



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP EDİLEN
ŞİZOFRENİ HASTALARININ HASTALIKLARINA İLİŞKİN
BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ İLE İLAÇ UYUM VE GENEL ÖZ
YETERLİLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TUĞBA EROĞLU

HEMŞİRELİK PROGRAMI

ANKARA, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE TAKİP
EDİLEN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
HASTALIKLARINA İLİŞKİN BİLGİ VE GÖRÜŞLERİ
İLE İLAÇ UYUM VE GENEL ÖZ YETERLİLİK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba EROĞLU

HEMŞİRELİK PROGRAMI

**Bu araştırma; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel
Araştırma Projeleri Birimi tarafından 3133 nolu proje ile
desteklenmiştir.**

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına
ilişkin bilgi ve görüşleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki
ilişkinin incelenmesi

Tuğba Eroğlu

Yüksek Lisans Tezi

29.06.2018

Dr. Öğr. Üyesi Birgül Özkan

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Erekan

Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen OZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.
29.06.2018

Tuğba EROĞLU



TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, kendisine ne zaman danıősam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve bÖyÖk bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, her sorun yaőadıęımda yanına çekinmeden gidebildiğim, gÖler yÖzÖnÖ ve samimiyetini benden esirgemeyen değerli hocam ve tez danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi BirgÖl Özkan'a teőekkÖrÖ bir borç bilirim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi yÖksek lisans Öğrenimim boyunca desteklerini benden esirgemeyen sevgili anneme, babama, kardeőlerime, değerli dostlarım Tuğçe ve Oğuz Kağan Ateő'e, çok kıymetli servis sorumlu hemőirem Leyla Daőtan'a ve hayatının her alanında bilimsel bilgiyi kendine rehber edinen, mesleğimin değerini her anlamda bana hissettiren çok değerli eőim CÖneyt'e sonsuz teőekkÖrler.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	7
2.1.1. Dünya da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	7
2.1.2. Türkiye de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	8
2.1.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	9
2.2. Şizofreni	10
2.2.1. Şizofreninin Tarihçesi.....	10
2.2.1.1. Emil Kreapelin.....	11
2.2.1.2. Eugen Bleuer	11
2.2.1.3. Ernst Kretschmer	12
2.2.1.4. Kurt Schneider	12
2.2.1.5. Karl Jaspers.....	12
2.2.1.6. Adolf Meyer	12
2.2.2. Şizofreni Epidemiyolojisi	12
2.2.3. Şizofreni Etiyolojisi	15
2.2.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular	17

2.2.5. Şizofrenide Tedavi.....	19
2.2.5.1. Şizofrenide İlaç Tedavisi	19
2.2.5.2. Şizofrenide Elektrokonvülsif Tedavi.....	19
2.2.5.3. Şizofreni Tedavisinde Psikoterapi	19
2.3. Şizofreni ve Psikoeğitim	20
2.4. Şizofrenide İlaç Uyumu.....	21
2.5. Şizofrenide Öz yeterlilik	22
2.6. TRSM ve Hemşirelik.....	22
3. MATERYAL ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.5. Araştırmada Verilerinin Toplanması.....	26
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Anket ve Ölçekler.....	27
3.6.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2).....	27
3.6.2. Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi (EK-3)	27
3.6.3. Morisky Uyum Ölçeği (EK-4).....	27
3.6.4. Genel Öz yeterlilik Ölçeği (EK-5).....	28
3.7. Araştırmanın Uygulaması.....	28
3.7.1. Ön Uygulama.....	28
3.7.2. Uygulama.....	29
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi.....	29
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.9.1. Bağımsız Değişkenler	30
3.9.2. Bağımlı Değişkenler	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	30

4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
6.1. Sonuçlar.....	57
6.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre Morisky, GÖYÖ Ölçeklerinin Nasıl Değiştiğine İlişkin Sonuçlar	57
6.1.2. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtlara ve Bilgilerine İlişkin Sonuçlar ile Bu Özelliklere Göre Morisky, GÖYÖ Ölçeklerinin Nasıl Değiştiğine İlişkin Sonuçlar	58
6.2. Öneriler.....	59
7. KAYNAKLAR.....	60
8. EKLER	69
EK-1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	69
EK-2: Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu.....	71
EK-3: Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi	72
EK-4: Morisky Uyum Ölçeği (Morisky)	73
EK-5: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)	74
EK-6: Etik Kurul Onayı	75
EK-7: Çalışma İzni Onayı.....	78
EK-8: Çalışma İzni Kurum Red Yazısı.....	82
EK-9: Özgeçmiş Formu	83

ÖZET

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgi ve Görüşleri ile İlaç Uyum ve Genel Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi ve görüşleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Ankara ilinde Sincan Nafiz Körez Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine sürekli gelen 48 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada veriler Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu, hastaların hastalıkları hakkında bilgilerini değerlendirmek amacıyla Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi, MUÖ (Morisky Uyum Ölçeği) ve GÖYÖ (Genel Öz Yeterlilik Ölçeği) ile toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 21.0 paket programı, sayı, yüzde, frekans, ortalama, standart sapma, Shapiro Wilks, Pearson Ki kare , Fisher ki kare , Yates ki kare, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis testleri ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların % 62.5'i erkek, % 37.5'i kadındır. Hastaların % 47.9'u 11-20 yıl arasında ilaç kullanmaktadır. Kadınlarda GÖYÖ puan ortancası erkeklere anlamlı derecede daha yüksektir. ($p<0.05$). Çalışmaya katılan hastaların hastalık bilgilerine yönelik sorulan tüm sorularda ile Morisky ilaç uyum gruplarında ve GÖYÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tüm sorularda $p>0.05$). Çalışmada ilaç uyumu yüksek olan hastaların GÖYÖ skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$). İki ölçek arasında negatif yönde zayıf (düşük) düzeyde ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: Genel Öz Yeterlilik, İlaç uyumu, Şizofreni, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

ABSTRACT

Analysis of Relationship Between Disease Knowledge and Opinions, and Medicine Adherence and General Self- Efficacy Levels of Schizophrenia Patients at Community Mental Health Centers

This study was planned to analysis of relationship between disease and opinions, and medicine adherence and general self-efficacy levels of schizophrenia patients at community mental health center.

The sample of the study consisted of 48 patients who were continuously coming to Sincan Nafiz Körez State Hospital Community Mental Health Center and Yenimahalle Training and Research Hospital Community Mental Health Center in Ankara. In the study, Patient Identification Features Form, Morisky's Questions- Self-Report Measure of Adherence , General Self-Efficacy (GSE) Scale were used. The results were analyzed by using IBM SPSS Statistics 21.0 software. Pearson's chi square test, Fisher's chi square test and Yates' chi square tests were used to compare the Morisky scale and Mann Whitney U, Kruskal-Wallis tests were used to compare General self efficacy scale. Relations between scale scores were examined by Spearman correlation analysis.

Patients participating in the study 62.5% were male and 37.5% were females. 47.9% of patients use medication between 11-20 years. In females, the GSE Scale score is significantly higher than that of males ($p < 0.05$). No significant difference was found in Morisky medication compliance groups and GES Scale scores among all the questions asked about the disease information of the patients participating in the study ($p > 0.05$ in all cases). The GSE Scale score of the patients with high meditation adherenve was significantly higher ($p < 0.05$) There was a weak level of negative correlation between the GSE and Morisky's Questions- Self-Report Measure of Adherence scales ($p < 0.05$).

Key words: Community Mental Health Center, Medicine Adherence, General Self-Efficacy, Schizophrenia.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM :The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

GÖYÖ :Genel Özyeterlilik Ölçeği

Max :Maksimum

Min :Minimum

Morisky :Morisky İlaç Uyum Ölçeği

N :Evrendeki Birey Sayısı

N :Örneklemdaki Birey Sayısı

P :Anlamlılık Düzeyi

SPSS :Statistical Package for Social Sciences

SS :Standart Sapma

$\bar{X}$:Ortalama

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 48).....	31
Tablo 4.2. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreni hastalığını tanımlamalarına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=47).	32
Tablo 4.3. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreni hastalığının nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=48)	33
Tablo 4.4. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofrenin başlama zamanına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n= 48).	33
Tablo 4.5. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin belirtilerine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=46)	34
Tablo 4.6. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin saldırganlık durumlarına yönelik görüşlerinin dağılımı (n=48).	34
Tablo 4.7. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin nasıl tedavi edildiğine yönelik görüşlerinin dağılımı (n= 48).	35
Tablo 4.8. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreni hastalığının tekrarlanmasını önlemeye yönelik görüşlerinin dağılımı (n=48).....	35
Tablo 4.9. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin cinsiyetlerine göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı arasındaki ilişki (n=48)	36
Tablo 4.10. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin yaşa göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).	37
Tablo 4.11. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin medeni duruma göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).	37
Tablo 4.12. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).	38

Tablo 4.13. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin meslek durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).	39
Tablo 4.14. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin eğitim durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).	40
Tablo 4.15. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastaneye son 1 yılda yatış yapma durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=43).....	41
Tablo 4.16. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastaneye yattığı ortalama güne göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n= 43).	42
Tablo 4.17. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin ilaç kullandığı süreye göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).	43
Tablo 4.18. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığı tanımlamaya ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=47).	44
Tablo 4.19. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın nedenlerine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=48).	45
Tablo 4.20. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın ne zaman başladığına ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=48).	46
Tablo 4.21. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın belirtilerine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması. (n= 48).....	47
Tablo 4.22. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofrenili bireylerin saldırganlık durumuna ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=48).....	48

- Tablo 4.23.** Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin tedavisine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=48). 49
- Tablo 4.24.** Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın tekrarlanmasını önlemek için yapılabileceklerle ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n= 48) 50
- Tablo 4.25.** Şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancası arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (n=48). 51



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ruh sağlığını koruma, geliştirme ve yükseltme de önemli rollere sahiptir. Bu kapsamda hem hastalıkları önlemede hem de hastalık tanısı almış birey ve ailenin toplumda yaşamını kolaylaştırmak, beceri kazanmasını sağlamak ve uyum düzeylerini geliştirmeyi hedeflemektedir (1).

1970’li yılların başında İtalya’da büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılıp, yerine toplum ruh sağlığı merkezlerinin (TRSM) açılmasıyla toplum temelli hizmet modeline geçiş süreci başlamış ve sonrasında bu uygulama Avrupada da kabul görmüştür. Bu uygulamanın başarılı olduğu görülmüş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da benimsenmiştir (1). Bu bağlamda tüm dünyada hastane temelli bakım kısa süreli ve soruna çözüm odaklı hale gelmesine rağmen bireylerin becerilerinin, uyumlarının geliştirilmesinin ancak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin aracılığıyla gerçekleştirilebileceği fark edilmeye başlanmıştır. Bu nedenle DSÖ başta kronik psikiyatrik hastalıklar olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıklarda toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşmasını desteklemeye başlamıştır. Yataklı psikiyatri servislerindeki tekrarlı yatış oranlarının yüksek olması da toplum temelli hizmetlerin gelişmesinin gerekliliğini göstermiştir (2, 3).

Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalara mevcut uygulamada sadece hastalıklarının semptomlarını azaltmaya odaklı tedavilerin verilmesi ve biyopsikososyal nedenlere odaklanılmaması klinik yatış sonrasında hastalığın tekrarlanmasına ve bu hastaların tekrarlı yatışlarının gerçekleşmesine neden olmaktadır (2). Bu durum literatüre döner kapı olgusu olarak geçmiş ve birçok araştırmanın konusu olmuştur. Hastaların daha sık yatışlarında tedaviye uyumsuzluk, alkol yada madde kullanımı, hastaneden erken taburculuk, şiddet ve kendine zarar verme davranışları gösterme, yetersiz toplumsal destek gibi etkenlerde önemli rol oynamaktadır. Döner kapı olgusunun toplum temelli bakımın etkili şekilde verildiği

lkelerde başarıyla aşıldığı görülmüştür. Bu toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini gerçekleştirmek amacıyla farklı ülkelerde farklı isimlerde merkezler açılmıştır. Bu merkezlerden en yaygın olanları TRSM' leridir (3).

TRSM'lerin sık yatışları engelleme oranı bu merkezlerin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Literatürde TRSM'lerin hastaların kliniklerde yatış gün sayısını %20 ila %85 arasında değişen oranlarda azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır (3, 4).

Dünya da 1970 ler den itibaren yaygınlaşmış olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ülkemizde 2006 yılında başlamıştır (2). TRSM'ler kendilerine bağlanmış coğrafi bölgelerdeki ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği ayaktan tedavilerinin yapıldığı, takip edildiği merkezler olmalarının yanı sıra rehabilitasyon, psikoeğitim, iş uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi tedavi ve bakım yöntemlerinin de kullanılarak hastaların toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen psikiyatri klinikleri ile sürekli ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastaların yaşadıkları yerlerde takiplerinin yapılabilirdiği birimlerdir. Bu merkezlerde takip edilen kronik ruhsal hastalıklar arasında bipolar, depresyon, şizoaffektif bozukluk ve şizofrenik bozukluklar vardır. şizofrenik bozukluğu sağip olan hastaların büyük çoğunluğunun bu merkezler aracılığıyla hizmet aldıkları görülmektedir (2).

şizofreni bireyin duygu, düşünce, algı ve davranışlarını etkileyen, kişiler arası ilişkilerinde, iş yaşamında, toplum uyumunda, toplumsal rol performansında azalmaya ya da bozukluklara neden olan, psiko-sosyal işlevselliği bozarak ilerleyen ve yeti yitimine yol açan tüm toplumlarda en sık görülen ruhsal bozukluklardır (5, 6, 7, 8, 9). şizofrenide pozitif ve negatif belirtilerin yanı sıra bilişsel yetersizliklerde görülmekte, bu durum madde kullanımı, işsizlik, sosyal destek almada yetersizlik ve evsiz kalma gibi sorunları da beraberinde getirebilmektedir (5). Toplumsal ve bilişsel yetilerini kaybeden bireyler, yaşam kalitesinin bozulması ile beraber toplumdan da dışlanarak kolaylıkla damgalanabilmektedirler. şizofreni hastalarının büyük bir kısmı hastalığın negatif belirtileri ve damgalanma korkusuyla evlerinde saklı tutulabilmektedirler (10).

Son zamanlara kadar şizofreni ve benzeri psikiyatrik hastalıklara yönelik ruh sağlığı hizmetleri hastanelerde yapılmakta olup, sadece hasta hastalandığı zaman ve

hastaneye polis gücü veya ailesi zoru ile getirildiği zaman tedavi almakta, akut durum yönetimi ve hastane bakımı ile sınırlı kalmaktadır. Buna bağlı olarak, hastanede yatan hastalar taburculuk sonrası ilaçlarını düzenli kullanmamakta ve tedavi uyumundan yoksun kaldıkları görülmektedir. Bu durum hastalarda yeti yitimine, yaşam kalitelerinin bozulmasına, çalışmadıkları için toplumdan da dışlanarak damgalanmalarına neden olduğu bilinmektedir. Bu konuda literatüre bakıldığında şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşamlarını sürdürmeleri ve yeti yitimlerinin önlenmesinde ilaç tedavilerinin tek başına yeterli olmadığı bütüncül bir bakış açısıyla sürekli izlemin gerektiği saptanmıştır. Buna bağlı olarak ilaç tedavisine ek olarak farklı eğitim yöntemleri ve beceri programlarının da geliştirildiği görülmektedir (11).

Bütüncül yaklaşımın en önemli bileşenlerinden biri de psikoeğitimidir. Şizofreni de psikoeğitim hastalara ve ailelerine verilen ruhsal eğitim, aile eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler gibi ruhsal-toplumsal girişimleri kapsar (11, 13).

Toplumsal uyumlandırma programlarının başarılı olmasını etkileyen faktörlerden birisi de hastanın hastalığı ve semptomları hakkındaki bilgi düzeyidir. Bu nedenle psikoeğitim programları geliştirilmiştir. Bu programların içeriğinde hastalara hastalıkları, nedenleri, belirtileri ve hastalıkla baş etme yöntemlerine yönelik verilen eğitimler vardır. Şizofreni hastalarına 6 ay süre ile verilen bir eğitimin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada pozitif ve negatif belirtilerle depresif bulguların azaldığı, iç görü ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (1).

Hastaların hastalıkları konusunda yeterince bilgi sahibi olmamalarının tedaviyi sürdürmede önemli bir engel olduğu düşünülmektedir (14). Ruhsal eğitim programları, hastaların hastalıkları hakkında bilgi edinmelerini sağlayarak tedaviye uyumlarını arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada kontrole gelmeyen ya da düzensiz kontrole gelen hastaların %50' sinin yetersiz düzeyde bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Ruhsal eğitimin etkin şekilde verilmesi hastaların hastalığa ilişkin inançları ve düşünceleri üzerinde odaklanarak tedaviye ilişkin uyumsuzluğu azaltabilen yöntemlerdir. Bu yaklaşımların hastaların tekrarlı yatış oranlarını da önemli ölçüde azalttığı görülmüştür (14, 15, 16).

