



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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA HASTALIK
VE
TEDAVİ SÜRECİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

Nursel ALTINYAY

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL-2016

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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA HASTALIK
VE
TEDAVİ SÜRECİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

Nursel ALTINYAY

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

İSTANBUL-2016

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

ÖZET

Bu çalışma şizofreni hastalarında hastalık ve tedavi sürecinin ilaç uyumuna etkisinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi' ne ayaktan başvuran şizofreni tanısı almış 209 hasta ile yapıldı.

Veriler; tanıtıcı özellikler bilgi formu, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS), Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYEDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji Ölçeği (PANSS) kullanılarak elde edildi.

Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında; Mann Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Araştırma sonucunda; hastaların yaklaşık yarısının (%48,8) tedavisiz süre geçmeden doğrudan tedaviye yönlendirilmiş ve çoğunluğunun kendisine bakım verebilecek herhangi bir yakınıyla yaşamakta olduğu belirlendi. Düzenli olarak kontrollere gelme uyumu %56, düzenli ilaç kullanımını %62,2 olarak belirlenirken, hasta bireylerin tedavi sürecinde yaşadıkları sorunların başında psikiyatrik ilaç kullanmak istememelerinin gelmekte olduğu belirlendi (%16,3). Hasta bireylerin büyük çoğunluğu (%71,8) tedavileri süresince en az bir kez ilaç tedavisini bıraktıkları ve % 50,2'sinin tedavisi süresince hiçbir sağlık personelinden bilgi almadığını belirtmiştir.

Hasta bireylerin MARS puan ortalamasının zayıf uyum kapsamında; LÜNYEDÖ puan ortalamalarının çok şiddetli yan etkiler kapsamında; İÜBDÖ puan ortalamalarının yüksek içgörü kapsamında; PANSS skor ortalamaları şizofreni belirti düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

MARS puan ortalaması sosyal güvencesi olan hasta grubunda yüksek, LÜNYEDÖ puan ortalaması sosyal güvencesi olmayan hasta grubunda yüksek, çalışan hasta grubunda PANSS Negatif puan ortalaması düşük çıkmıştır.

Hasta bireylerden ilaçlarını düzenli kullanan, tedavilere düzenli gelen ve tedavi sürecinde sorun yaşamadığını belirten hasta grubunda MARS puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

İlaç dozunu yeterli bulmayan hastaların LÜNYEDÖ puan ortalaması anlamlı yüksek, kısmen yeterli bulan hasta grubunun İÜBDÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. İlaçlarını tedavileri sürecinde bırakmış hasta grubunun MARS puan ortalaması düşük, LÜNYEDÖ puan ortalaması yüksek, İÜBDÖ puan ortalaması düşük bulunmuştur.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların yan etkileri şiddetli yaşaması, uyumlarının zayıf olması ve yarından fazlasının tedavisiyle ilgili hiçbir eğitim almamasına bağlı olarak; yan etkilerle baş etme, ilaç uyumunu arttırıcı çalışmalar, aile ve hasta eğitimlerinin sağlanmasına yönelik psikoeğitim programlarının yapılması, mümkün olduğunca eğitim ve hasta takibinin aynı sağlık ekibince sürdürülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, ilaç uyumu, tedaviye uyumda hemşirenin rolü.

THE INFLUENCE OF DISEASE AND TREATMENT PROCESSES ON DRUG COMPLIANCE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

ABSTRACT

This is a definitive study to evaluate how the disease and treatment processes influence drug compliance in schizophrenic patients. The research was carried out with 209 patients diagnosed with schizophrenia at Gulhane Military Medical Academy Haydarpaşa Training Hospital. The data were collected via informative features form, Medication Adherence Rating Scale (MARS), Liverpool University Neuroleptic Side Effect Rating (LUNSER), The Schedule For Assessment of Three Components of Insight (SAI), PANSS Positive, Negative Syndrome and PANSS General Psychopathology Scale (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS).

Mann Whitney U test was administered to compare the quantitative data and two groups of not normally distributed variables. Kruskal Wallis test was also administered to compare the three or more groups of not normally distributed data and distinct group was detected through Mann Whitney U. Level of significance was $p < 0,05$.

It was determined that almost half of the patients (%48.8) had been directly referred to treatment with no run-in experience prior to that and the majority lived together with a relative who provided care. It was observed that %56 of the patients were compliant with regular check-ups, %62.2 regularly used medication, and the most frequent problem during treatment was reluctance to take psychiatric drugs (%16.3). The majority of patients (%71.8) have confirmed that they had at least once quit the treatment, while %50.2 of the sample were not fully informed by any healthcare personnel during their treatment. The patients exhibited low adherence on MARS, severe side effects on LUNSER, high levels of insight on SAI, and low levels of schizophrenic symptoms on PANSS score means.

The MARS mean score is higher in patients with social security, whereas the LUNSER mean score is higher in patients without social security; the PANSS Negative mean score is low in the employed group, whereas patients who have a profession and live in city centers scored low on PANSS.

The MARS mean score was found considerably high in patients who regularly take their medication, make regular hospital visits and have not experienced any problems during treatment.

Patients who feel they are under-dosed had significantly high mean scores on LUNSER, while the patient group that feels their medication dose is partly sufficient had a high mean score on SAI. The patient group having stopped taking medication during treatment had a low mean score on MARS, high mean score on LUNSER, and low mean score on SAI.

The major problems detected in the sample group are as follows: severe side effects, low medication adherence, receiving no education on the treatment (more than half the group). Based on the findings of the present research, it is suggested that the problems indicated above can be alleviated through psychological education programs aimed at helping patients overcome side effects, increasing drug compliance, and training patients and caregiving families. It is also advised that the same healthcare team should carry out the psychological education and patient follow-ups.

Keywords: Schizophrenia, medication adherence, the role of nurse in medication adherence

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Besti ÜSTÜN başta olmak üzere bilgi ve deyimlerinden yararlandığım bana her zaman ışık tutan, tıbbi ve mesleki konularla birlikte, kişisel anlamda da kendime farklı bir bakış açısı kazandıran, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Selma Doğan ve tüm öğretim üyelerine, Sabırları ve anlayışları için eşim Sadi ALTINYAY ve kızım Elif Ece'ye, bu süreçte hep yanımda olan kardeşim Nurhan AŞIK' a, arkadaşım ve meslektaşım Dilek SARI' ya;

Sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
BEYAN.....	xii
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
BÖLÜM	
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Şizofreni.....	5
2.1.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçe.....	5
2.1.2. Sıklık ve Yaygınlık.....	6
2.1.3. Etiyoloji.....	7
2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular.....	8
2.2. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan Hemşirelik Tanıları....	12
2.3. Şizofrenide Tedavi	15
2.4.Şizofrenide İlaç Tedavisine Uyumda Güçlük	16
2.5. Tedaviye Uyumda Hemşirenin Rolü.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	27

3.4.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.4.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri.....	27
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1.Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	27-28
3.5.2.Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS).....	28
3.5.3.Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYEDÖ).....	28-29
3.5.4.İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ).....	29
3.5.5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	30
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.8. Araştırmanın Etiği.....	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR.....	32
5.TARTIŞMA.....	63
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	92
EKLER.....	93
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur (Rıza) Formu.....	93
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	94
EK-3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS).....	100

EK-4 Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYEDÖ).....	101
EK-5 İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ).....	104
EK-6 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	106
EK-7. KURUM ONAYI.....	108
EK-8. ETİK KURUL.....	109



BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Nursel ALTINYAY

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. PANSS, Pozitif ve Negatif belirtileri değerlendirme ölçeği.....	8
Tablo 4-1: Bireylere ait tanımlayıcı özellikler.....	33
Tablo 4-2: Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri.....	35
Tablo 4-3: Bireylerin hastalık sürecinde yaşadığı sorunları ve önerileri ile ilgili ifadelerinin dağılımı.....	37
Tablo 4-4: Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri.....	39
Tablo 4-5: Bireylerin ilaç tedavisiyle ilgili bilgilenme durumuna ilişkin ait tanımlayıcı özellikleri.....	42
Tablo 4-6: Araştırmada uygulanan ölçeklerin (MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS) hastaların sonuç verilerine göre puan ortalamaları.....	44
Tablo 4-7: Araştırmada uygulanan ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 4-8: Bireye ait tanımlayıcı özellikler ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4-9: Bireylere ait tanımlayıcı özellikler ile PANSS puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 4-10: Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 4-11: Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri ile PANSS puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 4-12: Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	54

Tablo 4-13: Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri PANSS puan ortalamalarının karşılaştırılması.....57

xiii

Tablo 4-14: Bireylerin ilaç tedavisiyle ilgili bilgilenme durumuna ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....61

Tablo 4-15: Bireylerin ilaç tedavisiyle ilgili bilgilenme durumuna ait tanımlayıcı özellikler ile PANSS puan ortalamalarının karşılaştırılması.....62



SİMGELER VE KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
EPYE	: Ekstrapiramidal Sistem Yan Etkileri
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
İÜBDÖ	: İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
LÜNYEDÖ	: Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği
MARS	: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (Medication Adherence Rating Scale)
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom, Genel Psikopatoloji Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale)
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
UKU	: Klinikte yan etki değerlendirme ölçeği (Ugvalg for Kliniste Undersgelses Side Effect Rating Scale)

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA HASTALIK VE TEDAVİ SÜRECİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

GİRİŞ VE AMAÇ

Genç yaşlarda başlayan ve her toplumda görülebilen şizofreni iyileşme ve tekrarlamalarla seyreden kronik bir hastalıktır. Kişinin duygu, düşünce, algılama, ilişki kurma ve davranış alanında ciddi bozulmalara neden olan ve gerçekle bağdaşmayan işlevselliğe geçtiği bu hastalık bireyde ruhsal ve toplumsal yeti yitimine neden olmaktadır.

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda tedavi seçenekleri arasında ilaç tedavisi önemli bir yere sahiptir. Bu öneme rağmen hastaya planlanmış ve reçete edilmiş ilaç tedavisine uyumsuzluk şizofreni tanısı almış ruhsal hastalarda en sık karşılaşılan ve üzerinde durulan bir konudur (Meriç 2006). Bazı araştırma sonuçlarında; tedavi gören hastaların antipsikotik ilaç bırakma oranının %80 olduğu gösterilmiştir (Lacro, Dunn ve ark. 2002).

Yapılan çalışmalarda; ilaç uyumsuzluğu relapsların ana nedenleri arasında gösterilmiş ve ilaç uyumsuzluğunun tüm hastaneye kabuller arasındaki oranı %20-25 olarak belirlenmiştir (Aker, Özmen ve ark. 1992). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, psikotik bozukluk tanısı almış hastaların bir yıllık izlem sonrası yatış sıklığı değerlendirildiğinde hastaların %70,4' ünün düzensiz ilaç kullandığı, %18,5'nin hiç ilaç kullanmadığı, sadece %11,1'nin düzenli ilaç kullandığı ve hastaneye başvurma sebepleri açısından ilaç uyumsuzluğunun ilk sırada olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Sökmez 1998). Koç'un 2006' da yaptığı bir çalışma sonucunda, ülkemizde şizofreni tanısı almış hastaların %26'sının tedaviye uyumunun iyi olarak değerlendirildiği, %74'ünün ise tedaviye uyumunun kötü olduğu belirlenmiştir.

İlk atak tedavisinde erken tanı konulması ve bireye özgü uygun tedavinin hızla başlaması durumunda klinik seyirde iyileşme oranı yüksek olan bu hastalıkta, tedaviye uyumsuzluk ve relapslar nedeniyle iyileşme oranı düşmekte ve iyileşme süreci her defasında bir öncekinden daha uzun olmaktadır (Stahl 2012).

Kronik ruhsal hastalıklarda ilaç tedavisine uyumsuzluk, sağlık kurumlarına zaman ve enerji kaybı olarak yansırken, aileye ve topluma da ekonomik yük olarak yansır. Bu tür uyumsuz hastaların, sağlık kurumlarını tekrarlı kullanımlarının ve tedavinin getirdiği ekonomik yükü göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilebilmektedir. Sonuç olarak bu süreç; sağlık sistemi, aile ve hasta için yıpratıcı bir hale gelmektedir. İlaç tedavisinde sağlanacak uyum, kayıpları azaltması yanında, hastaların yaşam kalitesinin de artmasını sağlayacaktır (Demirkıran, Terakye 2001).

İlk atak tedavisi başlamış bir hasta da hemşirenin birincil hedefi; hastalığın akut belirtilerini yatıştırmak için hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamaktır. Belirtilerin yatışması ve iyileşmenin %70-80'i gerçekleşmiş bir hasta da ikincil hedef ise tedavinin sürekliliğinin sağlanması, hastanın takip ve tedavi sürecinde yeniden alevlenme ve tekrarların önlenmesi olmalıdır (Fidaner 1998, Schultz, Videback 2005). Şizofreni tedavisinde amaç; antipsikotiklerden üst düzeyde yararlanılırken, hastanın en az şekilde ilaç yan etkilerine maruz kalmasını sağlamalıdır.

Hemşireler tedaviye uyumda; hasta için etkili ve güvenli bir ilaç rejimi sağlamada sorumludur. Hastanın ilaç yan etkilerini tolere edip edemeyeceğini ve ilacın hastayı nasıl etkilediği konusunda hassas olmalıdır. Tedavi hakkında hastayı ve aileyi ilaç tedavisinin gerekliliğini ve uyum konusunun önemi hakkında hastayı bilgilendirmeli ve cesaretlendirmelidir. Hastaya yan etkileri izleme, yönetme ve doğru bir şekilde rapor etmeyi öğretmelidir. Hemşire hastanın tedavi sürecinde sorumluluğunu alırken, antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal sistem yan etkileri (EPYE), tardiv diskinezi ve nörolojik malign sendrom gibi yaygın gözlemlenen yan etkilere karşı hastayı yakın gözlem ve takip gerekliliğini de unutmamalıdır. Hastada oluşabilecek yan etkileri azaltıcı girişimler planlamalıdır (Dikeç 2014).

Şizofreni tanısı almış bir hasta da terapötik ilişki kurma, tedavinin devamlılığı ve hastanın bakım süreci için temeldir. Şizofreni hastalarının başkalarıyla yakın ve güvene dayalı bir ilişki kurabilmesi ve iletişime geçebilmesi için, daha fazla zamana gereksinimi vardır (Çam, Engin 2014). Literatüre göre tedavide süreklilik kadar tedavi ekibinin sürekliliği de önemlidir, uygulamada ise, hastaların aynı tedavi ekibini her seferinde bulmaları zor olmaktadır.

Şizofreni gibi kronik bir hastalığın tedavisinde ve rehabilitasyonunda başarı önemli ölçüde tedavinin ve tedavi ekibinin sürekliliğine bağlıdır (Çakır, İnem 2010). Tedavi ekibindeki süreklilik aynı ekibin hastayı takip ve tedavi etmesidir. Hastanın tedavi ekibini tanıması, yakınlığı ve güvenmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Lindstrom, Bingerfors 2000).

Ülkemizde hemşirelerin, şizofreni hastalarında tedaviye uyumla ilgili yaptığı birçok araştırmada, genellikle ilaç yan etkilerinin uyum üzerine etkisi üzerinde durulurken, hastaların tedaviye uyumunda bireysel özelliklerinin, hastalığa bağlı özelliklerin, tedavi süreci ve tedavi ekibiyle ilgili özelliklerin etkisi yanında hasta iç görünümünün ve PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve PANSS Genel psikopatoloji Ölçeği (The Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS) puanlarının dâhil edildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Hastaların ilaç uyumlarını etkileyen faktörlerin bilinmemesi nedeniyle bireye özgü eğitim ve izleme çalışmaları yapılmamakta ya da etkili olmamaktadır. Bu durum relaps oranlarının artmasına neden olabilmektedir. Çalışma sonucunun; tedavisi yatırılarak yapılan hastaların taburculuktan itibaren ve yatırılmadan ayaktan tedavisi planlanmış hastaların, kendilerinin ve ailelerinin izlemlerinin ve eğitimlerinin sağlanması amacıyla, psikoeğitim merkezinin kurulmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Amaç: Bu araştırma; GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesine ayaktan başvuran şizofreni tanısı almış hastaların ilaç uyum düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma soruları:

- 1-Ayaktan polikliniğe başvuran şizofreni hastalarının ilaç uyum ve uyumsuzluk düzeyleri nedir?
- 2-Bireye ait tanımlayıcı özellikler nelerdir?
- 3- Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
- 4- Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
- 5- Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
- 6-Bireye ait tanımlayıcı özelliklerin ilaç uyumuna etkisi nedir?

- 7- Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi nedir?
- 8- Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi nedir?
- 9- Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin ilaç uyumuna etkisi nedir?
- 10-İçgörü düzeyinin ilaç uyumuna etkisi nedir?
- 11-Şizofreni hastalarındaki pozitif ve negatif sendromların, ilaç tedavisine uyumdaki etkisi nedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1.ŞİZOFRENİ

2.1.1.Şizofreni Tanımı ve Tarihçe

Şizofreni; gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere, düşünme, duygulanım ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı, bireyden bireye değişken semptomatoloji sergileyen, sosyal geri çekilmenin eşlik ettiği, yeti yitiminin en fazla olduğu kronik ve sıklıkla relapslarla seyreden bir klinik sendromdur (Kaplan & Sadock 2005, Köroğlu 2007, Öztürk 2011). Şizofreni genel olarak yaşam boyu süren bir hastalıktır ve hastanın yaşam kalitesini düşürürken, mesleki ve sosyal işlevsellikte yetersizliklere yol açar (Öztürk 2011).

Eski çağ Yunan hekimlerinin yazılarında; şizofrenik türde belirtiler gösteren ruhsal hastalıkların tanımlandığına rastlanılmaktadır. Orta Çağ Avrupa'sında ruhunun şeytanın etkisine girdiği düşünülen hastaların şizofreni hastası olabileceği düşünülmektedir. 17. yüzyılda Willis'in, 18. yüzyılda ise Pinel'in şizofreni hastalığını çok az tanıdıklarına dair yazıları vardır. 18. yüzyılın başlarında John Haslam ve George Man'ın gençlik çağlarında başlayan içe kapanma ve düşünce bozuklukları ile giden bu sürece bir ad veremedikleri bozukluğun, şizofreni olduğu düşünülebilir. 1860 yılında Fransız psikiyatrist Morel "Dementia precox (erken bunama)" terimini ilk olarak kullanmıştır. Morel bu tanımları genç yaşlarda başlayıp dağınık hareketler sergileyen hastaları inceleyip yakın gözlem yaparak tariflemiştir. 1871'de Hecker hebefreniyi, 1874'de Kahlbaum katatonin belirtilerini tanımlamıştır. 1896 yılında Alman psikiyatrist Kraepelin bu iki şizofreni tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyip hepsini "Dementia praecox" tanısı altında toplamış ve bugün halen geçerli olan pozitif-negatif belirti kümelerinin ayrımında öncülük ettiği düşünülebilir. "Dementia praecox" terimine göre şizofrenide (1) erken başlama, (2) bunama olması gerekir diye açıklamıştır (Öztürk 2011).

İsviçreli Eugen Bleuler ise; Kraepelin'in savunduğu gibi bu hastalığın erken başlamasının ve bunamayla sonuçlanmasının gerekmediğini öne sürmüştür, bu hastalığa kişinin ruhsal hayatında ki ayrılmaya önem vererek "Schizophrenia" zihin bölünmesi ya da yarılmaya adını önermiş ve şizofrenide ki en önemli bulgunun düşünce yapısındaki

parçalanma olduğunu belirterek bu durumu çağrışımların bozulması olarak yorumlamıştır.

Günümüzde ise şizofreni klinik bir sendrom olma durumunu korurken biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenleri de içine alan, gidiş ve sonlanış gösteren bir bozukluklar kümesi olarak kabul edilmektedir (Öztürk 2011).

2.1.2.Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni her türlü toplumda en sık rastladığımız ruhsal bozukluklardandır. Gerçek sıklığı ve yaygınlığı üzerine veriler değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenliğin önemli nedenleri arasında; şizofreni hastalarının çoğunun aşırı rahatsızlık verici durumlar gelişmediği sürece ve içgörü yokluğu nedeniyle hastanelere başvurmayıp toplum içinde uyumsuz kişiler olarak kabul edilip yaşamlarını sürdürmeleridir. Ayrıca tanı ölçütlerinin ülkeden ülkeye değişiklik göstermesi de bu süreçte etkili olmuştur. Araştırmaların bir kısmının hastanede bir kısmının ise geniş nüfus taramalarıyla yapılması da farklı veriler elde edilmesine sebep olmuştur (Öztürk 2011).

Psikoz epidemiyolojisinde son dönemlerde önemli gelişme ve değişimler oluşmuştur (McGrath 2007). Bu değişimler;

a)Önceki verilerde şizofreninin yaşam boyu olan yaygınlığı her toplumda %1 olarak kabul edilse de 1960-2000 yılları arasında 46 ülkede yapılan bir araştırmaya göre yaşam boyu yaygınlık tahminlerinin daha geniş bir aralık ta (1000 kişide 4,6 ile 9,2 arası) heterojen bir dağılım gösterdiğini bildirmiştir (Saha ve ark. 2005).

b)Tam örneklem bilgisine dayanan bir Finlandiya araştırması, toplumun %3,5'ini etkilediği verisini sunmaktadır (Perala ve ark. 2007).

c)Erkeklerde psikoz gelişme riskinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu verisidir (McGrath ve ark.2004).

d)Türkiye’de psikotik bozuklukların sıklığına ilişkin çok sınırlı veri vardır. Buna rağmen Türkiye’de yeti yitimi ile yaşanan yılların %2,3’üne tekabül ettiğini ve yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında erkeklerde 9. ve kadınlarda 11. sırada yer aldığını hatırlamak bile değerli bir veridir (Sağlık Bakanlığı 2006, Binbay ve ark. 2007). Görülme sıklığının sosyodemografik özelliklere göre değişim göstermediği baz alınırsa, halen

dünya da 60 milyondan fazla, ülkemizde ise 350 bin şizofreni hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (Birsöz, Karaman 2003).

2.1.3 Etiyoloji

Şizofrenin nedenleriyle ilgili kesin kanıtlara dayalı bilgiler olmamakla beraber bu alana yönelik çalışmalar günümüzde halen devam etmektedir. Bu çalışmalar özellikle, genetik, nöroanatmik, biyokimyasal, nöropatolojik, nöroimmünolojik, psikososyal ve çevresel alanlar (olumsuz yaşam olayları, çevresel zorluklar, ailesel ya da diğer kişilerarası stres, toplumsal desteğin ya da kişisel dayanakların yetersizliği ya da kişinin zorluğunun olduğu alanla ilgili diğer bir sorun) (Süngü Sügün 2005) üzerinde durmaktadır.

Stres-Yatkınlık Modeli

Şizofreni konusunda yapılan çalışmalarda; şizofreninin oluşmasında birçok etkenin bir araya gelmesinin etkili olduğu düşünülmekte ve bu süreci açıklarken en çok “stres-yatkınlık modeli” kullanılmaktadır. Biyolojik, psikososyal ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşiminin anlatımı olan stres-yatkınlık modeline göre; kişisel olarak yatkınlığı olan bir kişi stresli bir durumla karşılaştığında şizofreni belirtileri gelişir. Stres biyolojik (örn: enfeksiyon) ya da çevresel (örn: yaşam alanının değişikliği, yakın bir akrabanın ölümü) olabilir (Kaplan & Sadock 2005).

Nörobiyoloji

Şizofreninin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarda, limbik sistem, serebellum, frontal korteks, talamus, beyin sapı ve bazal gangliayı içeren beynin belirli bölgelerinde patofizyolojik rollerin üstünde odaklanılmaya başlanmıştır (Kaplan& Sadock 2005).

Dopamin Hipotezi

Bu hipotez; şizofreninin aşırı dopaminerjik aktivitenin bir sonucu olarak ortaya çıktığını savunur. Ancak bu temel teori; dopaminerjik hiperaktivitenin, dopamin fazla salınımına mı, çok sayıda dopamin reseptörüne mi, dopamine karşı dopamin

reseptörlerinin hipersensitivitesine mi, veya bu mekanizmaların kombinasyonuna mı bağlı olduğunu açıklayamamaktadır (Kaplan&Sadock 2005).

2.1.4.Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreni de tipik bir başlangıç yoktur. Belirtiler kısa sürede şiddetli olarak sanrılar, varsanılar ya da bizar davranışlarla ortaya çıkabildiği gibi çok yavaş sinsi olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Genellikle 15-40 yaş sınırları arasında, çoğunlukla ise 18-25 yaşları arasında her çeşit ruhsal zorlanmayla başlayabilir (Öztürk 2011).

Şizofreni de tablo olarak genellikle pozitif belirtiler olarak nitelediğimiz; normalin dışında ki fazlalık, aşırılık olarak ortaya çıkan belirtiler ile negatif belirtiler diye nitelediğimiz; normal işlevlerde azalma, eksiklik ya da yokluk belirtileri gözlemleriz. Şizofreni hastalarında klinik değerlendirme de kullanılan ölçekler arasında PANSS-SANS (Negatif ve Pozitif Belirtileri değerlendirme ölçeği) yer alır. Bu ölçeklere göre:

Tablo 1. PANSS Negatif ve Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği

Pozitif Belirtiler	Negatif Belirtiler
1-Sanrılar	1-Duygulanımda küntleşme
2-Düşünce dağınıklığı	2-Duygusal içe çekilme
3-Varsanılar	3-İlişki kurmada güçlük
4-Taşkınlık	4-Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme
5-Büyükklük duyguları	5-Soyut düşünme güçlüğü
6-Şüphencilik, kötülük görme	6-Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı
7-Düşmanca tutum	7-Steriotipik düşünme

DSM V göre şizofreni tanısı koymak için karşılanması gereken kriterler:

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bölümünde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Dezorganize konuşma (örn; sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)

4.İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5.Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

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

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık (ya da başarılarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiye (bipolar) bozukluk dışlanır.

