



T.C.

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BENLİK SAYGISI  
OBEZİTE VE İLAÇ UYUMUNUN BELİRLENMESİ**

**İLKNUR VERGİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI**

**SIVAS-2020**

**T.C.**  
**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BENLİK SAYGISI**  
**OBEZİTE VE İLAÇ UYUMUNUN BELİRLENMESİ**

**İLKNUR VERGİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**  
**ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**PROF. DR. HAVVA TEL**

**SİVAS-2020**

**“Şizofreni Hastalarında Benlik Saygısı Obezite ve İlaç Uyumunun Belirlenmesi”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan(Danışman)

Prof. Dr. Havva TEL

Üye

Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

Üye

Dr.Öğr.Üyesi. Aysel KARACA

ONAY

Bu tez çalışması, ..... Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecinin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübesini esirgemeyen, büyük bir özveriyle beni destekleyen ve beni yönlendiren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Havva TEL'e,

Verilerin istatistik analizinde desteğini esirgemeyen Öğr.Gör.Ecem DEMİR'e  
Çalışmaya katılan tüm hastalarım ve psikiyatri polikliniğı ekibine,

Tez sürecim boyunca anlayışları ile beni sürekli destekleyen eşim Hakan VERGİ ve kızım Şevval VERGİ'ye en içten dileklerle teşekkür ederim.

## ÖZET

### ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BENLİK SAYGISI OBEZİTE VE İLAÇ UYUMUNUN BELİRLENMESİ

İlknur VERGİ

Yüksek Lisans Tezi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Havva TEL

2019, 84+xi sayfa

Bu çalışma, şizofreni hastalarında benlik saygısı obezite ve ilaç uyumunu belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 1 Mart - 31 Ağustos 2019 tarihleri arasında psikiyatri polikliğinde şizofreni tanısı ile takip edilen toplam 80 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri sosyodemografik veri formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket program kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde yüzdeler dağılım t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi ise  $p<0.05$  anlamlı olarak alınmıştır.

Çalışmada aile tipi, fiziksel hastalık öyküsü, son 6 ayda kilo artışı ve ilaç yan etkisi bilgisi olan hastaların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Geniş ailede yaşayan, fiziksel hastalığı olan, son 6 ayda kilo artışı olan hastaların benlik saygısı düşük, ilaç yan etkisi bilgisi olan hastaların benlik saygısı yüksek bulunmuştur. Medeni durum, aile tipi, sigara kullanımı, fiziksel aktivite, antipsikotik ilaç kullanma durumu, ilaç kullanım bilgisi, ilaç kullanım dozu, ilaç kullanırken yardım ihtiyacı, ilaçların yan etkisi bilgisi, poliklinik kontrolüne gitme ile Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Çekirdek ailede yaşayan, fiziksel aktivite yapan, ilaçlarını düzenli kullanan, ilaç kullanım ve doz bilgisi olanlar, ilaç kullanırken yardım ihtiyacı olmayan, ilaçların yan etkileri hakkında bilgisi olan ve poliklinik kontrolüne düzenli giden hastaların tıbbi tedavi uyum puanlarının daha yüksek olduğu; evli ve sigara kullanan hastaların tıbbi tedavi uyumlarının zayıf olduğu belirlenmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim durumu, fiziksel

hastalık öyküsü, kilo memnuniyeti, son 6 ayda kilo artışı olan hastalar ile BKİ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). 44 yaş ve üzeri, ilkokul mezunu hastalarda beden kitle indeksi obez; evli, fiziksel hastalığı olan, kilo memnuniyeti olmayan ve son 6 ayda kilo artışı olan hastaların beden kitle indeksi fazla kilolu olarak belirlenmiştir. Hastaların antipsikotik ilaç kullanım özellikleri açısından beden kitle indeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı ile; BKİ ( $r=0.245$ ,  $p=0.014$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, Tıbbi Tedaviye Uyum ölçeği puanı ( $r=-0.458$ ,  $p=p<0.001$ ) arasında negatif yönlü ve orta dereceli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların benlik saygısı arttıkça tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, benlik saygısı, obezite, tedaviye uyum, psikiyatri hemşireliği

## **ABSTRACT**

### **DETERMINATION OF SELF-ESTEEM OBESITY AND DRUG COMPLIANCE SCHIZOPHRENIA**

İlknur VERGİ

Master Thesis

Department of Nursing of Mental Health and Psychiatric

Mentor: Prof. Dr. Havva TEL

2019, 84+xi pages

This study was conducted as a descriptive study in order to determine self esteem, obesity and drug compliance in patients with schizophrenia.

The sample of the study consisted of 80 patients with schizophrenia who were followed up in the psychiatry outpatient clinic between March 1 and August 31, 2019. Data were collected using sociodemographic data form, Rosenberg Self-Esteem Scale and Medical Therapy Compliance Rate Scale. Data were analyzed using SPSS 22.0 software. Percentage distribution t test, one way variance analysis (ANOVA) and Pearson Correlation analysis were used in the analysis of the data. The level of error was taken as  $p < 0.05$ .

In the study, it was found that there was a statistically significant difference between the Rosenberg Self-Esteem Scale scores of the patients with family type, physical disease history, weight gain in the last 6 months and drug side effects ( $p < 0.05$ ). The self-esteem of the patients living in the extended family, physical illness, weight gain in the last 6 months was low and the self-esteem of the patients with knowledge of drug side effects was found to be high. Marital status, family type, smoking, physical activity, antipsychotic drug use, drug use information, drug use dose, need for help while using drugs, knowledge of side effects of drugs, going to polyclinic control and statistically significant difference was found between Medical treatment compliance scores ( $p < 0.05$ ). Medical treatment compliance scores of patients living in nuclear family, physical activity, regular use of drugs, drug use and dosage information, no need for help while using drugs, knowledge about side effects of drugs and regular visits to polyclinic control were higher; medical treatment compliance of married and smoking patients was found to be poor. There was a statistically significant difference between BMI levels and age, marital status, educational background, history of physical illness, persons be at peace with weight, the patients of weight gain in the last 6 months ( $p < 0.05$ ). Body mass index was obese in 44-year-old and primary school graduates; the



body mass index of the patients who were married, who had physical illnesses, who had no weight satisfaction and who had gained weight in the last 6 months was overweight. No statistically significant difference was found between the antipsychotic drug use characteristics and body mass index scores of the patients ( $p > 0.05$ ).

With Rosenberg self-esteem scale score; there was a weak positive correlation between BMI ( $r = 0.245$ ,  $p = 0.014$ ) and a negative and moderate correlation between Medical Compliance Scale score ( $r = -0.458$ ,  $p = p < 0.001$ ). It has been determined their compliance with the treatment would increase, as the self-esteem of the patients increased.

**Key Words:** Schizophrenia, Self-Esteem, Obesity, Drug Compliance, Psychiatric Nursing

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	x
KISALTMALAR/SİMGELER.....	xi
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>8</b>
2.1. Şizofreni Tanımı ve Sıklığı.....	8
2.2. Şizofrenide Etiyoloji.....	8
2.3. Şizofrenide Belirti ve Bulgular .....	9
2.4. Şizofrenide Tedavi.....	10
2.5. Şizofrenide Benlik Saygısı.....	12
2.6. Şizofrenide Obezite.....	15
2.7. Şizofrenide İlaç uyum ve Uyumsuzluğu.....	19
2.8.Şizofreni Tanılı Bireylerde Benlik Saygısı ve Hemşirelik .....	22
2.9. Şizofreni Tanılı Bireylerde Obezite ve Hemşirelik .....	24
2.10. Şizofreni Tanılı Bireylerde İlaç Uyumu ve Hemşirelik.....	24
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	26
3.3. Araştırmanın Evreni.....	26
3.4. Araştırmanın Örneklemi .....	26

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri:.....	27
3.6. Veri Toplama Araçları .....	27
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek I) .....	27
3.6.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale) (Ek II) .....	27
3.6.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUOÖ (EK-III):.....	28
3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	29
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>30</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>55</b>
6.1. Sonuçlar .....	55
6.2. Öneriler .....	56
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>74</b>
EK 1. Kişisel Bilgi Formu .....	74
Ek 2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	79
Ek 3. Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği – TTUOÖ (MARS) .....	80
Ek 4. İzinler.....	81
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>84</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 4.2. Hastaların Antipsikotik İlaç Kullanım Özelliklerinin Dağılımları.....	32
Tablo 4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Puanları.....	33
Tablo 4.4. Hastaların Antipsikotik İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Puanları.....	35
Tablo 4.5. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları .....	36
Tablo 4.6. Hastaların Antipsikotik İlaç Kullanım Özelliklerine Göre TTU Puanları.....	38
Tablo 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beden Kitle İndeksi Puanları .....	39
Tablo 4.8. Hastaların Antipsikotik İlaç Kullanım Özelliklerine Göre BKİ Puanları .....	41
Tablo 4.9. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Benlik Saygısı Tıbbi Tedaviye Uyum ve Beden Kitle İndeksi Puanı İlişkisi.....	42



## KISALTMALAR/SİMGELER

- BKİ** :Beden Kitle İndeksi  
**RBSÖ** : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği  
**TTU** : Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni varsanı ve sanrı gibi semptomlar; sosyal içe çekilme, duygulanımda sığılaşma, düşünce içeriğinde fakirleşme ve konuşma miktarında azalma gibi negatif semptomlar; bellekte, dikkatte, yürütücü işlevlerde bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; düşünce, duygu, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen kronik seyirli ruhsal bir hastalıktır (Summakoglu, 2018). Dünya sağlık örgütü verilerine göre dünyada 24 milyon şizofren tanılı birey yaşamakta olup 15-35 yaş grubunda şizofreni prevelansı %07'dir (Cortesi et al., 2013). Türkiye'de ise bu prevelans%08'dir (Kocal ve ark., 2017). Şizofreni uzun süreli ve kalıcı sakatlığa neden olan on hastalıktan birisidir (Cortesi et al., 2013). Şizofreni, Türkiye'de yaşam yılına uyarlanmış yeti kaybına yol açan hastalıklar içerisinde dokuzuncu sırada yer almaktadır (Yüksel ve Oflaz, 2012; Turgut ve Yenilmez, 2013).

Şizofreni psikiyatrik hastalıklar arasında genel nüfusa göre önemli morbidite ve mortalite düzeyine sahiptir (Allison et al., 2009) ve mortalitesi giderek artmaktadır (Wang et al., 2014).Ölüm sebepleri intihar ve kazadan çok tıbbi hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Şizofreniye sıklıkla glukoz intoleransı ve diyabet, metabolik sendrom, uyku apnesi ve kardiyovasküler gibi tıbbi hastalıklar eşlik edebilmektedir (Songur ve ark 2012; Scheewe et al., 2019). Şizofreni tanılı bireylerde beklenen yaşam süresinin genel nüfusa oranla %20 oranında azaldığı, beklenen yaşam süresinin erkeklerde 18.7 yıl ve kadınlarda 16.3 yıl daha kısa olduğu belirtilmektedir (Wang et al., 2014). Bunun en büyük nedenleri arasında kardiyovasküler hastalık riskinin yüksek olmasıdır (Karabulut ve ark, 2014).

Şizofreni, yeni tedavi yöntemlerine rağmen hastalık yüküne, eğitim ve iş alanında yetersizliklere (Uslu, 2017), uzun süreli sakatlığa ve komorbid hastalıklara neden olmaktadır (Vamcomport et al., 2015). Şizofreni hastalarında kardiyovasküler hastalıkların yaygın görüldüğü (Vamcomport et.al., 2015), kullanılan atipik antipsikotik ilaçlarında primer obeziteye neden olarak kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Oh et al., 2017 ). Amerika'da yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının kardivasküler hastalıklar nedeniyle erken yaşta yaşamlarını kaybettiği ve en önemli ölüm nedenlerinin kardiyovasküler hastalıklar olduğu bildirilmektedir (Allison et al., 2009). Geniş kapsamlı yürütülen Framingham kalp çalışmasında genel populasyonda,

kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörlerinden obezite, sigara kullanma, hiperglisemi, hipertansiyon ve dislipideminin önlenebilir değişkenler olduğu bulunmuştur (Allison et al., 2009). Kardiyovasküler hastalıklara neden olan önlenebilir değişkenlerden fazla kilo ve obezite, şizofreni hastalarında çoğu zaman göz ardı edilmektedir (Allison et al., 2009).

Şizofreni hastalarında tip 2 diyabet, hipertansiyon, obezite ve hiperlipidemi gibi metabolik hastalıklar genel popülasyona oranla 1.5-2 kat daha sık görülmektedir (Wang et al., 2014; Mitchell et al., 2013; Meyer et al., 2005). Sedanter yaşam ve azalmış fiziksel aktivite düzeyi, tütün, alkol ve madde kullanımı, kötü beslenme ve antipsikotiklere bağlı kilo alımı gibi durumlar glukoz ve lipid metabolizmasını olumsuz etkileyerek şizofreni hastalarında metabolik sendrom gelişme yatkınlığını arttırmaktadır (Mitchell et al. 2013; Riordan et al., 2011; Keltner et al., 2006). Şizofreni hastalarında antipsikotik ilaç kullanımı obezite ve dislipidemiye neden olmaktadır (Karabulut ve ark, 2014). Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar tipik ve atipik olarak gruplandırılmaktadır. Tipik antipsikotikler dopamin salınımını, atipik antipsikotik ilaçlar da dopamin ve seratonin salınımını bloke etmektedir. Seratonin glikoz ve lipid metabolizması üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğundan hastalarda kilo artışı ve obeziteye neden olur (Oh et al., 2017). Tip 2 diyabet, hiperlipidemi, hiperglisemi ve kilo alımı, ikinci kuşak atipik antipsikotik ilaç kullanımı sonucu ortaya çıkan önemli klinik yan etkilerdir (Sönmez ve Kaya, 2011).

Antipsikotik ilaçlar şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların hem akut hem de kronik evrelerinde görülen belirtilerin azaltılmasında en çok başvurulan tedavi yöntemidir. Antipsikotiklerle tedavi hastalıktaki relapsların önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Antipsikotiklerin önemli ve çok çeşitli yan etkileri bulunmaktadır. Antipsikotik ilaçların; yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğü gibi psişik yan etkileri, hareketlerde yavaşlama ve kaslarda katılık gibi ekstrapiramidal yan etkileri, baş dönmesi ve terleme gibi otonomik yan etkiler, ağız kuruluğu ve konstipasyon gibi antikolinerjik yan etkiler, adet düzensizliği ve cinsel istekte azalma gibi hormonal yan etkiler, ciltte kaşıntı ve döküntü gibi allerjik yan etkiler ve kilo alma gibi diğer yan etkileri vardır (Chiang et al., 2011). Antipsikotik ilaç kullanan şizofreni hastalarında yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, sigara içme alışkanlığının kilo artışının belirleyicileri olduğu, kadınlar, genç hastalar, düşük kilolu olanlar, sigara içmeyen hastalar, başlangıçta düşük beden kitle indeksine sahip hastalar, tedaviye ilk kez başlayıp hızla kilo alan hastaların tedavinin devamında daha fazla kilo aldıkları belirtilmektedir (Wang

et al., 2014). Tipik antipsikotik ilaç kullanan kadın hastalarda obezite erkek hastalara göre daha fazladır (Subramaniam et al., 2014). Eğitim seviyesi düşük olan şizofreni hastalarında obezitenin daha yaygın olduğu bulunmuştur. Bunun sebebinin eğitim seviyesi yüksek hastaların sosyo ekonomik düzeyinin daha yüksek olması sebebiyle sağlıklı gıda ve sağlıklı yaşam için egzersiz fırsatlarına daha kolay ulaşmalarından kaynaklandığı öne sürülmektedir (Subramaniam et al., 2014). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının %23-42'sinin obez, her 4 hastadan 3'ünün obez yada fazla kilolu olduğu, cinsiyete göre obezite oranının erkeklerde %23 iken kadınlarda %29 olduğu belirlenmiştir (Subramaniam et al., 2014; Weiden et al., 2004). Antipsikotik ilaçların yan etkileri biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek hastaların yaşamlarını kısıtlamaktadır (Chiang et al., 2011).

Günümüzde şizofreni tedavisinde atipik antipsikotik ilaçların tipik antipsikotik ilaç tedavisinin yerini almasıyla, geç diskinezi ve ekstrapiramidal belirtiler gibi yan etkiler daha az sıklıkta görülmekte olup, buna karşılık kilo alımı ve sonucunda gelişen metabolik bozukluklar sıklığında artış olmaya başlamıştır (Eraslan ve ark, 2006). Şizofren hastalarla yapılan çalışmada 353 hastadan %54'ünde atipik antipsikotik ilaçların yan etkilerinin görüldüğü, en yaygın yan etkilerin kilo alma, açlık hissetme, yorgunluk, koordinasyon eksikliği ve kaslarda hassasiyet olduğu saptanmıştır (Araujo et al., 2014). Kilo alımı ve metabolik bozukluklar atipik antipsikotik ilaçların en önemli yan etkileri arasında yer almaktadır. Kilo alımı, iştahın artması birçok atipik antipsikotik ilacın ortak bir yan etkisi ve sonrasında aşırı gıda tüketiminden kaynaklanmaktadır (Şengül ve ark, 2010). Şizofrenide genel popülasyona göre obezite ve Beden Kitle İndeksi artışı önemli ölçüde yüksektir. Metabolik sendrom sıklığı %20 ile %60 arasındadır (Oh et al., 2017).

Şizofreni hastalarında kilo alımına bağlı hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalıkları gibi durumlar ile birlikte obeziteye kadar değişen düzeyde şişmanlık, benlik saygısında düşme, psikososyal işlevsellikte bozulma ve aktivite azlığı gibi önemli sorunlar ortaya çıkmaktadır (Yüksel ve Sayın, 2006). Şizofreni hastalarında görülen sosyal izolasyon, apati, paranoya gibi negatif semptomlar hastaların düzenli beslenmemesine ve sedanter bir yaşam sürmelerine neden olabilir. Şizofren hastaların %42'sinde Beden Kitle İndeksinin 27'den yüksek olduğu belirtilmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Kişinin ağırlığının boyunun karesine bölünmesiyle elde edilen beden kitle indeksinin (BKİ), Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre 25kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olduğu durumlar fazla kilolu, 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olduğu durumlar ise obez olarak kabul



edilmektedir (Eraslan ve ark, 2006; Balcıoğlu ve Başer, 2008; Holt ve Peveler, 2009; Sugawara et al., 2013).

şizofrenide kilo alımı, bazı ciddi süregen hastalıklar için risk oluşturmanın yanı sıra şizofreni hastalığının gidişinde çok önemli olan; damgalanma, iş bulmada zorluk, tedaviye uyumsuzluk ve yaşam kalitesinde azalma gibi etkenlerle ilişkili bulunmuştur (Cerit ve ark, 2006). şizofreni hastalarında var olan sosyal, davranışsal ve bilişsel eksikliklere obezitenin eklenmesi, bu kişilerin sosyal olarak daha fazla ie kapanmasına yol açabilmektedir (Eraslan ve ark, 2006). Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı kilo alımının hem medikal hem de psikolojik yönü mevcut olup, özellikle kilo alımı tedaviyi bırakmada önemli bir etkidir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Chiang ve arkadaşları (2011) antipsikotik ilaç kullanan hastaların yan etkilerinden en çok ekstrapramidal yan etkiler ile kilo alımından olumsuz etkilendiklerini bu durumun hastalarda ilaca yönelik olumsuz fikirler gelişmesine neden olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hastaların ilaç tedavisinin yan etkilerine karşı tutumlarını bireysel olarak değerlendirmek önemlidir. Uygun hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi için yan etkiler konusunda farkındalık sağlanarak, yan etkileri azaltma ve önlemeye yönelik hedefler geliştirilmelidir. Hastalara yaşam tarzı değişikliği eğitimi verilerek hastaların ilaç yan etkilerini daha iyi yönetmelerine yardımcı olmak, baş etme stratejileri geliştirmek, ilaç yan etkilerini hafifletmek ve ilaç uyumsuzluğunu engellemek mümkün olacaktır (Chiang et al., 2011). Bunun için hemşirelik uygulamalarında ilaç uyumuna yönelik uygun müdahalelerde bulunulmalıdır. İlaçlara yönelik olumsuz tutumlar klinisyenler için acil klinik müdahale gerektiren durumlardır. Hastalık başlangıcında yan etkileri yönetmek için etkin müdahaleler yapılması gerekmektedir. Antipsikotik ilaçlara yönelik tutum ve deneyimlerin değerlendirilmesi tedaviye ilişkin farmakolojik gerekliliğin kabulünü artırmaktadır. Antipsikotik ilaçlara yönelik olumlu tutum ve deneyim hastalarda daha olumlu klinik seyir, daha iyi psikososyal işlevsellik, daha istikrarlı ve istedik sosyal ilişkiler, aile ilişkileri, daha az hastalık semptomları ve daha az hastaneye yatış anlamı taşımaktadır (Zhou et al., 2017; Chiang et al., 2011).

Benlik saygısı, kişinin kendini tanınması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi, gücü ve yeteneklerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi, kişinin kendisine karşı duyduğu güven, saygı ve sevgi duygularını ifade etmektedir (Tekdemir, 2013). Benlik saygısı Rosenberg tarafından, kişinin kendisine karşı olumlu veya olumsuz davranışı olarak ele alınmıştır. Kişinin kendini değerlendirmesi, olumlu bir davranış içinde ise benlik saygısı yüksek, diğer tarafından olumsuz bir davranış içinde ise benlik saygısı

düşük olarak belirtilmiştir (Cengiz, 2011). Bireyin yüksek ya da düşük benlik saygısına sahip olmasına göre, yaşam olayları karşısında oluşan davranış ve duyguları farklı şekillerde etkilenmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Benlik saygısı ve fiziksel sağlık arasında ilişki mevcut olup, hastalığın şiddeti ve tipinden bağımsız olarak, sağlık problemleri ile düşük benlik saygısının ilişkili olduğu bulunmuştur (Öz, 2012). Şizofreni tanılı bireylerde benlik saygısının düşük olması intihar düşüncesi, halüsinasyonlar ve sanrılarda artışla birlikte depresyon ve anksiyeteye de neden olabilmektedir (Oh et al., 2017). Benlik saygısının iyileştirilmesine yönelik müdahaleler şizofreni hastalarında pozitif ve negatif semptomlarda azalma sağlamaktadır (Erickson et al., 2012). Şizofreni hastalarında benlik saygısındaki dalgalanmaların pozitif semptomlarda değişikliklere neden olduğu ve benlik saygısında azalma ile ilişki olduğu belirtilmektedir (Erickson et al., 2012). Benlik saygısının hastalar tarafından değerlendirilme biçimi şizofreninin klinik sonuç ve semptomlarının alevlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Holding et al., 2013). Bu nedenle olumlu benlik saygısını sürdürmek ve geliştirmek oldukça önemlidir. Benlik saygısının artmasının negatif semptomlardaki iyileşmede etkili olabileceği belirtilmektedir (Holding et al., 2013).