Kronik ruhsal bozuklukların tümünde tedaviye uyum, başarılı tedavilerin en önemli faktörü olup tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecini pozitif doğrultuda

ilerleyebilmesinde etkilidir. Tedavinin etkililiği ve sürecin olumlu ilerlemesi hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (17). Kronik tüm psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk sık görülmekte olup buna bağlı olarak iyilik süresi kısaltmakta ve hastaneye tekrarlı yatışlar artmaktadır. Tedaviye uyumsuzluğun birçok nedeni vardır: Bunlar ilaç yan etkileri, hastaların ilaç tedavisine ilişkin bilgi eksikliği, ilacın fayda sağlayacağına inanmama, ilaçlarla ilgili önceden yaşanmış olumsuz tecrübeler, ilaç kullanımının bağımlılık yapacağına ilişkin düşünceler vb. durumlardır. Bu uyumsuzluk, hastalık semptomlarının iyileşmesi, hastalığın kronikleşmesi, işlevselliğin bozulması, hastaneye yapılan tekrarlı yatışlar, yatış sürelerinin uzaması, tedavi maliyetinin artması, iş gücü kaybı, topluma ve aileye ekonomik yük, sağlık kurumlarına ise zaman ve iş gücü kaybı olarak yansımaktadır (17). Tedaviye uyumsuzluk, ilacın önerilen dozda kullanılmaması, önerilen saatlere uyulmaması ya da tedavinin tamamlanmadan kesilmesi ve benzeri davranışları içerebilir. Psikotrop ilaçların uyumsuzluk oranının %11-%80 arasında olduğu belirtilmektedir (18).

Şizofrenide ilaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri arasında, kişinin iç görüşünün olmaması, psikotik düşünceleri, ilaca karşı olan korkusu, hastalığın seyri, yan etkiler, sosyal ve çevresel desteklerin yetersiz olması, ekonomik nedenler, tedaviye karşı yetersiz bilgi, tedaviyi yanlış yorumlama, hastalığa yönelik bilginin az olması, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının yaşamında yaptığı güçlükler, kişinin hastalığa karşı olan umutsuzluğu, hastalıkla başa çıkabilmesi, bilgilenme eksikliği, şizofrenik bireyin belirtileri algılayışı gibi durumlar yer almaktadır. Şizofreni hastalığında ilaç tedavisi yeti yitimini azaltarak bireylerin öz yeterlilik düzeylerini arttırabileceği düşünülmektedir (16).

Genel öz yeterlilik kişinin genel olarak stresli ve zorlu yaşam olaylarında başa çıkmadaki yeterlilik inancı olarak ifade edilmektedir (19). Sosyal bilişsel kuram içerisinde temel bir kavram olarak geçen öz yeterlilik, kişinin çevresinde olan olaylar üzerinde etkili olabilecek şekilde bir durumu başlatıp sonuçlanıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (20). Bireyin stresli yaşam olaylarına uyum sağlaması ve günlük yaşamın zorlukları ile başa çıkmadaki yeterliliği olarak ta tanımlanabilmektedir. Genel özyeterlilik inancı özellikle psikiyatri ve psikolojide kullanılabilen sosyal ve bilişsel kuramın getirdiği temel bir kavramdır (20).

Tüm bireylerde olduğu gibi şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin de genel özyeterlilik düzeyleri toplumla uyumlaşma süreci için oldukça önemlidir (19, 20, 21).

Öz yeterlilik kavramı ruh sağlığı araştırmacıları tarafından son dönemde çokça ilgi görmüştür. Öz yeterlilik kavramının hastaların uyumu, rehabilitasyonu, yatış sayısı gibi kavramlarla ilgili olduğu buunmuştur. Rehabilitasyonun psikiyatrik hastalıklarda öneminin artması ile öz yeterlilik kavramı da önem kazanmaya başlamıştır (22).

Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden şizofreni hastalarına yönelik verilen hizmetlerin kapsamı ve özelliklerinin değerlendirilmesi psikiyatri hemşireliği için önemlidir. Şizofrenik bozukluğu olan birey ve ailelere yönelik toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması ve uygulanması psikiyatri hemşireliğinin temel ve ileri düzey becerileri ile gerçekleştirilebilir. Bu kapsamda yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde TRSM' lere devam eden şizofrenik bozukluğu olan bireylere yönelik sınırlı sayıda çalışma olduğu, bunların daha çok derleme ve olgu sunumu şeklinde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle psikiyatri hemşireliği uygulama alanı olan TRSM' ler de takip edilen şizofreni hastalarının hastalık bilgi düzeylerinin saptanarak, ilaç uyumu ve genel öz yeterlilik düzeyi ilişkilerinin belirlenmesi önemli bulunmaktadır (23).

Bu nedenle bu çalışma, hastalık bilgisi, ilaç uyumu ve genel özyeterlilik ilişkisini ortaya çıkaracağı varsayılarak TRSM' lere şizofreni hastalarına yönelik hizmet planlamasına ve psikiyatri hemşireliği alan yazımına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma toplum ruh sağlığı merkezlerinde takipedilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi ve görüşleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

TRSM'de sürekli takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri ne düzeydedir?

TRSM’de sürekli takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri ile ilaç uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

TRSM’ de sürekli takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgileri ile hastaların genel öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

TRSM’ de sürekli takip edilen şizofreni hastalarının genel öz yeterlilikleri ile ilaç uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

2.1.1. Dünya da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Orta Çağ'da psikiyatri hastaları toplum tarafından kabul edilmez, soyutlanır ve insanların yaşadığı yerlerden izole edilen yerlerde yaşarlardı. Çoğunlukla toplum arasında hasta bireylerin şeytan etkisinde olduğu, tanrıların bu bireyleri cezalandırdığı düşünülerek zincirlere bağlanır, işkence edilir ya da engizisyon mahkemeleri tarafından cezalandırılarak yakılırdı (3).

Psikiyatri hastaları 18. yüzyıla kadar tedavi edilemeyen hastalar olarak kabul edilmiştir. Hastalar yerleşim yerlerinden çok uzakta, hastane ile çok ilgisi olmayan 1500-2000 yataklı yerlerde toplanmışlardır (4). 19. yüzyılda Pinel' in Bicêtre hastanesinde hastaları zincirlerinden kurtarıp tedavi etmeye çalışmasıyla akıl hastaları ve akıl hastanelerine yeni bir bakış açısı getirmiştir. Pinel bu tutumla akıl hastalıklarının tedavi edilebilir olduğunun, bu hastaların hepsinin insanca yaşama hakkına sahip ve iyi ortamlarda tedavi edilmesi gerektiğini, ölüme terk edilmemeleri gerektiğini savunarak tüm dünyaya yeni bir bakış açısı getirmiştir (4). 1950'li yıllarda Elektro Konvülsif Tedavi ve Antipsikotik ilaç tedavisinin başlanması psikiyatri de dönüm noktası olmuştur. Bu gelişmelere rağmen büyük depo hastaneler dönemi hala devam etmiştir (5). 1960'lar da insan hakları ihlali göz önünde bulundurularak toplumdan uzak izole yerlerde ki büyük hastaneler kapatılmış ilk toplum temelli model başlamıştır. Bu döneme kadar dışlanan, toplumdan uzak tutulan bireyler artık Avrupa toplumunun bir parçası olarak kabul edilmiş hatta pozitif ayrımcılık yapılmaya başlanmıştır (3).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti 1970 li yıllarda ruh sağlığı reformu ile İtalya da başlamıştır. İtalya da başlayan bu reformun etkililiği dikkat çekmeye başlayarak dünyadaki batılı diğer ülkeleri de etkisi altına almıştır. Yine Yunanistan , Bulgaristan ve Romanya gibi ülkeler Avrupa Birliğine geçiş sürecinde ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir. Bu değişimlerin nedeni hastane temelli ruh sağlığı hizmetinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçmektir (24).

2.1.2. Türkiye de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

İslam inancında akıl hastalarından toplumun sorumlu olduğu düşüncesi hasta bireylerin hep toplumun içinde yaşaması ve toplumun bir parçası olmasını sağlamıştır. Dini inanışa göre “Yaptıklarından sorumlu olmayan ve günahsız” olan bireylere zaman zaman ermişlik, velilik atfedilmesine ve kutsallaştırılmasına sebep olmuştur. Bu yaklaşım her köyün korunan, sevilen, kullanan biraz da korkulan “delisi” olmasını sağlamış ve halkın içinde onlarla birlikte yaşamaya başlamıştır.

Osmanlı Dönemi’nde bu hastalar bimarhane, şifahane ve aşevlerinde tedavi altında tutularak ve ihtiyaçları karşılanarak devletin güvencesi altında bulunmuşlardır. Osmanlı Devleti’nin çöküşü ile bu hastalarda unutulmalar arasında yer almıştır. 20. Yüzyılın başlarında kurumsallaşmayı da yanında getirerek Bakırköy’e ilk depo hastane kurulmuştur. Bunu Elazığ, Manisa, Samsun ve Adana’da kurulan depo hastaneler izlemiştir. Her ne kadar bu kurumlar tedavi edici özellikte kurulsalar da hastaların toplumdan uzaklaşmasına ve insan haklarının göz ardı edildiği şekilde sağlık hizmeti sunulmuştur. Medyanın da etkisiyle Bakırköy Hastanesi’nde 1980 yılında hasta sayısının azaltılması, fiziki şartların iyileştirilmesi, sunulan hizmetin yükseltilmesi gibi kısmi gelişmeler olsa da çağdaş standartlar yakalanamamıştır (3, 14).

Ruhsal hastalıklar, tüm dünyada sıklığı giderek artan hastalıklar olup yönetiminde çeşitli düzenlemeler yapılmasını zorunlu hale getirmiştir. Avrupa İşkenceyi ve Kötü Muameleyi Önleme Komisyonu, Dünya Sağlık Örgütü ve alandaki bağımsız kuruluşlardan Mental Disability Right International yazdığı raporlarda ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modellerinin uygulanmıyor olduğunu eleştirmişlerdir (3). Yine Avrupa Birliği 2009 ilerleme raporunda Türkiye’de ruh sağlığı konusunda sınırlı ilerlemenin kaydedildiği, Türkiye’nin akıl sağlığı konusundaki kaynaklarının yeterli olmadığı beyan edilmiştir. Yapılan eleştirilerden bir diğeri ise kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum temelli hizmetlerin oluşturulmasının önemi üzerinde durulmuş ve bu konuda çocuk ve gençlerin sağlıklarının korunması yönünde özel çaba gösterilmesi ihtiyacının olduğu vurgulanmıştır. Ülkemizde ruh sağlığı profesyonellerinin talepleri ve bu alandaki öncü kuruluşların eleştirilerinin etkisi ile Sağlık Bakanlığı da her yıl giderek artan bir şekilde ruh sağlığı alanına özel önem vermeye başlamış ve toplum temelli ruh sağlığı

modellerine geçme faaliyetlerini hızlandırmıştır. Ruhsal hastalıkların insidanslarında ki artış, yataklı tedavi merkezlerine ulaşmadaki güçlük, tedaviye uyumsuz hastaların fazlalığı, kurumsal tabanlı hizmet modelinden toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişı bir nevi zorunlu kılmıştır. Ülkemizde hastane temelli modelden toplum temelli modele geçmenin ilk aşaması olarak Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM'lerin açılma kararı verilmiştir (2).

2.1.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

TRSM ler kronik psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin ayaktan tanı ve tedavisini yapan, gerektiğinde kişiyi evinde ziyaret eden ve tedavisini bulunduğu ortamda yapan merkezlerdir. Ülkemizde 2008 yılında ilk TRSM Bolu' da açılmıştır (25). Bu bölgede açılan TRSM Türkiye için pilot uygulama olarak kabul edilmiştir. TRSM'ler kendisine bağlı bölgedeki hastaların tespit edilmesi ve iletişim kurulmasını sağlamaktadır. Merkezler hastaları TRSM'ye çağırırlar yada gelemeyecek hastaları evde ziyaret ederek takip ve tedavi planını yaparlar. Hastalara uygun psikososyal destek, psikoeğitim, tıbbi tedavinin düzenlenmesi, ilaç etki ve yan etkilerin takibi gibi süreçlerin devamlılığını sağlarlar. TRSM'ler de genellikle ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar takip edilmektedir. Bu takiplerde izlenen hastaların büyük çoğunluğunu şizofreni hastalarının oluşturduğu görülmüştür (3, 10, 26, 27). Bu merkezlerde en fazla şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalar takip edilmektedir (3).

Şizofreni hastalığı pozitif ve negatif belirtileri içinde barındıran bir hastalık olması nedeniyle bireyin bilişsel ve toplumsal rolünde de azalmaya ve yetersizliklere neden olmaktadır. Nöroleptiklerin tedavide başarılı olmasına rağmen hastanın hastalık öncesi işlevselliğine dönmesi çoğu zaman sınırlı olmaktadır. Antipsikotik tedavinin pozitif belirtiler üzerindeki iyileştiriciliği herkes tarafından bilinse de negatif belirtiler üzerinde zaman zaman yetersiz kalabilmektedir. Bireylerin düzenli kontrollerinin yapılmasına rağmen hastalıkta yinelenmeler ve bunlara bağlı toplumsal rolünde azalmalara neden olabilmektedir. Tıbbi tedavi ile beraber destekleyici tedavinin pek çok açıdan üstün olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalarının birçoğunu hastalığın negatif bulguları ve etiketlenme endişesi ile evlerinde saklı tutulduğu, çoğu zaman bir hekim yada sağlık kurumuna götürülmediği görülmektedir. Zaman zaman ise negatif belirtileri hasta yakınları tarafından tembellik olarak nitelendirildiği görülmüştür. TRSM'ler tüm bunlarla başa çıkmakta ve bireye özgü iyileştirim programları

sağlayarak ilaç tedavisinin düzenli ve devamlı olmasını sağlamaktadır (28). Bireye özgü geliştirilen teröpatik programları kullanarak, hastanın sağlıklı başa çıkma becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (27).

Hastaneye yatarak sağlık hizmeti alan hasta bireylerin taburculuk sonrası kısa aralıklarla tekrar tekrar hastaneye yattıkları görülmüştür. Bu durum literatüre döner kapı olgusu olarak geçmiş ve birçok araştırmanın konusu olmuştur. Genel tabiri ile sık yatış olarak adlandırılmıştır. Bazı hastaların daha sık yatışında tedaviye uyumsuzluk, alkol madde kullanımı, belirtiler tam düzelmeden taburcu edilme, şiddet ve kendine zarar verici davranışlar gösterme, yetersiz toplumsal destek gibi etkenler rol oynamaktadır. Toplum temelli bakımın etkili bir şekilde sunulduğu ülkelerde döner kapı olgusunun başarıyla aşıldığı görülmüştür. Bu nedenle TRSM'nin sık yatışları engelleme oranı TRSM'lerin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir. Literatürde TRSM'lerin yatış gün sayısını %20 ila %85 arasında değişen oranlarda azalttığına dair çalışmalar bulunmaktadır (5, 29).

2.2. Şizofreni

Şizofreni tek bir hastalık olarak tartışılmış olsa da, olasılıkla heterojen etiyolojili bir grup bozukluğu içerir ve kapsadığı hastalıkların klinik görünümü, tedaviye yanıtları ve gidişleri farklıdır. Belirti ve bulgular çeşitlidir ve algı, duygu, biliş, düşünme ve davranış alanlarından farklılaşmaları içerir. Bu belirtilerin ortaya çıkış şekli hastalar arasında değişkenlik gösterir. Ancak hastalığın etkisi her zaman ciddidir ve genellikle uzun sürer. Hastalık genellikle 25 yaşından önce başlar, yaşam boyunca devam eder ve bütün sosyal sınıflardaki insanlarda görülür. Hastalık hakkında yaygın bir bilgisizlik olduğunda, hasta ve aileleri sıklıkla, yetersiz bakım ve sosyal dışlanmadan muzdariptirler. Şizofreni tanısı psikiyatrik anamnez ve ruhsal durum muayenesi ile konulabilir. Şizofreni tanısı herhangi bir labaratuvar bulgusu ile konulamaz (30).

2.2.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreninin incelenmesi ve tıbbi tedavi gerektiren bir durum olması 19. yüzyıla kadar kabul edilmesede, ilk Yunan doktorlar bilişsel bozulmaları kişilikle ilgili bozulmaları, grandiyöz sanrıları, paranoyayı tanımlamışlardır. Emil Kreapelin (1856-

1926) ve Eugen Bleuler (1857-1939) bu bozukluğu tanımlamış iki önemli kişidir. Ergenlik döneminde başlayan bilişsel yıkımı olan bu hastalar için Fransız psikiyatrist Benedict Morel (1809-1873) ilk defa “Dementia Praecox” erken demans tabirini 1860 da kullanmıştır (30,31). 1871’de ise Hecker in “Hebefreni” ve 1874 de Kahlbaum “Katatoni” tanımından sonra Kraepelin bu hastalığa paranoid ve basit tipleri eklemiş ve “Dementia Praecox” adını verdiği erken başlangıçlı ve içerisinde bunama belirtileri gösteren bir anlam yüklemiştir. Eugen Blueeler ise her ikisinin aksine 1911’de yayınladığı kitabında erken yaşta başlamasının ve bunamanın bu hastalık için bir zorunluluk olmadığını kanıtlayarak bu hastalığa zihin bölünmesi anlamına gelen şizofreni ismini kullanmıştır (31).

