

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇGÖRÜ VE İLAÇ TUTUMUNUN
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve Betül KAYA

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Özlem DOĞU

EYLÜL-2023

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İÇGÖRÜ VE İLAÇ TUTUMUNUN
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve Betül KAYA

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

“Bu tez .././.... tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15/03/2023 (Sayı: E-71522473-050.01.04-230876-87) tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi 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 ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

26.09.2023
Merve Betül KAYA

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve çalışmamın her aşamasında yolumu aydınlatan ve desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Özlem DOĞU'ya, bu süreçte yanımda olan Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki mesai arkadaşlarıma, çalışmaya katılan tüm hastalara, varlıklarıyla her zaman bana güç veren canım anneme, babama, kayınvalideme, kayınpederime; daima yanımda olan, canımdan çok sevdiğim değerli eşim Av. Arb. Harun KAYA'ya ve hayatıma güneş gibi doğan güzeller güzeli canım kızlarım Defne ile Damla'ya teşekkür ederim.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
ŞEKİLLER.....	vi
TABLolar	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ŞİZOFRENİ TANIMI	4
2.2. ŞİZOFRENİ TARİHÇESİ	4
2.3. ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİ.....	4
2.4. ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİ	5
2.5. ŞİZOFRENİDE TANI VE SINIFLANDIRMA.....	6
2.6. ŞİZOFRENİ BELİRTİ VE BULGULARI	6
2.7. ŞİZOFRENİDE TEDAVİ.....	7
2.7.1. Farmakolojik Tedavi	7
2.7.2. Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)	8
2.7.3. Psikososyal Tedavi	8
2.8. ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ.....	9
2.9. ŞİZOFRENİDE İLAÇ TUTUMU VE TEDAVİ UYUMU	10
2.10. ŞİZOFRENİDE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ	10
2.11. ŞİZOFRENİDE HEMŞİRELİK BAKIMI	11
2.11.1. Hemşirelik Süreci.....	12
2.11.2. Şizofrenide Hemşirelik Bakımının Önemi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	17
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	17
3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	17
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	17
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	18
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-4)	19

3.6.2.	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) (EK-5).....	20
3.6.3.	İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) (EK-6)	20
3.6.4.	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) (EK-7)	20
3.7.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	21
3.8.	ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ.....	21
3.9.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI	22
4.	BULGULAR.....	23
4.1.	KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULAR.....	23
4.2.	KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARI VE DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULAR.....	26
4.2.1.	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), İlaç Tutumu–10 Ölçeği (İTÖ) ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) Cronbach Alfa Değerlerine Göre Bulgular	26
4.2.2.	Psikolojik İyi Oluş ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulgular	27
4.2.3.	İlaç Tutumu ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulgular	29
4.2.4.	İçgörü ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulgular	33
4.3.	ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİNE AİT BULGULAR	36
5.	TARTIŞMA.....	37
5.1.	KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	37
5.2.	KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARI VE DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	39
5.2.1.	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) Cronbach Alfa Değerlerine Göre Bulguların Tartışılması.....	39
5.2.2.	Psikolojik İyi Oluş ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulguların Tartışılması.....	40
5.2.3.	İlaç Tutumu ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulguların Tartışılması.....	43
5.2.4.	İçgörü ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulguların Tartışılması	45
5.3.	ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	47
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
	KAYNAKÇA.....	52
	ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
	EKLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMALAR

APA	: American Psychological Assosiation
BBİÖ	: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
EKT	: Elektro Konvulsif Tedavi
İTÖ-10	: İlaç Tutumu Ölçeği-10
Min.	: Minimum
NANDA-I	: North America Nursing Diagnosis Association - International
Ort.	: Ortalama
PİOÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
RUTBE	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences Inc.
SS	: Standart Sapma
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ŞEKİLLER

Şekil 1. Gpower Analizi	18
-------------------------------	----



TABLÖLAR

Tablo 1. Şizofreni hastalarında tedaviye uyum, kısmi uyum ve uyumsuzluk kriterleri	2
Tablo 2. DSM-V'e göre şizofreni tanı kriterleri	6
Tablo 3. Şizofrenide Belirtiler.....	7
Tablo 4. Katılımcıların demografik verilerine ait bulgular	23
Tablo 5. Katılımcıların tıbbi verilerine ait bulgular	24
Tablo 6. Ölçek ve Alt Boyutlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	26
Tablo 7. Psikolojik iyi oluş ölçek puanı ile demografik verilere ait bulgular.....	27
Tablo 8. Psikolojik iyi oluş ölçek puanı ile katılımcıların tıbbi verilerine ait bulgular	28
Tablo 9. İlaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları ile demografik verilere ait bulgular	29
Tablo 10. İlaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların tıbbi verilerine ait bulgular	31
Tablo 11. Beck bilişsel içgörü ölçek ve alt boyut puanları ile demografik verilere ait bulgular	33
Tablo 12. Beck bilişsel içgörü ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların tıbbi verilere ait bulgular	34
Tablo 13. Ölçek puanlarının ilişkisine ait bulgular.....	36

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu araştırma, şizofreni hastalarının içgörü ve ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evrenini Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni tanısı olan hasta bireyler oluşturdu. Örneklem etik kurul izni sonrası gönüllülük ilkesi doğrultusunda veriler 126 bireyden toplandı. Çalışma kapsamında alınan hasta bireylere 'Sosyodemografik Form', 'Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği', 'İlaç Tutumu-10 Ölçeği' ve 'Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' kullanıldı. Veri analizinde frekans, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi One Way ANOVA ve pearson korelasyon kullanıldı.

BULGULAR: Hasta bireylerin %57,'u 42-65 yaş aralığında, %73,8'i erkek, %84,1'i bekar, %60,3'ü ilköğretim mezunu, %19,8'i çalışmakta, %50,8'inin geliri orta düzeyde, %57,9'u anne-baba ile birlikte ve %51,6'sı ilçe merkezinde yaşamaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin cronbach alfa'ları İTÖ 0,953, PİÖÖ 0,957 ve BBİÖ alt boyutları kendini ifade etme ve kendinden eminlik sırayla 0,763 ve 0,762 aralığında güvenilir düzeyde elde edildi. Ölçeklerden İTÖ puanı ortalaması $6,39 \pm 3,99$, BBİÖ $2,67 \pm 7,75$ ve PİÖÖ $38,47 \pm 11,98$ olarak elde edildi. Şizofreni tanılı bireylerin içgörü ve olumlu ilaç tutumu psikolojik iyi oluşu pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemektedir ($p < 0,05$).

SONUÇ: Şizofreni tanısı olan bireylerde içgörü ve olumlu yönde ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilediği görüldü.

Anahtar sözcükler: İçgörü, İlaç Tutumu, Psikiyatri, Psikolojik İyi Oluş, Şizofreni.