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

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

Görünüm ve davranış:

Şizofreni bireyden bireye değişik semptomoloji sergilediği için tipik bir genel görünüm tanımlanamaz. Çoğunlukla hastalarda; ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm gözlemlenir (Öztürk 2011). Bunun yanı sıra sebepsiz gülmeler, huzursuz tutumlar veya ani davranışlarda sergileyebilirler (Yavuz 2008). Garip, katı postürleri, kendi kendine konuşma, mırıldanma veya sesler duyuyormuş gibi hastanın etrafına bakınma davranışları gözlemlenebilir (Stahl 2015).

Konuşma ve ilişki kurma:

Konuşma ve ilişki kurma, şizofreninin türüne, ağırlığına ve hastanın içinde bulunduğu döneme göre değişkenlik gösterebilir. Ses tonunda azalma ya da artma olabileceği gibi duyguları belli etmeyen tek düzede olabilir. Kendiliğinden konuşma da ve sürdürme de azalma olabileceği gibi, konuşma da düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, bizzarlık, kalıplaşmış yinelemeler, çocuksuluk, çok konuşma ya da hiç konuşmama gözlemlenebilir. Sorulan sorulara teğetsel cevaplar verebilir (Öztürk 2011).

Duygulanım (Affect):

Şizofreni hastalarında genel olarak duygu azalmasından ve küntlüğünden söz edebiliriz. Hastalarla ilişki kurması zor olabilir (Öztürk 2011). Duygulanımda ayrıca uygunsuzluk, çökkünlük, taşkınlık, ambivalan gözlemlenebilir.

Bilişsel (Cognitive) Yetiler:

Şizofreni hastalarında genel olarak, bilinç ve yönelim bozulmamıştır. Zekâda belirgin bir gerileme olmasa da soyut düşünme yetisinde belirgin bozulma gözlenir. Akut dönemde oryantasyon genellikle bozulmamıştır. Prodromal dönemde ise hafızada azalma, yürütmede bozulmalar olduğu gözlenmiştir (Yavuz 2008). Şizofreni hastalarında belirgin algı bozuklukları olur. En önemli algı bozuklukları varsanılar (halüsinasyon) ve yanılsama (illüzyon) dır. Varsanı kısaca; objesiz algı, yanılsama; var olan objenin çarpıtılmasıdır. Varsanılar duyu organlarıyla ilişkilidir ve işitme, dokunma, görme, koku ve tat alma alanlarında olur. Şizofreni hastalarında ise en sık karşılaştığımız işitme varsanıdır (Öztürk 2011).

Düşünce:

Şizofreni de düşünce bozuklukları; düşüncenin yapısı, içeriği ve düşüncede oluşan regresyon olarak üç alana ayırarak değerlendirilebilir. Yapısal düşünce bozukluğu olarak en sık karşılaşılan tablo genel de çağrışımlarda gevşeme ya da düşünce çözülmesidir. Düşüncenin içeriği ile ilgili şizofreni hastalarında karşılaşılan başlıca bulgu ise sanrılardır. Sanrılar hastanın yaşadığı toplum, kültür ya da alt kültür özellikleriyle açıklanamayan, tartışma ya da kanıtlarla değiştiremediğimiz sarsılmaz düzeye ulaşmış yanlış inanış ya da düşüncelerdir. Düşünce regresyonu; soyutlama yetisinin bu hastalarda azalması durumudur (Üçok 2013).

Günlük yaşam becerilerinin bozulması:

Sosyal ve mesleki ilişkiler ve davranışlar sıklıkla bozulmuştur. Çoğu hasta kendi öz bakımını ihmal eder.

Hasta sağlıklı dönemiyle karşılaştırıldığında veya diğer aile üyelerine kıyasla banyo yapma, günlük kıyafet değişimi, tıraş olma, saç tarama gibi konularda kendisinden beklenen bakım düzeyini karşılayamaz. Bazı hastaların gereksiz eşya biriktirdiği, dağınık ve kirli oldukları gözlenebilir. Sosyal karşılaşmalardan genellikle çekinirler (Yavuz 2008).

Şizofreni de beyinde ki yapısal değişimler:

Türkiye’de 25 şizofreni hastasının ve 17 sağlıklı gönüllü bireyin katıldığı bir çalışma sonucu bulgular; şizofreni hastalarının frontal sistemlerindeki her iki yarıkürenin bağlantısında bir bozukluk olduğu görüşünü desteklerken; hemisferlerin posterior bölümleri arasında bağlantı bozukluğu olduğuna ilişkin yeterli kanıt bulamamıştır. Şizofreni alanında yapılan difüzyon tensor görüntüleme (DTG) çalışmaları ilerledikçe şizofreni hastalarında beyin bölgeleri arasında bağlantıyı sağlayan beyaz cevher bozukluğuna ilişkin daha çok kanıt elde edilecek ve bu kanıtlardan yola çıkılarak yeni sağıltım yöntemlerinin geliştirilmesi mümkün olabilecektir (Kitiş, Eker 2011).

Dopamin hipotezine göre ise, şizofreni hastaların da dopaminin regülasyonunda bozukluk mevcuttur. Bu hastalar da prefrontal kortekste dopamin seviyesinde azalma, subkortikal ve limbik bölgelerde ise artma olduğu ileri sürülmektedir. Kortikal dopamindeki azalmanın hipofrontalite, bilişsel işlevlerde bozulma ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu, artmış subkortikal ve limbik bölgelerdeki dopaminin ise pozitif belirtilerden yani hezeyan, halüsinasyon, bizar davranış ve konuşmalardan sorumlu olduğu düşünülmektedir (Köroğlu, Güleç, 2005).

Şizofreni Hastalığının Olumlu ve Olumsuz Gidiş Göstergeleri:

Olumlu gidiş göstergeleri:

- 1-Kadın cinsiyet, evli olma
- 2-Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması
- 3-Hastalığın geç başlangıçlı olması
- 4-Hastalık öncesi sosyal ve mesleki işlevselliğinin iyi olması
- 5-Yüksek zekâ düzeyi
- 6-Hastalığın pozitif belirtilerle ve akut başlaması
- 7-Katatonik ve paranoid türler
- 8-Kırsal kesimde yaşama

- 9-Hastanın aile desteğinin iyi olması (Öztürk 2011)
- 10-Hastalanmadan önceki kişilik örüntüsünün sağlıklı olması
- 11- Hastalanmadan önceki işlevselliğın sağlıklı olması
- 12-Sosyoekonomik düzeyin orta ve yüksek düzeyde olması
- 13-Prenatal komplikasyonların bulunmaması
- 14-Hastanın ve ailenin tedavi uyumunun yüksek olması
- 15-Hastalık belirtilerinin “ego distonik ” olması (Sönmez 2008).

Olumsuz gidiş göstergeleri:

- 1-Hastalığın erken yaşta başlaması
- 2-Belirtilerin sinsi ve yavaş başlaması
- 3-Negatif belirtilerin baskın olması
- 4-Hastaneye yatma sayının fazla olması
- 5-Ailede şizofreni öyküsünün varlığı
- 6-Hastanın ve ailenin hastadan beklentisinin yüksek olması (Öztürk 2011)
- 7-Hastanın hastalık öncesi kişilik örüntüsünün sağlıksız olması
- 8-Hastanın zekâ düzeyinin düşük olması
- 9-Hastanın hiç evlenmemiş olması
- 10-Erkek cinsiyet
- 11-Düşük sosyoekonomik düzey
- 12-Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması
- 13-Hastanın ve ailenin tedavi uyumunun düşük olması
- 14- Prenatal komplikasyonların bulunması (Sönmez 2008).

2.2. ŞİZOFRENİK BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE EN SIK KULLANILAN HEMŞİRELİK TANILARI

Sağlığı yönetme davranışları

Tanımlanan rejime uymada güçlük

Beslenmede dengesizlik-gereksiniminden fazla

Beslenmede dengesizlik-gereksiniminden az

Konstipasyon

Konstipasyon riski

Bilgi eksikliği

Bilgi düzeyini güçlendirmeye hazır oluş
İdrar tutamama
Kan glikoz düzeyinde değişkenlik riski
Karaciğer fonksiyonunda bozulma riski
Kendi kendine beslenmede eksiklik
Kendi kendine yıkanmada\ hijyeni sağlamada eksiklik
Öz-bakım eksikliği sendromu
Öz-bakımda güçlendirilmeye hazır oluş
Riskli sağlık davranışları
Sağlığı sürdürmede etkisizlik
Sağlığını etkisiz yönetme\ bireysel
Sağlığını yönetmede güçlenmeye hazır oluş
Uyku örüntüsünde rahatsızlık
Uyku yoksunluğu
Enfeksiyon riski
Üriner boşaltımda bozulma
Ümitsizlik
Güçsüzlük
Acı çekme

Anksiyete

İletişim Kurma

Sözel iletişimde bozulma
İletişimde bozulma
İletişimde güçlenmeye hazır oluş
Düşünme süreçlerinde bozulma
Yalnızlık riski

İlişki Kurma

Ebeveynlikte yetersizlik
Ebeveyn rolünde potansiyel değişim
Aile baş etmesinde yetersizlik
Aile baş etmesi-güçlendirilmeye hazır oluş
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma
Sosyal etkileşimin bozulması
Sosyal izolasyon

Rol performansında etkisizlik
Cinsel disfonksiyon
Ebeveyn rol çatışması
Benlik saygısında rahatsızlık
Benlik kavramını güçlendirmeye hazır oluş
Eğlence aktivitesinde eksiklik
Rol performansında etkisizlik

Hareket etme

Aktivite intoleransı
Aktivite planlamada etkisizlik
Amaçsız gezinme
Şiddet riski-başkalarına yönelik
Şiddet riski-kendine yönelik
Fiziksel mobilitede bozulma
Yorgunluk
Travma riski
Yaralanma riski
Düşme riski
Yürümede bozulma
Evin bakımını sağlamada yetersizlik
Kendi kendine giyinebilmede eksiklik
Yürümede bozulma
Dürtüsellik

Girişimler:

Ruh sağlığı hemşireleri, şizofreninin tedavi ve bakım aşamasında önemli rol oynarlar. Bu nedenle psikiyatri ve farmakoloji bilgilerini bakıma yansıtıp esnek ve kişiselleştirilmiş bakım planını oluşturup yürütebilmelidir (Barlas 2015).

Şizofreni de bakımın temel amacı; bireyin bağımsız şekilde işlevselliğini sürdürmesine yardımcı olmaktır. Bu bağlamda belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik hemşire kapsamlı ve geniş bir şekilde hastanın ve ailenin değerlendirilmesini yaparak müdahale planlar.

Müdahale olarak kapsamlı ve geniş bir şekilde hastanın ve ailenin gereksinimine göre; Krize müdahale, psikoeğitim, aile tedavileri, psikoterapiler, sanat terapileri, beceri eğitimleri vb. konularda danışmanlık yapabilir. Aynı zamanda fiziksel, duyuşsal veya öğrenme güçlüğü gibi ek sorunlar yaşayan hastalarda bakım esnek ve dinamik olmalıdır.

2.3. ŞİZOFRENİDE TEDAVİ

Yaklaşık olarak yüzyıl önce, psikiyatri de klinik olarak antipsikotik ilaç tedavisi uygulanmaya başlanmış ve bu olay bize şizofrenik bozuklukların denetlenip kontrol altına alınabilmesi için yeni bir dönem açmıştır. Çoğu ilaç ‘deneme-yanılma’ yöntemi ile bulunmuş olup psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılırken aynı zamanda patolojik mekanizma ve hastalığı anlamada da yardımcı olmuşlardır (Yılmaz 2004).

İlk antipsikotik sayılan klorpromazin de 1952 yılında Delay ve Deniker tarafından rastlantı eseri ortaya çıkmıştır ve şizofrenide hâlâ kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar merkezi konumda olmakla beraber, hangi antipsikotik ilacın kullanılacağıının belirlenmesinde tedavi etmeyi planladığımız belirti, hastanın kilosu, ilaca uyumu, hastanın yaşadığı veya yaşayabileceği yan etkiler, hastanın ekonomik durumu gibi birçok etken değerlendirilmektedir (Üçok 2013).

Şizofreni tedavisinde günümüz de ise tedavi seçenekleri artmakla beraber; ilaç tedavileri (Antipsikotikler = Nöroleptikler, Antidepresanlar, Anksiyolitikler, Duygu durum düzenleyicileri) ve Elektro Konvulzif Tedavi (EKT), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireysel psikoterapiler, aile ve grup terapileri ve uyumlandırma tedavileri (Kaplan & Sadock 2005, Öztürk 2008) gibi kompleks bir süreç izlenmektedir.

Şizofreni tedavisinde üç ana hedefe odaklanılmaktadır. Bunlar;

- 1-Hastanın yaşadığı belirtileri azaltmak veya ortadan kaldırmak
- 2-Psikososyal işlevselliği ve yaşam kalitesini maksimum düzeye çıkarmak
- 3-Hastanın kişisel yaşam hedefleri kazanmasına yardımcı olacak şekilde iyileşmenin desteklenmesidir (Alptekin ve ark. 2014).

İlaç tedavisinin etkili olabilmesi için ise; akut semptomlar, ilaca dirençli semptomlar, relapsları önleme, depresif semptomların eşlik etmesi, psikososyal tedavi ve rehabilitasyon gibi önemli noktalar göz önünde tutulmalıdır (Yavuz 2008).

2.4. ŞİZOFRENİ DE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMDA GÜÇLÜK

Uzun süreli ve yaşam boyu ilaç kullanılması gereken kronik ciddi ruhsal bozukluklarda ilaç uyumu, hastalık seyri açısından son derece önemlidir (Erkoç ve ark. 2001). Literatürlerde şizofreni hastalarında reçete edilmiş antipsikotik ilaçlara uyum sorunlarıyla ilgili çalışmalara rastlanmaktadır.

İlaç uyumsuzluğu relapsların önemli nedenlerinden biridir. Yapılan bazı çalışmalarda antipsikotik ilaçlarını düzenli almayan şizofreni hastalarında relaps oranının, ilaçlarını düzenli alan hastalara göre beş kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Day, Bentall ve ark. 2005, Bressington, Mui ve ark. 2013, Üçok, Polat ve ark. 2006).

Ülkemizde yapılan ve psikotik hastaların bir yıllık süreçteki yatış sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların %70,4'ünün düzensiz ilaç kullandığı, %18,5'nin hiç ilaç kullanmadığı, ancak %11,1'nin tedaviye uyumlu olduğu görülmüş, hastaların hastaneye getiriliş nedenleri açısından ilaç uyumsuzluğunun ilk sırada yer aldığı bulunmuştur (Sökmez 1998).

McGlashan ve Carpenter 1981 yılında yaptıkları çalışmalarında, ilk yatıştan sonraki 1(bir) yıl içinde tedaviye uyumsuzluk nedeniyle %40 oranında relaps görüldüğünü belirtmiş, başka bir çalışma ise iki yıl içerisindeki relaps oranının ise %50-75 olduğu belirtilmiştir (Masand, Narasimhan 2006). Ülkemizde Koç 'un (2006) yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarının %26'sının tedaviye uyumunun iyi, %74' ünün ise tedaviye uyumunun kötü olduğu bulunmuştur.

Tedaviye uyum problemleri hastaneye zorla yatışların artmasının yanı sıra yatış sürelerinin uzamasına, psikotik belirtilerin daha uzun sürede iyileşmesine, kötü prognoza ve intiharlara neden olmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. Tedaviye uyumsuzluk problemi olan hastalardaki bu durum, hastaların birlikte yaşadıkları kişileri

de etkilemekte, tükenmişliğe neden olmakta ve sağlık bakımının maliyetini artırmaktadır (Olfson, Mechanic ve ark. 2000, Day, Bentall ve ark. 2005, Tsang, Fung ve ark. 2009, Beck, Cavelti ve ark. 2011, Bressington, Mui ve ark. 2013). Buna ek olarak, yapılan maliyet etkinlik araştırmalarında, şizofrenik bozukluğu olan bireylerin tekrarlı yatışları için her yıl 2-3 milyon dolar harcandığı ifade edilmektedir (Yıldız 2011).

şizofreni hastaların da, akut relaps ve alevlenme dönemleri yaşandıktan sonra hiçbir zaman eski işlevsellik düzeyine tam olarak geri dönülemez. Geçirilen her bir psikotik atak sonrası hastanın yeniden iyileşmesi için gereken süre bir önceki iyileşme süresinden daha uzun olmaktadır. Ard arda yaşanan relaps ve ataklar işlevlerin biraz daha azalmasına sebep olduğu için hasta antipsikotik ilaç tedavisine daha az yanıt veriyor hale gelebilir (Stahl 2012).

Bununla beraber birden fazla psikotik atak geçirmiş olan hastalara kıyasla ilk atak psikotik hastalarının antipsikotik tedaviye daha iyi yanıt verdikleri bilinmektedir (Jeger, Riedel ve ark. 2007). Bu nedenle şizofreni de erken tedavi ve tedavi uyumu hastalık ve seyri üzerinde son derece önemlidir.

Tedaviye uyum terimiyle ilgili birçok açıklama yapılmış ama üzerinde tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Tedaviye uyum (compliance) sözlük anlamı ‘‘itaat’’, ‘‘rıza’’, ‘‘uyuma’’ anlamına gelmektedir ve hastanın kendisini tedavi eden hekimin klinik önerilerine uymasdır, diye açıklanmıştır. Tedaviye uyuma eşdeğer olan katılım (adherence), sürdürüm (maintenance), işbirliği (partnership), kendini ayarlama (self regulation) gibi sözcüklerle bakıldığında da tedaviye uyumun özellikleri ve doğası ortaya çıkmaktadır (Oral, şahin ve ark. 2002).

Başka bir çalışma da ise tedaviye uyum; hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip uygulaması, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, kontrollere gelmek, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, yaşam biçimini düzenlemek, hastalığı yönetmek tedaviye uyumun ögeleridir, diye açıklanmıştır (Velligan, Weiden ve ark. 2010, Roy, Jahan ve ark. 2005). Tedaviye uyumsuzluk, reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer davranışlarda bulunmak şeklinde olabilmektedir (Çakır, İnem 2010). Hastaların uyumları kıyaslandığında kısmi uyum en sık karşılaşılan uyumsuzluktur. Hasta, tedavisi için planlanan ilacı kullanır ancak ilaç dozunu doktorun önerisi dışında arttırıp azaltabilir veya doz atlayabilir (Boyd 2008).

Uyum oranları farklı yöntemlerle ölçülebilir ancak bunların hiçbirinin uyumu tam ve doğru biçimde ölçmede başarılı olmadığı belirtilmektedir. Uyum oranlarının ölçümünde iki önemli sorunla karşılaşmaktadır. İlki “uyum” teriminin her çalışmada ortak tanımlanmış bir kavram olmayışı, ikincisi uyumu ölçmede geçerli bir yol olmaması.

Bu konuda yapılan çalışmalarda veri toplama yöntemleri, objektiflik, doğruluk, güvenilirlik ve duyarlılık açısından farklılıklar bulunmakta, bu da; uyum problemlerinin karşılaştırılmasında sorun olmaktadır.

Hastaların ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilebilmesi için birçok yöntem vardır.

Bunlar:

-Sağlık ekibi tarafından hastanın uyum sorunu gösteren davranışların gözlenmesi ve tanınması

-Hastanın kendisinin ve yakınlarının ifadeleri

-Hastanın kullanması gereken ilaç ve kullanması gereken ilaç dozlarından arta kalan ilaçların sayımı (tablet sayısı vb.)

-Kan, tükürük ve idrar laboratuvar ölçümleri (Sajatovic ve ark. 2010)

-Elektronik izleme (ilaç şişe kapağına bir işlemci takılarak bilgisayar sisteminden kapağın açılıp kapanmasını ve zamanını izleme)

-Hastanın durumunda kötüleşme, hastalık belirtilerinin ya da alevlenmenin varlığı (Çakır ve ark. 2010)

-Planlanan randevulara uymada aksaklık ya da uymama, gibi izlemlerdir (Yılmaz 2004).

-Eczane kayıtları

Tedaviye uyumsuzlukla ilgili etkili ve yararlı teknikler geliştirebilmek için öncelikle tedavi uyumunu etkileyen nedenleri anlamak gerekir. Bunlar; hastaya ilişkin faktörler, hastalığa bağlı faktörler, iç görü eksikliği, tedavi ekibi ile ilgili faktörler, tedaviye ilişkin faktörler, aileye ilişkin faktörler, çevresel faktörler ve sosyal destek eksikliğidir (Çakır, İlnem ve ark. 2010).

Hastaya Bağlı Faktörler

Yapılan çalışmalarda hastanın yaşı, cinsiyeti, mental kapasitesi ve kişilik özelliklerinin tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda yaşı genç olan hastalarda, erkek hastalarda, bazı çalışmalarda ise geç yaş grubunda uyumsuzluğun daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Lacro ve ark. 2002). Farabee ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada ise hastaların yaşlarıyla tedavi uyumu arasında doğrusal bir ilişki olduğu belirtilmiş ve yaştaki her bir yıllık artışın tedavi uyumunu %7 oranında artmasına neden olduğu, hatta hastaların bütün özellikleri eşit olsa bile yaşın uyumu neredeyse iki kat arttırdığını belirtmişlerdir (Farabee ve ark. 2004).

Sosyo- ekonomik seviyesi düşük olan, evsiz olan hastalar da ve öyküsünde madde kötüye kullanımının var olması durumunda uyumsuzluk oranının daha yüksek olduğu, işsizlik, yalnız yaşama ve barınmada ki kötü koşulların tedaviye uyumsuzluk riskini arttırdığı bildirilmiştir (Kampman 2003, Koç 2006, Kemp ve Anthony 2001). Hasta bireyin, hastalık ve ilaçlarla ilgili inanç ve tutumu yanında verilen önerilere uyumu, kişilik özelliklerinden etkilenmektedir. Narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin eşlik etmesi uyumu olumsuz etkilemektedir (Çobanoğlu ve ark. 2003, Çakır ve ark. 2010).

Hastalığa Bağlı Faktörler

Sanrısız bozukluğu olan hastalar yan etkileri tehdit edici ya da girişimsel bir olay olarak yorumlayabilirken, manik epizod sırasında hasta, hastalığını yadsımakta ve tedaviye direnç gösterebilmektedir. Özellikle grandiozitenin tedavi uyumsuzluğunun yüksek oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Psikoza eşlik eden depresif belirtiler de uyumu azaltmaktadır (Kampman 2003).

Aker ve arkadaşları çalışmalarında; ilaç uyumsuzluğunu etkileyen etkenlerin başında, şiddetli psikopatolojinin geldiğini (%64,9) bildirmiştir. Ayrıca negatif belirtilerin, kötülük görme, kontrol edilme büyüklük sanrıları gibi pozitif belirtilerin tabloya hakim olması motivasyon eksikliği ve apati de uyumu bozmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu

ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olabilmektedir. Bu durum tedaviye olan inancı azaltmaktadır (Sağlam 2011, Çobanoğlu ve ark. 2003, Gray 2012).

Hastada eş tanıların varlığı uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktördür. Özellikle alkol ya da madde kullanımı eş tanıları tedavi uyumunu en fazla bozan iki tanı olarak belirlenmiş ilişkinin sebep mi, sonuç mu yoksa tesadüfi bir ortak bulunma mı olduğu tartışmalı bir bilgi olup bireyi baz alarak düşünülmesi gerektiği bildirilmiştir (Çobanoğlu ve ark. 2003, Çakır ve ark. 2010).

Perkins'in ve ayrıca Lacro ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, daha uyumlu hastaların daha fazla depresif belirtilerinin şiddeti arttıkça ilaç uyumunun da giderek bozulduğu belirtilmiştir. Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları tedaviye olan inancı azalttığı bildirilmiştir (Çakır, İlnem, Yener 2010).

İçgörü Eksikliği

İçgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Üstünsoy-Çobanoğlu, Aker ve ark.2003). Lacro ve arkadaşları ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Zayıf içgörü tedaviye uyumsuzluğun bir nedeni ya da sonucu olabilir.

İçgörisü iyi olan hastaların hastanede yatış süresinin, zayıf içgörisü olan hastalara oranla anlamlı şekilde az olduğu bulunmuştur. Hastaneye yatırılma sırasında iyi içgörü ile taburcu olan hastaların zayıf içgörisü olan hastalara oranla daha iyi prognoza sahip olduğu belirlenmiştir (Koç 2006). İçgörü ve uyum azlığı farklı sebeplerle açıklanmıştır. Bunlar; nörobilişsel eksiklikler, şizofreni hastalarının daha abartılı kullandığı savunma mekanizmalarından; inkâr ve yansıtmanın davranışa yansımaları, olabileceği belirtilmiştir (Çobanoğlu ve ark. 2003, Çakır ve ark. 2010).

İçgörü eksikliği tedaviye uyumsuzluk yanında, hastalığa karşı umutsuzluk, depresyon riski ve bilgilenme eksikliğini de beraberinde getirmektedir (Mohammed ve ark.2009, Çakır ve ark. 2010, Beck ve ark. 2011, Cavelti ve ark. 2012)

Tedavi Ekibi İle İlgili Faktörler

Olfson ve ark. 2000 yılında yaptığı çalışmalarda ilaç uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yattıkları sürede içerisinde de tedavi ekibiyle terapötik uyumlarının zayıf olduğunu belirlemiştir (Çobanoğlu ve ark. 2003, Çakır ve ark. 2010).

Tedavi ekibinin ilaçların etki ve yan etkileri konusundaki bilgisi, hastaya karşı empatik yaklaşımları ve terapötik ilişki kurabilme yetenekleri hastanın ilaç uyumu üzerinde etkilidir (Yurtsever, Kutlar ve ark. 2001).