2.2.1.1. Emil Kreapelin

Emil Kreapelin Morel’ in demansını erken bunama olarak değiştirmiştir. Erken bunama olarak kabul edilen hastalar fazla bilişsel yıkıma sahiptir. Varsanıları ve sanrıları klinik belirtilerin en başındadır. Kreapelin normal işlevsellik dönemi ve ataklarla gidişatı olan hastalıkları manik-depresif piskoz olarak sınıflandırarak bir nevi bu hastalıkların da sınıflandırmasını yapmıştır (30).

2.2.1.2. Eugen Bleuer

Bleuler erken bunama tabirini ortadan kaldırarak bu tip hastalar için şizofreni adını kullanmıştır. Bu tip hastalarda duygu, düşünce ve davranış arasındaki bölünmelerin varlığını ancak bu şekilde açıklayabileceğini düşünmüştür. Kreapelin’in erkne bunamasından farklı olarak şizofreninin her zaman yıkımlı bir gidişe sahip olmayacağını belirtmiştir.

Dört A. Bleuler’ in şizofreniyi tanımlayıcı 4 temel belirtisi şunlardır (30,31):

- Associations (düşüncede ve çağrışımlarda bozukluk)
- Affect (duygu bozuklukları)
- Autism (otizm)
- Ambivalence (ikilem)

2.2.1.3. Ernst Kretschmer

İnce, hafif kaslı fizik yapılı, atletik ya da lastik vücut tipine sahip kişilerde; piknik (kısa, tıknaz fizik yapılı) vücut tiplerine göre daha sık gözlemlendiği iddalarını destekleyen verileri derlemiştir. Gözlemleri her ne kadar tuhaf görünsede şizofreni tanımlı bir çok kişinin vücut tipinin görünümü ile uyumsuz değildir (30).

2.2.1.4. Kurt Schneider

Sadece şizofreniye özgü olmayan ve net tanı için kesin gerekmesede tanı koyabilmek için yararlı belirtileri tanımlamıştır. Bunların içinde sanrılarda bulunmaktadır. Sanrıların detaylı anlatımı da yer almaktadır (30).

2.2.1.5. Karl Jaspers

Varoluşsal psikanalizin gelişmesinde en önemli görevi üstlenmiştir. Psikiyatrik hastalıkların fenomolojisi ve psikiyatri hastalarının bireysel duyguları ile ilgilenmiştir. Jaspers' in çalışmaları şizofreninin en önemli belirtilerinden olan sanrı ve varsanıların anlamlarını ortaya çıkarma imkanı vermiştir (30).

2.2.1.6. Adolf Meyer

Meyer'e göre şizofreni yaşam içinde yaşanan stresli olaylara karşı bireyin bir reaksiyon olarak verdiği davranışsal uyum sorunudur. Bu tanımlama literatür içinde "Şizofrenik Reaksiyon" olarak adlandırılmıştır. Fakat, The Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM)' in baskılarında reaksiyon terimi kullanılmamıştır (30).

2.2.2. Şizofreni Epidemiyolojisi

Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni hastalığı tüm toplumlarda görülmesine rağmen hala net bir yaygınlık yüzdesi net olarak bilinmemektedir. Bu duruma hekime gitmeme, hastaların hasta olarak görülmemesi bunun yerine içine kapanmış, garip kişiler olarak tanımlanıp, toplum içinde bu şekilde kabul edilmesi de gelmektedir. Şizofreni insidansı üzerine yapılan her çalışmanın sonucu %0.4- 0.7 arasında bir sıklık tariflemektedir. Avrupa

ve Asya da hastalığın sıklığı %0.85 dir (31). 15-45 yaş arası şizofreni yaygınlığı ise %1 civarındadır. Ortalama yaygınlığı %1 kabul edilen şizofreni yaygınlığına şizofreni tanısı altında olan diğer hastalıklarda eklendiğinde bu oran %5 e kadar çıkabilmektedir (31).

Erkekler ve kadınlar arasındaki görülme sıklığı çok fazla fark göstermezken kadınlarda hastalığın daha erken yaşlarda başlayıp iyi seyirli olduğu, erkeklerde ise daha geç yaşlarda başlayıp kadınlara göre daha kötü seyirli olduğu görülmüştür (31).

Cinsiyet ve Yaş

Şizofreni her iki cinsiyette de ortak yaygınlıktadır. Fakat başlama yaşları ve gidişi farklılık gösterir. Kadınlarda 25 yaşından önce hastaneye yatma oranı erkeklerden daha düşüktür. Hastalığın başlama yaşı erkeklerde 10-25 yaş iken kadınlarda 25-35 yaş arasındadır. Kadınlarda %3-10 unda hastalık 40 yaşından sonra başlar. Tedavi alan hastaların yaklaşık % 90 ı 15-55 yaşları arasındadır. Şizofreni 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra başlaması çok nadirdir. Erkek hastalarda negatif belirtilerin daha yoğun görüldüğü ve kadınların sosyal ilişkilerinin daha az bozulduğu görülmektedir. Kadın hastalarda hastalık gidişatı daha iyi olmaktadır. Şizofreninin 45 yaşından sonra başlaması geç başlangıçlı şizofreni olarak adlandırılmaktadır (30).

Doğumsal Etkenler

Son zamanlarda kurumsallaşmasını tamamlayamamış hastanelerin olması, rehabilitasyon üzerine yoğunlaşmalar, toplum odaklı bakım politikaları şizofreni hastalarının üreme ve evlenme oranlarını arttırmıştır. Bu durumda şizofrenili ailelerin neredeyse toplum ile aynı oranda üremesini sağlamıştır fakat unutulmamalıdır ki şizofrenili ailelerin çocuklarının şizofreni olma oranı şizofrenili olmayan ailelere oranla on kat daha fazladır .

Tıbbi Hastalık

Şizofrenili kişiler sağlıklı kişilere göre daha yüksek kaza ve doğal ölüm oranlarına sahiptir. Bazı çalışmalar şizofreni hastalarının %80'nine önemli tıbbi hastalıkların eşlik ettiğini belirtmektedir. Fakat, tanımlanan oranın az olması bu durumların %50 kadarına tanı konmamış olabileceğini göstermektedir (30).

Enfeksiyon ve Doğum Tarihi

Şizofrenili hastalar doğum öncesi ve doğum sonrasında sağlıklı kardeşlerine göre daha çok komplikasyon göstermiştir.

Kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarda şizofreninin gelişme olasılığı daha yüksektir. ABD' yi de içeren kuzey yarım kürede şizofrenili hastalar daha çok ocak, nisan aylarında, Güney yarım kürede ise temmuz ve eylül aylarında doğarlar. Bu duruma virüs ya da beslenmedeki mevsimsel değişimler gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Başka bir hipoteze göre ise şizofreni genetik yatkınlığı bulunan kişiler mevsime özgü olumsuzluklar için düşük biyolojik savunmaya sahiptirler.

Gebelik komplikasyonları, grip, gebelik sırasında anne beslenmesinin yetersizliği RH uyuşmazlığı ve kış mevsiminde doğmanın şizofreni etiolojisinde yer aldığı düşünülmektedir. Bu etkenler, nöro gelişimsel süreci etkileyerek, şizofreninin nöro gelişimsel hastalık sürecini ortaya çıkarmaktadır. Gebelik sırasında yaşanan influenza ve viral enfeksiyonlar ensafalit olmaksızın şizofreninin bazı belirtilerini açıklamaktadır (30,31).

Madde Kötüye Kullanımı

Şizofrenide madde kullanımı (sigara hariç) yaygın olmakla birlikte yaşam boyu prevalans' ı %50'den fazladır. Bu oranın hastalarda yatış oranını ve psikotik belirtileri arttırdığı görülmektedir. Ayrıca, şizofreni hastalarında sokakta satılan uyuşturucuları kullanma sıklığı artmıştır. Şizofreni hastalarında kullanıcı olmayanlara göre yüksek esrar kullanımı (50 kereden fazla) kullanıcı olmayanlara göre 6 kat artmıştır. Amfetaminler, kokain ve benzeri ilaçlar psikotik belirtileri belirgin derecede arttırmaları nedeniyle psikiyatri hastaları açısından büyük bir endişe uyandırmaktadır (30,31).

Nikotin

Bu hastalarda nikotin bağımlılığı %90 a varmakta ve psikotrop ilaçların kandaki oranlarını azaltmaktadır. Şizofrenideki yüksek sigara içme oranı kısmen nikotinik reseptörlerdeki beyin anormalliklerine bağlı olabileceğine yönelik görüşler vardır. Nikotinik reseptörlerdeki özgün bir polimorfizmin şizofrenideki genetik risk ile bağlantılandırılmıştır. Aksine bir görüş olarak, nikotin kullanmanın şizofrenideki bazı bilişsel bozulmalar ve parkinsonizm üzerine iyileştirici etkisi olduğu

düşünülmektedir. Bunun nedeninin dopaminerjik nöronların nikotin ile aktive olması nedeniyledir. Son dönemdeki çalışmalar, nikotinin şizofreni pozitif belirtileri üzerine nikotinerjik nöronlara etki ederek bu belirtileri azalttığı görülmüştür. Özellikle ses gibi uyaranların algılanmasını azaltmaktadır. Bu anlamda sigara içimi hastanın kendi kendisini tedavi etmenin bir formudur (30,31).

Nüfus Yoğunluğu

Şizofreni olan ebeveynlerin çocuklarındaki şizofren oranı şehirlerde, kırsal toplumlara göre iki kat daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumdaki kişilerde şehir hayatındaki sosyal stresörler şizofreni riski oranını arttırmaktadır (30,31).

Ekonomik

Şizofreninin erken yaşlarda başlaması kişinin hayatında uzun dönemli ve erken bozulmaların yaşanmasına neden olmaktadır. Hastane hizmetleri, sürekli bakım, rehabilitasyon ve destek hizmetleri gibi ekonomik yüklerin fazla olması hastalığın mali boyutunun artmasına neden olmaktadır. ABD’de şizofreni hastalarının tedavi maliyetlerinin tüm kanserlerin mali yükünü aştığı tahmin edilmektedir ve öyle ki ABD’deki evsizlerin %15 ila %45’nin şizofreni tanısına sahiptir (30,31).

2.2.3. Şizofreni Etiyolojisi

Genetik Etkenler

Şizofreni ve şizofreni ile ilgili bozukluklar bu bireylerin biyolojik akrabalarında daha yüksek oranda görülmekle birlikte bir kişinin şizofreni olma olasılığı hasta bir şizofreni bireye yakınlığı ile orantılıdır. Aynı birikime sahip tek yumurta ikizlerinde %50 konkordans oranı vardır. Bu oran çift yumurta ikizlerindeki ve diğer birinci derece akrabalarındaki (kardeş, ebeveyn yada çocukların) hastalığın görülme oranından dört beş kat daha fazladır. İkinci ve üçüncü derece akrabalarındaki şizofreni oranının düşmesi genetik etkenlerin rolünü de göstermektedir. Evlatlık olarak verilmiş ve sonrasında şizofreni gelişen hastaların biyolojik akrabalarında hastaya bakım veren kişilere göre daha yüksek oranda şizofreni görülmesi genetik kalıtımı daha fazla desteklemektedir. Tek yumurta ikizlerinden birinin şizofreni olması durumunda bir diğərinin kesinlikle şizofreni olması gibi bir durum beklenmez. Bu durum çevresel etkenlerinde şizofreni oluşumunda etkisi olduğunu göstermektedir. Şizofrenide

eğilim-yatkınlık modeli eğer çevresel etkiler içinde doğru kabul edilirse şizofreniye neden olabilir ya da önlenabilir. Bazı veriler 60 yaş sonrası baba olan erkeklerin çocuklarında şizofreni gelişimi açısından büyük riskler olduğunu göstermektedir. Bu durum yaşlı erkeklerin genç erkeklere göre spermatogenezde daha fazla epigenetik hasara açıktır (30, 31).

Nörokimyasal Etkenler

Dopaminerjik aktivitenin artması sonucu şizofreninin ortaya çıkması dopamin hipotezinin en kaba tabiridir. Bu hipotez iki yolla desteklenmektedir. Birincisi bir çok antipsikotik ilacın dopamin-reseptör antagonisti olması ile dopamin reseptörlerine etki edebilme yetenekleriyle bağlantılıdır. Bir diğer teori ise kokain ve amfetamin gibi dopaminerjik aktiviteyi attıran ilaçların psikomimetik olmasıdır. Bu teori dopamin fazla salınımına mı, çok sayıda dopamin reseptörüne mi, dopamine karşı dopamin reseptörlerinin hipersensitivitesine mi veya bu mekanizmaların hepsine birden mi bağlı olduğu hala açıklanamamaktadır. Ayrıca bunların üzerinde durulmasına rağmen beyindeki hangi dopamin yollarının etkili olduğu belirlenememiştir. Bu yollardaki dopaminerjik nöronlar orta beyindeki hücre gövdelerinden limbik sistem ve serabral kortekste dopaminoseptif nöronlara uzanırlar.

Şizofreni hastalarında artmış dopamin salınımı pozitif psikotik belirtilerin ciddiyetini artırır. İlaç kullanmayan şizofreni hastalarında yapılan dopamin reseptörleri ile ilgili pozitron emisyon tomografi çalışmalarında hastaların kaudaktik nükleustaki D2 reseptörlerinde artış gözlemlenmiştir. Ayrıca amigdalada artmış dopamin konsantrasyonu entorhinal kortekste dopamin taşıyıcı yoğunluğunda azalma ile dopamin tip 4 reseptörler sayısında artma bildirilmiştir (30, 32).

Ortaya çıkan negatif ve pozitif belirtilerin bir nedeni de serotonin fazlalığına bağlanmaktadır. Güçlü serotonin antagonist aktivitesi olan klozapinin diğer ikinci kuşak antipsikotiklerle birleştiğinde kronik şizofreni hastaları üzerinde pozitif belirtileri azaltması bu önerinin gerçekliğini kanıtlar niteliktedir (32).

Norepinefrindeki artış bireyin uyaranlara karşı duyarlılığında artışa neden olmaktadır. Bazı hastaların incelenen beyin sıvılarında nöradrenalinde artma olduğu görülmüştür (32).

Şizofrenide kortikal GABAERJİK ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA geri alım bölgelerinde azalma

görülmüştür. Yani bu demektir ki GABA etkinliğinin azalması, dopamin etkinliğinin artmasına neden olmaktadır (31, 32).

Psikososyal Etkenler

Psikoanalitik görüşe göre hastanın çocukluktan başlayan güven duygusunun sağlanamaması, sık sık yaşadığı hayal kırıklıkları, kişiler arası ilişkilerindeki sorunlar nedeniyle bu tür bireylerde ego gelişimi zedelenir. Bu durum egonun parçalanmasına neden olur. Gelişemeyen ve parçalanan ego nesnelere yönelmek yerine kişinin bedenine yöneltilerek psikotik belirtilere neden olur. Bu durum şizofrenide benlik zayıflığına ve erken dönem narsizmine gerilemeye neden olur. Bu duruma bağlı olarak seyreden negatif belirtilerin savunma ve adaptasyon belirtileri olduğu düşünülür (30, 32).

Aile varsayımında ailelerle ilgili ciddi sorunlar olduğu, çocuğun ebeveynin biri tarafından özel bir ilgi gördüğü, diğer ebeveynin ise ileri derecede bağımlı ve edilgen olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin birbirinden doyum ve destek görmediği bu nedenle tüm sevgi ve ilgisini çocuğa yönlendirdiği görülmüştür (32). Bir diğer teori ise ikili çıkmaz olarak adlandırılır. İkili çıkmazda çocuklar ebeveynlerinden çelişkili ve tutarsız davranış, tutum ve duygular görmektedir. Bu durumdan kaçınmak isteyen çocuk psikotik döneme geri dönmektedir (30).

2.2.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular

Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreni çok belirtili bir hastalık olması nedeni ile tipik bir betimleme yapılamaz. Ancak hastaların çoğunda tanımlanan belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, çekingnlik ve donukluk hali görülebilir. Bazı hastalarda bakımda yetersizlik vardır. Kıyafetleri uyumsuz, kirli ve düzensiz görülebilir. Hasta uzun süre banyo yapamadığı için ter kokabilir ya da ağız bakımı çok kötü olabilir (30).

Konuşma ve İlişki Kurma

Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda hastalığın seyirine göre konuşma ve ilişki kurmada değişiklikler görülebilir. Hastalığın alevli dönemlerinde konuşma içeriği, hastanın sanrılarına yönelik olabilir. Bunun yanı sıra sözcükleri vurgulamada düzensizlik, kendi ifade etmede zorluk, cümle içeriğinin fakirleşmesi gibi durumlar görülebilir. Bu durumlara bağlı olarak ilişki kurmada da zorluk görülmektedir. Bu

dönemde hastanın anlaşılabilir olduğu düşünülebilir ve algıda artma olabilir (30, 31, 32).