Benlik saygısı şizofren hastalarda genel popülasyona göre daha düşüktür (Borras et al., 2009). Ego gücünde zayıflama ve patolojik savunma mekanizmaları benlik saygısında azalmaya neden olur. Sosyal ilişkilerde başarısızlık, hayatını kendi başına sürdürememe, günlük yaşam aktivitelerini sürdürememe umutsuzluğa, benlik saygısında azalmaya sebep olur (Blankertz, 2001; Dongen, 1998). Araştırmalardan elde edilen sonuçlar, obezitenin şizofren hastalarda benlik saygısında azalmaya, psikososyal uyumda bozulmaya (De Hert et al., 2006), antipsikotik ilaç tedavisinde uyumsuzluğuna neden olduğu (Weiden et al., 2004; Montejo, 2010) saptanmıştır.

Obezite nedeniyle insan organizmasında oluşan değişiklikler birçok kronik hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Obezite "yeni dünya sendromu" olarak adlandırılan bir grup bulaşıcı olmayan hastalığın (tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar) bir parçasıdır. Osteoartrit, solunumsal komplikasyonların yanı sıra düşük beden imajı, benlik saygısında azalma, toplumdaki soyutlanma, evlenme, iş bulma güçlüğü gibi ciddi sosyal ve psikolojik pek çok sorun obeziteye eşlik eder. Bunların tümü bireysel olarak hastaların yaşam kalitesini ve yaşam süresini olumsuz yönde etkilerken sağlık sistemi açısından ise maliyetleri artıran bir etki oluşturmaktadır (Aygün, 2012). Obezite mortalitenin artmasına estetik sorunlara ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmakta, tedaviye uyumu bozmaktadır (Karabulut

ve ark, 2014). Ayrıca obezite, şizofrenili hastalarda yüksek ilaç maliyetleri, düşük benlik saygısı, zayıf psikososyal uyum, antipsikotik ilaç yönetiminde uyumsuzluk ve yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkilidir (Sugawara et al., 2013). Şizofreni hastalarında kilo artışı, benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır (Oh et al., 2017).

Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilaçları düzensiz kullanmak veya kullanmamak hekim tavsiyesi dışı ilaç kullanmak, takiplere devam etmemek, randevuları kaçırmak ve bunlara benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta görülebilmektedir (Çakır ve ark 2010; Demirkol ve ark., 2015). Tedaviye uyum hastalığa bağlı morbiditeyi, hastalığın seyrini, hastanın mesleki, sosyal ve ailesel durumunu etkilemektedir (Demirkol ve ark., 2015). Tedaviye uyumsuzluk hastalık belirtilerinin kaybolmaması, hastane yatış sıklığının artması ve yatış süresinin uzaması, tedavi ile ilgili maliyetinin artması, hastalığın kronikleşmesi ile bireyin işlevselliğinin bozulması, iş gücü kaybı, aile ve topluma ekonomik yük, sağlık kurumlarına enerji ve zaman kaybı olarak yansımaktadır (Tel ve ark., 2010).

İlaç uyumsuzluğunun değerlendirilmesinde ilaç uyumsuzluğuyla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi etkili müdahalelerin yapılması için gereklidir (Lacro ve ark., 2002), hastalığın yadsınması, ilaçların yan etkileri, hastaların zihinlerinde ilaçlarla ilgili bazı yanlış düşüncelerin, korkuların, önyargıları olması, toplumun hastalıkla ilgili olumsuz ve yanlış bilgileri olarak sıralanmaktadır (Parashos ve ark., 2000; Dilbaz ve ark., 2006). Şizofreni hastalığı ile birlikte fiziksel belirtilerin dikkate alınmaması, ilaç yan etkileri, tedaviye uyum eksikliği gibi hastalığa bağlı nedenler, sigara, alkol ve madde kullanımı, hijyen eksikliği, kötü beslenme ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı davranışları ve çevresel faktörler nedeniyle hastaların fiziksel sağlığı da bozulmaktadır (Hardy ve Thomas, 2012). Yapılan çalışmalarda; hemşirelerin %60.2'sinin hastaların beden kitle indeksine bakmayı her zaman yapmadıkları (Aşık ve ark 2016), Şizofreni tanımlı bireylerde antipsikotik ilaçların yan etkilerinden olan kilo artışının tedaviye uyumu olumsuz etkilediği (Velligan et al.,2009), benlik saygısı düşük olan hastaların tedavi ile ilgili planlamalara katılımının güçleştiği (Ebrahimi et al.,2014), tedaviye uyumsuzluğun yaşam kalitesinde azalmaya, iş gücü kaybına, nökslere, tekrarlı hastaneye yatışlara neden olarak maliyeti arttırdığı (Zarea at al.,2016) belirlenmiştir. Psikiyatri hemşireleri, iyileştirme strateji geliştirerek hem erken ölümleri hem de fiziksel sağlığın kötüleşmesini önleyebilirler (Hardy ve Thomas, 2012). Bu nedenle şizofren hastalarının hem bedensel sağlıklarını, hem de benlik saygısı ve ilaç uyumunu olumsuz etkileyen obezite konusunda bilgilendirilmesi sürekli izlenmesi ve obezitenin

tedavisinin sağlanması Şizofreni hastaları ile çalışan sağlık ekibini üyelerinin temel sorumluluklarından birisidir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Şizofreni hastalarında benlik saygısı obezite ve ilaç uyumunun belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni Tanımı ve Sıklığı

Şizofreni bireyin alışlagelmiş yorumlama ve algılama biçimlerine yabancılaşarak kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı düşünce, duygu ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden psikomotor işlevlerde yavaşlama, azalma ile sosyal ve mesleki boyutlarda bozukluklar, kişiler arası iletişimde azalma, öz bakımda yetersizliklerle seyreden ciddi kronik ruhsal bir hastalıktır (Bruijnzeel et al., 2014; Vamcampfort et al., 2011; Chiang et al., 2011; Çam ve Engin, 2014). Şizofreni her toplumda ve her sosyo-ekonomik ortamda görülmektedir (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2012). Şizofreninin yaşam boyu prevalansı 15-45 yaş arasında % 1'dir (Öztürk ve Uluşahin, 2012; Löhrs ve Hasan, 2019). Batı ülkelerindeki genel nüfusun yaşlanmasından dolayı, en az 55 yaşında olan şizofreni hastalarının sayısı hızla artmakta ve 2025 yılına kadar şizofreni tanısı alan Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun neredeyse dörtte birine ulaşması beklenmektedir (Hoertel et al., 2019). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Avrupa ve Asya'da şizofreni görülme sıklığı % 0,85'tir. Ülkemizde yapılan sistematik bir gözden geçirmede ise, şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı %0.89 olarak bulunmuştur. Şizofreni görülme sıklığı kadın ve erkeklerde eşit olup kadınlara göre, erkeklerde başlangıç yaşı genellikle daha genç yaşlarda olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2012; Çam ve Engin, 2014). En sık ortaya çıktığı yaş kadınlarda 25-35 yaş, erkeklerde 15-25 yaş aralığındadır (Kocal ve ark., 2017).

### 2.2. Şizofrenide Etiyoloji

Şizofreninin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte kalıtım, çevresel etmenler, nörogelişimsel faktörlerin etkili olduğu öne sürülmektedir. Yapılan çalışmalar kalıtsal yatkınlığın önemli bir rolü olduğu başka etkenlerin de araya girmesiyle hastalığın ortaya çıktığı görülmektedir (Çam ve Engin, 2014). Aileler, ikizler ve evlat edinilmiş çocuklar üzerindeki çalışmalar şizofreni gelişmesinin en az %60 nedeninin genetik miras olduğunu göstermiştir (Fortinash, 2012). Tek yumurta ikizlerinden birinde şizofreni görülmesi durumunda diğesinde şizofreni görülme olasılığı %50, anne ve babanın her ikisinin şizofren olması durumunda çocuklarda şizofreni görülme olasılığı %40, anne veya babanın şizofreni olması durumunda çocuklarda görülme olasılığı %8, kardeşlerden birinin şizofren olması durumunda diğ çocuklarda

hastalığın görülme olasılığı %12'dir (Çam ve Engin, 2014; Fortinash, 2012). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının beyinlerindeki boşlukların daha geniş ve bazı beyin bölümlerinin normalden daha küçük olduğu, frontal ve temporal lobda küçülme, lateral ventrikülerde genişleme olduğu bulunmuştur. Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalarda nörotransmitterlerden gama amino bütirik asit (GABA), dopamin, norepinefrin, seratonin ve glutamat üzerine odaklanılmış ve şizofreni hastalarında dopaminerjik reseptörlerin duyarlılığında ve dopamin düzeyinde artış olduğu saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2012). 25 yaş öncesi başlayan şizofreni hastalarında fetal dönemde meydana gelen; asfiksi, hipoksi ve toksemi gibi perinatal komplikasyonlar sonucu gelişen oksijen yetersizliği ve doğumsal travmalar şizofreni gelişme riskini 1,3-2 kat arttırmaktadır (Kocal ve ark., 2017). Şizofreni etiolojisinde psikososyal etken olarak stresli yaşam ve aile içi ilişkiler üzerinde durulmaktadır. Özellikle anne baba tutumlarının şizofrenide önemli olduğu, şizofren bireylerin olağan yaşamsal stresörlerden çok kolay incinebildikleri, aile içinde yaşadıkları örseleyici reddedilme yaşantıları ya da bu şekildeki algılamalarının hastalığın ortaya çıkmasında büyük rol oynadığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2012).

### **2.3. Şizofrenide Belirti ve Bulgular**

Şizofreninin başlıca özelliği, ayırt edici nitelikteki belirti ve bulguların, bir aylık sürenin önemli bir bölümünde bulunması, bazı belirti ve bulguların ise en az altı ay süreyle devam etmesi gerekmektedir. Bu belirti ve bulgular toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açmaktadır. Şizofrenide karakteristik düşünce ve algı bozukları, bilişsel bozulmalar, motor anomaliler, avolüsyon ve apati, iletişimde güçlükler, duygusal kısıtlılık ve duygu dışı vurumda azalmaları kapsayan farklı seride bulgu ve belirtiler kümesi bulunmaktadır. Şizofrenideki klinik belirtiler; gerçeği değerlendirmenin bozukluğu ile giden pozitif belirtiler, olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler şeklindedir (Kocal ve ark., 2017). Şizofrenide; hastalığın seyri boyunca görülen pozitif semptomlar, negatif semptomlar, bilişsel bozukluklar, duygu durumu ve motor hareketlerdeki semptomların şiddeti hastalar arasında farklılıklar göstermektedir (Bruijnzeel et al., 2014).

Pozitif belirtiler sanrılar, çağrışımlarda dağınıklık, baskılı konuşmalar, halüsinasyonlar, toplum özelliklerine göre sapmalar ve aşırılıklarla giden saldırgan, taşkın, garip, tuhaf, stereotipik davranış ve görünüm şeklindedir (Öztürk ve Uluşahin, 2012; Kocal ve ark., 2017). Şizofrenide görülen en önemli düşünce içeriği bozukluğu

sanrılarıdır. Şizofrenide en sık görülen sanrılar, perseküsyon sanrılarıdır. Perseküsyon sanrılarından sonra en sık izlenen sanrı referans sanrılarıdır. Perseküsyon ve referans sanrılarına göre daha nadir görülen, grandiyözite, jaluzik, somatik, erotomanik, düşünce okunması-çalınması-yayınlanması, kontrol edilme sanrıları şeklinde sanrılar da bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2012; Kocal ve ark., 2017).

Şizofreninin bir başka pozitif belirtisi de sanrılardan daha nadir görülen halüsinasyonlardır. Halüsinasyon işitsel halüsinasyonlar, görsel halüsinasyon ve daha nadir olan somatik, tad ve koku halüsinasyonlarıdır. Şizofreni hastalarında en sık görülen halüsinasyonlar sırasıyla işitsel ve görsel halüsinasyonlardır. Bir başka pozitif belirti kümesi de düşünce bozukluklarıdır. Bu düşünce bozuklukları baskılı konuşma, fikir uçuşması, enkoherans, bloklar, perseverasyonlar şizofrenide görülen düşünce bozukluklarındandır. Hastalığın genelde akut ve alevlenme dönemlerinde görülen aşırı hareketlilik, taşkınlık, yüzde ve özellikle ağız çevresinde belirgin tike benzer garip hareketler (grimas), uygunsuz tuhaf ve önceden kestirilemeyen davranışlar da şizofreninin pozitif belirtileri arasında yer almaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2012; Kocal ve ark., 2017).

Olağan işlevlerin azalması ya da yitimi şeklinde tanımlanan negatif belirtiler; küntlük, aloji, avolasyon, toplumdan çekilme, arkadaş ve aileden kendisini soyutlama, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, enerji ve isteğin azalması şeklinde görülebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2012; Kocal ve ark., 2017).

#### **2.4. Şizofrenide Tedavi**

Şizofreni;kronik bir hastalık olmakla birlikte uzun süreli ve sürekli tedavi gerektirmekte, kullanılan antipsikotik ilaçlar hastalık semptomlarının kontrolünde, nüksün önlenmesi ve azaltılmasında etkili olmaktadır (Tandon et al.,2010; Pai ve Vella, 2019). Birçok randomize kontrollü çalışma, atipik antipsikotiklerin şizofreni üzerindeki etkisini göstermiştir (Ulloa et al., 2019). Şizofreni hastalığı yeterli düzeyde tedavi edilmediğinde, sosyal ve mesleki faaliyetlerde azalmaya, yaşam kalitesinde bozulmaya ve artmış ölüm oranlarına neden olmaktadır (Wunderink et al., 2013; Bruijnzeel et al., 2014). Şizofreni tedavisinde hedeflenen amaçlar, psikotik alevlenmelerin sıklığını ve şiddetini azaltmak, hastalık semptomlarını iyileştirmek, fonksiyonel kapasiteyi artırmak daha anlamlı bir yaşantı ile bireyin maksimum üretkenliğini sağlamaktır ( Bruijnzeel et al., 2014).

İlk antipsikotik olan klorpromazinin, 60 yıl önce klinik uygulamaya girmesinden bu yana, antipsikotik ilaçlar şizofreninin farmakoterapisinin temeli haline gelmiştir ( Bruijnzeel et al., 2014). Antipsikotik ilaçlar, tipik ve atipik antipsikotik olarak sınıflandırılır; mevcut tüm antipsikotik ajanlardaki farmakolojik özellik, dopamin D-2 reseptörünü bloke edebilmektedir. Antipsikotik ilaçların 65'inin tümünün bir oral formu mevcutken, 13'ü kısa etkili enjekte edilebilir preparatlar ve 11'i uzun etkili enjekte edilebilir preparatlar olarak da mevcuttur ( Bruijnzeel et al., 2014).

Antipsikotik ilaçlar nörolojik, metabolik, kardiyovasküler, gastrointestinal, hematolojik, genitouriner, kas-iskelet sistemi, endokrin ve diğer yan etkilere neden olur. Geniş ölçüde benzer etkinliklerinin aksine, antipsikotiklerin olumsuz etki profillerinde belirgin farklılık görülmektedir. Tipik ve atipik antipsikotikler karşılaştırıldığında, atipik antipsikotik kullanan hastalarda genellikle daha az ekstrapramidal yan etkiler görülürken daha fazla metabolik yan etki riski olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar farmakolojik farklılıkları nedeniyle, ekstrapramidal ve metabolik yan etkilere neden olma eğilimlerinde önemli farklılıklar vardır. Antipsikotik ilaçlar sedasyon, kardiyak aritmi, prolaktin yüksekliği, cinsel işlev bozukluğu gibi diğer yan etkilere neden olma eğilimleri bakımından da farklılık gösterir. Şizofreni hastalarında belirli bir yan etki görülme ihtimali, kullanılan ilacın türü, dozu, nasıl kullanıldığına ve birlikte kullanılan diğer ilaçlara bağlıdır ( Bruijnzeel et al., 2014). De Hert (2011) ile Ronsley'in (2015) meta analiz çalışmalarında kısa süreli antipsikotik ilaç kullanımı sonucunda bile kilo artışının olduğu, kardiyovasküler ve motor anomaliler, metabolik ve endokrin değişiklikler gibi olumsuz etkiler bildirmişlerdir. Antipsikotik ilaçlar kilo artışına neden olarak bireylerin % 80'ini etkilemektedir (Jimenez et al., 2008).

Antipsikotik ilaçlara bağlı kilo artışı, diabetes mellitus gibi diğer kronik hastalıklar ile olan ilişkisi nedeniyle genç yaş grubundaki hastaların sosyal gelişimini de engelleme potansiyelleri sebebiyle en sık ve rahatsız edici olumsuz etkilerinden biridir (Ulloa et al., 2019). Smith'in (2008) çalışmasında tipik ve atipik antipsikotikler karşılaştırıldığında, atipik antipsikotik kullanan hastalarda diyabetes mellitus gelişme riski 1,3 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Woo'nun (2009) çalışmasında atipik antipsikotiklerin kilo alımına yol açarak hipertansiyona zemin hazırladıkları, kilo alımı ve hipertansiyonun birbiriyle doğru orantılı olduğu saptanmıştır. Atipik antipsikotik ilaç kullanan hastalarda hiperlipidemi gelişme potansiyeli 3 kat yüksek olup şizofreni



hastalarının yaklaşık %40–60'ının lipit değerlerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Tüm bu süreçler şizofreni hastalarında aterosklerotik süreci hızlandırarak kardiyovasküler hastalık ve buna bağlı mortalite oranlarını artırmaktadır. (Wang et al.,2014; Demirel ve ark., 2015).

Şizofren hastaların çoğunlukla yetersiz ve kötü beslenme alışkanlıkları, sigara bağımlılıkları ve antipsikotik ilaçlara bağlı ortaya çıkan kilo artışı bilinmekle beraber bu durum morbidite ve mortalite oranlarını arttırmaktadır. McCreadie (2003) şizofreni hastalarında önümüzdeki 10 yıllık süreçte koroner kalp hastalıkları ve stroke gelişmesi yönünde önemli artış yaşanacağını belirtmektedir. Şizofreni tanılı hastalarda beden kitle indeksinin artmasından kaynaklanan diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi prevalansını arttıracığı öngörülmektedir (Subramaniam et al., 2014). Atipik antipsikotik tedavisi alan hastalarda, genel popülasyona göre metabolik sendrom ve obezite daha yaygın görülmektedir. Bu komorbid durumlar şizofreni hastalarında yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekle kalmamakta birlikte, kardiyovasküler hastalıklar için de bir risk faktörü oluşturarak yaşam süresini kısaltmaktadır (Demirel ve ark., 2015).

## **2.5. Şizofrenide Benlik Saygısı**

Benlik, kişinin kim olduğuna ilişkin fikrini ifade eden bir kavramdır (Saygılı, 2015). Benlik, bireyin kendisi ile ilgili tutum ve inançları, kişinin ne olduğu, ne olması gerektiği ile ne olmak istediği konusundaki görüşlerini kapsamaktadır (Öz, 2010). Benlik, tüm insanların gelişimsel süreçleri içinde ebeveynleri ve diğer insanlarla etkileşim ve deneyimlerinin bir sonucu olarak geliştirdiği örgütlenmiş bir düşünce, duygu ve davranıştır (Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Özen ve Gülaçtı (2010)'nın belirttiği üzere benliğin tanımını ilk olarak William James yapmıştır. James'e göre benlik, bireyin kendisi hakkında düşündükleri ve söyleyebileceği her şeydir. Bireylerin geçmiş, şimdiki ve gelecek yaşantısındaki düşünce ve tutumlarının benlik oluşumunda etkili olduğu belirtilmektedir (Çam ve ark.,2017).

Benlik kavramı kuramcılardan Rogers benliği, bireyin kendisiyle ilgili farkında olduğu algılamalarının örgütlenmiş bir biçimi olarak tanımlamaktadır. Ona göre birey, çevresiyle ve diğer insanlarla etkileştikçe donanımlarının farkına varır, olumlu ya da olumsuz değerlendirmelerle kendine amaç ve hedefler geliştirir. Dolayısıyla benlik, bireyin yaşantıları yoluyla edindiği ve farkına vardığı özelliklerinin ve zenginliklerinin algısal bir şemasıdır (Hiçdurmaz ve Öz, 2011).

Literatürde, bireyin kendi ya da diğer insanların bakış açısından algılanabilen “gerçek benlik”, “ideal benlik” gibi kavramlardan da bahsedildiği görülmektedir. Higgins’e göre benlik “gerçek”, “ideal” ve “olması gereken” olarak üç boyutludur. Gerçek benlik, kişinin sahip olduğunu düşündüğü benliği, ideal benlik kendisi için istediklerini, olması gereken benlik ise olması gerektiğine inandığı özellikleri ifade etmektedir. Higgins, gerçek benlik ile ideal benlik arasındaki farkın hayal kırıklığı, tatminsizlik, üzüntü gibi hüznle ilişkili duygulara; gerçek benlikle olması gereken benlik arasındaki farkın ise korku, huzursuzluk gerginlik gibi duygulara yol açacağını belirtmiştir (Yılmaz, 2016).

Benlik, doğuştan var olmamakta ve doğum anından itibaren başından geçen sayısız olayla beraber, çevresinde etkileşime girdiği kişilerin etkisiyle yavaş yavaş oluşmaktadır. Benliğin gelişmesinde kişilerarası ilişkiler büyük önem taşımaktadır (Yılmaz ve Duy, 2013). Benlik, bireyin kendisi için önemli saydığı kişilerin eleştirileri, beğenileri ile biçimlenir, aile ve sosyal ortam içindeki iletişimle kazanılır. Ayrıca bireye özgü olan sosyal ve kültürel normlar da benlik üzerine etkilidir. Tüm bu faktörlerin etkisiyle gelişen benlik bazı işlevleri de yerine getirir. Bunlar; davranışların açıklanmasında, karar alma süreci için görüş birliği oluşturmada, gelecekle ilgili beklentileri şekillendirme ve yaşam anlamı için köprü oluşturmada önemlidir (Öz, 2010).

Sağlıklı benlik, pozitif benlik saygısını kapsamakta ve psikolojik açıdan iyi olmada önemli bir kavramdır. Benlik kavramı dolayısıyla benlik saygısı; düşünülen, söylenen ve yapılan her şeyden, insanların kendini nasıl gördüğünden, yapılan seçimlerden, yeteneklerden, sevgiyi alma ve verme biçiminden, olayları değiştirebilme gücünden etkilenebilmektedir. Sağlıklı benlik, kişinin yaşamında mutluluğu bulmasına, yaşamdaki düş kırıklarının üstesinden gelmesine ve değiştirmesine olanak sağlar (Öz, 2010). Psikolojik işlevlerin merkezinde olan benlik saygısı, kişiliğin bütünleşmesinde, davranışın motive edilmesinde ve ruh sağlığının oluşumunda önemli bir faktördür (Tözün, 2010).