Tedavi sürecinde süreklilik kadar tedavi ekibinin sürekliliğinin de önemli olduğu belirtilirken, hastaların tedavilerini düzenleyen ve takip eden ekibi her seferinde bulmalarının zor olduğu, şizofreni gibi kronik bir hastalığın tedavisinde ve rehabilitasyonun da başarı önemli ölçüde tedavinin ve tedavi ekibinin sürekliliğine bağlı olabileceği bildirilmiştir (Çakır, İlnem 2010).

Tedavi ekibindeki süreklilik, hastanın aynı ekiple tedavisini sürdürme anlamını taşımaktadır. Bu durum hem hasta açısından hem de ekip açısından çok büyük yararlar taşır. Hastanın tedavi ekibine yakınlığı, onları tanınması, güvenmesi, onlardan kabul ve destek görmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlar.

Ayrıca aynı ekip üyelerinin hastayı, yakınlarını ve bakım vericilerini bütünüyle tanıyor olmaları da hastaya yardımın zamanında ve etkin bir şekilde ulaşmasını sağlar (Lindstrom, Bingerfors ve ark. 2000, Happell, Manias ve ark. 2002).

Tedaviye İlişkin Faktörler

Tedaviye ilişkin faktörler; ilacın, etki mekanizması, uygulama şekli ve yan etkilerinden kaynaklanan faktörlerdir. Etkilerini çabuk gösteren ilaçlar genellikle geç gösteren ilaçlara nazaran daha az uyum problemi oluştururlar. Parenteral uygulama, depo preparatlarda olduğu gibi, hastanın uyumunu sağlamada en garantili yol olarak gösterilmektedir (Sofuoğlu, Turan 2000). Tedavi süresi, ilaç rejiminin karmaşık olması ve yaşam biçiminde görülen önemli değişiklikler uyumu etkiler (Draine, Solomon 1995, Muscari 1998 Kaynak: Yılmaz 2004 p. 26).

Aker ve arkadaşları çalışmalarında; uyum ile yazılan ilaç sayısı ve alınma sıklığı arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur (Aker, Üstünsoy ve ark. 2000). Bu çalışma da en sık görülen uyumsuzluk şeklinin doz atlamak olduğu gözlenmiştir. Uyumsuzluk aynı zamanda bazı sıkıntı verici yan etkiler yüzünden öğrenilen bir şey de olabilir. İlaçların istenmeyen yan etkileri hastayı sıkıntıya sokar ve uyumsuzluğa neden olur. Misdrahi ve

ark. yaptıkları bir çalışmada, hastaların tedaviyi bırakmalarının sebebinin nörolojik, endokrin, antikolinerjik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin ortaya çıkması olduğunu göstermiştir (Misdrahi, Llorca 2002).

Yapılan birçok çalışmada da hastaların %40'nın ilk 1 yıl içinde, %75'nin 2 yıl içinde çeşitli yan etkiler nedeni ile ilacı bıraktıkları bildirilmiştir (Aker, Üstünsoy ve ark. 2000).

Sedasyon uyumu olumsuz yönde etkileyebilir. Libido kaybı, erektil empotans, retrograd ejakulasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları %80 oranında gözlenir. Kilo alımı da uyumu olumsuz yönde etkileyen nedenlerdendir (Aker, Üstünsoy ve ark. 2000). Coldham, Addington ve ark. 2002 yılında, ilk epizodu geçirmekte olan psikoz hastalarında yaptıkları çalışmada; hastaların bir yıl içinde %40,9'unun uyumlu %39,3'ünün uyumsuz, %19'unun ise uyumunun yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Aileye İlişkin Faktörler

Şizofrenide tedavi uyumunu birçok faktör etkilemektedir, fakat bu etkenler arasında ailenin rolü üzerinde çok az durulmuştur. Ailenin ilaca ve hastalığa bakış tarzı ve tutumu ile duygu dışavurumunun yüksekliği tedaviye uyumu etkileyen nedenlerdir (Sellwood, Tarrrier ve ark. 2008). Ailede diğer psikotik hastaların bulunması da uyumu etkilemektedir (Aker, Çıtak ve ark. 1994).

Unutulmaması gereken bir başka önemli nokta da bazı aile üyeleri veya hasta yakınlarının zamanla yoruldukları ve bakım vericilikten, hastalığın sonuçlarıyla uğraşmaktan yılgınlığa düştükleri gerçeğidir. Bu durum önemszenmesi gereken ayrıca bir konudur (Kemp, Kirov ve ark. 1998, Kaynak: Çakır, İlnem ve ark. 2010 p. 54).

Cevresel Faktörler ve Sosyal Destek Eksikliği

McGlashan ve ark. çalışmalarında; aile ve arkadaş desteği bulunan veya herhangi bir işte çalışan hastaların tedaviye uyumunun etkileneceğini belirtmiştir. Çalışan hastaların, işyerinde ilaç kullanmaktan veya hastaneye gitmek için izin istemekten dolayı etiketlenebilecekleri kaygısı ile uyumsuz olabilecekleri, sıklıkla doz atlamak ve randevulara düzensiz gelmek şeklinde uyumsuzluk gösterebilecekleri bildirilmiştir. Ayrıca; sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan coğrafi uzaklık, randevuları bekleme zamanı, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen önemli nedenler arasında belirtilmiştir (McGlashan, Carpenter 1981 Kaynak: Çakır, İlnem ve ark.2010 p.54).

2.5. TEDAVİYE UYUMDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Doğurduğu ciddi sorunlar nedeniyle ilaç uyumsuzluğunun önlenmesi veya ilaç uyumunu artırmak, hasta ve sağlık ekibi için tedavinin en önemli amacı olmalıdır. Psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamaları; hemşirenin kişiler arası ilişki kurma, karar verme, yardım etme, sorun çözme ve eğitim becerilerini kullandığı önemli bir görev alanıdır. Hemşireler bu konuda hasta, aile ve bakım ekibi arasında bir köprü durumunda olduğundan hastanın ilaç rejimini izleme, yönetme ve bu konularda hastaya yardımcı olmada önemli bir role sahiptir.

Psikofarmakolojik tedavilerde hemşire; ilaç rejimine yönelik veri toplamak, ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemlemek, izlemek ve kaydetme, veriler ışığında bakımı planlamak, uygulamak ve değerlendirmek, hasta ve tedavi ekibi ile işbirliğini sağlayarak tedavi programının düzenlenmesine yardım etmek, hasta ve aileyi eğitmek ve taburculuk sonrası hastanın ilacını kullanmaya devam etmesi konusunda terapötik işbirliğini sağlamaktan sorumludur (Laraia 1991, Marland, Sharkey 1999).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011) ile hastane temelli tedavi modelinden, toplum temelli tedavi modeline geçiş söz konusudur ve bu eylem planı doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin tedavi uyumunu değerlendirme ve uyumu arttırmaya yönelik çalışmalar yapma ve klinik uygulamaları şekillendirme konusunda önemli sorumlulukları vardır.

Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde; tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite semptomlarını bilme-gözleme, hasta ve ailesini tedavi planına dâhil etme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımına dair veri toplama, tedavinin yarar ve zararlarını bilme gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir.

Ayrıca ülkemizde 08.03.2010 yılında resmi gazetede yayımlanan hemşire yönetmeliği de ilaçlar konusunda hemşirelere sorumluluklar yüklemektedir.

MADDE 5-(1)Hemşireler

a)Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği

bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbi tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri

MADDE 6 – (1) Hemşireler

- c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.
- ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.
- d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.
- e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

Sonuçta tedaviye uyumda hemşirelik bakımının amacı; hasta için etkili ve güvenli bir ilaç rejimi sağlamada sorumluluk almak olmalıdır. Hastanın ilaç yan etkilerini tolere edip edemeyeceğini ve ilacın hastayı nasıl etkilediği konusunda hassas olmalı, tedavi hakkında hastayı ve aileyi bilgilendirmeli, ilaç tedavisinin gerekliliğini ve uyum konusunun önemi hakkında hastayı bilgilendirmeli ve cesaretlendirmelidir. Hastaya yan etkileri izleme, yönetme ve doğru bir şekilde rapor etmeyi öğretmelidir. Hastada oluşabilecek yan etkileri azaltıcı girişimler planlamalıdır (Dikeç 2014).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; şizofreni hastalarında hastalık ve tedavi sürecinin ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla **tanımlayıcı** olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, 19 Haziran 2015 - 20 Ocak 2016 tarihleri arasında İstanbul Üsküdar ilçesinde hizmet veren, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği' ne ayaktan başvuran şizofreni hastaları ile yürütüldü.

- Araştırmanın evreni olan GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde 18 yatak (1 tanesi özel oda) açık bölüm hastalarına 18 yatak kapalı bölüm hastalarına, 4 yatak tutuklu bölümü hastalarına aittir. Psikiyatri servisinde toplam 5 hemşire, 1 sorumlu hemşire, 11 doktor, 4 psikolog, 2'si sözleşmeli toplam 8 hasta bakıcı, 7 gardiyan, 1 veri hazırlama memuru, 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır.
- Batı bölgesinde bulunan askerlik şubeleri ve bağlı kıta hastaneleri merkez hastane olarak tüm yoklama erlerini ve sevk erlerini GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesine sevk etmektedirler. Dolayısıyla daha önce tedavi görmüş ya da hiç tedavi edilmemiş tüm asker adayları bu merkeze zorunlu başvuru yapmaktadır. Ayrıca, askerlik sürecinde rahatsızlanan ilk atak psikotik hastaların sevk edildiği ve yatarak tedavi gördüğü merkez, tedavi süreci ve takibi içinde ayrı bir öneme sahiptir. Hastaların tüm heyet işlemleri klinik ve poliklinikler tarafından yapılmaktadır.
- Kliniğe tedavi ve tedavinin yeniden düzenlenmesi gibi sorunlarla yatırılan hastalar, yatarak tedavi süreci sonlandırılıp taburcu edildikten sonra aylık ve üç aylık poliklinik kontrollerine çağrılmaktadır. Hastanın altı aylık takibinden sonra askerlikle ilişkisi sonlandırılmaktadır. Askerlikle ilişkileri sonlandırılan hastalar için daha sonraki süreçte herhangi bir takip programı izlenmemektedir. Ancak hastanın takiplerine devam etmek için polikliniklere başvurması halinde hastalar merkeze her zaman kabul edilmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine bir yılda ayaktan başvuran yaklaşık 800 şizofreni ve psikotik hasta başvurusu olmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesaplama formülüne göre;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

N= Evrendeki birey sayısı =800

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) 0.40

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı = 0.40

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma = 0.05

t:1.96 dır.

α _ =0.05 de ∞ serbestlik derecesindeki t değeridir.

$$n = \frac{800 \times (1.96 \times 1.96) \times (0.20 \times 0.80)}{(0.05 \times 0.05) \times (800 - 1) + (1.96 \times 1.96) \times (0.20 \times 0.80)}$$

n=188

Araştırmaya; şizofreni tanısı ve ilaç tedavisi alan, 18 yaş üstünde ayaktan polikliniğe başvuran, Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur (Rıza) Formunu imzalamayı kabul eden, tüm hastalar örnekleme dâhil edildi. 210 hasta çalışmaya kabul edilip, bir hastanın bilgi alma sırasında paranoid düşüncelerinin artması üzerine çalışmadan çıkarılmış ve **örnekleme 209 hasta oluşturmuştur**. Çalışmanın verileri 19 Haziran 2015 - 20 Ocak 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri:

- 1-Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 2-Şizofreni tanısı almış ve şizofreni tedavisi alıyor olmak
- 3-18 yaş üstünde olmak
- 4-İletişim kurmakta güçlük yaşamamak
- 5-Bilişsel yetersizliği olmamak
- 6-Ayaktan hasta konumunda olmak

3.4.2.Dışlanma Kriterleri

1-Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş, dezorganize hastalar çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak elde edilmiştir:

- 1-Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (EK-2)
- 2-Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS) (EK-3)
- 3-Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYEDÖ) (EK-4)
- 4-İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) (EK-5)
- 5-PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji Ölçeği (PANSS) (EK-6)

3.5.1.Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Literatür bilgisine uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanan ve toplam 40 sorudan oluşan ‘‘tanıtıcı özellikler bilgi formu’’ nda dört bölüm bulunmaktadır. Anket formu;

1.Bölüm: Bireylerin tanımlayıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, kronik hastalık, meslek, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir düzeyi, evde kiminle yaşadığı, madde öyküsü, ailede ruhsal öykü)

2.Bölüm: Bireylerin hastalık sürecine ait özellikleri (tanı, hastalığın başlangıç yaşı, tedavisiz geçen süre, hastaneye yatış sayısı, hastaneye yatış nedeni, önerilen tedavilere uyumu, ilaç tedavisine uyumu, hastanın tedavi sürecinde yaşadığı sorunlar ve önerileri)

3.Bölüm: Bireylerin tedavi programına ait özellikleri (kullandığı ilaçlar, kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz, kullanılan ilaç formu, günlük alınan ilaç sayısı, ilaç dozunu yeterli bulma, doktor önerisi dışında ilaç dozunu azaltma, doktorun önerisi dışında ilaç dozunu arttırma, ilaç dozunu değiştirme nedeni, ilaç almayı bırakma, ilaç bırakma nedenleri)

4.Bölüm: Bireylerin ilaç tedavisiyle ilgili bilgilendirme durumuna ait özellikleri (ilaç tedavisi hakkında bilgi alması, eğitimi kimin verdiği, eğitimin nerede anlatıldığı, eğitimde neler anlatıldığı, eğitimin süresi, eğitimin yeterliliği, sürekli takip eden doktor ve hemşire var mı, derneklerden yararlanma) sorgulayan 40 soruyu içermektedir.

3.5.2.Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

Psikiyatrik hastalarda tedaviye katılımı ve uyumu ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan MARS, 'Evet-Hayır' şeklinde cevap verilecek olan 10 soruyu içerir. Klinik ortamda hastalar için uygulanabilecek basit bir testtir. Ölçek değerlendirilirken; ölçekten alınan 0-7 puan zayıf uyumu, 8-10 puan yüksek uyumu gösterir (Thompson, Peveler ve ark. 2000). Türkiye'de geçerlilik çalışmasını Koç (2006) yapmıştır. Psikiyatrik hastalarda tedavi katılımını ölçmek için kullanılan DAI' dan (Drug Attitue Inventory) daha fazla geçerliliğe sahip olduğu belirtilmektedir.

3.5.3.Liverpool Üniversitesi Nöroleptiklerin Yan Etkilerini Değerlendirme Ölçeği (LÜNYEDÖ)

LÜNYEDÖ Day ve ark. tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Day, Wood ark. 1995, Day, Kinderman ve ark. 1998). Yılmaz tarafından ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Yılmaz, Buzlu 2006).

LÜNYEDÖ geliştirilirken, nöroleptik yan etkileri değerlendirmede en kapsamlı ölçeklerden biri olan klinik uygulamalarda sık kullanılan The UKU (Ugvalg for Kliniste Undersgelses) Side Effect Rating Scale-UKU Yan Etki Derecelendirme Ölçeği' nden yararlanılmıştır.

LÜNYEDÖ klinik uygulamada hasta tarafından doldurulur ve hastanın son bir ay içinde listede belirtilen yan etkileri ne yoğunlukta yaşadığını değerlendirmeyi amaçlayan beşli likert tipi (0: Hiç yok 1: Çok az 2: Az 3: Oldukça 4: Çok fazla) bir ölçektir. Ölçek 51 maddeden oluşur, ekstrapiramidal, antikolinergik, otonomik, genel, psikolojik,

allerjik, hormonal yan etkiler ve nöroleptik yan etkisi olarak bilinmeyen dikkati başka yöne çeken (red herring) etkileri içeren sekiz alt grubu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Toplam yan etki puanının hesaplanmasında araştırmacının isteğine göre dikkati başka yöne çeken maddeler ayrı veya birlikte hesaplanabilmektedir.

Hastanın ölçekten aldığı toplam puanlara göre, hastaların yan etkileri ne şiddette yaşadığı belirlenir. Ölçek sonucu değerlendirilirken; 0-7 puan arası çok hafif yan etki, 8-27 puan arası hafif yan etki, 28-58 puan arası orta yan etki, 59-80 puan arası şiddetli yan etki, 80 puan üzeri çok şiddetli yan etki olarak değerlendirilmektedir.

Ölçekteki 51 maddede toplam puan kadınlar için 0-204, erkekler için 0-196 puan arasındadır (Yılmaz, Buzlu 2006, Day, Kinderman ve ark. 1998).

3.5.4.İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

İçgörünün var ya da yok şeklinde değerlendirilemeyeceğini belirten Davit (1990), tedaviye uyum, hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımlama gibi üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği' ni (İÜBDÖ) geliştirmiştir. Ölçek 8 sorudan oluşur ve klinisyen tarafından uygulanan yarı yapı yapılandırılmış bir ölçektir.

İlk 7 (yedi) sorudan alınabilecek en yüksek toplam puan 14 tür. Sekizinci soru hipotetik (varsayımsal) olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeyi yapan klinisyene bırakılmıştır. Sekizinci soru ile birlikte ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 18 dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından Türkçe' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.5.5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte ilk 7 (yedi) soru hastanın yaşadığı pozitif belirtileri, diğer 7 (yedi) soru hastanın yaşadığı negatif belirtileri,

16 soru ise hastadaki genel psikopatolojiyi ölçmek amacıyla 30 sorudan oluşturulmuştur. Ölçekte yer alan pozitif, negatif ve genel psikopatoloji puanlarının yanı sıra toplam PANSS puanı olmak üzere ölçek sonucunda dört ayrı veri elde edilir. Şiddet değerlendirmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Ölçekte 1=Yok, 2=Çok hafif, 3=Hafif, 4=Orta, 5=Orta/Ağır, 6=Ağır, 7=Çok ağır' ı karşılar. Pozitif ve Negatif Belirtiler alt ölçekleri için potansiyel puan aralığı 7-49 arasında, Genel psikopatoloji puan aralığı 16-112'dir. Kostakoğlu (Anıl) ve arkadaşları (1999) tarafından ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Görüşmeler, GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği' ne ayaktan başvuran şizofreni hastalarıyla yapıldı. Soru formları yanıtlandırılmadan önce araştırmacı kendini tanıtip; araştırmanın amacı, nasıl yapılacağı ve sonucunda edineceğimiz verilerin sağlayacağı katkılar hakkında bilgi verilmiştir.

Tanıttıcı özellikler bilgi formu, araştırmacının gözetiminde poliklinik odasında soru cevap şeklinde uygulandı.

LÜNYEDÖ çalışmaya katılan hastaların kendileri tarafından yanıtlanırken, okuma yazma bilmeyen hastalara araştırmacı tarafından okunarak uygulandı.

MARS, İÜBDÖ ve PANSS ölçekleri; araştırmacı tarafından, hastalar ile karşılıklı görüşme yaparak uygulandı. Görüşme süresi hastaların ifadelerine göre değişmekle birlikte 15-30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen tüm veriler amaçlar doğrultusunda bilgisayar ortamında SPSS 20. 0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Ölçekler puanlanarak ayı ayrı toplandı ve bireylerin her ölçeğe ait puanları belirlendi.

Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında; Mann Whitney U testi kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için; Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu (EK-8) yazılı izini, ayrıca çalışmanın yapıldığı GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nden Kurum İzni (EK-7) yazılı olarak alınmıştır. Çalışma, çalışmaya katılan tüm hastalardan yazılı olarak bilgilendirilmiş olur (rıza) formu (EK-1) ile onamları alınarak yapıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmada polikliniğe başvuran şizofreni tanısı almış kadın hasta sayısının az olması.

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler aşağıda belirtilen başlıklar altında özetlenmiştir:

1- Bireylerin tanımlayıcı özellikleri

- 2- Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri
- 3- Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri
- 4- Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri
- 5- Araştırmada uygulanan ölçeklerin (MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji ölçeği) çalışmanın sonucuna göre puan ortalamaları
- 6- Araştırmada uygulanan ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerinin karşılaştırılması
- 7- Bireye ait tanımlayıcı özellikler ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 8- Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 9- Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması
- 10- Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

4.1. Bireylere Ait Tanımlayıcı Özellikler

Çalışma, şizofreni tanısı almış ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 209 hasta ile yapıldı. Tablo 4-1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4-1: Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=209)

		Min-Max	Ort±SS
Yaş		19-72	30,54±12,22
		n	%
Cinsiyet	Erkek	191	91,4
	Kadın	18	8,6
Öğrenim Durumu	Lise	67	32,1
	Ortaokul	64	30,6
	Yüksekokul	44	21,1
	İlkokul\Okuryazar\ Okuryazar olamayan	34	16,2
Medeni Durum	Bekâr	167	79,9
	Evli	30	14,4
	Boşanmış	12	5,7
Yaşadığı Yer	Şehir merkezi	155	74,2
	İlçe\Köy	54	25,8
Kronik Hastalık	Hayır	178	85,2
	Evet	31	14,8
Çalışma durumu	Çalışmıyor	148	70,8
	Çalışıyor	61	29,2
Sosyal Güvence	Var	187	89,5
	Yok	22	10,5
Sosyal Güvence	SGK	102	48,8
	Askerliğe Bağlı	66	31,6
	Yok	20	9,6
	GSS	9	4,3
	Yeşil Kart	7	3,3
	Özel Sigorta	2	1
	Engelli Raporu	2	1
Bağ-Kur	1	0,5	
Gelir Düzeyi	Orta	146	69,9
	Düşük	59	28,2
	Yüksek	4	1,9

Tablo Devamı 4-1: Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=209)

		n	%
Kiminle Yaşadığı	Anne ve baba birlikte	127	60,8
	Sadece anne	27	12,9
	Eş ve çocuklar	25	12
	Yalnız	11	5,3
	Arkadaş	11	5,3

	Anne, baba, eş ve çocuk	4	1,9
	Sadece baba	3	1,4
	Evsiz	1	0,5
Madde kullanım Öyküsü	Var	132	63,2
	Yok	77	36,8
Kullandığı Madde	Sigara	109	52,2
	Yok	76	36,4
	Alkol ve sigara	13	6,2
	Sigara ve esrar	3	1,4
	Sigara ve bonzai	3	1,4
	Esrar	3	1,4
	Alkol	1	0,5
	Bali-tiner	1	0,5
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Yok	145	69,4
	Var	64	30,6
Meslek	Yok	78	37,3
	İşçi	41	19,6
	Memur	32	15,3
	Serbest	25	12
	Emekli	18	8,6
	Esnaf	15	7,2

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun, %91,4 erkek ve %79,9 bekâr olduğu görülmektedir. Hastaların; %32,1' i lise mezunu olduğunu belirtirken, %74,2' si şehir merkezinde yaşadığını, büyük çoğunluk %85,2 psikiyatrik hastalık dışında kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir.

209 hastanın, %63,2' si madde kullanım öyküsünün olduğunu, %52,2' sinin kullanılan madde olarak nikotini belirttiği, %89,5' i sosyal güvencesinin bulunduğunu, %70,8' i herhangi bir işte çalışmadığını, %37,3' ü hiçbir mesleğinin olmadığını, %69,9'u gelir düzeyini orta seviyede algıladığını, %60,8' i evde anne ve babasıyla yaşadığını ve % 69,4' ü ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığını belirtmiştir.

4.2. Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri

Araştırma sonucunda elde edilen bireylerin hastalık sürecine ait verileri Tablo 4-2'de sunulmuştur.

Tablo 4-2: Bireylerin Hastalık Sürecine Ait Tanımlayıcı Özellikleri (n=209)

		Ort±SS	
Hastalığın başlangıç yaşı		21,6±7,82	
		n	%
Tanı	Şizofreni	161	77
	Organik olmayan psikoz	48	23
Tedavisiz geçen süre	Yok	102	48,8
	0-1 yıl	64	30,6
	2-3 yıl	18	8,6
	4-5 yıl	6	2,9
	10 yıl üstü	8	3,8
	6-10 yıl	11	5,3
Hastaneye yatış sayısı	1	66	31,6
	2	65	31,1
	Yok	33	15,8
	3	23	11
	6 ve üstü	11	5,3
	4	7	3,3
	5	4	1,9
Yatış nedeni	Hastalık belirtilerinin ortaya çıkması	137	65,6
	Yatış yok	33	15,8
	Ailenin zorla getirmesi ve hastalık belirtileri	17	8,1
	İlaç yan etkisi ve hastalık belirtileri	6	2,9
	Tedavinin yeniden düzenlenmesi	4	1,9
	Ailenin zorla getirmesi	4	1,9
	Hastalık belirtileri ve tedaviyi yeniden düzenleme	3	1,4
	İlaç yan etkisi ve tedaviyi yeniden düzenleme	3	1,4
	İlaç yan etkisi	1	0,5
	Evden uzaklaşmak	1	0,5
Kontrollere uyum	Düzenli geliyor	117	56
	Düzensiz geliyor	92	44
İlaç tedavisine uyum	Düzenli kullanıyor	130	62,2
	Düzensiz kullanıyor	74	35,4
	İlaç kullanmıyor	5	2,4

Çalışmaya alınan 209 hastada hastalığa ait tanımlayıcı bulgular incelendiğinde; hastaların yaklaşık yarısının, %48,80'ninin hastalığının başlangıç evresinde tedavisiz geçen süresinin olmadığı ve doğrudan tedaviye yönlendirildiği, %30,6'sının 0-1 yılı tedavisiz olarak geçirdiği, çok az hastanın %2,9'nun ise hastalığının başlangıç evresini 4 ile 5 yıl arasında tedavisiz olarak geçirdiği görülmüştür.