Dikkat, Bellek ve Bilisel Yetiler

Hastalarda bellekte herhangi bir değişiklik olmamasına rağmen soyutlama alanında problemler görülebilir. Bu dönemde dikkati azalan hastanın buna bağlı olarak çevreye ilgisi de azalır. Hastaya herhangi bir uyarı verilmemişken emir veren, kendini aşağılayan sesler duyabilir (30, 31, 32).

Hareket

Şizofrenide ilk görülen bulgulardan biri rutin yapılan eylemin azlığı olabilir. Bu isteksizliğin yanı sıra emir veren seslere anında cevap verme vardır. Taşkınlık, ilgisizlik gibi durumlar görülebilir (31, 32, 33).

Duygulanım

Klasik olarak duygu azalması sık görülür. Bu tür hastalarda tepkisizlik, ilişki kurmakta güçlük, küntlük ve tez düzeylik belirgindir. Bir durum karşısında basit tepkiler gösterebilir. Negatif belirtilerin baskın olduğu tablolarda ağır çökkünlük belirtileri görülür (11, 31, 32).

Düşünce

Düşüncenin biçiminde ve sürecinde önemli bozukluklar vardır. Düşünce içeriği fakirleşir, olayları anlatırken anlamsız cümleler kurabilir, kendisi yeni bir dil uydurabilir, düşünce içeriğinde bloklar oluşabilir, sık sık aynı kelimeleri tekrarlayabilir. Zaman zaman ise konuşma içeriği ve kullandığı kelime sayısı ortalamaya göre artabilir (30, 31, 32, 33).

Somatik Belirtiler

Hastalarda aşırı yemek yeme, aşırı kilo alma yada yemek yememe ve kilo kayıpları görülebilir. Uyumada, uykuya dalmada güçlük görülebilir. Bazen ilaçların yan etkisine bağlı cinsel isteksizlik görülebilir (30, 31, 32, 33).

Saldırganlık Davranışı

Şizofreni hastalarında hastalığın doğasından kaynaklanan kötülük görme düşünceleri ya da paranoid düşünceler oluşabilir. Bu düşüncelere sahip hastalarda olaylara karşı verilen artmış tepkiler olabilir. Bu tepkiler saldırganlık veya impulsif

davranışlar için önemli bir etmendir. Bu gibi durumlar, hastayı kısıtlama altına almayı ve akut sedasyonu gerektirebilir. Saldırganlık davranışlarının paranoid türde daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (34, 35).

2.2.5. Şizofrenide Tedavi

Şizofreninin tedavisinde en etkili yöntemler antipsikotiklerin kullanımı, elektrokonvülsif tedavi ve psikoterapilerdir. Tedaviler planlanırken bireye özgü dönemlere göre ve yan etkilere göre planlanması gerekmektedir.

2.2.5.1. Şizofrenide İlaç Tedavisi

Antipsikotik ilaçlar şizofreni tedavisinin en önemli ve en büyük parçasını oluşturmaktadır. İlaçların nasıl etki ettiği hala tam olarak aydınlatılamasa da dopamin reseptörlerini bloke ettiği bilinmektedir. Antipsikotik ilaçların etkileri yaklaşık 3 hafta içerisinde görülmeye başlanır. Oral yada kas içi olarak ilaçlar uygulanabilir. Antipsikotik ilaçlar tipik ve atipik olarak ayrılmaktadır. Tipik antipsikotikler sanrı, varsanı, saldırganlık gibi psikotik belirtileri baskılamak, negatif belirtilerde yetersiz kalabilmektedir. Atipik antipsikotikler ise tipik antipsikotiklere göre yan etkileri daha az olan yeni kuşak antipsikotikler olup negatif psikotik belirtilerde etkili olduğu bilinmektedir (36).

2.2.5.2. Şizofrenide Elektrokonvülsif Tedavi

Elektrokonvülsif tedavinin tam olarak etkinliği bilinmese de yeni nöron oluşumunu uyardığı hipotezi üzerinden gidilmektedir. Şizofreniye eşlik eden antipsikotiklerle gerilemeyen negatif belirtilerde, şizofreni tablolarında görülen katatonilerde ve klozapin ile kombine güçlendirme tedavisinde kullanılmaktadır (31, 37).

2.2.5.3. Şizofreni Tedavisinde Psikoterapi

Şizofrenili bireylerin benliğine ve çevresine olan güvenleri ciddi biçimde azalmıştır. Bireyin insanlarla olan iletişiminde, hayal kırıklıkları, kandırılacağına dair düşünceler, aldatılmalar, bireyselliğin yitirileceğine dair korkular, yenilme gibi endişeler baskındır. Hasta bu endişeleri yaşarken çevreyle olan iletişimini başlatmakta

ve sürdürmekte büyük sorunlar yaşamaktadır. Hem çevrele olan iletişimini sürdürmek istemekte, hem de bu endişelerine engel olamamaktadır. Endişelerin verdiği geri çekilme ise çevreyle olan iletişimini sürdürememesine neden olmaktadır. Bu çıkmaz döngü bireyin bocalamasına neden olmaktadır. Bu tür bocalamaya sahip hastaların, güvendiği ve sürekli iletişimde olabildiği bireylerin olması gerekmektedir. Bu nedenle şizofrenide psikoterapinin ve psikoterapötik yaklaşımın önemli bir yeri vardır. Psikoterapiler bireyin becerilerini geliştirmek, daha az stresli ortam sağlamak, bunaltıların ve çökkünlüklerin azaltılması, hastanın ilaçlarını düzenli kullanması gibi birçok konuda etkin bir yöntemdir (31, 37).

2.3. Şizofreni ve Psikoeğitim

Şizofreni hastalığında tedavi sadece antipsikotik ilaçların etkinliğine değil, hastanın tedaviyi sürdürme düzeyine ve tedavi uyumuna da bağlıdır. Şizofreni hastalarının tedavi uyumsuzluğunun hastaneye yatış öncesinde ve hastaneden taburculuk sonrasında yüksek riskli olduğu görülmüştür. Uyumsuzluğun nedenleri arasında hastanın hastalığa ilişkin bilgisinin yetersiz olması, tedaviye karşı yetersiz bilgilenme ya da yanlış yorumlama, ilaçlara yönelik algının düşük olması, iç görü eksikliği gibi nedenler olduğu görülmüştür (38, 39).

Şizofrenide ilaç tedavisinin ayrılmaz parçası da hiç şüphesiz psikoeğitimidir. Hastalara yönelik verilen ilk eğitimler sadece tıbbi tedavi bilgisini içerirken ilerleyen zamanlarda hastalığın nedenleri, tedavisi ve hastalıkla baş etme yöntemleriyle ilgili bilgiler de eklenmiştir. Hastalara bu bilgilerin verilmesinin amacı hastalığı tanıyarak hastalığın erken belirtilerini bilme, ilaç uyumunu arttırarak nükseleri önleme, şizofreni ile başa çıkabilme, yanlış inanç ve bilgileri ayırabilme, hastayı iş birliğine teşvik etmektir. Her psikotik alevlenme şizofrenide nüks ihtimalini arttırmaktadır. Hastalığın ilk görüldüğü dönemlerde iyileşme ve toplumsal beceri yüksek iken, hastalığın sık sık tekrarlamasıyla düşüşler gözlemlenmektedir (40).

Şizofreni hastalığında erken belirtileri tanımada hastaların hastalığa dair bilgilerinin ve izlemlerinin sağlık çalışanlarının izlemleri kadar etkin olduğu belirtilmektedir. Erken belirtilerin fark edilmesi sayesinde müdahalenin erken zamanda olması hastalığın tekrar nüks etmesini azaltabilmektedir. Ayrıca, hastaların

hastalıklarına dair bilgilerinin yeterli olması hastaların benlik saygısını arttırmaktadır. Benlik saygısı artan hastalarda işlevsellik deartmaktadır (40).

Hastalık bilgi düzeyi yüksek şizofreni hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmasına bağlı olarak, tekrar alevlenmelerin ve hastaneye yatışların azaldığı, sosyal işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin arttırdığı görülmüştür. Yine hastalık bilgi düzeyini yükseltmek amacıyla verilen psikoeğitimlerin bireyin hastalığını kabul etmesini sağlayarak, içinde bulunduğu hastalık durumunu iyileştirmeye çalışmasına olanak sağlar (41).

2.4. Şizofrenide İlaç Uyumu

Kronik tüm hastalıklarda, tedaviye uyumsuzluk hastanın iyileşmesini engelleyen en önemli faktörlerden biridir. Psikiyatri hastalarına bakıldığında hastaların kontrollerine gelmeme oranları %20 ile %50 arasında değişirken, özellikle şizofreni hastalarında bu oran %70-%80'e kadar çıkabilmektedir. Bu durum, hastalığın tekrar nüks etmesine neden olan önemli bir problemdir.

Hastanın önerilen tedaviyi kullanmaması ya da uygun şekilde kullanmaması, kendi istediği ilaçları kullanması, kontrollerine düzenli gelmemesi tedavi uyumsuzluğunun temel sebepleridir. Tedavi uyumsuzluğu değerlendirildiğinde hastaların üçte birinin tedaviye uyumlu olduğu, üçte birininkisinden uyumlu olduğu, üçte birinin ise tedaviye uyumsuz olduğu belirtilmektedir. Antipsikotik ilaç kullanımı şizofrenide tedavinin ana bileşeni olmasına rağmen hastaların uyumsuzluk oranının %11-%80 arasında değiştiği görülmüştür (16, 39).

Antipsikotikler, şizofreni tedavisinde bir çok fayda sağlarken hastaların rahatsızlık duyabileceği yan etkilere de neden olmaktadır. Bu yan etkiler hastanın fizyolojik, biyolojik, cinsel ve sosyal işlevleri üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Antipsikotik kullanan hastalarda yapılan çalışmalarda libido kaybı, empotans, beden kitle indeksinde artış, uykululuk hali gibi yan etkiler yüksek oranda gözlemlenmektedir. Özellikle tedavinin başlarında hastada görülen diston, akatizi ve akinezi gibi yan etkilerin hastanın ilaç uyumsuzluğunu etkilediği belirtilmiştir. İlaç uyumsuzluğunun neden olduğu sonuçların ciddiyeti nedeni ile uyumsuzluğun önlenmesi, ilaç uyumunun yükseltilmesi, tedavi ekibinin önemli amaçlarından olmalıdır (42, 43).

2.5. Şizofrenide Öz yeterlilik

Özyeterlilik tanımı ilk olarak Bandura tarafından tanımlanmıştır. Bandura bu kavramı bireyin yaşamını etkileyen olayların kontrolünü ele alma inancı olarak tanımlamıştır. Bu tanım Sosyal-Bilişsel teorinin merkezinde yer almaktadır. Bu da davranışların sadece bilgiye yönelik değil, bu bilgiyi kullanarak harekete geçmeye yönelik beklentileri açıklar. Özyeterlilik beklentisi kişinin harekete geçmek için gerekli olan motivasyonu sağlayarak ve bilişsel kaynaklarını kullanarak yeteneklerine olan inancını yansıtır (19, 44).

Genel özyeterlilik ise kişinin bir duruma özgü sergilediği yeteneklerine ilişkin algısı olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak ise kişinin karşılaştığı bir çok olayla başa çıkmasında genel güveni olarak tanımlanır. Bireyin geçmiş yaşantısındaki deneyimleri, bireyin genel özyeterlilik inancını etkilemektedir. Bandura genel özyeterlilik inancının bireyin davranışlarını doğrudan etkilediğini söylemektedir (19, 44). Genel özyeterlilik kavramı şizofreni gibi yeti yetiminin fazla olduğu psikiyatrik hastalıklarda ele alınması gereken önemli bir konudur (45).

Yeti yitimi ruhsal hastalıklar nedeni ile iş ve güç görememe, temel yaşamı aksatan hal, hukuki yönden de önemi olan bir durumu tanımlar (45). Şizofreni hastalarında yeti yitiminin fazla olması hastaların genel öz yeterliliğinde azalmalar olmasına neden olmaktadır. Özyeterliliği yüksek hastalarda sağlık davranışlarının yüksek olduğu görülmüştür (46, 47, 48, 49).

2.6. TRSM ve Hemşirelik

Hemşirelik mesleğinde son yıllarda oldukça büyük gelişmeler ve değişimler yaşanmaktadır. Mesleki eğitimin gelişmesi ,uygulama alanlarının gelişmesi ve teknolojik ilerlemeler birçok iş dalında olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de uzmanlaşmayı ortaya çıkarmıştır. 2011 yılında yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde uzman hemşire “Lisans mezunu hemşirelerden; yurtiçinde hemşirelik anabilim dallarında ve bunların altında açılan lisansüstü eğitim programlarından mezun olan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler ile yurtdışında bu programlardan mezun olup, diplomalarının denklikleri onaylanan ve diplomaları Bakanlıkça tescil edilen hemşireler alanlarında uzman hemşire olarak çalışırlar.Uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi,

beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir.” şeklinde tanımlanmıştır (49). Psikiyatri hemşireliği de bir uzmanlık dalıdır.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi kendiliğin amaçlı kullanımını sanatsal olarak kullanan, bilim olarak ise psikososyal ve norobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir (51). Psikiyatri hemşireliği psikiyatrik hastalıkların tedavi ve bakım alanı ile uğraşırken, ruh sağlığı hemşireliği ise rehabilitasyon ve riskli grupların ruh sağlıklarının desteklenmesi ile uğraşmaktadır. Ruh sağlığı hemşireliğinin en iyi uygulama alanı ise toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin verildiği toplum ruh sağlığı merkezleridir (51).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri toplum temelli ruh sağlığı hizmet verilen birimdir. Ülkemizde, hastanede yürütölen psikiyatrik sağlık hizmetlerinin koruyuculuk ve rehabilitasyonda yetersiz olduğu görölerek Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politika metninde, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeline geçiş önerilmiştir. Bu doğrultuda Ulusal Ruh Sağlığı Eylem planı hazırlanarak hastane temelli tedaviden toplum temelli tedavi modeli geliştirildi (23).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, hastaların ilaç tedavilerine uyumu, ev ziyaretleri, ev ziyaretleri sırasında hastaların tedavilerinin uygulanması, aile ve hastanın psiko eğitimi, hastaların merkeze yönlendirilmesi, hastalığın alevli döneminde hastanın hastaneye sevki gibi süreçler takip edilmektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin hastalardaki işlevsellik düzeyini arttırdığı ve yaşam kalitesini yükselttiği bir çok çalışmada belirtilmiştir.

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin de kaliteli şekilde yürütölebilmesinde sağlık ekibi önemli bir faktördür. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde hastayla en çok iletişim kuran kişilerden biri de hemşiredir. 2011 tarihinde yayınlanan TRSM’ler hakkında yayınlanan yönetmelikte bu merkezlerde çalışan hemşirenin sorumlulukları şu şekilde açıklanmıştır (27, 52):

- Merkeze gelen hasta ve hasta yakınlarına merkez hakkında bilgi vermek,
- Hastalara bireysel danışmanlık yapmak,
- Grup terapisinde bulunmak,
- Psiko-sosyal beceri eğitimleri vermek,
- Hasta ve ailelerine psiko-eğitim vermek,
- Ev ziyaretleri yapmak, ev ziyaretleri sırasında hastaneye yatış ihtiyacı olan hastaların nakledilmesini sağlamak,
- İstatistiksel bilgileri toplamak,
- Hastaların merkeze devamını sağlamak ve bununla ilgili aile ile gerekli iletişimi sağlamak,
- Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili aydınlatılmasını sağlamak ve hastaların stigmatizasyonunu önlemek,
- Hastaların genel tıbbi durumunu kayıt altına almak ve hastaların gerekli takip ve tedavilerini uygulamaktadır (27).

Yine TRSM hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları 2011 yılındaki hemşirelik yönetmeliği ile belirtilmiştir (52).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofrenik bozukluğu olan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi ve görüşleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 3133 nolu proje ile desteklenmiştir.