SUMMARY

The Effect of Insight and Drug Attitudes on Psychological Well-Being in Patients with Schizophrenia.

INTRODUCTION AND AIM: This research was carried out in a descriptive and relation-seeking manner in order to determine the effect of insight and drug attitude of schizophrenic patients on psychological well-being.

MATERIALS AND METHODS: The population of the study was composed of patients with schizophrenia who were registered to Sakarya Community Mental Health Center. Data were collected from 126 individuals in accordance with the principle of voluntariness after the approval of the sample ethics committee. 'Sociodemographic Form', 'Beck Cognitive Insight Scale', 'Drug Attitude-10 Scale' and 'Psychological Well-Being Scale' were used for the patients included in the study. Frequency, descriptive statistics, independent sample t-test, one-way analysis of variance, ONE WAY ANOVA and Pearson correlation were used in data analysis.

FINDINGS: 57% of the patient individuals are between the ages of 42-65, 73,8% were male, 84,1% were single, 60,3% were primary school graduates, 19,8% were working, 50,8% of the income of the people is medium level, 57,9% of them live with their parents and 51,6% of them live in the district center. The Cronbach's alphas of the scales used in the study were 0,953 for the Drug Attitude-10 Scale, 0,957 for the Psychological Well-Being Score and subdimensions of the Beck Cognitive Insight Scale for self-expression and self-confidence were reliably obtained between 0,763 and 0,762 respectively. The mean score of Drug Attitude-10 Scale was found to be $6,39 \pm 3,99$, Beck Cognitive Insight Scale $2,67 \pm 7,75$ and Psychological Well-Being Score $38,47 \pm 11,98$ from the scales. Insight and positive drug attitude of the individuals diagnosed with schizophrenia affect psychological well-being in a statistically significant way ($p < 0,05$).

CONCLUSION: It was observed that insight and positive drug attitude in individuals with schizophrenia had a positive effect on psychological well-being.

Keywords: Drug Attitude, Insight, Psychiatry, Psychological Well-Being, Schizophrenia.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni; genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozukluklara sebebiyet veren, algılama ve yorumlamada sıkıntıların ortaya çıktığı ve sosyal olarak içe kapanmaların yaşandığı, kronik seyirli devam eden psikotik bir bozukluktur (Çam ve Engin 2014). Tüm dünyada her türlü sosyal sınıftaki insanları etkileyebilen ve yaklaşık olarak genel popülasyonun %1'ini oluşturan ruhsal bir hastalık olup, (World Health Organization 2015, Tanrıverdi 2021) her iki cinsiyeti de benzer oranda etkilemektedir. (Van de Leemput, Hess, Glatt and Tsuang 2016). Ancak erkeklerde kadınlara kıyasla hastalık daha erken ve daha ciddi seyretmektedir (Merikangas and Almasy 2020). Şizofreni hastalığı tedavi edilmediğinde; hastanın günlük yaşam aktivitesi ve sosyal yaşamı olumsuz etkilenmektedir. Tüm bu nedenler bireyin yaşam kalitesinin de bozulmasına neden olmaktadır (Cho and Lee 2018). Ayrıca bireyin yaşadığı ağır hastalık yükü ve yetenek kaybı bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerinde azalmaya neden olmaktadır. Bu durum algı, tutum, içgörü gibi birçok psikodinamik süreci de olumsuz etkilemektedir (Vancampfort, Probst, Sweers, Maurissen, Knapen and De Hert 2011, Uslu, Buldukoğlu and Beebe 2019).

Şizofreni hastalarının %50 ila %80 arasındaki kısmının hastalıklarıyla ilgili içgörülerinin bozulduğu da bildirilmiştir (Vohs, George, Leonhardt and Lysaker 2016).

İçgörü; hasta bireyin hastalığını algılaması, hastalık semptomlarını tanıması ve kabullenmesiyle başlayan bir süreçtir. İçgörünün tedaviye olan uyumla ilişkisinden ötürü, hastalık gidişatını oldukça etkilemektedir. (Aslan ve Altınöz 2010).

Kişilerin hayatını önemli derecede değiştirebilecek bir hastalık olan şizofrenide içgörü sahibi olmak, hastaların hayatı anlamlandırmasına yardımcı olurken, yaşam

kalitesini artırmakta (Phalen, Viswanadhan, Lysaker and Warman 2015, Lien et al 2017) ve öznel iyileşme sağlamaktadır (İpçi, İncedere, Kiras ve Yıldız 2018).

Tedavi ve hastalık ile mücadelede etkili olan içgörünün eksikliği halinde ise; hastalığı kabullenmede sorunlara, sık hastane yatışlarına, bilişsel ve psikomotor beceride kayıp gibi bozulmalara yol açmaktadır (Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps and Vohs 2018). Bunun sonucunda da hastalarda uzun dönemde ümitsizlik ve değer verilmeme gibi duygulara kapılarak intihar düşüncelerine sebebiyet verdiği bildirilmiştir (Bourgeois et al 2004, Lincoln, Lüllmann and Rief 2007, Randall et al 2014).

Şizofreni hastaları, hastalığını kabul etmediğinde tedaviye başlamaya veya tedaviye devam etmeye daha az eğilimlidirler. Tedaviye olan ihtiyacı hissedememekte ya da kullandıkları ilaçların yararlarını yeterince algılayamadıkları için tedaviyi bırakma riski artmakta ve bu da beraberinde hastanın atak yaşama riskinin artmasına sebebiyet vermektedir (Burcley et al 2007, James et al 2016).

Şizofreni hastalarında düzenli ilaç kullanımı tedavi sürecini etkilediği için ilaç tutumu hastalığın seyrini açısından çok önemlidir.

İlaç tutumu; hastanın kendisi adına planlanan tedavi talimatlarına ve reçete edilen ilacın kullanımına ne derecede uyduğu olarak tanımlanır (Lacro, Dunn and Dolder 2002).

Tablo 1. Şizofreni hastalarında tedaviye uyum, kısmi uyum ve uyumsuzluk kriterleri

Reçete edilen ilaçların %80'ininden fazlasını kullanır.	Tedaviye Uyumlu
Reçete edilen ilacın sadece %50'sini kullanır.	Kısmi Uyumlu
İlaçlarını 1 hafta kadardır kullanmıyordur.	Tedaviye Uyumsuz

Velligan ve ark. nın (2009) tanımına göre şizofreni tanısı alan hasta bireyler, kendilerine reçete edilen ilacın %80'ininden fazlasını kullanıyorsa ilaç tedavisine uyumlu, reçete edilen ilacın sadece %50'sini kullanıyorsa kısmi uyumlu, ilaçlarını bir hafta kadardır kullanmıyorsa ilaç tedavisine uyumsuz olarak tanımlanır (Loots et

al 2021, Cahaya, Kristina, Widayanti and Green 2022)(Tablo 1). Loots ve ark. na göre (2021) şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluğun yaklaşık olarak %63-74 oranında olduğunu belirtilmiştir. Tedaviye uyumsuzluğunun sebeplerinden biri hastalığı kabul etmemek, inkâr etmek olduğu bildirilmiştir (Demirkol ve Tamam 2016). Tedavi uyumsuzluğuna ek olarak içgörü eksikliği ve ilaçların yan etkisinin ortaya çıkması gibi nedenler de bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde sıkıntı yaratarak iyi oluşunu olumsuz olarak etkilemektedir (Yılmaz ve Okanlı 2018).