Benlik saygısı kavramı kendine saygı, kendine güven ve yeterli hissetme, bireyin kendisi ile ilgili olarak ne düşündüğü ve bireyin kendisini değerli hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Duy, 2013). Benlik saygısı bir onay, kabul ve kendine güven duygusu ölçüsüdür (Rahnama et al., 2017). Benlik saygısı, bir insanın zorlu yaşam olaylarına karşın verdiği tepkileri eleştirel değerlendirme yoluyla geliştirmesi ve

daha sonra kişisel bir özellik olarak içselleştirmesidir (Wittorf et al., 2010). Benlik saygısı kavramı birçok araştırmacı tarafından farklı tanımlansa da, ortak nokta bireyin kendine olan saygısının onun tüm yaşamını olumlu ya da olumsuz olarak etkilediğidir. Rosenberg yüksek benlik saygısına sahip kişileri kendine saygısı olan, kendisini değerli bir birey olarak düşünen, kendi özelliklerinden hoşnut ve eksikliklerinin farkında olan kişiler olarak tanımlarken, düşük benlik saygısına sahip kişileri ise kendisine yeterince saygı duymayan, kendisini değersiz gören, yetersiz kişiler olarak tanımlamaktadır (Yılmaz ve Duy, 2013).

Benlik saygısının düşük ya da yüksek olması bireyin davranışlarını, yaşantılarını, hayattan doyum alıp almamasını, düşüncelerini, söylediği sözleri, yaptığı seçimleri ve yapmak istediklerini, etkileşime girdiği insanları, başkalarının bireyi nasıl gördüğünü ve onların bireye nasıl davrandığını etkilemektedir. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler, kendine değer vermekte, akademik ve mesleki yaşamlarında, sosyal ilişkilerinde daha başarılı olmakta, arkadaşları tarafından olumlu olarak algılanmakta ve olumlu baş etme stratejileri geliştirmektedirler. Düşük benlik saygısına sahip bireyler yüksek düzeyde kaygı, psikosomatik ve depresyon belirtileri ile birlikte toplumla zayıf bağ kurmakta, bu nedenle de sosyal uyumsuzluk ve sorunlar yaşamaktadır (Tözün, 2010; Yılmaz ve Duy, 2013;Çam ve ark., 2017). Ayrıca, benlik saygısının düşük olması, kişinin kendi durumunu gerçekçi algılamasını ve değiştirilmesi gereken şeyleri değiştirmek için harekete geçme yeteneğini olumsuz etkilemektedir (Tözün, 2010).

Herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerde benlik saygısına yönelik ülkemizde yapılan bazı çalışmalardaki sonuçlar; tıbbi hastalıklar ile benlik saygısı arasında ilişkiyi ortaya koyarak kronik hastalıklara sahip bireylerin benlik saygısı oranları düşük bulunmuştur (Tözün, 2010). Araştırmalardan elde edilen bulgularda, depresyon ve düşük benlik saygısı arasında yakın bir ilişki olduğu bildirilmiştir; düşük benlik saygısı depresyona yol açabilmekte, korku ve mutsuzluğa, kendine zarar verme riskine neden olabilmekte, öz bakım becerisinde, yaşam kalitesinde azalmaya ve sosyal ilişkilerde sorunlara neden olabilmektedir (Teng et al., 2019). Thorup ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, kadın hastalarda benlik saygısı erkek hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Benlik saygısının düşük olması, psikotik belirtilerde sürekliliğe neden olarak hastalık yükünü artırabilmektedir (Xu et al., 2013). Benlik saygısının artırılmasına yönelik girişimlerin depresyon riskini azalttığı, ruhsal sağlığı iyileştirdiği ve ölüm riskini azalttığı belirlenmiştir (Teng et al., 2019; Xu et al., 2013). Fannon ve

arkadaşlarının (2009) şizofrenili hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %74'ünün düşük benlik saygısına sahip oldukları, düşük benlik saygısının depresyon gelişmesinde ve yaşam kalitesinin bozulmasında önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir. Gureje ve arkadaşlarının (2004) Avusturya'da 61 psikotik hastayla yaptığı çalışmada, benlik saygısı yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin benlik saygısı düşük olan hastalara göre daha iyi olduğu bildirilmiştir.

Bununla birlikte şizofrenide yaşanan işitsel varsanılar sebebiyle sosyal izolasyon gelişebilir, bu durumda hastaların benlik algılarında bozulmalara yol açabilir. Şizofreni hastalarında, yaşanan işitsel varsanılar ve sosyal izolasyon duygusu benlik saygılarında azalmaya yol açabilir (Tatlı ve ark., 2016). Psikiyatrik bozukluklar arasında damgalanmaya en çok uğrayan bozukluklardan biri şizofrenidir. Benlik saygısı, hissedilen damgalanma duygusunda kilit rol oynar. Düşük benlik saygısı hastalarda, daha fazla damgalanma duygusuna yol açarken, sosyal yaşamda ayrımcılığa ve damgalanmaya uğrayan hastaların benlik saygıları daha da azalır. Damgalanma duygusunu yaşayan ve benlik saygısı azalmış olan hasta, kendini soyutlamaya çalışır, toplumdan uzaklaşır, tedaviye uyumsuzluk gösterir (Garety et al.,2001). Şizofrenide sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyonu azaltmanın ve benlik saygısını artırmanın, varsanıların sıklığını ve şiddetini azalttığı da ileri sürülmüştür (Tatlı ve ark., 2016).

Benlik saygısı düzeylerinin psikolojik ve fizyolojik hastalıklara karşı direnci etkilediği, düşük benlik saygısı sahip bireylerin olumlu geri bildirim reddettikleri, tedavide işbirliği yapmadıkları belirtilmiştir . Bunların yanı sıra kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olması açısından önemlidir (Kurt ve ark., 2012).

## **2.6. Şizofrenide Obezite**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından obezite; vücutta bulunan yağ dokusunun, kişi sağlığına olumsuz sonuçlara yol açacak şekilde artması olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle, harcanan enerji ile alınan enerji arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan yağ hücrelerinin sayıca artması ve büyümesidir (Mermi, 2018). Obezite, hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde her eğitim seviyesinde görülebilmektedir. Obezite, multifaktöriyel ve kompleks bir durum olup, günümüzde sağlığı olumsuz etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir ve sigaradan sonra önlenebilir ölümlerin arasında ikinci en önemli nedenidir. Obezite, başta prediyabet ve tip 2 diyabet olmak üzere

hipertansiyon, hiperlipidemi, kalp-damar hastalıkları, serebrovasküler hastalık, obstrüktif uyku-apne sendromu, çeşitli kanserler, gastroözofageyal reflü, safra yolları hastalığı, non-alkolik karaciğer yağlanması, infertilite, polikistik over sendromu, osteoartroz ve depresyon gibi birçok sağlık probleminin neden olarak sağlık harcamalarını arttırmaktadır (TEMD, 2018). Bu kronik hastalıklardan obezite ve hipertansiyon ilişkisi değerlendirildiğinde artmış beden kitle indeksi, kan volümünde ve sistemik vasküler dirençte artışlarla birlikte hipertansiyon gelişimine katkıda bulunmaktadır. Kişi vücudunda 10 kilogramlık bir ağırlık artışının, sistolik kan basıncı değerinde 3 mmHg, diyastolik kan basıncı değerinde ise 2,3 mmHg artışa yol açması sonucu, koroner arter hastalığı riski %12, inme gelişme riski ise %24 arttığı bildirilmiştir (TEMD, 2018). Ayrıca obezite bireylerin yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkileyen ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan bir hastalıktır (Kayar ve Utku, 2013). Dünya genelinde, Dünya Sağlık Örgütüne göre 2016 yılında 650 milyon obez ve 1,9 milyar fazla kilolu yetişkin olduğu tahmin edilmekte olup, ülkemizde ise obezite sıklığı hem yetişkin hem de adolesan ve çocuk yaş gruplarında giderek artmaktadır (Dönder ve Önalın, 2018). Türkiye İstatistik Kurumu 2012 verilerine göre 15 yaş ve üzerindeki yaştaki nüfusun %17,2'si obezdir (Macit ve Karadağ, 2014).

Obezitenin derecelendirmesi beden kitle indeksine dayanarak ağırlığın, boyun metrekaresine bölünmesi ile değerlendirilir. Bu oranın sonucuna göre kişinin zayıf ( $<18.5 \text{ kg/m}^2$ ), normal ( $18.5-24.99 \text{ kg/m}^2$ ), fazla kilolu ( $25.00-29.99 \text{ kg/m}^2$ ) ve obez ( $>30 \text{ kg/m}^2$ ) olma durumu belirlenir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Obezite gelişimi bireylerde farklılık göstermekle birlikte; aşırı yeme veya düzensiz beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam, ilaç yan etkileri, genetik faktörler ve diğer kronik tıbbi durumlar obezite gelişimine yol açan etmenler arasındadır (Mermi, 2018).

Şizofrenide görülen obezite nedenlerine bakıldığında farklı mekanizmaların etiyolojide rol oynadığı, ancak antipsikotik ilaçların obezite gelişimine önemli bir katkısı bulunduğu bildirilmektedir (Allison et al.2009). Şizofreni tanılı bireylerde görülen obezite düzeyinin genel nüfusta görülme oranıyla benzerlik gösterdiği belirtilmektedir (Allison et al.2009). Şizofreni bozukluğu olan hastalar, genel popülasyona kıyasla, ortalama 10 ila 20 yıl arasında daha kısa bir yaşam beklentisine sahiptir (Lomholt et al., 2019; Kassm et al., 2019; Li et al., 2018; Romain et al., 2018). Ölüm nedenleri genel popülasyondaki bulgulara benzer şekilde kronik hastalıklar

sebebiyle olduğu belirtilmektedir (Lomholt et al., 2019). Sweeting ve arkadaşlarının 2013 yılında Avustralyadaki retrospektif çalışmada şizofreni tanılı otopsi yapılmış 683 hastada ortalama ölüm yaşının 51 olduğu; bu hastaların % 67'sinin erkek , % 62'sinin beden kitle indeksinin 25 kg / m<sup>2</sup>'ye eşit ya da daha fazla olduğu, birincil ölüm nedenlerinin %23 ile kardiyovasküler hastalıklar , %20 ile intihar, %17 ile ilaç toksisitesi ve açıklanamayan ölüm nedenleri oranı %11 şeklindedir. Bu çalışmada malign kardiyak aritmilerin bu ölümlere büyük katkı sağladığı yaş, erkek cinsiyet ve obezitenin mortalite için risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Li et al., 2018). Bununla birlikte şizofreni hastalarındaki yüksek ölüm oranlarına yol açan kronik hastalıkların egzersiz eksikliği, kötü beslenme, sigara içme ve antipsikotik ilaçlara bağlı obezitedeki artışlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lomholt et al., 2019).

Toplumun geneli ile kıyaslandığında şizofreni hastalarında obezite ve aşırı kilolu olma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle bu durum kadın hastalarda daha belirgindir. Batı toplumlarında antipsikotik ilaç kullanan şizofreni hastalarında obezite oranı %40-60 arasında iken, genel popülasyonda bu oran %30 civarındadır (Mermi, 2018). Yıldızın belirttiğine göre ülkemizde 2008'de yaptığı çalışmada ise şizofreni hastalarında görülen obezite oranı %24.4 olarak belirlenmiştir. Şizofreni tanısı alan hastalarda, psikiyatrik bozukluğu olmayan popülasyona göre mortalite farkının arttığını belirtilmektedir. 65 yaşın altında şizofreni tanısı alan hastalarda genel popülasyona göre mortalite oranlarının dört kattan fazla olduğu (Lomholt et al., 2019), bu mortalite oranlarında kardiyovasküler hastalıklar önemli olmakla birlikte ani kardiyak ölüm oranının % 15-40 arasında olduğu bildirilmiştir (Li et al.2018). Şizofreni hastalarının %32'sinde abdominal obeziteyi de kapsayan dislipidemi, yüksek tansiyon, glikoz intoleransı ile karakterize metabolik sendrom görülmekte buda kalp damar hastalık riskini artırmaktadır (Romain et al., 2018). Diyet alışkanlıkları, sedanter yaşam tarzı ve sigara kullanma metabolik sendrom riskini artırmaktadır ve antipsikotiklerin yan etkilerine ilave etkiye sahip olabilmektedir (Kassm et al., 2019).

Ayrıca şizofreni hastalarında % 25 glikoz intoleransı, % 15'inde diyabet olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hastalarının düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim seviyesi ile uygun olmayan yaşam koşulları, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olduğu bilinmektedir. Apati ve bilişsel yetersizlikler sağlık hizmetlerine ulaşmada ve kaliteli sağlık hizmeti alınmasını engelleyebilir (Annamalai et al., 2017). Şizofreni hastalarında fiziksel sağlıkta bozulma ve daha kısa bir yaşam beklentisi, öncelikle erken

kardiyovasküler hastalık nedeniyle olmaktadır. Bu bulgu, yüksek kan basıncı, yüksek plazma kolesterolü, obezite, sigara içme, diyabet, kendi bakımını ihmal etme eğilimleri, sağlıksız yaşam biçimleri, düşük sosyo-ekonomik düzey ve ilaç yan etkileri gibi yüksek risk faktörleri ile açıklanmaktadır. Kardiyovasküler morbidite ve mortalite için risk faktörleri, doğası gereği değiştirilemez olanları cinsiyet, yaş, aile öyküsü ve iyi bir bakım ile davranış değişiklikleri geliştirerek değiştirilebilir durumlarda obezite, sigara kullanma, diyabet, hipertansiyon ve dislipidemidir. Sedanter yaşam düşük kalorili, yüksek besin içerikli gıdalara sınırlı erişim bu hastalardaki obezitede değiştirilebilir etmenlerdendir (Bonfioli et al., 2012). Davidson'un (2002) çalışmasında şizofreni hastalarında antipsikotik ilaç kullanımına bağlı kilo artışı, dislipidemi, diyabet, hipertansiyon gibi erken ortaya çıkan bulgularla, sigara kullanımının yaygın değiştirilebilen risk faktörlerinden olduğu vurgulanmıştır. Şizofreni hastaları sunulan sağlık hizmetlerinden damgalanma, sosyoekonomik durum, ilaç uyumsuzluğu ruhsal ve fiziksel sağlık hizmetlerinin bütüncül değerlendirilmemesi, yalnızca semptomatik tedavi verilmesi gibi nedenlerden dolayı yetersiz hizmet alabilmektedir. Bu da şizofreni hastalarının fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (Li et al., 2018).

Şizofrenide kilo artışının nedeni tedavide kullanılan antipsikotik ilaçların dışında, hastaların tedavi durumlarına ve yaşam koşullarına bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Hastanede yatış süresi, fiziksel aktiviteyi azaltarak enerji harcanmasını kısıtlayabilir. Anhedoni veya apati gibi durumlar nedeniyle yeme davranışı üzerindeki kontrol azalabilir, ya da ekonomik durum yetersizliği nedeniyle karbonhidrattan zengin bir yeme alışkanlığı zorunlu bir durum haline gelebilir (Mermi, 2018).

Çalışmalardan elde edilen veriler, antipsikotik tedavi alan hastaların% 80'e yakınının vücut ağırlığında önemli bir artış yaşadığı yönündedir. Kilo artışı ve buna bağlı ortaya çıkan klinik sonuçlar şizofreni hastalarının iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kilo artışı ve obezite; ayrımcılık ve damgalanma ile benlik saygısını olumsuz yönde etkilemekte, şizofrenide sık görülen sosyal izolasyonu daha da arttırmakta, genel sağlıkta bozulmaya yol açmakta, nüks riskini, ilaç uyumsuzluğu riskinin 3 kat arttırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Antipsikotik ilaç tedavisinin bu olumsuz etkileri, başa çıkılması en zor yan etkiler olarak bildirilmiştir (Attux et al., 2013; Jimenez et al., 2008). Şizofreni hastalarında obezite arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin de artacağı ve obeziteye ilişkin faktörlerin göz

önünde bulundurulması genel sağlık düzeylerinin artırılmasında katkı sağlayacaktır (Bonfioli et al., 2012).

## **2.7. Şizofrenide İlaç Uyum ve Uyumsuzluğu**

Uyum, hastanın kendi sağlığı ile ilgili önerileri kabul etmesi ve bu önerilere uyması olarak tanımlanabilir (Demirkol ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tedaviye uyum sadece reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde sınırlı olmayıp, kişinin diğer sağlık çalışanlarının da tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır (Zarea et al., 2016). Tedaviye uyum tedavi programını tamamlamayı, düzenli kontrole gelmeyi, düzenli ilaç kullanmayı ve tedavide önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir (Demirkol ve ark., 2015). Tedavi uyum, bakım vericisi ve hasta arasında sağlık bakımı ve sağlıkla ilgili kararlarına ilişkin işbirliğini ifade eder. Kontrole gelmesi gereken tarihte gelmesi, uygun bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, kullanması gereken ilaçları önerilen doz ve sürede kullanmak, diyet ve davranış ile ilgili verilen değişikliklere uymak, tedaviye uyumun ana belirleyicileridir (Tel ve ark., 2010; Dikeç, 2015). Psikiyatrik hastalarda, tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkileyen sorunların başında ilaç uyumsuzluğu gelmektedir (Çakır ve ark., 2010). Şizofreni hastalarının tedavi rejimine bağlılığı hastalığın etkin tedavisinin sağlanmasında oldukça önemli olmasına karşın, şizofreni hastalarının yaklaşık %50'sinin ilaçlarını önerilen dozda kullanmadığı belirtilmektedir (Zarea et al., 2016; Chang et al., 2019).

Tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak veya düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, takiplere devam etmemek, randevuları kaçırmak ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta olabilmektedir (Dikeç, 2014). Yapılmış olan çalışmalarda, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavi aldıkları dönemde yaklaşık üçte ikisinin, ilaç tedavisi sonucuyla şikayetlerdeki azalmayı tam bir iyilik hali olarak değerlendirmekte olduğunu ve ilaç tedavisini bıraktıklarını göstermektedir (Yüksel ve Oflaz, 2012). Wade ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, hastaneden taburcu edilen şizofreni hastalarının % 75 ila % 90'ının ilaçlarını taburculuktan bir veya iki yıl sonra bıraktıkları, şizofreni hastalarının tedaviye uyum oranlarının ortalama %42 olduğu belirtilmiştir (Garcia et al., 2016). Ülkemizde de durum benzerlik göstermekte olup Dikeç'in (2014) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %85.1'inin tedaviye uyumlarının düşük olduğu



bulunmuştur. Uslu tarafından (2017) yapılan çalışmada ise şizofreni hastalarının %90'a yakınının en az bir kez kendi isteği ile ilaçlarını bıraktığı bulunmuştur.

Şizofreni; bireyin yaşam kalitesini, ailesini, sağlık bakım çalışanlarını, toplumu etkilemesi nedeni ile hastalık yüküne sebep olmaktadır. Hastalığa eşlik eden tedavi uyum problemleri ise; mevcut psikiyatrik tedavilerin etkinliğini bozar, iyileşmeyi güçleştirir, uygun görülen ilaç tedavisinin etkisini değerlendirmeyi, ilaç dozu ayarlamalarını ve farklı ilaçların gerekliliğinin tespitini güçleştirmektedir (Uslu ve Buldukoğlu, 2018). Antipsikotik ilaçların kullanımında tedaviye uyumun sağlanması nüksün önlenmesinin yanı sıra daha iyi klinik ve fonksiyonel sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmekte, bununla birlikte klinisyenler tarafından önerilen antipsikotik tedavi ve tedaviye uyumun sürdürülmesinde çoğunlukla şizofreni hastalarının tedaviye uymadığı görülmektedir. Bu durum hastalar ve aileleri için yıkıcı sonuçlara, bireyin acı çekmesine, hastalık nükslerine, tekrarlı hastaneye yatışlara, daha fazla fonksiyonel bozukluğa, daha kötü prognoza, yaşam kalitesinin düşmesine, iş gücü kaybına, tedavi maliyetinde artışa, şiddet içerikli davranışlar gibi olumsuz durumlar ile sonuçlanabilmektedir. Ayrıca, antipsikotik tedaviye uyumsuzluğun sayısız bireysel, ailevi ve toplumsal düzeyde sonuçları vardır. Bu nedenle, öngörülen antipsikotik tedaviye uyum, şizofreni hastaları için en öncelikli durumlardandır (Zarea et al., 2016; Pai ve Vella, 2019).

Tedavi rejimine yeterli şekilde uymayan hastalarda, tedavi rejimine tam olarak bağlı kalan hastalara göre 7.3 kat daha fazla nüks görülmektedir (Zarea et al., 2016). Dilla ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik gözden geçirme çalışmasına göre, verilen antipsikotik tedaviye uyumsuzluk hastanede yatış oranlarında, doğrudan kaynak kullanımında ve sağlık giderlerinde artışa neden olduğu belirtilmektedir (Dilla et al.2013).

Tedavi uyumsuzluğunun bir çok nedeni vardır. Tedaviye uyumsuzluk ile ilgili olarak, hasta ile ilişkili faktörler, hastalık semptomlar, hastalık süresi, içgörü yokluğu-eksikliği, çevre ile ilişkili faktörler, ilaç yan etkileri, ilaçlara karşı olumsuz tutum, ilaç alma isteği ve ilaç kullanma becerisi, randevulara gelmeme, madde kötüye kullanımı, kötü hasta kabul deneyimi, hastalık başlangıcında depresif semptomların varlığı, sosyal destek sistemlerinin yetersizliği uyumu etkileyen faktörlerdendir (Tel ve ark., 2010; Garcia et al., 2016; Uslu ve Buldukoğlu, 2018). Hasta ile ilişkili faktörler arasında hastanın genç, erkek, işsiz olması, okuryazar olmaması, yetersiz sosyal ve bilişsel işlevsellik düzeyi tedaviye uyumsuzlukta zemin hazırlayan faktörler arasındadır.

Hastalık süresi ile ilgili olarak hastalık süresinin uzunluğu ve yatış sayısının fazlalığı hastalarda iyileşemeyeceklerine ilişkin düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olduğu için tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır. İlgörü yokluğu-eksikliği de tedaviye uyumu güçleştirmektedir. Hastanın yalnızca hastalığına ilişkin yetersiz içgörüsü dışında ilaçların hastalığına etkisi hakkındaki içgörü eksikliği de tedaviye uyumunu etkilemektedir. Uslu ve Buldukoğlu (2018) şizofreni hastalarının %19,6'sının hasta olduğunu düşünmediği için, %21,7'sinin de iyileştiğini düşündüğü için ilaçlarını bıraktığını tespit etmiştir.

Çevre ile ilişkili faktörlerden dağınık yaşam biçimi, düşük gelir seviyesi, konut sorunları ya da evsizlik tedavi uyumunu bozabilmektedir (Velligan et al., 2009). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının sağlık sigortası yokluğunun tedavi uyumsuzluğunu 2.3 kat daha artırdığı bulunmuştur (Zhoua et al., 2017). İlaç yan etkileri ile ilgili uyum sorunlarında ise yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının %86'sı tedavi sürecinde en az bir ilaç yan etkisi ile karşılaştığını ifade etmiştir. Bu çalışmada ilaç yan etkileri gruplandırılmış ve ekstra piramidal yan etkiler, sedasyon-bilişsel yan etkiler, endokrin yan etkiler ve metabolik yan etkiler tedaviye uyumsuzluk arasında anlamlı bir ilişkili bulunmuştur (DiBonaventura et al., 2012). Velligan ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada yan etkiler içinde kadınlardaki kilo artışının tedaviye uyumsuzluğun bir nedeni olduğu belirtilmiştir. Özellikle antipsikotik ilaçlara bağlı obezite, kilo artışının verdiği sıkıntı ve bilişsel bozulma gibi yan etkiler, artmış uyumsuzluk oranları ile ilişkilendirilmiştir (DiBonaventura et al., 2012). Uslu'nun 2017'de şizofreni hastaları ile yapılan çalışmasında hastaların %28,3'ü ilaç yan etkileri nedeniyle ilaçlarını hekim önerisi olmaksızın bıraktığı belirlenmiştir. İlaçlara karşı olumsuz tutumlarla ilgili ilaç yan etkilerinin yanında, ilaçların gerekliliğine inanmama, ailenin ve arkadaşların ilaç kullanmama konusundaki tavsiyeleri, ilaç kullanımına ilişkin damgalama da tedaviye uyumsuzluğa neden olmaktadır. Olumsuz sonuçlarına rağmen ruh sağlığı tedavisi gören hastaların yaklaşık %20'si randevularına gelmemektedir ve bu durumda tedaviye uyumsuzluğa neden olmaktadır. Hastanın madde bağımlılık öyküsü, hastalığa eşlik eden madde bağımlılığı ya da alkol bağımlılığı tedaviye uyumsuzluğa neden olan faktörlerdendir. Sosyal destek kaynaklarının yetersizliği, yalnız yaşama, ailenin tedaviyi reddetmesi tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hasta ve bakım vericiler arasındaki zayıf terapötik etkileşim de tedaviye uyumu etkilemektedir (Velligan et al., 2009).

Tedavinin iyi şekilde yönetilmemesi hastalığın sıklıkla yeniden alevlenmesine, tekrarlamasına veya hastanın tekrarlı şekilde hastaneye yatışına neden olmaktadır. Bu nedenle hastalığın tedavisinde, etkili bir biçimde ilaç tedavisinin yapılması, ilaç kullanımının devamının sağlanması gerekmekte olup, psikotik bozukluğu olan hastalara, ilaç kullanımını destekleyecek ve yönetimini kolaylaştıracak bir takım beceriler öğretilmelidir (Yüksel ve Oflaz, 2012). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalıkları hakkında bilgi almalarını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, hastaların% 80'inin hastalıklarının tüm yönleriyle ilgili bilgi almak istediği yönünde sonucuna ulaşılmıştır (Pai ve Vella, 2019).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedavisinin sürekliliğinin sağlanması, tedavi süreçlerinin değerlendirilmesi, ilaçların düzenli kullanılması ile ilgili uygun terapötik iletişim sağlanarak hasta ve sağlık profesyonellerinin işbirliği oldukça önemlidir. Şizofreni hastaları ve ailelerine ilaç tedavisinin hastalık semptomlarını hafifletme ve nüksü önleme konusundaki yararları ile ilaç yan etkilerini de kapsayan ilaç eğitimleri verilmesi tedavi uyumunun artırılmasında oldukça önemlidir. Sağlık profesyonelleri ilaç yan etkileri konusunda hastaların gerekli takiplerinin yapılması ile obeziteyi önleyebilir, obeziteye bağlı fiziksel hastalıkların erken tanı tedavisinin sağlanmasında, mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında etkili olarak yaşam kalitesi ile benlik saygılarını artırarak tedavi uyumlarını sağlayabilir ve sağlık maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilirler.

### **2.8.Şizofreni Tanılı Bireylerde Benlik Saygısı ve Hemşirelik**

Benlik saygısı ruhsal hastalıkların etiyoloji, tanı ve tedavisinde potansiyel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir (Ebrahimi et al., 2014). Şizofrenide, benlik saygısı genellikle düşük olmakla birlikte bu durum ise hastalarda damgalanma sürecinde göz önüne alındığında, sosyal ilişkilerde yetersizlik, hastaların kendilerini daha da yeteneksiz hissetmelerine neden olabilmekte (Segalovich et al., 2013), stres ve problemlerle başetme becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Seo et al., 2007). Şizofren hastaların hastaneye yatış çıkış süreçlerinin sık olması; sosyal izolasyon, ayrımcılık, damgalanma döngülerini de beraberinde getirerek hastaların çaresizlik yaşamasına neden olmakta ve yaşam kalitesinde, benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır. Benlik saygısı şizofren hastalarda kilit bir konumda olmakla birlikte yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biridir. Benlik saygısı hastalık belirtileri ve sosyodemografik faktörlerden daha önemli olmakla birlikte şizofren hastaların benlik

saygısını geliştirmeye yönelik müdahaleler, hastaların topluma yeniden kazandırılmalarında ve yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli bir etkiye sahiptir (Kim ve Jang., 2019). Şizofreni hastalarında benliğin olumsuz değerlendirilmesi hastalık nüks gelişimini hızlandırabilmektedir (Gumley et al., 2006). Şizofrenide benlik saygısını artırmaya yönelik müdahaleler, nükslerin önlenmesinde en önemli faktörlerdendir (Seo et al., 2007).

Benliğin olumlu değerlendirilmesi ise olumlu düşünce süreci sağlayarak bireyi doğrudan etkileyebilmektedir. Benlik saygısı arttıkça motivasyon artmakta, öz bakım davranışlarında iyileşme ve hastalık semptomlarında azalma sağlayarak ruhsal iyilik halini artırmaktadır (Ebrahimi et al., 2014). Yapılan çalışmalarla benlik saygısı, depresyon, negatif semptomlar ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Wittorf et al., 2010). Psikiyatri hemşireleri, işlerinin doğası gereği, hastalarla diğer sağlık profesyonellerinden daha yakın ve daha sık etkileşime girerler, bu sebeple hastaların tutumları ve tedavi etkinliği üzerinde daha fazla etkiye sahiptirler (Ebrahimi et al., 2014). Psikiyatri hemşireleri benlik saygısını artırılmasına yönelik uygulamaları arasında güven ilişkisinin sağlanmasında, hastaya etkili iletişim becerilerinin öğretilmesinde ve korkularını ifade edebilmesi için uygun planlama yapılmasında önemli bir noktadrlar (Towsend, 2011).

Psikiyatri hemşireleri, benlik kavramı ve benlik saygısının değerlendirilmesinin ruhsal hastalıkların iyileşmesi ve önlenmesi için temel bir faktör olduğunu, tedavi süresince pozitif benlik kavramının sürdürülmesi veya geliştirilmesinde kritik noktada yer almaktadır. Psikiyatri hemşireleri, hastaların etkinliği kanıtlanmış sosyal beceriler programlarına katılmasını sağlayarak, benlik saygısını artırabilir; uzun vade de tedavide başarı sağlanmasında, psikiyatrik semptomların azaltılmasında, nükslerin önlenmesinde etkin rol alabilirler (Seo et al., 2007). Benlik saygısı düşük hastalarda; güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk, korku, kırılganlık, değersizlik ve yetersiz olma duyguları olumsuz düşüncelere neden olarak hastaların kendi potansiyellerini tanımakta başarısızlığa, eleştirilerden ve yeni fikirlerden korkmasına, sorumluluk almalarına engel oluşturmaktadır (Mohamed et al., 2016). Araştırma sonuçları, benlik saygısındaki artışın psikososyal tedavi uyumu ile ilaç uyumu arasında olumlu bir korelasyon olduğunu göstermiştir (Wittorf et al., 2010). Psikiyatri hemşireleri düşük benlik saygısına yapılan uygun müdahalelerle hastaları güçlendirebilir ve sosyal ilişkilerde iyileşmeler sağlayabilir (Segalovich et al., 2013).

## **2.9. Şizofreni Tanılı Bireylerde Obezite ve Hemşirelik**

Şizofreni, genellikle “yaşamı kısaltan hastalık” olarak da adlandırılmakta ve hastalık mortalite oranları ise uygulanan tedavinin genel kalitesini temsil etmektedir (Manjunatha, et al., 2019). Psikiyatri hemşireleri sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik; erken kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturan obezite, diyabet, hipertansiyon ,dislipidemi ve sigara kullanımı gibi değiştirilebilir durumları etkin bir şekilde yönetebilirler (Bonfioli et al., 2012). Psikiyatri hemşireleri sağlıklı yaşam tarzı müdahaleleri ile (Bonfioli et al., 2012), hasta ve ailelerini kullanan antipsikotik ilaçların yan etkilerinden hiperglisemi belirtileri (polidipsi, poliüri, polifaji ve kilo kaybı), hiperlipidemi ve kilo alımı konusunda eğiterek, hastaları uygun aralıklarla kilo takibi ve kan şekeri takibi yapılması konusunda yönlendirerek, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolü konusunda diyet eğitimi ile davranış değişiklikleri sağlayabilirler (Towsend, 2011). Şizofreni hastalarında fiziksel sağlığın korunması ve sürdürülmesinde uygun fiziksel aktivite (Edward et al., 2010), hastalık gelişme riskini önlemede ve tedavi yönetiminde önemli bir davranışsal araçtır (Happell et al., 2011). Ancak, ruhsal hastalığı olan bireyler, genel nüfusa oranla daha düşük fiziksel aktivite düzeyi göstermektedirler. Psikiyatri hemşireleri, aynı zamanda hemşirelik rolleri arasına fiziksel aktiviteyi yerleştirerek, hastaları fiziksel aktiviteye teşvik edebilir, günlük bakım rutinleri arasına fiziksel aktivitenin eklenmesini sağlayabilirler (Happell et al., 2011). Kronik psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık düzeylerini değerlendirmek ve sağlık sorunlarını tespit etmek, antipsikotik ilaç uyumunu sağlamak için çeşitli tarama araçları geliştirilmiştir. Geliştirilen özel programlarla hastalarda sigarayı bırakma, egzersiz ve sağlığın yükseltilmesine yönelik pozitif yaşam tarzı değişiklikleri teşvik edilmiştir. Bu programların özellikle benlik saygısını geliştirmesi ve diyet kalitesini arttırması ilgili pozitif yaşam tarzı değişikliklerini etkilediği görülmüştür (Erginer ve Günüşen, 2013).

## **2.10. Şizofreni Tanılı Bireylerde İlaç Uyumu ve Hemşirelik**

Şizofreni hastalarında ilaç uyumu genel popülasyona oranla daha düşük olup, bunun en büyük nedeni, hastalığa karşı içgörünün az olmasıdır. Psikiyatri hemşireleri şizofreni hastalarında içgörünün ve ilaçlara uyum düzeylerinin değerlendirilmesinde, hastalarda olumlu içgörü kazandırılmasında, hastalar ile ailelerinde farkındalık yaratarak şizofreni hastalarının ilaç uyumunun sağlanmasında önemli bir konumdadır ( Kalkan ve Budak, 2019). İlaç tedavisine uyumsuzluğun diğer nedenleri arasında, hastalığın psikopatolojisi ve seyri gibi doğrudan kişinin mevcut psikiyatrik durumuyla

ilgili nedenler, içselleştirilmiş damgalama, ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan etkiler, çevresel ve sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik zorluklar, tedavi hakkında yetersiz bilgi sahibi olma veya verilen tedaviyi yanlış yorumlama, çoklu ilaç kullanımı, hastane ve bölge şartları, hastanın ve çevresinin ruhsal hastalığa ve ilaç tedavisine karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta ortaya çıkardığı güçlükler, sosyal ve kültürel inançlar belirleyici rol oynamaktadır (Dikeç, 2014).

Psikiyatri hemşiresi, hastanın kendisi ve ailesine sağlanacak olan danışmanlık ve eğitim hizmetinde anahtar rol oynamaktadır. Antipsikotik ilaç tedavisine uyum, ilaç etki ve yan etkilerini izlemede, yan etkileri azaltıcı girişimler planlama ve bu konuda hastayı eğitme, ilaç doz ve zaman programı çizelgeleri, hatırlatıcılar, alarmlar hazırlamada, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmede, hastanın tedavi uyumunu değerlendirmede ve damgalamayı azaltma gibi önemli girişimleri bakım sürecine yansıtılabilmelilerdir ( Dikeç, 2014). Ayrıca psikiyatri hemşireleri antipsikotik ilaç uyumsuzluğunu önleyerek nükslerin ve daha uzun hastaneye yatışların azaltılmasında, hastalığın seyrinin daha kötüye giderek semptomların kötüleşmesini uygun hemşirelik girişimleri ile planlayarak anahtar bir role sahiptir; böylece maliyet artışlarını da engelleyebilirler ( Dilla et al., 2013).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma şizofreni tanılı hastalarda benlik saygısı, obezite ve ilaç uyumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma 1 Mart-31 Ağustos 2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde yapılmıştır. Psikiyatri polikliniğinde bir profesör, iki doktor öğretim üyesi, iki asistan doktor, bir psikolog, bir sekreter ve bir personel görev yapmaktadır. Poliklinikte üç muayene odası, bir psikolog odası, bir toplantı salonu, bir arşiv odası, sekreterlik odası ve küçük bir mutfak bulunmaktadır. Polikliniğe gün içerisinde gelen DSM-5 sınıflamasına uyan şizofreni tanılı ortalama hasta sayısı 1 ila 2 arasında değişmekle birlikte hastalar randevulu bir şekilde muayene edilmektedir. Poliklinikte hastalara ve hasta yakınlarına doktorlar tarafından hastalık ve ilaç kullanımı hakkında sözel bilgilendirme yapılmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine 2018 yılı içinde başvuran şizofreni tanısı ile izlenen hastalar oluşturmaktadır. Poliklinik kayıtlarına göre 1 Ocak - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında 150 birey şizofreni tanısı ile takip edilmiştir.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini 01.03.2019 - 31.08.2019 tarihleri arasında, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde takip edilen, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden şizofreni hastaları oluşturdu. Araştırmanın örneklemine alınacak hasta sayısı güç analizi yapılarak belirlendi. Bu doğrultuda araştırma örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni tanılı hastalarda ile ilgili oran %1 ve yanılma payı da 0,15 ve 0,05 anlamlılık düzeyinde örneklem hacmini 80 hasta oluşturmuştur.

### **3.5. Araştırmaya alınma kriterleri:**

Araştırmaya alınma kriterleri:

1. 18-65 yaş aralığında olan,
2. DSM-5 tanı kriterine uyan,
3. Herhangi bir iletişim engeli olmayan,
4. En az bir yıldır antipsikotik ilaç tedavisi alan,
5. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturdu.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu (EK-I), Rosenberg Benlik Saygısı leği (EK-II), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı leği-TTUO (EK-III) kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek I)**

Kişisel bilgi formu, konu ile ilgili literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanmıştır (akır ve ark, 2010: Tel ve ark, 2010; Deveci ve ark, 2005; TEMD, 2018; Baltacı ,2008; zenoğlu, 2009). Kişisel bilgi formu hastaların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, birlikte yaşanılan kişi, yaşadığı yer, gelir düzeyi) ve şizofreni ile ilgili sağlık durumlarını ( fiziksel hastalıklar ve süresi, ruhsal hastalık süresi, kullanılan antipsikotik ilaçların türü-dozu-kullanma süresi ile ilaçlarını düzenli kullanma, ilaç etki ve yan etkileri ile bilgi alıp almadığı, beden kitle indeksi, fiziksel aktivite durumu gibi) içeren 29 sorudan oluşmaktadır

#### **3.6.2. Rosenberg Benlik Saygısı leği (Rosenberg Self-esteem Scale) (Ek II)**

Rosenberg Benlik Saygısı leği 1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin lkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması uhadaroğlu (1986) tarafından adölesan bireylerde yapılmıştır. Literatürde Rosenberg Benlik Saygısı leği'nin psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalarda kullanıldığı ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu görülmüştür. Rosenberg benlik saygısı leği 63 madde ve 12 alt gruptan oluşmakta olup ölçeğin ilk 10 maddesi benlik saygısı alt grubunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin benlik saygısı alt grubu kullanılmıştır. Ölçeğin benlik saygısı alt grubu maddeleri “ok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “ok yanlış” şeklinde seçenekleri içermektedir. Benlik saygısı alt grubu maddelerinden alınan toplam puan 0-1 ise benlik saygısı yüksek, 2-4 ise orta, 5-6 ise benlik saygısı düşük olarak değerlendirilmektedir



(Çuhadaroğlu 1986). Çuhadaroğlu, ölçeğin güvenilirlik kat sayısını 0.75 olarak bildirmiştir. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin bu çalışmada Cronbach alfa değeri; 0.76 olduğu belirlenmiştir.

### **3.6.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği-TTUOÖ (EK-III):**

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği 2000 yılında, Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmek amacıyla Thompson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçekte “Evet” ve “Hayır” şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Koç 2006). Koç'un çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında alanların ise yüksek olduğu belirtilmiştir (Koç 2006). Koç, ölçeğin güvenilirlik kat sayısını 0.92 olarak bildirmiştir. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinin bu çalışmada Cronbach alpha değeri; 0,70 olduğu belirlenmiştir.

### **3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Çalışma 1 Mart 2019 - 31 Ağustos 2019 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran DSM-5 tanı kriterlerine uyan şizofreni tanılı 80 hasta ile yapıldı. Poliklinik kontrolüne gelen hastalara; araştırma hakkında açıklama yapılarak, araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Hastaların boy ölçümü 20029 seri numaralı cihazla yapıldı. Boy ölçümü boy ölçer yardımıyla, çıplak ayakla veya çorapla ölçüm yapıldı. Ağırlık ölçümü 20029 seri numaralı cihazla yapıldı. Ağırlık ölçümü hafif giysiler tercih edilerek, mesane ve bağırsak boşalımından sonra yapılmıştır. Boy ve kilo ölçümü için kullanılan cihazın kalibrasyonu 14.09.2018 tarihinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ilk olarak boy ve ağırlık ölçümü yapılarak Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin obezite tanı ve tedavi kılavuzunda belirttiği gibi beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesi ile hesaplanmıştır. 18 yaş üstü yetişkinlerde BKİ 30 kg/m<sup>2</sup> üstünde olanlar obez olarak tanımlandı. BKİ 25 ile 29,9 kg/m<sup>2</sup> olanlar ise fazla kilolu (overweight) olarak

değerlendirilmiştir. Sonrasında sırasıyla Kişisel Bilgi Formu, Rosenberg benlik saygısı ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği uygulanmıştır. Hastalarla görüşmeler poliklinikte bulunan muayene odasında yapılmıştır. Hastalarla yapılan görüşmeler 20-25 dakika arasında tamamlanmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik uygunluğu için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2019-02/04 karar numarası ile 20.02.2019 tarihinde izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden 93596471-010.99-E.20/58 sayılı kurum izni alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak tüm bireyler; yapılacak uygulamalara yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylere verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir. Her katılımcıya verilerin gizliliği için sadece araştırmacılar tarafından belirlenen bir numara verildi. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı açıklanarak "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine uygun davranılmıştır. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik" ilkesi yerine getirilmiştir.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler SPSS 22.0 paket program kullanılarak değerlendirildi. Araştırma verilerinin normal dağılımdan gelip gelmediğini belirlemek amacıyla; aritmetik ortalama mod medyan çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup verilerin dağılımının normalden geldiği belirlenmiştir. Verilerin analizine parametrik testlerle devam edilmiştir. İki kategorili değişkenlerin ortalamalar arasındaki farklılığın incelemesinde bağımsız örneklem t testi; ikiden fazla kategorili değişkenlerin ortalamalar arasındaki farklılığın incelemesinde ise tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Değişkenlerin ve ölçeklerin arasındaki ilişki düzeyini belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Bazı demografik değişkenlerin BKİ, benlik saygısı ve TTU üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yanılma düzeyi ise  $p < 0.05$  anlamlı olarak alınmıştır.

## 4.BULGULAR

Şizofreni tanılı 80 hasta ile yapılan bu araştırmada hastaların yaşları 18-63 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $41.71 \pm 10.11$ , hastalık süresi 1-43 yıl arasında değişmekte olup ortalaması  $16.71 \pm 10.17$ , sigara kullanım süresi 4-45 yıl arasında değişmekte olup ortalaması  $21.78 \pm 10.11$ 'dir. Antipsikotik ilaç kullanım süresi 1-40 yıl arasında değişmekte olup ortalaması  $11.30 \pm 7.46$ , yıllık hastaneye yatma sıklığı 0-3 arasında değişmekte ortalaması  $1.22 \pm 0.91$ , boy uzunlukları 148-191 cm arasında değişmekte ortalaması  $167.65 \pm 8.93$ , ağırlıkları 50-125 kg arasında değişmekte ortalaması  $79.25 \pm 13.20$ , son 6 ayda kilo artışı 2-10 kg arasında değişmekte olup ortalaması  $4.28 \pm 1.61$  olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

<b>Hasta</b>		
<b>Yaş</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
18-24	21	26.3
25-34	29	36.2
35-44	20	25.0
44 ve üzeri	10	12.5
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	57	71.3
Kadın	23	28.7
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Şehir	54	67.5
İlçe	9	11.3
Köy	17	21.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	35	43.8
Bekar	45	56.2
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	32	40.0
Ortaokul	12	15.0
Lise	31	38.8
Üniversite	5	6.2
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	67	83.8
Geniş Aile	13	16.2
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	20	25.0
Çalışmıyor	60	75.0
<b>Meslek (n:31)</b>		
İşçi	5	16.1
Memur	3	9.7
Ev Hanımı	11	35.5
Serbest	5	16.1
Diğer	7	22.6

**Tablo 4.1'in Devamı**

<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Asgari Ücret Altında	47	58.8
Asgari Ücret	16	20.0
Asgari Ücret Üstünde	17	21.2
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Kullanıyor	46	57.5
Kullanmıyor	34	42.5
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Kullanıyor	5	6.3
Kullanmıyor	75	93.7
<b>Fiziksel Hastalık</b>		
Var	27	33.8
Yok	53	66.2
<b>Beden Kitle İndeksi Dağılımları</b>		
Normal	14	17.5
Kilolu	42	52.5
Obez	24	30
<b>Kilo Memnuniyeti</b>		
Memnunum	46	57.5
Memnun Değilim	34	42.5
<b>Günlük Fiziksel Aktivite</b>		
Yapıyor	24	30.0
Yapmıyor	56	70.0
<b>Diyet Durumu</b>		
Yapıyor	14	17.5
Yapmıyor	66	82.5
<b>Son 6 Ayda Kilo Artışı</b>		
Evet	47	58.8
Hayır	33	41.2
<b>TOPLAM</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Tablo 4.1'de hastaların tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Hastaların %36.2'sinin 25-34 yaş aralığında, %71.3'ünün erkek, %67.5'inin şehirde yaşadığı, %56.2'sinin bekar, %40'ının ilkokul mezunu, %83.8' inin çekirdek aileye sahip olduğu, %75'inin çalışmadığı, %58.8'inin asgari ücret altında gelir düzeyinde olduğu, %57.5'inin sigara kullandığı, %33.8'inin fiziksel hastalığının (tip 2 diyabetes mellitus, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı vb.) olduğu, %82.5'inin fazla kilolu yada obez olduğu, %57.5'inin kilosundan memnun olduğu, %70'inin günlük fiziksel aktivite gerçekleştirmediği, %82.5'inin herhangi bir diyet yapmadığı, %58.8'inin son 6 ayda kilo artışı yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Hastaların İfadelerine Göre Antipsikotik İlaç Kullanım Özellikleri Dağılımları

<b>Antipsikotik İlaç Kullanım Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Düzenli	69	86.2
Düzensiz	11	13.8
<b>İlaç Kullanımı Hakkında Bilgisi</b>		
Var	77	96.2
Yok	3	3.8
<b>İlaç Dozu Hakkında Bilgisi</b>		
Var	77	96.2
Yok	3	3.8
<b>İlaç Kullanımı Saatleri Hakkında Bilgisi</b>		
Var	73	91.2
Yok	7	8.8
<b>İlaç Kullanımı Süresi Hakkında Bilgisi</b>		
Var	13	16.2
Yok	67	83.8
<b>İlaçtan Beklenen Etki Hakkında Bilgisi</b>		
Biliyor	12	15.0
Bilmiyor	68	85.0
<b>İlaç Hakkında Bilgi Veren</b>		
Doktor	71	91.0
Hemşire	3	3.8
Diğer	4	5.2
<b>İlaç Kullanırken Yardım İhtiyacı</b>		
Var	27	33.8
Yok	53	66.2
<b>İlaç Kullanırken Yardım Veren Kişi</b>		
Eş	13	49.7
Çocuk	3	8.0
Ebeveyn	11	42.3
<b>İlaçların Yan Etkileri Hakkında Bilgisi</b>		
Var	12	15.0
Yok	68	85.0
<b>Poliklinik Kontrolüne Gitme</b>		
Düzenli	71	88.8
Düzensiz	9	11.2
<b>TOPLAM</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Tablo 4.2'de hastaların antipsikotik ilaç kullanım özellikleri görülmektedir. Hastaların %86.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %96.2'sinin ilaç kullanımı hakkında, %96.2'sinin ilaçlarının dozu hakkında, %91.2'sinin ilaç kullanım saatleri ile ilgili bilgi aldığı, %83.8'inin ilaçları ne kadar süre kullanması gerektiği, %85'inin ilaçlardan beklenen etki ve %85'inin ilaç yan etkileri konusunda bilgisinin olmadığı, %91'ine ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerin doktorlar tarafından anlatıldığı, %33.8'inin ilaç kullanırken yardım aldığı, %88.8'inin poliklinik kontrollerine düzenli gittiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların; Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanlarının 0-4.92 arasında değiştiği ortalama  $1.77 \pm 1.11$ ; tıbbi tedaviye uyum ölçeği puanlarının 2-10 arasında değiştiği ortalama  $6.87 \pm 1.81$ ; beden kitle indeksi düzeyinin  $18.52-38.71 \text{ kg/m}^2$  arasında değiştiği ortalama  $28.17 \pm 3.99 \text{ kg/m}^2$  olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Puanları

<b>Yaş</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
18-24	1.84±1.26	F=1.057	0.373
25-34	1.57±1.15		
35-44	1.74±0.91		
44 ve üzeri	2.28±1.03		
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	1.80±1.05	t=0.357	0.722
Kadın	1.70±1.29		
<b>Yaşanılan Yer</b>			
Şehir	1.84±1.46	F=0.251	0.861
İlçe	1.47±1.08		
Köy	1.83±0.91		
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	1.87±1.05	t=0.729	0.468
Bekar	1.69±1.17		
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	1.96±0.92	F=0.199	0.878
Ortaokul	1.81±1.09		
Lise	1.61±1.23		
Üniversite	1.76±1.84		
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	1.65±1.10	t=-2.310	0.024*
Geniş Aile	2.41±1.03		
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	1.55±1.67	t=-0.648	0.519
Çalışmıyor	1.80±1.02		
<b>Meslek</b>			
İşçi	2.46±2.01	F=0.954	0.449
Memur	1.05±0.53		
Ev Hanımı	1.71±1.14		
Serbest	1.61±1.10		
Diğer	1.17±1.03		
<b>Gelir Düzeyi</b>			
Asgari Ücret Altında	1.86±0.98	F=0.924	0.401
Asgari Ücret	1.43±1.09		
Asgari Ücret Üstünde	1.85±1.45		
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Kullanıyor	1.83±1.09	t=0.538	0.592
Kullanmıyor	1.69±1.16		

**Tablo 4.3'ün Devamı**

<b>Alkol Kullanımı</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
Kullanıyor	2.49±0.92	t=1.497	0.138
Kullanmıyor	1.72±1.11		
<b>Fiziksel Hastalık</b>			
Var	<b>2.13±1.10</b>	<b>t=2.110</b>	<b>0.038*</b>
Yok	1.58±1.09		
<b>Beden Kitle İndeksi Dağılımları</b>			
Normal	1.40±1.34	F=1.269	0.287
Kilolu	1.76±1.09		
Obez	2.01±1.00		
<b>Kilo Memnuniyeti</b>			
Memnunum	1.61±1.10	t=0.982	0.116
Memnun Değilim	2.00±1.12		
<b>Günlük Fiziksel Aktivite</b>			
Yapıyor	1.46±0.89	t=1.624	0.108
Yapmıyor	1.90±1.18		
<b>Diyet Durumu</b>			
Yapıyor	1.67±1.22	t=-0.379	0.706
Yapmıyor	1.80±1.10		
<b>Son 6 Ayda Kilo Artışı</b>			
Evet	<b>2.05±1.04</b>	<b>t=2.771</b>	<b>0.007*</b>
Hayır	1.37±1.11		

Tablo 4.3'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre rosenberg benlik saygısı puanları görülmektedir. Hastaların tanıtıcı özelliklerinden aile tipi, fiziksel hastalık ve son 6 ayda kilo alma durumu değişkenine göre rosenberg benlik saygısı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Geniş ailede yaşayan, fiziksel hastalığı olan, son 6 ayda kilo aldığını belirten hastaların benlik saygısının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.** Hastaların İfadelerine Göre Antipsikotik İlaç Kullanım Özellikleri ve Benlik Saygısı Puanları

<b>Antipsikotik İlaç Kullanım Durumu</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
Düzenli	1.69±1.06	t=-1.525	0.131
Düzensiz	2.24±1.40		
<b>İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi</b>			
Var	1.76±1.13	t=-0.349	0.728
Yok	1.99±0.79		
<b>İlaç Kullanım Dozu Hakkında Bilgi</b>			
Var	1.76±1.13	t=0.349	0.728
Yok	1.99±0.79		
<b>İlaç Kullanım Saatleri Hakkında Bilgi</b>			
Var	1.747±1.09	t=-0.730	0.458
Yok	2.07±1.43		
<b>İlaç Kullanım Süresi Hakkında Bilgi</b>			
Var	1.89±1.61	t=0.299	0.769
Yok	1.75±1.00		
<b>İlaçtan Beklenen Etki Hakkında Bilgisi</b>			
Biliyor	1.76±1.20	t=-0.042	0.967
Bilmiyor	1.77±1.11		
<b>İlaç Hakkında Bilgi Veren</b>			
Doktor	1.75±1.07	F=0.791	0.457
Hemşire	1.30±1.54		
Diğer	2.35±1.87		
<b>İlaç Kullanırken Yardım İhtiyacı</b>			
Var	2.01±1.07	t=1.400	0.166
Yok	1.65±1.13		
<b>İlaç Kullanırken Yardım Veren Kişi</b>			
Eş	2.21±0.93	F=2.545	0.099
Çocuk	0.77±0.91		
Ebeveyn	2.12±1.12		
<b>İlaçların Yan Etkileri Hakkında Bilgisi</b>			
Var	<b>0.85±0.77</b>	<b>t=-4.151</b>	<b>0.001*</b>
Yok	1.93±1.09		
<b>Poliklinik Kontrolüne Gitme</b>			
Düzenli	1.70±1.11	t=-1.679	0.097
Düzensiz	2.35±1.03		

Tablo 4.4'te hastaların antipsikotik ilaç kullanım özelliklerine göre benlik saygısı puanları görülmektedir. Hastaların antipsikotik ilaç kullanım özelliklerinden ilaçların yan etkileri hakkında bilgisi olanların rosenberg benlik saygısı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İlaçların yan etkileri hakkında bilgisi olan hastaların benlik saygısının yüksek olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 4.5.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Puanları

Yaş	$\bar{X} \pm SS$	Test	p
18-24	6.71±1.64	F=0.236	0.871
25-34	7.06±2.10		
35-44	6.90±1.68		
44 ve üzeri	6.60±1.71		
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	6.71±1.87	t=-1.210	0.230
Kadın	7.26±1.62		
<b>Yaşanılan Yer</b>			
Şehir	7.16±1.74	F=1.130	0.271
İlçe	6.78±0.67		
Köy	6.18±2.21		
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	<b>6.40±1.88</b>	t=-2.107	<b>0.038*</b>
Bekar	7.24±1.69		
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	6.25±2.87	F=0.983	0.422
Ortaokul	6.85±1.91		
Lise	6.93±1.69		
Üniversite	8.20±1.63		
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	7.09±1.72	t=2.475	<b>0.016*</b>
Geniş Aile	<b>5.76±1.96</b>		
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	7.60±2.11	t=1.356	0.179
Çalışmıyor	6.77±1.76		
<b>Meslek</b>			
İşçi	6.20±2.58	F=0.841	0.512
Memur	7.66±1.15		
Ev Hanımı	7.09±1.86		
Serbest	8.00±1.22		
Diğer	6.60±1.71		
<b>Gelir Düzeyi</b>			
Asgari Ücret Altında	6.55±1.85	F=1.834	0.167
Asgari Ücret	7.37±1.14		
Asgari Ücret Üstünde	7.29±2.11		
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Kullanıyor	<b>6.52±1.95</b>	t=-2.064	<b>0.042*</b>
Kullanmıyor	7.35±1.51		
<b>Alkol Kullanımı</b>			
Kullanıyor	6.20±0.83	t=-0.857	0.394
Kullanmıyor	6.92±1.85		
<b>Fiziksel Hastalık</b>			
Var	6.48±1.98	t=-1.391	0.168
Yok	7.07±1.70		

**Tablo 4.5'in Devamı**

<b>Beden Kitle İndeksi Dağılımları</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
Normal	7.50±1.45	F=1.093	0.340
Kilolu	6.67±1.89		
Obez	6.86±1.84		
<b>Kilo Memnuniyeti</b>			
Memnunum	6.93±1.81	t=0.340	0.734
Memnun Değilim	6.79±1.86		
<b>Günlük Fiziksel Aktivite</b>			
Yapıyor	<b>7.62±1.27</b>	<b>t=2.496</b>	<b>0.015*</b>
Yapmıyor	6.55±1.92		
<b>Diyet Durumu</b>			
Yapıyor	6.64±1.69	t=-0.524	0.602
Yapmıyor	6.92±1.85		
<b>Son 6 Ayda Kilo Artışı</b>			
Evet	6.59±2.07	t=-1.791	0.077
Hayır	7.27±1.30		

Tablo 4.5'te hastaların tanıtıcı özelliklerine göre tıbbi tedaviye uyum puanları görülmektedir. Hastaların tanıtıcı özelliklerinden medeni durum, aile tipi, sigara kullanma, fiziksel aktivite yapma durumuna göre tıbbi tedaviye uyum ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Çekirdek ailede yaşayan ve fiziksel aktivite yapan hastaların tıbbi tedavi uyum puanlarının daha yüksek olduğu; evli ve sigara kullanan hastaların tıbbi tedavi uyum puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.6.** Hastaların İfadelerine Göre Antipsikotik İlaç Kullanım Özellikleri ve TTU Puanları

<b>Antipsikotik İlaç Kullanım Durumu</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
Düzenli	<b>7.20±1.44</b>	<b>t=3.012</b>	<b>0.012*</b>
Düzensiz	4.81±2.56		
<b>İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi</b>			
Var	<b>6.96±1.72</b>	<b>t=2.197</b>	<b>0.031*</b>
Yok	4.66±3.05		
<b>İlaç Kullanım Dozu Hakkında Bilgi</b>			
Var	<b>6.92±1.74</b>	<b>t=2.192</b>	<b>0.030*</b>
Yok	4.56±2.95		
<b>İlaç Kullanım Saatleri Hakkında Bilgi</b>			
Var	7.00±1.64	t=1.268	0.249
Yok	5.57±2.93		
<b>İlaç Kullanım Süresi Hakkında Bilgi</b>			
Var	6.61±2.02	t=-0.561	0.577
Yok	6.92±1.78		
<b>İlaçtan Beklenen Etki Hakkında Bilgisi</b>			
Biliyor	7.50±1.62	t=1.298	0.198
Bilmiyor	6.76±1.83		
<b>İlaç Hakkında Bilgi Veren</b>			
Doktor	6.91±1.73	F=1.555	0.218
Hemşire	8.33±0.57		
Diğer	6.00±2.16		
<b>İlaç Kullanırken Yardım İhtiyacı</b>			
Var	<b>5.88±2.02</b>	<b>t=-3.384</b>	<b>0.002*</b>
Yok	7.37±1.48		
<b>İlaç Kullanırken Yardım Veren Kişi</b>			
Eş	5.92±1.70	F=0.592	0.561
Çocuk	7.00±1.00		
Ebeveyn	5.54±2.54		
<b>İlaçların Yan Etkileri Hakkında Bilgisi</b>			
Var	<b>8.08±1.16</b>	<b>t=2.588</b>	<b>0.012*</b>
Yok	6.66±1.83		
<b>Poliklinik Kontrolüne Gitme</b>			
Düzenli	<b>7.22±1.46</b>	<b>t=5.742</b>	<b>0.000*</b>
Düzensiz	4.11±2.02		

Tablo 4.6'da hastaların antipsikotik ilaç kullanım özelliklerine göre tıbbi tedaviye uyum puanları görülmektedir. Hastaların antipsikotik ilaç kullanım özelliklerinden antipsikotik ilaç kullanım durumu, ilaç kullanımı hakkında bilgi, ilaç kullanım dozu hakkında bilgi, ilaç kullanırken yardım ihtiyacı, ilaçların yan etkileri hakkında bilgisi ve poliklinik kontrolüne gitme ile tıbbi tedaviye uyum puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). İlaçlarını düzenli kullanan, ilaç kullanım ve doz bilgisi olanlar, ilaç kullanırken yardım ihtiyacı olmayan, ilaçların yan etkileri hakkında bilgisi olan ve poliklinik kontrolüne düzenli giden hastaların tıbbi tedaviye uyum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.7.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Beden Kitle İndeksi Puanları

Yaş	$\bar{X}\pm SS$	Test	p
18-24	27.05±3.72	<b>F=3.630</b>	<b>0.017*</b>
25-34	27.42±3.78		
35-44	28.80±3.13		
44 ve üzeri	<b>31.44±5.10</b>		
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	28.06±3.97	t=-0.379	0.706
Kadın	28.44±4.11		
<b>Yaşanılan Yer</b>			
Şehir	28.12±4.96	F=0.821	0.487
İlçe	28.45±3.57		
Köy	29.24±3.68		
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	<b>29.59±3.79</b>	t=-2.944	<b>0.004*</b>
Bekar	27.06±3.82		
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	<b>30.28±4.15</b>	<b>F=4.493</b>	<b>0.003*</b>
Ortaokul	25.62±3.98		
Lise	27.34±3.06		
Üniversite	28.17±3.99		
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	27.88±3.88	t=-1.479	0.143
Geniş Aile	29.66±4.35		
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	26.06±3.16	t=-1.816	0.073
Çalışmıyor	28.47±4.02		
<b>Meslek</b>			
İşçi	26.78±1.14	F=0.772	0.553
Memur	26.47±1.68		
Ev Hanımı	29.59±4.67		
Serbest	27.24±5.37		
Diğer	26.81±4.30		
<b>Gelir Düzeyi</b>			
Asgari Ücret Altında	28.52±3.71	F=0.442	0.644
Asgari Ücret	27.73±4.68		
Asgari Ücret Üstünde	27.61±4.20		
<b>Sigara Kullanımı</b>			
Kullanıyor	27.54±3.92	t=-1.675	0.098
Kullanmıyor	29.03±3.97		
<b>Alkol Kullanımı</b>			
Kullanıyor	25.70±3.41	t=-1.439	0.154
Kullanmıyor	28.34±3.99		
<b>Fiziksel Hastalık</b>			
Var	<b>29.95±4.54</b>	t=2.985	<b>0.004*</b>
Yok	27.26±3.37		

**Tablo 4.7'nin Devamı**

<b>Kilo Memnuniyeti</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
Memnunum	26.90±3.58	<b>t=-3.553</b>	<b>0.001*</b>
Memnun Değilim	<b>29.89±3.91</b>		
<b>Günlük Fiziksel Aktivite</b>			
Yapıyor	28.84±3.62	t=0.984	0.328
Yapmıyor	27.88±4.13		
<b>Diyet Durumu</b>			
Yapıyor	26.95±4.90	t=-1.265	0.210
Yapmıyor	28.43±3.76		
<b>Son 6 Ayda Kilo Artışı</b>			
Evet	<b>29.71±3.84</b>	<b>t=4.595</b>	<b>0.000*</b>
Hayır	25.99±3.12		

Tablo 4.7'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre beden kitle indeksi dağılımları görülmektedir. Hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, medeni durum, eğitim, fiziksel hastalık, kilo memnuniyeti ve son 6 ayda kilo artışı yaşayan hastalarda beden kitle indeksi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). 44 yaş ve üzeri, ilkokul mezunu hastalarda beden kitle indeksi obez; evli, fiziksel hastalığı olan, kilo memnuniyeti olmayan ve son 6 ayda kilo artışı olan hastaların beden kitle indeksi fazla kilolu olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.8.** Hastaların İfadelerine Göre Antipsikotik İlaç Kullanım Özellikleri ve BKİ Puanları

<b>Antipsikotik İlaç Kullanım Durumu</b>	<b><math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>Test</b>	<b>p</b>
Düzenli	28.14±4.18	t=-0.160	0.873
Düzensiz	28.35±2.62		
<b>İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi</b>			
Var	28.13±4.06	t=-0.443	0.659
Yok	29.18±0.69		
<b>İlaç Kullanım Dozu Hakkında Bilgi</b>			
Var	28.13±4.06	t=-0.443	0.659
Yok	29.18±0.69		
<b>İlaç Kullanım Saatleri Hakkında Bilgi</b>			
Var	28.17±4.15	t=0.002	0.998
Yok	28.17±1.57		
<b>İlaç Kullanım Süresi Hakkında Bilgi</b>			
Var	28.61±4.45	t=0.431	0.668
Yok	28.09±3.92		
<b>İlaçtan Beklenen Etki Hakkında Bilgisi</b>			
Biliyor	29.43±3.39	t=1.188	0.239
Bilmiyor	27.95±4.07		
<b>İlaç Hakkında Bilgi Veren</b>			
Doktor	28.25±4.11	F=0.412	0.664
Hemşire	27.67±1.53		
Diğer	26.40±4.07		
<b>İlaç Kullanırken Yardım İhtiyacı</b>			
Var	29.13±4.07	t=1.552	0.125
Yok	27.68±3.89		
<b>İlaç Kullanırken Yardım Veren Kişi</b>			
Eş	29.51±3.95	F=0.725	0.495
Çocuk	31.14±5.39		
Ebeveyn	28.15±4.01		
<b>İlaçların Yan Etkileri Hakkında Bilgisi</b>			
Var	26.26±4.14	t=-1.824	0.072
Yok	28.51±3.90		
<b>Poliklinik Kontrolüne Gitme</b>			
Düzenli	28.10±4.10	t=-0.464	0.644
Düzensiz	28.76±3.03		

Tablo 4.8'de hastaların antipsikotik ilaç kullanım özelliklerine göre beden kitle indeksi puanları görülmektedir. Hastaların antipsikotik ilaç kullanım özellikleri açısından beden kitle indeksi puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Benlik Saygısı Tıbbi Tedaviye Uyum ve Bden Kitle İndeksi Puanı İlişkisi

Değişken	İstatistik	Yaş	Sigara Kullanım Süresi	Ruhsal Hastalık Süresi	Antipsikotik İlaç Tedavi Süresi	BKİ	rosenberg	ttu
Yaş	r	1.000	<b>0.836</b>	<b>0.819</b>	<b>0.548</b>	0.254	0.074	-0.020
	p		<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.012</b>	0.256	0.431
Sigara Kullanım Süresi	r		1.000	<b>0.740</b>	0.453	0.364	-0.016	0.028
	p			<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.006</b>	0.458	0.428
Ruhsal Hastalık Süresi	r			1.000	<b>0.673</b>	0.248	0.087	0.067
	p				<b>&lt;0.001</b>	<b>0.013</b>	0.221	0.278
Antipsikotik İlaç Tedavi Süresi	r				1.000	0.339	0.008	0.080
	p					<b>0.001</b>	<b>0.472</b>	0.239
BKİ	r					1.000	0.245	-0.018
	p						<b>0.014</b>	0.439
rosenberg	r						1.000	<b>-0.458</b>
	p							<b>&lt;0.001</b>
ttu	r							1.000
	p							

Tablo 4.9’da hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile benlik saygısı tıbbi tedaviye uyum ve beden kitle indeksi puanı arasındaki ilişki görülmektedir. Hastaların yaşı ile; sigara kullanım süresi ( $r=0.836$ ,  $p<0.001$ ), ruhsal hastalık süresi ( $r=0.819$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki; antipsikotik ilaç tedavi süresi ( $r=0.548$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki, BKİ ( $r=0.254$ ,  $p=0.012$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir.

Hastaların sigara kullanım süresi ile; ruhsal hastalık süresi ( $r=0.740$ ) ile arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki; antipsikotik ilaç tedavi süresi ( $r=0.453$ ,  $p=0.001$ ) arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki; BKİ ( $r=0.364$ ,  $p=0.006$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir.

Hastaların ruhsal hastalık süresi ile; antipsikotik ilaç tedavi süresi ( $r=0.673$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki; BKİ ( $r=0.248$ ,  $p=0.013$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Antipsikotik ilaç tedavi süresi değişkeni incelendiğinde BKİ ( $r=0.339$ ) ile arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı ile; BKİ ( $r=0.245$ ,  $p=0.014$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, Tıbbi Tedaviye Uyum ölçeği puanı ( $r=-0.458$ ,  $p<0.001$ ) arasında negatif yönlü ve orta dereceli bir ilişki olduğu belirlenmiştir.



## 5.TARTIŞMA

Şizofreni tanısı almış 80 hasta ile yapılan bu çalışmada benlik saygısı, obezite ve ilaç uyumu değerlendirilmiştir.