3.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın “Etik Kurul Onayı” Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu’ndan alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı hastanelerden ve bu hastanelerin bağlı bulunduğu ilgili Kamu Hastaneler Kurumundan Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığıyla gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırmaya katılan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Araştırmacı araştırmayı kabul eden kişilere anket uygulaması öncesinde kendini tanıtarak araştırmanın amacını açıklanmış, nasıl doldurulacağı ve ne kadar zaman alacağı konusunda bilgi vermiştir. Araştırmayı kabul eden hastalardan gönüllü olur formu onamları alınmış ve imzalatılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara ili 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Seketerliğine bağlı Yeni Mahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM’nde 1 yıl boyunca ve T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara ili 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Seketerliğine bağlı Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi TRSM’nde 3 ay boyunca uygulama yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı TRSM’lerde şizofreni, depresyon, şizoaffektif bozukluk, bipolar affektif bozukluk tanıları ile takip edilen hastalar bulunmaktadır. Bu merkezlerde etkileşim terapisi, hastalara yönelik psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, öz bakım eğitimi, E-KPSS kursu gibi aktiviteler yer almaktadır. Hastalar merkezlere ait servislerle evlerinden alınarak servise getirilmektedir. Merkezlerde 09:00’ dan 16:00’

ya kadar hizmet verilmektedir. 16:00' dan sonra hastalar, evlerine servisle bırakılmaktadır. Merkeze gelemeyen hastalar için ev ve iş yeri ziyaretleri yapılmaktadır. Bu ziyaretlerde hastaların tedavileri uygulanmakta, hastalık durumu tekrar gözden geçirilerek gerekli ilaç değişiklikleri yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'nde ve Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi TRSM'ne kayıtlı, 18 yaşından büyük en az ilkokul mezunu ve araştırmaya katılmayı kabul eden şizofreni hastaları oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Araştırma ilk olarak Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'nde yapılmak üzere planlanmıştır. Yenimahalle TRSM ye kayıtlı 356 hastadan TRSM ye gelen hasta sayısının 1 yıl uygulama sonrası 28 hasta olması nedeni ile hasta sayısı az bulunarak Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi TRSM'ne ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'ne de çalışmanın yürütebilmek için izin yazıları yazılmıştır. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi için gerekli çalışma izinleri verilirken Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'nden iş yoğunluğu nedeni ile gerekli izinler alınamamıştır. Bu nedenle çalışma 48 hasta ile tamamlanmış olup çalışma sonrası yapılan güç analizinde çalışmanın gücü 0,65 olarak hesaplanmıştır.

Yenimahalle TRSM ye kayıtlı 356 hastadan 28' i ve Sincan TRSM ye kayıtlı 437 hastadan 24' ü merkeze devamlı olarak gelmektedir. Bu hastaların Yenimahalle TRSM' den 26' sı ve Sincan TRSM' den 22' si 18 yaşından büyük olma, en az ilkokul mezunu olma ve şizofreni tanısı ile takipli olma ile çalışmanın kriterlerini karşılayarak araştırmaya katılmıştır. Araştırmaya katılmayan 4 hastanın 2' si bipolar efektif bozukluk, 1' i depresyon tanısıyla takipli olup, 1' i ise okuma yazma bilmemektedir.

3.5. Araştırmada Verilerinin Toplanması

Araştırmada; "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgi ve Görüşleri ile İlaç Uyum ve Genel Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasında ki İlişkinin İncelenmesi." İle ilgili belirlemede bulunabilmesi amacıyla Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde bir yıl, Sincan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ise 3 ay uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında

anket tekniği uygulanmıştır. Anketler hastalarla görüşme odalarında bire bir, yüzyüze doldurulmuştır.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında Kullanılan Anket ve ölçekler

Çalışma da veri toplamak amacıyla “Hasta Tanıtıcı  zellikleri Formu” (Ek-2), hastaların hastalıkları hakkında bilgilerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan “Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi” (Ek-3), “Morisky Uyum  l eği (MU )” (Ek-4), “Genel  z Yeterlilik  l eği (GÖYÖ)” (Ek-5) uygulanmıştır.

Veri toplama araçları ile ilgili özellikler aşağıda yer almaktadır.

3.6.1. Hasta Tanıtıcı  zellikler Formu (EK-2)

Araştırma kapsamında uygulama yapılan TRSM lere düzenli devam eden hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve hastaneye yatış sayısı gibi demografik verilerin belirlenmesi amacıyla araştırmacı ve Dr. Öğr. Üyesi Birg l  zkan tarafından geliştirilen “Hasta Tanıtıcı  zellikler Formu” kullanılmıştır (54).

3.6.2. Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi (EK-3)

Bu anket şizofrenik bozukluğu olan hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Dr. Öğr. Üyesi Birg l  zkan ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan yedi a ık uçlu sorudan oluşmaktadır. Bilgi düzeyini ölçen sorular kısa, net, hastaların anlayabilceği şekilde hazırlanmıştır (31, 54).

3.6.3. Morisky Uyum  l eği (EK-4)

Bu  l ek Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve 1986’da Morisky, Green, Levine tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır (39). Bu  l ek 4 sorudan oluşmaktadır. Sorular evet/hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne ‘hayır’ cevabı verilmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya ‘evet’ cevabı verilmiş ise ilaç uyumu orta,    ve dört soruya ‘evet’ cevabı verilmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilmektedir. Kısa, kolay uygulanabilir, güvenilir bir ölçek olduğu saptanmış

olup birinci basamakta kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede kullanılmaktadır (55). Ölçeğin cronbach alfa değerleri 0.61 bulunmuştur. Bu çalışmada ise cronbach alfa değerleri 0.693 bulunmuştur.

3.6.4. Genel Öz yeterlilik Ölçeği (EK-5)

Genel öz yeterlilik ölçeği ilk olarak 1979 yılında, Jerusalem ve Schwarzer tarafından Almanya'da geliştirilmiştir. İlk geliştirildiğinde 20 maddeden oluşan ölçek 1981'de aynı araştırmacılar tarafından revize edilmiş ve madde sayısı 10'a indirilmiştir. Aypay tarafından 2010 yılında yapılan Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 693 kişi üzerinde yapılmıştır. Ölçek bileşenleri için Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.79 ve 0.63'tür. Toplamda hesaplanan Alfa katsayısı 0.83'tür. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.80 dir (19).

Frank ve arkadaşları tarafından 2004 yılında ölçek şizofrenili 78 bireyden oluşan bir örneklemede test edilmiş ve yüksek iç tutarlılığa (0.92-0.93) sahip olduğu ve iyi tekrar-test (0,75-0,94) güvenirliğine sahip olduğu bulunmuştur (22).

Genel Özyeterlilik Ölçeği-Türkçe formu 18 yaş ve üstü en az ilkokul mezunu kişilerin genel özyeterliliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araçtır. GÖYÖ'deki tüm maddeler olumlu yönde puanlanmakta ve 10 ile 40 arasında puan alınmaktadır. Yüksek puan genel öz yeterliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. (19, 44). Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.915 bulunmuştur.

3.7. Araştırmanın Uygulaması

3.7.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara ili 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Seketerliğine bağlı Yeni Mahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde sürekli takip edilen ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 5 hasta ile 13.04.2016 ve 20.04.2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre ölçek formlarında anlaşılmakta güçlük çekilen bazı sorulardaki anlatım bozuklukları giderilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7.2. Uygulama

Araştırmaya katılan hastalara “Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu” (Ek-2), hastaların hastalıkları hakkında bilgilerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan “Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi” (Ek-3), “Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ)” (Ek-4), “Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)” (Ek-5) kullanılarak bire bir görüşme ile veriler doldurulmuştur. Görüşmeler hastaların mahremiyetlerini koruyacak şekilde sadece araştırmacı ve hastanın bulunduğu, diğer bireylerin verilen cevapları duyamayacakları görüşme odalarında yapılmıştır. Hastalara çalışmanın konusu ve neden yapıldığı ve araştırmacıya nasıl ulaşabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir. Tüm sorular çalışmaya katılan hastalara tek tek yüksek sesle okunmuştur.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Çalışmada yer alan bireylerin sayısal değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelendi. Normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (minimum; maksimum) kullanıldı. Ek bilgi olarak ortalama±standart sapma değerleri verildi. Kategorik değişkenlerde sayı (n) ve yüzde (%) verildi.

Morisky ölçeğine göre belirlenen gruplarda kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki kare, Fisher ki kare, Yates ki kare testlerinden uygun olan yöntem kullanıldı. GÖYÖ skorlarının bağımsız iki grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden çok grupta karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testinden yararlanıldı. İkiden çok grup karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda düzeltmeli sonuçlar yorumlandı. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman rho korelasyon katsayısı ile incelendi.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

- Hastaların sosyo demografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, medeni durum...).
- Hastaların şizofreni ile ilgili bilgileri (Şizofreninin tanımı, belirtileri....).

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

- Morisky Uyum Ölçeği ilaç uyumu düzeyi
- Genel Öz Yeterlilik Ölçeği puanı

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma Yenimahalle TRSM de yapılmak üzere planlanmış olmasına rağmen o dönemde TRSM. kayıtlı 356 hastadan sadece 28 ine ulaşılmıştır. Bu nedenle daha geniş evrene ulaşılabilmek için 2 TRSM ye daha gerekli izin yazıları yazılmış ve sadece 1 tanesinden izin alınmıştır. Bu nedenle çalışmanın toplam 2 TRSM de 48 hasta ile tamamlanmış olması çalışmanın önemli bir sınırlılığı olarak düşünülmektedir. Bunun diğer nedenleride yüksek lisans süresinin sınırlı olması ve kurum izinlerinin uzun süre alması sebebiyle başka kurumlara izin yazıları yazılamamıştır. Çalışmaya başlamadan önce TRSM ye kayıtlı hasta sayısı ile gelen hasta sayısı arasında büyük fark olması, o dönemde TRSM ler de gerçekçi kayıtlar olmaması çalışmanın önemli sınırlılıklarındandır. Bu merkezlerde çalışma yapacak kişilerin bu hususa özellikle dikkat etmesi gerekebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 48).

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	18	37.5
Erkek	30	62.5
Yaş		
18-35 yaş	14	29.2
36-45 yaş	13	27.
46 yaş ve üzeri	21	43.8
Medeni Durum		
Evli	15	31.3
Eşi ölmüş	-	-
Boşanmış	11	22.9
Hiç evlenmemiş	22	45.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	8	16.7
Çalışmıyor	40	83.3
Meslek		
Mesleği olmayan	20	41.7
Emekli veya malulen emekli	9	18.8
Kamu görevlisi/Özel sektör/Serbest meslek	19	39.5
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	21	43.8
Lise	17	35.4
Yüksek okul-Üniversite	10	20.8
Hastane Yatışı (Ortanca, min-max)		
Ortanca=3 (min=1; max=15)	43	89.6
Hastanede Ortalama Yatış Günü (n= 43)		
1-30 gün	26	60.5
31-60 gün	11	25.6
61 gün ve üzeri	6	14.0
Hastaneye Son 1 Yılda Yatışı Olanlar (n= 43)		

Son 1 yılda yatışı olanlar	4	9.3
İlaç Kullanım Süresi		
1-10 yıl	11	22.9
11-20 yıl	23	47.9
21 yıl ve üzeri	14	29.2

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların %62.5 ‘inin erkek, %46,3’ ünün 18-45 yaş arasında, % 45’ inin hiç evlenmemiş, %83.3 ‘ ünün herhangi bir işte çalışmadığı, % 41.7 sinin mesleğinin olmadığı, %43.8’ inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Hastaların % 89.6’ sının hastaneye yatışı bulunmakla birlikte yatış sayısı ortancası 3’ tür. % 60.5’ inin hastanede ortalama yatış gününün 1 ile 30 gün arasında olduğu, % 9.3’ ünün son 1 yılda hastaneye yatışı olduğu ve %47.9’ unun ilaç kullanım süresinin 11-20 yıl olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreni hastalığını tanımlamalarına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=47).

Şizofreni Hastalığını Tanımlamaya İlişkin Görüşleri	n	%
Biyolojik nedenlere bağlı bir hastalık	19	40.4
Stres, umutsuzluk, ruhsal çöküntünün neden olduğu duygu bozukluğu veya zihin parçalanması durumu	13	27.7
Hayal görme, şüphe ve kuşku durumu	13	27.7
Zeki insanların yakalandığı bir hastalık	2	4.2

Tablo 4.2’de hastaların çoğunluğu (% 40.4) şizofreni hastalığını biyolojik nedenlere bağlı bir hastalık olarak tanımlarken% 4.2’ü yalnızca zeki insanların yakalandığı bir hastalık olarak tanımlamıştır.

Tablo 4.3. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreni hastalığının nedenlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=48).

Şizofreninin Nedenlerine İlişkin Görüşleri	n	%
Genetik ve beyin biyokimyasındaki bozukluklar nedeniyle gelişir	19	39.6
Stres, üzüntü, depresyon gibi bireysel ve çevresel durumlar nedeniyle görülür	17	35.4
Belirli nedeni yoktur/ nedenini bilmiyorum.	9	18.8
Fiziksel bir hastalık ve madde kullanımına bağlı olarak gelişir	3	6.2

Tablo 4.3’de çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu (% 39.6) şizofreni hastalığının genetik ve beyin biyokimyasındaki bozukluklar nedeniyle geliştiğini tanımlarken % 6.2’ yalnızca fiziksel bir hastalık ve madde kullanımına bağlı olarak geliştiğini belirtmiştir.

Tablo 4.4. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofrenin başlama zamanına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n= 48).

Şizofreninin Başlama Zamanına İlişkin Görüşleri	n	%
15- 45 yaş arasında başlar	29	60.4
Her yaşta başlayabilir, yaş sınırı yoktur yada Allah ile uzaklaşınca başlar	9	18.7
0-15 yaş arasında başlar	8	16.7
45 yaş ve üzerinde başlar	2	4.2

Tablo 4.4’de çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu (% 60.4) şizofreni hastalığının 15-45 yaş arasında başladığını ifade ederken % 4.2’si yalnızca 45 yaş ve üzerinde başladığını belirtmiştir.

Tablo 4.5. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin belirtilerine yönelik görüşlerinin dağılımı (n=46)

Şizofreninin Belirtilerine İlişkin Görüşleri	n	%
Sanrı, halüsinasyon, paranoya ve kuşku, şüphencilik	19	41.3
Toplumdan izole olma, isteksizlik, içe kapanma ve intihar düşüncesi	11	24
Baş ağrısı, unutkanlık, yüz kızarması, titreme, beyin durması, yüz hatları ve hafıza kaybı	10	21.7
Sinirlilik, üzüntü, kaygı, korku vb duyguları göstermesi	6	13.0

Tablo 4.5’de çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu (% 41.3) şizofreninin belirtilerinin sanrı, halüsinasyon, paranoya ve kuşku, şüphencilik olduğunu% 13’ü yalnızca sinirlilik, üzüntü, kaygı, korku vb duyguları göstermesi olarak belirtmiştir.

Tablo 4.6. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin saldırganlık durumlarına yönelik görüşlerinin dağılımı (n=48).

Şizofrenili Bireylerin Saldırganlıklarına İlişkin Görüşleri	n	%
Saldırgan davranışı göstermez	27	56.2
Hastalığın alevli dönemlerinde yada ilaçlarını düzenli kullanmazsa saldırganlık oluşabilir	15	31.3
Saldırgan davranışı gösterir	6	12.5

Tablo 4.6’da çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu (% 56.3) şizofreni hastalarının saldırgan davranışı göstermediklerini % 12.5 yalnızca saldırgan davranış göstereceğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.7. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin nasıl tedavi edildiğine yönelik görüşlerinin dağılımı (n= 48).

Şizofreninin Tedavisine Yönelik Görüşleri	n	%
İlaç tedavisi, şok tedavisi ve psikoterapi ile	44	91.6
Tedavisi yoktur	2	4.2
Sevgi, ilgi, moralini yüksek tutma ve insanları severek	2	4.2

Tablo 4.7’de çalışmaya katılan hastaların %91.6’ sı şizofreninin ilaç tedavisi, şok tedavisi ve psikoterapi ile tedavi edildiğini, %4.2’ si sevgi, ilgi, moralini yüksek tutma ve insanları severek tedavi edilebileceğini, % 4.2’ si ise tedavisinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.8. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreni hastalığının tekrarlanmasını önlemeye yönelik görüşlerinin dağılımı (n=48).

Şizofreninin Tekrarlanmasını Önlemeye Yönelik Görüşleri	n	%
İlaçlarını doğru ve düzenli kullanarak, tedavilerine ve kontrollerine düzenli gelerek	42	87.5
Stresli çevre olaylarından uzak durarak ve sosyalleşerek	3	6.3
İyileşeceğine dair inançlı ve sabırlı olarak veya dini olarak inançlı olarak	2	4.2
Beslenmesine dikkat ederek	1	2.0

Tablo 4.8’de çalışmaya katılan hastaların %87.5’ i şizofreni hastalığının tekrarlanmasını önlemek için hastaların ilaçlarını doğru ve düzenli kullanarak, tedavilerine ve kontrollerine düzenli gelmeleri gerektiğini, % 2’ si yalnızca beslenmesine dikkat etmesinin gerektiğini belirtmiştir.

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların Morisky uyum ölçeği gruplarında dağılımı ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.9. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin cinsiyetlerine göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı arasındaki ilişki (n=48).

Ölçekler	Cinsiyet		Test istatistiği	
	Erkek (n= 30)	Kadın (n= 18)	χ^2 , Z	p
Morisky n (%)				
İlaç uyumu yüksek	14 (46.7)	13 (72.2)	$\chi^2= 2.037$	0.153*
İlaç uyumu orta ve düşük	16 (53.3)	5 (27.8)		
GÖYÖ				
Ortanca (min; max)	25 (10; 40)	32 (10; 40)	Z= 2.219	0.027**
$\bar{x} \pm SS$	26.2 $\pm$ 7.6	31.1 $\pm$ 8.3		

*Yates ki kare testi, **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.9’da erkeklerin %46.7’ sinin, kadınların ise %72.2’ sinin ilaç uyumu yüksektir. Cinsiyete göre Morisky gruplarında dağılım benzerdir ($\chi^2= 2.037$, p=0.153). Cinsiyete göre GÖYÖ skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardır (Z= 2.219; p= 0.027). Kadınlarda GÖYÖ ortancası daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.10. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin yaşa göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).