Psikolojik iyi olma, kişinin anlamlı ve güzel bir yaşamının olmasını ve benlik saygısının olumlu yönde desteklemesini ifade eder (Oades, Deane and Crowe 2017). Kim, Kim, Choe and Kim (2018), psikiyatrik hastalıklarda psikolojik iyi oluşun düşük olduğunu ifade etmiş ve bunun sonucunda da hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanarak, topluma uyumda sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarının psikolojik iyi oluşun yüksek olması fonksiyonel olarak hastaların gelişmiş olmasını sağlayarak günlük yaşam becerilerini kolayca yerine getirmelerini sağlamaktadır (Richards, Campenni and Muse-Burke 2010).

Bireyleri hem psikolojik hem de sosyal yönden olumsuz etkileyen şizofreninin tedavisini ve iyi oluşunu etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerin arasında içgörü ve ilaç tutumu olduğu düşünülmektedir.

Literatürde psikiyatrik hastalıklarda bireylerin tedavi sürecini etkileyen bu değişkenlerin ayrı ayrı incelendiği çalışmalar bulunmakta ancak beraber değerlendiren çalışmaların sınırlı sayıda olduğu bildirilmektedir. Çalışmanın planlandığı şizofreni tanısı olan bireylerde ise, tedavi planında destek olacak ve yön verecek üç kavramın değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu doğrultuda çalışmada şizofreni tanısı olan hasta bireylerin içgörü, ilaç tutumu ve psikolojik iyi oluşu etkileyen sosyodemografik değişkenlerin belirlenmesi ve içgörü, ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşa etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ TANIMI

Şizofreni; halüsinasyon, dezorganize konuşma ve davranışların görüldüğü, bilişsel işlevlerde bozulmaların olduğu, pozitif, negatif ve kognitif semptomlarla karakterize olup önemli fonksiyonel bozukluklara sebebiyet veren kronik bir psikiyatrik hastalıktır (Elkis 2007, Os and Kapur 2009).

2.2. ŞİZOFRENİ TARİHÇESİ

Şizofreni çağlar boyu araştırma konusu olmuştur. Birçok farklı tanımlamalar yapılmış, ortaçağ'da şizofreni kavramı batıl inançlarla görmezden gelinmiştir. Ancak 19. yy'da bilimsel olarak incelenmeye başlanmıştır (Kocal, Karakuş ve Sert 2017).

19. yy.'ın ortalarında Avrupalı psikiyatrlar nedeni bilinmeyen genellikle gençleri etkileyen ve kronik kötüleşmeyle ilerleyen bozuklukları tanımlamaya başladılar. Bu hastalıklar için ilk olarak Morel 'Demence Prococe' (erken bunama) tanımını kullanmış, daha sonra Hecker 'Hebefreny', Kahlbaum 'Katatoni' olarak tanımlamıştır. Ancak Alman psikiyatrist Kraepelin, paranoid ve basit tipi ekleyerek bu hastalıkları 'Dementia Praecox' tanısı altında birleştirmiştir (1856-1926).

İlk kez İsviçreli psikiyatrist olan Eugene Bleuler (1857-1939) hastalığın erken yaşlarda başlamasının ya da bunama ile ilerlemesinin zorunlu olmadığını, hastanın ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) dikkat çekerek zihin bölünmesi anlamında şizofreni kavramını ortaya çıkarmıştır (Jablensky 2022).

2.3. ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni, dünya çapında birçok insanı etkileyen ekonomik ve sosyal sorunlara sebebiyet veren önemli hastalıklardan biridir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılında yapmış olduğu 'Global Hastalık Yüğü' araştırmasında yeti yitimine neden olan ruhsal hastalıklar arasında şizofreninin ilk sırada olduğu bildirilmiştir (Whiteford et al 2013).

Amerika'da yapılan bir çalışmada yıllık olarak yaygınlığı %1 olduğu bildirilmiştir (Köroğlu ve Güleç 2007). Türkiye'de yapılan bir çalışmada şizofreninin yaşam boyu görölme sıklığı 1000 kişide 8,9 olarak belirlenmiştir (Binbay, Ulas, Elbi ve Alptekin 2011).

Erkek ve kadında görölme sıklığı eşit olmakla birlikte, erkeklerde hastalık başlangıç yaşı 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığında ve hastalık gidişatının kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (Summakoglu ve Ertugrul 2018, Öztürk ve Uluşahin 2018).

Şizofreni tüm toplumlarda görölmele birlikte sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde 5 kat daha fazla olduğu, bekârlarda da evlilere göre oranın daha yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır (Vassos, Pedersen, Murray, Collier and Lewis 2012).

2.4. ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİ

Kraepelin ve Blueeler'in şizofreni tanımlamasına göre beyin hastalığı olduğu bilinmekle birlikte, hastalık semptomları hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Dolayısıyla hastaların tedaviye yanıtı ve hastalık gidişatı değişmektedir. Bu özelliğiyle hastalıktan çok sendrom olarak değerlendirilmesine sebep olmaktadır (Soygür, Alptekin, Atbaşoğlu ve Herken 2007).

Şizofreninin karmaşık yapısından ötürü etiyolojisini açıklamak zordur. Şizofreninin çok sayıda ve farklı etmenlerin bir araya gelerek oluşturduğu tahmin edilmektedir (Işık 2006). Hastalık oluşumunun gelişiminde nöroanatomik ve nörokimyasal faktörler, biyolojik anomaliler, genetik, çevresel ve psikolojik faktörler üzerine birçok varsayım bulunmaktadır (Ayano 2016).

Bireyin gelişiminin erken dönemlerinde genetik ya da çevresel faktörlerle beyin yapısında bozulmanın olması şizofreni hastalığına yatkınlığı artırmakta olup, bireyin hayatının sonraki dönemlerindeki yaşadığı stres şizofreninin tetikleyicisi olmaktadır (Işık 2006).

2.5. ŞİZOFRENİDE TANI VE SINIFLANDIRMA

Hastalığın tanı ve sınıflandırılmasında Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-V tanı ölçütleri kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

Tablo 2. DSM-V'e göre şizofreni tanı kriterleri

A. Karakteristik semptomlar: Bir aylık süre boyunca aşağıdaki 5 kriterden en az 2 tane veya daha fazlasının devam etmesi.
• Sanrı • Halüsinasyon • Konu bütünlüğü olmayan konuşma • Büyük oranda uygun olmayan veya katatonik davranış • Negatif semptomlar
B. Hastalığın başlangıcından itibaren geçen zaman diliminde meslek hayatındaki işlevselliğinde, kişiler arası veya toplumsal ilişkilerde hastalık öncesindeki durumuna göre önemli derecede bozukluğun olması.
C. Hastalık belirtileri en az 6 ay devam etmelidir. Bu 6 ayın en az 1 ayındaki hastalık semptomları A kriterlerini karşılamalıdır.
D. Şizoaffektif bozukluk, psikotik özellikli depresyon ya da duygudurum bozukluk dışlanmış olmalı.
E. Hastalık semptomları, madde kullanımı ya da herhangi başka bir tıbbi durumdan kaynaklanmamalı.
F. Otistik bozukluk ya da yaygın bir gelişimsel bozukluk öyküsü varsa bu hastalık belirtilerine en az 1 ay boyunca eşlik eden belirgin sanrı ya da halüsinasyon görülmesi durumunda şizofreni ek tanısı koyulabilir (DSM-V)

2.6. ŞİZOFRENİ BELİRTİ VE BULGULARI

Şizofreninin belirtileri ve bulguları, Emil Kreaplin ve Eugen Bleuler önde gelen araştırmacılar tarafından ilk olarak 19. Yüzyılın sonlarında tanımlanmıştır (Ashok, Baugh ve Yeragani 2012). Şizofrenide belirtiler genel olarak pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olarak sınıflandırılabilir (Öztürk ve Uluşahin 2018). Pozitif belirtiler normalden sapma, aşırılık olarak tanımlanırken negatif belirtiler normalde olması

beklenen duygu, düşünce ve davranışların azalması ya da yokluğudur (Kocal ve ark. 2017, Yiğittürk, Kaya ve Ünal 2017).

Tablo 3. Şizofrenide Belirtiler

Pozitif belirtiler;

- Halüsinasyonlar
 - Sanrılar
 - Dikkat, düşünce ve davranışlarda düzensizlik
-

Negatif belirtiler;

- Küntlük
 - Duygusal olarak tepki vermede gerileme
 - Topluma katılımın azalması, asosyallik
 - Harekete geçmede isteksizlik
-

Ayrıca temel bakım becerilerinde azalma, arkadaşlık ilişkilerinde bozulma, iş ve eğitim hayatını devam ettirmede zorlanma gibi kognitif belirtiler de görülmektedir. (Dülgerler 2021).

2.7. ŞİZOFRENİDE TEDAVİ

Şizofrenide tedavi yöntemleri farmakolojik tedavi, elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve psikososyal tedavi olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

Şizofreni dikkat, düşünce, davranış gibi becerilerde ciddi fonksiyon bozukluklarıyla karakterize bir hastalık olduğu için tedavi programı sadece hastalık semptomlarını ortadan kaldırmak olmamalı, hasta bütüncül olarak değerlendirilerek tedavi ve bakım planı yapılmalıdır. Bu amaçla birçok sağlık disiplininin bakış açısıyla hastalığın nüksetmesinin önlenmesi, yıkıcı etkilerinin azaltılması, kişisel ve sosyal becerilerinin yeniden kazandırılması gibi farmakolojik tedaviye ek olarak bilişsel, davranışsal ve psikososyal girişimler planlanmalıdır (Kane and Correll 2010, Fatani 2017).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

Şizofrenide farmakolojik tedavi olarak tipik antipsikotikler (birinci kuşak antipsikotikler) D2 reseptörünü bloke ederek dopaminin salınımını azaltır ve pozitif

belirtiler üzerine etkilidir. Negatif belirtiler üzerindeki etkisi yetersiz olması sebebiyle atipik antipsikotikler (ikinci kuşak antipsikotikler) bulunmuştur. Atipik antipsikotikler 5HT₂ ve D₂ reseptörünü tipik antipsikotiklere göre daha farklı bloke eder. Negatif belirtiler üzerinde olumlu etki yaratarak hastaların işlevsellik fonksiyonları artırmaktadır (Kapur and Remington 2001, Toalson, Ahmed, Hardy and Kabinoff 2004, Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Kullanılan diğer ilaçlar antidepresan, antikolinergik, nöroleptik, duygudurum düzenleyiciler, anksiyolitiklerdir (Dülgerler 2021).

2.7.2. Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)

Elektrokonvulsif tedavi (EKT), şizofreni ve diğer psikotikler için uygun bir tedavi yöntemi olarak 1938’de bulunmuştur (Abrams 2002). Farmakolojik tedaviye cevabın yetersiz olduğu durumlarda güvenli olarak kullanılmaktadır (Ali, Mathur, Malhotra and Braga 2019). Hastanın beynine düşük dozda elektrik akımı verilmesi sağlanarak epileptik nöbete benzer nöbet geçirilmesi işlemidir (Tharyan and Adams 2015). Tedaviye uyumu olmayan, ilaç kullanımını reddeden ya da ilaç tedavisine olumlu yanıt vermeyen şizofreni hastalarında EKT tedavisi uygulanabilir (Çam ve Engin 2014).

Ayrıca tedavi yöntemi olarak sadece antipsikotik kullanan hastaların tedavisine EKT eklenmesiyle tedavi başarısı artmaktadır (Braga and Petrides 2005).

2.7.3. Psikososyal Tedavi

Şizofreni hastalığında temel yaşam becerilerinde ve okul, iş, arkadaşlık ilişkilerinde bozulmalar olarak işlevselliklerini olumsuz etkilemektedir. Antipsikotik ilaçlar hastalık semptomlarını iyileştirmede etkilidir ancak bilişsel bozulma ve işlevsellik üzerinde minimum etkiye sahiptir. Farmakolojik tedaviye ek olarak psikososyal müdahaleler hastaların bozulmuş işlevselliğine olumlu katkı sağlamaktadır (Weiss, Smith, Hull, Piper and Hubbert 2002, Lieberman et al 2005).

Özellikle hastalığın erken döneminde farmakolojik tedaviye eklenecek olan psikososyal beceri eğitimleri sayesinde hastalığın yıkıcı etkisinin azaltılabileceği ve işlevselliklerinin artırılabilceği görülmüştür (Swartz et al 2007, Guo et al 2010).

Şizofrenide eklenen psikososyal müdahaleler ruhsal eğitim, grup tedavisi, aile eğitimi, bilişsel davranışçı tedavi, destekleyici tedavinin tamamlayıcısı olarak kabul edilir (Pfammater, Junghan and Brenner 2006, Dixon et al 2010, Mueser, Deavers, Penn and Cassisi 2013). Ayrıca Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) de hastanın bilişsel yetersizliklerin üstesinden gelme, hastalık ve yan etkilerini öğrenme, ruhsal olarak güçlenme ve toplumsal becerileri kazanma amaçlanmaktadır (Yıldız 2018).

2.8. ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ

İçgörü; hastanın hastalığını algılaması ve hastalık semptomlarını tanıyıp ve kabullenmesiyle başlayan, zamana ya da hastalık semptomlarına göre değişiklik gösterebilen tedavi programına bağlılığını içeren bir süreçtir. Psikolojide içgörüyle ilgili faktörler son 30 yıldır araştırılmaktadır (David 2020).

Anthony S. David, şizofreni tedavisinde içgörünün en önemli husus olduğunu bildirmiş ve içgörü kavramını hastalığın farkındalığı, psikotik yaşantıların normal olmayan durumlarını değerlendirme yeteneği ve tedaviye uyumluluk olmak üzere üç boyutta incelenmiştir (Aslan ve Altınöz 2010, Reddy 2015).

Hasta bireyin içgörüsünün olması tedaviye olan cevabını olumlu etkilemektedir (Kalkan ve Kavak Budak 2020). Hastalık semptomlarını hafifletmeye yönelik uygulanan şizofreninin tedavi sürecinde de içgörünün olması tedavi başarısına katkı sağlamaktadır (Ampalam, Prasanth, Deepthi and Vadaparty 2012, Kavak ve Ekinci 2016).

Şizofreni hastalarının %50 ila %80 arasındaki kısmının hastalıklarıyla ilgili içgörülerinin bozulduğu bildirilmiştir (Vohs et al 2016). Schennach çalışmasında, şizofreni hastalarının hastaneye kabulde %70'inin içgörüsünün olmadığı bulunmuştur (Schennach et al 2012). Bajer ise ayaktan takip edilen şizofreni hastalarının %30 ila %50' sinin içgörüsünün bozulduğunu ifade etmiştir (Baier 2010). Şizofreni hastaları düşük içgörüye sahip olduğunda; kendilerini hasta olarak algılayamaz ve tedaviye başlama konusunda isteksiz olur. Bu da tedaviyi erken dönemde bırakma, bulguların artması gibi riskleri beraberinde getirir (James et al 2016).

Yapılan araştırmalar şizofreni hastalarında içgörü yokluğunun, ilaca olan uyumu olumsuz etkileyerek hastaların atak yaşamasına, hastane yatışlarının olmasına ve sonuç olarak da yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu bildirmiştir (Quee et al 2011, Dewedar, Harfush and Gemeay 2018, Nyanyiwa, Simehlani, Kath Peters, and Gillian Murphy 2022).

2.9. şİZOFRENİDE İLAÇ TUTUMU VE TEDAVİ UYUMU

Tutum, bir kişinin bir olay, konu, obje ya da kişi hakkında olumlu ya da olumsuz fikrinin ve kanaatinin oluşması ve bu kanaate göre o yöne meyilinin oluşmasıdır (Koç 2007). İlaç tutumu kavramı ise; tedaviye uyum veya uyumsuzluk anlamında kullanılmaktadır (Aydın, Balaban, Aydın, Yumrukçal ve Erkıran 2018). Tedaviye uyum, hastaya hastalık tedavisi hakkında verilen tavsiyeleri kabul etmesi ve tedavi tavsiyelerine uyması olarak tanımlanır. Tedaviye uyumsuzluk ise, hastanın verilen ilaçları reçete edildiğı şekilden farklı olarak, eksik kullanması ya da tam kullanmaması, tedavi tavsiyelerine uymaması, doktor kontrolünün zamanını takip etmemesi şeklinde tanımlanır (Çobanoğlu, Aket ve Çobanoğlu 2003).

şizofrenide tedaviye uyum hastalık gidişatının önemli bir belirleyicisidir. Düzenli ilaç kullanımında hastalığın tekrar etmesi başarılı bir şekilde önlenabilir (Tham et al 2018, Kane and Correll 2019).

Tedaviye uyumsuzluk birçok nedene bağılı olabilir. Bunlar; genç yaş, içgörü eksikliği, ilaca karşı olumsuz tutumun oluşması, ilaca yan etkinin gelişmesi, sosyal destek yetersizliği, alkol-madde kullanımı olarak sıralanabilir (Nguı, Vasiliadis and Tempier 2015, Bright 2017). Ayrıca taburculuk sonrası dönemde yaşadığı ortamın kötü olması, işbirliğinin zayıf olması sebebiyle takibin yetersiz kaldığı durumlar da uyumsuzluğa katkıda bulunabilir (Tham et al 2016, Velligan, Sajatovic, Hatch, Kramata and Docherty 2017).

2.10. şİZOFRENİDE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ

Psikolojik iyi oluş, kişisel amaçlara ulaşmaya çabalamak, kişisel gelişimini devam ettirmek, kişilerarası ilişkilerde başarılı olma becerilerini içeren bir bütündür. Mutluluk anlamında da kullanılır (Keyes, Shmotkin, Ryff 2002).

Şizofreni hastalığının tedavisinde sadece semptomların azaltılması ya da yok edilmesi amaçlanmamalı (Slade 2010), hasta bireylerin kişisel, sosyal becerilerini kazandığı, yaşam kalitesinin yükseldiği anlamlı bir hayat sürdürmesi sağlanmalıdır. Bu yönde, psikolojik iyi oluş, mevcut sağlık anlayışında anahtar bir rol oynamakta olup Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2004 yaşam kalitesi üzerinde de olumlu bir etki yaratmaktadır (Rejeski, Brawley and Shumaker 1996). Bu doğrultuda yapılan bir gözden geçirme araştırmasında şizofreni hastalarının psikolojik olarak iyilik halini iyileştirmede çok az sayıda müdahaleyle bile etkili sonuçlar bulunmuş olup (Schrack et al 2016), Johnson ve ark. tarafından (2011) psikoeğitim müdahaleleriyle psikolojik iyi oluşlarının artırılabilirliği bildirilmiştir.

Ryff'ın ileri sürdüğü psikolojik iyi oluş modelinde altı boyut bulunmaktadır. Bunlar öz-kabul, diğerleriyle pozitif ilişki içinde olması, özerklik, çevresel kontrol, hayata karşı amaç ve kişisel gelişimdir (Telef 2013). Psikolojik iyi oluş ölçekleri; Diener ve ark. tarafından (2010) geliştirilmiş ve Telef (2013) tarafından Türkçe geçerlik-güvenilirlik yapılmış olan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ), 1989'da Ryff tarafından geliştirilen ve Akın (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Psikolojik İyi Oluş Ölçeğidir (Ryff 1989, Akın 2008, Telef 2013). Diener ve ark. (2010) Ryff'ın ölçeğinden farklı olarak 'bağlı ve ilgili olma' ve 'iyimserlik' gibi öğeleri de ekleyerek yeni bir ölçek geliştirmişlerdir.

2.11. ŞİZOFRENİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde verilmesini sağlayan dinamik bir süreçtir. Hemşirelik sürecinin amacı bireylerin var olan ya da olası sağlık problemlerin tanımlanması, gereksinimlerine göre girişimlerin planlanıp uygulanmasıdır. Bu işlemler esnasında birey biyo-psiko-sosyal açıdan değerlendirilmelidir. Hemşirelik süreci birey merkezlidir ve bireyi ailesi, yaşadığı çevre ve kültürü ile bir bütün olarak değerlendiren hümanistik ve holistik bir yaklaşım ile sunulmaktadır. Süreç veri toplama, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Sürecin adımları her ne kadar ayrı basamaklar olsa da her adım birbiriyle bağlantı içerisindedir (American Nurses' Association (ANA) 2010, Berman et al 2018).

2.11.1. Hemşirelik Süreci

Veri toplama-Tanılama

Veri toplama aşamasında; hasta hakkındaki bilgilerin hasta yakınları ve diğer sağlık çalışanlarıyla etkileşim kurularak toplandığı süreçtir. Hastanın ailesiyle görüşme yapılarak gözlemlenmesi, hastanın önceki ve şu anki sağlık durumuyla ilgili bilgilerin olduğu dosyaların incelenmesi, fizyolojik, psikolojik, bilişsel, ekonomik yönlerden durumu hakkında bilgilerin toplanmasıdır (Ackley, Ladwig and Makic 2017, ANA 2018). Bu basamak diğer süreç basamaklarının temelini oluşturmaktadır (Edelman and Connelly 2018). Daha sonra toplanan veriler analiz edilerek, olası problemler sonucu gerekli tanımlar koyulur. Hastanın ihtiyaçlarına göre konulmuş her tanı, hemşirelerin sonuç kriterlerine ulaşmasında girişimlerin seçiminde temel oluşturur (NANDA 2012).

Hemşirelik Tanısı

Şizofreni bozukluğu olan bireylerde en sık kullanılan tanımlar (North America Nursing Diagnosis Association- International NANDA-I göre) şunlardır;

İletişim kurma (Communicating)

- Sözel İletişimde Bozulma (Impaired Verbal Communication).

İlişki Kurma (Relating)

- Sosyal Etkileşiminin Bozulması (Impaired Social Interaction).
- Sosyal İzolasyon (Social Isolation).
- Rol Performansında Değişim (Altered Role Performance).
- Ebeveyn Rolünde Değişim (Altered Parenting).
- Ebeveyn Rolünde Potansiyel Değişim (Potential Altered Parenting).
- Cinsel Fonksiyon Bozukluğu (Sexual Dysfunction).
- Aile Sürecinde Değişim (Altered Family Processes).
- Ebeveyn Rol Çatışması (Parental Role Conflict).
- Cinsel Yaşamda Değişim (Altered Sexuality Patterns).

Değerler (Valuing)

- Ruhsal Sıkıntı (Spiritual Distress).

Seçme (Choosing)

- Bireysel Başetmede Yetersizlik (Ineffective Individual Coping).
- Uyum Bozukluğu (Impaired Adjustment).
- Savunucu Başetme (Defensive Coping).
- Etkisiz İnkâr (Ineffective Denial).
- Ailede Etkisiz Başetme: Başetmede Beceriksizlik (Ineffective Family Coping: Disabling).
- Etkisiz Aile İçi Başetme: Uzlaşamama (Ineffective Family Coping: Compromised).
- Aile İçi Başetmede Olumsuz Gelişim Potansiyeli (Family Coping: Potential For Growth).
- Önerilenleri Uygulayamama: Uyumsuzluk (Noncompliance (Specify)).
- Karar Vermede Çatışma/ Fikir Ayrılığı (Decisional Conflict (Specify)).
- Sağlık Arayış Davranışları (health Seeking Behaviors (Specify)).

Hareket Etme (Moving)

- Fiziksel Hareketin Bozulması (Impaired Physical Mobility).
- Hareket İntoleransı (Toleranssızlık) (Activity Intolerance).
- Yorgunluk (Fatigue).
- Potansiyel Hareket İntoleransı (Potential Activity Intolerance).
- Uyku Şeklinde Bozukluk (Sleep Pattern Disturbance).
- Boş Vakitlerini Geliştirme/Eğlence Aktivitelerinde (Diversional Activity Deficit).
- Evdeki Sorumlulukları Sürdürmede Yetersizlik (Impaired Home Maintenance Management).
- Kendi Kendine Beslenmede Yetersizlik (Feeding Self-Care Deficit).
- Yutma Bozukluğu (Impaired Swallowing).
- Emzirmede Yetersizlik (Ineffective Breastfeeding).
- Bireysel Bakımda (Banyo Yapma/Hijyenik Özbakım) Eksiklik (Dressing/Grooming Self-Care Deficit).

- Giyim Kuşamda/ Kendine Özen Göstermede Yetersizlik (Dressing/Grooming Self-Care Deficit).
- Tuvalet Sonrası Eksikliği (Toileting Self-Care Deficit).
- Büyüme ve Gelişmede Değişiklik (Altered Growth and Development).

Algılama/Bilginin Algılanması (Perceiving)

- Beden İmajında Bozukluk (Body Image Disturbance).
- Benlik Saygısında Bozukluk (Self-Esteem Disturbance).
- Kronik Aşağılık Duygusu (Chronic Low Self-Esteem).
- Durumsal Düşük Benlik Saygısı (Situational Low Self-Esteem).
- Bireysel Kimlik Bozukluğu (Personal Identity Disturbance).
- Duyusal-Algisal Değişimler (Görme, İşitme, Tatma, Koklama, Dokunma) (Belirt) (Sensory / Perceptual Alterations (Specify) (Visual, Auditory, Kinesthetic, Gustatory, Tactile Olfactory).
- Hastanın Bir Tarafını İhmal Etmesi (Yüksek Kortikal Bozukluklarda) (Unilateral Neglect).
- Ümitsizlik (Hopelessness).
- Güçsüzlük (Powerlessness).

Bilgilenme (Knowing)

- Bilgi Eksikliği (Belirt) (Knowledge Deficit) (Specify).
- Düşünme Sürecinde Değişim (Altered Thought Processes).

Hissetmek (Feeling) Bilginin Subjektif Olarak Farkedilmesi

- Kendine ya da Başkalarına Yönelik Saldırganlık Potansiyeli (Potential For Violence: Self- Directed or Directed at Others).
- Anksiyete (Anxiety).
- Korku (Fear) (Schultz and Videback 2005, Frisch and Frisch 2006).

Planlama ve Uygulama

Hemşirelik Girişimleri

Bu aşamada, hastaya güvenli ve terapötik bir çevre kurulması, ekip üyeleriyle işbirliği sağlanarak bakımın koordine edilmesi, sağlık eğitimiyle sağlığın yükseltilmesi, bireysel danışmanlık, rehberlik ve psikoterapi, farmakolojik uygulamalar, sosyal beceri eğitimleri (RUTBE), gerekli durumlarda konsültasyon sağlanır (ANA, APNA, ISPN 2007, Yıldız 2018).

Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Hemşirelik sürecinde uygulanan girişimlerin etkinliğinin değerlendirildiği aşamadır (ANA 2010). Hastanın tedaviye verdiği cevaba göre bakım planı yeniden gözden geçirilir ve bunun sonucunda amaca ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir.

2.11.2. Şizofrenide Hemşirelik Bakımının Önemi

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association-APA) psikiyatri hemşirelerini, psikiyatrik tanısı olan hasta bireylerle terapötik bir ilişki kurarak güvenli bir ortam oluşturan, hasta bireyleri bütüncül olarak değerlendiren ve her bireyin gereksinimleri doğrultusunda bakım veren profesyoneller olarak tanımlamıştır (APA 2020). Psikiyatri hemşireleri, şizofreni tanılı bireylerin tedavisinde büyük rol oynamaktadır. Psikiyatri hemşiresinin; terapist, klinisyen, vaka yönetici gibi rollerin yanında eğitici, araştırmacı, danışman gibi rollere de sahip olduğu bilinmektedir (Bag 2012).

Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonunda aktif olarak görev almaktadır. Ayrıca hasta bireylerin hastalıktan ötürü oluşan öz bakım eksikliği, sosyal içe çekilme gibi konular bireyin yaşadığı ortamda ailesiyle birlikte değerlendirilerek, ihtiyaçları doğrultusunda girişimlerin planlanması ve uygulanması da hemşirelik bakımının amaçlarındandır. Şizofreni hastalarına ve ailelerine yönelik hemşirelik uygulamaları hızlı, etkin ve devamlı olarak sürdürülmelidir (Callagha 2004). Psikiyatri hemşiresi, bu kapsamda hasta bireylere ve hasta yakınlarına yanlış bilgileri önlemek amacıyla şizofreni ve tedavisini öğrenme, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, sorun çözme becerilerinin kazandırılması, öfke yönetimi gibi konularda psikoeğitim verilmesi sonucu iyilik hallerinin geliştirilmesi sağlanmaktadır (Yıldız 2018, Dülgerler 2021).

Sonuç olarak hemşireler, şizofreni tanılı bireylere yönelik uyguladıkları psikoeğitimler sayesinde hasta bireylerin ilaca olan uyumunu artırarak, toplumda etkin bir rol üstlenmesini, damgalamayı azaltmayı, hastaların iyilik halinin sağlanması ve sürdürölmesinde büyük rol oynamaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2011).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, şizofreni tanısı olan hasta bireylerin içgörü, ilaç tutumu ve psikolojik iyi oluşu etkileyen sosyodemografik değişkenlerin belirlenmesi ve içgörü, ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşa etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1-Şizofreni hastalarının tanımlayıcı özellikleri nasıldır?

2-Şizofreni hastalarının içgörü düzeyi nasıldır?

3-Şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumu nasıldır?

4-Şizofreni hastalarının içgörü ve ilaç tutumu ile psikolojik iyi oluş arasında ilişki var mıdır?

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Şubat-Ağustos 2023 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) yürütülmüştür.

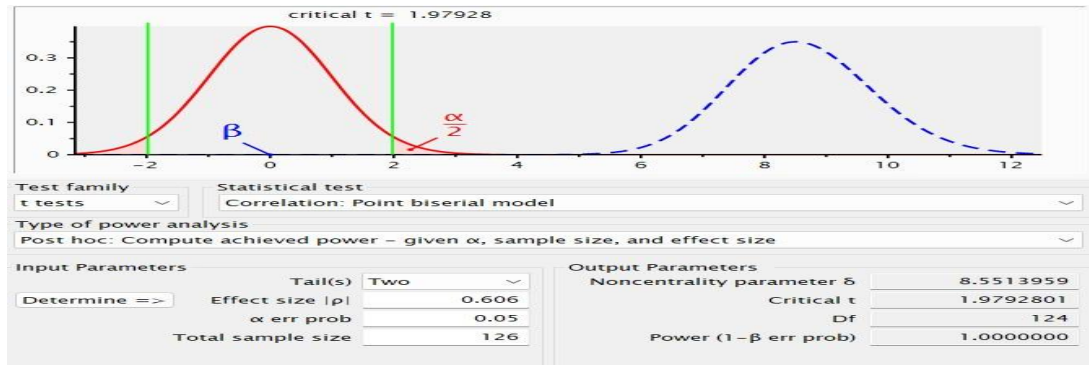
Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, 2014'de hizmet vermeye başlamıştır. Ağır ruhsal bozukluğu olan (şizofreni, şizoaffektif, bipolar duygudurum bozukluğu) hastalara yaşadıkları ortamdan kopmadan ayaktan takip ve tedavilerinin yapıldığı, psikososyal destek ve ruhsal sağlık hizmetlerinin verildiği etkin ve ulaşılabilir bir kurumdur. Kurumda verilen hizmetler kapsamında ruhsal toplumsal beceri eğitimi,

psikoeğitim, bireysel danışmanlık ve aile eğitimi, grup terapisi, günaydın toplantıları, ev ziyaretleri, resim, müzik, seramik, Engelli KPSS kursları, sosyal faaliyetler (piknik, sinema, tiyatro, doğa ve kültür gezileri vb.) bulunmaktadır. Sakarya TRSM bünyesinde psikiyatri uzmanı (1), hemşire (6), psikolog (2), sosyal çalışmacı (1), tıbbi sekreter (1), güvenlik görevlisi (1), temizlik personeli (1), halk eğitim merkezi tarafından görevlendirilen öğretmenler (4) görev yapmaktadır. Psikiyatri uzmanı TRSM'nin genel işleyişinden sorumlu olup, hasta bireylerin tedavi ve takibini sağlamaktadır. Gerekli durumlarda da ev ziyareti yapmaktadır. Hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacıların ortak görev ve sorumlulukları ise; hasta bireyler ve ailelerine bireysel danışmanlık yapmak, psikososyal müdahaleleri yürütmek, ev ziyaretinde bulunmak, hasta ve ailesiyle iş birliği sağlayarak bireylerin tedavide kalmasını sağlamak, veri formlarını doldurarak hasta bireyleri izlemek, tedavinin ayakta sürdürülemediği durumlarda yatan hasta servislerine yönlendirilmesini sağlamaktır. Ayrıca kamuoyu farkındalığını artırma ve damgalama ile mücadele faaliyetlerini yürütmektir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2011, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2014).