Hastaların dörtte üçünün 18-44 yaş aralığında olduğu (%87.5), üçte ikisinin erkek ( %71.3), üçte ikisinin şehirde yaşadığı (%67.5), yarısından fazlasının bekar (%56.2), yarısından fazlasının ilk ve ortaöğretim mezunu olduğu (%55), beşte dördünün çekirdek ailede yaşadığı (%83.8), dörtte üçünün herhangi bir işte çalışmadığı (%75), beşte dördünün gelir düzeyini asgari ücret yada altında olduğu (%78.8) belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bayrağın (2013) ülkemizde yaptığı çalışmada genç ve orta yetişkin hasta oranı %77.1, Yılmaz ve Buzlu'nun (2012) çalışmasında da 20-40 yaş aralığındaki hasta oranı %79.6'dır. Araştırma bulgularından yaş aralığı literatürle benzerlik göstermektedir. Bayrağın (2013) çalışmasında cinsiyetin %61.4 ile çoğunlukla erkek olduğu , Döngel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında bu oran %59.2, Uludağ ve Güleç'in (2016) çalışmasında %67, Wang ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında %60.9, Andrade ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %51.9'dur. Araştırma bulgularından erkek hasta oranının literatürden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve Buzlu'nun (2012) çalışmasında bekar hasta oranı %77.8, Döngel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %73.2, Uludağ ve Güleç'in (2016) çalışmasında %55, Andrade ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %56.6 olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulgularından bekar olma durumu literatürde farklılık göstermekle birlikte çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Döngel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hastaların %52.2'sinin, Bayrağın (2013) çalışmasında %64.3'sinin eğitim durumlarının ilköğretim yada eğitimsiz olduğu belirtilmiş ve eğitim durumunun çalışmamızla benzer oranlarda olduğu belirlenmiştir. Döngel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hastaların %81.6'sının, Andrade ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %89'unun çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Döngel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında şehirde yaşayan hastaların oranı %72.8 olduğu saptanmıştır ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Döngel ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında çalışmayan hasta oranı %81, Yılmaz ve Buzlu'nun (2012) çalışmasında %70.1 olduğu saptanmıştır ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yılmaz ve Buzlu'nun (2012) çalışmasında hastaların %83.8'inin gelir düzeyinin orta ve düşük olduğu saptanmış ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada şizofren hastaların %57.5'inin sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Literatürde de benzer bulgular görülmekle birlikte Chou ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada şizofreni tanılı bireylerde %50-90 arasında sigara içme oranları bildirilmekte, Türkiye'de ise çok merkezli yapılan bir çalışmada %54.2 (Üneri ve ark., 2006), bir diğer çalışmada %69.9 (Ekinci ve Ekinci, 2012), başka bir çalışmada ise %52 olduğu bulunmuştur (Uludağ ve Güleç, 2016). Şizofren hastalarda sigara kullanım oranlarının yüksek olmasının nedenleri arasında, hastalığın kendisinin hastayı sigara içmeye teşvik etmesi, bilişsel düzelme sağlaması, genetik ve çevresel etmenlerin etkili olabileceği belirtilmektedir (Karşıdağ ve ark., 2005).

Çalışmada şizofren hastaların %33.8'inin fiziksel hastalığa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Birleşik Krallıklarda 9677 şizofren hastası ile yapılan fiziksel sağlık araştırmasında en az bir fiziksel hastalık görülme oranı %24.4 olmakla birlikte en sık sırasıyla hipertansiyon, diabetes mellitus, astım ve koroner arter hastalıklarının olduğu belirtilmektedir (Smith et al., 2015). Döngel ve arkadaşlarının (2018) 537 hasta ile yaptığı şizofreni hastaların fiziksel hastalık eş tanı değerlendirmesindeki çalışmada, hastaların %32.7'sinde genel tıbbi durumu ilgilendiren bir fiziksel hastalığı olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde 45 hasta ile retrospektif olarak yapılan şizofreni hastalarının fiziksel ek tanı ve mortalite çalışmasında %37.8'inde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, %33.3'inde hipertansiyon, %17.8 'inde inme, %17.8 'inde koroner arter hastalığı, %8.9 diyabet tanısının mevcut olduğu ve mortalite sebeplerinin de bu hastalıklar olduğu tespit edilmiştir (İpekçioğlu ve Kendirlioğlu, 2019). Çalışmada hastalarda fiziksel hastalık tanıları görülme sıklığına göre tip 2 diyabetes mellitus, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hiperlipidemi sıralanmıştır. Araştırma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların BKİ' lerinin değerlendirilmesinde %17.5'inin normal kiloda olduğu, %52.5'inin fazla kilolu olduğu, %30'unun ise obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Boozalis ve arkadaşlarının (2018) 106 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada hastaların %46.5'inin normal kiloda, %53.5'inin ise obez ve fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Li ve arkadaşlarının (2016) Çin'de 206 hasta ile yaptığı çalışmada ise şizofreni hastalarının % 32.5'inin fazla kilolu, %20.87'sinin obez olduğu tespit edilmiştir. Oh ve arkadaşlarının (2017) Güney Kore'de 167 hasta ile yaptığı çalışmada %48.54'inin normal kiloda olduğu, %34.21'inin fazla kilolu, %17.4'ünün obez olduğu

belirlenmiştir. Döngel ve arkadaşlarının ülkemizde (2018) 537 hasta ile yaptığı çalışmada ise obezite oranı %31.7 olarak bulunmuştur.

Şizofren hastalarda kilo artışı normal bireylerde olduğu gibi belli bir süreç almakta; erken dönemde alınabilecek önlemlerden hastalık başlangıç kilosunun belirlenip düzenli kilo takibinin yapılarak kayıt altına alınması, açlık kan şekeri takibi, bel çevresi ölçümü gibi uygulamalarla gelecekteki kardiyovasküler morbidite ve mortalite, tip 2 diyabetes mellitus açısından yüksek riskli hastaları saptamak için basit ve etkin bir yöntem gibi gözükmektedir. (Edward et al., 2010; Mamakou et al., 2018; Lomholt et al., 2019) Bu sonuçlar çalışmamızla benzer bulgular göstermekle birlikte fazla kilolu ve obez hasta oranı literatürden daha fazla bulunmuştur. Bu durumun ise hastaların gelir düzeylerinin beşte dördünde asgari ücret ve altında olması nedeniyle gelir düzeyi düşüklüğüne bağlı sağlıklı gıdaya ulaşmada yetersizlikler, ülkeler arasındaki beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklar, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgi eksiklikleri ve fiziksel aktivite düzeyi yetersizlikleri ile ilgili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada hastaların %70'inin herhangi bir fiziksel aktivite yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1). Oh ve arkadaşlarının (2017) Güney Kore'de 167 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %34.1'inin fiziksel aktivite yapmadığı belirtilmiştir ve çalışmamıza göre hastaların daha fazla fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastalara kilo memnuniyeti sorulduğunda %57.5 ile kilolarından memnun olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1). Fiziksel aktivite holistik yaklaşımın bir parçası olmakla birlikte hastalık semptomlarının azaltılmasında, tedaviye katılmada ve iyileşme sürecinde kilit bir bileşen olarak kabul edilmiştir (Rosenbaum et al., 2014). Fiziksel aktivitenin yararları bilinmesine rağmen ruhsal hastalığa sahip bireylerde fiziksel aktivite ihmal edilmiş bir alan gibi görünmektedir (Rosenbaum et al., 2014). Fiziksel aktivite ve egzersizler doğru amaçla kullanıldığında her durumda kronik ruhsal hastalığa sahip bireyler için ideal bir uygulamadır. Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz, esenlik, fiziksel sağlık, yaşamdan tatmin olmak ve kavramsal işlevlerin iyileşmesi ile paralellik göstermektedir (Mammen ve Faulkner 2013).

Hastalıkla birlikte antipsikotik ilaç kullanmaya başlayan hastalar hızla kilo almaktadırlar. Bireylerde fiziksel aktivitenin yaşam biçimi haline gelmesi hastalıkların olumsuz etkilerinden korunmada önemlidir. Kronik psikiyatri hastalarına profesyonel kişilerce planlı uygulatılan fiziksel egzersiz programlarının hastalara hem kilo

verdiği hem de BKİ'lerini düşürdüğü bildirilmiştir (Dodd et al., 2011). Şizofreni hastalarında fiziksel aktivite, antipsikotik ilaçların yan etkilerinden birisi olan ve beden imajını olumsuz etkileyen kilo alımını da azaltarak, kilo kontrolü sağlamakta (Rogers ve Pilgrim, 2014), aynı zamanda hem pozitif semptomların hem de bilişsel semptomların iyileşmesine katkı sağlamaktadır (Vancampfort et al., 2015). Sağlık profesyonelleri hem ruhsal hem de fiziksel sağlık sonuçlarını iyileştirmek için hastaları fiziksel aktivite müdahalelerine yönlendirmelidir (Rosenbaum et al., 2014). Ayrıca çalışmamızda hastaların %58.8'inin son altı ayda kilo aldıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.1). Şizofreni tanılı ergenlerde antipsikotiklerin yan etkilerinin 6 aylık prospektif olarak incelendiği bir çalışmada hastaların ilk 3 ayda 5 kg aldıkları belirlenmiştir (Ulloa et al., 2019).

Çalışmada hastaların tamamının atipik antipsikotik ilaç kullandığı ve %86.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 4.2). Çetin ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastaların %71.9'unun ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirlemişlerdir. Döngel ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %94'ünün atipik antipsikotik ilaç kullandığı, Cortesi ve arkadaşlarının (2013) İtalya'da yaptığı çalışmada ise atipik antipsikotik ilaç kullanım oranı %84, DiBonaventura ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise %71.7 olarak çalışmamıza benzer şekilde bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda %96.2'sinin ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığı, %96.2'sinin ilaçlarının dozu hakkında bilgi aldığı, %91.2'sinin ilaç kullanım saatleri ile ilgili bilgi aldığı, %83.8'inin ilaçları ne kadar süre kullanması gerektiği ile ilgili bilgisinin olmadığı, %85'inin ilaçlardan beklenen etki konusunda bilgisinin olmadığı, %91'ine ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerin doktorlar tarafından anlatıldığı, %33.8'inin ilaç kullanırken yardım aldığı, %85'inin ilaç yan etkileri ilgili bilgi almadığı, %88.8'inin poliklinik kontrollerine düzenli gittiği belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Hastalara psikiyatri polikliniğinde ilaç kullanma bilgisi çoğunlukla doktorlar tarafından verilmesinin bir nedeni poliklinikte hemşirelik hizmeti verilememesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Döngel ve arkadaşlarının ülkemizde (2018) 537 hasta ile yaptığı çalışmada ise %74,3 ile hastaların düzenli kontrollere gittiği, %25.7'sinin poliklinik kontrollerine düzenli gelmediği saptanmıştır. Bilgi sunumunun önemine rağmen, literatürde bu ihtiyacın klinik hizmetlerde ne ölçüde karşılandığı ile ilgili araştırmalar yetersizdir (Andrade et al., 2018). Andrade ve arkadaşlarını (2018) 558

şizofreni hastası ile Brezilyada yaptığı çalışmada hastaların %90.3'ünün ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığı, %69.1 ile ilaç kullanırken aileden yardım aldığını belirlemişlerdir. Giacco ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da ayaktan takibi yapılan hastaların yaklaşık üçte ikisinin aldıkları tedavi ile ilgili etki ve risklerinin neler olduğu ile ilgili bilgi almak istediklerini belirtilmiştir. Ağır ve kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar ve ailelerine tedavi hakkında yetersiz bilgi verilmesi tedaviyi bırakmada kolaylaştırıcı bir etken gibi gözükmektedir. Buna göre hastalara ve ailelerine, hem hastalığın doğası gereği kronik seyirli olacağı, ilaçların uzun süre kullanılması gerektiği hatta ömür boyu ilaç kullanımı gerekliliği ve tedaviye uymaları konusunda yeterli eğitim bakım ekibi tarafından verilmelidir (Zarea et al., 2016).Yapılan bazı araştırmalarda hasta ve ailelerinin tedavinin belirli yan etkileri, beklenen etkisi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları yönünden paralellik göstermektedir. Bu nedenle, hasta ve ailelerine verilecek psikiyatrik eğitimin niteliği ve kapsamı tedaviye uyumun sağlanmasında önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Zarea et al., 2016).

Xu ve arkadaşlarının (2013) Çin'de yaptığı çalışmada şizofrenili hastaların benlik saygısının yüksek olduğu, Switaj ve arkadaşlarının (2015) Polonya da yaptığı çalışmada ve Lysaker ve arkadaşlarının (2009) Amerika da yaptığı çalışmada benzerlik göstererek hastaların benlik saygıları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki benlik saygısı değerlendirilmesi puanları 0- 4.92 olmakla birlikte ortalama  $1.77 \pm 1.11$  ile literatürle benzerlik göstererek hastaların rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları düşük bulunmuştur. Tatlı ve arkadaşlarının (2016) yılında 70 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada işitsel varsanıları ile ilgili olumlu inanışları olan hastalarda %87.5 ile benlik saygılarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Çalışmamızda tedaviye uyum ölçeği puanları 2-10 arasında değişmekle birlikte ortalama  $6,87 \pm 1,81$  ile hastaların tedaviye uyumlarının zayıf olduğu saptanmıştır. Lacro ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında şizofreni hastalarında ilaç uyumsuzluğunun % 40 ila % 50 oranlarında olduğunu bildirmiştir. Jonsdottir ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında tedaviye kısmı ve tam uyumsuzluk oranı %44 şeklinde belirtilmiştir. Ethica ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise tedaviye uyumsuzluk oranı %73.1 olduğu belirtilmiştir. Antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk relaplara, sık hastane yatışlarına ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Zhou et al., 2017). Yaşam kalitesi ve hastalık semptomlarındaki iyileşme, ilaç tedavisine uyum sürecinin önemli bir bileşenidir (Garcia et al., 2016). Hastalar ilaç yan etkileri ya da damgalamaya maruz

kaldıkları için ilaç kullanımını bırakmaktadırlar. Psikiyatri hemşireleri, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasına yönelik girişimlerle iyileşmenin başlatılmasında ve devam ettirilmesinde önemli role sahiptirler. Psikiyatri hemşiresi, ilaç tedavisindeki uyumsuzluğun kişinin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin farkında olmalı ve tedavinin devamlılığını sağlamalıdır (Çam ve Yalçiner, 2018).

Çalışmamızda beden kitle indeksi düzeyi 18.52-38.71 kg/m<sup>2</sup> arasında değiştiği ortalama 28.17±3.99 kg/m<sup>2</sup> olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında şişmanlık prevalansının yüksek olması bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (Subramaniam et al., 2014). Kilo alımı yalnızca obezite ile ilişkili metabolik ve kalp hastalıklarına yol açmakla kalmaz, aynı zamanda sağlığın korunmasına yönelik fiziksel aktivitelerden yürüyüş kadar kolay uygulanabilir bir aktiviteyi kısıtlayabilir, benlik saygısında azalmaya yol açabilir (Vancampfort et al., 2011). Şizofreni hastalarında kilonun sağlıklı seviyelere düşürülmesine yönelik müdahaleler hem fiziksel sağlığı hem de yaşam kalitesini iyileştirecektir (Subramaniam et al., 2014). Eğitim, düşük yağlı diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri obez hastalarda kilo kaybı için uygulanan en önemli yöntemlerdir (Sönmez ve Kaya, 2011).

Çalışmada geniş ailede yaşayan ve herhangi bir fiziksel hastalığı olan bireylerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Antipsikotik ilaçlarla ilişkili en önemli fiziksel hastalıklar diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom olmakla birlikte bunlar dışında diğer fiziksel sağlık sorunlardan sedasyon, hipotansiyon, ekstrapiramidal semptomlar ve antikolinergik etkiler bulunmaktadır. Hastalık seyri boyunca hastaların düzenli metabolik ölçütlerinin yapılması yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Tüm bu fiziksel sağlık ölçütleri bir rutin haline getirilerek şizofreni hastalarında fiziksel sağlığı izleme ve yönetim planıyla gerekli hedefler gerçekleştirilebilir. Böylece hasta memnuniyeti sağlanarak tedaviden en iyi sonucu alma, tedaviye uyum ve benlik saygısı üzerine başarılı sonuçlar elde edilebilir (Heald, 2010). Çalışmamızda son 6 ayda kilo aldığını belirten hastaların benlik saygısının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Çalışmada ilaç yan etkileri ile ilgili bilgi aldığını ifade eden hastaların benlik saygısının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Düşük benlik saygısı, depresyon, yeme bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi ruhsal bozukluk riskini arttırabilmektedir. Psikotik bozukluklarda, düşük benlik saygısı hem delüzyon gelişmesine hem de psikotik

semptomların sürekliliğine neden olmaktadır. Ayrıca, ilaç kaynaklı kilo alımından kadınların benlik saygısı erkeklerden daha fazla etkilenebilir (Romm et al., 2011).

Çalışmada evli ve geniş ailede yaşayan hastaların tıbbi tedaviye uyum ölçeği puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Demirkol ve arkadaşlarının (2015) psikiyatri hastalarının tedaviye uyumuna yönelik retrospektif çalışmasında evli ve bekar hastaların ilaç uyumsuzluğu oranlarının birbirine yakın olduğu ve anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir. Sistemik bir derlemede şizofren hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluk ile intihar etme eğilimleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Eticha et al., 2015). Antipsikotik tedavisine uyumsuzluk, psikotik semptomların alevlenmesine, saldırganlık davranışlarında artışa, tedaviye direnç, kronik psikotik semptomlara ve daha kötü prognoz gelişmesine neden olabilir. Tedaviye uyumsuzluğu olan hastaların şiddet eğilimi daha fazla görülebilmektedir. Bu da acil servise daha fazla başvuru, yeniden hastaneye yatış, klinisyen müdahalesine daha fazla ihtiyaç duyulması ve maliyet artışı anlamına gelmektedir (Eticha et al., 2015). Fung ve Tsang (2008) çalışmasında başkalarıyla birlikte yaşamının hastaların tedaviye uyumlarını azalttığını belirlemişlerdir. Bu durum geniş ailede yaşayan hastaların aile üyelerince tedavisinin primer olarak takip edilmemesinden kaynaklanabilir.

Çalışmada sigara kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre tıbbi tedaviye uyum ölçeği puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Sigara kullanımına bağlı ortaya çıkabilen pulmoner ve kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan mortalite oranı şizofreni hastalarında, ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubuna göre 2 ila 6 kat daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının, uzun süre sigara kullanım öyküsü ve yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olmasına rağmen sigarayı bırakma müdahalelerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (Evins, 2008). Bu çalışmada göz önüne alındığında psikiyatri hemşireleri hastaları motive ederek uygun danışmanlık hizmeti ile sigara bırakma konusunda gerekli girişimlerde bulunabilirler. Ethica ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde sigara kullanımı ve tedaviye uyum arasında istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, sigara kullanan hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranı %33.7 şeklinde belirtilmiştir.

Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yaptığını ifade eden hastaların tıbbi tedaviye uyum ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Fiziksel sağlığın korunması ve sürdürülmesi için ruhsal hastalığı olan bireylerde genel nüfus ile aynı fiziksel sağlık gereksinimlerine sahiptir. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin genel

nüfusa göre hareketsiz bir yaşam sürdüğü bilinmekte ve kronik tıbbi hastalıklar için hareketsiz bir yaşam yüksek risk taşımaktadır. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler arasında kronik tıbbi hastalıktaki artışın büyük kısmı, bu popülasyondaki obezite prevalansındaki artışa bağlanabilir ve fiziksel hareketsizlik artmış bu prevalansa olumsuz bir şekilde katkıda bulunabilir. Şizofreni tedavisinde fiziksel aktivite yaşam kalitesini artırmasının yanında (Gorczyński ve Faulkner, 2011), ayrıca Faulkner 2005 yılındaki çalışmasında egzersizin; depresyon, düşük benlik saygısı ve sosyal geri çekilme gibi ikincil şizofreni belirtilerini azaltabileceğini belirlemiştir.

Çalışmada ilaçlarını düzenli kullandığını ifade eden hastaların tedavi uyumları yüksek, düzensiz kullandığını belirten hastalarda ise tedavi uyumları beklenildiği gibi zayıf olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Hudson ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında hastaların yaklaşık % 35'inin ilaç uyumuna engel olan durumu advers ilaç reaksiyonları olduğunu bildirmişlerdir. Loffler ve arkadaşları (2003) tedavi uyumsuzluğunun %50'sinin yan etkiler yaşanmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Velligan ve arkadaşları (2009) çalışmasında ilaç uyumsuzluğunun nedenini kalıcı yan etkilere bağlı olduğunu özellikle kadınlarda kilo artışı ve aşırı sedasyon nedeniyle tedaviyi bıraktıklarını belirtmişlerdir.

İlaç kullanımı, ilaç dozları ve yan etkiler hakkında bilgisi olduğunu ifade eden hastaların tıbbi tedaviye uyum puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Seo ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hastalara verilen ilaç eğitiminin olumlu yönde etkileri saptanmıştır. İlaç eğitiminde etki ve yan etki hakkındaki tekrarlı eğitimlerin hastalarda nöksleri önleyerek tedaviye uyumlarını artırdığı belirlenmiştir (Seo et al.,2005). Şizofreni hastalarına ilaç yan etkilerini de kapsayan ilaç eğitimleri vermek tedaviye uyum açısından önemli olmakla birlikte (DiBonaventura et al., 2012), aileler, arkadaşlar ve sağlık profesyonelleri desteği olduğunda bile hastaların ilaç bilgisi olmadığında, psikiyatrik semptomlar daha ciddi şekilde ortaya çıkmakta ve ilaç uyumsuzluğuna neden olmaktadır (Romm et al., 2011).

Çalışmada ilaç kullanırken yardım alma ihtiyacı olduğunu ifade eden hastaların tedaviye uyumlarının zayıf olduğu yardım ihtiyacı olmayan hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Ailenin ve sosyal çevrenin ilaç tedavisine uyum üzerindeki etkisi oldukça önemlidir. İlaç tedavisine uyum problemlerinin nedenleri arasında yetersiz destek ve yalnız yaşama yer almaktadır. Bunun yanı sıra ailenin tedaviyi reddetmesi tedaviyi uyumu etkileyen bir diğer unsur



olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi sürecine aileyi de dahil ederek, hastaların iç görülerini geliştirmek ve aile içinde sağlıklı bir ilişki kurmalarını sağlamak tedavi uyumu açısından gerekli ve önemlidir (Uslu ve Buldukoğlu, 2018).

Çalışmada poliklinik kontrolüne düzenli geldiğini ifade eden hastaların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Randevularına gelmeyen şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyi azalmakta, sağlık durumları kötüye gitmekte ve (Coodin et al., 2004), istenmeyen sonuçlarına rağmen ruh sağlığı tedavisi gören hastaların yaklaşık %20'si randevularına gelmemektedir ve oran diğer hastalıkların yaklaşık iki katıdır (Coodin et al., 2004; Mitchell and Selmes, 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada taburculuk sonrası randevularına gelmeyen psikotik hasta grubu ile görüşülmüş ve bu hastaların tedaviye uyumsuz olduğu (Ünal, Çakıl ve Elya, 2006) çalışmamızla da poliklinik kontrolüne düzensiz gelen hastaların tedaviye uyumlarının zayıf olduğu belirlenmiştir. Balıkçı ve arkadaşlarının (2013) yılında yaptığı şizofreni hastaları ile retrospektif çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların %44.7'sinin kontrol randevularına düzenli gelmediği ve bunun en önemli gerekçesini tedaviye uyum problemlerinin oluşturduğu bulunmuştur. Poliklinik kontrollerine düzenli gelmeme hem tedavi uyumunu azaltmakta hem de tedaviye uyum problemi yaşandığı için poliklinik kontrollerinin aksatılmasına neden olmaktadır.

Çalışmada yaş artışıyla birlikte kilo artışının paralellik gösterdiği (Tablo4.7), bu durumda yaş ile birlikte metabolizma hızının yavaşlaması, fiziksel aktivite yetersizliği ve hastalık başlangıç yaşının erken olması nedeniyle uzun süre antipsikotik tedavi kullanımından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda evli bireylerin BKİ'lerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Zhang ve arkadaşlarının (2016) yılında yaptığı çalışmada evli bireylerin BKİ düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ve çalışmamızla paralellik göstermektedir. Genellikle evlenmemiş insanlar evli bireylere göre uygun eş arayışları nedeniyle kilo yönetimi ve görünüm konusunda daha dikkatli davranabilmektedir (Bai et al., 2009; Lan & Chen, 2012; Liu et al., 2010). Bekar hastaların BKİ düzeylerinin daha düşük olmasının bir nedeni olarak düşünülebilir.

Çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların BKİ düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Subramaniam ve arkadaşları (2014) şizofreni hastalarında obezite ile benzer bir ilişki olduğunu, düşük eğitim düzeyi olanların obezite riskinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Düşük eğitim düzeyi obezite ile ilişkilendirilebilir. Yüksek eğitim seviyesi, kilo ve kilo kontrolü ile oluşabilecek sağlık

sorunlarına ilişkin daha fazla farkındalık ve bilgi anlamına gelebilmektedir. Yüksek eğitim seviyesi aynı zamanda yüksek sosyoekonomik duruma sahip olmaya, sağlıklı gıda ve egzersiz yapma araçlarına daha fazla erişim olanağına, daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeyi sağlayabilir (Subramaniam et al., 2014). Ayrıca çalışmamızda fiziksel hastalığı olan, kilo memnuniyeti olmayan ve son 6 ayda kilo artışı olan hastaların BKİ düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7).

Rosenberg benlik saygısı ölçeği ile tıbbi tedaviye uyum ölçeği arasında negatif yönlü ve orta dereceli bir korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Bu sonuca göre şizofreni hastalarının benlik saygısı puanlarının artması tıbbi tedaviye uyum puanlarında azalmaya neden olabileceği belirlenmiştir. Gandhi ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında tedaviye uyum ve benlik saygısı arasında zayıf pozitif yönlü bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Antipsikotik ilaç tedavisine uymama, şizofreni tedavisinde sık görülen bir sorunlardan biridir. Tedaviye uyumsuzluk hastalarda nüks riskinin artmasının yanısıra tedavi maliyetlerini de artırmaktadır. Tedaviye uyumsuzluğun pek çok sebebi olmakla birlikte hastalar arasında değişkenlik göstermektedir. Psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan stratejilerle, tedaviye uyum oranları artırılabilir ve tedaviye uyumsuzluğun tespiti kolaylaştırılabilir. Bunlar arasında, hastaya yönelik bireysel müdahale hedefleri oluşturulmalı, yargılayıcı olmayan uygun iletişim, ilaçla ilgili karar alma ve tedaviye aileyi dahil etme etkin müdahalelerdendir. Tedaviye uyumun artırılması, hasta ile çalışan tüm sağlık profesyonellerinin katılımını gerektiren devam eden dinamik bir süreçtir (Haddad et al., 2014).

Psikiyatrik bakımın standart haline gelebilmesi amacıyla psikiyatri hemşireleri bakım rutinleri oluşturarak fiziksel sağlık değerlendirmesini psikiyatrik bakıma ekleyebilirler. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, fiziksel sağlık değerlendirme aracı kullanımı ile psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını iyileştirip iyileştirmediğini belirlemek amacıyla fiziksel sağlık kontrol aracı geliştirilmiştir. İlk olarak hastaların kullandıkları ilaçlar, bilinen hastalıkları, egzersiz, diyet ve sigara alışkanlıkları gibi yaşam tarzı davranışları hakkında veri toplanıp, ardından mevcut fiziksel sağlık durumuna bakılarak, fiziksel sağlık sorunları tespit edilmiştir. Son olarak değerlendirme yapılarak ruh sağlığı profesyonelleri arasında kabul edilen bir eylem planı oluşturulmuştur. Yapılan bu 12 aylık çalışmanın sonucunda sistolik ve diyastolik kan basıncı, beden kitle indeksinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (Gartshore, 2009). İlk kez antipsikotik ilaç başlanan tüm hastalarda kilo takibi yapılmalıdır.

Hastalarda ağırlık ölçümü başlangıçta, sonrasında kontrolün ilk 6. haftasında, sonra 12 haftada ve ardından yıllık kilo takibi yapılmalıdır. Tedavinin başlangıcında erken kilo alımı, ciddi kilo artışı yaşanmasına öngörü sağladığından gerekli müdahaleler için önemlidir. Başlangıçta bel çevresi ölçümü ve ardından yıllık ölçümlerin sürdürülmesi; kan basıncı ölçümü, açlık kan şekeri takibinin haftalık olarak yapılması ve kaydedilmesi önerilmektedir (Lally ve MacCabe, 2015).

Son olarak psikiyatri hemşireleri sosyal, biyolojik ve ruhsal alanlarda bütüncül olarak bakım sağlama hizmetini sürdürmektedir. Hemşirelik günlük bakımında antipsikotik ilaç kullanan hastalarda veri toplama, planlama, müdahale ve değerlendirme gibi uygulamalarla kilo alımı, obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet ile ilgili erken dönemde alınabilecek önlemler yer almalıdır. Rutin izleme programları; kan basıncı, BKİ ve bel çevresi ölçümü, kan şekeri ve plazma lipit düzeyleri yılda en az bir kez takip edilmelidir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve sigara bırakma konusunda hemşirelik hizmetlerinin önemli bir parçası olan sürekli bireysel hasta eğitimleri sürdürülmelidir (Edward et al., 2010).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Şizofren hastalarda benlik saygısı obezite ve ilaç uyumunun belirlendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hastaların %71.3'ünün erkek, %67.5'inin şehirde yaşadığı, %56.2'sinin bekar, %40'ının ilkokul mezunu, %83.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %75'inin çalışmadığı, %78.8'inin asgari ücret ve altında gelir düzeyinin olduğu, %57.5'inin sigara kullandığı, %6.3'ünün alkol kullandığı, %33.8'inin fiziksel hastalığı, %82.5'inin fazla kilolu ya da obez olduğu, %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı, %82.5'inin diyet yapmadığı, %58.8'inin son 6 ayda kilo aldığı (Tablo 4.1),
- Hastaların %86.2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %96.2'sinin ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığı, %88.8'inin poliklinik kontrollerine düzenli gittiği, %91'sinin ilaç kullanımını ile ilgili doktordan bilgi aldığı (Tablo 4.2),
- Geniş ailede yaşayan, fiziksel hastalığı olan, son 6 ayda kilo aldığını belirten hastaların Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu (Tablo 4.3),
- İlaçların yan etkileri hakkında bilgisi olan hastaların Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanlarının düşük olduğu (Tablo 4.4),
- Kadın, çekirdek ailede yaşayan, 25-34 yaş grubunda, fiziksel aktivite yapan hastaların tıbbi tedavi uyum ölçeği puanlarının daha yüksek, evli ve sigara kullanan hastaların tıbbi tedavi uyum puanlarının daha düşük olduğu (Tablo 4.5),
- İlaçlarını düzenli kullanan, ilaç kullanım ve doz bilgisi olanlar, ilaç kullanırken yardım ihtiyacı olmayan, ilaçların yan etkileri hakkında bilgisi olan ve poliklinik kontrolüne düzenli giden hastaların tıbbi tedaviye uyum ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu (Tablo 4.6),
- 44 yaş ve üzeri, ilkokul mezunu hastalarda beden kitle indeksi obez; evli, fiziksel hastalığı olan, kilo memnuniyeti olmayan ve son 6 ayda kilo artışı olan hastaların beden kitle indeksinin daha fazla kilolu olduğu (Tablo 4.7),
- Hastaların antipsikotik ilaç kullanım özellikleri ile beden kitle indeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.8),

- Hastaların yaşı ile; sigara kullanım süresi ( $r=0.836$ ,  $p<0.001$ ), ruhsal hastalık süresi ( $r=0.819$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki, antipsikotik ilaç tedavi süresi ( $r=0.548$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki, BKİ ( $r=0.254$ ,  $p=0.012$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (Tablo 4.9),
- Hastaların sigara kullanım süresi ile; ruhsal hastalık süresi ( $r=0.740$ ) arasında pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki; antipsikotik ilaç tedavi süresi ( $r=0.453$ ,  $p=0.001$ ) arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki, BKİ ( $r=0.364$ ,  $p=0.006$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (Tablo 4.9),
- Hastaların ruhsal hastalık süresi ile; antipsikotik ilaç tedavi süresi ( $r=0.673$ ,  $p<0.001$ ) arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki, BKİ ( $r=0.248$ ,  $p=0.013$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Antipsikotik ilaç tedavi süresi ile BKİ ( $r=0.339$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu (Tablo 4.9),
- Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı ile BKİ ( $r=0.245$ ,  $p=0.014$ ) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, Tıbbi Tedaviye Uyum ölçeği puanı ( $r=-0.458$ ,  $p<0.001$ ) arasında negatif yönlü ve orta dereceli bir ilişki olduğu (Tablo 4.9) belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar kapsamında:

- Psikiyatri polikliniklerinde hastaların tedaviye uyumunu destekleyecek ve danışmanlık yapacak bir psikiyatri hemşiresinin görevlendirilmesi,
- Antipsikotik tedavisi alan hastaların bakımında egzersize yönelik eğitim ve uygulamalara yer verilmesi,
- Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastaların tedaviye uyumu ve fiziksel aktiviteyi sürdürmesinin desteklenmesi,
- Farklı psikiyatri tanıları hastalarda benlik saygısı obezite ve ilaç uyumuna yönelik çok merkezli araştırmalar yapılması,
- Hasta aileleri üyeleri ile iş birliği yapılarak hastaların fiziksel aktivitelerinin desteklenmesi ve obezitenin önlenmesine yönelik eğitim ve danışmanlık sağlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Acosta, F.J., Hernandez, J.L., Pereira, J., Herrera, J., Rodriguez, C.J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World J. Psychiatry*, 2 (5), 74-82.
- Allison, D.B., Newcomer, J.W., Dunn, A. L., Blumenthal, J.A., Fabricatore, A.N., Daumit, G.L.et.all. (2009). Obesity Among Those with Mental Disorders A National Institute of Mental Health Meeting Report. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(4):341–350.
- Andrade, M.C.R, Slade, M., Bandeira, M., Evans-Lacko, S., Martin, D., Andreoli, S.B. (2018). Need for information in a representative sample of outpatients with schizophrenia disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 1–6.
- Annamalai, A., Kosir, U., Tek, C. (2017). Prevalence of obesity and diabetes in patients with schizophrenia. *World J Diabetes*, 15; 8(8): 390-396.
- Araújo, A.A., Dantas, D.A., Nascimento, G.G., Ribeiro, S.B, Chaves, K.M., Silva, V.L.et.all. (2014). Quality of Life in Patients with Schizophrenia: The Impact of Socio- economic Factors and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics Drugs. *PsychiatrQ*, 85(3):357-67.
- Aşık, E., Albayrak, S., Erdoğan, N.(2016). Hemşirelerin Antipsikotik İlaç Kullanan Hastalarda Metabolik Sendrom Riskine Yönelik Uygulamaları. *Clin Exp Health Sci* 2016; 6(4): 161-165.
- Attux, C., Martini, L.C., Elkis, H., Tamai, S., Freirias, A., Camargo, M.G.M.all. (2013). A 6- month randomized controlled trial to test the efficacy of a lifestyle intervention for weight gain management in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13:60.
- Aygün, M. 2012 *Kronik Hastalıklar ve Bakım Kitabı*. syf:341-380, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012.
- Bai, Y. M., Chen, J. Y., Chen, T. T., Lin, C. Y., Chou, P., Su, T. P., Et.all. (2009). Weight gain with clozapine: 8-year cohort naturalistic study among hospitalized Chinese schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 108;122–126.

- Balcıoğlu, İ., Başer, S.Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü, Sempozyum Dizisi. 341-348.
- Balıkcı, A., Erdem, M., Zincir, S., Bolu, A., Zincir, SB., Ercan, Uzun, O. (2013). Adherence with outpatient appointments and medication: a two-year prospective study of patients with schizophrenia. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 23(1):57-64.
- Baltacı, G. (2008).Obezite ve egzersiz,  
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t37.pdf>. Erişim Tarihi:(20.11.2019).
- Bayrak, B.Y.(2013). şizofren Hastaların Aile Üyelerinin Algılanan Aile Yükünün Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi.Cumhuriyet Üniversitesi,Yüksek Lisans tezi,Sivas
- Blankertz, L. (2001). Cognitive components of self esteem for individuals with severe mental illness. Am J Orthopsychiatr, 71(4): 457-65.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S. (2009). Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. Eur psychiatr, 24(5): 307- 316.
- Boozalis, T., Devaraj, S., Okusaga, O.O. (2018) Correlations between Body Mass Index, Plasma High-Sensitivity C-Reactive Protein and Lipids in Patients with Schizophrenia. Psychiatr Q, 90(1):101-110.
- Bonfioli, E., Berti, L., Goss, C., Muraro, F., Burti, L. (2012).Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta- analysis of randomised controlled trials. BMC Psychiatry , 12:78.
- Bruijnzeel, D., Suryadevara, U., Tandon, R. (2014). Antipsychotic treatment of schizophrenia: An update. Asian Journal of Psychiatry, 11:3–7.
- Cengiz, Y, Obez Ergenlerde Beden Algısı, Benlik saygısı ve Ruhsal Durum Değerlendirmesi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpařa Tıp Fakóltesi,2011
- Cerit, C., Yıldız, M., Candan, S. (2006). Psikotik Bozukluğu Olan ve Antipsikotik ilaç Kullanan Hastalarda Obezite Sıklığı ve Bir Yılın Sonunda Kilo Değişimi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 16:233-238.

- Chang, J.G, Roh, D., Kim, C.H. (2019). Association between Therapeutic Alliance and Adherence in Outpatient Schizophrenia Patients, *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*,17(2):273-278.
- Chiang, Y.L., Klainin-Yobas, P., Ignacio, J., Chng, M.L.C. (2011). The impact of antipsychotic side effects on attitudes towards medication in people with schizophrenia and related disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2172–2182.
- Chou, K.R., Chen, R., Lee, F.J., Ku, C.H., Lu, R.B. (2004). The effectiveness of nicotine-patch therapy for smoking cessation in patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41; 321–330.
- Coodin, S., Staley, D., Cortens, B., Desrochers, R., McLandress, S. (2004). Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 49:145–148.
- Cortesi, P.A., Mencacci, C., Luigi, F., Pirfo, E., Berto, P., Sturkenboom, M.at.all. (2013). Compliance, persistence, costs and quality of life in young patients treated with antipsychotic drugs: results from the COMETA study. *BMC Psychiatry*, 13:98.
- Çakır, F., İlnem, C.ve Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23,1, 50-59.
- Çam, O., Engin, E. 2014 *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014; Syf.413-446.
- Çam, A., Yalçın, N.(2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *J Psychiatric Nurs* , 9(1):55-60.
- Çam, O.M., Engin, E., Uğuryol, M.(2017). Üniversite Öğrencilerinde Benlik Gelişimi Ve Güven Duygusu. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 10 Sayı: 51.
- Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A.(2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14:19-26.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda benlik saygısı*. Uzmanlık tezi. Ankara.
- Davidson, M.(2002). Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*; 63(Suppl 9):5–11.



- De Hert, M., Peuskens, B., Winkel, R., Kalnicka, D., Hanssens, L., Van Eyck, D., et al. (2006). Body weight and self-esteem in patients with schizophrenia evaluated with B-WISE. *Schizophr Res*, 88:222-6.
- De Hert, M., Dobbelaere, M. Sheridan, E.M., Cohen, D., Correll C.U.(2011). Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: A systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *European Psychiatry*, 26:144–158.
- Demirkol, M.E., Tamam, L., Evlice, Y.E., Karaytuğ, O.M. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu, *Çukurova Medical Journal*, 40(3):555-568.
- Demirel, A., Demirel, Ö.F., Uğur, M.(2015). Atipik Antipsikotiklere Bağlı Metabolik Sendrom. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 7(1):81-97.
- Deveci, A., Demet, M.M., Özmen, B., Özmen, E., Hekimsoy,Z. (2005) Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:84-91.
- DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 20;12:20.
- Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T. (2006). Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16:223-32.
- Dilla, T., Ciudad, A., Álvarez, M. (2013). Systematic review of the economic aspects of nonadherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 7: 275–284.7.
- Dikeç, G.(2014).Kronik Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum Programının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul
- Dönder, E., Önalın, E. (2018). Obezitenin Tanımı, Epidemiyolojisi ve Klinik Değerlendirmesi. *Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med*, 23: 1-4.
- Döngel, B.D., Demirkol, M.E., Tamam, L. (2018). Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Cukurova Med J*, 43(4):892-902.

- Dodd, K.J., Duffy, S., Stewart, J.A., Impey, J., Taylor, N. (2011). A small group aerobic exercise programme that reduces body weight is feasible in adults with severe chronic schizophrenia: a pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 33(13–14): 1222–1229.
- Ebrahimi, H., Navidian, A., Keykha, R. (2014). Effect of Supportive Nursing Care on Self Esteem of Patients Receiving Electroconvulsive Therapy: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 3(2), 149-156.
- Edward, K., Rasmussen, B., Munro, I. (2010). Nursing Care of Clients Treated with Atypical Antipsychotics Who Have a Risk of Developing Metabolic Instability and/or Type 2 Diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 24, No. 1 (February), pp 46–53.
- Ekinci, O., Ekinci, A. (2012). Türkiye’de Şizofreni Hastalarında Sigara Kullanımının Psikopatolojik, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25:321-329.
- Eraslan, D., Öztürk, Ö., Kayahan, B., Zorlu, N., Veznedaroğlu, B. (2006). Şizofreni, atipik antipsikotikler ve obezite. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:167-172.
- Erginer, D.K., Günüşen, N.P.(2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan. *DEUHYO ED*, 6(3 ) 159-164.
- Erickson, M.A., Lysaker. P.H. (2012). Self-Esteem and Insight as Predictors of Symptom Change in Schizophrenia: A Longitudinal Study. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 69-75.
- Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., Alemayehu, A. (2015). Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle. Northern Ethiopia: *Plos One*, 0120560.
- Evins, E. (2008). Nicotine Dependence in Schizophrenia: Prevalence, Mechanisms, and Implications for Treatment. Volume: 25 Issue: 3.
- Faulkner , G. (2005). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia. In: Faulkner G, Taylor A editor(s). *Exercise, Health, and Mental Health: Emerging Relationships*. London, UK: Routledge:27–47.

- Fannon, D., Hawyard, P., Thompson, N., Gren, N., Surguladze, S., Wykes, T. (2009). The self or the voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations. *Schizophr Res*; 112:174-180.
- Fortinash, K. (2012), *Psychiatric Mental Health Nursing, Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Fifth Edition p: 262-267.
- Fung, K.M.T., Tsang, H.W.H. (2008). Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Volume 32, No. 2, 95–104.
- Gandhi, S., Pavalur, R., Thanapal, S., Parathasarathy, N.B., Desai, G., Bholra, P.et.all. (2014). Medication Adherence, Work Performance and Self-Esteem among Psychiatric Patients Attending Psychosocial Rehabilitation Services at Bangalore. *India Indian Journal of Psychological Medicine*, Vol 36 / Issue 4.
- Garcia, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., Lopez-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E.et.all. (2016). Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Volume 36, Number 4.
- Gartshore, A. (2009). Does the use of a physical health assesment tool improve the physical health of clients of a community mental health team?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6): 578- 580.
- Giacco, D., Luciano, M., Del Vecchio, V., Sampogna, G., Slade, M., Nagy, M.et.all. (2014). Desire for information of people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49;1883–1891.
- Garety, P., A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P.,E. (2001). A cognitive models of positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* ; 31:189-195.
- Gorczynski, P., Faulkner, G. (2011). Exercise therapy for schizophrenia. *The Cochrane Collaboration*, Issue 6.
- Gumley, A., Karatzias, A., Power, K., Reilly, J., McNay, L., O’Grady, M. (2006). Early intervention for relapse in schizophrenia:Impact of cognitive behavioural

- therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 247–260.
- Gureje, O., Harvey, J., Herrman H. (2004). Self-esteem in patients who have recovered from psychosis: profile and relationship to quality of life. *Aust NZ J Psychiatry*; 38:334-338.
- Haddad, P.M., Brain, C., Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*:5 43–62.
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scott, D. (2011). Placing physical activity in mental health care: A leadership role for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 310–318.
- Hardy, S., Thomas, B. (2012). Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (3): 289- 298.
- Heald, A. (2010). Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. *European Psychiatry*, 25, S6–S11.
- Hoertel, N. Jaffre, C., Raykeer, R.P., McMahon, K., Barriere, S., Blumenstock, Y.et.all. (2019). Subsyndromal and syndromal depressive symptoms among older adults with schizophrenia spectrum disorder: Prevalence and associated factors in a multicenter study. *Journal of Affective Disorders*, S0165-0327(18)31847-0.
- Holding, J.C., Tarrier, N., Gregg, L., Barrowclough, C. (2013). Self-esteem and Relapse in Schizophrenia, A 5-Year Follow-Up Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201: 653-658.
- Holt, R.I.G., Peveler, R.C. (2009). Obesity, serious mental illness and antipsychotic drugs. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 665–679.
- Hudson T., Owen R., Thrush C., Han X., Pyne J., Thapa P.,et.all. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 65: 211–216.
- İpekçioğlu, D., Kendirlioğlu, B.K. (2019). Şizofreni Hastalarında Fiziksel Hastalık Ek Tanıları ve Ölüm Nedenleri: Geriye Dönük Tanımlayıcı Bir Çalışma, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15:103-9.