Hastaların hastaneye yatış sayısı incelendiğinde; %31,6'sının sadece 1 (bir), %31,1'nin 2 (iki) kez hastaneye yattığı belirlenirken, yatış nedeni olarak, çoğunlukla %65,6'sının hastalık belirtilerinin ortaya çıkması nedeniyle yatırıldığı, %15,3'nün ise hiç hastaneye yatmadığı belirlenmiştir.

Hastaların ilaç tedavisine uyumunu değerlendirdiğimizde %62,2'sinin düzenli ilaç kullandığı, %35,4'nün düzensiz ilaç kullandığı, %2,4'nün hiç ilaç kullanmadığı verilerine ulaşılmıştır. Kontrollere %56'sının düzenli olarak geldiği, %44'nün düzensiz olarak kontrollere geldiği görülmüştür.

Tablo 4-3: Bireylerin Hastalık Sürecinde Yaşadığı Sorunları ve Önerileri İle İlgili İfadelerinin Dağılımı (n=209)

Çalışmaya katılan bireylerin, hastalık sürecinde yaşadığı sorunlar ve önerileri tablo 4-3'de sunulmuştur.

	n	%
Yok	50	23,9
Psikiyatrik ilaç kullanmak istememek	34	16,3

	Hastaneye ulaşım ile ilgili sorunlar	23	11
	İlaç yan etkileri	22	10,5
	Çevrenin hastalığı ile ilgili olumsuz tutumları	16	7,7
	İlaçların bağımlılık yapmasından korkma	13	6,2
	Bürokratik işlemlerle ilgili sorunlar	10	4,8
	Hastane masrafları ve ilaç ücretleriyle ilgili sorunlar	9	4,3
	İlaç ücretleriyle ilgili sorunlar	3	1,4
	Hastane masrafları ve ilaç ücretleriyle ilgili sorunlar	3	1,4
	Sağlık çalışanlarının yeterince zaman ayırıp bilgi vermemesi	3	1,4
	Yatırılma korkusu	2	1
Hastalık Sürecinde	Negatif belirtiler	2	1
Bireylerin Yaşadığı Sorunlar	İlaç yan etkileri, psikiyatrik ilaç kullanmak istememek, İlaçların bağımlılık yapmasından korkmak	2	1
	İlaç ve hastane masrafları, psikiyatrik ilaç kullanmak istememek, hastalığı ile ilgili olumsuz tutumlar	2	1
	Sağlık çalışanlarının ilgisiz davranması	2	1
	Madde kullanımı	1	0,5
	Bürokratik işlemlerle ilgili sorunlar ve ilaçların bağımlılık yapmasından korkmak	1	0,5
	Sağlık çalışanlarının yeterince zaman ayırmaması	1	0,5
	Askerde ilaç kullanırken nöbetlerde zorlanma	1	0,5
	İlaç ve hastane masrafları ve ilaç yan etkileri	1	0,5
	Ulaşım ile ilgili sorunlar, ilaç ücretleri, çevrenin hastalığı ile ilgili olumsuz tutumları	1	0,5
	İlaç yan etkileri	1	0,5
	Aileye bağımlı olmak	1	0,5
	*Diğer	6	2,9

* Randevu almada zorlanma, iyileşememe kaygısı, umutsuzluk

Tablo devamı 4-3: Bireylerin Hastalık Sürecinde Yaşadığı Sorunları ve Önerileri İle İlgili İfadelerinin Dağılımı (n=209)

	n	%
Yok	174	83,3
Aile ile beraber yaşamak	9	4,3
Hastaneye gelmeden işlemlerin yapılması	8	3,8
Hastanede işlemlerim çabuk bitse	4	1,9
Beni aynı ekibin takip ve tedavi etmesini isterim	3	1,4
Hastaneleri daha yakın yapmalar ve ücretsiz ulaşım sağlansa	3	1,4
İlaçsız tedavi olsa	3	1,4
İlaçlarım ücretsiz olsa	2	1

Hastaneye yatırılmadan tedavi edilsem
Ailem daha ilgili olsa

2 1
1 0,5

Hastaların, hastalık sürecinde yaşadığı sorunlar incelendiğinde; %23,9'u tedavisi süresince hiçbir sorun yaşamadığını belirtirken, %16,3'ü sorun olarak psikiyatrik ilaç kullanmak istemediğini, %11'i hastaneye ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadığını, %10,5'i ilaç yan etkilerini sorun olarak belirttiği, %7,7'sinin çevrenin hastalığıyla ilgili olumsuz tutumlarını sorun olarak tanımladığı, %6,2'si ilaçların bağımlılık yapmasından korktuğunu belirtmiştir.

Hastaların hastalık sürecini daha rahat geçirmek için önerileri sorulduğunda; %83,3 hiçbir önerisi olmadığını belirtirken, %4,3'ü hastalık bakımı süresince, ailesiyle beraber yaşamak istediğini belirtmiş, %3,8'i bu süreçte hastaneye gelmeden işlemlerinin devam etmesini, %1,9'u hastanede işlemlerimin çabuk bitirilmesi şeklinde önerilerde bulunmuştur.

4.4. Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Tanımlayıcı Özellikleri (n=209)

Araştırma sonucunda elde edilen hasta bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri Tablo 4-4' de verilmiştir.

Tablo 4-4: Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Tanımlayıcı Özellikleri (n=209)

	Ort±SS	
Hastaların ilaç kullanım yılı	7,22+8,39	
Hastaların kullandığı günlük ilaç sayısı	3,74+2,5	
	n	%
Oral	149	71,3

Kullanılan İlaç Form	Depo form ve oral form birlikte	47	22,5
	Ağızda eriyen ve depo form birlikte	10	4,8
	Sadece depo form	3	1,4
Kullanılan İlaçlar	Antipsikotik	80	38,3
	Antipsikotik ve antikolinergik	47	22,5
	Antipsikotik ve duygu durum düzenleyiciler	19	9,1
	Antipsikotik ve antidepresanlar	18	8,6
	Antipsikotik, antikolinergik ve duygu durum düzenleyiciler	13	6,2
	Antipsikotik, antikolinergik ve antidepresan	13	6,2
	Antipsikotik ve diğer sağlık sorunlarıyla ilgili ilaçlar	8	3,8
	Antipsikotik, antidepresan ve duygu durum düzenleyiciler	6	2,9
	Antipsikotik ve anksiyolitikler	5	2,4
	İlaç Dozu Yeterliliği	Evet	155
Hayır		40	19,1
Kısmen		14	6,7
İlaç dozu azaltma	Hayır	122	58,4
	Evet	81	38,8
	Bazen	6	2,9
İlaç dozu arttırma	Hayır	129	61,7
	Evet	72	34,4
	Bazen	8	3,8

Tablo devamı 4-4: Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Tanımlayıcı Özellikleri (n=209)

		n	%
İlaç dozunu değiştirme nedeni	Değiştirmedim	115	55
	Şikâyetlerimin azalması, artması ve ilaç yan etkiler nedeniyle değiştirdim	39	18,7
	Şikâyetlerimin azalması, artması ve ilaçsız başarabilirim nedeniyle değiştirdim	18	8,6
	İlaçsız başarabilirim düşüncesiyle	11	5,3

	Şikâyetlerimin artması nedeniyle arttırdım	10	4,8
	Yan etkilerin artması nedeniyle	9	4,3
	Şikâyetlerimin azalması nedeniyle azalttım	5	2,4
	Unutkanlık	2	1
İlaç bırakma	Evet	150	71,8
	Hayır	59	28,2
İlaç bırakma nedenleri	Bırakmadım	59	28,2
	İlaçsız başarabilirim düşüncesiyle	48	23
	Yan etkiler nedeniyle	27	12,9
	Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi ile	19	9,1
	İlaçların bağımlılık yapmasından korkma	13	6,2
	İçgörü kaybına bağlı	9	4,3
	İlaç temin etmede zorluk	8	3,8
	İlaç yan etkileri ve ilaçsız başarabilirim düşüncesi ile	6	2,9
	Madde kullanımı nedeniyle	4	1,9
	İlaç yan etkileri, tedavinin işe yaramadığı düşüncesi ve unutkanlık	4	1,9
	Hastaneye gelmek istememekten dolayı	4	1,9
	Unutkanlık	3	1,4
	İyileşim düşüncesiyle	2	1
	Bilgisizlik nedeniyle	2	1
İlaç yan etkileri ve yeniden atak geçirme nedeniyle	1	0,5	

Hastaların ilaç tedavi programına ilişkin tanımlayıcı özelliklerinde; hastaların $7,22 \pm 8,39$ yıl ortalamasında ilaç kullandığı ve %71,3'ünün oral ilaç formu, %22,5'nin depo formu ile birlikte oral ilaç formu kullandığı belirlenmiştir.

Hastaların ilaç grubu olarak, %38,3'nün sadece antipsikotik ilaç kullandığı, %22,5'nin antipsikotik ve antikolinerjik ilaç grubunu bir arada kullandığı ve günlük ilaç sayısının ortalama $3,74 \pm 2,5$ aralığında dağıldığı bulunmuştur.

Çalışmadaki hastaların %74,2'sinin doktor tarafından planlanan tedavisinde ilaç dozunu yeterli bulduğu belirlenmiş, %58,4'nün doktorun önerisi dışında

ilaçlarını azaltmadığı, %61,7'sinin doktorun önerisi dışında ilaçlarını arttırmadığı, %38,8'nin doktorun önerisi dışında ilaç dozunu azalttığı, %34,4'nün ilaç dozunu doktorun önerisi dışında arttırdığı bulunmuştur. Hastaların ilaç değiştirme nedenleri arasında hastalar; %18,7 şikâyetlerinin azalması, artması ve yan etkiler nedeniyle ilacına müdahale ettiğini belirtmiştir.

Hasta bireylerin %71,8'i ilaç tedavisi süresi içerisinde ilaçlarını en az bir defa bıraktığını, %28,2'si tedavisi süresince ilaçlarını hiç bırakmadığını ifade etmiştir. İlaçları bırakma nedenleri incelendiğinde sırasıyla; %23'ünün ilaçsız başarabilirim düşüncesi ile, %12,9'nun ilaç yan etkileri nedeniyle, %9,1'nin tedavinin işe yaramadığı düşüncesiyle bıraktıkları bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo 4-5. Bireylerin İlaç Tedavileriyle İlgili Bilgilenme Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmanın sonuç verilerine göre; bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ilişkin tanımlayıcı özellikleri tablo 4-5' de verilmiştir.

Tablo 4-5. Bireylerin İlaç Tedavileriyle İlgili Bilgilenme Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Bilgi alma durumu	Hayır	105	50,2
	Evet	104	49,8

	Verilmedi	105	50,2
	Doktor	73	34,9
	Hemşire ve doktor	12	5,7
	Psikolog	9	4,3
Eğitimi veren kişi	Hemşire	6	2,9
	Diğer hastalardan	2	1
	Broşürle	1	0,5
	Eczacı	1	0,5
	Anlatılmadı	105	50,2
	Poliklinik	80	38,3
Eğitimin verildiği yer	Taburcu olurken	12	5,7
	Muayenehane	6	2,9
	TRSM	5	2,4
	Eczanede	1	0,5
	Anlatılmadı	106	50,7
	İlacın kullanım dozu	36	17,2
	Hepsi	34	16,3
Eğitimde anlatılanlar	İlacın adı, dozu, ilaç yan etkileri	24	11,5
	İlacın adı	3	1,4
	İlaç yan etkileri	2	1
	İlaç etkileşimleri	2	1
	İlacın kullanım süresi	1	0,5
	İlacın şekli	1	0,5
	Anlatılmadı	105	50,2
Eğitimin yeterliliği	Evet	63	30,1
	Hayır	41	19,7
	Anlatılmadı	105	50,2
Eğitimin süresi	0-30 dk	96	45,9
	31 dk-1 saat	8	3,9
Sürekli takip eden sağlık Personeli	Hayır	111	53,1
	Evet	98	46,9
Dernek kullanımı	Hayır	204	97,6
	Evet	5	2,4

Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilendirme durumuna ilişkin tanımlayıcı özelliklerine ait verilere baktığımızda; hastaların %50,2'si herhangi bir sağlık çalışanından tedavisi ile ilgili hiçbir bilgi almadığını belirtmiş, bilgi alan hastalardan, %34,9'u bu eğitimin doktor tarafından verildiğini, %2,9'una sadece hemşire tarafından bilgi verildiği ifade etmiştir.

İlaç tedavileriyle ilgili bilgi, bireylerin %38,3'üne poliklinik ortamında verilirken, %5,7'sine taburcu olurken verilmiştir.

Eğitimde hastaların, %17,2'sine sadece ilacın kullanım dozuyla ilgili bilgi verildiği, %16,3'üne ilacın adı, kullanım dozu, ilaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri, ilacın şekli ve kullanım süresini kapsayan konularda bilgi verildiği belirtilmiştir.

Eğitimin süresini, hastaların %45,9'u 0-30 dakika arasında olduğunu belirtirken, %30,1'i verilen eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların, %53,1'i sürekli aynı sağlık personeli tarafından takip edilmezken, %46,9'u sürekli aynı sağlık personeli tarafından takip edilmektedir ve %97,6'sı hiçbir şizofreni derneğinden yararlanmadığını ifade etmiştir.

4.6. Araştırmada uygulanan ölçeklerin (MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji ölçekleri) hastaların sonuç verilerine göre puan dağılımları

Çalışmada uygulanan ölçeklerden hastaların aldıkları toplam puanların minimum ve maximum puan dağılımları Tablo 4-6'da verilmiştir.

Tablo 4-6: Hastalara Çalışmada Uygulanan MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel psikopatoloji Puanlarının Dağılımı

n	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
---	---------	---------	----------	----------------

MARS	209	1	10	6,49	2,24
LÜNYEDÖ	209	49	197	83,36	27,71
İÜBDÖ	209	0	14	10,14	1,17
PANSS Poz. Puanı	209	7	49	12,31	5,89
PANSS Neg. Puanı	209	7	49	14,09	6,29
PANSS Genel Psikopatoloji Puanı	209	16	112	25,88	10,81

Mars uyum ölçeğinin puanlamasında 0-7 puan zayıf uyumu, 8-10 puan yüksek uyumu gösterir. Çalışmada ki hasta grubunda ortalama değer **6,49 bulunmuş ve zayıf uyum kapsamındadır.**

LÜNYEDÖ' den alınan toplam puanlara göre hastaların yan etkileri ne şiddette yaşadığı bulunmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre; 0-7 puan arası çok hafif, 8-27 puan arası hafif, 28-58 puan arası orta, 59-80 puan arası şiddetli, 80 puan üzeri çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir. 51 maddede toplam puan kadınlar için 0-204, erkekler için 0-196 puan arasındadır. Çalışmada ki hasta grubunda ortalama değer **83,36 bulunmuş olup hastaların yaşadığı yan etkiler çok şiddetli olarak değerlendirilmektedir.**

İÜBDÖ puanına göre 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14 tür. Bu çalışmada ortalama **İÜBDÖ puanı 10,14 olup yüksek içgörüyü göstermektedir.**

PANSS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden 7 soru pozitif sendrom alt ölçeğine, 7 soru negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan 16 soru Genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. PANSS Pozitif en yüksek 42, PANSS Negatif 42 ve PANSS Genel psikopatoloji 96 puandır. Hastaların çalışmada aldığı puan ortalamaları ise sırası ile **12,31-14,09-25,88 dir. Bu puanlara göre hastaların şizofreni belirti düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.**

4.7. Araştırmada Uygulanan Ölçeklerin Birbirleriyle İlişkilerinin Karşılaştırılması

Çalışmada hastaların ilaç tedavisine uyumlarını belirlemek amacıyla uygulanan ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişki karşılaştırmaları Tablo 4-7'de verilmiştir.

Tablo 4-7: Araştırmada Uygulanan Ölçeklerin Birbiri İle İlişkilerinin Karşılaştırılması

		MARS	LÜNYEDÖ Puanı	İçgörü Puanı	PANSS Pozitif	PANSS Negatif	PANS Genel Psikopatoloji
MARS	r*	1	-,214**	0,104	-,268**	-0,127	-,180**
	P		0,002	0,135	0	0,067	0,009
LÜNYEDÖ	r*	-,214**	1	-0,063	-0,085	-0,012	-0,075
	P		0,002	0,368	0,221	0,862	0,282

İÜBDÖ	r*	0,104	-0,063	1	0,08	0,007	0,064
	P	0,135	0,368		0,25	0,915	0,354
PANSS Pozitif	r*	-,268**	-0,085	0,08	1	,686**	,867**
	P	0	0,221	0,25		0	0
PANSS Negatif	r*	-0,127	-0,012	0,007	,686**	1	,729**
	P	0,067	0,862	0,915	0		0
PANS Genel Psikopatoloji	r*	-,180**	-0,075	0,064	,867**	,729**	1
	P	0,009	0,282	0,354	0	0	

*:Pearson Correlation; ** İstatistiksel olarak anlamlı.

Uyum puanlarıyla LÜNYEDÖ ölçeği puanı arasında anlamlı negatif yönde ancak zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,21$, $p=0,002$)

Uyum puanı ile PANSS Genel psikopatoloji puanı arasında negatif yönde zayıf yönde ilişki mevcuttur ($r=-0,18$, $p=0,009$).

Uyum puanı ile PANSS Negatif puanı arasında anlamlı korelasyon tespit edilmesine rağmen p değeri 0,06 bulunmuştur.

PANSS Pozitif belirtiler ölçeği ile PANSS Negatif belirtiler ölçeği ve PANSS Genel psikopatoloji ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki vardır (sırasıyla: $r=0,68$, $p=0,000$ - $r=0,86$, $p=0,000$).

PANSS Neg. belirtiler ölçeği ile PANSS Genel psikopatoloji ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki bulundu ($r=0,72$, $p=0,000$)

Tablo 4-8: Bireye Ait Tanımlayıcı Özellikler ile LÜNYEDÖ, MARS, İÜBDÖ Puanlarının Dağılımı

	n	Liverpool puanı (LÜNYEDÖ)	MARS puanı	İç görü puanı (İÜBDÖ)
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Cinsiyet				
Kadın	18	86,00±28,60 (78)	6,67±2,40 (7,5)	21,00±0,00 (21)
Erkek	191	83,12±27,69 (74)	6,47±2,23 (7)	21,03±1,22 (21)
	<i>^ap</i>	0,738	0,609	0,588

Öğrenim durumu				
Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul	32	76,06±22,84 (69)	5,94±2,08 (7)	20,97±0,31 (21)
Ortaokul	61	81,69±25,91 (72)	6,74±2,16 (7)	20,97±0,31 (21)
Lise	69	88,22±29,80 (80)	6,51±2,39 (7)	21,20±1,96 (21)
Yüksekokul	47	83,38±29,26 (76)	6,51±2,23 (7)	20,87±0,49 (21)
	^bp	0,191	0,286	0,851
Medeni durum				
Evli	30	76,73±17,73 (70,5)	6,90±2,32 (7)	21,13±2,15 (21)
Bekâr	179	84,47±28,94 (74)	6,42±2,22 (7)	21,01±0,92 (21)
	^ap	0,370	0,237	0,166
Meslek				
Var	132	84,78±29,47 (75,5)	6,42±2,22 (7)	21,08±1,45 (21)
Yok	77	80,94±24,39 (73)	6,60±2,27 (7)	20,94±0,30 (21)
	^ap	0,463	0,506	0,524
Çalışma durumu				
Çalışıyor	61	80,39±25,57 (74)	6,25±2,34 (7)	21,21±2,08 (21)
Çalışmıyor	148	84,59±28,54 (74)	6,59±2,20 (7)	20,95±0,38 (21)
	^ap	0,383	0,325	0,577
Sosyal Güvence				
Var	187	81,53±24,86 (74)	6,60±2,22 (7)	21,04±1,22 (21)
Yok	22	98,91±43,01 (79)	5,50±2,20 (5,5)	20,86±0,64 (21)
	^ap	0,131	0,022*	0,814
Kimle yaşıyor				
Yalnız	11	81,27±27,02 (78)	6,27±2,45 (7)	21,09±1,58 (21)
Bakım veren biri ile	187	83,89±28,16 (74)	6,47±2,23 (7)	21,02±1,18 (21)
Arkadaşı ile	11	76,55±20,73 (73)	7,09±2,21 (8)	21,00±0,00 (21)
	^bp	0,705	0,530	0,863
Kronik hastalık				
Var	31	91,97±35,76 (84)	6,61±2,65 (7)	20,84±0,64 (21)

Yok	178	81,87±25,89 (73)	6,47±2,17 (7)	21,06±1,24 (21)
	<i>^ap</i>	0,146	0,462	0,491
Madde öyküsü				
Yok	77	83,97±28,84 (74)	6,43±2,41 (7)	21,04±1,37 (21)
Var	132	83,01±27,13 (74)	6,52±2,14 (7)	21,02±1,04 (21)
	<i>^ap</i>	0,826	0,945	0,799
Ailede ruhsal öyküsü				
Var	64	89,31±34,32 (77,5)	6,81±2,20 (7)	20,95±0,38 (21)
Yok	145	80,74±23,90 (73)	6,34±2,25 (7)	21,06±1,38 (21)
	<i>^ap</i>	0,226	0,150	0,540
	<i>^aMann Whitney U Test</i>	<i>^bKruskal Wallis Test</i>	<i>*p<0,05</i>	

LÜNYEDÖ puanı bireylerin; cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına, mesleklerine, çalışma durumlarına, sosyal güvencelerinin varlığına, kronik hastalık varlığına, madde öyküsü varlığına ve ailede ruhsal öykünün bulunmasına ve kiminle yaşadıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

MARS ölçek puanı bireylerin; cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına, mesleklerine, çalışma durumlarına, kronik hastalık varlığına, madde öyküsü varlığına, ailede ruhsal öykü varlığına ve kiminle yaşadıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Sosyal güvencesi olan bireylerin; MARS puanlarının, sosyal güvencesi olmayanlardan yüksek olması ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,022$; $p<0,05$).

İÜBDÖ ölçek puanı bireylerin; cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına, mesleklerine, çalışma durumlarına, sosyal güvencelerinin varlığına, kronik hastalık varlığına, madde öyküsü varlığına, ailede ruhsal öykü varlığına ve kiminle yaşadıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-9: Bireye Ait Tanımlayıcı Özellikler ile PANSS Puanlarının Dağılımı

	n	PANSS Pozitif	PANSS Negatif	PANSS Genel psikopatoloji
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Cinsiyet				
Kadın	18	14,17±7,08 (11)	15,28±5,07 (15)	30,44±13,19 (26)
Erkek	191	12,14±5,73 (11)	13,98±6,40 (13)	25,46±10,76 (22)
	^a p	0,277	0,146	0,116
Öğrenim durumu				
Okur-yazar değil,	32			
okur-yazar, ilkokul		14,00±6,55 (12)	15,91±5,88 (16)	28,75±12,68 (28)
Ortaokul	61	11,02±4,47 (10)	13,34±6,30 (11)	23,41±7,80 (21)
Lise	69	13,17±7,02 (12)	14,94±6,55 (14)	27,38±12,86 (23)
Yüksekokul	47	11,57±4,70 (11)	12,57±5,85 (11)	24,96±10,07 (22)
	^b p	0,183	0,013*	0,146
Medeni durum				
Evli	30	12,43±5,32 (12)	13,77±6,00 (12,5)	25,83±10,63 (22)

Bekar	179	12,29±5,97 (11)	14,15±6,36 (13)	25,89±11,14 (23)
	<i>^ap</i>	0,603	0,891	0,854
Meslek				
Var	132	11,47±5,48 (11)	12,69±5,34 (11)	23,62±9,61 (21,5)
Yok	77	13,75±6,26 (12)	16,49±7,08 (16)	29,77±12,27 (27)
	<i>^ap</i>	0,007**	0,001**	0,001**
Çalışma durumu				
Çalışıyor	61	11,49±5,85 (11)	12,33±5,51 (11)	23,74±8,89 (22)
Çalışmıyor	148	12,65±5,86 (11)	14,82±6,47 (13,5)	26,77±11,73 (23)
	<i>^ap</i>	0,104	0,004**	0,135
Sosyal Güvence				
Var	187	12,35±6,02 (11)	14,09±6,41 (13)	26,05±11,27 (22)
Yok	22	11,95±4,48 (12)	14,09±5,30 (14)	24,45±8,98 (22,5)
	<i>^ap</i>	0,831	0,729	0,957
Kimle yaşıyor				
Yalnız	11	15,27±9,08 (13)	15,09±8,38 (12)	28,45±12,06 (26)
Bakım veren biri ile	187	12,26±5,70 (11)	14,12±6,25 (13)	25,81±11,15 (22)
Arkadaşı ile	11	10,27±4,00 (7)	12,64±4,80 (10)	24,55±8,44 (22)
	<i>^bp</i>	0,204	0,869	0,643
Kronik hastalık				
Var	31	12,45±5,25 (12)	14,94±6,51 (16)	26,03±10,25 (22)
Yok	178	12,29±5,98 (11)	13,94±6,26 (12,5)	25,86±11,20 (22)
	<i>^ap</i>	0,620	0,362	0,587
Madde öyküsü				
Yok	77	12,10±5,59 (11)	14,56±6,22 (14)	25,22±11,18 (23)
Var	132	12,43±6,04 (11)	13,82±6,35 (12)	26,27±10,99 (22)
	<i>^ap</i>	0,891	0,295	0,560
Ailede ruhsal öyküsü				
Var	64	11,33±5,01 (11)	13,17±4,95 (12)	24,45±9,35 (22)
Yok	145	12,74±6,17 (11)	14,50±6,78 (13)	26,52±11,69 (23)

^a p	0,153	0,461	0,388
^a Mann Whitney U Test	^b Kruskal Wallis Test	*p<0,05	**p<0,01

PANSS Pozitif puanı bireylerin; cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına, çalışma durumlarına, sosyal güvencelerinin varlığına, kronik hastalık varlığına, madde öyküsü varlığına ve ailede ruhsal öykü varlığına ve kiminle yaşadıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Herhangi bir mesleğe sahip olan hastaların, PANSS Pozitif puanlarının, mesleği olmayanlardan düşük olması ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,007; p<0,05).

