2 Elektrokonvülsif Tedavi.....	16

2.2.8.3 Şizofrenide Psikoterapiler.....	16
2.3. Tutumlar.....	18
2.3.1. Tutum nedir?.....	18
2.3.2 Tutumun Öğeleri.....	19
2.3.3 Tutum Ve Davranış.....	20
2.3.4 Tutum Kuramları.....	20
2.3.4.1 Öğrenme Kuramları.....	20
2.3.4.2 Sosyal Yargı Kuramı.....	21
2.3.4.3 Tutarlılık Kuramları.....	21
2.3.4.4. İşlevsel Kuramlar.....	21
GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın yapıldığı yer.....	25
3.2. Araştırmanın evreni ve örnekleme.....	25
3.3. Araştırmanın sınırlılıkları.....	25
3.4. Veri toplama yöntemi.....	25
3.4.1 Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu Anketi.....	26
3.4.1.2.Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi.....	26
3.4.1.3. İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory- 10).....	26
3.4.1.4. Elektrokonvülsif Tedavi Değerlendirme Anketi.....	26
3.4.3 Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.4.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	27
BULGULAR.....	28
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	28
4.2 Tedavi Sürecine İlişkin Verilerin İncelenmesi.....	29
4.3 İlaç Tutum Envanteri Verilerinin Değerlendirilmesi.....	31
4.4. İlaça Yönelik Tutumların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	32
4.5. İlaça Yönelik Tutumların Tedaviye Sürecine İlişkin Verilerle Karşılaştırılması.....	33
4.6. Regresyon Analizi.....	34
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	35
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	35
5.2. Tedavi Sürecine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
5.3. İlaça Yönelik Tutumların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	37
5.4. İlaça Yönelik Tutumların Tedavi Sürecine İlişkin Verilerle Karşılaştırılması.....	38

5.5 Regresyon Analizi İncelemesi.....	39
5.4 Sonuç Ve Öneriler.....	40
KAYNAKLAR.....	42
EKLER.....	46

TABLO LİSTESİ

Tablo.1 Araştırma grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri.....	28
Tablo.2 Şizofreni hastalarının tedavi sürecine ilişkin bilgi ve düşünceleri.....	29
Tablo.3 Araştırma grubundaki şizofrenlerin ilaç tutum envanteri cevapları.....	31
Tablo.4 Araştırma grubundaki şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri ile ilaca karşı tutumları arasındaki ilişki.....	32
Tablo.5 İlaça yönelik tutumlar ile tedavi sürecindeki değişkenler arasındaki ilişki.....	32
Tablo.6 Doktor tavrı, muayene süresi ve hastalık ile tedaviye ilişkin bilgilendirme değişkenlerinin arasındaki neden-sonuç ilişkisi.....	34

ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ PSİKİYATRİK TEDAVİLERE OLAN TUTUMLARI

Ayşe Hümeýra Alıcıkúşu

Yükseklisans Tezi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Osman Vırit

Temmuz 2009, 53 Sayfa

Şizofreni hastalarının psikiyatrik tedavilere karşı tutumlarını incelemek, tedavi sürecine olumlu katkı sağlayabilecek değişkenlerin belirlenmesi açısından önemlidir. Çalışmamız Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ve Kahramanmaraş Yenışehir Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine başvurmuş, şizofreni tanısı almış, akut psikotik dönemde olmayan, ayaktan tedaviye devam eden, çalışmaya katılmaya gönüllü 76 şizofreni hastası ile yapılmıştır. Bu hastalara öncelikle sosyodemografik bilgi formu doldurulmuş, ardından ilaç tutum envanteri (DAI-10), tedavi sürecini değerlendirme ve elektokonvülsif tedavi değerlendirme anketi uygulanmıştır. Alınan sonuçlara göre şizofreni hastalarının %59.2'sinin ilaç tedavisine yönelik tutumu olumlu, %40.8'inin tutumu olumsuzdur. Sosyodemografik veriler ile ilaca yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Doktorun hastaya karşı ilgili tavrının olumlu tutum geliştirmede etkili olduğu saptanmıştır. Bunun yanısıra ilacı doktora danışmadan bırakmama ve ilaç takibi yapma gibi davranışlar ile ilaca yönelik tutumlar arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, doktorun hastaya yönelik tavrının, tedavi sürecinde ilaca yönelik tutumu belirleyen en önemli etkenler arasında olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Elektrokönvülsif Tedavi, İlaç Tedavisi, İlaç Tutum Envanteri, Tutumlar, Şizofreni

ABSTRACT

THE ATTITUDES OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS TOWARD PSYCHIATRIC TREATMENTS

Ayşe Hümeyra Alıcıkuşu

Masters of Science Thesis, Psychiatry Department

Supervisor: Assistant Prof. Dr. Osman Vırt

July 2009, 53 pages

Evaluation of schizophrenia patients toward psychiatric treatments is important for determining the variables that can positively contribute to the treatment process. Our study enrolled 76 volunteered schizophrenia patients applied to Kahramanmaraş State Hospital and Kahramanmaraş Yenişehir State Hospital, were diagnosed as schizophrenia and were on their outpatient treatment. Initially, sociodemographic information form was filled by patients, then drug attitude inventory, treatment process evaluation questionnaire and electroconvulsive treatment questionnaire were applied. According to the results, 59.2 % of the patients' attitude to drug treatment were positive, 40.8 % were negative. There was not any significant correlation between sociodemographic data and attitude towards drug treatment. Concerned behaviour of doctor was found to be effective for developing positive attitude. In addition, there was a significant correlation between attitude towards drug, drug follow-up, and no cessation of drug without doctors advice. In conclusion, doctor's behaviour to patient is believed to be one of the most important factors determining the attitude towards drug during treatment process.

Keywords: Attitude, Drug Attitude Inventory, Drug Treatment, Electroconvulsive Therapy, Schizophrenia.

GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, ruhsal rahatsızlıklar arasında, toplumda algılanışı ve önemi bakımından ön plana çıkan bir hastalıktır. Bireyin kendisini olduğu kadar ailesini ve sosyal çevresini de ciddi bir biçimde etkiler. Bildirilen iyileşme oranları %10 ile %60 arasındadır ve kabul edilebilir tahmin, şizofreni hastalarının %20 ile %30'unun normale benzer bir yaşam sürdürebildiğidir. Bu rakamlar doğrultusunda şizofrenik bozukluğun hasta ve ailesi için hayat boyu uğraşılması gereken bir rahatsızlık olduğu fark edilmektedir (1).

Şizofrenik bozukluğa sahip hastalar için tedavi yöntemleri çeşitlidir. İlaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi ve çeşitli psikososyal terapi yöntemleri tedavi yöntemleri arasında sayılabilir (1). Şizofreni hastalarının ilaç tedavisine ilişkin uyumunun bozuk olduğu ve bir çoğunun ya hiç ilaç kullanmadığı, ya da ilaç tedavisini yarıda kestiği bildirilmektedir (2,3,4). Bu durum bir çok şizofreni hastasının tedavi olamadan veya yeterli iyileşme sağlanmadan yaşamaya çalıştığı anlamına gelmektedir.

Bireylerin sahip olduğu tutumların büyük oranda davranışları belirlediği ve yönlendirdiği yapılan çeşitli çalışmalarla belirlenmiştir (5,6,7). Şizofreni hastalarının tedavilere karşı olan tutumlarını incelemek, tedaviyi devam ettirmek konusunda oldukça problem yaşayan şizofreni hastalarının tedaviye daha uyumlu olabilmelerini sağlamak açısından önemli veriler elde edilmesine yardımcı olabilir.

Şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumlarını inceleyen çalışmalar şöyle sıralanabilir:

Freudenreich ve ark. (2004) yaptıkları çalışmada şizofrenlerin psikiyatrik tedavilere tutumlarını ve bu tutumların klinik değerler ve içgörü ile ilişkisini incelemişlerdir (8).

Elde edilen bulgulara göre, hastalık semptomlarının farkında olmama, negatif semptomlar ve çalışıyor olma ilaç alımına karşı negatif bir tutum sergilenmesinde rol oynayan faktörler olarak bulunmuştur. Yanısıra, klasik/atipik ilaç kullanımının yada ekstrapramidal etkilerin uyumda belirleyici olmadığı ortaya konmuştur.

Day ve ark. (2005) şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastaları ile yaptıkları çalışmada, antipsikotiklere yönelik tutumların, içgörü, doktorla (psikiyatri uzmanı) kurulan ilişki ve hastaneye kabul deneyimi gibi değişkenler tarafından belirlendiğini bulmuşlardır (9).

Hofer ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada çalışıyor olma, pozitif semptomlar ve sedasyon ile olumsuz tutumların ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (10).

Adewuya ve ark. (2006) Nijerya'daki şizofrenler üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların antipsikotiklere karşı olumlu tutum içerisinde olduklarını bulmuşlardır. Semptom ve yan etkilerin bulunuyor oluşu, hastalığa karşı içgörü sahibi olunmaması ve çalışıyor olma olumsuz tutumla ilişkili olan etkenler olarak ortaya konmuştur (11).

Hofer ve ark. (2004) şizofreni hastalarının hayat kalitesini etkileyen değişkenleri inceledikleri çalışmada, antipsikotiklere karşı sahip olunan olumsuz tutumların hayat kalitesini de olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir (12).

Santone ve ark. (2008) şizofreni hastalarının ilaç tedavisine karşı tutumlarını inceledikleri çalışmada, klinisyen veya terapist ile pozitif iletişim içerisinde olmanın ve hasta yakınlarının ilaç tedavisine olumlu bakış açısına sahip olmasının olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (13). Yanısıra yeniden hastaneye yatma korkusunun, ilacın iyileşme sağlamasının ve hasta yakınlarının ilaç alımı konusundaki baskılarının olumlu tutumlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Olumsuz tutumlarla ilişkili olarak bulunan faktörler ise, hastalığı inkar etme, ilaçların faydasız olduğunu düşünme, yan etkilerin neden olduğu stres, ilaç alımında karşılaşılan maddi problemler, uyuşturucu veya alkol bağımlılığı, hasta yakınlarının olumsuz yaklaşımları ve doktorla kurulan olumsuz terapötik ilişki şeklinde ifade edilmiştir.

Davidhizar ve ark. (1986) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının çoğunlukla tedaviye karşı olumsuz tutum içerisinde olduğunu belirtmişlerdir (14). Olumsuz tutumların ilaç yan etkileri veya ilacın psikolojik etkileri ile ilgili olduğu ifade edilmiştir.

Dilbaz ve ark. (2006) şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu ve uyumu etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmada, uyumsuzluğun en önemli sebeplerinin hastalığın yadsınması ve ilacın oluşturan yan etkileri olduğunu belirtmişlerdir (15).

Bu çalışmada Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ve Kahramanmaraş Yenişehir Devlet Hastanesi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, şizofreni tanısı konmuş, akut psikotik dönemde olmayan, ayaktan tedaviye devam eden ve zeka geriliği bulunmayan hastaların, psikiyatrik tedavilere ilişkin tutumlarının incelenmesi ve çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda yer alan amaçlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Şizofreni hastalarının psikiyatrik tedavilere karşı tutumları ne yöndedir?
2. Şizofreni hastalarının tedavilere karşı tutumlarında psikiyatri uzmanlarının hastaya karşı tavırları rol oynamakta mıdır?
3. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri ile tedaviye tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Hastanede yatmış olan şizofreni hastalarının hastane ortamına ilişkin düşünceleri ile ilaca yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Verilen ilacı düzenli kullanma, ilacı almayı kesme, muayene ve kontrollere zamanında gelme, ilaç takibini yapma gibi tedaviye yönelik tutumlarla ilişkili olabileceğini öngördüğümüz durumların tedaviye yönelik tutumlarla arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Elektrokonvülsif tedavi görmüş hastaların ilaca yönelik tutumları ne yöndedir?
7. Psikoterapi gören hastaların ilaca yönelik tutumları ne yöndedir?

Yapılan literatür taraması sırasında ülkemizdeki şizofreni hastalarının tedavilere karşı tutumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, yerli ve yabancı kaynaklar arasında elektro konvülsif tedavi ve/ veya psikoterapiye karşı şizofreni hastalarının tutumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluk

Ruh sağlığını tanımlamak güçtür. Çünkü bilimsel açıdan normal ve normal dışı davranışların ayırımını yapmak için kullanılabilecek belli bir ölçüt yoktur. Literatürde, ruh sağlığı tanımının yapılmaya çalışıldığı bir çok görüş bulunmaktadır (16). Bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı “Bireyin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanabilir (17).

Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda, değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özellikleri taşır. Bu özellikleri taşıyan duygu, düşünce ve davranışların ruhsal bozukluk olup olmaması, bunların şiddeti, süresi, ortaya çıktığı çevre, toplum kültür ortamı, kişilik gelişmesi içindeki yeri, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekte bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmaması gibi bir çok değişkene göre değerlendirilir (17,18).

2.2. Şizofrenik Bozukluklar

2.2.1. Tanım

Şizofreni, genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikozdur (18,19).

2.2.2. Tarihçe

*Şizofreni uzun yıllardır bilinen, toplum içinde ve psikiyatri hastanelerinde çok sık karşılaşılan süregelen gidişli bir hastalıktır (19). Şizofreninin klinik öneminin büyüklüğü ile uyumlu olarak, bozukluk tarihi boyunca psikiyatri ve nörolojideki başlıca önemli kişilerin dikkatini çekmiştir. Emil Kraepelin ve Eugen Bleur bu kişilerden ikisidir. Daha önceleri Fransız bir psikiyatrist olan Benedict Morel (1809-1873) ergenlik döneminde başlayan yıkıma uğramış bu hastalar için *démence précoce* terimini kullanmıştır; Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) katatoninin belirtilerini tanımlamış; Ewald Hacker*

(1843-1909) hebefrenili hastaların bizar davranışları hakkında yazmıştır (1). Freud şizofreniyi insan ilişkilerindeki çatışma ve engellemelere karşı tepki sonucu “birincil özseverlik (narsizim) dönemine gerileme sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablo olarak ele almıştır (16,19).

Adolf Meyer ise Kraepelin ve Bleuler’in görüşlerini benimsememiş ve şizofreninin fizik ve psikik nedenlerden değil, kişinin geçmişte yaşadığı çeşitli toplumsal, psikolojik ve fiziksel etmenlerden etkilenen bir yaşamı sonucu olduğuna inanmıştır. 20. yüzyılın ortalarında Kurt Schneider’in (1887-1967) fenomenolojiye dayanan yaklaşımı popüler hale gelmiştir. Schneider, şizofreninin betimlenmesinde fenomenolojik kavramların kullanılmasını önermiştir. Şizofreni için tanısal olan “birincil (first rank) belirtileri” tanımlamış, bunların yanı sıra “ikincil belirtiler” den söz etmiştir (20).

2.2.3. Epidemiyoloji

Şizofreni her toplumda en sık görülen bozukluklardan biri olmakla birlikte, sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler çeşitli nedenlerle oldukça değişik bir görünüm sergilemektedir (18). Şizofreninin epidemiyolojisini alt başlıklar halinde özetleyecek olursak:

2.2.3.1. Şizofreni prevalansı (yaygınlığı): Şizofreni tanı ölçütleri zaman içinde değişmesine rağmen, şizofreninin dünya çapında belirgin farklılıklar göstermeksizin, yaşam boyu prevalansının %0,5 ile %1,5 (ortalama %1) civarında olduğu kabul edilmektedir (20).

2.2.3.2. Şizofreni İnsidansı: Şizofreni insidansı 100.000’de 10 ila 54 arasında değişen sayılarda verilmektedir (20).

2.2.3.3. Şizofrenide cinsiyet ve yaş: Şizofreni kadın ve erkeklerde eşit yaygınlıktadır. Bununla birlikte iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar. Şizofrenik erkeklerin yarısından fazlası, şizofrenik kadınların ise üçte-biri ilk kez 25 yaşından önce hastaneye başvurur. Başlangıç yaşı erkeklerde 20-25 yaşları arasında en yüksek tepe değerlerine ulaşırken, ikinci olarak da 30-35 yaşlarında daha düşük bir tepe değeri izlenmektedir. Kadınlarda

hastalık başlangıcı erkeklerinkinden ortalama 5 yıl daha geç olarak ortaya çıkmaktadır (1,20).

2.2.3.4. Şizofrenide sosyoekonomik durum ve kültürel etkenler: *Şizofreni prevalansı, sosyoekonomik durumu yüksek olanlarda %0,5, düşük olanlarda ise %2,5 olarak verilmektedir (20).*

2.2.3.5. Şizofreni ve evlilik durumu: *Şizofreni hastalarında hiç evlenmemiş olma durumunun sık olduğu izlenmekte, boşanmış ve ayrı yaşama oranının ise artmış olduğu bildirilmektedir. Evlenmemiş şizofreni hastalarının premorbid işlevinin daha bozuk olduğu, pskozun daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü gidiş gösterdiği izlenmektedir. Yapılan izlem çalışmalarında, bekar olmanın şizofreni geliştirme durumuyla; erkeklerde 12 ile 50 kat, kadınlarda ise 3 ile 15 kat daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (20).*

2.2.3.6. Şizofreni ve ailede şizofreni öyküsü: *Hasta bir akraba ile paylaşılan gen oranında, şizofreni riskinin de artış göstereceği beklenmektedir. Şizofreni riski; en fazla monozigot ikizlerde, daha sonra hem anne hem babası şizofreni hastası olan çocuklarda, bunu takiben dizigot ikizlerde ve birinci derece akrabalarında şizofreni olanlarda, daha az olarak ise ikinci derece akrabalarında şizofreni olanlarda göreceli olarak artmaktadır (20).*

2.2.4. Etiyoloji

Şizofreni tek bir hastalık olarak tartışılmış olsa da, tanı kategorisi olasılıkla heterojen etiyolojili, benzer davranış gösteren bozukluklar grubunu içerir. Şizofrenili hastalar farklı klinik görünüm, tedavi yanıtları ve hastalık gidişi gösterirler (1).

Bir çok otorite, tek bir teorinin bu bozukluğu tatmin edici bir şekilde açıklayamaması nedeniyle şizofreniye neden olan çoklu faktörü önerir. Oluş nedenlerine yönelik araştırma ve varsayımlar şu başlıklar altında incelenebilir (17,18,21).

2.2.4.1. Kalıtsal Faktörler

2.2.4.1.A. Aile Araştırmaları

Şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarında şizofreni görülme oranı 5-10 kat daha fazla yüksek bulunmuştur. Ancak şizofrenideki bu ailesel yatkınlığın ne oranda genetik, ne oranda çevresel etkenler tarafından belirlendiği açık değildir (18).

2.2.4.1.B. İkiz Araştırmaları

Eş hastalanma oranları, tek yumurta ikizlerinde %15'tir. Şizofrenide genetik riskler incelendiğinde; erkek ya da kız kardeşlerin etkisi %10, bir ebeveynin etkisi %15, her iki ebeveynin etkisi %35, ikinci derece akrabanın etkisi %2-3, hiç ilişki olmaksızın etki %1'dir (17,18).

2.2.4.1.C. Evlat Edinme Araştırmaları

Şizofreni tanısı almış kişilerin sağlıklı ailelerde yetişen çocuklarında şizofreni daha sık görülmektedir. Şizofreni tanısı alan evlatlıkların biyolojik akrabalarında şizofreni görülme oranı daha yüksektir (17,18)

2.2.4.1.D. Moleküler Genetik Araştırmaları

Moleküler genetik araştırmalarından elde edilen en ısrarlı bulgu, en az iki kuşak boyunca hastalığı gösteren ailelerde 5. kromozom üzerinde bir lokusun varlığıdır. 11,18,19 ve X kromozomlarının şizofreni ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar vardır (18,19).

2.2.4.2. Biyolojik Faktörler

2.2.4.2.A. Biyokimyasal Nedenler

Beyinde şizofreniye özgü biyokimyasal bir bozukluğun olup olmadığı üzerine sayısız araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalardan önemli bulgular elde edilmiştir (19).

2.2.4.2.B. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beynin Yapısal Özellikleri

Elde Edilen sonuçlar arasında en ısrarlı bulgu şizofrenik kişilerde yan ventriküllerin genişlemiş olmasıdır (18,19).

Beynin İşlevsel Özellikleri

Şizofrenide frontal bölge kan akımında ve glikoz metabolizmasında azalma söz konusudur (18).

Psikofizyoloji Çalışmaları

Psikofizyoloji çalışmaları, göz hareketlerindeki işlev bozukluğu ve EEG bulguları üzerinde odaklanmaktadır. Hareket halindeki bir sarkacı gözle izlemedeki bozukluklar şizofrenik hastalarda ilaç ve klinik durumdan bağımsız bir özellik olaak grülmüştür. Bu durumun hastaların birinci derece yakınlarında da görülmesi dikkat çekmiştir (19).

2.2.4.3. Psikososyal Faktörler

2.2.4.3.A. Psikodinamik Teoriler

Psikodinamik görüşe göre, şizofrenide ruhsal ya da biyolojik nedenlerle libido gelişmesi narsistik bir düzeyde saplanır kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, değişik stresler ile benlik bu ilkel düzeye geriler (regresyon) ve libido nesnelerden çekilerek benliğin kendisine yatırılır. (ikincil narsizim) Bu durum kişinin dış dünya ile ilişkilerini azaltır. Buna göre içe kapanım ve şizofreninin diğer belirtileri bir çeşit savunma ve uyum biçimidir (17,18,19).

2.2.4.3.B. Aile Varsayımları

Aile içi dinamiklere ve etkileşimlere ağırlık veren kuramcılar ampirik kanıtlara dayanan, bozukluğun ortaya çıkışında önemli görülen etkenleri kavramsallaştırmaya çalışmışlardır (17).

1920’li yıllarda Sullivan sosyal ve çevresel faktörlerin önemi ve aile içi iletişim üzerinde durmuştur. 1940’lı yıllarda Fromm-Reichman “şizofrenik anne (aşırı koruyucu- kollayıcı yada soğuk, mesafeli anksiyöz anne) kavramını geliştirmiştir.

1950’li yıllarda Lidz “marital schizm” (yarılma) kavramını biri aşırı baskın ve saldırgan, diğeri bağımlı ve edilgen ana babanın birbirlerinde bulamadıkları doyum ve desteği çocuklarda arama girişimleri olarak açıklanmıştır. Bateson ve ark. “Double Bind” (ikili çıkmaz kavramını yıllarca farklı ya da çelişik girdiler alan ve bir çıkmaz içerisinde giderek kendine özgü bir iletişim biçimi oluşturan çocuk olarak açıklamıştır. Brown ve ark. 1958’deki, hastanın aile ile birlikte geçirdiği sürenin uzunluğunun

yineleme riskini artırdığını gözlemlemişler, 1959'da ilk kez "Expressed Emotion" (duygu dışavurumu) kavramını ele almışlardır (17,22,23).

1960'lı yıllarda Wynne ve Singer, aile içinde yalancı sevgi ve birlikteliğin çok sık görüldüğünü vurgulamışlar, şizofrenlerin ailelerinde çarpık iletişimlerden söz etmişlerdir. Laing ve Esterson aile içinde bir üyenin "günah keçisi olduğunu, bozuk aile içi iletişim yükünü taşıyan bu üyenin sonradan şizofreni geliştirecek kişi olduğunu öne sürmüşlerdir (19).

2.2.5 Klinik Belirtiler ve Bulgular

2.2.5.1. Hastalık Öncesi Uyum ve Başlangıç Biçimi

Şizofreninin belirli bir başlangıç biçimi yoktur. Genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlar. Psikotik nöbet güç fark edilen, sinsî, ilerleyici bir dönemin ardından ya da ansızın ortaya çıkabilir. Her türlü ruhsal belirti şizofrenide görülebilir. Belirtiler zaman içerisinde değişebilir. Şizofrenik hastalar hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı yeğleyen, garip, ilgileri sınırlı ve güvensiz kişilerdir. Aşırı şekilde bedeniyle, organlarıyla uğraşma, sık öz doyurum yapma, metafizik, dinsel uğraşmalar, zamana aldırma, kendi düşleri ile aşırı yoğunlaşma, garip davranışlar, sıradışı konuşmalar, değişik algısal deneyimler, obsesif uğraşlar görülebilir. Bu kişiler stres karşısında kolayca incinirler. Aile, okul yada iş gibi önemli işlevsellik alanlarında uyumları azalmıştır. Şizoid, şizotipal, paranoid ve sınır kişilik yapısı gösterirler (17,18,19,24,25).

2.2.5.2 Belirti ve Bulgular

2.2.5.2.A. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranış

Şizofreni heterojen görünümlü bir bozukluk olduğundan tipik bir genel görünüm tanımlanamaz. Uzun süre hasta olanlarda bakımsızlık, dağınıklık ve temizliğe önem vermeme görülür. En sık görülen ve en önemli olan belirti ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdan geri çekilmedir. Ağır bir durgunluk ve ilgisizlikten, aşırı taşkınlığa kadar değişik görünümlerde olabilir. Garip yüz, göz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden hareketleri (stereotipi), hareket yankılanması (ekopraksi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni) görülebilir. Beklenmedik biçimde saldırgan ve ajite davranabilirler. Davranışları genellikle toplumsal normlara uymaz (18,19,26).

2.2.5.2.B. Konuşma ve İlişki Kurma

Şizofrenik bozukluğun türüne ağırlığına ve dönemine göre çok değişiklikler gösterir. Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, abuk sabukluk, kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi), konuşma yankılanması (ekolali) çocuksuluk, çok konuşma, hiç konuşmama (mutizm) gibi çok değişik belirtiler olabilir. Sorulara yandan ve uygunsuz yanıtlar verebilir. Ses tonu genellikle tekdüzedir ve duygulanımı belli etmez (18).

2.2.5.2.C. Duygulanım

Şizofrenide klasik olarak bir duygu azalmasından ve küntlüğünden söz edilir. Olaylara duygulanım tepkisi az ya da yoktur. Bir çok şizofrenikte öncelikle başlangıç dönemlerinde aşırı bunalı (anxiety) görülür. Kimi hastalarda paniğe benzer sıkıntılı bir durum vardır. Sonrasında zamanla, duygularda küntleşme, sıklık, yüzeyelleşme belirginleşir. Bunun yanı sıra kimi vakalarda da acayip, yersiz anlamsız gibi görünen gülmeler, ağlamalar, taşkınlıklar ve duygulanımda uygunsuzluk görülür (18).

2.2.5.2.D. Bilişsel (Cognitive) Yetiler

Bilinç, bellek, yönelim:

Bilinç açık, bellek ve yönelim genellikle yerindedir. Zeka genellikle gerileme göstermez. (18).

Algılama:

Şizofrenide önemli algı bozuklukları olur. Dikkat çabuk dağılır. Çevredekilere ilgi azalır ve bu nedenle algılama da azalmış gibidir. Bazen de algı artması ve keskin algılama olur. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varolanlar ve yanılsamalardır (18).

Gerçeği Değerlendirme Yetisi:

Bireyin kendi zihninde olup bitenlerle dış dünyada olup bitenleri ayırt edebilme yetisidir. Şizofreniklerde sıklıkla, zihindeki istekler, eğilimler, korkular somut bir nitelik ve gerçeklik kazanabilir (18).

Düşünce:

Düşüncenin biçimi ve akımında bozukluk

Düşünceyi oluşturan sözcükler, semboller arasındaki mantıksal zincir kopar ya da bozulur. Düşüncede zaman zaman durmalar (blok), bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kaymalar, sapmalar; düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi ile oluşan düşünce basıncı ve sıkışması, düşüncenin dağılması, parçalanması olur. Hasta düşüncede anlamdan çok sözcüklerin akımına, ahengine, kafiyesine kendisini kaptırır (clang çağrışım) Bazen birkaç sözcükten parçalar ya da birkaç kavram bir araya getirilerek (yoğunlaştırma-consensation) yeni sözcükler, kavramlar türetilir (sözcük uydurma-neolojizm) Yavaş yavaş düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır. Düşünce yer, zaman, nedensellik kavramlarını tanımayabilir; birbirine karşıt duygu ve düşünceler yan yana bulunabilir. Düşünce büyüsel, animistik nitelik kazanır. Kalıplaşmış stereotipik sözler, anlatımlar sık görülür (18).

Düşünce içeriği

Hastada hipokondriyak, mistik, metafizik uğraşlar, çeşitli saplantılar (obsesyonlar), çocukluk çağına ilişkin garip anılar sık görüldüğü gibi, en önemli düşünce bozuklukları sanrılardır (delusion). Şizofrenide sanrılar genellikle düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayıptır (18).

2.2.5.2.E. Somatik Belirtiler

Şizofreniye özgü somatik bir belirti yoktur. Hastalığın başlangıç döneminde polimorf ağrı, halsizlik ve hazımsızlık gibi yakınmalar, akut alevlenme dönemlerinde uyku bozuklukları, iştahsızlık, terleme, taşikardi, kan basıncı yükselmesi gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bazı hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir (17,27).

2.2.5.2.F. Negatif ve Pozitif Belirtiler

Pozitif belirtiler her türlü düşünce bozukluğu, sanrılar, varsanılar, katatonik hebefrenik dezorganizasyon belirtileri ve konuşma bozukluklarıdır. Negatif belirtiler ise sosyal çekilme, ilgi azalması, vurdumduymazlık, duygusal tepkilerde azalma yada küntlük, düşünce ve konuşma fakirliği, enerji ve isteğin azalması, psikomotor yavaşlama, normal olarak beklenen davranışların körelmesi gibi belirtilerdir (18).

2.2.6. Tanı ve Sınıflandırma

Şizofrenik bozukluklar M.Ö. 1400'lerden bu yana tanınmasına karşın, tablonun standart bir şekilde tanımlanması ve sınıflandırılması konusundaki güçlükler henüz çözümlenmemiştir ve bu alandaki çalışmalar halen sürmektedir. Günümüzde kullanılan çeşitli alt tiplendirme sistemleri arasında; DSM-4 (APA 1994), Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslar Arası Sınıflandırması (IDC-10) (DSÖ, 1992) ve negatif/pozitif (N/P) tanı sistemi (Andreasen ve Olsen 1982) güncelliğini koruyan sistemlerdir (17,26).

2.2.6.1 Şizofreni İçin DSM-4 Kriterleri

A.Karakteristik Semptomlar : Aşağıdakilerden en az ikisi bir aylık sürenin önemli bir bölümünde bulunmalı.

-Sanrılar

-Varsanılar

-Dezorganize Konuşma

-İleri Derecede dezorganize yada katatonik davranışlar

-Negatif semptomlar

B- Toplumsal / Mesleki İşlev Bozukluğu: Çalışma, kişilerarası ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında bir yada birden fazlasında bozulma veya düzeyine göre gerileme.

C- Süre: Bozukluğun sürekli bulguları en az 6 ay süreyle devam eder.

D- Şizoaffektif bozukluğun ve duygu-durum bozukluğun dışlanması

E- Madde kullanımının/ genel tıbbi durumun dışlanması

F- Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi: Otistik bozukluk yada yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa en az 1 ay süreyle belirgin sanrı yada varsanılar varsa da şizofreni ek tanısı konabilir (17,26).

2.2.6.2 Şizofreni Tipleri

DSM-4 tanı sistemi şizofreniyi 5 alt tipe ayırmaktadır:

1.Paranoid Tip

2.Katatonik Tip

3.Dezorganize Tip

4.Ayrışmamış Tip

5.Rezidüel Tip (1,18,19)

2.2.7. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni çeşitli biçimlerde gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süregelen ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Hasta gruplarının uzun süreli izlenmesiyle hastaların %60'ının belirgin düzeyde yada tam olarak iyileştiği, geriye kalan bölümünün ise anlamlı bir düzelme göstermediği bildirilmektedir (17,19,21,26).

İyi Sonlanım Belirtileri;

- Geç başlangıç
- Açık tetikleyici etkenlerin varlığı
- Hastalık öncesi uyumun iyi olması
- Evli olma
- Ailede duygu durum bozukluk öyküsü
- Sosyal destek sistemlerinin iyi oluşu
- Pozitif belirtiler
- Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu: iş veya hobiler
- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması
- Dengeli yaşam koşulları
- Güvenli ve yapılandırılmış bir çevre
- Fiziksel iyilik hali
- Gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma (16,17).

Kötü Sonlanım Belirtileri;

- Erken başlangıç
- Tetikleyici etkenlerin yokluğu
- Hastalık öncesi uyumun kötü oluşu
- Sinsi başlangıç
- Bekar veya dul olma
- Ailede şizofreni öyküsü
- Destek sistemlerinin iyi olmaması
- Negatif belirtiler
- Nörolojik belirti ve bulgular
- Perinatal travma öyküsü
- 3 yıl içinde düzelme olmaması
- Nüksler, özellikle pozitif semptomların yeniden ortaya çıkışıyla giden sık nüksler

- *Saldırganlık öyküsü*
- *Madde kötüye kullanımı*
- *Aşırı stres (18,19,21,26).*

2.2.8. Tedavi

Nedenleri, yapısı, tanı ölçütleri, sınıflandırılması tam olarak aydınlatılamamış olan bu hastalığın sağaltımı üzerinde görüşler oldukça değişiktir ve çoğu kez bu değişiklikler hekimin ya da sağlık kurumunun genel yönelimine bağlıdır (18).

Şizofreninin gidiş ve prognozu ile ilgili araştırmalarda, ilaç tedavisi ile psikososyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı gruplarda alınan sonuçlar, herhangi birinin tek başına uygulandığı gruplara göre daha iyidir (17).

2.2.8.1. İlaç Tedavisi

Temel ilaçlar dopamin reseptör antogonisti olan klasik antipsikotiklerdir (haloperidol, klorpromazin). Akut alevli dönemlerin tedavisinde kullanılan nöroleptikler en etkin ve ilk başvurulacak tedavi yöntemidir.İlaçlara yanıt ve duyarlılık bireyden bireye büyük farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle her hasta için ayrı farmakolojik tedavi planı oluşturulmalı ve ilk aşamada hangi ilacın hangi dozda kullanılacağına karar verilmelidir (17,18,19,21).

2.2.8.2 Elektrokonvülsif Tedavi

Sık kullanılan bir yöntem değildir. İlaçlara dirençli, ağır eksitasyon gösteren yada katatonik hastalarda semptomatik yatıştırma için uygulanmaktadır (19).

2.2.8.3 Şizofrenide Psikoterapiler

Şizofrenili hastalar, ilaç tedavileri ile birlikte uygulanan psikoterapötik yaklaşımlar, psikososyal bakım ve rehabilitasyon ile sağlıklarına kavuşabilirler. Sadece ilaç tedavisi uygulanan hastalar arasında yüksek oranda uyumsuzluk yada nüks izlemesi, dikkatleri tedavi sonucunu etkileyen psikolojik ya da psikososyal yaklaşımlara çekmiştir (20).

2.2.8.3.A Bireysel Psikoterapiler

Şizofrenide içgörü yönelimli ve destekleyici psikoterapi olmak üzere, iki temel bireysel terapötik yaklaşım uygulanması mevcuttur (20).

- **İçgörü Yönelimli Psikoterapiler**

İçgörü yönelimli psikoterapide amaç, hastanın tekrarlayan uygunsuz kişiler arası ilişkilerinin yeniden biçimlendirilmesi ve belirtilerin azaltılmasıdır. Tedavide hastanın bir yandan yaşam öyküsü ve geçmiş ilişkileri anlaşılmasına çalışılır, bir yandan da bugünkü ilişkileri gözden geçirilir. Daha sonra geçmiş yaşantılar ile hastanın şimdiki maladaptif (uygunsuz) davranışları arasındaki ilişkiler anlaşılmasına ve hastaya gösterilmeye çalışılır. Günümüzde içgörü yönelimli stratejiler, hastanın şizofreni tipi ve hastalık fazına bağlı olarak esnek biçimde uygulanmaktadır (20).

- **Destekleyici Psikoterapiler**

Destekleyici psikoterapide doktorun hastasını ve onun şikayetlerini anlamaya çalışması ve hastanın gerçekte uyum sağlamasına yardım etmesi temeline dayanır (20).

Sorun çözücü destekleyici terapilerin, özellikle sosyal megaliyet terapileriyle birlikte uygulandıklarında, ayaktan izlenen hastalardaki olası nöksleri önleyebildiği bildirilmektedir (20).

2.2.8.3.B. Şizofrenide Grup Psikoterapileri

Şizofrenide grup psikoterapisinden faydalanılmasının geçmiş 25-30 yıl öncesine dayanır. Moreno' nun isim babası olduğu grup psikoterapilerinin, şizofreni tedavisine etkili bir katkı yaptığı bilinen bir gerçektir. İlaçlarla beraber grup terapisine alınan hastalar, sadece ilaç alanlardan daha yüksek düzeyde iyileşme göstermektedirler. Diğer yandan hastaneden taburcu olduktan sonra bu tedaviye devam eden hastaların, yeniden hastalanıp, hastaneye yeniden yatma oranlarının da daha düşük olduğu bildirilmektedir (20).

2.2.8.3.C. Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımları

Psikozu olan bir hasta, her konuda, sürekli olarak mantıksız olmayıp, psikozdan bağımsız olan ve tarpide kullanılabilecek bir alanı vardır. Ayrıca bu hastalar genel inancın aksine psikolojik girişimlere de açıktır. Hastalık belirtileri de çevresel etkenler tarafından tetiklenebilir ve artabilir. Buradan yola çıkarak hezeyanlar, halüsinasyonlar ve garip düşünce içeriği anlamlandırılabilir ve bu belirtiler anlamlı bir bağlama oturtulabilir (20).

Bilişsel davranışçı tedavinin odak noktası, hastanın psikozu belirli bir ortamda gelişmiş bir birey olarak ele alınmasıdır. Tedavinin amacı ise, hastanın hastalıkla ilgili olarak yaşadığı sıkıntıları azaltmak ve hastadaki yeti yitimini minimuma indirmektir. Tedavi sürecinde güvene dayalı, işbirliğinin olduğu bir ilişki temeldir. Diğer psikiyatrik hastalara oranla; ilişki, güven ve işbirliğinin kurulması daha fazla zaman ve çaba gerektirir (20).

2.2.8.3.D. Şizofrenide Aile Terapisi

Aile tedavileri idame ilaç tedavisine eklendiğinde nöksler arasındaki sağlıklı sürenin uzadığı ve hastalara yeniden sosyal ilişkiler kurma, var olan becerilerini geliştirme ve yenilerini oluşturma fırsatı verdiği gözlemlenmiştir. Aile terapisinde odak noktası eğitim ve geleceğe ilişkin umut ve gerçekçi beklentilerin desteklenmesidir (20).

2.2.8.3.E. Psikososyal Beceri Eğitim

Sosyal beceri eğitimi yapılandırılmış bir eğitim işlemidir. Model alma, rol oynama ve sosyal pekiştirmenin kullanılması gibi tekniklerin kullanımı söz konusudur.

Şizofreni, tedavisinde sadece bilişsel bozuklukların ele alınması tedavinin eksik kalmasına, elde edilen ilerlemelerin uzun süreli olmamasına yol açmaktadır. Tedavinin niteliğinin artırılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için hastalıkla ve yaşamsal zorluklarla baş etme yöntemlerini öğrenip, bunları birer beceri haline getirip günlük pratiğe geçirebilmek, hastalar için bir çok sorunun çözümü anlamını taşımaktadır (20).

2.3. Tutumlar

2.3.1. Tutum nedir?

Tutumlar uzun yıllardır sosyal psikolojinin ana konularından birini oluşturmuştur. Bunun nedeni hem sosyal algıyı hem de davranışları etkilemeleridir (5,6,7).

Tutum üzerine günümüze kadar bir kaç değişik tanım yapılmışsa da günümüzde yaygın kabul gören tanımı şu şekildedir: Belirli herhangi bir nesne, fikir yada kişiye karşı bir tutum, bilişsel ve duygusal öğeleri bulunan ve davranışsal bir eğilim içeren oldukça kalıcı bir sistemdir. Farklı bir şekilde ifade edilecek olursa, “Tutum, bir bireye atfedilen ve onun psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimdir” (5,6).

Tutum tanımlarda belirtildiği gibi,gözlenebilen ortaya konan bir davranış değil davranışa hazırlayıcı bir eğilimdir (6). Örneğin bir şizofreni hastasının tedaviye yönelik olumsuz tutumunu, ilaç kullanmayı reddetme ve muayene olmayı istememe gibi davranışlarına bakarak yordayabiliriz. Tedaviye yönelik olumsuz tutum gözle görülmez fakat gözle görülebilecek davranışlara yol açtığından, bu davranışların gözlemlenmesi sonucu, tutumun var olduğu öne sürülebilir (6).

Tanımda geçen bir diğer önemli kavram “psikolojik obje” dir. Bu terim, birey için anlam taşıyan, bireyin farkında olduğu herhangi birşey demektir (6). Örneğin, aile üyelerinden biri şizofren olan bir kişi için eczanedeki antipsikotik ilaçların farklı bir anlamı vardır, bu ilaçların kullanımı, etkileri, ilaçla ilgili olumlu ve olumsuz yaşantılar bir arada değerlendirilir, yani şizofren hasta yakını için antipsikotikler “psikolojik bir objedir”. Böyle bir yaşantısı olmayan birisi içinse antipsikotik ilaçlar, hiç bir anlam barındırmayan “fiziksel bir obje” niteliğinde olacaktır.

Tanımda ayrıca düşünce, duygu ve davranışların düzenliliği söz konusu olmaktadır. Bir tutumun meydana getirdiği sadece bir davranış eğilimi ya da sadece bir duygu değil, düşünce-duygu-davranış eğilimi bütünleşmesidir. Bu üçlü aynı zamanda literatürde tutumun öğeleri olarak incelenmiştir (5,6,7).

2.3.2 Tutumun Öğeleri

Düşünce, duygu ve davranış tutumun 3 temel öğesi olarak kabul görür (5,6,7).

Örneklerle betimleyecek olursak:

Düşünce ile ilgili olarak: Bir şizofren, hasta olmadığını, ilaçların faydasız ve gereksiz olduğunu düşünebilir. *Bunlar genel tutumuna ilişkin bilişler yada düşüncelerdir. Bunlar ve buna benzer tüm bilgi ve görüşler söz konusu tutumun bilişsel öğesini oluşturur (6).*

Duygu ile ilgili olarak: Şizofren hastamız, doktora götürülmek istendiğinde sinirlenebilir, ilaç verildiğinde rahatsız olabilir veya elektrokonvülsif tedavi önerildiğinde korkabilir. *Bu olumsuz duygular tutumun duygusal öğesini oluşturur (6).*

Davranış ile ilgili olarak: Şizofreni hastası, kendine ilaç vermeye çalışanlarla kavga etmeye yönelebilir, doktora gitmemek için evden kaçabilir. *Bunlar tutumun davranışsal*

ögesini oluşturur. Bu tür davranış eğilimleri arttıkça, tutumun gerçekten davranışa yol açması olasılığı artar (6).

Bu örneklerde ortaya çıkan durumu şöyle açıklayabiliriz: bir tutum bireyin düşünce, duygu ve davranış eğilimlerini birbirleriyle uyumlu kılar. Bilişsel, duygusal ve davranışsal ögeler, yerleşmiş ve güçlü tutumlarda tam olarak bulunur. Bazı daha zayıf tutumlarda ise davranışsal öge çok zayıf olabilir (6).

Birbirinden farklı ögelere sahip olduğuna göre, tam gelişmiş bir tutum yalın değil karmaşıktır. Ögeler bir tutumu kendi içinde tutarlılığı olan bir sistem haline sokar. Başka bir deyişle, tutum, bireyi davranışa hazırlayan karmaşık bir eğilimdir. (6). Fakat bir tutumun bir bütün olarak yapısı karmaşık olmakla beraber, önemli bir parçası, duygulardan oluşan parçası genellikle çok yalındır (5).

2.3.3 Tutum Ve Davranış

Tutumların tek başına davranışı meydana getirip getirmediği çeşitli araştırmalara konu olmuştur. Bu araştırmaların bazılarında ortaya çıkan tutum-davranış tutarsızlığı, ya da davranışın tutum tarafından belirlenemeyişi, tutumların ortamsal etkenlerle etkileşim halinde davranışı meydana getirdiklerini düşündürmüştür (6).

Örneğin ilaç kullanma konusunda olumsuz tutuma sahip bir şizofren, ailesinin bilinçli olması ve psikiyatri uzmanı ile birlikte kendisine psikolojik destek sağlaması sayesinde ilaç kullanmaya başlayabilir. Bu örnekteki ortamsal etken “aile faktörüdür”.

2.3.4 Tutum Kuramları

Tutum oluşumuna ve değişimine değinen çeşitli araştırmalar dört farklı kuramsal yaklaşım kullanmışlardır. Bunlar “öğrenme” kuramları, “sosyal yargı”, “tutarlılık” ya da “denge” içeren bilişsel kuramlar ve işlevsel kuramlardır (5,6,7).

2.3.4.1 Öğrenme Kuramları

Öğrenme kuramları genellikle akademik deneysel psikoloji içinde gelişmiş, tutum değişimi konusundan uzak kalmıştır. Bununla beraber 1940’lardan itibaren iletişim ve propaganda olayı labaratuvar deneyi yöntemiyle incelenmeye başlanmış, bu araştırmalarda ilk defa öğrenme kuramları genel bir şekilde tutum değişimine

uygulanmıştır. Bu ele alışlarda belirli bir öğrenme kuramını ispatlama ya da çürütme gibi çabalar yoktur. Bunun yerine genellikle davranışçılık ekolü etkisinde uyaran-tepki süreci, tutum değişimini incelemek için elverişli bir çerçeve olarak ele alınmış ve öğrenme kavramları kullanılmıştır. Şöyle ki, iletişim kaynağının (propogandacının) özellikleri, ortamın özellikleri ve iletişim hedefinin (dinleyicinin) özellikleri bağımsız değişkenler olarak, hedefteki tutum değişimi de bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Bu durumda, örneğin iletişim kaynağının özellikleri “uyaran”, iletişimin hedefi etkileme derecesi (kişide yarattığı tutum değişimi) ise “tepki”dir. Böylece tutum değişimi bir öğrenme süreci olarak ele alınmıştır (6).

2.3.4.2 Sosyal Yargı Kuramı

Bir şeyi sevmek, sevmemek, ondan hoşlanmak, hoşlanmamak o şey hakkında bir yargıya sahip olmayı gerektirir. Bu bağlamda akademik psikolojinin ilk çalışmalarından olan psikofizik deneylerde kullanılan yargı kavramının tutumlara da uygulanabileceği düşünülmüştür (6). Kontrast (zıtlastırma) olgusu ve benzetme mekanizması kavramları sosyal yargı çerçevesinde de ele alınan kavramlardır. Şöyle ki, yargı kuramına göre kuvvetle bağnılan bir tutumun kendinden farklı görüşleri red alanı kabul alanından daha geniştir. Yani kontrast mekanizmasını kullanarak o görüşleri kendi görüşünden daha da farklı görüp reddetme olasılığı daha fazladır. Buna karşılık, fazla kuvvetle bağlanılmamış tutumların farklı görüşleri kabul alanı red alanından daha geniştir; yani benzetme mekanizmasını kullanarak o görüşleri kendi görüşüne gerçekte olduklarından daha fazla benzer görüp kabul etme olasılığı daha fazladır.

2.3.4.3 Tutarlılık Kuramları

Davranışlarla tutumlar arasında genellikle tutarlılık söz konusudur. Bu gözleme dayanarak uzun yıllar birçok kuramcı ve araştırmacı, insan davranışının temelinde tutarlı olma gereksinimi ya güdüsünün bulunduğunu varsaymışlardır. Sosyal psikoloji içinde tutarlılık kuramının ele alınması ise ilk olarak Heider’in “denge” kuramını geliştirmesi ile başlamıştır.

2.3.4.3.A. Heider’in Denge Kuramı

Denge kuramı tutumları yalın bir bilişsel sistem ile açıklar. Böyle bir sistem iki tutum nesnesi, bunlar arasındaki ilişki ve bireyin bütün bunlara ilişkin değerlendirmelerinden

oluşur. Kuramın ana fikri, dengesiz olan bir sistemin dengelilik yönünde değişeceği biçimindedir (5).

Örneğin A kişisi kardeşini sevmekte ve şizofreni rahatsızlığına ilişkin korku ve çekince içeren olumsuz duygular barındırmaktadır. A kişinin kardeşine şizofrenik bozukluk tanısı konulması ile birlikte bu üç öge (A kişisi, kardeşi ve şizofreni) arasında dengesizlik meydana gelir. Bu durumda A kişisi ya şizofreniye ilişkin olumsuz düşüncelerini (tutumunu) gözden geçirerek bir değişikliğe gidecek veya kardeşinden uzaklaşarak denge kurmaya çabalayacaktır.

Denge kuramı tutumların oluşumunda ve değişiminde bilişsel bir tutarlılık içerisinde olma çabasının önemini vurgular (5).

2.3.4.3.B. Rosenberg ve Abelson'un Bilişsel Dengeleme Kuramı

Rosenberg ve Abelson (1960), Heider'in (1946,1958) denge kuramını biraz daha geliştirerek uygulamışlardır. *Heider için tutumlar arasında dengesizlik söz konusu olduğu zaman, tutum değişimi dengesizlikten kurtulup dengeyi sağlamak için esas çıkar yoldur. Rosenber ve Abelson ise tutum değişimini denge sağlamak için yeterli bulmakla beraber, dengeyi sağlamak için tutum değişiminden başka yolları da etraflıca incelemişlerdir (6).*

Örneğin kardeşine şizofrenik bozukluk tanısı konulan A kişisi, bu durumda kardeşinin gerçekten hastalandığına inanmayabilir, ya da bu olayı düşünmemeye çalışır, aklına getirmez ya da reddeder. Bu davranışlarla A kişisi kardeşi ve şizofreni arasındaki olumlu ilişkiyi nötr ilişki haline getirir, böylece de kendi zihninde tekrar bir denge sağlamış olur.

Bilişsel dengeleme kuramında dengeyi sağlamak için başka bir çözüm daha vardır. Bu çözüm ögeyi ayrıştırmaktır. Örneğin A kişisi şizofreni ögesini kendi içinde ayrıştırarak çevresine zarar verenler şizofrenler- vermeyen şizofrenler şeklinde ayrıştırarak tekrar tanımlayabilir. Bu durumda tek bir öge olan şizofreni, iki ayrı öge haline gelir. A kişisi bu ögelerden olumlu olanına bağlanırsa denge yeniden sağlanmış olur. Şöyle ki, A kişinin kardeşi şizofrendir, ama çevresine zarar vermeyen şizofrenlerdendir (6).

Dengeyi sağlamak için bilişsel dengeleme kuramında öne sürülen bir diğer çözüm yolu da, öğelerden birini güçlendirmektir. Örneğin şizofreni hastası olan B kişisi, ilaç kullanmayı sevmemektedir, fakat ilaç kullanarak iyileşebileceğinin de bilincindedir. Bu dengesizliği öğelerden birini güçlendirerek dengelemeye çalışır. İlacın yan etkilerinin çok olduğunu, kendisini daha hasta hissettirdiğini ya da ilaç kullanmasına rağmen iyileşemeyen şizofrenlerin bulunduğunu düşünür. Böylece dengesiz durum B kişisi için eski önemini yitirir (6).

2.3.4.3.C. Festinger'in Bilişsel Çelişki Kuramı

Festinger'e göre eğer kişinin sahip olduğu inanç, bilgi ya da tutum yine o kişinin sahip olduğu bir başka inanç, bilgi ya da tutumun tersini gerektirirse, bu iki inanç, bilgi yada tutum arasında bilişsel çelişki vardır (5,6).

Kurama göre bu tür bilişsel çelişkiler kişiye sıkıntı veren durumlar olduğundan, kişide bu çelişkiden kurtulmak için bir "güdülenme" meydana gelecektir. Başka bir deyişle, çelişki durumunun varlığı, kişinin bundan kurtulmaya çaba sarfetmesi için yeterli bir güdüdür (6).

Tutumlar yada bilgiler arasında çelişki söz konusu olduğu zaman bilişsel çelişki kuramı denge kuramı ile oldukça benzerlik gösterir. Fakat bilişsel çelişki kuramının denge kuramlarından farklı olarak öne çıkan tarafı, davranış ve tutum arasındaki tutarsızlıklarla ilgilidir:

Karar verme Sonucu Meydana Gelen Bilişsel Çelişki: *Bu tür bilişsel çelişkilerde, kişi geriye dönemeyeceği bir karar verdikten ya da davranışta bulunduktan sonra, ortaya çıkan uyumsuzluğu –kararını ya da davranışını değiştiremeyeceği için- tutumunu kararı (davranışı) doğrultusunda değiştirerek, azaltır (6).*

Davranışa Gerekçe Bulma İhtiyacı: *Bir kişinin gerçek tutumuna ters düşen bir şeyi söylemesi ya da yapması sağlandığında, kişi bu davranışını, baskı, zorlama, durumun gerekleri, yeterli bir ödül gibi makul bir nesnel gerekçeyle kendi kendine açıklayamazsa, gerçek tutumunu davranışı doğrultusunda değiştirme eğilimi gösterecek, yani yapmış olduğu davranışına bir iç öznel gerekçe yaratacak, "aslında öyle düşündüğüm için öyle yaptım" diyecektir (6).*

2.3.4.4. İşlevsel Kuramlar

Tutum gelişimine ve değişimine yönelik önemli kuramlardan birisi de işlevsel kuramlardır. Bu ele alışa göre, kişi bir tutumu belirli bir gerekçe ile geliştirir, yani tutum onun bir gereksinmesini karşılar. Dolayısıyla bu gereksinme ortadan kalkarsa, tutuma da gerek kalmaz ya da yeni bir gereksinme söz konusu olursa, tutumda da aynı doğrultuda bir değişme görülür (6).

Tutum değişimine işlevsel yaklaşımda kişilik gereksinmelerine ve temel güdülenmeye eğilinerek, tutumlar daha geniş bir çerçeve içerisine yerleştirilir. İşlevsel kuramlar bundan nce ele alınan tutarlılık kuramlar gibi belirli bir davranışın kesin ön tahminini yapmaya yönelmiş değildir. İşlevsel kuramlar daha ziyade, tutumların gelişmesinin ve değişmesinin karmaşık nedenlerine ışık tutan kavramsal çerçevelerdir (6).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma, TC. Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ve Kahramanmaraş Yenişehir Devlet Hastanesi Psikiyatri Poliklinikleri'nde 1 Haziran 2009 ile 31 Temmuz 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Kahramanmaraş Devlet ve Yenişehir Devlet Hastaneleri psikiyatri polikliniğine başvuran, şizofreni tanısı almış, ayaktan tedaviye devam eden, akut psikoz dönemde olmayan ve zihinsel engeli bulunmayan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmaya bu birimlerde ayaktan tedaviye devam eden ve araştırmacı tarafından belirlenen kriterleri karşılayan, anket çalışmasına katılmaya gönüllü hastalar alınmıştır. Toplamda 75 hasta ile çalışma planlanmış olup, 79 şizofreni hastası ile anket uygulaması için görüşülmüştür. Hastalardan 2 tanesi ankete katılmayı reddetmiş, 1 tanesi ise yarıda bırakmıştır.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma planlanırken şizofreni hastalarının psikiyatrik tedavilere karşı tutumlarını değerlendirmek amacı ile ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi ve psikoterapi alan hastalarla çalışılması hedeflenmiştir. Fakat ulaşılan 76 hasta içerisinde yalnızca 13 kişi elektrokonvülsif tedavi gördüğünü belirtmiş, psikoterapi aldığını belirten hasta ise hiç olmamıştır. Bu doğrultuda, istatistiksel olarak yapılacak değerlendirmelerde elektrokonvülsif tedavi ve psikoterapiye ilişkin veriler anlamlı bir sonuç alınabilecek rakamlara ulaşmadığı için, hastaların yalnızca ilaç tedavisine yönelik tutumları incelenebilmiştir (28). Araştırmanın başka sınırlılığı bulunmamaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

3.4.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama amacı ile Sosyodemografik Bilgi Formu Anketi, Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi, EKT Tutum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri olmak üzere 4 ayrı form uygulanmıştır.

3.4.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu Anketi

Araştırmada kullanılan sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlandı ve uygulandı. Bilgi formunda hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, ikamet ettiği yer, mesleği, aylık gelir düzeyi ve sosyal güvenlik kuruluşu soruları yer almaktadır (EK-1).

3.4.1.2. Tedavi Sürecini Değerlendirme Anketi

Tedavi sürecini değerlendirme anketi, katılımcıların hastalıklarına ve tedavi süreçlerine ilişkin verileri elde edebilmek amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve 15 sorudan oluşmaktadır. Anket içerisinde hastalık başlangıç yaşı, hastane yatış süresi, alınan tedaviler gibi hastalığa dair soruların yanı sıra, ilacı düzenli kullanma, ilaç takibi yapma, kontrollere zamanında gelme, doktora danışmadan ilaç kullanmayı kesme gibi tutumlarla ilişkili olabileceği öngörülen ve hastanın sorumluluğunda olan konulara ilişkin sorular yöneltildi. Ayrıca hastaların doktor tavrı, muayene süresinin yeterliliği, hastalığa ilişkin bilgilendirme yeterliliği ve hastane yatışı ile ilgili olarak, hastane personelinin tavrı ve hastane ortamının fiziksel özelliklerine ilişkin soruları yanıtlamaları istendi (EK-2).

3.4.1.3. İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory- 10)

İlaç tutum envanteri 10 sorudan oluşmaktadır ve ilaca yönelik tutumları belirlemek amacıyla araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir ölçek türüdür (8,9,10,11,12,29). Hogan ve ark. tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan DAI-30 (İlaç Tutum Envanteri- 30 soru)'un kısa versiyonudur. (30,31)

Ölçekte 10 madde bulunmaktadır. İlaç tedavisine uyumlu bir hastanın 6 maddeyi “doğru” 4 maddeyi ise “yanlış” olarak işaretlemesi beklenmektedir. Uyumu ifade eden her cevap +1 olarak değerlendirilirken, uyumsuzluğu ifade eden cevaplar ise -1 olarak puan alır. Sonuçlar -10 ile +10 arasında değişen puanlarla ifade edilir (30) (EK-3).

3.4.1.4. Elektrokonvülsif Tedavi Değerlendirme Anketi

Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yrd. Doç Dr. Osman Vırt tarafından hazırlanmış olan elektrokonvülsif tedavi değerlendirme anketi 30 sorudan oluşmaktadır ve hastaların elektrokonvülsif tedavi hakkındaki düşünceleri, duyguları, deneyimleri, yan etkilere ve tedavi öncesi bilgi düzeylerine ilişkin soruları içermektedir (EK-4).

3.4.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada veri toplama araçlarının uygulanması araştırmacı tarafından etik kurul onayı alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ve Yenişehir Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan psikiyatri uzmanları ile görüşülerek yapılacak çalışma hakkında bilgi verildikten ve gerekli izinler alındıktan sonra şizofreni tanısı almış ve doktor kontrolüne gelmiş hastalar belirlenmiştir. Hastalara öncelikle çalışma hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onayları alınmış, sonrasında sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur. Ardından tedavi sürecini değerlendirme anketi ve ilaç tutum envanteri uygulanmış, eğer hasta elektrokonvülsif tedavi almış ise, ek olarak elektrokonvülsif tedavi değerlendirme anketi soruları yöneltilmiştir.

3.4.3 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi araştırmanın amaçları doğrultusunda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 13.0 (2004) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde sosyodemografik veriler ile ilaç tutumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla spearman rho testi, tedavi sürecine ilişkin verilerin ilaç tedavisine karşı tutumlara göre karşılaştırılması içinse bağımsız t testi ve regresyon analizi yöntemi uygulanmıştır (28,32,33)

BULGULAR

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo.1: Araştırma grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama	Range
Yaş			38.07	16-67
Cinsiyet				
Kadın	27	35.5		
Erkek	49	64.5		
Medeni Durum				
Evli	28	36.8		
Bekar	29	38.2		
Boşanmış-Dul	19	25.0		
Eğitim Durumu				
Okur yazar değil	9	11.8		
Okur yazar	15	19.7		
İlköğretim	32	42.1		
Ortaöğretim	17	22.4		
Üniversite	3	3.9		
Yaşanan Yer				
Köy-Kasaba	9	11.8		
İlçe	7	9.2		
Şehir Merkezi	60	78.9		
Meslek				
Çalışmıyor	40	52.6		
Devlet Memuru	3	3.9		
Emekli	6	7.9		
Esnaf-Tüccar	8	10.5		
İşçi	6	7.9		
Ev Hanımı	13	17.1		
Aylık Gelir				
350 tl ve daha az	25	32.9		
351-700 tl	33	43.4		
701-1000 tl	13	17.1		
1001-1500 tl	1	1.3		
1500 ve üzeri	4	5.3		
Sosyal Güvenlik Kurumu				
Emekli Sandığı	13	17.1		
SSK	17	22.4		
Yeşil Kart	46	60.5		
Toplam	76	100.0		

Hastaların tanıtıcı özelliklere göre dağılımı tablo 1 de görülmektedir. Toplam hasta sayısı 76'dır. Hastaların yaş ortalaması 38.07 olup, 16-67 yaş arasındadırlar. Hastaların %64.5 ile yarısından fazlası erkektir. Medeni durumlarına göre dağılımları, %36.8 evli, geri kalanı boşanmış, dul ya da bekardır. Hastaların %11.8'i okuma yazma bilmemekte, %19.7'si herhangi bir eğitim öğretim kurumundan mezun olmamakla beraber okuma yazma bilmekte, %42.1'i ilköğretim (ilkokul-ortaokul), %22.4'ü ortaöğretim (lise), %3.9'u ise üniversite mezunudur. %78.9 oranı ile hastaların büyük kısmı şehir merkezinde yaşadığını belirtmektedir. Hastaların % 52.6 oranı ile yarısı herhangi bir işte çalışmamaktadır ve aylık gelir dağılımı incelendiğinde, %43.4'ünün 350-700 t l arasında, %32.9'unun 350 t l ve, %17.1'inin 701-1000 t l , %1.3'ünün 1001-1500 t l arasında ve %5.3'ünün 1500 t l üzerinde aylık gelir sahibi olduğunu belirttikleri görülmektedir. Hastaların %60.5 ile çoğu yeşilkart sahibidir.

4.2 Tedavi Sürecine İlişkin Verilerin İncelenmesi

Hastaların tedavi süreçlerine ilişkin elde edilen veriler tablo-2 de görülmektedir.