Ölçekler	Yaş			Test istatistiği	
	16-35 Yaş (n= 14)	36-45 Yaş (n= 13)	46 Yaş ve üzeri (n= 21)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	8 (57.1)	6 (46.2)	13 (61.9)	0.816	0.665*
İlaç uyumu orta ve düşük	6 (42.9)	7 (53.8)	8 (38.1)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	28.5 (10; 40)	25 (10; 40)	30 (16; 40)	2.114	0.347**
$\bar{x} \pm SS$	28.0 $\pm$ 9.6	25.5 $\pm$ 8.1	29.5 $\pm$ 7.1		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.10’da şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky ile GÖYÖ değerlerinde yaşa göre farklılık yoktur (sırasıyla, p= 0.665 ve p= 0.347).

Tablo 4.11. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin medeni duruma göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).

Ölçekler	Medeni Durum			Test istatistiği	
	Evli (n= 15)	Boşanmış (n= 11)	Hiç Evlenmemiş (n= 22)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	9 (60.0)	8 (72.7)	10 (45.5)	2.341	0.310*
İlaç uyumu orta ve düşük	6 (40.0)	3 (27.3)	12 (54.5)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	27 (10; 40)	32 (23; 37)	26.5 (10; 40)	2.994	0.224**
$\bar{x} \pm SS$	27.1 $\pm$ 8.0	31.7 $\pm$ 4.7	26.7 $\pm$ 9.2		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.11’ de şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky ile GÖYÖ değerlerinde medeni duruma göre farklılık yoktur.

Tablo 4.12. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).

Ölçekler	Çalışma Durumu		Test istatistiği	
	Çalışıyor (n= 8)	Çalışmıyor (n= 40)	Z	p
Morisky n (%)				
İlaç uyumu yüksek	3 (37.5)	24 (60.0)	-	0.272*
İlaç uyumu orta ve düşük	5 (62.5)	16 (40.0)		
GÖYÖ				
Ortanca (min; maks)	25.5 (10; 39)	28 (10; 40)	0.443	0.674**
$\bar{x} \pm SS$	26.8 $\pm$ 10.5	28.3 $\pm$ 7.7		

*Fisher exact testi, **Mann Whitney U Testi

Tablo 4.12' de şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky ile GÖYÖ değerlerinde çalışma duruma göre farklılık yoktur.

Tablo 4.13. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin meslek durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).

Ölçekler	Meslek Durumu			Test istatistiği	
	Mesleği Yok (n= 20)	Emekli veya Malulen Emekli (n= 9)	Kamu Görevlisi/Özel Sektör/Serbest Meslek (n= 19)	χ^2	p
Morisky n (%)	12 (60.0)	5 (55.6)	10 (52.6)	0.217	0.897*
İlaç uyumu yüksek					
İlaç uyumu orta ve düşük	8 (40.0)	4 (44.4)	9 (47.4)		
GÖYÖ	28.5 (10; 40)	31 (23; 40)	25 (10; 40)	1.490	0.475**
Ortanca (min; maks)					
$\bar{x} \pm SS$	27.9 $\pm$ 8.7	30.4 $\pm$ 5.3	27.0 $\pm$ 8.8		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.13’de şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky ile GÖYÖ değerlerinde meslek durumlarına göre farklılık yoktur.

Tablo 4.14. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin eğitim durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).

Ölçekler	Eğitim Durumu			Test istatistiği	
	İlköğretim (n= 21)	Lise (n= 17)	Yüksek Okul- Üniversite (n= 10)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	17 (81.0) a	5 (29.4) b	5 (50.0) a,b	10.342	0.006*
İlaç uyumu orta ve düşük	4 (19.0) a	12 (70.6) b	5 (50.0) a,b		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	27 (10; 40)	27 (16; 40)	35.5 (10; 39)	2.876	0.237**
$\bar{x} \pm SS$	27.7 $\pm$ 8.9	26.4 $\pm$ 6.2	31.4 $\pm$ 9.2		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi, Aynı harflerin (a,b) bulunduğu gruplar arasında fark yokken, farklı harflerin(a ve b) bulunduğu sütunlar arasında farklılık vardır.

Tablo 4.14’ de şizofreni hastalığına sahip bireylerin GÖYÖ skorları eğitim durumuna göre benzerdir (p= 0.237).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin eğitim durumuna göre Morisky gruplarında dağılım anlamlı düzeyde farklıdır (p= 0.006).. İlköğretim mezunlarında ilaç uyumu yüksek olanların oranı (%81.0), lise mezunu olanlarda elde edilen orandan (%29.4) anlamlı düzeyde yüksektir (p=0.006). Morisky açısından yüksek okul-üniversite ile ilköğretim ve lise arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilememiştir.

Tablo 4.15. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastaneye son 1 yılda yatış yapma durumuna göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=43).

	Hastaneye son 1 yılda yatış durumuna göre		Test istatistiği	
Ölçekler	Yok (n= 39)	Var (n= 4)	Z	p
Morisky n (%)				
İlaç uyumu yüksek	24 (61.5)	1 (25.0)	-	0.293*
İlaç uyumu orta ve düşük	15 (38.5)	3 (75.0)		
GÖYÖ			1.215	0.244
Ortanca (min; maks)	28 (10; 40)	23 (10; 31)		
Ort±SS	28.6±7.9	21.8±10.4		

*Fisher exact test sonucudur.

Tablo 4.15’de Hastanede yatış yapan 43 kişiye ait yatış sayısına göre ölçek skorlarının karşılaştırılması sonucunda; her iki ölçekte farklılık olmadığı belirlenmiştir. Morisky’ e göre ilaç uyumu yüksek olanlarda (n= 25) yatış sayısı ortancası 2 (min= 1; maks= 10) iken ilaç uyumu orta ve düşük olanlarda (n= 18) yatış sayısı ortancası 3 (min= 1; maks=15) olarak elde edilmiştir (Z= 1.294; p= 0.196). Yatış sayısı ile GÖYÖ skorları arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunamamıştır (p= 0.244).

Tablo 4.16. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastaneye yattığı ortalama güne göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n= 43).

Ölçekler	Hastaneye Yattığı Ortalama Gün			Test istatistiği	
	1-30 gün (n= 26)	31-60 gün (n= 11)	61 gün ve üzeri (n= 6)	χ^2	p
MORİSKY n					
(%)					
İlaç uyumu yüksek	16 (61.5)	6 (54.5)	3 (50.0)	0.345	0.842*
İlaç uyumu orta ve düşük	10 (38.5)	5 (45.5)	3 (50.0)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	26 (10; 40)	35 (10; 40)	30 (24; 39)	2.595	0.273**
$\bar{x} \pm SS$	26.4 $\pm$ 7.8	30.6 $\pm$ 10.1	30.2 $\pm$ 5.0		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.16' da şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky ile GÖYÖ değerlerinde hastaneye yattığı ortalama gün sayısına göre farklılık yoktur.

Tablo 4.17. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin ilaç kullandığı süreye göre Morisky uyum ölçeği gruplarının ve GÖYÖ puanlarının dağılımı (n=48).

Ölçekler	İlaç Kullandığı Süreye Göre			Test istatistiği	
	1-10 yıl (n= 11)	11-20 yıl (n= 23)	21 yıl ve üzeri (n= 14)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	5 (45.5)	11 (47.8)	11 (78.6)	4.019	0.134*
İlaç uyumu orta ve düşük	6 (54.5)	12 (52.2)	3 (21.4)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	26 (10; 40)	28 (16; 40)	28.5 (16; 40)	0.353	0.838**
$\bar{x} \pm SS$	26.5 $\pm$ 11.2	29.0 $\pm$ 7.3	27.6 $\pm$ 6.9		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.17’de şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky ile GÖYÖ değerlerinde ilaç kullandığı süreye göre farklılık yoktur.

21 yıl ve üzeri ilaç kullananlarda ilaç uyumu yüksek olanların oranı (%78.6), 1-10 yıl ve 11-20 yıl ilaç kullananlar için elde edilen orandan (sırasıyla, %45.5 ve %47.8) yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p= 0.134). Benzer şekilde, GÖYÖ skorları bireylerin ilaç kullandığı süreye göre belirlenen gruplarda fark göstermemektedir (p= 0.838).

Tablo 4.18. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığı tanımlamaya ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=47).

	ŞİZOFRENİ NEDİR?			Test istatistiği	
Ölçekler	Biliyor (n=14)	Kısmen biliyor (n=20)	Bilmiyor (n=14)	χ^2	p
Morisky n (%)	9 (64.3)	9 (45)	9 (64.3)	1.763	0.414*
İlaç uyumu yüksek					
İlaç uyumu orta ve düşük	5 (35.7)	11 (55)	5 (35.7)		
GÖYÖ	27 (16; 40)	26 (10; 40)	32.5 (16; 40)	2.412	0.299**
Ortanca (min; maks)					
Ort±SS	28,0±7.5	26.1±8.0	30.8±8.7		

*Pearson ki-kare Testi **Kruskal Wallis

Tablo 4.18’de şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığı tanımlamaya ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.19. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın nedenlerine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması. (n=48).

Ölçekler	ŞİZOFRENİNİN NEDENLERİ			Test istatistiği	
	Biliyor (n=4)	Kısmen biliyor (n=18)	Bilmiyor (n=26)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	2 (50)	11 (61.1)	14 (53.8)	0.297	0.862*
İlaç uyumu orta ve düşük	2 (50)	7 (38.9)	12 (46.2)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	36 (17; 39)	30 (21; 40)	25.5 (10; 40)	3.988	0.136**
Ort±SS	32.0±10.1	30.4±6.5	25.7±8.4		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.19’ da şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın nedenlerine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.20. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın ne zaman başladığına ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=48).

	ŞİZOFRENİNİN NE ZAMAN BAŞLADIĞI			Test istatistiği	
Ölçekler	Biliyor (n=16)	Kısmen biliyor (n=8)	Bilmiyor (n=24)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	8 (50,0)	4 (50,0)	15 (62,5)	0,762	0,683*
İlaç uyumu orta ve düşük	8(50,0)	4 (50,0)	9 (37,5)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	30 (10; 40)	30.5 (16; 40)	25.5 (10; 40)	1.813	0.404**
Ort±SS	28.9±8.6	30.4±8.1	26.6±7.9		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.20’de şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın ne zaman oluştuğuna ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.21. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın belirtilerine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması. (n= 48).

Ölçekler	ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ			Test istatistiği	
	Biliyor (n=12)	Kısmen biliyor (n=12)	Bilmiyor (n=24)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	6 (50)	10 (83.3)	11(45.8)	4.825	0.090
İlaç uyumu orta ve düşük	6 (50)	2 (16.7)	13 (54.2)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	28.5 (17; 40)	29.5 (16; 40)	27.5 (10; 40)	1.183	0.553
Ort±SS	28.6±87.4	30.2±8.2	26.6±8.5		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.21’de şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın belirtilerine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.22. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofrenili bireylerin saldırganlık durumuna ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=48).

Ölçekler	ŞİZOFRENİLİ BİREYLERİN SALDIRGANLIK DURUMU			Test istatistiği	
	Biliyor (n=13)	Kısmen biliyor (n=9)	Bilmiyor (n=26)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	8 (61.5)	5 (55.6)	14 (53.8)	0.211	0.900
İlaç uyumu orta ve düşük	5 (38.5)	4 (44.4)	12 (46.2)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	34 (17; 40)	27 (10; 40)	25 (10; 40)	5.814	0.055
Ort±SS	32.5±7.7	27.2±8.9	26.0±7.5		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.22’ de şizofreni hastalığına sahip bireylerin saldırganlık durumlarına ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.23. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin tedavisine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n=48).

Ölçekler	ŞİZOFRENİNİN TEDAVİSİ			Test İstatistiği	
	Biliyor (n=38)	Kısmen biliyor (n=7)	Bilmiyor (n=3)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	21 (55.3)	5 (71.4)	1 (33.3)	1.311	0.519
İlaç uyumu orta ve düşük	17 (44.7)	2 (28.6)	2 (66.7)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	30 (10; 40)	25 (16; 37)	25 (10; 39)	2.219	0.330
Ort±SS	28.8±7.9	24.9±6.6	24.7±14.5		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.23’de şizofreni hastalığına sahip bireylerin şizofreninin tedavisine ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.24. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın tekrarlanmasını önlemek için yapılabileceklerle ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancalarının karşılaştırılması (n= 48)

	HASTALIĞIN TEKRARLANMASINI ÖNLEMEK İÇİN YAPILABİLECEKLER			Test İstatistiği	
Ölçekler	Biliyor (n=32)	Kısmen biliyor (n=12)	Bilmiyor (n=4)	χ^2	p
Morisky n (%)					
İlaç uyumu yüksek	19 (59.4)	6 (50.0)	2 (50.0)	0.381	0.827
İlaç uyumu orta ve düşük	13 (40.6)	6 (50.0)	2 (50.0)		
GÖYÖ					
Ortanca (min; maks)	28.5 (10; 40)	27 (10; 39)	31 (25;40)	1.936	0.380
Ort±SS	28.5±8.3	25.5±8.2	31.8±6.2		

*Pearson ki-kare Testi, **Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.24’ de şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığın tekrarlanmasını önlemek için yapılabileceklerle ilişkin bilgilerinin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanı ortancaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.25. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puan ortancası arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (n=48).

	GÖYÖ		Spearman rho Korelasyon
MORİSKY	Ortanca (min; maks)	Ort±SS	rho; p
İlaç uyumu yüksek (n= 27)	30 (16; 40)	30.2±7.0	-0.304; 0.036
İlaç uyumu orta ve düşük (n= 21)	23 (10; 40)	25.1±8.7	
Z*; p	2.082; 0.037		

*Mann Whitney U Testi

Tablo 4.25’de Morisky skorlarına göre ilaç uyumu yüksek olanlarda GÖYÖ skoru ortancası 30 (min= 16; maks= 40), ilaç uyumu orta ve düşük olanlarda GÖYÖ ortancası 23 (min= 10; maks= 40) olarak elde edilmiştir.

Morisky’e göre ilaç uyumu yüksek olanlarda GÖYÖ skoru anlamlı düzeyde yüksektir (p= 0.037). İki ölçek arasında negatif yönde zayıf (düşük) düzeyde ilişki belirlenmiştir (p= 0.036).

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunu (%62.5) erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 4.1). Cinsiyet dağılımındaki bu farkın erkeklerde şizofreni sıklığının daha fazla olması, kadınlarda şizofreninin geç başlangıçlı olması, erkeklerde hastalığın daha ağır seyirli olması nedeniyle literatürle uyumlu olduğu düşünülmüştür. Türkiye’ de kadınların erkeklere göre daha az sosyal ortamda bulunmaları, ailenin ve toplumun erkekten beklentisinin kadından farklı olması, toplumun erkekleri tıbbi tedavinin yanında ek tedavi arayışına daha fazla yönlendirme olasılığı, ayrıca toplumsal nedenlerle kadın hastaların bireysel olarak hareket edememeleri bu farkın oluşmasına neden olmaktadır (40, 56).

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu (%56.3) 18-45 yaş arasındadır (Tablo 4.1). Literatüre bakıldığı zaman şizofreni hastalığının erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarında başlaması ve yine kadınlarda 40-45 yaşlarında menapoz döneminde şizofreni görülme sıklığı ikinci bir zirve yapmaktadır (30, 31, 56).

Çalışmada hastaların %68.7’ si boşanmış yada hiç evlenmemiş, %83.3’ü herhangi bir işte çalışmıyor ve %41.7’ sinin herhangi bir mesleği yoktur (Tablo 4.1). Bu bulgular şizofreninin sosyal işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerin görünür olması açısından önemlidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda aynı doğrultudadır (1, 57).

Hastaların %43.8’inin ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Belli’ nin ve Ensari’ nin yaptığı çalışmalarda şizofrenin hastalarının eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (1, 57).

Belli ve arkadaşlarının (57) şizofreni hastalarında sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler üzerine yaptıkları bir çalışmada, şizofreni hastalarının çok sık hastaneye yattığı, yatış sürelerinin antipsikotik tedavilerin yan etkilerinin beklenmesi nedeniyle uzun olduğunun, ilaç kullanım süresi uzun olan hastaların ise hastaneye daha geç yattığı bulunmuştur. Yine Kavak ve arkadaşlarının (58) yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarının büyük bir kısmının yatış sürelerinin 1-3 ay arasında olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada ise hastaların hastaneye yatış ortancaları 3

bulunmuş ve %86.1' inin 1-60 gün hastanede ortalama yatışı olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.1).

Çalışmada hastaların %9.3 ünün son bir yılda hastaneye yatışı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Toplum ruh sağlığı merkezlerine sürekli devam eden hastaların hastane yatışlarının azalması yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (23, 29).