PANSS Negatif puanı bireylerin; cinsiyetlerine, medeni durumlarına, sosyal güvencelerinin varlığına kronik hastalık varlığı, madde öyküsü varlığı, ailede ruhsal öykü varlığına ve kiminle yaşadıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Herhangi bir mesleğe sahip bireylerin, PANSS Negatif puanlarının, mesleği olmayanlardan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001; p<0,05).

Herhangi bir işte çalışan bireylerin, PANSS Negatif puanlarının, çalışmayan bireylerden düşük olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004; p<0,05).

Bireylerin PANSS Negatif puanları öğrenim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,013; p<0,05).

Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; yüksekokul mezunu bireylerin PANSS Negatif puanları, lise (p=0,033) ve okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu (p=0,004) olan bireylerin anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05).

Ortaokul mezunu olan bireylerin, PANSS Negatif puanları da; okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokul mezunu (p=0,014) bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05).

PANSS Genel Psikopatoloji puanı bireylerin; cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına, çalışma durumlarına, sosyal güvencelerinin varlığına, kronik hastalık varlığına, madde öyküsü varlığına, ailede ruhsal öykü varlığına ve kiminle yaşadıklarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Herhangi bir mesleğe sahip bireylerin PANSS Genel Psikopatoloji puanlarının, mesleği olmayanlardan düşük olması ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

Tablo 4-10: Bireylerin Hastalık Sürecine Ait Tanımlayıcı Özellikleri ile LÜNYEDÖ, MARS, İÜBDÖ Puanlarının Dağılımı

	n	Liverpool puanı (LÜNYEDÖ)	MARS puanı	İç görü puanı (İÜBDÖ)
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Tanı				
Şizofreni	161	81,96±26,79 (73)	6,58±2,22 (7)	21,09±1,28 (21)
Organik olmayan psikoz	48	88,08±30,41 (82)	6,17±2,31 (6,5)	20,81±0,64 (21)
	^a p	0,310	0,267	0,049*
Tedavisiz geçen süre				
0-5 yıl	191	82,68±27,76 (73)	6,51±2,26 (7)	21,03±1,22 (21)
6-10 yıl	10	79,40±17,88 (74,5)	6,40±2,01 (7)	21,00±0,00 (21)
≥ 11 yıl	8	104,75±30,43 (104)	6,13±2,17 (6,5)	21,00±0,00 (21)
	^b p	0,087	0,805	0,863
Hastanede yatış				
Var	177	82,38±24,71 (74)	6,46±2,21 (7)	21,05±1,25 (21)
Yok	32	88,78±40,62 (72,5)	6,66±2,44 (7)	20,91±0,53 (21)
	^a p	0,766	0,481	0,973
İlaç tedavisine uyumu				
İlaç kullanmıyor	5	105,00±25,94 (121)	3,80±2,17 (5)	21,00±0,00 (21)
Düzensiz kullanıyor	74	81,66±27,56 (73)	5,22±2,21 (5)	21,12±1,44 (21)
Düzenli kullanıyor	130	83,50±27,71 (75,5)	7,32±1,81 (8)	20,97±1,01 (21)
	^b p	0,101	0,001**	0,705
Kontrollere uyum				

Hiç gelmiyor/ düzensiz geliyor	92	78,39±25,38 (69)	5,59±2,30 (6)	21,10±1,29 (21)
Düzenli geliyor	117	87,27±28,92 (82)	7,20±1,92 (8)	20,97±1,07 (21)
	^a <i>p</i>	0,002**	0,001**	0,303
	^a <i>Mann Whitney U Test</i>	^b <i>Kruskal Wallis Test</i>	* <i>p</i> <0,05	** <i>p</i> <0,01

LÜNYEDÖ puanı bireylerin; tanılarına ve hastanede yatışlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bireylerin LÜNYEDÖ puanları tedavisiz geçen süreye göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,087$; $p>0,05$); 11 ve üzeri yıl tedavi görmeyen bireylerin LÜNYEDÖ puanlarının, 0-5 yıl ve 6-10 yıl tedavi görmeyenlerden yüksek olması klinik olarak dikkat çekici düzeydedir.

Bireylerin LÜNYEDÖ puanları, ilaç tedavisi uyumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p=0,101$; $p>0,05$); ilaç kullanmayan bireylerin LÜNYEDÖ puanlarının, düzenli ve düzensiz ilaç kullanan bireylerden yüksek olması da klinik olarak dikkat çekici düzeydedir. Kontrollere düzenli gelen bireylerin, LÜNYEDÖ puanları, hiç gelmeyen/ düzensiz gelen olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,002$; $p<0,05$).

MARS ölçek puanı bireylerin; tanılarına, tedavisiz geçen sürelerine ve hastanede yatışlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

İlaç tedavisine uyumları ile, bireylerin MARS ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).

Farklılığı yaratan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre; düzenli ilaç kullanan bireylerin MARS ölçek puanları, ilaç kullanmayan ($p=0,002$) ve düzensiz ilaç kullanan ($p=0,001$) bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Kontrollere düzenli gelen bireylerin, MARS ölçek puanları, hiç gelmeyen/ düzensiz gelen olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$; $p<0,05$).

Düzensiz ilaç kullanan ve ilaç kullanmayan bireylerin, MARS ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,173$; $p>0,05$).

İÜBDÖ puanı bireylerin, tedavisiz geçen sürelerine, hastanede yatışlarına, ilaç tedavisine uyumlarına ve kontrollere uyumlarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Şizofreni tanısı alan olguların İÜBDÖ puanlarının, organik olmayan psikoz tanısı alanlardan yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,049$; $p<0,05$).

Tablo 4-11: Bireylerin Hastalık Sürecine Ait Tanımlayıcı Özellikleri ile PANSS Puanlarının Dağılımı

	n	PANSS Pozitif	PANSS Negatif	PANSS Genel psikopatoloji
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Tanı				
Şizofreni	161	13,10±6,20 (12)	14,88±6,63 (14)	27,76±11,72 (24)
Organik olmayan psikoz	48	9,67±3,51 (7)	11,44±4,06 (11)	19,60±4,42 (19,5)
		^a <i>p</i> 0,001**	0,001**	0,001**
Tedavisiz geçen süre				
0-5 yıl	191	12,31±5,88 (11)	14,06±6,28 (13)	25,87±10,88 (22)

6-10 yıl	10	13,40±5,89 (12,5)	16,50±7,31 (16,5)	30,20±13,36 (27,5)
≥ 11 yıl	8	11,00±6,12 (9)	11,88±4,82 (10)	20,88±11,17 (18,5)
	^b <i>p</i>	0,512	0,295	0,194
Hastanede yatış				
Var	177	12,55±5,98 (11)	14,24±6,44 (13)	26,42±11,40 (23)
Yok	32	10,97±5,08 (10)	13,25±5,40 (12,5)	22,91±8,34 (19,5)
	^a <i>p</i>	0,105	0,492	0,073
İlaç tedavisine uyumu				
İlaç kullanmıyor	5	8,20±1,79 (7)	9,40±1,67 (9)	19,60±2,70 (18)
Düzensiz kullanıyor	74	16,26±6,90 (15)	17,08±7,66 (15,5)	32,50±12,89 (30)
Düzenli kullanıyor	130	10,22±3,80 (9)	12,57±4,72 (12)	22,36±7,95 (20)
	^b <i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**
Kontrollere uyum				
Hiç gelmiyor/ düzensiz geliyor	92	15,12±6,72 (14)	15,93±7,22 (15)	30,02±12,37 (27)
Düzenli geliyor	117	10,10±3,88 (8)	12,64±5,03 (12)	22,63±8,63 (20)
	^a <i>p</i>	0,001**	0,001**	0,001**
^a Mann Whitney U Test	^b Kruskal Wallis Test	* <i>p</i> <0,05	** <i>p</i> <0,01	

PANSS Pozitif puanları ile, çalışmaya katılan bireylerin tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$); şizofreni tanısı alanların Pozitif PANSS puanları, organik olmayan psikoz tanısı alanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

PANSS Pozitif puanı bireylerin, tedavisiz geçen sürelerine ve hastanede yatışlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

İlaç tedavisine uyumlarına göre bireylerin, PANSS Pozitif puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaçlarını düzensiz kullanan bireylerin, PANSS Pozitif puanları, ilaç kullanmayan ($p=0,003$) ve düzenli ilaç kullanan ($p=0,001$) bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

İlaç kullanmayan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin PANSS Pozitif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,261$; $p>0,05$).

Kontrollere hiç gelmeyen/ düzensiz gelen bireylerin, PANSS Pozitif puanlarının, kontrollere düzenli gelenlerden yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

PANSS Negatif puanları ile, bireylerin tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$); şizofreni tanısı alanların PANSS Negatif puanları, organik olmayan psikoz tanısı alanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

PANSS Negatif puanı, bireylerin tedavisiz geçen sürelerine ve hastanede yatışlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bireylerin, ilaç tedavisine uyumları ile PANSS Negatif puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaçlarını düzensiz kullanan bireylerin PANSS Negatif puanları, ilaç kullanmayan ($p=0,012$) ve düzenli ilaç kullanan ($p=0,001$) bireylerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

İlaç kullanmayan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin, PANSS Negatif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,161$; $p>0,05$).

Kontrollere hiç gelmeyen/düzensiz gelen bireylerin PANSS Negatif puanlarının, kontrollere düzenli gelenlerden yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

PANSS Genel Psikopatoloji puanları ile, bireylerin tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$); şizofreni tanısı alanların PANSS Genel psikopatoloji puanları, organik olmayan psikoz tanısı alanlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

PANSS Negatif puanı ile, bireylerin tedavisiz geçen süreleri ve hastanede yatışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin ilaç tedavisine uyumları ile, PANSS Negatif puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaçlarını düzensiz kullanan olguların Negatif PANSS puanları, ilaç kullanmayan ($p=0,009$) ve düzenli ilaç kullanan ($p=0,001$) olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

İlaç kullanmayan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin, PANSS Negatif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,751$; $p>0,05$).

Kontrollere hiç gelmeyen/ düzensiz gelen bireylerin, **PANSS Genel psikopatoloji puanlarının**, kontrollere düzenli gelenlerden yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

Tablo 4-12: Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Tanımlayıcı Özellikler ile LÜNYEDÖ, MARS, İÜBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Liverpool puanı (LÜNYEDÖ)	MARS puanı	İç görü puanı (İÜBDÖ)
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS(Medyan)	Ort±SS(Medyan)
Kullandığı ilaç				
Antipsikotik	80	74,61±22,16 (67,5)	6,33±2,51 (7)	20,96±0,66 (21)
Antidepresan ve antipsikotik	18	92,44±35,25 (88)	7,89±1,64 (8)	21,00±0,00 (21)
Antipsikotik ve anksiyolitik	5	82,80±23,06 (94)	7,40±3,13 (8)	21,00±0,00 (21)
Antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler	19	88,37±27,09 (81)	5,89±2,23 (7)	21,47±2,59 (21)
Antikolinerjik ve antipsikotik	47	84,91±27,50 (75)	6,43±1,68 (6)	20,87±0,58 (21)
Antipsikotik antikolinerjik antidepresan	13	91,08±25,54 (82)	6,31±2,32 (7)	20,85±0,55 (21)
Antipskotik antikolinerjik ve duygu durum düzenleyiciler	13	95,69±35,63 (82)	6,38±2,22 (7)	21,54±2,90 (21)
Antipsikotik antidepresan duygu durum düzenleyici	6	109,17±45,05 (87,5)	6,67±1,03 (7)	21,00±0,00 (21)
Antipsikotik ve diğer sağlık sorunlarıyla ilgili ilaçlar	8	77,88±13,63 (76,5)	6,50±2,98 (7)	21,00±0,00 (21)
		^b <i>p</i> 0,002**	0,156	0,980
İlaç formu				
Oral	150	82,28±27,05 (73,5)	6,50±2,25 (7)	21,01±0,99 (21)
Ağızda eriyen ve oral form	9	106,22±46,51 (89)	5,22±2,73 (5)	20,67±1,00 (21)
Depo form	3	72,00±22,11 (64)	6,00±2,00 (6)	21,00±0,00 (21)
Depo ve oral form	47	83,17±24,30 (77)	6,72±2,11 (7)	21,13±1,68 (21)
		^b <i>p</i> 0,214	0,270	0,642
İlaç dozu yeterli				
Evet	156	80,28±25,49 (72,5)	6,67±2,15 (7)	21,03±1,02 (21)

Hayır	39	93,90±32,51 (90)	5,92±2,55 (6)	20,74±0,75 (21)
Kısmen	14	88,36±31,25 (78,5)	6,00±2,15 (6,5)	21,71±2,67 (21)
	<i>^bp</i>	0,035*	0,154	0,033*
Doz dışı ilaç dozunu azaltma				
Evet	81	86,10±32,23 (74)	5,40±2,15 (6)	21,01±1,35 (21)
Hayır	122	81,70±24,69 (74)	7,12±2,04 (7)	21,02±1,07 (21)
Bazen	6	80,17±19,19 (74)	8,33±0,82 (8,5)	21,17±0,41 (21)
	<i>^bp</i>	0,921	0,001**	0,215
Doz dışı ilaç dozunu artırma				
Evet	72	85,71±29,50 (73,5)	5,50±2,16 (6)	21,07±1,38 (21)
Hayır	129	81,35±25,45 (74)	6,96±2,11 (7)	21,02±1,05 (21)
Bazen	8	94,75±43,29 (80,5)	7,75±2,05 (8,5)	20,63±1,06 (21)
	<i>^bp</i>	0,486	0,001**	0,608
İlaç bırakma				
Evet	148	85,24±29,68 (74,5)	5,99±2,25 (6)	21,00±1,09 (21)
Hayır	61	78,82±21,78 (73)	7,69±1,70 (8)	21,08±1,35 (21)
	<i>^ap</i>	0,384	0,001**	0,962

^aMann Whitney U Test

^bKruskal Wallis Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

İlaç formu değerlendirmelerinde depo form kişi sayısı yetersiz olduğundan dolayı istatistiksel değerlendirmelere alınmamıştır.

LÜNYEDÖ puanları ile, bireylerin kullandıkları ilaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p < 0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; Antipsikotik kullanan bireylerin, LÜNYEDÖ puanları antidepresan ve antipsikotik ($p=0,040$), antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler ($p=0,017$), antikolinerjik ve antipsikotik ($p=0,002$), antipsikotik antikolinerjik antidepresan ($p=0,003$), antipsikotik antikolinerjik ve duygu durum

düzenleyiciler ($p=0,006$), antipsikotik antidepresan duygu durum düzenleyici ($p=0,006$) kullanan bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

Diğer grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin ilaç formları ile, LÜNYEDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İlaç dozunun yeterli bulma durumu ile, bireylerin LÜNYEDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,035$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozu yeterli olan bireylerin, LÜNYEDÖ puanı, ilaç dozu yeterli olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p=0,014$; $p<0,05$).

Diğer grupların LÜNYEDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

LÜNYEDÖ puanı bireylerin, doz dışında ilaç dozunu azaltma ve artırma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

LÜNYEDÖ puanı olguların daha önce ilaç kullanmayı bırakma durumlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bireylerin, kullandıkları ilaçlar, ilaç formları ve ilaç dozunu yeterli bulma durumu ile, MARS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

MARS puanları ile, bireylerin doktorun önerisi dışında ilaç dozunu azaltmalarını arasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu azaltan olguların MARS ölçek puanları, dozu azaltmayan ($p=0,001$) ve bazen azaltan ($p=0,001$) olgulardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

İlaç dozunu doktorun önerisi dışında azaltmayan ve bazen azaltan bireylerin, MARS puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,125$; $p>0,05$).

Doktorun önerisi dışında ilaç dozunu artıran bireylerin MARS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu artıran olguların MARS ölçek puanları, dozu artırmayan ($p=0,001$) ve bazen artıran ($p=0,003$) olgulardan anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

İlaç dozunu doktorun önerisi dışında arttırmayan ve bazen arttıran bireylerin, MARS puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,178$; $p>0,05$).

Daha önce ilaçlarını bırakan bireylerin, MARS puanlarının, ilaçlarını bırakmayan olgulardan düşük olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

Kullandıkları ilaçlara ve ilaç formlarına göre bireylerin İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İÜBDÖ puanları ile, bireylerin ilaç dozunu yeterli bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,033$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozu yeterli olan bireylerin İÜBDÖ puanı, ilaç dozu yeterli olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,030$; $p<0,05$).

Diğer grupların İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İÜBDÖ puanı bireylerin, doz dışında ilaç dozunu azaltma ve artırma durumlarına ve daha önce ilaç kullanmayı bırakma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-13: Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Tanımlayıcı Özellikler ile PANSS Puanlarının Karşılaştırılması

	PANSS Pozitif	PANSS Negatif	PANSS Genel psikopatoloji
	Ort±SS(Medyan)	Ort±SS(Medyan)	Ort±SS (Medyan)
n			
Kullandığı ilaç			

Antipsikotik	80	12,50±6,12 (11)	14,34±6,27 (13,5)	25,84±10,49 (23)
Antidepresan ve antipsikotik	18	8,56±2,62 (7)	11,33±3,46 (11)	19,33±5,09 (19,5)
Antipsikotik ve anksiyolitik	5	7,40±0,89 (7)	9,40±2,07 (9)	18,40±1,67 (18)
Antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler	19	12,32±5,72 (11)	12,00±4,41 (10)	26,37±12,94 (23)
Antikolinerjik ve antipsikotik	47	14,30±6,45 (14)	16,77±7,32 (16)	29,38±12,70 (26)
Antipsikotik antikolinerjik antidepresan	13	11,23±4,21 (11)	14,15±6,74 (13)	25,62±10,74 (22)
Antipsikotik antikolinerjik ve duygu durum düzenleyiciler	13	12,85±5,37 (12)	12,46±4,84 (11)	26,31±11,32 (22)
Antipsikotik antidepresan duygu durum düzenleyici	6	9,00±2,53 (8)	11,00±3,29 (10,5)	20,83±4,75 (20)
Antipsikotik ve diğer sağlık sorunlarıyla ilgili ilaçlar	8	13,63±6,86 (12,5)	14,88±7,99 (12)	27,63±11,69(22,5)
	<i>^bp</i>	0,002**	0,024*	0,045*
İlaç formu				
Oral	150	12,53±6,10 (11)	14,01±6,30 (13)	25,97±11,09 (23)
Ağızda eriyen ve oral form	9	10,56±4,45 (9)	13,67±5,83 (11)	23,78±8,14 (22)
Depo form	3	14,33±7,57 (11)	16,67±13,28 (9)	32,00±20,07 (23)
Depo ve oral form	47	11,83±5,29 (11)	14,26±6,04 (13)	25,64±10,99 (22)
	<i>^bp</i>	0,579	0,908	0,952
İlaç dozu yeterli				
Evet	156	12,69±6,31 (11)	14,56±6,61 (14)	26,63±11,54 (23)
Hayır	39	11,38±4,53 (11)	12,82±5,21 (11)	23,54±10,42 (21)
Kısmen	14	10,71±3,05 (10,5)	12,36±4,80 (12,5)	24,07±4,57 (25,5)
	<i>^bp</i>	0,690	0,271	0,429
Doz dışı ilaç dozunu azaltma				
Evet	81	14,79±6,52 (14)	15,19±6,61 (14)	29,25±12,55 (26)
Hayır	122	10,57±4,80 (9)	13,01±5,51 (12)	23,43±9,24 (20)

Bazen	6	14,33±3,88 (13)	21,33±10,11 (21)	30,50±11,47 (25)
	^b p	0,001**	0,005**	0,001**
Doz dışı ilaç dozunu artırma				
Evet	72	14,83±6,48 (13,5)	15,47±6,52 (15)	29,21±12,74 (26)
Hayır	129	10,74±5,02 (9)	12,95±5,64 (11)	23,54±9,32 (20)
Bazen	8	15,00±4,00 (13)	20,13±8,94 (18,5)	33,75±10,21 (33)
	^b p	0,001**	0,001**	0,001**
İlaç bırakma				
Evet	148	13,41±6,26 (12)	14,86±6,64 (14)	27,41±11,82 (24)
Hayır	61	9,66±3,66 (7)	12,23±4,93 (11)	22,20±7,81 (20)
	^a p	0,001**	0,008**	0,001**

^aMann Whitney U Test

^bKruskal Wallis Test

*p<0,05

**p<0,01

İlaç formu değerlendirmelerinde depo form kişi sayısı yetersiz olduğundan dolayı istatistiksel değerlendirmelere alınmamıştır.

PANSS Pozitif puanları ile, bireylerin kullandıkları ilaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002; p<0,05).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; antipsikotik kullanan bireylerin PANSS Pozitif puanları, antidepresan ve antipsikotik (p=0,004) ve antipsikotik ve anksiyolitik (p=0,026) kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05). Antidepresan ve antipsikotik kullanan bireylerin, PANSS Pozitif puanları, antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler (p=0,016), antikolinerjik ve antipsikotik (p=0,001), antipsikotik, antikolinerjik, antidepresan (p=0,037), Antipskotik antikolinerjik ve duygu durum düzenleyiciler (p=0,019), antipsikotik ve diğer sağlık sorunlarıyla ilgili ilaçlar (p=0,039) kullananlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05).

Antipsikotik ve anksiyolitik kullanan bireylerin PANSS Pozitif puanları, antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler (p=0,021), antikolinerjik ve antipsikotik (p=0,004), antipsikotik antikolinerjik antidepresan (p=0,044), antipskotik antikolinerjik ve duygu durum düzenleyiciler (p=0,034) kullananlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p<0,05).

Antikolinerjik ve antipsikotik kullanan bireylerin PANSS Pozitif puanları da Antipsikotik antidepresan duygu durum düzenleyici kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,022$; $p<0,05$).

Diğer grupların arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$).

PANSS Negatif puanları ile, bireylerin kullandıkları ilaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,024$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; antikolinerjik ve antipsikotik kullanan bireylerin, PANSS Negatif puanları, antidepresan ve antipsikotik ($p=0,002$), antipsikotik ve anksiyolitik ($p=0,011$), antipsikotikler ve duygu durum düzenleyiciler ($p=0,012$), antipsikotik antidepresan duygu durum düzenleyici ($p=0,037$) kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Diğer grupların arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$).

PANSS Genel psikopatoloji puanları ile, bireylerin kullandıkları ilaçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,045$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; Antikolinerjik ve antipsikotik kullanan bireylerin PANSS Genel psikopatoloji puanları, antidepresan ve antipsikotik ($p=0,001$), antipsikotik ve anksiyolitik ($p=0,018$) kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Antipsikotik kullanan bireylerin PANSS Genel psikopatoloji puanları, antidepresan ve antipsikotik kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,019$; $p<0,05$).

Antipskotik antikolinerjik ve duygu durum düzenleyiciler kullanan bireylerin, PANSS Genel psikopatoloji puanları, antipsikotik ve anksiyolitik kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,041$; $p<0,05$).

İlaç formuna ve ilaç dozunu yeterli bulma durumuna göre bireylerin PANSS Pozitif puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerden, doktorun önerisi dışında ilaç dozunu azaltan grup ile PANSS Pozitif ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu azaltmayan bireylerin, PANSS Pozitif puanları, dozu azaltan ($p=0,001$) ve bazen azaltan ($p=0,016$) bireylerin anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). İlaç dozunu azaltan ve bazen azaltan bireylerin PANSS Pozitif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,801$; $p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerden, doktorun önerisi dışında ilaç dozunu arttıran grup ile PANSS Pozitif puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu arttırmayan bireylerin PANSS Pozitif puanları, dozu arttıran ($p=0,001$) ve bazen arttıran ($p=0,004$) bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). İlaç dozunu arttıran ve bazen arttıran bireylerin, PANSS Pozitif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,568$; $p>0,05$).

Daha önce ilaçlarını bırakan bireylerin, PANSS Pozitif ölçek puanlarının, ilaçlarını bırakmayan olgulardan yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin, ilaç formuna ve ilaç dozunu yeterli bulma durumuna göre bireylerin, PANSS Negatif puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin doktorun önerisi dışında ilaç dozunu azaltmaları ile PANSS Negatif ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu azaltmayan bireylerin PANSS Negatif ölçek puanları, dozu azaltan ($p=0,013$) ve bazen azaltan ($p=0,019$) bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). İlaç dozunu azaltan ve bazen azaltan bireylerin PANSS Negatif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,087$; $p>0,05$).

Bireylerin doktorun önerisi dışında ilaç dozunu arttırmalarına göre, PANSS Negatif ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu arttırmayan bireylerin, PANSS Negatif puanları, dozu arttıran ($p=0,003$) ve bazen arttıran ($p=0,010$) bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

İlaç dozunu arttıran ve bazen arttıran bireylerin PANSS Negatif puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,098$; $p>0,05$).

Daha önce ilaçlarını bırakan bireylerin PANSS Negatif ölçek puanlarının, ilaçlarını bırakmayan olgulardan yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$; $p<0,05$).

İlaç formuna ve ilaç dozunu yeterli bulma durumuna göre bireylerin, PANSS Genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin doktorun öneri dışında ilaç dozunu azaltmaları ile PANSS Genel Psikopatoloji ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu doktorun önerisi dışında azaltmayan bireylerin PANSS Genel Psikopatoloji puanları, dozu azaltan ($p=0,001$) ve bazen azaltan ($p=0,033$) bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). İlaç dozunu azaltan ve bazen azaltan bireylerin PANSS Genel psikopatoloji puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,603$; $p>0,05$).

Bireylerin doktorun öneri dışında ilaç dozunu arttırmalarına göre PANSS Genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre; ilaç dozunu arttırmayan bireylerin PANSS Genel psikopatoloji ölçek puanları, dozu arttıran ($p=0,001$) ve bazen arttıran ($p=0,003$) bireylerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

İlaç dozunu arttıran ve bazen arttıran bireylerin PANSS Genel Psikopatoloji puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,170$; $p>0,05$). Daha önce ilaçlarını bırakan bireylerin PANSS Genel Psikopatoloji ölçek puanlarının, ilaçlarını bırakmayan bireylerden yüksek olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$).

Tablo 4-14: Bireylerin İlaç Tedavisiyle İlgili Bilgilenme Durumuna Ait Özellikleri ile LÜNYEDÖ, MARS, İÜBDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

		Liverpool puanı (LÜNYEDÖ)	MARS Puanı	İç görü puanı (İÜBDÖ)
	n	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)
Tedavi hakkında bilgi alma				
Evet	102	83,57±29,32 (73)	6,53±2,43 (7)	21,05±1,26 (21)
Hayır	107	83,17±26,22 (75)	6,45±2,05 (7)	21,00±1,08 (21)
	^a p	0,989	0,433	0,843
Sürekli takip eden sağlık personeli varlığı				
Evet	98	88,06±30,61 (80,5)	6,96±2,23 (8)	21,16±1,63 (21)
Hayır	111	79,22±24,27 (70)	6,07±2,17 (7)	20,90±0,47 (21)
	^a p	0,019*	0,001**	0,278

Derneklerden yararlanma				
Evet	5	72,60±24,97 (65)	7,20±1,92 (8)	21,00±0,00 (21)
Hayır	204	83,63±27,78 (74)	6,47±2,25 (7)	21,02±1,18 (21)
	^a p	0,204	0,458	0,782

^aMann Whitney U Test *p<0,05 **p<0,01

LÜNYEDÖ puanı ile, çalışmaya katılan bireylerin, tedavi hakkında bilgi alma ve derneklerden yararlanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); sürekli takip eden sağlık personeli olan bireylerin LÜNYEDÖ puanlarının, takip eden sağlık personeli olmayan bireylerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$; $p<0,05$)

MARS puanı ile, çalışmaya katılan bireylerin, tedavi hakkında bilgi alma ve derneklerden yararlanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); sürekli takip eden sağlık personeli olan bireylerin MARS puanlarının, takip eden sağlık personeli olmayan bireylerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,05$)

Bireylerin İÜBDÖ puanı ile, tedavi hakkında bilgi alma, sürekli takip eden sağlık personeli varlığı ve derneklerden yararlanma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4-15: Bireylerin İlaç Tedavisiyle İlgili Bilgilenme Durumuna Ait Özellikler ile PANSS Puanlarının Karşılaştırılması

n	PANSS Pozitif	PANSS Negatif	PANSS Genel psikopatoloji
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)

Tedavi hakkında bilgi alma

Evet	102	13,95±6,79 (12,5)	15,56±7,30 (15)	29,20±12,68 (26)
Hayır	107	10,75±4,30 (10)	12,69±4,79 (11)	22,73±8,09 (21)
	<i>^ap</i>	0,001**	0,008**	0,001**
Sürekli takip eden sağlık personeli varlığı				
Evet	98	11,63±5,98 (10)	13,92±6,79 (13)	25,05±11,06 (21)
Hayır	111	12,91±5,73 (12)	14,24±5,85 (13)	26,62±11,03 (23)
	<i>^ap</i>	0,033*	0,326	0,094
Derneklerden yararlanma				
Evet	5	11,20±3,11 (12)	16,20±4,44 (17)	26,20±8,61 (30)
Hayır	204	12,34±5,92 (11)	14,04±6,33 (13)	25,88±11,11 (22)
	<i>^ap</i>	0,973	0,208	0,752
<i>^aMann Whitney U Test</i>		**p<0,01		

Tedavi hakkında bilgi alan bireylerin, **PANSS Pozitif puanları**, tedavi hakkında bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$; $p<0,05$). Sürekli takip eden sağlık personeli olan bireylerin, PANSS puanlarının, takip eden sağlık personeli olmayan bireylerden düşük olması da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,033$; $p<0,05$).

Derneklerden yararlanma durumuna göre olguların Pozitif PANNS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tedavisi hakkında bilgi alan bireylerin, **PANSS Negatif puanları**, tedavi hakkında bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,008$; $p<0,05$). Sürekli takip eden sağlık personeli varlığı ve derneklerden yararlanma durumuna göre bireylerin, PANSS Negatif puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tedavisi hakkında bilgi alan bireylerin **PANSS Genel psikopatoloji puanları**, tedavi hakkında bilgi almayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0,001$; $p<0,05$). Sürekli takip eden sağlık personeli varlığı ve derneklerden yararlanma durumuna göre olguların PANSS Genel psikopatoloji puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında hastalık ve tedavi sürecinin ilaç uyumuna etkisini değerlendirmek için yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır.

- 1- Bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin tartışılması
- 2- Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özelliklerinin tartışılması
- 3- Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özelliklerinin tartışılması
- 4- Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ait tanımlayıcı özelliklerinin tartışılması
- 5- Bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif, PANSS Genel psikopatoloji ölçeği puan dağılımlarının tartışılması
- 6- Bireylerin hastalık sürecine ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji ölçeği puan dağılımlarının tartışılması
- 7- Bireylerin ilaç tedavi programına ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji ölçeği puan dağılımlarının tartışılması
- 8- Bireylerin ilaç tedavileriyle ilgili bilgilenme durumuna ait tanımlayıcı özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji ölçeği puan dağılımlarının tartışılması

5.1. Bireylere Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre; 209 hastanın **yaş ortalaması 30,54** ve **hastalığın başlangıç yaşının 21,6±7,82 aralığında** olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Tablo4-1). Bu sonuç literatür bilgileriyle örtüşmektedir: Şizofreni genellikle 15-40 yaş arasında, çoğunlukla 18-25 yaşları arasında başlar (Öztürk 2011, Üçok 2013).

Çalışma grubundaki hastaların büyük çoğunluğu (**%91,4**) **erkek**, daha az kısmı kadındır (**%8,6**)(Tablo 4-1). Şizofreni hastalığının cinsiyet olarak dağılımı erkeklerde biraz daha sık olmakla beraber eşit oranda görüldüğü kabul edilir (Üçok 2013).

Bu çalışmadaki sonucun farklı çıkmasının nedeni; çalışmanın yapıldığı GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'ne başvuran hasta popülasyonunun asker ve erkek ağırlıklı olması ayrıca psikiyatri kliniğinin kadın hastalar için yataklı servis bölümünün bulunmamasına bağlı olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların öğrenim durumu incelendiğinde **%32,1'nin lise mezunu** olduğu, ikinci sırada ortaokul, üçüncü sırada yüksekokul mezunu oldukları görülmektedir. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunun (**%79,9**) **bekâr**, daha az bir kısmının evli ya da boşanmış olduğu görülmüştür (Tablo 4-1). Literatürde şizofreni hastalarının sağlıklı bireylere oranla daha düşük eğitim seviyesinin ve bekâr olma olasılığının yüksek olduğu belirtilmiş olup, nedeni olarak hastalık süreci içerisinde meydana gelen yeti yitimi gösterilmiştir (Gureje 1991). Bu çalışmada eğitim seviyesinin yüksek olmasının nedeni silahlı kuvvetler bünyesinde çalışabilmek için lise ve yüksekokul mezunu olma zorunluluğu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların ailelerinde **ruhsal hastalık öyküsü bulunmadığı** (**%69,4**) belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Literatürde; ailesinde şizofreni hastası olan bireyde şizofreni gelişme riski %10 civarında verilmiştir (Mortensen ve ark. 1999). Çalışmamızda oranın yüksek olmasının nedeni ruhsal öyküde sadece şizofreni öyküsü değil diğer ruhsal hastalıklarında sorgulanmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların madde kullanım öyküleri sorgulandığında çoğunluğun (**%63,2**) **madde kullanım öyküsünün pozitif** olduğu bilgisine ulaşılmıştır **En çok kullanılan madde olarak nikotin belirlenmiştir** (**%52,2**) (Tablo 4-1).

Psikiyatri hastalarının öyküsünde madde kötüye kullanımının var olması tedavi sürecini uzatırken, tedaviye uyum üzerinde de olumsuz etkiye neden olabileceği bildirilmiştir (Kampman 2003, Koç 2006, Kemp ve Anthony 2001). Epidemiyolojik çalışmalarda şizofrenide madde kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %47 ile %70 arasında değişmekte olup, nikotin dâhil edildiğinde bu oran %80'lere ulaşmaktadır (Regier ve ark. 1990, Lasser ve ark. 2000). Hastalar açısından nikotinin pekiştirici ve zevk verici etkilerinin yanı sıra, rahatsız edici çekilme belirtilerinin çabuk düzeltilmesi de kullanımı için diğer bir etkidir (Berlin ve ark. 2003).

Nikotin kullanımının şizofreni hastalarında intihar, umutsuzluk ve dürtüsellikle ilişkili olduğuna işaret eden çalışmalarda vardır (Ekinci ve Ekinci 2012). Ayrıca nikotinin bazı antipsikotiklerin kan konsantrasyonlarını azalttığı bilinmektedir (Kaplan& Sadock 2016). Nikotine ek olarak alkol ve kannabis en fazla kullanılan maddeler olarak belirlenmiştir. Aynı anda ikiden fazla madde kullanımına da bu hasta grubunda sık rastlanmaktadır (Regier ve ark. 1990, Lasser ve ark. 2000). Çalışmanın bu sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırma sonucuna göre hastaların büyük çoğunluğu (**%89,5**) **kendisine bakım verebilecek herhangi biriyle yaşarken**, çok az bir kısmı arkadaşı ile veya yalnız yaşamaktadır (Tablo 4-8). Bakım verici grubun çoğunluğunun anne ve babadan oluştuğu görülmektedir (Tablo 4-1).

Literatürde; şizofreni hastalarında pozitif ve negatif belirtilerin, özellikle negatif semptomlardan anhedoni ve asosyalliğin (Ukpong 2012), bunun yanı sıra hastalığın psikopatoloji şiddeti ve antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal yan etkilerinin hastalığın uzun süre bakım gerekliliğini ortaya çıkardığı belirtilmiştir (Jungbauer ve ark 2004). Ayrıca ülkemizde kronik hastalıklı bireylerin bakım vericileri üzerine yapılan araştırmalarda primer bakım vericilerin sıklıkla aile içerisinde olduğu (Kuşcu 2000, Gülseren 2002, Karahan ve Güven 2002) daha çoğunluğunun eş durumundaki bireyler olduğu belirtilmiştir. (Toseland ve ark. 2001).

Diğer bir araştırma sonucuna göre, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmüş, bu sonucun nedeni ise genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların kadının doğal işi olarak görülmesine bağlanmıştır (Akin ve Demirel 2003).

Ayrıca kadınların kişilik özelliği ile daha şefkatli, duyarlı, yakın güçlü ilişkiler kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım vermenin zorluklarıyla daha iyi baş edebildikleri belirtilmiştir (Bilgili 2000).

Şizofreni tanısı almış hasta grubunda aile desteğinin iyi olması hastalığın seyri açısından olumlu göstergeler arasında bildirilmiştir (Öztürk 2011).

Araştırma sonucuna göre **hastaların büyük bir kısmı (%70,8) hastalığından dolayı hiçbir iş yerinde çalışmamaktadır**. Çalışmaya katılan hastaların **%89,5'nin sosyal güvencesinin bulunduğu** saptanmıştır (Tablo 4-1). Hastaların çalışmadığı halde yüksek oranda sosyal güvencelerinin olması, hasta grubunun çoğunluğunun silahlı kuvvetler bünyesinde askerlik vazifesini yapıyor olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Bireylerin Hastalık Sürecine Ait Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması

Çalışma kapsamındaki hasta grubunun hastalığa ait verileri incelendiğinde; hiç bekleme süresi geçmeden **doğrudan tedaviye yönlendirilen hasta grubu yüzdesi %48,8 iken tedavisiz geçen psikoz süresinin 0-1 yıl arasındaki hasta sayısı yüzdesi %30,6' dır** (Tablo 4-2). Literatürde; erken dönemde başlanan hızlı ve uygun tedavinin hastalığın devamında önemli etkisi olduğu belirtilmektedir (Harrison ve ark. 2001, Loebel ve ark. 1992). Ayrıca sinsi belirtilerle giden psikoz bulguları normal toplum içerisinde dikkat çekmezken, kapalı toplumlarda bireylerde gelişen en küçük psikolojik değişikliğin hemen farkına varılabilmektedir (McGlashan 1999).

Çalışma grubundaki hastaların çoğunun silahlı kuvvetler bünyesinde görevli personel olması nedeniyle en küçük bir değişikliğin erken dönemde fark edilmesine bağlı olarak, hastaların tedavisiz geçen süresinin kısa olmasının nedeni olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamındaki hastaların tedavi süreci içerisinde, **herhangi bir psikiyatrik sorun nedeniyle en çok bir (%31,6) ve iki kez (%31,1) hastaneye yatışın ilk sıralarda yer aldığı, hiç yatış yapmadan tedavilerinin ayaktan takip edilenlerin oranının %15,8 olduğu** belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Hastaların hastaneye yatış yapma sebepleri incelendiğinde; **büyük çoğunluğunun hastalık belirtilerinin ortaya çıkması nedeniyle hastaneye yatışlarının yapıldığı**

(%65,55) bilgisine ulaşılmıştır. Tüm hastaneye kabullerin incelendiği bir çalışmada, hastaların hastaneye geliş nedenleri arasında % 20-25' nin ilaç uyumsuzluğunun olduğu (Aker ve ark. 1992), diğer bir çalışmada ise psikotik hastaların bir yıllık takibi sonucu hastaların hastaneye getiriliş sebepleri arasında ilaç uyumsuzluğunun ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir (Sökmez 1998).

Şizofreni hastaları arasında hastalandığını kabul etmeyen, hastaneye gitmeye karşı büyük direnç gösteren, zaman zaman ağır psikotik belirtilerin ortaya çıktığı durumlarda ailenin zor durumda kaldığı gözlenir (Öztürk 2011).

Tedavi sürecindeki hastaların yaklaşık 2\3'sinin düzenli ilaç kullanımının olduğu belirlenmiştir. Psikotik hastaların bir yıllık süreçteki yatış sıklığının değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların %70,4'ünün düzensiz ilaç kullandığı, %18,5'nin hiç ilaç kullanmadığı, ancak %11,1 'nin tedaviye uyumlu olduğu görülmüş, hastaların hastaneye getiriliş nedenleri açısından ilaç uyumsuzluğunun ilk sırada yer aldığı bulunmuştur (Sökmez 1998). Literatürden farklı olarak bu çalışmada düzenli ilaç kullanım oranının yüksek olmasının nedeni; hastaların büyük çoğunluğunun silahlı kuvvetler bünyesinde görev yapmasından dolayı hastaların işlem ve tedavi kontrollerine belirli periyodlarla çağırılması, hastaların bu periyodlara uyma zorunluluğunun olmasının olabileceği söylenebilir.

Hastaların tedavi sürecinde karşılaştıkları sorunlar incelendiğinde; **%23,9'u hiçbir sorun yaşamadığını belirtirken, %16,3' ü psikiyatrik ilaç kullanmak istemediğini, %11'i hastaneye ulaşım ile ilgili sorunlar yaşadığını, %10,5'i ilaç yan etkilerini, %7,7'si ise çevrenin hastalığı ile ilgili olumsuz tutumlarını sorun olarak belirtmiştir (Tablo 4-3).**

Görüldüğü gibi ilaç kullanım sorunları ilk sırada yer almaktadır. Aslında ulaşım ve çevrenin hastalık ile tutumu ilaç kullanımını etkileyen bir faktör olarak değerlendirilebilir. Literatürde, içselleştirilmiş damgalama hastaların tedaviye yönelik motivasyonunun azaltırken (Cavalti ve ark. 2012) ayrıca hasta ile tedavi işbirliğinin gelişmesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Yılmaz ve Okanlı 2012). Başka bir çalışmada ise, sağlık merkezine olan coğrafi uzaklığın uyumu etkilediği bildirilmiştir (McGlashan, Carpenter 1981 Kaynak: Çakır, İnem ve ark.2010 p.54).

5.3. Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Tanımlayıcı Özelliklerinin Tartışılması

Hastaların tedaviye ilişkin tanımlayıcı özelliklerine ait veriler incelendiğinde; **hastaların büyük çoğunluğu (%71,3) oral formda ilaç kullanırken, ikinci sırada depo form ve oral form ilacı birlikte kullandığı görülmektedir (Tablo 4-4).**

Hastaların günlük ilaç kullanımı; $3,74 \pm 2,5$ aralığında dağılmakta ve ilaç kullanım yıl aralığı $7,22 \pm 8,39$ dur (Tablo 4-4).

Başka bir çalışma sonucunda hastalar ez az bir ilaç, en çok sekiz ilaç kullandığını belirtmiş, ortalama günlük ilaç sayısı $2,85 \pm 1,58$ olarak bulunmuştur, hastaların ortalama ilaç kullanma yılı $10,46 \pm 9,13$ olarak bildirilmiştir (Sağlam 2011).

Literatürde, parenteral uygulama, depo preparatlarda olduğu gibi, hastanın uyumunu sağlamada en garantili yol olarak gösterilmektedir (Sofuoğlu, Turan 2000).

Bazı çalışmalar antipsikotiklerin çoklu kullanımının hastaların tedavisinde avantaj sağladığını belirtirken, antipsikotik polifarmasi uygulamasıyla ilaç yan etkilerinin azalması ve hastalık sürecinin olumlu olarak etkileneceğini belirtmiştir (Mccue ve ark. 2003). Diğer bir çalışmada, günde tek doz uygulanan uzun salınlı ajanların tedavi uyumsuzluğu üzerine pozitif etki yapacağı belirtilmiştir (Dilbaz ve ark. 2006). Aker ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışma sonucu uyum ile yazılan ilaç sayısı ve alınma sıklığı arasında ters orantılı ilişki bildirilmiştir.

Çalışmadaki hastaların, tedavi süreci içerisinde ilacınızı bıraktınız mı? Sorusuna **evet cevabı verenlerin oranı çoğunlukta (%71,8) hayır diyenler daha azdır. Hastaların ilaç bırakma sebepleri incelendiğinde hastaların %23'ü ilaçsız başarabilirim düşüncesi ile, %12,9'u ilaç yan etkileri nedeniyle,**

%9,1'nin tedavinin işe yaramadığı düşüncesi ile, %6,2'sinin ilaçların bağımlılık yapmasından korkma sebebiyle ilaçlarını bıraktığını belirtmiştir (Tablo 4-4).

Hastaların % 74,2'sinin ilaç dozlarını yeterli bulduğu görülmektedir (Tablo 4-4). Yapılan çalışmalarda hastaların %40 'nın ilk 1 yıl içinde, %75'nin 2 yıl içinde çeşitli yan etkiler nedeni ile ilacı bıraktıkları bildirilmiştir (Olfson ve ark. 2000, Lindstrom ve ark.2000, Janicak ve ark. 2001). Aker ve ark.'ları çalışmalarında, en sık görülen uyumsuzluk şeklinin de doz atlamak olduğunu belirtmişlerdir (Aker, Üstünsoy ve ark.2000).

5.4. Bireylerin İlaç Tedavileriyle İlgili Bilgilenme Durumuna İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Araştırma kapsamında elde edilen verilere göre; **hastaların yarısı %50,2 tedavi sürecinde ilaç tedavisi ile ilgili hiç bilgi almadığını bildirirken, %49,8'i ilaç tedavisi ile ilgili bilgi aldığını bildirmiştir.**

Bilgi veren sağlık çalışanlarına bakıldığında %34,9'una sadece doktor, %2,9'sinin sadece hemşire tarafından bilgilendirildiği görülmüştür (Tablo 4-5). Yapılan başka bir çalışmada, hastaların %55'i hastalık ve kullandıkları ilaçlar hakkında bilgilendirilmezken, sadece % 45'i bilgilendirilmiş, hastalara eğitim veren kişi %55,6 doktor, %38,9 hemşire, doktor, psikolog olarak belirtilmiştir (sağlam 2011).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde; tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite semptomlarını bilme-gözleme, hasta ve ailesini tedavi planına dâhil etme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımına dair veri toplama, tedavinin yarar ve zararlarını bilme gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca ülkemizde 08.03.2010 yılında resmi gazetede yayımlanan hemşire yönetmeliği de ilaçlar konusunda hemşirelere sorumluluklar yüklemektedir (Hemşirelik Yönetmeliği 2010).

Bu veriler doğrultusunda bu çalışma için, bilgi veren sağlık personeli arasında hemşirenin hastaya bilgi verme oranı düşük bulunmuştur, bunun sebebi olarak bu çalışmanın ayaktan tedavi ve takip gören hasta grubunda yapılmasından ve polikliniklerde hemşirenin görev almamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tedavi sürecinde hastayı takip eden sürekli bir herhangi sağlık çalışanı bulunuyor mu? Sorusuna yaklaşık yarısı %53,1' i hayır cevabı vermiştir (Tablo 4-5). Tedavide süreklilik kadar tedavi ekibinin sürekliliği de önemlidir. Ancak hastaların aynı tedavi ekibini her seferinde bulmaları zor olmaktadır. Oysa şizofreni gibi kronik bir hastalığın tedavisinde ve rehabilitasyonunda başarı önemli ölçüde tedavinin ve tedavi ekibinin sürekliliğine bağlıdır (Çakır, İlnem 2010). Tedavi ekibindeki süreklilik aynı ekibin hastayı takip ve tedavi etmesidir. Hastanın tedavi ekibini tanıması, yakınlığı ve güvenmesi tedavinin etkinliğine güçlü bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Lindsstrom, Bingerfors 2000).

Çalışmanın yapıldığı GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde poliklinik hizmeti veren doktorların aylık rotasyonlarla değişmesi nedeniyle ve yatırılarak tedavisi yapılan hastaların yatış süreleri içerisinde takip ve tedavilerini planlayan doktor ve hemşirelerden oluşan ekibin taburculuk sonrası ayaktan hasta takibinde görev almamasına bağlı olarak hasta açısından ekibin sürekliliği sağlanamamaktadır.

5.5. Bireylere Ait Tanımlayıcı Özellikler İle MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmaya katılan 209 hastaya uygulanan ölçekler ile, cinsiyet, medeni durum, bireyin kiminle yaşadığı, kronik hastalık öyküsü, madde kullanım öyküsü ve ailede ruhsal hastalık öyküsü verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatür bilgisiyle örtüşmemektedir. Kaynaklarda kadın cinsiyetin ve evli olmanın şizofreni hastalığının seyri için olumlu gidiş göstergesi olduğu bildirilmiştir (Öztürk 2011). Ayrıca psikiyatri hastalarında, madde kötüye kullanımının var olması, tedavi sürecini uzattığı ve ilaç tedavisine olan uyum üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Kampman 2003, Koç 2006, Kemp ve Anthony 2001). En çok kullanılan maddenin nikotin olmasının uyumu ve diğer ölçekleri etkilemediği düşünülmektedir. Başka bir çalışmada; ailesinde psikotik hastanın bulunması durumu, tedavide kullanılan ilaç ve yan etkilerin benzerliği gibi durumların, hastada, tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açtığı belirtilmiştir (Aker ve ark.1994).

Sosyal güvencesi bulunan hasta grubunun, sosyal güvencesi bulunmayan gruba oranla, MARS puanı daha yüksek bulunurken ($6,60 \pm 2,22$; $p=0,022$), LÜNYEDÖ ölçeklerinin puan ortalamaları sosyal güvencesi bulunmayan hasta grubunda, bulunan gruba oranla yüksek bulunmuştur ($98,91 \pm 43,01$). Bu durumun hastaların tedavilerine uyumu ve ilaç teminine etkisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu sonuç sağlık güvencesi olan hastaların sağlık hizmetinden sağlık güvencesi olmayan hastalara oranla daha rahat yararlandıkları ile açıklanabilir.

Herhangi bir mesleği olan hasta grubunun; PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji puan ortalamaları, mesleği olmayan hasta grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,007$, $p=0,001$ ve $p=0,001$) (Tablo 4-9).

Ayrıca çalışan hasta grubunun PANSS Negatif puan ortalamaları; çalışmayan gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0,004$)(Tablo 4-9).

Bu sonuca bağlı olarak mesleği olan hastaların mesleki zorunluluktan dolayı kişiler arası iletişim kurma zorunluluğu, üretkenlik ve sorun çözme becerilerini geliştirmek zorunda kalma gibi durumların negatif belirtiler üzerinde olumlu etki yaptığı düşünülmektedir.

Şizofreni bozukluğu olan hastalarda yapılan araştırmalarda; çalışan hasta grubunun, iş yerinde ilaç kullanmak zorunda kalma, izin isteme gibi durumlardan dolayı etkilenme kaygısının uyum üzerine etkisinin olduğu (McGlashan, Carpenter 1981 Kaynak: Çakır, İlnem ve ark.2010 p.54).

Çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumu ile ilgili veriler incelendiğinde; öğrenim durumu ile, LÜNYEDÖ, MARS, İÜBDÖ, PANSS Pozitif ve PANSS Genel Psikopatoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken (Tablo 4-8 ve Tablo 4-9), PANSS Negatif puan ortalamalarında, okur-yazar değil\okur-yazar\ ilköğretim mezunu olan bireylerin bulunduğu grubun en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir ($p=0,013$)(Tablo 4-9)

5.6. Bireylerin Hastalık Sürecine Ait Tanımlayıcı Özellikleri İle MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji Puan Dağılımlarının Tartışılması

Çalışmada bireylerin hastalık sürecine ait özellikleri ile, uygulanan ölçekler arasındaki analizler incelendiğinde; bireylerin tedavisiz geçirdiği süre ve hastanede yatış öyküsü ile çalışmada uygulanan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4-10 ve Tablo 4-11).

Çalışmalarda genel olarak hastada, tedavisiz psikotik dönem ve tedavisiz hastalık dönem süresinin uzun olması, hastanın tedavi sonrası yaşayacağı negatif belirti şiddetinin yüksek olmasıyla ilişkili bulunmuştur (Yıldızhan, Türkcan ve ark. 2015). Bazı araştırmalarda hastaneye yatış sayısı ile uyumun etkilenebileceği bildirilmiştir (Sağlam 2011).

Çalışmada bireylerin tanıları ile; İÜBDÖ, PANSS Pozitif, PANSS Negatif ve PANSS Genel Psikopatoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,049$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$)(Tablo 4-10 ve 4-11).

Şizofreni tanısı alan bireylerin, organik olmayan psikoz tanısı alan bireylerden İÜBDÖ ölçek puanı daha yüksekken, Organik olmayan psikoz tanısı alan bireylerin PANSS Puanları, şizofreni tanısı almış gruba oranla daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $9,67\pm 3,51$, $11,44\pm 4,06$, $19,60\pm 4,42$)(Tablo 4-10 ve Tablo 4-11).

PANSS ölçeklerinin sonucunu şizofreni veya psikoz tanısı değil, hastanın o an yaşadığı patoloji belirler. Bu nedenle PANSS ölçeği sonuçları tanıyla ilişkilendirilemez. Buna rağmen negatif belirtilerin psikotik hastalarda tedaviye en zor yanıt alınan kısım olduğu bilinmektedir, bu nedenle erken tanı ve tedavi psikotik hastalarda son derece önemlidir. Negatif belirtilerin; motivasyon eksikliği, apati gibi semptomların uyum üzerine olumsuz etkileri literatürlerde mevcuttur (Çobanoğlu ve ark.2003, Gray 2012).

Bireylerin ilaç tedavilerine uyum düzeyleri ile MARS ve PANSS Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$)(Tablo 4-10 ve Tablo 4-11). İlaçlarını düzenli kullanan hasta grubunun MARS Puan ortalamaları diğer hasta grubundaki (ilaç kullanmayan ve düzensiz kullanan) hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($7,32\pm 1,81$).

İlaç kullanmayan hasta grubunun PANSS Puan ortalamaları ise diğer gruplara oranla anlamlı düzeyde daha düşük olarak belirlenmiştir (sırasıyla; $8,20\pm 1,79$, $9,40\pm 1,67$, $19,60\pm 2,70$).

Çalışmadaki bireylerin kontrollere uyumları ile; MARS ve PANSS Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$). Kontrollerine düzenli gelen bireylerin MARS Puanları, hiç gelmeyen\ düzensiz gelen bireylere oranla anlamlı düzeyde daha yüksektir ($7,20\pm 1,92$)(Tablo 4-10). PANSS Puanları yine kontrollerine düzenli gelen bireylerin grubunda anlamlı düzeyde daha düşüktür (sırasıyla; $10,10\pm 3,88$, $12,64\pm 5,03$, $22,63\pm 8,63$)(Tablo 4-11).

5.7. Bireylerin İlaç Tedavi Programına Sürecine Ait Tanımlayıcı Özellikleri İle MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji Puan Dağılımlarının Tartışılması

Çalışma bulgularına göre; bireylerin kullandığı ilaç formu ile uygulanan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4-12, Tablo 4-13).

Hastanın kullandığı ilaç formu ile tedaviye uyum arasında bağlantı gösteren çalışmalar mevcuttur. Farmer (1999) oral form ilaç kullanan hastaların; tedaviye uyumunu takip etmenin zor olduğunu, sağlık personelinin gerçekte olduğundan daha uyumlu göstermek için manüple edebileceğini, tablet sayımı ve kanda ilaç dozu bakmak hastaya itici gelebileceğini ve kolayca gerçeği saklayabileceğini bildirmiştir.

Tedaviye uyumsuzlukta uzun etkili enjeksiyon önerilmektedir ancak bu yöntemde tek başına yeterli değildir. Diğer bir uyumu artırıcı yöntem ise ağızda çözünen tablet kullanımınıdır. Bir çalışmada, altı haftaya kadar ağızda çözünen tabletler ile tedavi gören 85 hastada birinci haftadan itibaren PANSS skorlarında, hastanın tedaviye uyumunda, hastanın tedaviye bakışında, tedavi ekibinin yükünü azaltmada anlamlı olumlu yönde değişimler gösterdiği bildirilmiştir (Kinon ve ark.2003).

Hastaların kullandığı ilaç verileri incelendiğinde; tedavisinde sadece antipsikotik ilaç kullanan bireylerin, LÜNYEDÖ toplam puanının, diğer grup ilaç kullanan bireylere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p=0,002$)(74,61±22,16), PANSS Puan ortalamalarının en düşük olduğu grubun ise antipsikotik ve anksiyolitik ilaç kullanan bireyler olduğu saptanmıştır ($p<0,05$)(Tablo 4-12 ve Tablo 4-13).

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda, antipsikotik, duygudurum düzenleyici, antikolinerjik, anksiyolitik ve antidepresan ilaçları bir arada kullanan hastalarda ilaç uyumu ve yan etkilerin birlikte çalışmadığı, her ilaç grubunun kendi içinde ayrı ayrı çalışıldığı gözlenmiştir. İlaç gruplarına ayrı ayrı bakıldığında literatürde; klinik uygulamada atipik antipsikotiklerin en sık karşılaşılan yan etkileri; kilo alımı ve seksüel disfonksiyondur. Bu durum tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir (Çam ve Engin 2014).

Vücut Kitle İndeksi ve bel çevresinin başlangıçta ve idame tedavide ölçümleri önemlidir. Erken dönemde hastaların üç aylık kontrolleri yapılmalı devamında altı aylık kilo kontrollerine devam edilmelidir (Marder 2004).

Çakır ve ark. (2010) yaptığı çalışmada hastaların ilk yıl %40, ikinci yıl %75 oranında çeşitli yan etkiler nedeniyle ilaçlarını bıraktıklarını belirtmişlerdir.

Antidepresan ilaç gruplarında; yerinde duramama, baş ağrısı, bulantı kusma, kilo artışı, cinsel sorunlar gibi yan etkiler görülmektedir (Çam ve Engin 2014).

Duygudurum düzenleyici ilaç grubuna bakıldığında; en sık ve hafif geçen yan etkiler arasında bulantı, ellerde titreme, fazla susama, iştah artması ve kiloda artış sayılabilir (Öztürk 2011).

Ayrıca antikolinergik ilaçların; nöroleptik ve antipsikotik ilaçlara bağlı akut distoni ve tedaviye bağlı postural tremor gibi hareket bozukluklarında etkili olması nedeniyle hastaların daha az yan etki yaşamasında rol almasından kaynaklanmaktadır.

Aker ve ark. (2000) yaptığı çalışmanın sonucunda; sedasyon, libido kaybı ve kilo alımı gibi yan etkilerin uyumu olumsuz etkilediği, farklı formlarda birçok ilacın aynı anda kullanılması, hastanın ilacı alırken dozu ayarlamak için bölmek zorunda olması tedaviyi hasta için karmaşık hale getirirken, uyum ile hastanın alması gereken ilaç sayısı ve alınma sıklığı arasında ters orantılı ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Tedavi sürecinde ilaç dozunu yeterli bulmayan hasta grubunda LÜNYEDÖ puan ortalaması (93,90±32,51)(Tablo 4-12) diğer gruplara oranla, İÜBDÖ puan ortalamaları ise ilaç dozunu kısmen yeterli bulan hasta grubunda diğer gruplara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (21,71±2,67)(Tablo 4-12).

İlaç dozu yeterliliği ile PANSS Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bu sonuçlara göre ilaç dozunu yeterli bulmayan hastaların ilaç yan etkilerini diğer gruplara oranla daha fazla yaşadığı bu nedenle tedavisini yeterli bulmadığı düşünülebilir.

Tedaviniz sırasında ilaç tedavinizi bıraktınız mı? Sorusuna “hayır ” olarak cevap veren hastaların, MARS puan ortalamalarının, evet cevabı verenlere oranla yüksek olması, PANSS Pozitif, PANSS Negatif ve PANSS Genel Psikopatoloji puanlarının ise düşük olması istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,008$, $p=0,001$) (Tablo 4-12 ve Tablo 4-13).

Hastaların şizofreninin pozitif belirtilerinden diğer belirtilere oranla daha rahatsız olduğu bu nedenle ilaç bırakma oranının diğer gruplara oranla daha düşük olduğu söylenebilir.

İlaç dozunda, doktorun önerisi dışında bazen azaltma yapan bireylerin, MARS Puan ortalamaları, doktorun önerisi dışında azaltma yapan ve yapmayan bireylere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$)($8,33\pm 0,82$).

PANSS Pozitif, PANSS Negatif ve PANSS Genel Psikopatoloji puanları ise; ilaçlarını doktorun önerisi dışında, ilaç dozunda azaltma yapmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,005$, $p=0,001$) (sırasıyla; $10,57\pm 4,80$, $13,01\pm 5,51$, $23,43\pm 9,24$)(Tablo 4-13).

İlaç dozunda, doktorun önerisi dışında bazen arttırma yapan bireylerin, MARS Puan ortalamaları, doktorun önerisi dışında arttırma yapan ve yapmayan bireylere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$)($7,75,\pm 2,05$)(Tablo 4-12).

PANSS Pozitif, PANSS Negatif ve PANSS Genel Psikopatoloji puanları ise; ilaçlarını doktorun önerisi dışında ilaç dozunda arttırma yapmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,001$)(sırasıyla; $10,74\pm 5,02$, $12,95\pm 5,64$, $23,54\pm 9,32$)(Tablo 4-13).

Bu sonuçlar doğrultusunda bireylerin; tedaviyi bırakmak yerine ilaç dozlarını şikâyetlerine göre ayarlayarak ilaç tedavisine devam etmeyi seçtikleri söylenebilir.

5.8. Bireylerin İlaç Tedavisiyle İlgili Bilgilenme Durumuna İlişkin Özellikleri ile MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ, PANSS Pozitif, Negatif Sendrom ve Genel psikopatoloji Ölçeği Puan Dağılımlarının Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; bireylerin derneklerden yararlanma durumu ile, çalışmada uygulanan ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4-14- Tablo 4-15).

Bireylerin tedavisi sürecinde bilgi alma durumu ile, MARS, LÜNYEDÖ, İÜBDÖ arasında anlamlı fark bulunmazken, PANSS Pozitif, Negatif ve Genel Psikopatoloji puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,008$, $p=0,001$)(sırasıyla; $10,75\pm 4,30$, $12,69\pm 4,79$, $22,73\pm 8,09$)(Tablo 4-14 ve Tablo 4-15)

Çalışmaya katılan bireyleri, sürekli takip eden sağlık personelinin bulunması durumu ile LÜNYEDÖ, MARS, ve PANSS Pozitif puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,019$, $p=0,001$, $p=0,033$)(sırasıyla; $79,22\pm24,27$, $6,07\pm2,17$, $12,91\pm5,73$)(Tablo 4-14 ve Tablo 4-15).

Ruh sağlığı hastanesinden yeni taburcu olan 221 hasta da yapılan çalışma sonucuna göre; taburculuk sonrası kontrollere gelmeme nedenleri arasında taburculuk sonrasında hastaların kim tarafından ve nerede takip edileceğinin belirlenmemiş olduğu (Compton, Rudish ve ark. 2006) ayrıca hasta ve yakınlarının taburculuk aşamasında birçok bilgiyi kısa sürede anlamak zorunda kalmasının bilginin kalıcılığı açısından sıkıntı verici olduğu belirtilmiştir. Psikiyatri hastaları için ilaçlarını kullanma, ilaç kullanmanın önemi, ilaç yan etkileri ve baş etme yöntemleri gibi konularda eğitimlerin yapılması tedavinin bir parçasıdır.

Bu bilgilendirme sürecinde sadece bilgilerin aktarılması değil aynı zamanda hasta ve yakınlarının duygu, düşünce ve özellikle davranışlarda değişim oluşturabilecek düzeyde belirli ve düzenli bir eğitim programının yapılması gerekmektedir (Fernandez, Evans ve ark 2006).

Psikoeğitimin temel hedefleri; hastalığın belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim, belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma, aile içi ve kişilerarası ilişkileri geliştirme, aşırı duygu dışavurumunu azaltma, erken tanı ve tedavi, relapsları önleme ya da azaltma, toplumsal işlevselliği artırma, toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,

gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlamaktır (Javadpour ve ark. 2013, Ducasse ve ark. 2015, Song ve ark 2014, Bisbee ve ark. 2012, Akechi 2014, Lefhey 2009, Kolostoumpis ve ark 2015).

Literatüre göre; aynı ekip üyelerinin hastayı ve yakınlarını bütün boyutlarıyla tanıyor olmaları, hastaya yardımın zamanında ve etkin şekilde ulaşmasını sağlar (Lindstrom, Bingerfors ve ark. 2000, Happell, Manias ve ark.2002).

Agara ve Onibi (2007) birlikte yaptığı bir çalışmada, şizofreni ve psikotik depresyon tanısı almış 48 hastanın, hastaneden taburcu olmadan önce yapılan grup psikoeğitiminin taburculuk sonrası uyum üzerine etkisine bakılmış ve taburculuk sonrası randevulara

uyumda dokuz ay boyunca, tüm psikiyatrik tanılar ve yaş gruplarında etkili olduğu belirtilmiştir.

Başka bir çalışmada ise hasta ve yakınları ile terapötik işbirliği kurabilmek, hastalığı etkili ve hastayı yanımıza alarak tedavi etmek, hastalığa karşı içgörü kazandırmak, hasta ve aile eğitimlerinin hastanın tedaviye uyumunda önemli artış sağlayacağı belirtilmektedir (Çakır ve ark. 2010).

6-SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında hastalık ve tedavi sürecinin ilaç uyumuna etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmanın bulgularından aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 30,54 ve hastalığın başlangıç yaş ortalaması $21,6 \pm 7,82$ dir.
- Bireylerin çoğunluğu bekâr, erkek, lise mezunu, herhangi bir işte çalışmıyor, psikiyatri dışında kronik hastalığı bulunmuyor ve şehir merkezinde yaşıyor.
- Bireylerin %89,5 oranında sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bireylerin çoğunluğu gelir düzeyini orta seviyede algıladığını belirtirken (%69,9), büyük çoğunluk anne ve babayla beraber yaşadığını belirtmiştir (%60,8)
- Hasta bireylerin %63,2'sinde madde kullanım öyküsü vardır. %52,2'si kullandığı madde olarak nikotini belirtmiştir.
- Bireylerin %69,4'ünde ailede ruhsal hastalık öyküsü vardır.
- Hasta bireylerin yaklaşık olarak yarısı (%48,8) tedavisiz süre geçmeden doğrudan tedaviye yönlendirilmiştir.
- Hasta bireyler hastaneye en çok 1(bir) kez yatış yaparken, en sık hastalık belirtilerinin ortaya çıkması nedeniyle yatırılmıştır (%65,6).

- Hasta bireylerin %56'sının düzenli olarak kontrollere uyumlu olduğu ve %62,2'sinin düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir.
- Hasta bireylerin tedavi sürecinde yaşadıkları sorunların başında psikiyatrik ilaç kullanmak istememeleri gelmektedir (%16,3). Bireylerin büyük çoğunluğu tedavi süreci için hiçbir önerisi olmadığını belirtmiştir (%83,3)
- Hasta bireylerin günlük ilaç kullanımını $3,74 \pm 2,5$ aralığında ve ilaç kullanım yılı $7,22 \pm 8,39$ aralığında dağılmaktadır.
- Bireyler en çok oral formda ilaç kullanırken (%71,3), ağırlıklı olarak sadece antipsikotik ilaç tedavisi almaktadırlar (%38,3)
- Hasta bireylerin çoğunluğu doktorun önerisi dışında ilaç dozlarında arttırma ve azaltma yapmamıştır (sırasıyla:%61,7-%58,4) ve ilaç dozunu yeterli bulmaktadır (%74,2). Bireyler ilaç dozunu doktorun önerisi dışında en çok; şikayetlerin artması, azalması ve yan etkiler nedeniyle değiştirmiştir (%18,7)
- Hasta bireylerin büyük çoğunluğu (%71,8) tedavileri süresince en az bir kez ilaç tedavisini bırakmıştır. Bireyler çoğunlukla (%23) ilaçsız başarabilirim düşüncesi ile ilaçlarını bırakmışlardır.
- Hasta bireylerin % 50,2'si tedavisi süresince hiçbir sağlık personelinden bilgi almadığını, %34,9 sadece doktor tarafından bilgilendirildiğini, %38,3 oranındaki bireye bu bilginin poliklinik ortamında verildiğini, en çok ilacın dozunun anlatıldığı (%17,2), %30,1 eğitimin yeterli olduğunu belirtmiştir.
- Hasta bireylerin MARS puan ortalaması zayıf uyum kapsamındadır.
- Hasta bireylerin LÜNYEDÖ puan ortalaması, çok şiddetli yan etkiler kapsamındadır.
- Hasta bireylerin İÜBDÖ puan ortalaması yüksek içgörü kapsamındadır.
- Hasta bireylerin PANSS skor ortalamaları şizofreni belirti düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.
- Bireylerin, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, kronik hastalık öyküsü, madde öyküsü ve ailede ruhsal hastalık öyküsü gibi özellikler ile MARS, LÜNYEDÖ VE İÜBDÖ' leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).
- Bireylerin MARS puan ortalaması, sosyal güvencesi olan hasta grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur ($p = 0,022$).
- Bireylerin, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvencenin varlığı, kiminle yaşadığı, kronik hastalık öyküsü, madde öyküsü ve ailede ruhsal hastalık öyküsü gibi

özellikleri ile PANSS puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

- Çalışan ve yüksekokul mezunu olan bireylerin PANSS Neg. puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,004$, $p=0,013$). Mesleği olan bireylerin ise; PANSS Pozitif, PANSS Negatif ve PANSS Genel Psikopatoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,007$, $p=0,001$ ve $p=0,001$).
- Bireylerin, tedavisiz geçen süreleri, hastaneye yatış öyküsü verileri ile; MARS, LÜNYEDÖ ve İÜBDÖ' leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Çalışmadaki şizofreni tanısı almış bireylerin İÜBDÖ puanı organik olmayan psikoz tanısı almış bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (0,049).
- Bireylerden ilaçlarını düzenli kullanan ve tedavilere düzenli gelen hasta grubunda MARS puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,001$ ve $p=0,001$). LÜNYEDÖ puan ortalaması ise kontrollere düzenli gelen bireylerde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p=0,002$).
- Bireylerin, tedavisiz geçen süreleri, hastaneye yatış öyküsü verileri ile; PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Bireylerin, tanıları, ilaç tedavisine uyumları ve kontrollere uyumları ile PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Bireylerin kullandığı ilaç formu ile, MARS, LÜNYEDÖ ve İÜBDÖ' leri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Bireylerden en yüksek LÜNYEDÖ puan ortalamasının; antipsikotik, antidepresan ve duygu durum düzenleyici ilaçların üçünü bir arada kullanan hasta grubunda olduğu bulunmuştur ($109,17\pm 45,05$)($p=0,002$).
- İlaç dozunu yeterli bulmayan hasta grubunun LÜNYEDÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, kısmen yeterli bulan hasta grubunun İÜBDÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- İlaçlarını tedavileri sürecinde bırakmış hasta grubunun MARS puan ortalaması düşük bulunmuştur ($p=0,001$).
- Tedavileri süresince ilaçlarında doktorun önerisi dışında bazen azaltma yapan bireylerin, MARS puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

- Tedavileri süresince ilaçlarında doktorun önerisi dışında bazen arttırma yapan bireylerin, MARS puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$)
- Bireylerin kullandığı ilaç formu ve ilaç dozunu yeterli bulma durumu ile, PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Bireylerin kullandığı ilaç grubu, doktorun önerisi dışında ilaç dozunda arttırma ya da azaltma yapma durumu ve ilaç bırakma durumu ile PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).
- Bireylerin tedavileri hakkında bilgi alma durumu ve derneklerden yararlanma durumu ile ilgili veriler ile LÜNYEDÖ, MARS ve İÜBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$)
- Bireyleri, sürekli takip eden sağlık personelinin bulunma durumu ile, LÜNYEDÖ ve MARS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,019$, $p=0,001$).
- Bireylerin derneklerden yararlanma durumu ile ilgili veriler ile, PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Bireylerin ilaç tedavileri ile bilgi alma durumu ile PANSS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$)
- Bireyleri, sürekli takip eden sağlık personelinin bulunma durumu ile, PANSS Pozitif puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,033$)

6.2. ÖNERİLER

- Çalışma sonucuna göre hastaların büyük çoğunluğunun bakım ve sorumluluğu aile bireylerinden en az bir kişiye yüklenmiştir. Ülkemizde psikiyatrik hastaların çoğunun evi ve aile dışında alternatif yaşam alanı kısıtlıdır. Hastalar taburculuk sonrası çoğunlukla aileleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Bu nedenle hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması önem kazanmaktadır.
- Çalışma sonucuna göre hastaların yan etkileri şiddetli yaşaması, uyumların zayıf olması ve yarından fazlasının tedavisiyle ilgili hiçbir eğitim almamasına bağlı olarak, yan etkilerle baş etme, ilaç uyumunu arttırıcı çalışmalar, aile ve hasta eğitimlerinin sağlanmasına yönelik psikoğitim programlarının yapılması.
- Mümkün olduğunca eğitim ve hasta takibinin aynı sağlık ekibince sürdürülmesi.

- Hasta bireylerin çoklu tedavi sonucu şiddetli yan etki yaşayabileceğinden dolayı klinik ortamda LÜNYEDÖ'nin kolay anlaşılması ve hasta tarafından doldurulabilecek kolaylıkta olmasından dolayı psikiyatri kliniklerinde kullanılması.
- Çalışma sonucunda hasta bireylerin ulaşım ile ilgili sorun yaşadığını belirtmesine bağlı olarak hastaların periyodlarla takibinde TRSM ve Derneklerle görüşme ve yönlendirmelerin yapılması.
- Psiko eğitim merkezinin kurulması ve sonrasında çalışmanın yeniden uygulanması ve verilerinin karşılaştırılması.
- Çalışmanın başka hastanelerde, TRSM'lerde tekrarlanması.
- Farklı psikiyatrik tanı gruplarıyla aynı çalışmanın yapılması.
- Kronik hastalıklarda ve şizofrenide uyum uyumun araştırılarak karşılaştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

Agara AJ, Onibi OE. Effects of Group Psychoeducation on Compliance With Scheduled Clinic Appointments in a Neuropsychiatric Hospital in Southwest Nigeria: a Randomized Controltrial. Ann Acad Med Sıngapore 2007;36:272-275.

Aker AT,Özmen E,Arkonaç O.Şizofrenide İdame Antipsikotik Tedavi.Düşünen Adam 1992 (1-2-3):52-57.

Aker T,Çıtak S,Ceyhanlı A,Sarılgan C,Taştan U ,Ögel K,Özmen (1994) E.Hasta Yakınlarının İlaç Tedavisine Karşı Tutumu.30.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Özet Kitabı.

Aker T,Üstünsoy S,Kuşu N,Yazıcı A.Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme ölçeği.36.Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı,(2000).

Akın,A ve Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri . Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4),73-8.

Alptekin K, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, et al. Psikiyatri Kliniğine Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Rehberi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2014;24(3):276-288.

Barlas Ünsal G. (2015). Psikozlarda ve Şizofrenide Bakım Sanatı. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği. S:67-72.

Beck EM,Cavelti M,Kvrgic S,Kleim B,et al.Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of in insight and attitudes towards medication.Schizophr Res 2011;132:42-9.

Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, Lancrenon S, RamesA, Aubin HJ, Niaura R. The modified reasons for smokingscale: factorial structure, gender effects and relationship withnicotine dependence and smoking cessation in French smokers.Addiction 2003; 98:1575-1583.

Bilgili, N. (2000). Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Karşılaştıkları Sorunların Belirlenmesi, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Binbay T, Ulaş H, Alptekin K (2007) Şizofrenide psikososyal etkenlerin yeniden önem kazanması. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP), 1: 39-48.

- Birsöz S, Karaman T. (Çev.Ed.) PSİKİYATRİ Tanı ve Tedavi Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry, 1.baskı.Güneş Kitapevi,Ankara 2003:260-277.
- Bisbee C C, Garry, M. V. (2012). A review of psychoeducation for patients with schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 42(6), 205–210.
- Boyd MA. (2008) *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. (4th edition). Lippincott,China, 31-45
- Bressington D,Mui J,Gray R.Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong:a crosssectional study.*Int J Ment Health Nurs* 2013;22:35-46.
- Cavelti M. Kvrjic S. Beck E.M. Rüş N.Vauth R. (2012) Self-Stigma and its Relationship With Insight Demoralization and Clinical Outcome Among People With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Comprehensive Psychiatry*,53, 468-479.
- Compton TC, Rudish EB, Craw J, Thompson T,Owens DA, Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psyciatric Hospitalization.*Psyhiatr Serv.* 2006;57:531-537.
- Çakır F, İnem C, Yener F.(2010)Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, Cilt 23, Sayı 1 ,Mart 2010.
- Çobanoğlu Z.S.Ü.Aker, T. Çobanoğlu N. (2003) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*,16(4),211-218.
- Day J.C,Wood G.Dewey M.& Bentall R.(1995).A self-rating scale for measuring neuroleptic side effects.Validation in a group of schizophrenic patients.*British Journal of Psychiatry* 166;650-653.
- Day J,Kinderman P and (Bentall RP)(1998)A comparison of patients ‘and prescribers’ beliefs about neuroleptic side-effects:prevalence ,distress and causation.*Acta Psychiatrica Scandinavica* vol 97 pp 93-97.
- Day J.C ,Bentall RP,Roberts C,Randall F,et al.Attitudes toward antipsychotic medication:the impact of clinical variables and relationships with health professionals.*Arch Gen Psychiatry* 2005;62:717-24.
- Demirkıran F. Terakye G.Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi,*Kriz Dergisi*.2001;9(2):29-39.
- Dikeç G, Kutlu Y.(2014).Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(3):143-148.
- Dilbaz N, Karamustafaloğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğine Başvuran Şizofreni hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2006;16:223-232.
- Draine J, Solomon P. Explaining Attitudes Toward Medication Compliance Among A Seriously Mentally İll Population .*J. Nerv Ment Dis* 1994;182(1):50-54(Abs).

DSM-5 TM Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev.Ed.) Ertuğrul Köroğlu,Boylam Psikiyatri Enstitüsü Hekimler Yayın Birliği Ankara. 2014: 49-51.

Ducasse D, Courtet P, Seneque M, Genty C, Picot M-C, Schwan R, Olie E(2015) Effectiveness of the First French Psychoeducational Program on Unipolar Depression: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. BMC Psychiatry, 15:294.

Ekinci O, Ekinci A, 2012. Türkiyede Şizofreni Hastalarında Sigara Kullanımının Psikopatolojik Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2012;25:312-329.

Erkoç Ş, Göğüş AK.,Kültür S, Soygür H, Sevinçok L, Işık T, Yurdakul S. Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir Yıllık Çok Merkezli İzleme Çalışması.Çalışmaya Alınan Hastalarda Tedaviye Uyum. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı,İstanbul,2001.

Farabee D,Shen H, Sanchez S. Program-Level Predictors of Antipsychotic Medication Adherence Among Parolees International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,48(5)2004 561-571

Fernandez RS, Evans V, Griffiths RD, Mostacchi MS. Educational Interventions for Mental Health Consumers Receiving Psychotropic Medication:a Review of the Evidence.Int J Ment Health Nurs 2006;15:70-80

Fidaner H. (1998) Şizofeni Tanı ve Sınıflandırma, Şizofreni Dizisi;1(1):17-22.

Gray ,R.Adherence Therapy; Working Together to Improve Health.A Treatment Manual fof Healthcare Workers.University of East Anglia,United Kingdom 2012).

Gureje O.Gender and schizoprenia: Age at onset and sociodemographic attribtes. Acta psychiatrica Scandinavica.1991;83(5):402-5.

Gülseren,L.(2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi,13,143-151.

Happell B, Manias E, Pinikahama J. The Role of the İnpatient Mental Health Nurse in Facilitating Patient Adherence to Medication Regimes, Internnational Journal OF Mental Health Nursing (2002) s:251-259.

Harrison G, Hopper K, Craig T,Laska E, Siegel C,Wanderling J,et al. Recovery from psychotic illness: A 15 and 25 year international follow-up study. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2001;178:506-17.

Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çev. Ed.) Firdevs Erdemir. Nobel Tıp Kitapevi İstanbul. 2012.

Hemşirelik Yönetmeliği (2010). Ankara.T.C Sağlık Bakanlığı.

Jager M, Riedel M, Messer T, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, et al. Psychopathological Characteristics and Treatment Response of First Episode Compared With Multiple Episode Schizophrenic Disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (2007). 257(1): 47-53.

Janicak PG, Davis JM, Preskorn SH, Ayd FJ (editors). *Compliance; Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Third Ed. Philadelphia :Lippincot Williams and Wilkins, 2001,43-44.

Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi GR, Azizi A. The Impact of a Simple Individual Psycho-Education Program on Quality of Life, Rate of Relapse and Medication Adherence in Bipolar Disorder Patients. *Asian J Psychiatr*. 2013 Jun;6 (3):208-13.

Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. ve Angermeyer, M.C. (2004). The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull*, 30,665-675.

Kampman O (2003). *Compliance in Psychotic Disorders*. University of Tampere Medical School Tampere University Hospital. Department of Psychiatry. Finland.

Kaplan & Sadock *Klinik Psikiyatri Synopsis of Psychiatry Ninth edition* (Çev.Ed.) Hamdullah Aydın, 2. Baskı: Güneş Kitapevi İstanbul. 2005:134-153.

Kaplan & Sadock *Psikiyatri Davranış Bilimleri\Klinik Bilimleri*. Çev. Ed. Prof. Dr. Ali Bozkurt. 11. Baskı: Güneş Kitapevi İstanbul. 2016:300-326.

Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4),155-159.

Katsuki F, Takeuchi H, Watanabe N, Shiraishi N, Maeda T, Kubota Y, Suzuki M, Yamada A, Akechi "Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: study protocol for a randomized controlled trial", 2014. <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/320> 15:320.

Kemp RA, Anthony S. Patient Compliance *David Comprehensive Care of Schizophrenia*, 2001;269-280.

Kitiş Ö, Eker M. (2011) Şizofreni Hastalarında Beyin Yarımküreleri Arasındaki Bozulmuş Bağlantı Bütünlüğü: Bir Diffüzyon Görüntüleme Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011, Vol.22 Issue 4, p:213-221.

Koç A. (2006) *Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi .Ankara.

Kolostoumpis D, Bergiannaki JD., Peppou LE, Louki E, Fousketaki S, Patelakis A, Economou MP "Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder", *International Journal of Mental Health*, 2015, 44:4, 290-302.

Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 23-32.

- Köroğlu E, Güleç C Psikiyatri Temel Kitabı: Hekimler Yayın Birliği 2.baskı Ankara 2007:184-204.
- Kuşcu, MK. (2000). Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik: Zedeleyen mi Yoksa İyileyen mi?. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi,8,30-34.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalance of and Risk Factors for Medication Nonadherence İn Patients W ith Schizophrenia : a Comprehensive Review of Recent Literature.Am J Psychiatry 2002;63:126-128.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolger CR, Leckband SG,Jeste DV.Prevalence of and Risk Factors for Medication Nonadherence in Patients With Schizophrenia:A Comprehensive Review OF Recent Literature.J Clin Psychiatry 2002;63:892-909: 1183-8.
- Laraia MT. Psychopharmacology. Ed: GW Stuart, ST Sundeen. Principles and Practic of Psychiatric Nursing. 4th. Edit. Mosby - Year Book İnc., St.Lous, 1991;725-735.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. JAMA 2000; 284: 2606-10.
- Lefley H P. A Psychoeducational Support Group for Serious Mental Illness, The Journal for Specialists in Group Work, 2009, 34:4, 369-381.
- Lindstrom E, Bingerfors K. Patient Compliance With Drug Therapy in Schizophrenia . Economic and Clinical İssues. Pharmacoeconomics 2000;18:106-124.
- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry. 1992 ;149(9) .
- Marder SR et.al. Physical Health Monitoring of Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry 2004; 161:1334-1349.
- Marland GR, Sharkey V. Depot Neuroleptics, Schizophrenia and the Role of the Nurse: is Practive Evidence Based? A Review of the Literature. Journal of Advanced Nursing 1999;30(6):1255-1262.
- Masand P, Narasimhan M. (2006) İmproving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy. Current Clinical Pharmacology,1:47-56.
- Mccue RE, Waheed R,Urcuyo L. Polypharmacy İnpatients With Schizopfrenia. Journal of Clinic Psychiatry. 2003;64:984-989.

McGlashan TH, Carpenter WT Jr. Does Attitude Toward Psychosis Related To Outcome Am J Psychiatry 1981;138:797-801.

McGlashan TH. Duration Of Untreated Psychosis İn First-Episode Schizophrenia :marker or determinant of corse? Biological psychiatry.1999;46(7):899-907.

McGrath JJ (2004) Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology--the NAPE lecture 2004. Acta Psychiatr Scand, 111: 4-11.

McGrath JJ (2007) The surprisingly rich contours of schizophrenia epidemiology. Arch Gen Psychiatry, 64: 14-16.

Meriç M. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Ankara,2006,68.

Misdrahi D,Llorca PM,Lancon C,Bayle fj.Compliance in schizophrenia :predictive factors,therapeutical considerations and research implications.Encephale 2002;28:266-272.

Mohammed S. Rosenbeck R. McEncoy, J.Swartz M. Stroup S. Lieberman J.A.(2009) Cross-Sectional and Longitudinal Relationship Between Insight and Attitudes Toward Medication and Clinical Outcomes in Chronic Schizophrenia.Schizophrenia Bulletin 35(2)336-346.

Mortensen PB, Pedersen CB, Mestergaard T, Wohlfahrt J,Ewald H,Mors O, et al.Effects of family History and place and season of birth on the risk of schizophrenia .New England Journal of Medicine.1999;340(8):603-8.

Muscari ME. Rebels With a Cause When Adolescent Won' t Follow Medical Advice. American Journal of Nursing 1998;98(12):26-31.

Olfson M,Mechanic D,Hansell S,Boyer CA,et al.Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia.Psychiatr Serv 2000;51:216-22.

Oral E.T,Şahin Ş,Akman B,Verimli A.(2002).İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum.Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3;212-222.

Özkan B.(2011).Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu İle Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışa Vurumuna Etkisi . Doktora Tezi ,Erciyes Üniversitesi ,Kayseri.

Öztürk M.O, Uluşahin A.(2008) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1. Yenilenmiş 11.Baskı. Ankara.Nobel Tıp Kitapevleri.

Öztürk M.O, Uluşahin A. (2011) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.Yenilenmiş 11.Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 242.

Perala J, Suvisaari J, Saarni SI ve ark. (2007) Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry, 64:19-28.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264 (19): 2511–2518.

Roy R, Jahan M, Kumari S, Chakraborty PK (2005). Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: A centre based study. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 2005;31:24-8.

Sağlam E. (2011) Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi . Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi , Düzce.

Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.

Saha S, Chant D, Welham J ve ark. (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. PLoS Med, 2: e141.

Sajatovic, M, Velligan, D.I, Weiden, P.J, Valenstein, M.A, Ogedegbe, G. (2010). Measurement of Psychiatric Treatment Adherence .Journal of Psychosomatic Research, 69, 591-599.

Schultz MS, Videback SL. (2005) Psychiatric Nursing Care Plans (7 th Edition), Lippincott Comp: Philadelphia.

Sellwood W, Tarrier N, Quin J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia. The influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. Psychol Med 2003;33:91-96.

Smith RC, Lindenmayer JP, Bark N. (2005) Clozapine, Risperidone, Olanzapine, and conventional

Sofuoğlu S, Turan T. (2000) Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(2), 100-106.

Sofuoğlu S, Turan T. (2000) Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(2), 100-106.

Song Y, Liu D, Chen Y, He G () “Using focus groups to design a psychoeducation program for patients with schizophrenia and their family members” , Int J Clin Exp Med , 2014;7(1):177-185.

Sökmez T. (1998) Genel Psikiyatri Servislerine Tekrar Yatışları Etkileyen Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh Sinir Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.

Stahl S.M. (2012) Temel Psikofarmakoloji 3. Baskı . İstanbul. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık. 300.

Stahl S.M.(2015)Temel Psikofarmakoloji 4.Baskı İstanbul Tıp Kitapevi .80.

Süngü Sığun G. (2005) Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Niteliği İle Hastalığın Negatif - Pozitif Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi (2005).

Thompson C,Peveler R.C,Stephenson D,McKendrick J.(2000)Compliance With Antidepressant Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder in Primary Care:A Randomized Comparison of Fluoxetine and a Tricyclic Antidepressant,American Journal Psychiatry 157;338-343.

Tosoland, R.W.,Smith, G. ve McCallion.,P. (2001). Family Caregivers of the Frail Elderly. Handbook of Social Work Practice With Vulnerable and Resilient Populations,(Gitterman, A. Editor),Second Edition, COLUMBIA University Press, 548-581.

Tsang HW,Fung KM,Corrigan PW.Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia.J Behav Ther Exp Psychiatry 2009;40:3-14.

Sönmez Uçanay E. (2008). Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Ukpong, D. (2012). Şizofreni hastalarına bakım veren aile Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. Türk Psikiyatri Dergisi, 23(1), 40-45.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011).Ankara,TC Sağlık Bakanlığı.

Üçok A,Polat A,Cakir S,Genç A (2006).One year outcome in fist episode schizophrenia.Predictors of relapse.Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006;256;37-43.

Üçok A. (2013) Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk ve Sanrısız Bozukluk. Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185.Yıl Ders Kitapları Serisi. s:55-63.

Üstünsoy-Çobanoğlu S,Aker T,Çobanoğlu N(2003).Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları.Düşünen Adam,2003;16.211-218.

Velligan DI,Weiden PJ,Sajatovic M,Scott j, et al(2010).Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness;recommendations from the Expert Consensus Guidelines.J Psychiatr Pract 2010;16:34-45.

Yavuz R, (2008) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 49 Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:49-58.

Yıldızhan E, Türkcan A, İnan S, Erenkuş Z, Yalçın Ö, Erdoğan A.(2015) İlk Psikoz Atağı: Belirtiler, Tedavi Başlangıcı ve Klinik Yanıt İlişkisi .26(2):77-86.

Yılmaz E, Okanlı A. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalamanıtedaviye uyumuna etkisi. II. Uluslararası & VI. Ulusal Psikiyatri HemşireliğiKongresi 'Poster Bildiri', 4-7 Ekim, 2012, Erzurum, s:187.

Yılmaz S. (2004)Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi ,İstanbul.

Yılmaz S,Buzlu S,Liverpool üniversitesi antipsikotiklerin yan etkilerini değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni,2006;16:147-154.

Yurtsever ü.e,Kutlar T,Tarlacı N ve ark.Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut.Psikoeğitimsel bir model.Düşünen Adam,2001;14(1):33-40.



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : NURSEL ALTINYAY

Doğum Yeri ve Tarihi : KARABÜK /16.01.1981

Yabancı Dili : İNGİLİZCE

İletişim (Telefon/e-posta):0535 376 58 97/nurselaltinyay@hotmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : Niğde Atatürk Lisesi

Ön Lisans: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Meslek Yüksek Okulu /Ankara

Lisans : Erzurum Üniversitesi / Erzurum

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği 2016

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :

1- Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi General Katı Servisi 2000-2001

2- Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Servisi Yoğun Bakım Ünitesi
2001-2003

3- Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Servisi Anjio Ünitesi 2003-2005

4- Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Yoğun Bakım Ünitesi
Karma 2005-2011

5- Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi 2011-2016

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR (RIZA) FORMU

Psikiyatrik hastalığınız nedeniyle başvurduğunuz psikiyatri servisine tarafımdan yapılacak çalışmaya davet edilmektesiniz. Bu çalışmanın amacı ayaktan polikliniğe başvuran şizofreni tanısı almış hastaların, tedaviye uyum düzeylerinin belirlenmesi ve tedaviye uyumlarını ve uyumsuzluklarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmadan elde edilen verilerin, psikiyatri hastalarına ve ailelerine yönelik planlanacak hizmetlere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorsunuz. Katılmayı tercih ederseniz, fikrinizi değiştirdiğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastalığınızın gerektirdiği tıbbi bakım size hiçbir aksama olmadan verilecektir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Ancak yasal gereklerin yerine getirilebilmesi için, kimliğinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri tarafından bakılabilir. Bu belgeyi imzalayarak buna izin vermektedirsiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almanız mümkündür. Bunun için psikiyatri hemşiresi Nursel Altınyay ile doğrudan görüşebilir ya da (0216)542 2020\3771 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz. Teşekkür ederim.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, mail adresi)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin Adı-Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, mail adresi)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-Soyadı, İmzası, Görevi

EK-2

TANITICI ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

BÖLÜM 1: Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz:

1()Kadın 2()Erkek

3.Öğrenim durumunuz:

- 1()Okuryazar olmayan
2()Okuryazar
3()İlkokul mezunu
4()Ortaokul mezunu
5()Lise mezunu
6()Yüksek okul mezunu

4.Medeni durumunuz:

- 1()Evlü
2()Bekar
3()Boşanmış
4()Ayrı yaşıyor

5.Yaşadığınız yer:

- 1()Köy
2()Şehir merkezi
3()ilçe

6.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- 1()Evet.....
2()Hayır

7.Mesleğiniz nedir?

8.Çalışma durumunuz:

- 1()Çalışıyorum 2() Çalışmıyorum 3()Diğer

9.Sosyal güvenceniz var mı?

- 1()Var(Açıklayınız) 2()Yok

10.Size göre gelir düzeyiniz nasıldır?

- 1()Düşük(gelir giderden az)

2()Orta(gelir gidere eşit)

3()Yüksek(gelir giderden fazla)

11.Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1()Yalnız yaşıyorum

2()Annemle yaşıyorum

3()Babamla yaşıyorum

4()Anne ve babamla birlikte yaşıyorum

5()Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum

6()Akrabalarımla yaşıyorum

7()Annem, babam, eşim ve çocuklarımla birlikte yaşıyorum

8()Kurumda yaşıyorum

9()Evsiz

10()Diğer

12. Madde Kullanım Öyküsü :

1()Yok ()

2()Var () (Belirtiniz)

3()Halen Kullanıyor ()Alkol () Sigara () Diğer Maddeler :.....

13.Ailede ruhsal hastalık öyküsü

1 () Var

2 () Yok

BÖLÜM 2: Bireylerin Hastalık Sürecine Ait Tanımlayıcı Özellikleri

14.Hastanın tıbbi tanısı:

15.Hastalığınızın başlangıç yaşı?

16.Tedavisiz geçen süreniz ne kadar?

17.Aynı sorunla kaç kez hastaneye yattınız?

18. En son hastaneye yatış nedeniniz neydi?

1()İlaç yan etkileri

- 2()Hastalık belirtilerinin ortaya çıkması
3()Ailenin zorla getirmesi
4()Çevrenin zorla göndermesi
5()Tedavinin yeniden düzenlenmesi için
6()Diğer

19. Hastanın önerilen tedavilere uyumu:

- 1 () Hiç gelmiyor
2 () Düzensiz geliyor
3 () Düzenli geliyor

20. Hastanın ilaç tedavisine uyumu:

- 1 () İlaç kullanmıyor
2 () Düzensiz kullanıyor
3 () Düzenli kullanıyor

21.Tedavinizi sürdürmenizi engelleyen sorunlar nelerdir?

- 1()Ulaşım ile ilgili sorunlar
2()Hastane masrafları ile ilgili sorunlar
3()İlaç ücretleriyle ilgili sorunlar
4()Bürokratik işlemlerle ilgili sorunlar
5()Sağlık çalışanlarının yeterince bilgi vermemesi
6()Sağlık çalışanlarının yeterince zaman ayırmaması
7()Sağlık çalışanlarının ilgisiz davranması
8()Çevrenin hastalığıyla ilgili olumsuz tutumları
9()İlaç yan etkileri
10()Psikiyatrik ilaç kullanmak istememek
11()İlaçların bağımlılık yapmasından korkmak
12()Diğer

22.Tedavinizi sürdürmenizi kolaylaştıran nedenler nelerdir? Önerileriniz:

BÖLÜM 3: Bireylerin İlaç Tedavi Programına Ait Verileri

23.Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

24.Kaç yıldır ilaç kullanıyorsunuz?

25.Kullanılan ilaç formu:

- 1()Oral
2()Ağızda eriyen + oral form
3()Depo form
4()Depo form+ oral form

26.Günde alınan ilaç sayısı nedir?

27.Kullanılan ilaçların dozlarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1()Evet

2()Hayır

3()Kısmen

28.Kullandığınız ilaçları doktorunuzun önerdiği doz dışında dozunu azalttığınız oluyor mu?

1()Evet

2()Hayır

3()Bazen

29.Kullandığınız ilaçları doktorunuzun önerdiği doz dışında arttırdığınız oluyor mu?

1()Evet

2()Hayır

3()Bazen

30.İlaç dozunu değiştirme nedeniniz nedir?

1()Şikayetlerimin artması nedeniyle arttırdım

2()Şikayetlerimin azalması nedeniyle azalttım

3()Yan etkilerin artması

4()İlaçsız başarabilirim düşüncesi

5()Unutkanlık

6()Diğer

31.Daha önce ilaçlarınızı almayı bıraktınız mı?

1()Evet

2()Hayır

32.İlaçlarınızı bıraktıysanız bırakma nedeniniz nedir?

1()Yan etkilerin olması

2()Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi

3()İlaçsız başarabilirim düşüncesi

4()Unutkanlık

5()Bağımlılık yapmasından korkma

6()İlacı temin etmede zorluk

7()Diğer

BÖLÜM 4: Bireylerin İlaç Tedavileri İle İlgili Bilgilenme Durumu

33.Sağlık personeli tarafından ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi aldınız mı?

1()Evet

2()Hayır

34.Kim tarafından eğitim verildi?

1()Doktor

2()Hemşire

3()Psikolog

4()Diğer

35.Nerede anlatıldı?

1()Poliklinik

2()Taburcu olurken

3()Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde

4()Poliklinik ve taburcu olurken

36.Size verilen eğitimde neler anlatıldı?

1()İlacın adı

2()İlacın dozu

3()İlacın kullanım dozu

4()İlaç yan etkileri

5()İlaç-ilaç etkileşimi

6()İlaç-gıda etkileşimleri

7()İlacın kullanım süresi

8()Diğer

37.Eğitimin süresi(saat)

38.Verilen eğitimi yeterli buluyor musunuz?

1()Evet

2()Hayır

39.Sizi takip eden sürekli bir doktor ya da hemşireniz var mı?

1()Evet

2()Hayır

40.Hastalığınız ile ilgili herhangi bir derneğe gidiyor musunuz?

1()Evet(adı)

2()Hayır

EK -3**TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ**

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

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

EK-4

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)

Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)

Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)

Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)

Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?”(mental, fiziksel, belirlenmemiş)

Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)

Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş)

Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir).

Sıklıkla=2,

Bazen =1,

Hiçbir zaman =0.

2c (2b. eğer 1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?” diye sorunuz.

Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar=2

Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1

Delüzyonel açıklamalar=0

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da “.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?”

Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş_)

Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (.....konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

“Hastalığımın bir parçası” =2

“Yorgunluk ve stres” gibi dış_ olaylara bağlıyorsa =1

Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru:durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?(hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

EK-6

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Pozitif Belirtiler

- P1. Sanrılar 1 2 3 4 5 6 7
- P2. Düşünce dağınıklığı 1 2 3 4 5 6 7
- P3. Varsanılar 1 2 3 4 5 6 7
- P4. Taşkınlık 1 2 3 4 5 6 7
- P5. Büyüklük duyguları 1 2 3 4 5 6 7
- P6. Şüphencilik, kötülük görme 1 2 3 4 5 6 7
- P7. Düşmanca tutum 1 2 3 4 5 6 7

Negatif Belirtiler

- N1. Duygulanımda küntleşme 1 2 3 4 5 6 7
- N2. Duygusal iççekilme 1 2 3 4 5 6 7
- N3. İlişki kurmada güçlük 1 2 3 4 5 6 7
- N4. Pasif biçimde kendini toplulmdan çekme 1 2 3 4 5 6 7
- N5. Soyut düşünme güçlüğü 1 2 3 4 5 6 7
- N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı 1 2 3 4 5 6 7
- N7. Steriotipik düşünme 1 2 3 4 5 6 7

Genel Psikopatoloji

- G1. Bedensel kaygı 1 2 3 4 5 6 7
- G2. Anksiyete 1 2 3 4 5 6 7
- G3. Suçluluk duyguları 1 2 3 4 5 6 7
- G4. Gerginlik 1 2 3 4 5 6 7
- G5. Manyerizm 1 2 3 4 5 6 7
- G6. Depresyon 1 2 3 4 5 6 7
- G7. Motor yavaşlama 1 2 3 4 5 6 7
- G8. İşbirliği kuramama 1 2 3 4 5 6 7
- G9. Olağandışı düşünme 1 2 3 4 5 6 7
- G10. Yönelim bozukluğu 1 2 3 4 5 6 7
- G11. Dikkat azlığı 1 2 3 4 5 6 7
- G12. Yargılama ve içgörü 1 2 3 4 5 6 7
- G13. İrade bozukluğu 1 2 3 4 5 6 7
- G14. Dürtü kontrolsüzlüğü 1 2 3 4 5 6 7
- G15. Zihinsel aşırı uğraşı 1 2 3 4 5 6 7
- G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma 1 2 3 4 5 6 7

EK-7

KIT'ASI : GATA H.Paşa Eğt.Hst.K.lığı Psikiyatri Servisi
SINIF VE RÜTBESİ : Yük.Hemşire
ADI SOYADI : Nursel ALTINYAY
SİCİL NO : 2000-84
BABA ADI : Hüseyin
MEMLEKETİ : Karabük
DOĞUM TARİHİ : 16.01.1981
DUHULÜ : 17.07.2000
T.C KİMLİK NO : 72901093382
TEL NO (İŞ / GSM) : 0535 376 58 97

ÖZÜ : Şizofreni Hastalarında, Hastalık ve Tedavi Sürecinin İlaç Uyumuna Etkisi Konulu Tez Çalışması

KOMUTANLIK ÖNÜNE

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği'nde görevli SvI.Me.Yük.Hem.Nursel ATTINYAY (G-2000-84) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde "Şizofreni Hastalarında, Hastalık ve Tedavi Sürecinin İlaç Uyumuna Etkisi" Konulu Tez Çalışması Rutinde Uygulanan Geçerlilik Güvenirlik Çalışması Yapılmış Klinik Değerlendirme için Kullanılan Anketler Kullanılarak yapılacaktır.

Bu Çalışma için Klinik Onayını arz ederim.

08.06.2018

Handwritten signature
Handwritten signature
Cengiz BASOĞLU
Prof.Hv.Tıp.Kd.Alb(1991-32)
GATA Haydarpaşa
Psikiyatri Klinik Şefi