Tablo.2: Şizofreni hastalarının tedavi sürecine ilişkin bilgi ve düşünceleri

Tedavi Sürecine İlişkin Veriler	Sayı	Yüzde
Hastalık Başlangıç Yaşı		
15-25 yaş arası	42	55.3
26-40 yaş arası	27	35.5
41-54 yaş arası	6	7.9
55 ve üstü	1	1.3
Hastanede Yatış Süresi		
Yatış olmayan	7	9.2
1 aydan az	32	42.1
1 ay- 6 ay	24	31.6
6 ay- 1 yıl	11	14.5
1 yıldan fazla	2	2.6
Tedavi		
Sadece İlaç	63	82.9
İlaç ve EKT	13	17.1
Doktorun Tavrına İlişkin Değerlendirme		
İlgili	49	64.5
İlgisiz	27	35.5

Tablo.2: Şizofreni hastalarının tedavi sürecine ilişkin bilgi ve düşünceleri (devam)

Tedavi Sürecine İlişkin Veriler	Sayı	Yüzde
Muayene süresinin yeterliliğine ilişkin değerlendirme		
Yeterli	40	52.6
Yetersiz	36	47.4
Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilendirilmeye ilişkin değerlendirme		
Yeterli	47	61.8
Yetersiz	29	38.2
Kontrollere düzenli gelmeye ilişkin yanıtlar		
Gelirim	46	60.5
Gelemem	30	39.5
Düzenli ilaç kullanmaya ilişkin yanıtlar		
Kullanırım	46	60.5
Kullanmam	30	39.5
Doktora danışmadan ilaç kullanmayı bırakmaya ilişkin yanıtlar		
Hayır, bırakmadım	27	35.5
Evet, bıraktım	49	64.5
İlaç alımının takibini kimin yaptığına ilişkin yanıtlar		
Ben takip ederim	32	42.1
Bir yakınım takip eder	44	57.9
Hastane personelinin tavrını değerlendirme		
İlgili	55	72.4
İlgisiz	21	27.6
Hastane odalarının temizliğini değerlendirme		
Temiz	42	55.3
Temiz Değil	28	36.8
Hastane yemeklerini değerlendirme		
İyi	45	59.2
İyi değil	25	32.9
Hastane tuvalet ve banyolarının Temizliğini değerlendirme		
Temiz	28	55.3
Temiz değil	42	36.8

Buna göre, hastaların %55.3'üne 15-25 yaşları arasında, %35.5'ine 26-40 yaşları arasında, %7.9'una 41-54 yaşları arasında ve %1.3'üne 55 yaş üstünde iken şizofreni tanısı konmuştur. Hastanede yatış sürelerine göre dağılım incelendiğinde 7 hastanın hastane yatışı olmadığını belirttiği görülmektedir. %42.1 oranında hasta 1 aydan az, %31.6 oranında hasta 1-6 ay, %14.5 oranında hasta 6ay-1 yıl ve %2.6 oranında hasta ise

1 yıldan uzun süre hastanede yatmış olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların %82.9'u sadece ilaç tedavisi aldığını belirtirken, %17.1'i ilaç tedavisi ve elektrokonvülsif tedaviyi beraber aldığını ifade etmiştir.

Hastaların %64.5'i doktorların kendilerine karşı tavrını ilgili bulduğunu belirtirken, %35.5', ilgisiz bulduğunu belirtmiştir. Muayene süresine ilişkin veriler incelendiğinde hastaların %52.6'sının muayene süresini yeterli bulduğu, %47.4'ünün ise muayene süresini yetersiz bulduğu görülmektedir. Hastaların %61.8'i tedavi ve hastalık hakkında doktor tarafından yapılan bilgilendirmenin yeterli olduğunu düşünürken, %38.2'si bu bilgilendirmenin yetersiz olduğu kanısındadır. Doktor kontrolüne zamanında gelip gelmemeye ilişkin soruda hastaların %60.5'i zamanında geldiğini belirtirken, %39.5'i ise kontrollere zamanında ve düzenli gelemediğini ifade etmiştir. Yine hastaların %60.5'i ilaçlarını düzenli kullandığını ve % 39.5'i düzenli ilaç kullanımının olmadığını söylemektedir. Hastaların %35.5'i doktora danışmadan ilaç kullanmayı bırakmadığını, %64.5'i ise en az bir kere doktora danışmadan ilaç alımını kestiğini belirtmektedir. Son olarak, ilaç alımında takibi kimin yaptığına ilişkin soruya verilen yanıtlarda hastaların %42.1'inin kendisinin takip ettiği, %57.9'unun ise bir yakınının ilaç alımı takibini yaptığı görülmektedir.

4.3 İlaç Tutum Envanteri Verilerinin Değerlendirilmesi

Tablo.3: Araştırma grubundaki şizofrenlerin ilaç tutum envanteri cevapları

İlaça Yönelik Tutum	Sayı	Yüzde
Olumsuz	31	40.8
Olumlu	45	59.2

İlaç Tutum Envanteri (DAI-10) sonuçları tablo-3'te yer almaktadır. 76 şizofreni hastasından 31'inin yani %40.8'inin ilaç tedavisine karşı olumsuz tutum içerisinde olduğu, 45'inin yani %59.2'sinin ise ilaç tedavisine yönelik tutumunun olumlu olduğu görülmektedir.

4.4. İlaça Yönelik Tutumların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 4: Araştırma grubundaki şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri ile ilaca karşı tutumları arasındaki ilişki.

Sosyodemografik Özellikler	r	p
Cinsiyet	-0.169	0.146
Yaş	0.081	0.486
Medeni Durum	0.018	0.947
Yaşanan Yer	-0.213	0.065
Eğitim Durumu	-0.213	0.065
Meslek	-0.042	0.716
Aylık Gelir	0.012	0.920
Sosyal Güvenlik Kurumu	0.040	0.733

** : $p < 0.01$

* : $p < 0.05$

Tablo 4'te hastaların sosyodemografik verileri ile ilaca yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı spearman's rho testi ile incelenmiştir. Veriler doğrultusunda, şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumları ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

4.5. İlaça Yönelik Tutumların Tedaviye Sürecine İlişkin Verilere Göre Karşılaştırılması

Tablo.5: İlaça yönelik tutumlar ile tedavi sürecindeki değişkenler arasındaki ilişki

Değişkenler	t	p
Hastalık Başlangıç Yaşı	-1.385	0.170
Hastanede Yatış Süresi	-1.593	0.115
Alınan Tedaviler	-0.800	0.426
Doktor Tavrını Değerlendirme	-4.296	0.000**
Muayene Süresi Yeterliliği	-2.558	0.013*
Hastalık ve Tedavi Hakkında Bilgilendirme Yeterliliği	-2.032	0.046*
Kontrollere Düzenli Gelip Gelmeme	-0.835	0.407
İlacı Düzenli Kullanıp Kullanmama	-1.317	0.192
Doktora Danışmadan İlaç Kesmeme	-5.023	0.000**
İlaç Takibinin Yapılması	-4.847	0.000**
Hastane Personelinin Tavrını Değerlendirme	-0.741	0.461
Hastane Odalarının Temizliğini Değerlendirme	2.271	0.056
Hastane Yemeklerini Değerlendirme	1.707	0.092
Hastane Lavabo ve Banyolarının Temizliğini Değerlendirme	1.310	0.195

** : $p < 0.01$

* : $p < 0.05$

Tablo 5’te bağımsız t testi ile, hastalık başlangıç yaşı, hastane yatış süresi, tedavi türü, doktorun tavrını değerlendirme, muayene süresini değerlendirme, hastalığa ilişkin bilgilendirmeyi değerlendirme, kontrollere geliş, ilaç alımı, ilaç takibi ve hastane ortamını değerlendirmeye ilişkin verilerin, olumlu tutum sahibi hastalar ile olumsuz tutum sahibi hastalar arasında anlamlı bir farka sahip olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Bu verilere göre şizofreni hastalarının;

- Hastalık başlangıç yaşı,
- Hastanede yatış süresi,
- Tedavi türü,
- Kontrollere düzenli gelme
- İlacı düzenli kullanma
- Hastane personelinin tavrı,
- Hastane odalarının temizliği,
- Hastane lavabo ve banyolarının temizliği ve
- Hastane yemeklerinin değerlendirilmesi değişkenleri ile ilaca yönelik tutumu olumlu ya da olumsuz olan şizofreni hastaları arasında, anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Bununla beraber, doktor tavrı, ilaç takibi yapma ve doktora danışmadan ilacı kesmeme maddeleri 0.000 düzeyinde anlamlıdır. Yanısıra muayene süresini değerlendirme maddesinin 0.013, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilendirilmeme maddesinin ise 0.046 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir.

4.6. Regresyon Analizi

Tablo 6’ da şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumları ile doktorun tavrına, muayene süresine, hastalıkla ilgili bilgilendirilmeye, ilaç takibini hastanın yapması ve doktora danışmadan ilacı kesmemeye ilişkin veriler arasındaki neden- sonuç ilişkisi regresyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo.6: Regresyon analizi tablosu

Değişkenler	Varyans	p
Doktor Tavrı	0.200	0.000**
Muayene Süresi	0.081	0.013*
Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Bilgilendirme	0.053	0.046*

** : $p < 0.01$

* : $p < 0.05$

Tablo 6'daki varyans sütunundaki veriler doğrultusunda, araştırmamıza katılan şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumlarını doktor tavrının %20 etkilediği söylenebilir. Muayene süresinin yeterliliğinin %8.1, hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilendirilmenin ise %5.3 oranında tutumlar üzerinde etkisi görölmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiştir. Bu sosyodemografik özellikler hastaların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumu, eğitim durumu, en uzun yaşanan yer, meslekleri, aylık gelirleri ve bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşuna ilişkin verileri kapsamaktadır.

Tablo 1’de görüldüğü gibi bu çalışmadaki şizofreni hastalarının yaş ortalaması 38.07, yaş aralığı ise 16-67’ dir. Cinsiyet dağılımında hastaların %35.5’ inin kadın, %64.5’ inin erkek olduğu görülmektedir. Hastaların %36.8 ’i evli olduğunu belirtmiştir, bunun dışında kalan hastalar ya hiç evlenmemiş yada boşanmış ve dul kalmışlardır. Bu doğrultuda şizofrenlerin medeni durumlarına ilişkin genel bilgilerle, araştırma grubunun rakamları paralellik göstermektedir. Araştırma grubunun %42.1 ile büyük çoğunluğu ilköğretim mezunudur, yani en fazla 8 sene okula gitmişlerdir. Tablo 2’de hastaların %55.3’ü 15-25 yaşları arasında şizofreni tanısı aldıklarını belirtmişlerdir. Hastalığın erken yaşta başlaması nedeniyle şizofreni hastalarının eğitimlerinin yarıda kesildiği çıkarımını yapmak mümkündür.

Hastaların %78.9 ile büyük oranda kent merkezinde yaşadığı görülmektedir. Araştırmanın şehir merkezinde yapılması buna neden gösterilebilir, fakat anket uygulaması yapılan hastanelerin devlet hastanesi poliklinikleri oluşu bu varsayımın etkisini azaltabilir. Petersen ve Mortensen (2001) *kırsal kesimde doğan, büyüyen ya da çocukluk döneminin çoğunu kırsal kesimde geçiren kişilerdeki şizofreni riskinin, şehirde doğup büyüyenlerden daha fazla* olduğunu ileri sürmektedirler (20). Araştırmada elde edilen verilerden bu görüşün tersinde sonuçlar alınmıştır. Fakat hastaların kırsaldan şehire göç etmiş olma olasılıkları da bulunmaktadır, bu da Sadock ve Sadock’un (2005) bahsettiği göç faktörü etkisini hatırlatmaktadır (1).

Hastaların %52.6 ile yarısı herhangi bir mesleğinin olmadığını ve çalışmadığını belirtmiştir. Objektif deneyimlerden yola çıkarak “ev hanımı” kategorisinin de çalışmayan grubuna eklenebileceğini söylemek mümkündür. Ayrıca “emekli” kategorisinde yer alan hastaların yaş nedeniyle değil, hastalıkları nedeniyle erken

emekliye ayrıldıkları da düşünülmektedir. Bu bağlamda bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunun düzenli sürdürdüğü bir çalışma hayatının ve mesleğinin olmadığını söylemek mümkündür. Literatürde yer alan bilgilerle bu veriler paralellik göstermektedir (1,19,20).

Hastaların toplamda %76,3' ünün aylık gelir olarak 700 TL' nin altında aldıklarını belirttikleri görülmektedir. Ülkemiz standartları açısından bakıldığında bu rakamlar altında geçimin oldukça zor olduğu söylenebilir. *Düşük sosyoekonomik durum ya da sosyal ortamlarda yaşayanlarda şizofreni riskinin daha fazla olduğu uzun yıllardır beri ileri sürülmekte olup, daha sonraki çalışmalarda da bunu destekleyen veriler elde edilmiştir. Fakat bunu doğrulayan kesin bulgular yoktur ve daha sık kabul edilen görüş, şizofreni hastalığının bizzat kendisinin kişinin yaşamında mesleki ya da sosyoekonomik sıkıntılara yol açabileceğidir* (20).

Araştırma grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun yeşil kart sahibi oluşu maddi gelirleri ile doğru orantılıdır.

5.2. Tedavi Sürecine İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırma grubundaki şizofreni hastalarının tedavi süreçlerine ilişkin veriler değerlendirilecektir.

Tablo 2'de araştırma grubundaki hastaların %55.3 ile yarısından çoğunun 15-25 yaşları arasını başlangıç yaşı olarak belirttikleri görülmektedir. Araştırma grubunun en az yarısının erken başlangıçlı şizofreni grubuna girdiğini söylemek mümkündür (1,18,19,20). Hastaların yalnızca %9.2'sinin hastane yatışı olmamıştır, geride kalan gruplar en az bir kere hastanede yatmıştır. Hastane yatış oranının yüksek olmasına rağmen tedavi türü olarak hastaların %82.9 ile çoğunluğu, sadece ilaç tedavisi aldıklarını belirtmişlerdir. Doktor tavrını değerlendirme maddesi ile hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme maddesi birlikte ele alındığında, hastaların çoğunluğunun doktorun tavrını "ilgili" bulduğu ve hastalıkları ile tedavilerine ilişkin bilgilendirmeyi "yeterli" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bu iki madde psikiyatri uzmanlarının sorumlulukları arasında yer almaktadır. Her ikisinde de olumlu yanıtların daha fazla olması sevindiricidir, fakat küçümsenemeyecek miktarda (%35.5 ve %38.2) hastanın da

doktor tavrını “ilgisiz”, hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilendirmeyi de “yetersiz” bulduğu dikkat çekmektedir.

Psikiyatri uzmanının sorumluluğunda olan maddelerdeki olumlu tablo, muayene süresinin yeterliliğine ilişkin soruda aynı şekilde karşımıza çıkmamaktadır. Muayene süresini “yeterli” bulan hasta sayısı yine daha fazladır, fakat “yetersiz” bulanlarla arasındaki fark yalnızca %5’tir. Hastaların yarısına yakını muayene süresini “yetersiz” bulmaktadır. Araştırmanın devlet hastanelerinde yapıldığı dikkate alınırsa, buralardaki psikiyatri polikliniklerindeki yoğunluk nedeniyle bir çok hastaya yeterince süre ayrılamayışı neden olarak gösterilebilir.

Hastanın sorumluluğu altında yer alan sorulara ilişkin cevaplar incelendiğinde, hastaların %60.5’inin kontrol ve muayeneye zamanında geldiğini, %60.5’inin ilacı düzenli olarak aldığını, %57.9’unun ilaç takibini bir yakınının yaptığını ve %64.5’inin doktora danışmadan ilaç kullanmayı kestiğini ifade ettiği görülmektedir. Şizofren hastalar için ilaç uyumsuzluğuna ilişkin literatürde yer alan bilgilerin aksine hastaların ilacı düzenli kullanıp kontollere zamanında geldiklerini belirtmeleri dikkat çekicidir (2,3,4,34).

İlaç takibini bir çok hastanın yakınının yapması beklenen bir veridir, fakat kendisinin takip ettiğini belirten hasta oranı da (%42.1) küçümsenemeyecek kadar yüksektir.

Hastane ortamına ilişkin veriler incelendiğinde “tuvalet ve banyo temizliğinin yeterliliği” sorusu hariç diğerlerinde olumlu yanıtların daha fazla olduğu farkedilmektedir.

5.3. İlaça Yönelik Tutumların Sosyodemografik Özelliklere Göre

Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırma grubundaki şizofreni hastalarının ilaç tutum envanteri sonuçları ile sosyodemografik veriler karşılaştırılarak incelenecektir.

Tablo 3’te yer alan sonuçlar incelendiğinde hastaların %59.2 oranı ile olumlu tutuma sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4'te spearman's rho testi kullanılarak gerçekleştirilen analiz sonucunda elde edilen sosyodemografik verilerle ilaca yönelik tutumlar arasındaki korelasyon katsayıları 2. sütunda yer almaktadır. Bu veriler doğrultusunda cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşanan yer, eğitim durumu, meslek, aylık gelir ve bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu gibi sosyodemografik değişkenlerle şizofreni hastalarının ilaç tedavisine yönelik tutumları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bir başka deyişle, hastaların ilaca yönelik tutumlarını sosyodemografik özellikleri anlamlı düzeyde etkilememektedir.

5.4. İlaça Yönelik Tutumların Tedavi Sürecine İlişkin Verilere Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumları ile tedavi sürecine ilişkin değişkenler arasındaki verilerin karşılaştırılması incelenecektir.

Tablo 5'te bağımsız t testi uygulaması ile elde edilen sonuçlar 2. sütunda yer almaktadır. İlaç tedavisine karşı olumlu tutum sahibi şizofrenler ile olumsuz tutum sahibi şizofrenlerin arasında anlamlı bir fark olduğu görülen maddeler, “doktor tavrı”, “ilaç takibinin yapılması”, “doktora haber vermeden ilaç alımının kesilmesi” “muayene süresinin yeterliliği” ve “hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilendirilme yeterliliği” maddeleridir.

Bu verilerden şu sonuçlara varmak mümkündür:

1. Psikiyatri uzmanlarının tavrını “ilgili” bulduğunu belirten hastaların ilaca yönelik tutumları da olumlu yöndedir.
2. İlaça yönelik tutumları “olumlu” olan şizofreni hastaları ilaç takibini kendileri yapmaktadırlar.
3. Olumsuz tutuma sahip şizofreni hastalarında ilaç alımını kesme davranışı daha sık görülmektedir.
4. İlaç tedavisine karşı olumlu tutuma sahip şizofreni hastaları arasında “hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilendirmeyi yeterli bulma” oranı daha yüksektir.

5. İlaç tedavisine karşı olumlu tutum sahibi şizofrenler arasında muayene süresini “yeterli” bulanlar daha çoktur. Bu noktada, doktorun tavrını ilgili ve hastalığa ilişkin bilgilendirmeyi yeterli bulan hastaların, muayene sürecinin verimli geçmesi nedeniyle süreyi de “yeterli” buldukları söylenebilir. Ya da hastasına karşı daha ilgili olan ve yeterli bilgileri verebilen psikiyatri uzmanları, muayene sürelerini de nispeten uzun tutarak hasta memnuniyeti sağlıyor olabilirler.

6. Hastaların ilaç tedavisine karşı tutumları ile kontrollere zamanında gelme ve ilacı düzenli alma değişkenleri arasında anlamlı bir fark olmayışı dikkat çekicidir. Bir başka deyişle ilaca yönelik olumlu tutum sahibi hastalar, olumsuz tutum sahibi hastalardan daha düzenli ilaç kullanmıyor ve kontrollere daha zamanında gelmiyorlar. Bu noktada “hasta yakınları” faktörünün etkili olduğu söylenebilir. Hastalarla yapılan anket çalışmaları esnasında yanlarında muhakkak bir yakınlarının olduğu gözlemlenmiştir. Şizofreni hastaları büyük çoğunlukla doktor kontrolüne bir yakınları ile beraber gelmektedirler ve bunun yanı sıra, yakınları ilacın düzenli alımını da kontrol etmektedirler.

Bu noktada, ilaca yönelik tutumların belirlenmesinde doktor tavrının, muayene süresinin ve hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilendirmenin “etken”, ilaç takibini hastanın kendisi yapmasının ve ilacı doktora danışmadan kesmemesinin ise “sonuç” olduğu söylenilebilir. Doktor tavrı, muayene süresi ve bilgilendirme hastanın kendisinin kontrol edemeyeceği değişkenlerdir. Fakat ilaç takibini yapmak ve doktora danışmadan ilacı bırakmamak hasta sorumluluğu içerisinde yer alan değişkenlerdendir. Burdan yola çıkarak doktor tavrının “ilgili”, hastalığa ve tedaviye ilişkin bilgilendirme ile muayene süresinin “yeterli” oluşunun, ilaç takibi yapma ve ilac alımını kesmeme davranışları üzerinde de etkili olduğu çıkarımı yapılabilir.

5.5 Regresyon Analizi İncelemesi

Bu bölümde ilaca yönelik tutumlar üzerinde etkisi olduğu belirlenen değişkenlerin, regresyon analizi ile değerlendirmesi incelenecektir.

Regresyon analizi, değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkisini bulmamıza imkan veren bir analiz yöntemidir. Örneğin “yemek yeme” ile “kilo alma” arasındaki ilişki regresyon analizi ile ölçülebilir. Korelasyon analizinde ise iki değişkene arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti hesaplanır. Fakat bu ilişki bir neden-sonuç ilişkisi olmak

zorunda değildir. Örneğin, horozların sabah ötmeleriyle, güneşin doğması arasında kusursuz doğrusal pozitif korelasyon ilişkisi vardır. Ancak bu ilişki güneşi horozların doğmasını sağladığını göstermez (36).

Bağımsız t testi ile “doktor tavrı, muayene süresi yeterliliği ve bilgilendirme yeterliliği değişkenlerinin, ilaca yönelik olumlu ve olumsuz tutum sahibi hastalar arasında anlamlı düzeyde farka sahip olduğu tablo 5’te görülmüştü. Fakat bu üç değişkenin tutumların belirlenmesinde bir “neden” olarak ifade edilip edilemeyeceği regresyon testi ile analiz edildi. Tablo 6 daki sonuçlar doğrultusunda şunlar söylenebilir:

1. Psikiyatri uzmanlarının tavrının ilgili oluşu, araştırma grubundaki şizofreni hastalarının tutumlarını %20 oranında etkilemektedir. Bir başka deyişle, şizofrenlerin olumlu tutum sahibi olmalarında, doktorun tavrının ilgili oluşu %20 oranında “neden”dir denilebilir. Bu sonuç literatürdeki bazı araştırmalarla benzerlik göstermektedir (9,13).
2. Muayene süresinin “yeterli” oluşunun olumlu tutuma katkısı %8.1, psikiyatri uzmanlarının hastalığa ve tedaviye yönelik “yeterli” derecede bilgilendirme yapmalarının olumlu tutuma katkısı ise %5.3 düzeyindedir.
3. Araştırma grubundaki hastaların, ilaç tedavisine karşı tutumlarını toplamda %33.4 oranında “doktor tavrı” “muayene süresi” ve “tedaviye ilişkin bilgilendirme” faktörleri etkilemektedir.

5.4 Sonuç Ve Öneriler

Araştırma verileri doğrultusunda ortaya çıkan sonuç ve öneriler şu şekilde sıralanabilir:

1. Araştırma grubundaki şizofreni hastalarının ilaç tedavisine yönelik tutumları daha çok (%59.2) olumlu yöndedir.
2. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum vb. sosyodemografik özellikleri ile ilaç tedavisine karşı tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
3. Araştırma grubundaki şizofrenlerin hastanede yatış oranları yüksektir. Hastane ortamına ilişkin değerlendirmeler ise genellikle olumlu yöndedir. Buna karşın

hastane ortamına ilişkin değişkenler ile ilaca yönelik tutumların arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4. Olumlu ilaç tutumuna sahip şizofreni hastaları arasında, doktorun tavrını ilgili bulma, muayene süresini ve hastalığa ilişkin bilgilendirmeyi yeterli görme oranları daha yüksektir.
5. Olumlu ilaç tutumu gösteren hastalar arasında, ilacı kendi takip etme ve doktora danışmadan ilacı kesmeme davranışı daha sık görölmektedir.
6. Kontrollere geliş ve ilacı düzenli kullanma gibi değişkenler ile tutumlar arasında bir fark bulunmaması “hasta yakını” faktörü ile açıklanabilir.
7. Araştırma grubundaki hastaların ilaca yönelik tutumlarını doktor tavrı %20, oranında belirlemektedir. Bunu %8.1 ile muayene süresi ve %5.3 ile tedaviye ilişkin bilgilendirme takip etmektedir.
8. Bu doğrultuda psikiyatri uzmanlarının şizofreni hastalarına yönelik ilgili, sevecen ve empatik tavırlarının, şizofreni hastalarının ilaca karşı tutumlarını olumlu yönde etkileyeceği ve tedavi uyumunu kolaylaştıracakı söylenebilir. Yanısıra muayene süresinin yeterli oluşunun, hastalara hastalık ve tedavi konusunda gerekli bilgilendirmenin yapılmasının ilaca yönelik tutumların olumlu yönde gelişmesine katkıda bulunacakı söylenebilir.
9. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda; hastanın içgörü düzeyi, kullanılan antipsikotik türleri, ilaç yan etkileri, şizofreninin türü ve prognozu gibi değişkenler de incelenerek şizofreni hastalarının psikiyatrik tedavilere karşı tutumlarına ve tedavi süreçlerine ilişkin daha farklı ve geniş kapsamlı bilgiler elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sadock JB, Sadock AV, 2005, Kaplan&Sadock's Textbook of Clinical Psychiatry. Klinik Psikiyatri, 2. Baskı, Aydın H, Bozkurt A, Öncü Basımevi, İstanbul, 2005: 134-154.
2. Dencker SJ, Liberman RP, From Compliance to Collaboration in The Treatment of Schizophrenia. Internatinal Clinical Psychopharmacology, 1995; 9 Suppl: 75-78.
3. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Beckband SC, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. Journal of Clinical Psychiatry. 2002; 63(10): 892-909.
4. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007; 89: 11-15.
5. Freedman LJ, Sears OD, Carlsmith MJ, Introduction to Social Psychology. Sosyal Psikoloji, 3. Baskı, Ali Dönmez, İmge Kitabevi, Ankara, 1998: 318-385.
6. Kağıtçıbaşı Ç. Yeni İnsan ve İnsanlar. 10. Baskı, Evrim Yayınevi, İstanbul, 1999; 102-214.
7. Kirel Ç, Kayaoğlu A, Gökdağ R. Sosyal Psikoloji. Ünlü S. (Editör). 1. Baskı, Anadolu Üniversitesi Web Ofset Tesisleri, Eskişehir, 2004; 69-81.
8. Freudenreich O, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Goff DC. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight. Journal of Clinical Psychiatry. 2004; 65(10): 1372-6
9. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, Healy D, Rae P, Power C. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Archives of General Psychiatry. 2005; 62(7): 717-24.

10. Hofer A, Kemmler G, Eder U, Honeder M, Hummer M, Fleischhacker WW. Attitudes toward antipsychotics among outpatient clinic attendees with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63(1): 49-53.
11. 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 (3): 207-11.
12. Hofer A, Kemmler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004; 65(7): 932-9.
13. Santone G, Rucci P, Muratori ML, Monaci A, Ciarafoni C, Borsetti G. Attitudes toward medication in inpatients with schizophrenia: a cluster analytic approach. *Psychiatry Research*. 2008; 15;158(3): 324-34.
14. Davidhizar RE, Austin JK, McBride AB. Attitudes of patients with schizophrenia toward taking medication. *Research in Nursing and Health*. 1986; 9(2): 139-46.
15. Dilbaz N, Karamustafaoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006; 16(4): 223-232.
16. Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. 14. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul 1999; 121-148.
17. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. 2004, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 148 Sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Olcay Çam).
18. Öztürk MO. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
19. Işık E. Şizofreni. 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, 1997.

20. Işık E. Güncel Şizofreni. Format Matbaacılık, Ankara, 2006.
21. Ceylan ME. Şizofreni: Genel Bir Bakış. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1996, Cilt 1, Sayı: 4, 493-498.
22. Arkar H. Akıl Hastaları İle İlgili Tutumlar: Verilen Neden Tipinin Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7(3): 191-194.
23. İlhem C, Deniz H, Yener F. Şizofreni Üzerine Kimi Söylenceler ve Gerçekler. Düşünen Adam. 1998; 11(3): 16-22.
24. Goldstein MJ. ABD’de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal Eğitsel Aile Programları. Şen. N. Şizofreni Yazıları, 2000; Yıl:1 Sayı:1 20-26.
25. Beha A, Kumbasar H. Şizofren Hastalarda Görülen Hareket Bozuklukları. Psikiyatri Bülteni. 1994; Cilt:3, Sayı:2 53-57.
26. Coşar B. Şizofreninin Altıpteri. Şizofreni Dizisi. 1998, Cilt:1, Sayı:1, 29-34.
27. Mete L. Şizofrenide Klinik Belirtiler. Şizofreni Dizisi, 1998, Cilt:1, Sayı:1, 23-28.
28. Büyüköztürk Ş, Bökeoğlu ÇO, Köklü N. Sosyal Bilimler İçin İstatistik. 3. Baskı, Pegem Akademi Yayınevi, 2008.
29. Sajatovic M, Rosch DS, Sivec HJ, Sultana D, Smith DA, Alamir S, Buckley P, Bingham CR. Insight into illness and attitudes toward medications among inpatients with schizophrenia. Psychiatry Service. 2002; 53(10): 1319-21
30. <http://www.ukppg.org.uk/DAI-10.html> 2009 Şubat.
31. Hogan TP, Awad AG, Eastwood RA. Self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychological Medicine. 1983; 13:177-183.
32. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 5. Baskı, PegemA Yayıncılık, Ankara, 2005.

33. Balcı A. Sosyal Bilimlerde Araştırma: Yöntem Teknik ve İlkeler. 5. Baskı, PegemA Yayıncılık, Ankara, 2005.
34. Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000; 1(2): 100-106
35. Eymen EU, SPSS 15.0 Veri Analiz Yöntemleri [Elektronik Kitap] 2007. <http://www.istatistikmerkezi.com/e-kitap,spss-150-ile-veri-analizi,19.html>

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-Ad ve soyadınız:

2-Yaşınız:_____

3-Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

4-Medeni durumunuz:

Evli () Bekar () Boşanmış veya dul ()

5-Eğitim durumunuz:

Okur yazar değil () Okur yazar () İlköğretim () Ortaöğretim () Üniversite ()

6-Doğum yeriniz:_____

7- Yaşadığınız yer: Köy/ kasaba () İlçe () Şehir ()

8-Mesleğiniz:

Çalışmıyorum () Devlet memuru () Emekli () Esnaf/tüccar () İşçi ()

Ev hanımı ()

9-Evinize ayda ortalama ne kadar para girişi oluyor?

0-350 YTL () 351-700 YTL () 701-1000 YTL () 1001-1500 YTL ()

1500 ve üzeri YTL ()

10-Sosyal Güvenlik Kuruluşunuz:

E. Sandığı () SSK () Özel Sağlık Sigortası () Yeşilkart ()

EK 2. TEDAVİ SÜRECİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

1. İlk rahatsızlığınızı kaç yaşındayken geçirdiniz?.....
2. Doktorunuzun size olan yaklaşımını, tavrını nasıl değerlendirirsiniz?
a. İlgili b.İlgisiz
3. Doktorunuz muayene için size ayırdığı zaman;
a.Yeterli b.Yetersiz
4. Doktorunuzun rahatsızlığınız ve tedaviniz hakkında yaptığı bilgilendirme;
a.Yeterli b.Yetersiz
5. Aldığınız Tedaviler?
a.Sadece İlaç b.Sadece Ekt (şok tedavisi) c.İlaç-Ekt d.İlaç-EKT-Terapi
6. 18.Hastanede yattınız mı? Evet () Hayır ()
Eğer hastane yatışınız olduysa:
7. 19.Hastanede yatış süreniz? :.....
8. Hastane personelinin size yaklaşımı nasıldı?
a. İlgili b.İlgisiz
9. 20.Hastane yemeklerini nasıl buldunuz?
a.İyi b.İyi değil
10. 21.Hastane odalarının temizliği konusunda düşünceleriniz?
a.Temiz b.Temiz değil.
11. 22.Hastane lavabo ve banyolarının temizliği konusundaki düşünceleriniz?
a.Temiz b.Temiz değil.
12. 23.Kontrollerinize zamanında gelir misiniz?
a.Gelirim b.Gelemem
13. 24.İlaçlarınızı zamanında alıyor musunuz?
a.Alırım b.Alamam
14. 25.Doktora danışmadan ilaç kullanmayı bıraktığınız oldu mu?
a.Evet b.Hayır
15. 26.İlaçlarınızın alımını, saatini kim takip eder?
a.Ben takip ederim b.Bir yakınım takip eder

EK.3 İLAÇ TUTUM ENVANTERİ

Aşağıdaki soruları Doğru (D) Yanlış (Y) şeklinde cevaplayınız.

1. İlaç kullanmaya ilişkin olumlu düşüncelerim daha fazladır.

D () Y ()

2. İlaç kullandığım zamanlarda kendimi uyuşturucu almışım gibi garip hissediyorum.

D () Y ()

3. İlacı kendi özgür iradem ile kullanıyorum.

D () Y ()

4. İlaç kullandığım zaman daha rahat hissediyorum.

D () Y ()

5. İlaç kullanmak beni yorgun ve uyuşuk yapıyor.

D () Y ()

6. İlacı yalnızca kendimi hasta hissettiğim zamanlarda kullanırım.

D () Y ()

7. İlaç kullanırken kendimi daha normal hissediyorum.

D () Y ()

8. Düşünce ve davranışlarımın ilaçlar tarafından kontrol edilmesi mümkün değil.

D () Y ()

9. İlaç kullandığım zaman düşüncelerim daha net oluyor.

D () Y ()

10. İlaç kullanmak beni hastalanmaktan korur.

D () Y ()

EK.4 ELEKTROKONVÜLSİF TEDAVİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

1.Daha önce hastalığınız ilaç tedavisi ile iyileşti mi?

1.Evet

2.Hayır

2.EKT tedavisine neden karar verildi?

1.İlaçla yeterli iyileşme olmadığı için

2.Hastalığın ağırlığından dolayı ilaç tedavi denenmeden

3.Daha önce EKT ile iyileştiği için tekrar EKT' ye karar verildi

3.Hastalığınız için kaç defa EKT tedavisi aldınız?

1.1

2. 2

3. 3 ve üzeri

4.EKT aldığınız tarih/tarihler:.....

5.EKT Tedavisi hakkında daha önceden bir bilgiye sahip misiniz ?

1.Evet

2.Hayır

(Yukarıdaki soruya cevabınız 'Hayır' ise aşağıdaki soruyu cevaplandırmayınız)

6.Bu bilgiyi nereden edindiniz?

1.Bir sağlık kuruluşunda bir sağlık personelinin

2.Gazete,dergi,kitap,broşür v.b gibi yayınlardan

3.Diğer insanlardan yüz yüze

7.İşlem öncesinde EKT Tedavisi hakkında bilgilendirildiniz mi?

1.Evet

2.Hayır

(Yukarıdaki soruya cevabınız 'Hayır' ise aşağıdaki soruyu cevaplandırmayınız)

8.EKT Tedavisi hakkında yapılan bu bilgilendirme yeterli miydi?

1.Evet

2.Hayır

9. İlk EKT Tedavisinden önce kendinizi nasıl hissettiğinizi hatırlıyor musunuz?

1. Çok tedirgin ve korkmuş
2. Az tedirgin ve korkmuş
3. Belirli bir duygu yok
4. Memnun (iyi, rahat, hoşnut...)
5. Hatırlamıyorum

10. Beklediğinizle karşılaştırdığınızda EKT Tedavisi ne kadar korkutucu idi?

1. Daha çok
2. Yaklaşık aynı
3. Daha az
4. Bilmiyorum

11. EKT Tedavisi size ne kadar yardımcı oldu?

1. Çok
2. Az
3. Değişiklik yok

12. EKT Tedavisinin etkisi kalıcı oldu mu?

1. Etki kalıcı oldu
2. Etki kalıcı olmadı

13. İlk EKT Tedavinizi düşünün, nasıl olduğunuzu düşünün, tekrar hasta olursanız yine EKT Tedavisini bir tedavi yöntemi olarak kabul eder misiniz?

1. Kesinlikle hayır
2. Hayır
3. Emin değilim
4. Evet
5. Kesinlikle evet

14. EKT Tedavisi yararlı bir uygulama mıdır?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum

15. EKT Tedavisi ilaçlardan daha kısa sürede iyileştirir mi?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum

16.EKT Tedavisi tehlikeli ve kullanılmaması gereken bir yöntem midir?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

17.EKT Tedavisi pek çok insana uygulanan güvenilir bir yöntem midir?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

18.EKT Tedavisinin ihtiyacı olmayan insanlara uygulandığını düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

19.EKT Tedavisi ağır hastalığı olanları kontrol altına almak,tedavi etmek amacıyla kullanıldığı fikrine katılıyor musunuz?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

20.EKT Tedavisi korkutucu bir tedavi mi?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

21.EKT Tedavisi tedavide başvurulması gereken son çare mi?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

22.EKT Tedavisi eski ve yasaklanması gereken bir tedavi yöntemi mi?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

23.EKT Tedavisi sonucu bir yan etki gelişti mi?

- 1.Evet
- 2.Hayır

(Önceki soruya cevabınız ‘Hayır’ ise aşağıdaki soruyu cevaplandırmayınız)

24.Ne tür bir yan etki gelişti?

- 1.Baş ağrısı
- 2.Hafıza kaybı
- 3.Diğer.....

Bu yan etki ne kadar sürede geçti?.....

25.EKT Tedavisinin hafızanız üzerine herhangi bir etkisi oldu mu?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

26.Hafızanızda bazı kalıcı etkilere yol açtı mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

27.Hafızanız EKT Tedavisinden sonra asla normale dönmedi mi?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

28.Hafızanız EKT Tedavisinden sonra olduğundan daha iyi bir duruma mı geldi?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

29.Sizce EKT Tedavisi sıra dışı davranışları olan insanları cezalandırmak için kullanılan bir yöntem midir?

- 1.Evet
- 2.Hayır

(Yukarıdaki soruya cevabınız ‘Hayır’ ise aşağıdaki soruyu cevaplandırmayınız)

30.Sıra dışı davranışları olan insanların bu yolla cezalandırılmasına taraftar mısınız?

- 1.Evet
- 2.Hayır.

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimin ardından girmiş olduğu Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümünü 2005 yılında bitirdi. 2006 yılı Şubat ayında Kahramanmaraş Hoca Ahmet Yesevi Lisesi'ne Psikolojik Danışman ve Rehber Öğretmen olarak atandı. Sonrasında Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Anabilimdalı'nda yüksek lisans yapmaya hak kazandı. Halen Kahramanmaraş Hoca Ahmet Yesevi Lisesinde görev yapmaya devam etmektedir. Evlidir.