Çalışma kapsamında yer alan hastaların %40.4' ü şizofreni hastalığını biyolojik nedenlere bağlı bir hastalık olarak tanımlamışlar (Tablo 4.2) ve hastaların % 39.6' sı şizofreni hastalığının genetik, kalıtım ve beyin biyokimyasındaki bozukluklar nedeniyle geliştiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Şizofreni hastalığı ile ilgili literatürde birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında şizofreninin beyin kortekslerinde, amigdala, hipokampus gibi beyin bölgelerinde ve nöral yollarda bozulmalara neden olan bir hastalık olduğu görülmüştür (37, 59). Şizofreninin etyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın nedeni genetik, nörogelişimsel, nörodejeneratif ve nörokimyasal değişiklikler ile açıklanmıştır Bu durum hastaların hastalık bilgilerinin literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir (59, 60, 61, 62, 63).

Araştırma kapsamında ki hastaların %60.4'ü şizofreni hastalığının 15-45 yaş arasında başladığını belirtmiştir (Tablo 4.4). Kocal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastalığın ortalama başlangıç yaşı 15 ve 33 olarak bulunmuştur (64). Yine Kocal tarafından yapılan başka bir literatür taramasında kadın hastalarda hastalığın başlangıç yaşı 25-35, erkeklerde ise 15-25 dir. Bu durum hastaların bilgilerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (59).

Çalışmaya katılan hastaların %41.3' ü şizofreninin belirtilerinin sanrı, halüsinasyon, paranoya ve kuşku, şüphecilik olduğunu belirtmiş ve %23.92 u toplumdan izole olma, isteksizlik, içe kapanma ve intihar düşüncesi olarak belirtmiştir (Tablo 4.5). Dünya da ve Türkiye'de geçerli olan psikiyatri alanında tanı koyma rehberi olarak kabul edilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)' te şizofreni hastalığı sanrı, varsanı, darmadağın konuşma, ileri derecede dağınık davranış ya da katatoni, negatif belirtiler gibi belirtilerin ikisinden ya da daha fazlasından her birinin bir aylık sürenin önemli bir kesiminde bulunması olarak tariflemiştir (65). Bu bulgular hastaların bilgilerinin literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %56.3' ü şizofreni hastalarının saldırgan davranışı göstermediklerini belirtmiştir (Tablo 4.6). de şizofreni hastalarında ki saldırgan davranışlarla ilgili literatürde yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında saldırganlık ve kendilerine zarar verme davranışlarının olduğu görülmektedir (34, 66, 67, 68, 69). Hastaların bu bilgileri literatür ile uyumsuz olmakla birlikte damgalanma endişelerinin bu durumu açıklayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %91,6' sı şizofreninin ilaç tedavisi, şok tedavisi ve psikoterapi ile tedavi edildiğini belirtmişleridir (Tablo 4.7). İlgili literatür incelendiğinde şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavi, elektrokonvulsif tedavi, aile tedavisi, bilişsel davranışçı terapi gibi tedavileri sağaltımda kullanıldığı görülmüştür (59, 70, 71). Bu durum hastaların bilgilerinin literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %87.5' i şizofreni hastalığının tekrarlanmasını önlemek için hastaların ilaçlarını doğru ve düzenli kullanarak, tedavilerine ve kontrollerine düzenli gelmeleri görüşünde bulunmuştur (Tablo 4.8). Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sık sık tekrarlı yatışları olan 18 hastanın 18 aylık düzenli izlemi sonunda yalnız 5 yatışının olduğu, aynı hasta grubunun izlem öncesi yatış sayısının 49 olduğu görülmüştür (29). Yine Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilaçlarını düzenli kullanmayan ve kontrollerine düzenli gitmeyen, hekimden habersiz ilaç tedavisini sonlandıran hastalarda, hastaneye yatışın arttığı ve hastalık süresinin uzadığı görülmüştür (72). Bu bulgular çalışmanın hastaların görüşleriyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada kadınlarda GÖYÖ ortancasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür (Tablo 4.9). Literatüre bakıldığında bu durumla ilgili farklı sonuçlar vardır. Aypay' ın (19) genel özyeterlilik ölçeğinin Türkçe versiyonunu geliştirmek için yaptığı çalışmada erkek bireylerin genel özyeterlilik puanlarını kadın bireylerden daha yüksek bulmuştur. Üstün ve arkadaşlarının (46) bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada cinsiyet ve özyeterlilikleri arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir. Erkek şizofreni hastalarında hastalığın kadınlara göre daha yıkıcı şekilde ilerlemesi sonuçlar üzerinde etkide bulunmuş olabilir.

Çalışmada ilköğretim mezunlarının ilaç uyumu %81 ile anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Üstün ve arkadaşlarının (46) yaptığı çalışmada eğitim durumu ve ilaç uyumu açısından anlamlı bir fark olmadığı yine Çobanoğlu ve arkadaşları (16) tarafından yapılan çalışmada ilaç uyumunun demografik faktörlere göre görece değişiklik göstermediği bulunmuştur. Bu durum literatür ile uyumsuzdur.

Araştırma kapsamında ki hastaneye yatış yapan hastalarda ilaç uyumu yüksek olan hastaların (n=25) yatış ortancasının 2 iken ilaç uyumu orta ve düşük olanlarda (n=18) yatış ortancası 3 bulunmuştur (Tablo 4.15). Çobanoğlu ve arkadaşlarının (16) yaptığı çalışmada ilaç uyumu azaldıkça hastaneye yatışın arttığı görülmüştür. Bu veri çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Hastaların hastalığı tanımlamaya ilişkin bilgilerine göre Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ ölçeği puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.19, Tablo 4.20, Tablo 4.21, Tablo 4.22, Tablo 4.23, Tablo 4.24, Tablo 4.25). İlgili literatüre bakıldığında hastaların ilaç uyumlarını kişinin hastalığa karşı iç görüşünün olmaması veya yetersiz olması , hastanın psikopatolojisi, ilaçlara bağlı ortaya çıkan, nörolojik, endokrin ve antikolinerjik yan etkiler, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması , ekonomik güçlükler ve tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme sayılmaktadır (16, 17, 39). Öz yeterlilik düzeyi arttıran girişimlerin başında en etkili yolun uygun tıbbi tedavi ve psikososyal rehabilitasyon programlarının bütünleştirilmesi olarak vurgulanmıştır (8, 73). Ayrıca sosyal beceriler kazandıran ve arttıran eğitim programları da yeti yitiminin önlenmesi, öz yeterliliklerinin geliştirilmesi bakımından önem taşımaktadır (8, 31). Tüm bu durumlar göz önüne alındığında çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Morisky skorlarına göre ilaç uyumu yüksek olanlarda GÖYÖ skoru ortancası 30, ilaç uyumu orta ve düşük olanlarda GÖYÖ ortancası 23 olarak elde edilmiştir Morisky'e göre ilaç uyumu yüksek olanlarda GÖYÖ skoru anlamlı düzeyde yüksektir. ($p<0.05$) İki ölçek arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.26).

İlgili literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının ilaç tedavisi bırakma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum bireylerin toplumsal sorunlarının artmasına ve aynı zamanda yeti kaybının artmasına neden olmaktadır. ilaç

uyumu yüksek hastaların yeti yitiminin daha az olduğu bulunmuştur (6, 74) Yapılan çalışmalarda yeti yitimi oranı düştükçe hastaların genel öz yeterlilik düzeyinin arttığı görülmüştür. Ayrıca ilaç uyumu yüksek hastalar da rölaps risklerinin ve etiketlenme endişelerinin daha az olduğu, nöro-bilişsel bozulmaların daha az olduğu, ilaç yan etkilerini daha iyi yönetebildikleri bu nedenle de genel öz yeterlilik düzeylerinin arttığı bilinmektedir (47, 75, 76, 77, 78, 79, 80).

Çalışmanın bulguları yerli ve yabancı literetür ile uyumludur. Bu bulgular ışığında ilaç uyumu yüksek hastaların genel öz yeterliliklerinin düzeylerinin yüksek olduğu söylenilebilir. Ülkemizde şizofreni hastalarının ilaç uyumu ve genel öz yeterlilikleri arasında ki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmış çalışmalar çok azdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi ve görüşleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Bu Özelliklere Göre Morisky, GÖYÖ Ölçeklerinin Nasıl Değiştiğine İlişkin Sonuçlar

1. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu (%62.5) erkek ve 18-45 yaş (%56,3) aralığındaki bireylerin oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).
2. Hastaların yarısından fazlasının (68,7) hiç evlenmemiş yada boşanmış olduğu, çoğunluğunun (%83.3) herhangi bir işte çalışmadığı ve %41,7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %43.8'inin ise ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).
3. Hastaların hastaneye yatış ortancalarının 3 bulunmuş ve çoğunluğunun (%86,1) ortalama 1-60 gün hastanede yatışı olduğu saptanmış ayrıca %9,3'ünün son 1 yılda hastane yatışı olduğu saptanmıştır.
4. Araştırmamızda kadın hastaların GÖYÖ ortancasının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).
5. Çalışmamızda ilk öğretim mezunu hastaların lise ve üniversite mezunu hastalara göre ilaç uyumlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4.14)
6. Araştırma kapsamında ilaç uyumu yüksek olan hastaların hastaneye yatış ortancası 2 bulunurken, ilaç uyumu orta ve düşük olan hastaların hastaneye yatış ortancası 3 bulunmuştur. Hastaneye yatış sayısına göre Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.15) .

6.1.2. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtlara ve Bilgilerine İlişkin Sonuçlar ile Bu Özelliklere Göre Morisky, GÖYÖ Ölçeklerinin Nasıl Değiştiğine İlişkin Sonuçlar

1. Çalışmaya katılan hastaların % 40.4'ü (Bknz. Tablo 4.2) şizofreni hastalığının biyolojik nedenlere bağlı bir hastalık olduğunu ve %39.6'sı (Tablo 4.3) hastalığın genetik ve beyin biyokimyasındaki bozukluklar nedeni ile geliştiğini belirtmişlerdir.
2. Araştırmadaki hastaların çoğunluğu (% 60.4) şizofreni hastalığının 15-45 yaş aralığında başladığını (Tablo 4.4) ve %41.3'ü (Tablo 4.5) hastalığın belirtilerinin sanrı, halüsinasyon, paranoya, kuşkuculuk ve şüphecilik olduğunu belirtmiştir.
3. Hastaların yarısından fazlası (% 56.3) şizofreni hastalarının saldırgan davranış göstermediğini (Tablo 4.6) ve çoğunluğu (% 91.6) şizofreninin ilaç, şok tedavisi ve psikoterapi ile tedavi edildiği görüşündedir (Tablo 4.7).
4. Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu (% 87.5) şizofreni hastalığının tekrarlamaması için ilaçları doğru ve düzenli kullanarak, tedavilere ve kontrollere düzenli gelmek gerektiği görüşünde bulunmuştur (Tablo 4.8).
5. Hastaların hastalığı tanımlamaya ilişkin bilgilerine göre Morisky uyum ölçeği gruplarında ve GÖYÖ ölçeği puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) , (Tablo 4.19, Tablo 4.20, Tablo 4.21, Tablo 4.22, Tablo 4.23, Tablo 4.24, Tablo 4.25).
6. Çalışmada ilaç uyumu yüksek olan hastaların GÖYÖ skoru ortancası 30, ilaç uyumu orta ve düşük olan hastaların GÖYÖ skoru ortancası 23 olarak bulunmuştur. İlaç uyumu yüksek olan hastaların GÖYÖ skorunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Ancak iki ölçek arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.26)

6.2. Öneriler

Çalışmada ortaya konulan veriler doğrultusunda;

1. TRSM'ne kayıtlı olan fakat merkeze gelmeyen hastaların devamlılığına yönelik takiplerin birebir ve titizlikle yapılması,
2. Meslek sahibi olmayan şizofreni hastalarının meslek edindirme kurslarında eğitim alarak toplum içinde daha aktif ve üretken olması için desteklenmesi,
3. Yataklı psikiyatri hasta servislerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sonrası hastaları yaşadığı bölgede bulunan TRSM'lerine yönlendirerek hastalığın nüksetmesinde etkin rol oynaması ve bu TRSM'ler ile sürekli iş birliği içinde bulunması,
4. Şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların ilaç uyum düzeylerini motive edecek davranışların arttırılması ve bunlara yönelik eğitim programlarının planlanması,
5. Ülkemizde şizofreni hastalarının genel öz yeterliliklerini değerlendirmeye yönelik literatür çalışmalarının arttırılması ve bu duruma önem atfedilerek programlar planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: 1 yıllık izleme sonuçları, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2013, 14: 108-14.
2. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), 2011, Ankara.
3. Alataş G, Karaoğan A, Arslan M, Yanık M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi, *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arşivi*, 2009, 46.
4. Ekmekçi PE, Psikiyatri tarihinde bir dönüm noktası: 19. Yüzyılda Avrupa'daki gelişmeler ve etkileri, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2018, 26 (2): 77-85.
5. Delice M, Akgül S, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi, *Müşbed*, 2014,4 (2): 122-125.
6. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5 (3): 143-148.
7. Alptekin K, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, Atmaca M, Özgüven H. Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2014, 24 (3): 276-88.
8. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşgun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2015, 16: 238-246.

9. Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N. Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. *Düşüne Adam Dergisi*, 2000, 13 (4): 196-203.
10. Gül EU, Can DÖ, Şahin EH, Şahin Ş, Şimşek E. Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi, *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014, 16:2.
11. Özkan B, Erdem E, Demirel SÖ, Zararsız G. Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013, 14(3).
12. Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case management: A critical review of the outcome literature, *Eur Psychiatry*, 1995, 10: 113-128.
13. Chowdur R, Dhariti R, Kalyanasundaram S, Rao NS. Efficacy of psychosocial rehabilitation program: The RFS experience. *Indian J Psychiatry*. 2011, 53(1): 45-8.
14. Soygür H. Türkiye' de toplum ruh sağlığı merkezleri: Quo Vadis?, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2016, 53: 1-3.
15. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 69-75.
16. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam J. Psych. and Neuro. Sciences*, 2003, 16(4): 211-218.
17. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu arttırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6 (1): 40-46.
18. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu, *Çukurova Medical Journal*, 2015, 40 (3): 555-558.

19. Aypay A. Genel öz yeterlik ölçeği' nin (GÖYÖ) Türkçe'ye uyarlama çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010, 11(2): 113-131.
20. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel özyeterlilik ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010.
21. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: Sistematik derleme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22.
22. Chiu FPF, Tsang HWH. Validation of the Chinese general self-efficacy scale among individuals with schizophrenia in Hong Kong. *International Journal of Rehabilitation Research*, 2004, 27: 159-161.
23. İçel S, Özkan B, Aydoğan A. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Med. J.*, 2016, 16(2): 208-14.
24. Bilge A, Mermer G, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 2(2): 1-5.
25. Aşık Z, Kavukçu E, Akdeniz M, Yaman H. Birincil bakımda ruhsal hastalıkların yönetimi neden gereklidir?, *J. Turkish Family Physician*, 1997, 1(3):33-41.
26. Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi deneyimi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 1:9.
27. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, T.C. Resmi Gazete, sayı: 9453, 6 Mart 2014.
28. Delice MA, Suzan MA, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi, *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2014,4(2): 122-125.
29. Aydın E, Tabo A, Karamustafalıoğlu KO, Alataş G, Yiğit S, Aydın E, Erkuş GH. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin

psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014, 15(3).

30. Sadock JB, Sadock VA, Ruiz P. In: Bozkurt A (eds). *Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*, 11th ed. Williams & Wilkins, 2016: 300-323.
31. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı, Ankara, 2008:242-316.
32. Özpoyraz N, Tamam L. Şizofrenik bozukluk, *Galenos*, 1998.
33. Ertekin H, Er M, Ozayhan HY, Yayla S, Akyol E, Sahin B. Bakımevinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon. *Düşünen Adam J. Psych. and Neuro. Sciences*, 2015, 28:213-221.
34. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: Bir olgu kontrol çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23.
35. Belli H, Ural C, Vardar KM, Tezcan B. Şizofrenide şiddet ve cinayet eylemi: Risklerin değerlendirilmesi, önleyici tedbirler ve tedavide klozapinin yeri. *Düşünen Adam J. Psych. and Neuro. Sciences*, 2011, 24:222-227.
36. Ayhan AGY. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2013.
37. Yavuz R. Şizofreni, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar, İstanbul, 2008, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, No:62:49-58
38. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:91-9.

39. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2001, 2 (3):105-110.
40. Sönmez S. Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, iç görü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
41. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel SS, Herz MI. Illness management and recovery: A review of research. *Psychiatric Services*, 2002, 53:1272-1284.
42. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 2012, 20(2): 93-103.
43. Arslan M, Kurt E, Eryıldız D, Yazıcı A, Can A, Emul M. Effects of psychosocial rehabilitation program in addition to medication in schizophrenic patients: a controlled study. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2014, 24(4): 360-7.
44. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 1999, 2(1).
45. Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı B. Yeti yitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerliliği ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12 (2): 121-130
46. Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018, 9(2): 69-79.

47. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2007, 150: 71-80.
48. Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Education and Counseling*, 2007, 65: 253-260.
49. McCay EA, Seeman MV. A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept, *Archives of Psychiatric Nursing*, 1998, 12(1): 41-49.
50. Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, sayı: 27515, 8 Mart 2010.
51. Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği, *İ.Ü.F.N Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19(3):197-189.
52. Bağ B. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatriye güncel yaklaşımlar*, 2012,4(4): 465-485.
53. Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, sayı: 27810, 18 Nisan 2011.
54. Özkan B. Şizofreni hastası ve bakım vericisine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlenim hasta işlevselliği ve ilaç uyumu ile aile yükü, depresyon ve duyugu dışavurumuna etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri, 2011.
55. Ertem M. Şizofreni hastalarının ilaç uyumu ve içgörü düzeylerine motivasyonel görüşmenin etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği, Doktora Tez, İzmir, 2016.
56. Doğan O, Kocacık F. Ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7(2): 109-120
57. Belli H, Özçetin A, Ertem HÜ, Alpay H, Bahçebaşı T, Kıran ÜK, Baykız AF, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007, 8: 102-112.

58. Kavak F, Ekinci M. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 3 (1).
59. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017, 26 (2): 251-267.
60. Kartalcı Ş, Erbay LG, Zayman EP, Otlı Ö, Karabulut AB, Kartalcı G. Tedaviye dirençli şizofreni hastalarında IL-4, TGF- β , NF- κ B ve MPO düzeyleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2016, 27 (3): 170-5.
61. Atagün Mİ, Tunç S, Alışık M, Erel Ö. Bipolar bozukluk, depresyon ve şizofrenide paraoksonaz Q192R Fenotip varyantları, *Türk psikiyatri Dergisi*, 2017, 28.
62. Özdemir O, Özdemir PG. Glutamat sistemi ve şizozfreni, *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2016, 8 (4): 394-405.
63. Yavaşcı EÖ, Akkaya C. Şizofrenide serotoninin rolü, *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2012, 4 (2): 237-259.
64. Kocal Y, Karakuş G, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2017, 20 :104-113.
65. DSM-5 Update, American Psychiatric Association Publishing, August 2015.
66. Çinik E, Güçlü O, Şenormancı Ö, Aydın E, Erkıran M, Erkmen H. Şizofreni hastalarında madde kullanımının suç ve şiddet özelliklerine etkisi, *Anatolian Journal of Pyschiatry*, 2015, 16: 104-112.
67. Atmaca GT, Durat G. Şizofreni hastalarında intihar olasılığının depresyon ve içgörü ile ilişkisi, , *Anatolian Journal of Pyschiatry*, 2017, 18 (4): 314-322.
68. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis, *Journal Pmed*, 2009, 6 (8).

69. Türkcan S, İncesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi, *Düşünen Adam*, 2000, 13 (3): 132-137.
70. Uzbay İT. Şizofreni tedavisinde yeni farmakolojik yaklaşımlar, *Türk Psikiyatri dergisi*, 2009, 20 (2): 175-182.
71. Çetin M. Şizofreni tedavisi: Geçmişi, bugünü ve geleceği, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2015, 25 (2): 95-9.
72. Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1 (1): 7-12.
73. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S. Long-term effects of a rehabilitation program on the clinical outcomes, social functionality, and life quality of schizophrenic patients follow-up study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015,16: 238–46.
74. Yanık M. Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi, *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 2007:9-29
75. Kleim B, Vauth R, Adam G, Stieglitz RD, Hayward P, Corrigan P. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia, *Journal of Mental Health*, 2008, 17 (5): 482-491.
76. Schon KH, Park SS. Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: The effects of promoting schedule on self-efficacy theory, *Yonsei Medical Journal*, 2002, 43 (5): 579-589.
77. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik KL, Green MF, Gitlin MJ. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia, *Journal of Schizophrenia Research*, 2004, (69): 343-352.

78. Fung KMT, Tsang HWH, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis, *Soc Psychiat Epidemiol J.*, 2010, 45: 561-568.
79. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy, *J. of Social and Clinical Pyschology*, 2006, 25 (9): 875-884.
80. Fung KMT, Tsang HWH. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment, *Pyschiatric Rehabilitation Journal*, 2008, 32 (2) : 95-104.

8. EKLER

EK-1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek lisans programı çerçevesinde yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma, Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasında ki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Soruların, doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Sizin içten ve gerçek cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen verilerin geçerli ve güvenilir olmasını sağlayacaktır. Çalışmada sizden kimliğinizi belirleyici bilgiler istenmemektedir. Cevaplarınız saklı tutulacak ve bütün cevaplar araştırma amacıyla değerlendirilecektir. Bu çalışmada dört tane anket yer almaktadır. Gösterdiğiniz ilgi, yardım ve işbirliği için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Tuğba Aksoy

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birgül Özkan

Çalışmanın adı: Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasında ki ilişkinin incelenmesi.

Çalışmanın amacı: Bu çalışma hastalık bilgisi, ilaç uyumu ve genel öz yeterlilik ilişkisini ortaya çıkaracağı varsayılarak TRSM lerde şizofreni hastalarına yönelik hizmet planlamasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma sırasında hastalığınıza dair bilgi düzeyiniz, genel öz yeterliliğiniz ve ilaç uyum düzeyiniz herhangi bir uygulama yapılmadan değerlendirilecektir. Bu işlem bir yüksek lisans öğrencisi tarafından yapılacaktır.

Benyukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen “Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasında ki ilişkinin incelenmesi.” isimli çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma

hakkında soru sorma ve tartışma imkanıbuldum. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin benim tedavimi bilinen en iyi şekilde ve yöntemlerle sürdürmeye devam edeceğini anladım.

Bu koşullarda söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.



EK-2: Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

1. Cinsiyetiniz?

a) Erkek b) Kadın

2. Yaşınız nedir?

a) 16-25 b) 26-35 c) 36-45 d) 46-55 e) 55 üstü

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Eşi ölmüş c) Boşanmış d) Hiç evlenmemiş

4. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

5. Mesleğiniz nedir?

6. En son bitirdiğiniz okul nedir?

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Y. Okul-Üniversite

7. Hastaneye yatış sayınız nedir? :

8. Ortalama yattığınız gün sayısı nedir?:

9. Hastaneye son yatış tarihiniz nedir? :

10. İlaç kullandığınız süre nedir?:

EK-3: Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Anketi

1) Şizofreni nedir?

2) Şizofreninin nedenleri nedir?

3) Şizofreni ne zaman baslar ve nasıl oluşur?

4) Şizofreninin belirtileri nedir?

5) Şizofrenili insanlar saldırganlar mı?

6) Şizofreninin nasıl tedavi edildiğini düşünüyorsunuz?

7) hastalığın tekrarlanmasını önlemek için ne yapılabilir?

EK-4: Morisky Uyum Ölçeği (Morisky)

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

evet() hayır ()

2- İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?

evet() hayır ()

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

evet() hayır ()

4 – İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?

evet () hayır ()

EK-5: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)

Aşağıda sunulan ifadeleri dikkatle okuyunuz Verilen ifadeye katılıp katılmadığınızı, her ifadenin karşısında yer alan satırdaki, size uygun düşen derecelendirmenin üzerine çarpı (X) işareti yazarak işaretleyiniz.

(1= bu ifade bana kesinlikle uygun değil)

(4= bu ifade bana tümüyle uygun)

1	Yeni bir durumla karşılaştığımda ne yapmam gerektiğini bilirim.	1	2	3	4
2	Beklenmedik durumlarda ne yapmam gerektiğini her zaman bilirim.	1	2	3	4
3	Bana karşı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek çare ve yolları bulurum.	1	2	3	4
4	Ne olursa olsun üstesinden gelirim.	1	2	3	4
5	Güç sorunların çözümünü eğer gayret edersem başarabilirim.	1	2	3	4
6	Tasarılarımı gerçekleştirmek ve hedeflerime erişmek bana güç gelmez.	1	2	3	4
7	Bir sorunla karşılaştığımda onu halledebilmeye yönelik birçok fikirlerim vardır.	1	2	3	4
8	Güçlükleri soğukkanlılıkla karşılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim.	1	2	3	4
9	Ani olaylarında hakkından gelebileceğimi sanıyorum.	1	2	3	4
10	Her sorun için bir çözümüm vardır.	1	2	3	4

EK-6: Etik Kurul Onayı

19

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU

Tarih : 20/01/2016

Yer : Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Cinnah Cad. No: 16 Çankaya / ANKARA

Katılımcılar : Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

PROJE ONAY FORMU

Projenin Adı:	Toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasında ki ilişkinin incelenmesi.
Projenin Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi
Proje Araştırmacıları:	Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba Aksoy Yrd. Doç. Dr. Birgül Özkan
Proje Yürütücüsünün Haberleşme Bilgileri:	Tuğba Aksoy Gsm: 05412004796 Email: taksoy0307@gmail.com
Araştırmanın Amacı:	Bu çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) düzenli takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasında ki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.
Araştırmanın Gerekçesi:	Dünya da 1970 ler den itibaren yaygınlaşmış olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ülkemizde 2006 yılında başlamıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kendilerine bağlanmış coğrafi bölgelerdeki ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği ayaktan tedavilerinin yapıldığı, takip edildiği merkezler olmalarının yanı sıra rehabilitasyon, psikoeğitim, iş uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin de kullanılarak hastaların toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen psikiyatri klinikleri ile sürekli ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın takibinin yapılabildiği birimlerdir. (1) Bu merkezlerde takip edilen ağır ruhsal bozukluğu olan hasta ve ailelerin büyük bir kısmını şizofrenik bozukluklar oluşturmaktadır. Şizofreni bireyin duygu, düşünce, algı ve davranışlarını etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenler bireyler ihtiyaçlarını karşılamada zorlanmakta ve zaman zamanda ailesinden destek almaktadır. (2) Ülkemizde şizofreni ve benzeri ağır ruhsal hastalara yönelik ruh

	Ölçeği-Türkçe formu 18 yaş ve üstü en az ilkokul mezunu kişilerin genel özyeterliliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araçtır. (14) Bu araştırma Tanımlayıcı Prospektif bir çalışmadır.
Kullanılacak Biyoloji, Psikolojik ve Teknik vb. tüm yöntemleri Açıklayan Etik ile ilgili Özet:	Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılacaktır. Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sorumlu hekimi Uzman Doktor Senem Akyazı dan sözel izin alınmıştır. Çalışma için Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yazılı kurum izni alınacaktır. Çalışmaya katılan hastalar için de aydınlatılmış onam formu hazırlanmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı prospektif bir çalışmadır. Bu çalışmada düzenli takip edilen şizofreni hastalarının ilaç uyumları, hastalıkları hakkında bilgileri ve öz yeterliliklerine bakılacaktır.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Fakültesi /
Enstitüsü öğrencilerinden
..... adlı araştırması
değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

(X)
()
()

ETİK KURUL KARARI

Oturum / Sıra No.	09/04
Karar Tarihi	03.03.2016
Karar No.	234

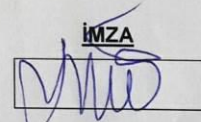
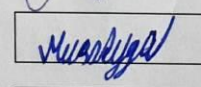
KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Başkan

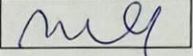
Doç. Dr. Musa AYGÜL

Başkan Yardımcısı

İMZA



Prof. Dr. Şükrü ÖZEN

Üye



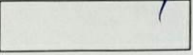
Prof. Dr. Ergün ERASLAN

Üye



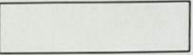
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR

Üye



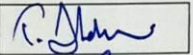
Doç. Dr. Rıza GÖKLER

Üye



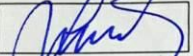
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR

Üye



Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM

Üye



EK-7: Çalışma İzni Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
04/04/2017 13:53 - 24648653 - 501 07 99 - E 2097



00017640107

Sayı : 24648653-501.07.99
Konu : Anket İzni / Tuğba AKSOY

DAĞITIM YERLERİNE

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Tuğba AKSOY' un, Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN danışmanlığında yürüttüğü " Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ile İlaç Uyum ve Genel Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " konulu çalışmayı Sağlık Tesisinizde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesinin 30.03.2017 tarihli ve 2918 sayılı yazısı ile talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Tuğba AKSOY tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizde de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Mustafa Sırrı KOTANOĞLU
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

BELGENİN AŞLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR
Tarih: 04/04/2017

Ankara İl 3. Bölge
Kamu Hastaneleri Birliği G.S.
Murat SAYIN
Uzman

Ek: Yazı ve Ekleri (22 Sayfa).

Dağıtım:
Gereği:
Ankara Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi

Bilgi:
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü ✓

Ankara 3. Bölge KHB, Genel Sekreterliği Demirlibahçe Mah. Mamak Cad. No:11
Mamak/ANKARA
Faks No:
e-Posta:n.bozkurtetiklik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: khb0603.egitim@saglik.gov.tr

Bilgi için:Nurdagül BOZKURT ETLİK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0312 201 91 59

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f00449ad-70a0-4219-907c-007086ed2ed5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 75265783- 2918
Konu : Anket İzni (Tuğba AKSOY).

30.03.2017

SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' nün 24.03.2017 tarihli ve 138 sayılı yazısı.

İlgi yazı sureti ekte gönderilmiştir.

İlgi yazıya istinaden, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı 145301104 numaralı öğrencisi Tuğba AKSOY' un Genel Sekreterliğinize bağlı Ankara Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' nde Yüksek Lisans tez çalışmasına devam edebilmesi gerekli iznin sağlanması hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

Suat CİHANGİR
Rektör a.
Genel Sekreter

Ek: İlgi Yazı Sureti.

Rektörlük: Esenboğa Merkez Mah. Çubuk/ANKARA
Tel: 0 312 324 15 55 / 324 15 09/ 324 15 02

Faks: 0 312 906 29 50

E-Mail : gensek@ybu.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f0d449ad-70a0-4219-907e-007086ed2ed5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : 75265783- 2872
Konu : Çalışma İzni.

22...04.2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin 11.04.2016 tarihli ve E.580 sayılı yazısı.

İlgi yazı sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz / rica ederim.

Suat CİHANGİR
Rektör a.
Genel Sekreter

Ek: İlgi Yazı Sureti.

Rektörlük, Esenboga Merkez Mah. Çubuk/ANKARA
Tel: 0 312 324 15 55 / 324 15 09/ 324 15 02

Ofis: Çankırı Cad. Çiçek Sk. NO: 3 Kat: 2 Ulus/ANKARA
Faks: 0 312 324 15 05 E-Mail : gensek@ybu.edu.tr



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
11 64 2016 09 10 33373887 514 10 E 380
16021475038

Sayı : 33373887/514.10
Konu : Çalışma İzni

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 31/03/2016 tarihli ve 2355 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Tuğba AKSOY'un " Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile ilaç uyum ve genel öz yeterlilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasının uygulamasını Hastanemiz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Hastane Yöneticisi

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
11 Nisan 2016

Yenimahalle Eğitim
Araştırma
Hastanesi

Yenibatu Mh. 2026 Sk Batıkent Yenimahalle Ankara
Yenibatu Mh. 2026 Sk Batıkent Yenimahalle Ankara Tlf: 5872067 Faks: 5872068

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 41ebdc8e-2623-48f3-99f0-6d315916bddf kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8: Çalışma İzni Kurum Red Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DİSKAPİ
YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİ - SBÜ ANKARA DİSKAPİ YILDIRIM
BEYAZIT EAH EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜ
24-04-2017 12:56 - 41303261 - 799 - E.26



584397783

Sayı : 41303261-799
Konu : Tuğba AKSOY/Araştırma İzni

ANKARA İLİ 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi a) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nün 30/03/2017 tarihli ve 68251045-2917 sayılı yazısı.

b) 07.04.2017 tarih ve 604.01.02- E.5536 sayılı Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlik yazısı

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik yüksekisans öğrencisi Tuğba AKSOY' un "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ile İlaç Uyum ve Genel Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapmasının uygunluğu ile ilgili yazılar incelenmiş olup Hastanemizdeki iş yükü yoğunluğu nedeniyle çalışmanın yapılması uygun görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr Semih Dinçer YETİŞ
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

Dağıtım:
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.

Bilgi için: Fatma ERDURAN

Faks No:

Unvan: TIBBİ TEKNOLOG

e-Posta: fatma.erduran@saglik.gov.tr İnt.Adresi: fatma.erduran@saglik.gov.tr

Telefon No: 596 20 00 (2026)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5b8cebb3-3b6d-4ce8-acb6-d2fdd03032d5 kodu ile erişebilirsiniz.

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

EK-9: Özgeçmiş Formu

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Tuğba Eroğlu
Doğum tarihi	: 03.07.1990
Doğum yeri	: Ankara
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara
Tel	: -
Faks	:-
E-mail	: taksoy0307@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Samsun Bafra Anadolu Lisesi
Lisans	: Ankara Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yüksek lisans	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
Doktora	: -
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: YDS: 58.75
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği	