

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİNİN TEDAVİYE
UYUMUNA ETKİSİ**

Eda KALKAN GÖKDAM

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK**

Yüksek Lisans Tezi -2018

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜLERİNİN TEDAVİYE
UYUMUNA ETKİSİ**

Eda KALKAN GÖKDAM

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK

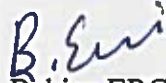
MALATYA

2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Eda KALKAN**'ın “**Şizofreni Hastalarının İç Görülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi**” konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/06/2018


Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Emine YILMAZ
Bingöl Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şizofreni Tanımı.....	3
2.2. Şizofreninin Oluş Nedenleri.....	3
2.3. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	4
2.4. Şizofreninin Belirtileri.....	4
2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış.....	4
2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma	4
2.4.3. Duygulanım-Duygudurum Bozuklukları	5
2.4.4. Bilişsel Süreçler (Bilinç ve Yönelim)	5
2.4.5. Algı Bozuklukları	5
2.4.6. Düşünce Bozuklukları	5
2.4.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler.....	5
2.5. Şizofreni Tedavisi	6
2.6. Şizofreni ve İçgörü	6
2.7. Şizofreni ve Tedaviye Uyum.....	7
2.8. Şizofreni Hastalarında Hemşirelik Bakımı	7
3. MATERYAL ve METOT	9
3.1. Araştırmanın Şekli.....	9
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	9
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	9
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	11
3.5. Verilerin Toplanması.....	10
3.6. Veri Toplama Araçları.....	10
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	11
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	11

4. BULGULAR	12
5. TARTIŞMA	16
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	21
KAYNAKLAR.....	22
EK 1. Özgeçmiş.....	27
EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu	28
EK 3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği	29
EK 4. Brichwood İçgörü Ölçeği.....	30
EK 5. Etik Kurul Onayı.....	31
EK 6. Hastane İzin Formu.....	32
EK 7. Ölçek İzni.....	33

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK' a, çalışmamın her aşamasında ve istatistiksel değerlendirmede destek veren ve yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ' ye, Hayatıma girdiği andan itibaren bana her zaman destek olup, yanımda olduğunu hissettiren hayat arkadaşım Levent GÖKDAM' a, Geçmişten Bugüne Her Zaman Yanımda olan, Bana Cesaret ve Güç Veren, Benden Sevgi ve Desteğini esirgemeyen ANNEME, BABAMA ve KARDEŞLERİME, yüksek lisans eğitimim boyunca benden yardım ve desteklerini esirgemeyen, tanıdığım günden beri hayatıma hep anlam katan sevgili arkadaşlarım Aynur AKTAŞ, Kübra YAĞMUR, Yasemin ÖZFİDAN, Senem AKGÜN, Sümeyye YAĞMUR, Seren TUNÇ' a, Eğitimimin devamı için beni destekleyip, yardımlarını esirgemeyen sevgili NÖBET ARKADAŞLARIMA, Çalışmanın Uygulanmasında Sağladıkları Yardım ve Destek İçin Araştırmanın Yapıldığı Polikliniklerde Çalışan TÜM SAĞLIK PERSONELİNE, Değerli Katılımlarıyla Çalışmama Katkıda Bulunan TÜM HASTALARA

TÜM KALBİMLE TEŞEKKÜR EDERİM...

ÖZET

Şizofreni Hastalarının İçgörülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi

Amaç: Bu araştırma şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Kesitsel türde yapılan araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gören 2000 yetişkin şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini yapılan güç analizi ile 300 şizofreni hastası olarak hesaplanmıştır. Verileri toplamak için Tanıtıcı Özellikler Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Brichwood İçgörü Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Kruskal Wallis, Varyans Analizi ve Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hastaların çoğunun 29-39 yaş grubunda, erkek, ortaöğretim mezunu, bekâr olduğu, çalışmadığı, gelir düzeyini orta olarak algıladığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur. Araştırmada hastaların % 60'ının tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların İçgörü toplam puan ortalaması 3.12 ± 1.60 olarak bulunmuştur. Araştırmada şizofreni hastaların içgörülerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada hastaların içgörülerini ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < .05$).

Sonuç ve Öneriler: Araştırmada şizofreni hastalarının içgörülerini arttırdıkça tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin hastalara yalnız olmadıklarını hissettirmesi, hastaların sosyal etkinliklere katılmasını sağlaması, hastalık ile ilgili olası sorunlarla başa çıkabilmesi için destek vermesi ve hastaların tedaviye uyumlarını artırma, içgörü düzeylerini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, İçgörü, Şizofreni, Tedaviye uyum

ABSTRACT

The Effect of Insight of Schizophrenia Patients on Treatment Adherence

Objective: The aim of this study was to determine the effect of the insight of schizophrenia patients on treatment adherence.

Materials and methods: Cross-sectional study was conducted in Elazığ Mental Health and Illness Hospital between June 2017-June 2018. The universe of the research constitutes 2000 adult schizophrenia patients who were treated at Elazığ Mental Health and Diseases Hospital between. In the study, the sample of the research with the power analysis performed was determined as 300 schizophrenia. In order to collect the data, the Descriptive Form, The Morisky treatment adherence scale and the Brichwood Insight Scale were used. In the analysis of data; percentage distribution, arithmetic mean, t-test, Kruskall Wallis, variance analysis, regression analysis were used in independent groups.

Results: The study found that most of the patients were male, middle school graduate, bachelor, non-employed, moderate level of income, no history of mental illness in the family. In the study, it was determined that 60% of patients had moderate compliance with treatment. The mean score of the patients was 3.12 ± 1.60 in the insight. In the present study. In the present study, it was found that the schizophrenia patients's insight was low. There was a statistically positive correlation between the internal aspects of the patients and their compliance with treatment ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: As the insights of patients with schizophrenia increased, it was determined that compliance with treatment increased. It may be suggested that nurses make them feel that they are not alone, that they participate in social activities, that they support them to deal with the possible problems related to the disease, and that they make attempts to increase the patient's compliance with treatment, and that they increase the level of insight.

Key words: Patient, Insight, Schizophrenia, Adherence to treatment

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSM** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
- EKT** : Elektro Konvülsif Tedavi
- TRSM** : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	9
---	---

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	12
Tablo 4.2. Morisky Tedaviye Uyum Dağılımları	13
Tablo 4.3. İçgörü Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları	13
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İçgörü Ölçek Alt boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	14
Tablo 4.5. İçgörü Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Toplam Puan ortalamalarının karşılaştırılması	15

1. GİRİŞ

Ruhsal hastalıkların şiddetli formlarından biri olan şizofreni; zihinsel, davranışsal, bilişsel sıkıntılara yol açan, pozitif (gerçeği değerlendirme yetisinde bozulma, halüsinasyon, düşüncelerde dağınıklık) ve negatif belirtilerle (içe kapanma, toplumdan geri çekilme, konuşmada fakirleşme) seyreden uzun süreli bir bozukluktur (1-4). Dünya genelinde 25 milyon şizofreni hastası bulunmaktadır (2). Ülkemizde şizofreni görülme oranı %0 8.9'dur (5). Şizofreninin ergenlik döneminde görülme oranı toplam nüfusun % 1'ine ulaşmaktadır (6). Hastalık erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarında görülmeye başlamaktadır (3).

Hastalığa yönelik yapılan ilaç tedavisi, hastanın biyolojik bozukluğunu gidermeye; psikososyal girişimler ise hastanın sosyal ve çevresel yetersizliğine yöneliktir (7, 8). Hastaların tedaviye etkili yanıt vermesi içgörü varlığının yüksek olmasına bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün şizofreni hastalığı olan gruplar üzerine gerçekleştirdiği uluslararası bir pilot çalışmada psikotik hastaların büyük çoğunluğunda (%97) içgörünün olmadığı tespit edilmiştir (9).

Bir üst biliş yeteneği olan içgörünün bireyin kendisi ile ilgili karar verebilmesi, hastalığını kabul etmesi ve tedaviye ilişkin durum ve sonuçların farkında olması ile ilişkili olduğu bilinmektedir (10-13). İçgörü azlığı şizofreni hastalarında sık görülmektedir. Şizofreni hastalarında içgörü olmayışı gerçeği değerlendirme ve düşünce içeriğinde bozulmalara neden olmaktadır (14, 15). Şizofreni hastalarında içgörü bozukluğu tedaviye uyumu azaltmaktadır. Dankı ve ark. şizofreni hastalarının %50-80'inin içgörüsünün düşük olduğunu ve bu durumun tedaviyi olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir (15). Lacro ve ark. psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (16). İçgörü eksikliği tedaviye olan ihtiyacı fark etmede başarısızlık oluşturmaktadır (17, 18).

Tedaviye uyum; hastanın klinisyenin tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesini kapsamaktayken, tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, randevuları kaçırmak, kontrollere gelmemek şeklinde birçok yönden karşımıza çıkmaktadır (19, 20). Yılmaz ve Okanlı şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada tedaviye uyumun orta düzeyde olduğunu tespit etmiştir (21). Altun ve ark. psikiyatri hastalarında yaptığı çalışmada tedaviye uyumun orta düzeyde olduğunu saptamıştır (22). Tedaviye uyumsuzluk; damgalanma, ilaç yan etkileri, hastalık belirtilerinin hasta üzerindeki ruhsal etkileri gibi birçok faktörle ilişkilidir (23). Şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluk

sık karşılaşılan bir sorundur. Dilbaz şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların %80'inin ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirlemiştir (24).

Şizofreni hastalarının hastalıklarını kabul etmesi, tedaviye uyum sağlaması hem hasta ve ailesi, hem de psikiyatri hemşireliği için büyük önem taşımaktadır. Şizofreni hastalarında içgörü, tedaviye uyum düzeylerinin araştırılıp, içgörünün olumlu etkisi üzerinde farkındalık yaratmak psikiyatri hemşireliğinin bir rolüdür. Bu araştırmanın sonuçlarının psikiyatri hemşireliği uygulama alanına katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Bu araştırma şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada şu sorulara cevap aranmaktadır:

- Şizofreni hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile içgörü arasında ilişki var mıdır?
- Şizofreni hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile tedaviye uyum arasında ilişki var mıdır?
- Şizofreni hastalarının içgörülerini ile tedaviye uyum arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden ve genç yaşta ortaya çıkan bir hastalıktır (24-26). Şizofreni beyin yapısında, fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklere neden olan psikiyatrik bozukluklardan biridir (27-29). Hastalık insanı, gençlik yıllarından başlayarak üretim dışına itebilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk, çatışmalar yaşamasına yol açan bir durumdur (30, 31). Ayırt edici bazı belirtilerin bir aylık bir sürenin önemli bir kesiminde bulunuyor olması ve belirlenmiş kimi belirtilerin en az altı aydır sürüyor olması şizofreni tanısına yeterli görülmektedir (29-31).

2.2. Şizofreninin Oluş Nedenleri

Çoğu karmaşık hastalıkta olduğu gibi şizofreninin de etiyolojisi tam olarak bilinmemekteyken psikolojik etkenler dikkat çekerken, son yıllarda biyolojik nedenler daha ön plana çıkmaktadır (37).

- **Genetik Yatkınlık:** Yapılan çalışmalarda, şizofreni tanısı almış kişilerin birinci derece akrabalarında şizofreni görülme oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir (32).
- **Biyokimyasal Araştırmalar:** Şizofrenilerde dopamin, noradrenalin, serotonin, GABA (gama aminobutirik asit) değerlerinde dengesizlik olduğu gözlenmektedir (1, 32, 33).
- **Enfeksiyonlar:** Prenatal virütik enfeksiyonlar, düşük proteinli diyet, doğum ve gebelik komplikasyonları geçiren bireylerde diğer bireylere oranla şizofreni görülme oranı daha fazladır (1, 33).
- **Gebelik ve Doğum Komplikasyonları:** Gebelik ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalmasına yol açan durumlar şizofren, riskini arttırmaktadır (33, 34). Aynı zamanda düşük doğum ağırlığı, baş çevresinin anormal değerlerde olması, doğum komplikasyonları (anoksi, forseps) şizofreni ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (32-39).
- **Psikososyal faktörler:** Şizofrenilerin çocukluk dönemlerinde birçok duygusal ve davranışsal sorunlar gösterdikleri ileri sürülmüştür (33). Çocuklukta cinsel fiziksel travmaya maruz kalmış olmak, erken yaşta aileden uzak kalma gibi etkenlerde şizofreni tanılı hastalarda var olduğu gözlemlenen etiyolojik sebeplerdendir (39).

- **Çevresel etmenler:** Nüfus yoğunluğu ile bu hastalığın yaygınlığı doğru orantılıdır (33-36). Göçler ve önemli kültürel ortam değişikliklerinin de şizofreni gelişiminde etkisi olduğu ileri sürülmüştür (37-39).
- **Nörogelişim Kuramı:** Şizofrenisi olan hastaların çocukluk öykülerinde normal kabul edilmeyen nörolojik ve davranışsal bulguların var olduğu gözlenmektedir (33-39).

2.3. DSM-V'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Hastalığın tanısı için aşağıdaki belirtilerden iki tanesinden her biri bir ay boyunca görülmesi gerekir.

Bunlarda en az birinin (1), (2), ya da (3) olması gerekir.

1. Hezeyanlar
2. Hallüsinasyonlar
3. Konuşmada dağınıklık (31).

2.4. Şizofreninin Belirtileri

Şizofreni tanısı konulabilmesi için aynı anda birkaç belirtinin mevcut olması ve aynı zamanda işlevsellikle ilgili bozulmaların da eşlik ediyor olması gerekmektedir (30). Şizofreni için ayırt edici nitelikli belirtiler pozitif (Hezeyanlar, halüsinasyonlar, düşünce ve davranış bozuklukları) ve negatif belirtiler (Günlük yaşamdan zevk alamamak, planlı aktivitelere başlama ya da aktiviteleri sürdürmede zorlanma) olarak ikiye ayrılmaktadır (29).

2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreni hastaları giyimde, temizlikte, kendine bakımda özensizdirler (28). Ayrıca yineleyici hareketler geliştirebilir, beklenmedik biçimde saldırgan ve ajite davranabilir; motor eylemleri tamamen durabilir (katatonik stupor); iş performans ve diğer rollerde ileri derecede bozulma görülebilmektedir (31, 33).

2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Şizofreni hastalarında en spesifik olarak gözlemlenen konuşmaya dair belirtiler şöyle sıralanabilir; bir konudan başka konuya kayma (fikir uçuşması), dolaylı ya da ilişkisiz yanıtlar verme, dağınık konuşma (enkoherans), kafiyeli konuşma (klang çağrışım), konuşmanın aniden kesilmesi (bloklar), tümüyle yeni ve anlamsız sözcükler, kalıplar uydurma (neolojizm), kelime salatası, kelime tekrarı (ekolali) (29, 31, 33). İlişkisel olarak ise; amaca yönelik etkinlikleri

başlatamama ve sürdürememe, toplumsal faaliyetlere ilgisizlik olarak belirti göstermektedir (30). Şizofreni olan kişilerin yaklaşık üçte ikisi evlenmez ve çoğunlukla içe dönüktür (32).

2.4.3. Duygulanım-Duygudurum Bozuklukları

Şizofreni hastalarında duygusal ifadeler ya yoktur veya ses tonu monoton, yüz hareketsiz, tepkisiz kalma, vücut dilini kullanmama, umutsuzluk, boşluk duygusu, ilgi kaybı, depresyon, öfori, suçluluk duygusu, empati yoksunluğu, ambivalans, donakalım gibi duygulanım bozukluğu belirtilerinin bir ya da birkaçı gözlenebilmektedir (28, 29, 31, 33).

2.4.4. Bilişsel Süreçler (Bilinç ve Yönelim)

Akut dönemde şizofreni hastalarında yönelim genellikle bozulmamıştır. Hastalığa karşı içgörü ya az veya hiç yoktur (32).

2.4.5. Algı Bozuklukları

Şizofrenide görülen algı bozuklukları varsanı (nesnesiz algılama) ve yanılsama (varolan bir nesnenin hatalı algılanması) şeklindedir (31). Kendi bedeninden, tv-radyodan, ölü insanların hayallerinden işitilen sesler, emirler, ikazlar duyma (işitsel varsanı); hoş olmayan, alışılmadık kokular alma (koku varsanları); gerçekte olmayan kişiler, nesnelere, ölü görüntüleri, şiddet ve işkence sahneleri görme(görsel varsanı) şeklinde bir veya birden fazla belirti olarak karşımıza çıkmaktadır (31, 33).

2.4.6. Düşünce Bozuklukları

Düşünce içeriğinin en belirgin bozukluğu sanrılardır. Sanrı çeşitleri; kötülük görme, kıskançlık, suçluluk, büyüklük, somatik, zihin okuması sanrılarıdır (31). Birey tv, radyoda kendisi ile ilgisi bulunmayan olaylara özel anlamlar yükleyebilir. Aynı zamanda soyut düşünme ve gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuştur (29, 31, 33).

2.4.7. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Şizofreniye özgü bir somatik belirti olmadığı ve tanı koydurucu olabilecek herhangi laboratuvar bulgusuna da rastlanmadığı belirtilmiştir (32, 33). Ayırıcı olmasa da hastalığın başlangıç döneminde polimorf ağrı, halsizlik, hazımsızlık; akut alevlenme döneminde uyku bozuklukları, avuç içinde terleme, taşikardi görülebildiği de belirtilmiştir (33). Güvenilir tanı aile öyküsü ve seyre bakılarak koyulabilmektedir (31, 33).

2.5. Şizofreni Tedavisi

Hastalık öncesi ve hastalık seyri sırasındaki uyum ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (30, 34). Psikoza neden olan organik nedenler dışlanmalıdır (35). Tedavi planına hastanın da katılmasının, polifarmasiden kaçınılması gerektiğinin, hasta ile iyi bir işbirliği kurulmasının ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasının önemine değinilmelidir (30, 34). Ayaktan tedavinin tercih edilip; hastaneye yatırma kararında hastanın çevresine ve kendisine zarar vermekten koruma, yakın gözlem ve ilaç tedavisi gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır (33).

En genel anlamda şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönleriyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için tedavi üç temel amacın üzerine ek olarak planlanmaktadır:

- Belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak,
- Hastanın yaşam niteliğini ve uyumunu olabildiğince artırmak,
- Hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmak (29).

Tedavisi planlanan hastaların tedavi sürecinde;

- Destekleyici Psikoterapi
- İlaç Tedavisi
- EKT
- Psikososyal Sağaltım Yöntemleri bulunmaktadır (31).

2.6. Şizofreni ve İçgörü

İçgörü, psikiyatride hastaların hasta olduğunu kabul etmesi, zihinsel aksaklık, belirtilerin farkında olması ve tedavi girişimlerini kabul etmesi, kişinin sorunlarını anlama ve iç dünyasını sorgulama kapasitesi, bilinçli farkındalık olarak tanımlanmaktadır (10, 14).

İnkar mekanizması olarak da tanımlanan içgörüsüzlük şizofreni hastalarında; ilaçlarını bırakma, randevulara gelmeme, tedavilerine katılmama olarak görülmektedir (11, 32). İçgörü eksikliği, kişinin hastalığına karşı olan umutsuzluğu, depresyon riskini ve bilgilenme eksikliğini de beraberinde getirmektedir (20, 41). Hasta içgörü düzeyine göre hastalığını, hastalık belirtilerini veya tedavisini kabul edebilir veya reddedebilir (36).

Şizofrenide içgörü, eğitim seviyesi, tedavisiz psikoz süresi ve ileri derece kabul edilen semptomları ile bağlantılı olarak kabul edilmektedir (11). Burada, bilişsel-davranışçı yöntemlerle, içgörünün ve tedaviye uyumun artırılmaya çalışılması gerekir (11, 12, 32). Çünkü hastalığı anlamak, onunla mücadele etmeyi ve tedavide kalmayı sağlayacak, belirti-

semptomları yenmek için daha çok çaba gösterecek, yenilemediğinde ise onunla barışık şekilde yaşamayı sağlayacaktır (36).

2.7. Şizofreni ve Tedaviye Uyum

Uyum hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilmektedir (40). Şizofreni gibi uzun süre veya ömür boyu ilaç tedavisi alınması gereken ciddi ruhsal bozukluklarda tedavi uyumu hastalığın seyri açısından büyük önem taşımaktadır (41, 42).

Şizofreni hastalarında beklenen tedaviye uyum, genel anlamda içgörü ile ilişkilendirilmiştir (14). Tedaviye uyumsuzluğun en sık görüldüğü şizofreni hastalarında uyumsuzluk sebebinin ortaya çıkarılması, hastaya uyumun kazandırılması ve sürekliliğini sağlanmasında önemli yere sahiptir (22, 24).

Uyumsuzluk kavramı negatif belirtiler, motivasyon eksikliği ve sanrıların içeriği ile de ilişkilidir (20). Tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında kişinin içgörüsünün azlığı ya da olmaması, hastanın psikopatolojisi, ilaçlara karşı oluşan yan etkiler, sosyal desteğin yetersizliği, bilgi eksikliği, kültürel inançlar gösterilebilir (20, 40). Ayrıca ülkemizde yaygın olarak görülen bir diğer tedaviye uyumsuzluk sebebi ise hastalığın yadsınması olarak belirtilmiştir (43).

Tedaviye uyumsuzluk ilaçlarını düzenli almama, randevulara ve kontrollere düzenli katılmama, reçete edilmeyen ilaçları tercih etme gibi boyutlarla karşımıza çıkmaktadır (37). Aynı zamanda tedaviye uyum problemleri hastaneye zorla yatışların artmasına, yatış süresinin uzamasına, psikotik belirtilerin iyileşme sürelerinin uzamasına, kötü prognoza ve intiharlara neden olabilmektedir (41).

2.8. Şizofreni Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Ruhsal hastalıklara karşı halkın genel olarak olumsuz bakış açısına sahip olduğu ve ruhsal bozukluğu olanlara yönelik ayrımcı ve damgalayıcı tutum gösterdiği görülmüştür (1). Aileler çoğu zaman yaşadıkları zorluklarla nasıl baş edeceklerini bilememekte ve çevrenin de etkisiyle kendilerini çoğu zaman hastaya yanlış yönelim, tavır ve davranışlar sergilerken bulabilmektedir. Bu sebeple bir şizofreni hastasına bakım verecek olan hemşirenin, tedavi planında ailelere hastalıkla ilgili bilgi, eğitim, iletişim ve sorun çözme becerilerinin öğretildiği kısa müdahalelerde yer almalıdır (38). Tedaviye başlamadan önce hemşirenin, hastanın geçmiş

tedavisi hakkındaki düşüncelerini ve hastanın şu anki tedavisine katılımını etkileyebilecek antipsikotik tedavi öyküsünü alması büyük önem taşımaktadır (25).

Şizofrenide hastalığın seyrinde, tedavisinde, iyileşme düzeyinde psikiyatri hemşireleri önemli rol oynamaktadır (45). Hastaya bakım veren psikiyatri hemşiresinin hastayla tedavi edici ilişki kurması, güven verici ortam oluşturması, tedaviye hasta yakınlarının da katılımını sağlaması, ailenin hastalık, tedavi süreci, olası beklenmeyen durumlarda hastaya yaklaşım gibi bilgi eksikliği yaşadığı durumlarla alakalı eğitim vermesi, depresyon, bunaltı ve diğer eklenen sorunları çözmede rol oynaması, bilişsel yetiler geliştirme hususunda çalışması, kısa ve uzun vadeli hedefler oluşturulması, toplum içinde olası damgalanmaya karşı ailenin ve hastanın baş edebilme kabiliyetini geliştirmesi tüm bunlarla birlikte hastanın dış çevreyle iletişime girmesini sağlayarak kendi kendini toplumdan soyutlama ya da intihar girişimlerinin önüne geçilmesi gibi hemşirenin hastanın hastalığını yönetmesinde önemli girişimlerini oluşturmaktadır (46-48).

Ruh sağlığında çalışan sağlık personellerinin, ruhsal hastalıklarla ilgili temel inanışları ve tutumları bilmeleri hastalara verilen hizmetin kalitesini etkilemektedir (1, 48). Şizofreni hastalarında çevresi tarafından etiketlenme, dışlanma gibi durumlar sebebi ile çekingenlik, reddedilme korkusu, anksiyete hissetme, evden çıkamama gibi güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu tür güçlükler bakım verenin terapotik iletişimi ile aşılabılır (1, 39). Hasta ve ailesinin tedaviye aktif katılımının sağlanması, bireyin topluma kazandırılması için aktiviteler planlanıp, ayaktan tedavi için Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)' ne aktif katılımı sağlanması hasta açısından olumlu etki bırakan, içe kapanıklığı önleyen ve önerilen tutumlardandır (1, 29, 38, 39).

Sağlık tedavi ekipleri içerisinde şizofreni hastalarıyla zamanın çoğunu psikiyatri hemşiresi; hastayı fiziksel ve psikolojik yönden bir bütün olarak değerlendirip, hastaya gerekli bakımı vererek tedavinin seyrini olumlu yönde etkilemektedir. Psikiyatri hemşireleri rehabilitasyondan, hastane ortamının düzenlenmesinden, taburculuk sonrası takipten, hasta ve ailesine yönelik verilen hizmetlerin kalitesi gibi birçok uygulamadan çok yönlü bir şekilde ilgilenmektedirler. Ayrıca şizofreni hastalarında ilk atak esnasında birincil müdahalede de yer almaktadırlar (39-46).

3. MATERYAL/METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde Haziran 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. 57 dönümlük bir alan üzerinde bulunan hastane 1925 yılında kurulmuştur. Hastane 488 yatak kapasitesi ile bölgedeki psikiyatri hastalarına hizmet vermektedir. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Şekil 1 'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gören toplam 2000 yetişkin şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan güç analizinde 0.05 yanılğı düzeyi, 0.08 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil etme yeteneğı ile örneklem büyüklüğü 300 şizofreni hastası olarak belirlenmiştir. Hastaların isimleri listelenip, numaralandırılıp basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilecektir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

- İletişime ve iş birliğine açık olma
- Remisyon döneminde olma (hastanın aktif dönem belirtilerinin söndüğü dönemdir)

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Demans ve/ veya diğer organik mental bozukluğun olması
- Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler Haziran 2017-Mart 2018 tarihleri arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi servislerindeki görüşme odalarında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veriler hastalarla tek tek görüşülerek, araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-3), Brichwood İlgörü Ölçeği (EK-4) kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2): Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 7 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı) oluşmuştur.

Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (EK-3): Ölçek Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986 'da Morisky ve arkadaşları tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır (26). Ülkemizde geçerlilik güvenirliliği Yılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır (27). Ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.64-0.96 arasında değişmektedir. Ölçek, ilaç uyumunu ölçen dört sorudan oluşmaktadır. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır (25, 27). Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek (4 puan), bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta (2-3 puan arası), üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük (0-1 puan arası) olarak değerlendirilir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.86 olarak bulunmuştur.

Brichwood İlgörü Ölçeği (EK-4): Brichwood İlgörü Ölçeği, 1994'te Brichwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe çevirisi geçerlilik ve güvenirliği Sakarya ve Devrimci-Özgüven (2012) tarafından yapılmıştır (49). Ölçek hastalığın ve tedavi ihtiyacının farkında olmayı ve hastalık belirtilerinin neye bağlandığını değerlendirmektedir. 1 ve 8.

maddeler belirtilerin, 2. ve 7. maddeler hastalığın, 3, 4, 5, 6. maddeler tedavi gereksiniminin farkında olmayı değerlendirmektedir. Tüm maddelerden 0, 1, 2 puan alınabilir; 1, 2, 7 ve 8. maddelerin puanları doğrudan toplam puana katkı yapar. Ancak 3, 4, 5, 6. maddelerden alınan puanlar toplanıp ikiye bölünür ve elde edilen sayı toplam puana katkı yapar. Ölçekten en fazla 12 en az 0 puan alınabilir. 12 puan tam içgörüyü, 0 puan içgörü yokluğunu göstermektedir. Araştırmamızda Birchwood İç Görü Ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.79 olarak hesaplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni: tedaviye uyumdur.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: içgörü, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde; hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında yüzdeler dağılım, ölçeklerin puan ortalamalarının belirlenmesinde aritmetik ortalama, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile ölçeklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda *t* testi, gelir düzeyini algılama durumu ve eğitim düzeyi ile ölçeklerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, yaş grupları ile ölçeklerin karşılaştırılmasında Varyans Analizi, tedaviye uyum düzeyleri ile içgörünün karşılaştırılmasında Regresyon Analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-5), araştırmanın yapılacağı kurumdan yasal izin (EK-6) ve hasta veya hasta yakınlarından sözel izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1 de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş Grupları		
18-28	38	12.7
29-39	134	44.7
40-50	94	31.3
51 ve üzeri	34	11.3
Cinsiyet		
Erkek	235	78.3
Kadın	65	21.7
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	17	5.7
İlkokul	62	20.7
Ortaokul	133	44.3
Lise	80	26.7
Yüksek okul	8	2.7
Medeni Durum		
Evli	128	42.7
Bekar	172	57.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	78	26.0
Çalışmıyor	222	74.0
Gelir Düzeyini Algılama Durumu		
Kötü	24	8.0
Orta	262	87.3
İyi	14	4.7
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü		
Var	92	30.7
Yok	208	69.3
Toplam	300	100.0

Tablo 4.1' de hastaların % 44.7' sinin 29-39 yaş grubu arasında, % 78.3' ünün erkek, % 44.3'ünün ortaöğretim mezunu, % 57.3'ünün bekar olduğu, % 74'ünün çalışmadığı, % 87.3'ünün gelir düzeyini orta olarak algıladığı, % 69.3'ünde ailede ruhsal hastalık öyküsü olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.2 de Hastaların Morisky Tedaviye Uyum dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Morisky Tedaviye Uyum Dağılımları

Ölçek	n	%
Yüksek Uyum	41	13.7
Orta Uyum	207	69.0
Düşük Uyum	52	27.3
Toplam Puan	300	100

Tablo 4.2 de hastaların % 69' unun tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3 de araştırmaya katılan hastaların İçgörü Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanından aldığı puanlar ve ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların İçgörü Alt Boyut ve Toplam Puanından Aldıkları Puanlar ve Ortalamaları

Ölçek	Minimum-Maximum Puan	Ort.
Belirtilerin Farkında Olma	0-4	0.96±0.61
Tedavinin Farkında Olma	0-4	1.20±0.61
Hastalığın Farkında Olma	0-4	0.95±0.85
Toplam Puan	0-12	3.12±1.60

Tablo 4.3 de hastaların İçgörü Ölçek toplam puanından alınan en düşük değer 0, en yüksek puan 12, toplam puan ortalaması 3.12±1.60 olarak bulunmuştur. Hastaların içgörülerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4 de Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre İçgörü ve Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Alt boyut ve Toplam Puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İçgörü Ölçek Alt boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler				Belirtilerin Farkında Olma	Tedavinin Farkında Olma	Hastalığın Farkında Olma	İçgörü Ölçek Toplam Puan	Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Toplam Puan
		n	%					
Yaş Grupları	18-28	38	12.7	0.84±0.63	1.17±0.46	0.84±0.82	2.85±1.35	2.76±1.53
	29-39	134	44.7	1.02±0.68	1.30±0.78	1.08±0.92	3.40±1.95	3.16 ±1.46
	40-50	94	31.3	0.94±0.53	1.14±0.41	0.88±0.71	2.97±1.14	3.28±1.22
	51 ve üzeri	34	11.3	0.91±0.45	1.02±0.30	0.76±0.88	2.70±1.19	3.41±1.32
	Test Değeri Anlamlılık			F=1.011 p=.388	F=2.458 p=.063	F=2.023 p=.111	F=2.850 p=.038	F=1.650 p=.178
Cinsiyet	Erkek	235	78.3	0.97±0.66	1.23±0.64	0.96±0.88	3.17±1.72	3.10±1.42
	Kadın	65	21.7	0.93±0.39	1.10±0.44	0.90±0.74	2.94±1.03	3.46±1.22
	Test Değeri Anlamlılık			t=0.369 p=.713	t=1.569 p=.118	t=0.487 p=.627	t=0.998 p=.319	t=-1.848 p=.026
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	17	5.7	1.23±0.97	1.44±1.89	1.17±1.18	3.85±2.57	2.70±1.61
	İlkokul	62	20.7	1.01±0.66	1.16±0.57	0.98±0.79	3.16±1.47	2.98±1.47
	Ortaokul	133	44.3	0.97±0.65	1.24±0.67	1.06±0.88	3.28±1.79	3.19±1.38
	Lise	80	26.7	0.85±0.35	1.15±0.43	0.68±0.70	2.68±0.93	3.37±1.27
	Yüksekokul	8	2.7	0.87±0.35	0.93±0.41	1.00±0.75	2.81±0.92	3.50±1.41
Test Değeri Anlamlılık			KW=3.986 p=.408	KW=4.112 p=.391	KW=12.311 p=.015	KW=10.671 p=.031	KW=6.248 p=.018	
Medeni Durum	Evli	128	42.7	1.00±0.46	1.17±0.51	0.85±0.79	3.03±1.33	3.39±1.16
	Bekâr	172	57.3	0.93±0.70	1.22±0.67	1.02±0.89	3.18±1.77	3.02±1.52
	Test Değeri Anlamlılık			t=1.083 p=.280	t=-0.810 p=.419	t=-1.651 p=.100	t=-0.770 p=.442	t=2.275 p=.024
Çalışma Durumu	Çalışıyor	78	26.0	0.97±0.39	1.17±0.46	0.70±0.77	2.85±1.20	3.38±1.14
	Çalışmıyor	222	74.0	0.95±0.67	1.21±0.65	1.04±0.86	3.21±1.71	3.10±1.46
	Test Değeri Anlamlılık			t=0.184 p=.854	t=-0.536 p=.593	t=-3.029 p=.003	t=-1.731 p=.084	t=1.511 p=.132
Gelir Düzeyini Algılama Durumu	Kötü	24	8.0	1.04±0.85	1.20±0.88	1.20±1.02	3.45±2.09	2.16±1.65
	Orta	262	87.3	0.95±0.59	1.21±0.59	0.93±0.84	3.10±1.58	3.28±1.33
	İyi	14	4.7	1.00±0.55	1.00±0.27	0.78±0.69	2.78±0.84	2.92±1.26
	Test Değeri Anlamlılık			KW=0.386 p=.825	KW=2.368 p=.306	KW=1.893 p=.388	KW=0.239 p=.887	KW=15.949 p=.000
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	92	30.7	0.89±0.54	1.25±0.65	0.93±0.73	3.10±1.36	3.11±1.42
	Yok	208	69.3	0.99±0.64	1.18±0.59	0.95±0.89	3.12±1.69	3.20±1.37
	Test Değeri Anlamlılık			t=-1.354 p=.177	t=0.143 p=.966	t=0.951 p=.343	t=-0.132 p=.895	t=-0.499 p=.618

Tablo 4.4 de İçgörü Ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre yaş grupları karşılaştırıldığında; ölçek toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<.05$). Yaşı büyük olanlarda içgörünün daha düşük olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile de İçgörü Ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyet ile İçgörü Ölçek toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>.05$). İçgörü Ölçek alt boyut ile toplam puan ortalamalarının eğitim düzeyiyle olan ilişkisine bakıldığında; eğitim düzeyi ile hastalığın farkında olma alt boyut ve İçgörü Ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<.05$). Eğitim düzeyi düşük olanlarda içgörünün yüksek olduğu

belirlenmiştir. Medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyini algılama durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile İçgörü Ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum ile İçgörü ölçek alt boyut ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>.05$).

Tablo 4.4 de Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalamasına göre yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı karşılaştırıldığında; ölçek toplam puan ortalaması ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>.05$). Hastalarda cinsiyete göre Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<.05$). Kadın hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında eğitim düzeyi ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Eğitim düzeyinin artması hastaların tedaviye uyumlarını da arttırmaktadır. Hastaların medeni durumu ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Evli olan hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarının gelir düzeyini algılama durumlarına göre Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; gelir düzeyini algılama ile tedaviye uyum arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Gelir düzeyinin artmasıyla tedaviye uyumda artış meydana gelmektedir.

Tablo 4.5 te İçgörü Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Morisky Tedaviye Uyumun Karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.5. İçgörü Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Morisky Tedaviye Uyumun Karşılaştırılması

	İçgörü						
	R	R ²	ΔR^2	ΔF	β	t	p
Tedaviye uyum	0.72	0.48	0.04	0.22	-0.09	-3.89	.00

Tablo 4.5'te hastaların İçgörü Ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre Morisky Tedaviye Uyum karşılaştırıldığında; içgörü ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Hastaların içgörülerini arttıkça tedaviye uyumları artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunun erkek, 29-39 yaş grubunda, ortaöğretim mezunu, bekâr, gelir durumunun orta olduğu, çalışmadığı, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Demirkol ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı araştırmada, hastaların çoğunluğunun kadın, 29-39 yaş grubunda, ortaöğretim mezunu olduğunu, çalışmadığını saptamıştır (40). Dankı ve ark. şizofreni hastaları üzerinde yaptığı araştırmada hastaların çoğunluğunun erkek, 25-35 yaş grubunda, ortaöğretim mezunu, bekar olduğunu, çalışmadığını tespit etmiştir (15). Dilbaz ve ark. yapmış olduğu araştırmada hastaların çoğunluğunun erkek, bekar, ortaöğretim mezunu olduğunu ve çalışmadığını belirlemiştir (24). Araştırmanın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda hastalığın erken yaşlarda başlamasının hastalığı kabul etme sürecini uzatması, bu süreç de bireyi strese, sosyal izolasyon ve inkara itebilmektedir. Tüm bunların sonucu olarak bireyin eğitim hayatına başlama, sürdürme, çalışma hayatında aktif rol alma, aile hayatını devam ettirme, aile kurma gibi konularda kendilerini geri çektikleri, soyutladıkları düşünülebilmektedir.

Araştırmada hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu saptanmıştır (Tablo 4.2). Dilbaz ve ark. şizofreni hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların büyük bir kısmında tedaviye uyumun düşük olduğunu saptamıştır (24). Lacro ve ark. şizofreni hastalarının % 80'e varan bir kısmının tedaviye uyumun düşük olduğunu belirlemiştir (17). Demirkol ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumunun düşük olduğunu tespit etmiştir (40). Araştırma bulgularındaki bu farklılığın araştırma verilerinin ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde toplanmasının hastaların tedavi sürecine zorunlu uyum sağlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada veri toplama esnasında hastaların ilaç yan etkilerinin oluşturduğu sıkıntılardan bunaldığı, ilaçları gereksiz bulduğu, tedavi ve hastane sürecinin bireyin kendini kısıtlanmış hissetmesi tedaviye uyumun orta düzeyde olma nedeni olarak düşünülmektedir.

Hastaların İçgörü Ölçek toplam puan ortalaması 3.12 ± 1.60 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). İçgörü Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları dikkate alındığında hastaların içgörülerinin düşük olduğu saptanmıştır. Dankı ve ark. şizofreni

hastalarının % 50-80'inin düşük içgörü düzeyine sahip olduklarını belirlemiştir (15). Lacro ve ark. psikiyatri hastaları üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada hastaların içgörü seviyelerinin düşük olduğunu tespit etmiştir (17). Aslan ve ark. içgörü azlığının şizofreni hastalarının çoğunda görülen yaygın bir sorun olduğuna dikkat çekmiştir (14). Ampalam ve ark. şizofreni hastalarında yapmış olduğu bir çalışmada şizofreni hastalarında içgörü yoksunluğunun var olduğunu saptamıştır (2). Şizofreni hastalarında içgörü azlığı konusunda birçok çalışmayla paralel sonuçlara ulaşılmış olup, bu sonucun birey ve ailesinin şizofreni tanısı aldığında inkar ve kabullenmeme sürecine girmeleri, tedavinin faydasını göremeyeceği, gereksiz ilaç bağımlılığı olduğu konusundaki ön yargıları, toplumda damgalanma sürecinden korkulması, kısmi belirtilerin doğal karşılanıp tanılama sürecini geciktirmeleri gibi sebeplerden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre İçgörü Ölçek Alt boyut ve Toplam Puan ortalamalarının karşılaştırılmasında hastaların yaş gruplarına göre içgörü ölçek toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p < .05$, Tablo 4.4). Hastaların içgörülerinin yaş arttıkça azaldığı tespit edilmiştir. Dankı ve ark. şizofreni tanılı hastalar üzerinde yaptığı araştırmada yaş ve içgörü arasında anlamlılık bulamamıştır (15). Gigante ve ark. yapmış olduğu araştırmada hastalarda yaşın içgörüyü etkilemediğini belirlemiştir (50). Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın araştırmaya katılan yaşlı hasta sayısının az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Araştırmada hastaların cinsiyetlerine göre içgörü düzeyleri incelendiğinde; cinsiyet ile içgörü arasında anlamlılık bulunamamıştır ($p > .05$). Peralta ve Cuesta kadın cinsiyette olan şizofreni hastalarında içgörü düzeyinin düşük olduğunu tespit etmiştir (51). Türkiye'nin doğusunda özellikle evlenme aşamasında olan kadınların hastalıklarının aileleri tarafından gizlenerek hastaneye yatırılmak istenmemeleri, buna bağlı olarak hastaneye yatış yapan kadın sayısının az oluşu ve araştırmada kadın-erkek homojenliğinin sağlanamaması bu sonucun nedeni olarak düşünülebilir. Araştırmada hastaların eğitim düzeyleri ile içgörü düzeyleri incelendiğinde; eğitim durumu ile içgörü düzeyi arasında anlamlılık saptanmıştır ($p < .05$, Tablo 4.4). Eğitim düzeyi azaldıkça içgörü artmaktadır. Macpherson ve ark. eğitim düzeyi ile içgörü düzeyi ile doğrusal bağlantılı saptamıştır (52). Dankı ve ark. eğitim düzeyi ve içgörü düzeyi arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit etmiştir (15). Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olması bu farklılığın nedeni olarak düşünülebilir. Araştırmada çalışma durumu ile içgörü ölçeğinin alt boyutlarından hastalığın farkında olma arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p < .05$). Şaylan ve ark.

yapmış olduğu araştırmada şizofreni hastalarının büyük bir kısmının işsiz olduğunu, asıl bakım ve ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olduklarını saptamıştır (53). Araştırmaya katılan hastaların % 74'ünün çalışmadığı bu sebeple veri toplanan bireylerin sayısal oranları arasında homojenliğin olmaması bu sonucun nedeni olarak düşünölmektedir. Araştırmada hastaların ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı ile içgörü arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>.05$, Tablo 4.4). Suzuki ve ark. aile öyküsünün varlığının şizofreni hastalarındaki içgörü düzeylerine etkisini araştıran çalışmasında aile ortamında şizofreni tanısı olan başka aile bireylerinin olmasının, bireyin hastalığa yönelik içgörüsünü ve psikososyal işlevselliğini azaltabileceğini saptamıştır (54). Dankı ve ark. yapmış olduğu araştırmada aile öyküsü bulunan şizofreni hastalarının içgörü düzeylerinin aile öyküsü bulunmayan hastaların içgörü düzeylerine oranla daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır (15). Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmaması bu farklılığın nedeni olarak düşünölebilir.

Araştırmada şizofreni hastalarında cinsiyet ile tedaviye uyum karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiş olup; kadınlarda erkeklere oranla tedaviye uyum oranı daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4.4). Çobanoğlu ve ark. şizofreni hastaları üzerinde yapmış olduğu araştırmada kadınların tedaviye uyumunun daha yüksek olduğunu belirlemiştir (20). Ünal ve ark. yapmış olduğu araştırmada erkeklerde tedaviye uyumun daha az olduğunu saptamıştır (55). Demirkol ve ark. yapmış olduğu araştırmada kadınlarda tedaviye uyumsuzluk oranını daha fazla tespit etmiştir (40). Growood ve ark. yapmış olduğu araştırmada erkeklerin tedaviye daha yüksek oranda yanıt verdikleri sonucuna ulaşmıştır (56). Araştırma sonuçları arasında farklılıkların ulaşılan kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından daha az olmasının etkisi olduğu düşünölmektedir. Araştırmada kadın hastaların hastalığını kabullenip, tedaviye daha fazla uyum gösterdiği gözlemlenmiştir. Araştırmada hastaların eğitim düzeyi ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<.05$, Tablo 4.4). Araştırmaya göre eğitim düzeyi arttıkça tedaviye uyum artmaktadır. Demirkol ve ark. psikiyatri hastaları üzerinde yapmış olduğu araştırmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların istatistiksel olarak tedaviye daha fazla uyumsuzluk gösterdiğini tespit etmiştir (40). Suzuki ve ark. yapmış olduğu araştırmada eğitim düzeyi düşöükçe tedaviye uyumsuzluk oranının arttığını belirlemiştir (54). Araştırma sonuçları farklı çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Araştırma sonucuna göre eğitim düzeyi yüksek bireylerin hastalık hakkında araştırma yapmaya daha fazla fırsat bulup bilinmezlik durumunu ortadan kaldırdıkları, tedavinin olası sonuç ve yan etkilerine hazır olup önlemlerini aldıkları, bilimsel tedavinin gerekliliğini kavrayıp dini inanış ve

tedavilere kendilerini bırakmadıkları, inkar evresini daha çabuk atlattıkları düşünülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlılık tespit edilmiştir ($p<.05$, Tablo 4.4). Araştırmada evli bireylerin tedaviye uyum oranının bekar bireylerin uyumuna oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Belli ve ark. şizofreni hastaları üzerinde yapmış olduğu araştırmada aileleriyle yaşayan şizofreni hastalarında tedaviye uyumun daha iyi olduğunu belirlemiştir (57). Lay ve ark. yapmış olduğu araştırmada yalnız yaşayan hastalarda tedaviye uyumsuzluğun daha sık görüldüğünü tespit etmiştir (58). Aile bireyleri ile yaşayan hastaların sahip oldukları sosyal destek ile farkındalıklarını artırdıkları, sorumluluklarının bilincine varıp tedaviye uyum sağladıkları düşünülebilir. Araştırmada gelir düzeyini algılama durumu ile tedaviye uyum arasında anlamlılık tespit edilmiştir ($p<.05$, Tablo 4.4). Gelir durumu orta düzey olan hastaların tedaviye uyumları daha yüksektir. Ünal ve ark. yapmış olduğu araştırmada işsiz olma ve gelir düzeyinin düşük olmasının tedavi uyumsuzluğu sebebi olduğunu tespit etmiştir (55). Morlino ve ark. yapmış olduğu araştırmada işsiz ve düşük sosyoekonomik durumda olan hastalarda tedavi uyumsuzluğunun daha yüksek olduğunu belirlemiştir (59). Veri toplama esnasında yapılan görüşmelerde gelir durumu iyi olduğunu belirten hastaların; kendini aile ve çevresinden soyutlamadığı, tedavi sürecini olumlu karşıladığı ve hastalığından dolayı maddi yetersizlik hissetmemekten mutluluk duyduğu gözlenmiştir. Araştırmada ailede hastalık öyküsü varlığı ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>.05$). Gültekin ve ark. yapmış olduğu araştırmada aile öyküsünde psikotik hastalığı mevcut olan hastaların tedavi uyumlarının daha az olduğunu saptamıştır (60). Ünal ve ark. yapmış olduğu araştırmada ailede psikoz öyküsü olan hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (55). Demirkol ve ark. psikiyatri hastaları üzerinde yapmış olduğu araştırmada ailede ruhsal hastalık öyküsünün tedaviye uyum üzerinde belirgin etkisi olmadığını saptamıştır (40). Araştırma sonuçları farklı çalışma sonuçları ile paralellik göstermediği gözlenmiştir. Bu durumun veri toplanırken ailesinde ruhsal hastalık öyküsü var olan hastalara ulaşılamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının içgörülerini ile tedaviye uyumları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların içgörülerini arttıkça tedaviye uyumları da artmaktadır. Roberts & Velligan şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada içgörünün tedaviye uyumu etkilediğini saptamıştır (61). Pijnenborg ve ark. içgörü varlığının tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediğini tespit etmiştir (62). Dikeç & Kutlu bir grup şizofreni hastasında yaptığı çalışmada tedaviye uyumu etkileyen en önemli faktörün içgörü olduğunu

tespit etmiştir (63). akır ve ark., psikoz hastalarında tedaviye uyumun düşük ve önemli bir sorun olduğunu içgörü varlığı ile tedaviye uyumun artırılabilceğini saptamıştır (64). Uzun ve ark., şizofreni hastalarının tedaviye uyum göstermediklerini ve içgörünün artırılarak tedaviye uyumun artacağını belirlemiştir (65). Araştırma sonuçları bulgularımızı destekler niteliktedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Araştırmada hastaların yaş, eğitim düzeyinin içgörüyü etkilediği,
- ✓ Araştırmada şizofreni hastalarında cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyini algılama durumunun tedaviye uyumu etkilediği,
- ✓ Araştırmada içgörü ile tedaviye uyum arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- ✓ Hastalara etkili psikoeğitim verilerek içgörü kazandırılması ve tedaviye uyumun artırılması,
- ✓ Cinsiyet farklılığından kaynaklı tedaviye aktif katılmayan hastalar tespit edilerek ev ziyaretleri yapılması,
- ✓ Hasta bireylerin toplumdan kendilerini soyutlamasını önlemek, maddi yeterliliklerini sağlamak için toplumsal projeler yürütmek ve hastaların aktif katılımının sağlanması,
- ✓ Hastaların eğitim hayatını başlatma ve sürdürme yönünde adım atmalarının sağlanması ve desteklenmesi,
- ✓ Bakım verenlere terapötik iletişim eğitimi verilerek hastaya yaklaşımlarının iyileştirilmesi,
- ✓ Ayaktan tedavi merkezleri ile iletişim halinde hastanın takip edilmesi,
- ✓ Hastalara içgörü kazandırmak için etkin oldukları, yapmaktan zevk aldıkları hobi alanları tespit edilip, gerekli yönlendirmelerin yapılması,
- ✓ Hastaların bir araya getirilerek aynı durumda birçok hastanın var olduğunun, yalnız olmadıklarının hissettirilmesi, birlikte etkinliklere yönlendirilmesi,

önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kavak F, Ekinci M. The effect of yoga on functional recovery level in schizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30: 761-7
2. Ampalam P, Deepthi R, Vadaparty P. Schizophrenia – Insight, Depression: A correlation study. *Indian J Psychol Med* 2012; 34 : 44–8.
3. Tetik B, Eray İ, Öztaş Ö, Öztürk S. Olgu sunumu: Şizofren hastanın renal kolik tablosundan doğuma giden hikayesi. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18: 159-61
4. Akal B, Doğan O. Potential risk factors for schizophrenia. *Noro Psikiyatr Ars* 2010; 47: 230-6
5. World Health Organization, 2016
6. Gajik G. Group art therapy as adjunct therapy for the treatment of schizophrenic patients in day hospital. *Vojnosanit Pregl* 2013; 70: 1065-9
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 Bulteni* 2014; 24: 276-88
8. Birgül Ö, Erdem E, Özsoy S, Zararsız G. Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14: 192-9
9. Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. Beck bilişsel içgörü ölçeği türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 186 - 96
10. Swain E. Schizophrenia, insight and fitness to plead in court and stand trial. *D. Clin Psy Thesis* 2012; 1: 6-13
11. Fıstıkçı N, Keyvan A, Cesur E. Psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramı: Bir gözden geçirme. *Yeni Symposium* 2016; 54: 22-5
12. Akdoğan R, Türküm A. Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6: 375-88
13. Ramanchardran A, Rajkumar R, Praharaj S, Kandradi H, Sharma P. A Cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. *Indian J Psychol Med* 2016; 38: 207–12
14. Aslan S, Altınöz A. İçgörü kavramı ve şizofreni. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi* 2010; 4: 1-2

15. Dankı D, Dilbaz N, Okay İ. ve ark. Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18: 129-36.
16. Umut G, Altun Z, Danışmant B, Küçükparlak İ, Karamustafaloğlu N. Relationship between treatment adherence, insight and violence among schizophrenia inpatients in a training hospital sample. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012; 25: 212-20
17. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV: Prevalance of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature: *Am Psychiatr* 2002; 101: 892-909
18. Burckley P, Wirshing D, Bhushan P, Pierre J, Resnick S, Wirshing W. Lack of insight in schizophrenia. *CNS Drugs* 2007; 21 (2): 129-41
19. Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Tedaviye Uyumu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Uzmanlık Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2006.
20. Çobanoğlu Z, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunlar. *Düşünen Adam* 2003; 16: 211-8
21. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 7: 297-301
22. Dilbaz N, Group Continuum. New targets for the management of schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2015; 25: 407-28
23. Altun ÖŞ, Karakaş SA, Olçun Z, Polat H. An investigation of the relationship between schizophrenic patients' strength of religious faith and adherence to treatment. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32: 62-5
24. Dilbaz N, Karamustafaloğlu O, Oral T, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006; 16: 223-32
25. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011; 2: 105-10
26. Morisky DE, Green LW, Levine DM, Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986; 24 : 67-74.
27. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004

28. Kavak F. Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2011: 1-14
29. Köroğlu E. Psikiyatri Ders Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2012: 33-59
30. Songar A. Psikiyatri ve Ruh Hastalıkları. Geçit Kitapevi 2000: 266-345
31. Güleç C. Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1997: 321-53
32. Köroğlu E. Psikiyatri El Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2005: 52-56
33. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi 1995: 209-245
34. Songar A. Psikiyatri Psikobioloji ve Ruh Hastalıkları. İstanbul, Serhat Dağıtım Yayınevi 2000: 206-9
35. Çifter İ. Psikiyatri. Ankara, 1.GATA Basımevi 1985: 202-40
36. Eryıldız D. Yazıcı A. Saatçioğlu Ö. Yanık Medaim. Rehabilitasyon programına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının belirti ve içgörülerinin değerlendirilmesi. *New Symposium Journal* 2011; 49: 108-109
37. Bahar G. Savaş H. Ünal A. Bahar A. İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *J Mood Disord* 2015; 5: 95-103
38. Bademli K. Duman Z. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22: 1-3
39. Tükel R. Çakır S. Ertekin E. Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2017: 53-62
40. Demirkol M. Tamam L. Evlice Y. Karaytuğ M. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal* 2015; 40: 555-8
41. Dikeç G. Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5: 143-8
42. Yılmaz S. Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2012; 20: 93-103
43. Demirkol M. Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016; 8: 85-93
44. Özşen P. Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi 2013.

45. Çam O. Engin E. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul, Tıp Kitap Evi 2014: 275-12
46. Özcan T. Gürhan N. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi 2016: 107-372
47. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2015: 242-316
48. Çam O. Ruh Sağlığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007, 8: 215-23
49. Sakarya A, Devrimci-Özgüven H. Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İçgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2012
50. Gigante AD. Castel S. Insight Into Schizophrenia: A comparative study between patients and family members sao paulo. *Med. J* 2004; 122: 246-51.
51. Peralta V. Cuesta MJ. Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biol Psychiatr* 1988; 44: 107-14
52. Macpherson R, Jerrom B, Hughes A Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatr* 1996; 168: 718-22.
53. Şaylan M, Alptekin K, Akdemir A, Tetik E, Korb FA. The intercontinental schizophrenia outpatient health outcomes (IC-SOHO) study: baseline clinical and functional characteristics and antipsychotic use patterns in Turkey. *Bull Clin Psychopharmacol* 2004; 14:132-42
54. Suzuki Y, Yasumura S, Fukao A, Otani K Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 555-61.
55. Ünal S. Çakıl G. Elyas Z. Taburculuk Sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 69-75
56. Gorwood P, Leboyer M, Jay M, et al: Gender and the age at onset in schizophrenia: Impact of family history. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 208-12
57. Belli H. Özçetin A. Ümit E. Alpay E. Bahçebaşı T. Kıran Ü. Baykız A. Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 102-12
58. Lay B, Lauber C, Rössler W Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatr* 2006; 21: 401-9.

59. Morlino M, Calento A, Schiavone V ve Ark Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in italy. *Eur Psychiatr* 2001; 26: 252-9.
60. Gültekin B. Güler J. Kesebir S. Gülücü A. Ergelen M. Şizofreni hastalarında tekrarlayan yatış sıklığı ve öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri* 2013; 16: 225-31
61. Roberts DL, Velligan DI. Medication adherence in schizophrenia. Drug discovery today: *Therapeutic Strategies* 2011; 8: 11-5.
62. Pijnenborg GHM, Donkersgoed RJM, David AS, Aleman A. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: A meta analysis. *Schizophrenia Research* 2013; 144: 109-17.
63. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014; 5: 143-8
64. Çakır F, İlnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010, 23: 50-4
65. Uzun Ö, Hamurcu U, Cansever A, Anıl L. Şizofreni hastalarında tedaviye uyum: Üç yıllık doğal izlemede olanzapin, risperidon ve klasik antipsikotiklerin karşılaştırılması. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2011; 1: 5-9

EKLER

EK 1. Özgeçmiş Formu

30 Kasım 1993 tarihinde Malatya'nın Yeşilyurt ilçesinde doğdu. İlköğretim ve ortaöğretim hayatını Malatya' da tamamladı. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2016 yılında mezun oldu ve aynı yılın haziran ayında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik anabilim dalında yüksek lisans eğitimine başladı. 2016 yılı Mart ayında Elazığ Kovancılar Devlet Hastanesine Hemşire olarak atanıp, çalışmaya başladı. 2016 yılı ALES' den 84.93, 2015 YDS' den 36.25 aldı. Elazığ Kovancılar Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışmaktadır.

EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışmada amaç şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisini belirlemektir. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Eda KALKAN GÖKDAM

1. Kaç yaşındasınız?

- a) 18-28 b) 29-39 c) 40-50

2. Cinsiyetiniz Nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3. Medeni Durumunuz Nedir?

- a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim Düzeyiniz Nedir?

- a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim

5. Gelir Durumunuzu Nasıl Algılıyorsunuz?

- a) Kötü b) Orta c) İyi

6. Çalışma Durumunuz Nedir?

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Ailenizde Ruhsal Hastalık Öyküsü Var Mı?

- a) Var b) Yok

EK 3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

Evet () Hayır()

2-İlacınızı zamanında almayı unutuyor musunuz?

Evet () Hayır()

3-Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

Evet () Hayır()

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

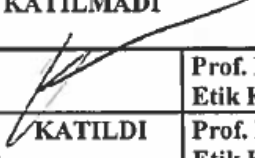
Evet () Hayır()

EK 4. Brichwood İçgörü Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyup size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Emin değilim
1- Hastalık belirtilerinin bazıları kendi zihnimin ürünü			
2- Akıl sağlığım yerinde			
3- İlaça ihtiyacım yok			
4- Hastanede yatmam gerekiydi			
5- Doktor bana ilaç vererek doğru bir iş yapıyor			
6- Bir doktor veya psikiyatriste görünmeye ihtiyacım yok			
7- Biri benim sinir hastalığım ya da akıl hastalığım olduğunu söylese, bu doğrudur			
8- Yaşadığım olağan dışı şeylerin hiçbiri bir hastalığa bağlı değil			

EK 5. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
22.08.2017	18	2017/18-9	
<p>Karar No: 2017/18-9: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 22.08.2017 tarihinde Rektörlük Senato salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Funda BUDAK'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Elazığ/Kovancılar Devlet Hastanesinde Hemşire Eda KALKAN'ın "Şizofreni Hastalarının İlgörülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmek şartıyla <u>etik açıdan uygun olacağına</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARAKAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK 6. Hastane İzin Formu



TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) **Taraflar:**

Bu protokol Elazığ Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve **Eda KALKAN** arasında düzenlenmiştir.

2) **Çalışmanın gerçekleştirileceği bağlı sağlık tesisi/tesisleri:** Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

3) **Çalışmanın Adı:** "Şizofreni Hastalarının İlgörünün Tedavilerine Uyuma Etkisi"

4) **Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** **Eda KALKAN**

5) **Protokol Hükümleri**

- Bu protokol Elazığ Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket veya bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personellerinden de yararlanılacaksa bunun için ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık tesisinin yönetimi ve arge birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Yasal mevzuat ve Birliğimiz hizmet gerekleri açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra **kitapçık halinde** ve ayrıca **elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı olarak Elazığ Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği AR-GE** birimine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi (e) ve (f) maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse de etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi vb.) ismi zikredilmeyecektir.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması, girişim veya anket uygulamaları için hastanın kendisi ya da yasal vasisinden **Aydınlatılmış Onam Formu** alınacaktır.

6) **Protokolün süresi:**

- Bu çalışmanın yürütücüsü sağlık tesisimizde 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç- Bitiş:** Kasım 2017-Nisan 2018
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önceden de sonlandırabilecektir.

7) **Sözleşme Şartlarına Aykırılık:**

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler protokolda ismi belirtilen aynı kişiler olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

8) **İhtilafların çözümü:**

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda, idari olarak Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, adli hususlarda ise Elazığ Mahkemeleri yetkilidir.

9) **Protokol Kapsamı:**

9 maddede ve 2 sayfaдан oluşan iş bu protokol taraflar arasında her sayfası imzalı olmak üzere iki nüsha olarak imza altına alınmıştır.

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

09/11/2017
Eda KALKAN
Başvuru Sahibi

OLUR
09/11/2017
Prof. Dr. Adnan SEYREK
Elazığ KHB Genel Sekreteri

09/11/2017
Dr. Emrah GECERLİ
İdari İşler Birim Başkanı

EK 7. Ölçek İzni

28.05.2018

Posta - bayram44_mit@hotmail.com

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Klasörler

- Inbox
- Junk Email 34
- Drafts 11
- Sent Items
- Deleted Items
- Arşive
- Konuşma Geçmiş
- İmzalı kart eklerinin
- memnuriyet
- yüksek lisans
- Zamanlanmış

Yeni | Yanıt | Sil | Arşive | Gerekli | Sıfır | Taşı | Kategoriler | ...

Re: MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM ONAYI

SY sevli yffffffilmaz <sevliyilmaz72@yahoo.com>
12:02 (Paz , 09:50)
Siz'e

Merhaba Eda,
Tez çalışmanızda Morisky Uyum Anketini kullanabileceğiniz için
iyi çalışmalar, başarılar

Yrd. Doç. Dr. Sevil YILMAZ
Istanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD

Assist. Prof. Dr. Sevil YILMAZ
Istanbul University
Florence Nightingale Nursing Faculty
Department of Psychiatric and Mental Health Nursing

On Thursday, February 1, 2018, 6:56:37 PM GMT+3, EDA KALKAN <bayram44_m@hotmail.com> wrote:

HOCAM MERHABALAR.

BEN İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ PSİKIYATRİ BÖLÜMÜ YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ EDA KALKAN. 'ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇÖRÜLERİNİN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ ' ADU TEZİMDE SİZİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİNİ TEST ETTİĞİNİZ MORİSKY UYUMU ÖLÇEĞİNİZİ KULLANMAYI TERİH ETTİĞİM İÇİN ENSTİTÜ TARAFINDAN SİZE BU MAİLİ ATIP SİZİ BİLGİLENDİRİM İZİNİZE SUNMAM GEREKLİ İFADE EDİLMİŞTİR. MAİLİME GERİ DÖNÜŞÜNÜZÜ BEKLİYORUM. ŞİMDİDEN TEŞEKKÜR.

Premium'a yükseldin



https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/AQM%ADAwATZIZmYAZC1kYjJLWFYTIkMDACLTAwCgAuAAADZADeBdDnk05Aw1K0q71QEAvPnwYevtMEWdu1dU