- Jimenez, M. Gonzalez-Blanch, C., Crespo-Facorro, B., Hetrick, S., Rodriguez-Sanchez, J.M., Perez-Iglesias, R. et al. (2008). Antipsychotic-Induced Weight Gain in Chronic and First-Episode Psychotic Disorders. *CNS Drugs*, 22 (7): 547-562.
- Jonsdottir, H., Opjordsmoen, S., Birkenae, A.B., Simonsen, C., Engh, J.A., Ringen, P.A., et al. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 127(1):23-33.
- Kalkan, E., Budak, F.K. (2019). The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*, 1-7.
- Karabulut, S., Ergül, C., Öztürk, M., Üçok, A. (2014). Şizofreni hastalarında antipsikotiklere bağlı yan etkilerin giderilmesinde metformin ve topiramatin yeri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15:174-180.
- Karşıdağ, Ç., Alpay, N., Kocabıyık, A. (2005). Şizofreni Ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adam*, 18 (1): 13 -20.
- Kassm, S.A., Hoertel, N., Naja, W., McMahon, K., Barriere, S., Blumenstock, Y. et al. (2019). Metabolic syndrome among older adults with schizophrenia spectrum disorder: Prevalence and associated factors in a multicenter study. *Psychiatry Research*, 275;238–246.
- Kayar, H., Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi*, 6(2).
- Keltner, N.L. (2006). Metabolic syndrome: schizophrenia and atypical antipsychotics. *Perspect Psychiatr Care*, 42:204-207.
- Kim, Y.E., Jang, M.H. (2019). The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 13 ; 257-263.
- Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Archives Medical Review Journal*, 26(2):251-267.
- Koç, A. (2006). Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Ankara

- Kurt, E., Özdilli, K., Yorulmaz, H. (2012). Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50: 202-208.
- Lacro J. P., Dunn L. B., Dolder C. R. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63;892–909.
- Lally, J., MacCabe, J.H. (2015). Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *British Medical Bulletin*, 114:169–179.
- Lan, Y. L., Chen, T. L. (2012). Prevalence of high blood pressure and its relationship with body weight factors among inpatients with schizophrenia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 6;13–18.
- Li, K.J., Greenstein, A.P., Delisi, L.E. (2018). Sudden death in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 32:000–000.
- Li, Q., Du, X., Zhang, Y., Yin, G., Zhang, G., Walss-Bass, C.et.all. (2016). The prevalence,risk factors and clinical correlates of obesity in Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, S0165 1781(16)30743-0.
- Liu, Y. R., Loh, E. W., Lan, T. H., Chen, S. F., Yu, Y. H.,et.all. (2010). ADRA1A gene is associated with BMI in chronic schizophrenia patients exposed to antipsychotics. *The Pharmacogenomics Journal*, 10;30–39.
- Loffler W., Kilian R., Toumi M., Angermeyer M. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36: 105–112.
- Lomholt, L.H., Andersen, D.V., Sejrgaard-Jacobsen, C., Özdemir, Ç.M., Graff, C., Schjerning, O.et.all. (2019). Mortality rate trends in patients diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder: a nationwide study with 20 years of follow-up. *Int J Bipolar Disord*, 7:6.
- Löhrs, L., Hasan, A. (2019). Risikofaktoren für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 87: 133–146.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Tsai, J. (2009). Suspiciousness and low self-esteem as predictors of misattributions of anger in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 166, 125–131.

- Macit, S., Karadağ, M.G. (2014). Obezitede Bilişsel Fonksiyon Bozukluğu ve Beslenme İlişkisi. *Güncel Bakış, MUSBED* ;4(4):241-247.
- Mammen, G., Faulkner, G. (2013). Physical Activity and the Prevention of Depression:A Systematic Review of Prospective Studies. *American Journal of Preventive Medicine* ,45(5):649–657.
- Mamakou, V., Thanopoulou, A., Gonidakis, F., Tentolouris, N., Kontaxakis, V. (2018). Schizophrenia and type 2 diabetes mellitus. *Psichiatriki*, 29:64–73.
- Manjuatha, N., Kumar, N.C., Thirthalli, J., Suresha, K.K., Harisha,D.M., Arunachala, U.(2019). Mortality in schizophrenia: A study of verbal autopsy from cohorts of two rural communities of South India. *Indian J Psychiatry*, 61:238-43.
- McCreadie RG. (2003). Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry*, 183:534-9.
- Mermi, O. (2018). Obezite ve Psikiyatri, *Fırat Tıp Dergisi*, 23:54-60.
- Meyer, J., Koro, C.E., L'Italien, G.J. (2005). The meytabolic syndrome and schizophrenia: a review.*Int Rev Psychiatry*, 17:173-180.
- Mitchell, A.J., Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments?. Maintaining engagement with psychiatric services. *Adv Psychiatr Treat*, 13:423–434.
- Mitchell, A.J., Vancampfort, D., Sweers, K., Winkel, R. , Yu, W., De Hert, M. (2013): Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 39:306–318.
- Mohamed, M.S., AbdelAziz, M.E. (2016). Effect of Assertive Training Program on Social Interaction Anxiety and Self - Esteem of Institutionalized Patients with Chronic Schizophrenia. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, Volume 5, Issue 5:PP 36-44.
- Montejo, A.L. (2010). The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry*, 25 / S3-S5.

- Obezite ile Mücadele El Kitabı, Sağlık Bakanlığı, 2013.  
<http://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8855,obezitemucadeleelkitabipdf.pdf?0>(Erişim tarihi:25.11.2019)
- Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018.
- Oh, E., Song, E., Shin, J. (2017). Individual Factors Affecting Self-esteem, and Relationships Among Self-esteem, Body Mass Index and Body Image in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 588–595.
- Öz, F., Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, Yenilenmiş 2. Baskı, Mattek Matbaacılık Bas.Yay.Tic.Ltd.Şti, 2010.
- Öz, F., Hiçdurmaz, D. (2011). Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-78.
- Özen, Y., Gülaçtı, F. (2010). Benlik Kavramı Ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gereksinim Var Mı?. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2: 20-38.
- Özenoğlu, A., Uğurlu, S., Can, G., Eker,E., Elmacıoğlu, F. (2009). Psikiyatrik tedavilerle gelişen metabolik bozukluklar ve tedavisinde diyetteki yaklaşımın önemi. *Nobel Medicus*, 5(Suppl 1): 36-44.
- Öztürk, O., Uluşahin A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Şizofreni, 11. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, 242-324, Ankara.
- Parashos, I.A., Xiromeritis, K., Zoumbou, V., Stamouli, S., Theodotou, R. (2000). The problem of noncompliance in schizophrenia: opinions of patients and their relatives. a pilot study. *International Journal Psychiatric Clinical Practation*, 4:147-150.
- Pai, N., Vella, S.L. (2019). Communication of treatment duration in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1–2.
- Rahnama, F., Mardani-Hamooleh, M., Kouhnavard, M. (2017). Correlation between moral sensitivity and self-esteem in nursing personnel. *J Med Ethics Hist Med.*, 10:16.



- Riordion, H.J., Antonini, P., Murpy, M.F. (2011). Atypical antipsychotics and metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Risk factors, monitoring and healthcare implications. *American Health & Drug Benefits*, 4:292-302.
- Rogers, A., Pilgrim, D. (2014) *A Sociology of Mental Health and Illness*. 5th edition. Berkshire, Open University Press.
- Romm, K.L., Rossberg, J.I., Hansen, C.F., Haug, E., Andreassen, O., Melle, I. (2011). Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry*, 11:136.
- Romain, A.J., Fankam, C., Karelis, A.D., Letendre, E., Mikolajczak, G., Stip, E., et.al. (2018). Effects of high intensity interval training among overweight individuals with psychotic disorders: A randomized controlled trial. SCHRES-08141, No of Pages 9.
- Ronsley, R., Nguyen, D., Davidson, J., Panagiotopoulos, C. (2015). Increased Risk of Obesity and Metabolic Dysregulation Following 12 Months of Second-Generation Antipsychotic Treatment in Children: A Prospective Cohort Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 60, No 10.
- Rosenbaum, R., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P.B. (2014). Physical Activity Interventions for People With Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Clin Psychiatry*, 75(00):000–000.
- Saygılı, G., Kesecioğlu, T.İ., Kırıktaş, H. (2015). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4/2.
- Scheewe, T., Jörg, F., Takken, T., Deenik, J., Davy Vancampfort, D., Backx, F., et.al. (2019). Low physical activity and cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: a comparison with matched healthy controls and associations with mental and physical health. *Front. Psychiatry*, 10:87.
- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R., Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing* 27, 231–234.
- Seo, J.M., Ahn, S., Byun, E.K., Kim, C.K. (2007). Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self-Esteem of Inpatients with

- Chronic Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 21, No. 6 : pp 317–326.
- Seo, M.A., Min, S.K. (2005). Development of a Structural Model Explaining Medication Compliance of Persons with Schizophrenia. Yonsei Medical Journal, Vol. 46, No. 3, pp. 331 - 340.
- Smith, M., Hopkins, D., Peveler R. C., Holt, R.I.G., Woodward, M.,et.all. (2008). First- v second-generation antipsychotics and risk for diabetes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 192, 406–411.
- Smith, D.J., Langan, J., McLean, G., Guthrie, B., Mercer, S.W. (2015). Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. BMJ ,3:e002808
- Switaj, P., Grygiel, P., Anczewska, M., Wciorka, J. (2015). Experiences of discrimination and the feelings of loneliness in people with psychotic disorders: The mediating effects of self-esteem and support seeking. Comprehensive Psychiatry, 59, 73–79.
- Songur, E., Karşlıoğlu, E.H., Soygür, H., Kaymak, S.U., Özalp, E., Cankurtaran, E.Ş. (2012). Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Metabolik Sendrom. Klinik Psikiyatri, 15:80-91.
- Sönmez, E.Ö., Kaya, N. (2011). Atipik Antipsikotiklere Bağlı Kilo Artışının Önlenmesinde Metformin Kullanımı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(2):309-320.
- Subramaniam, M., Lam, M., Guo, M.E., He, V.Y.F., Lee, J., Verma, S., et.all. (2014). Body Mass Index, Obesity, and Psychopathology in Patients With Schizophrenia. J Clin Psychopharmacol, 34: 40-46.
- Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Sato, Y., Saito, M., Furukori, H., Nakagami, N., at all. (2013). Body mass index and quality of life among outpatients with schizophrenia in Japan. BMC Psychiatry, 13:108.
- Summakoğlu, D., Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences, C. 1, S. 2, 43- 61.

- Şengül, C., Erdal, M., Aydın, N., Şengül, C., Barlas, Ö., Aynacıoğlu, Ş., Herken, H. (2010). Şizofreni hastalarında olanzapine bağlı kilo alımıyla IRS-1 Gly972Arg (insulin reseptör substratı) gen polimorfizmi arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11:18-22.
- Tatlı, M., Bulut, A., Güveneroğlu, N.Ü. (2016). Şizofreni hastalarında işitsel varsanı ile ilgili inanışların hastalığa etkilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(4):285-291.
- Tekdemir, Ş.Ç. (2013). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran Obez Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi
- Teng, C.Y., Ya-Ping, Y., Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, 0098-1389.
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B. ve Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1,1, 7-12.
- Tandon, R., Nasrallah, H.A., Keshavan, M.S. (2010). Schizophrenia, “Just the Facts” 5. Treatment and Prevention Past Present and Future. *Schizophrenia Research*, 122 ;1–23.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jorgensen, P., Nordentoft, M. (2007). Gender differences in young adults with first episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195, 396–405.
- Turgut, H., Yenilmez, Ç. (2013). Akut dönemdeki Şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14:291-301.
- Townsend, M. C. (2011). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice. Fifth Edition*, p:337-348.
- Tözün, M. (2010). Benlik Saygısı. *Actual Medicine*, Sayfa; 52-57.

- Uludağ, Y.T., Güleç, G. (2016).Şizofreni Tanısı Almış Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı. *Arch Neuropsychiatr*, 53: 4-11.
- Ulloa, E.R., Perez-Garza, R., Arce, S., Bermudez, Y., Palacios, L. (2018). A prospective study of adverse effects of antipsychotics in adolescents with schizophrenia during a 6-month follow-up. *International Clinical Psychopharmacology*, Vol 34 -1.
- Uslu, E. (2017). Telefonla problem çözme müdahalesinin şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisine uyumuna etkisi. *Akdeniz Üniversitesi, Doktora Tezi, Antalya*.
- Uslu, E., Buldukoğlu, K. (2018). Şizofrenide İlaç Tedavisine Uyum Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7, (1), 61-72
- Ünal, S., Çakıl, G., Elya, Z. (2006). Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:69-75.
- Üneri, Ö., Tural, Ü., Memik, N.Ç. (2006). Şizofreni ve Sigara İçimi:Biyojik Bağlantı Nerede?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1):55-64.
- Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., & De Hert, M. (2011). Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(6), 423–430.
- Vancampfort, D., Guelinckx, H., Probst, M., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Ward, P. B., et.all. (2015). Health-related quality of life and aerobic fitness in people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 24, 394–402.
- Velligan, DI., Weiden, PJ., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., et.all. (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*, 70(4):1–46.
- Yıldız, M. (2008). Tedavi altındaki şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarında kilo alımı: Üç Yıllık Doğal izleme Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18(Suppl. 2): S43- S49.
- Yılmaz, B.Ş., Duy, B. (2013). Psiko-Eğitim Uygulamasının Kız Öğrencilerin Benlik Saygısı Ve Akılcı Olmayan İnançları Üzerine Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 4 (39), 68-81.

- Yılmaz, H.A. (2016). Bir Derleme: Benlik Kavramına İlişkin Bazı Yaklaşımlar Ve Tanımlamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:48/79-89.
- Yılmaz, S., Buzlu, S. (2012). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*;Cilt 20 - Sayı 2: 93-103.
- Yüksel N, Sayın A. (2006). Antipsikotiklere Bağlı Metabolik Yan Etkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5-16.
- Yüksel, Ç.T., Oflaz, F. (2012). Antipsikotik İlaç Kullanan Bir Grup Yatan Hastada İlaç Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):67-74.
- Zarea, K., Fereidooni-Moghadam, M., Hakim, A. (2016). Adherence to Medication Regimen in Patients with Severe and Chronic Psychiatric Disorders: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 37:868–874.
- Zhang, P., Wang, R., Gao, C., Jiang, L., Song, Y., Li, B. (2016). Prevalence of central obesity among adults with normal BMI and its association with metabolic diseases in Northeast China. *PloS One*, 11, 1–10.
- Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., Ning, Y., He, H. (2017). Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. *Psychiatry Res*, 250:129–13.
- Wang P, Wu, S, Ching H. (2014). The use of psychiatric drugs and worsening body mass index among inpatients with schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology* ; 00:000–000
- Wade, M., Tai, S., Awenat, Y., Haddock, G. (2017). A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review* 51: 75–95.
- Weiden, P.J., Joan, A., Mackellb, McDonnell, D.D. (2004). Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance, *Schizophrenia Research*; 66 / 51– 57.
- Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., Klingberg, S. (2010). Quality and correlates of specific self-esteem at the beginning stabilisation phase of schizophrenia. *Psychiatry Research* 179; 130–138.

- Woo, Y.S., Kim, W., Chae, J.H., Yoon, B.H., Bahk, W.M. (2009). Blood pressure changes during clozapine or olanzapine treatment in Korean schizophrenic patients, *The World Journal of Biological Psychiatry*; 10(4): 420-425.
- Wunderink, L., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema, S., Nienhuis, F.J. (2013). Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy. *JAMA Psychiatry*; 70(9):913-920.
- Xu, Z. Y., Zu, S., Xiang, Y. T., Wang, N., Guo, Z. H., Kilbourne, A. M., et al. (2013). Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression inpatients with schizophrenia: A preliminary survey. *Psychiatry Research*; 209, 340-345.



## EKLER

### EK 1. Anket Formu



### SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Şizofreni hastalarında benlik saygısı, obezite ve ilaç uyumunun belirlenmesi" olup, hastalığınızda kullanılan ilaç tedavisine bağlı kilo artışı ve bunun sonucunda benlik saygısı ile tedaviye uyumunuzun nasıl etkilendiğini belirlemek amacı ile yapılmaktadır.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışmamıza gönüllü 80 şizofreni hastası birey alınacak olup, çalışmamız tedavi programınızda herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Bu araştırmada size yaşınız, medeni durumunuz, eğitim durumunuz, hastalığınızın süresi, aldığınız tıbbi tedaviler, tedaviniz ile ilgili eğitim alıp almadığınız, hastaneye yatma sıklığınız, sigara kullanma durumunuz gibi toplam 29 soruluk kişisel bilgi formu doldurulacaktır. Ayrıca benlik saygınızı değerlendirmek için 10 soruluk bir anket uygulanacaktır. Son olarak da tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla tıbbi tedaviye uyum oran ölçeği uygulanacaktır. Anket uygulamasından sonra boy ve kilo ölçümü yapılacaktır. Sorular yüz yüze görüşme tekniği ile tarafımca sorulacak. Sorularda sizin için açıklama gerektiren sorular var ise cevaplanacaktır. Görüşmemiz ortalama 30 dakika sürecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Dahası bu çalışma sizlerin sağlığınızla ilgili düşünceleriniz doğrultusunda tedaviye uyumda yaşadığınız güçlükleri ortaya çıkarıp çözüm önerileri ile size yardımcı olacaktır. Çalışma sonrasında vermiş olduğunuz bilgiler ışığında elde edilen sonuç ile hastalığınıza yönelik tespit edilen yanlış inanç ve tutumlarda değişiklik yapabilecek hemşirelik tedavi protokolleri oluşturulacaktır. Çalışmamızın sonucunda tedaviye uyumun sağlanması, düzenli kilo takibinin yapılması, tedaviyle ilgili bilgi verilmesi, kilo artışı olan hastaların uygun egzersiz programlarına ve diyetisyene yönlendirilmesi gibi yararlılara ulaşılması hedeflenmektedir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer

rahatsızlıklarınız için **05054761142** numaralı telefonda araştırmacı **Hemşire İlknur Vergi**'ye başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol aēmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, aēalıřma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan aēıkabilir. Araştırmanın sonuēları bilimsel amaēla kullanılacaktır, aēalıřmadan aēekilmeniz ya da araştırıcı tarafından aēıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaēla kullanılabilir.

Size ait tım tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

### **ēalıřmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gōnüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sōzlü olarak dinledim. Aklıma gelen tım soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sōzlü olarak bana yapılan tım aēıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. ēalıřmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem iēin bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gōzden geēirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yūrūtücüsüne yetki veriyor ve sōz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiēbir zorlama ve baskı olmaksızın gōnüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

### **Gōnüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### **Aēıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Gōrevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş gōrevlisinin/gōrüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Gōrevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:



## **Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)**

1.Yaş:

2.Cinsiyet: 1)E 2)K

3.Medeni durumu: 1)Evli 2)Bekar 3)Dul 4)Diğer.....

4.Eğitim düzeyi: 1)Okur-yazar 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise

5)Üniversite

5.Meslek: 1)İşçi 2)Memur 3)Ev hanımı 4)Serbest 5)İşsiz

6)Diğer.....

6.Gelir düzeyi: 1)Asgari ücret altında 2) Asgari ücret 3) Asgari ücret ve üzerinde

7.Sigara kullanıyor mu?: 1) Evet 2)Hayır

Cevabınız evet ise : 1)Kullanım süresi 2) Kullanım Miktarı

8.Alkol kullanıyor mu?: 1) Evet 2)Hayır

Cevabınız evet ise : 1)Kullanım süresi 2) Kullanım Miktarı

9.Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise: 1)Hastalığın adı

2)Hastalığın süresi

3)Tedavide kullanılan ilaç/ilaçlar

10.Boy: Kilo: BKİ: Bel çevresi:

11.Mevcut ağırlığınızdan memnun musunuz? 1)Memnunum

2)Memnun değilim

3) Diğer.....

3)Günlük dozu:

4)Tedavi süresi/yıl:

5)Kullanım durumu: a) Düzenli b) Düzensiz

17.İlaçlarınızı düzensiz kullanma sebebi:

18.İlaçlarınızın nasıl kullanılacağı ile ilgili bilgi aldınız mı ? a)Evet b)Hayır

	Evet	hayır
İlacın dozu		
İlacın saatleri		
Kullanım süresi		
Kullanım şekli(po-IM)		
Aç-tok kullanılması		
İlaçlardan beklenen etki		

19.Cevabınız evet ise bu bilgi kim tarafından verildi ?

a) Doktor b) Hemşire c)Diğer

20.İlaçlarınızı kullanırken yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz ?

a) Evet b) Hayır

21.Cevabınız evet ise kimden/kimlerden yardım alıyorsunuz ?

a) eş b) çocuk c) ebeveyn d) sağlık çalışanı

22.İlaçlarınızın yan etkileri ile ilgili bilgi verildi mi ?

a)Evet b)Hayır

Cevabınız evet ise neler olduğunu söyler misiniz ?

Yanetki:

23. Poliklinik kontrollerine gitme durumu

a) Düzenli b) Düzensiz

24. Poliklinik kontrollerine düzensiz gidiyorsa sebebi nedir?

25. Boy: Kilo: BKİ:

26. Mevcut ağırlığınızdan memnun musunuz? 1) Memnunum

2) Memnun değilim

3) Diğer.....

27. Gün içerisinde kilonuza yönelik fiziksel aktivite yapıyor musunuz? 1) Evet

2) Hayır

Cevabınız evet ise aktivite türü ve süresi.....

28. Kilonuzu korumaya veya zayıflamaya yönelik beslenmenizde bir düzenleme (diyet)

yapıyor musunuz? a) Evet: b) Hayır

Cevabınız evet ise: 1) 3 Ana öğün 2) Ara öğün ve ana öğün

29. Son zamanlarda (Son 6 aydır) kilo artışınız oldu mu?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise kaç kilo aldınız ?

## Ek 2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.  
a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

### Ek 3. Tıbbi Tedaviye Uyum Ölçeği – TTUÖ (MARS)

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız.

- 1-Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu? Evet / Hayır
- 2-İlaçlarınızı zamanında almak konusunda dikkatsiz misiniz? Evet / Hayır
- 3- Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu? Evet / Hayır
- 4-Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu? Evet / Hayır
- 5-İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum. Evet / Hayır
- 6-Vücudum ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil. Evet / Hayır
- 7-İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor. Evet / Hayır
- 8-İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim. Evet / Hayır
- 9-İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum. Evet / Hayır
- 10-İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor. Evet / Hayır

## Ek 4. İzinler

Ek Tarih ve Sayısı: 14/03/2019-20158



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi  
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.20158  
Konu : Anket Uygunluğu

14/03/2019

Sayın; İlknur VERGİ

İlgi : 07.03.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen "*Şizofreni Hastalarında Benlik Saygısı, Obezite ve İlaç Uyumunun Belirlenmesi*" konulu çalışmanın anketlerini, belirtilen tarihler arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı bünyesinde yapılması isteğiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN  
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.145.81/enVision/Dogrula/8A4D5NY>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024  
e-Posta : [hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr](mailto:hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr) Elektronik Ağ ;  
[www.cumhuriyet.edu.tr](http://www.cumhuriyet.edu.tr)

Bilgi için : Elif KILIÇ  
Unvanı :





**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarında Benlik Saygısı, Obezite ve İlaç Uyumunun Belirlenmesi
-----------------------	--

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Havva Tel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



## CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarında Benlik Saygısı, Obezite ve İlaç Uyumunun Belirlenmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-02/04	Tarih: 20.02.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın Karagöz</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan Özdemir</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Gülay Yıldırım</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur Bağcı</i>
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet Ataş</i>
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Engin Altunkaya</i>
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Melih Ülgey</i>

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	İlknur VERGİ
Doğum Yeri ve Tarihi	Kaman-1975
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Romatoloji BD, 58140-Sivas
E-posta Adresi	sevvalvergi@hotmail.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Kaman Lisesi, 1993
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 1998
Yüksek Lisans	Sivas Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012
Ünvan	Hemşire

### İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire, 1998-