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya TRSM' de kayıtlı ve araştırmanın yapıldığı dönemde kuruma gelen şizofreni tanısı olan hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 126 hasta oluşturmuştur. Çalışma sonunda güç analizine bakıldığında %100 bulunmuştur.

Şekil 1. Gpower Analizi



Bu güç seviyesine göre örneklem büyüklüğü sayısının yeterli olduğu belirlendi (Çapık 2014).

Araştırmaya dâhil olma kriterleri:

- DSM-V ölçütlerine göre şizofreni tanısı alması,
- 18-65 yaş arası olması,
- Okuma-yazmayı bilmesi ve en az ilkokul mezunu olması,
- İletişime açık olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

Araştırmaya dâhil olmama kriterleri:

- Şizofreni hastalığına ek olarak demans veya mental retardasyon bozukluğunun olması,
- Hastalığın aktif döneminde ya da alevlenme döneminde olması,
- Alkol-madde kullanımının olması,
- İşitme sorununun olması.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılan bireylerden, araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği, İlaç Tutumu-10 Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ile veriler toplandı.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-4)

Araştırmacı tarafından oluşturulan formda, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yerleri içeren sorular yer aldı. Ayrıca hastalık tanısının ne zaman konulduğu, düzenli ilaç kullanım süresi, tedavi yönetiminin kim tarafından sağlandığı, hastane yatış sayısı, psikiyatrik hastalığının olup olmadığı, ailesinde ruhsal hastalığı olup olmadığı, şizofreni hastalığı hakkındaki inancı, kendi bakımını ne derecede sağlayabildiği, ailesinden hangi durumlarda bakım istediği ile ilgili toplam 17 soru oluşturuldu. Sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlandı (Beck, Baruch, Balter, Steer and Warman 2004, Phalen el al 2015).

3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) (EK-5)

Beck bilişsel içgörü ölçeği, Beck tarafından geliştirilmiştir (Beck et al 2004). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Aslan ve ark. tarafından (2005) yapılmıştır. Ölçek kullanımındaki amaç hastanın hastalığı hakkındaki farkındalığını ölçmektir. Ölçek 15 sorudan oluşmaktadır. ‘Kendini ifade etme’ ve ‘Kendinden eminlik’ iki alt boyutu vardır. Kendini ifade etme boyutu 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15 maddedeki sorulardan, kendinden eminlik boyutu ise 2, 7, 9, 10, 11, 13 maddedeki sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı (birleşik indeks), kendini ifade etme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile hesaplanmaktadır. Çıkan sonuç hastanın içgörü düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenirlik çalışmasında iki alt boyut kendini ifade etme ve kendinden eminlik için Cronbach alfa değeri sırasıyla 0,56 ve 0,50 olarak tespit edilmiştir (Aslan ve ark 2005). Bizim çalışmamızda ise sırasıyla 0,763 ve 0,762 olarak bulunmuştur.

3.6.3. İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) (EK-6)

İlaç tutumu-10 ölçeği Hogad, Awad ve ark. tarafından 1983’de geliştirilmiştir. Şizofreni hastalarının tedavilerine karşı ilaç tutumları ölçülmektedir. 30 maddeden oluşan soruları ‘Evet’ ya da ‘Hayır’ şeklinde cevaplama yapılarak çıkan toplam puana göre uyumlu ya da uyumsuz olarak değerlendirilmektedir (Aydın ve ark. 2018).

Ölçek, Aydın ve ark. tarafından (2018) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılarak, 30 madde gözden geçirilmiş ve 10 maddeye indirgenmiştir. Altı pozitif, dört negatif soru bulunmaktadır. Toplam puanın sıfırdan büyük olması ilaca uyumlu olduğunu gösterirken, sıfırdan küçük olması uyumsuz olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuş, çalışmamızdaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,953 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) (EK-7)

Psikolojik iyi oluş ölçeği (PİÖÖ), Diener ve ark. (2010) tarafından geliştirilmiş olup Telef (2013) tarafından Türkçe geçerlik-güvenilirliği yapılmıştır. Psikolojik iyiliği ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek sekiz maddeden oluşmaktadır. Kesinlikle

katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz Katılmıyorum (3), Kararsızım (4), Biraz Katılıyorum (5), Katılıyorum (6), Kesinlikle Katılıyorum (7) şıklarından birini cevaplaması istenmektedir. Verilen cevaplara göre toplam 8 ila 56 arasında puan alınmaktadır. Yüksek puan alan kişinin psikolojik olarak gerekli iyi oluş gücüne sahip olduğu anlaşılmaktadır (Diener et al 2010, Telef 2013). Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bulunmuş, çalışmamızdaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,957 olarak bulunmuştur.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 23.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verileri değerlendirirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki gruba sahip değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasındaki ilişkiye tek yönlü varyans analizi One Way ANOVA ile bakılmıştır.

Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın etik uygunluğu için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 2023-03/87 (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan (EK-6) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü izin alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Araştırmaya katılmış olan katılımcılara 'Aydınlatılmış Onam Formu' okutulup, kendisine ya da yasal vasisine imzalatılmıştır (EK-3). Katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağı, başka hiçbir amaçla kullanılmayacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilme haklarının olduğu açıklanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce araştırmada kullanılan ölçek yazarlarından; Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (EK-8), İlaç Tutum-10 Ölçeği (EK-9), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (EK-10) kullanım için izinler alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIGI

Araştırma sonuçları, Sakarya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olan hasta bireyler arasından araştırmanın yapıldığı dönemde kuruma gelen, araştırmaya katılım kriterlerini karşılayan ve araştırmaya dâhil olmayı kabul eden hasta bireylerin görüşleriyle sınırlıdır. Ayrıca bazı katılımcıların beck bilişsel içėörü lėėindeki sorulara cevap vermemeleri sonucunda bu bireylerin katılımının iptal edilmesi araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.



4. BULGULAR

Şizofreni hastalarında içgörü ve ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşa etkisinin incelendiği bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve analizler bu kısımda sunuldu. Çalışma verileri üç başlık altında aktarılmıştır.

- Katılımcıların demografik/tıbbi verilerine ait bulgular
- Katılımcıların ölçek puanları ve demografik/tıbbi verilerine ait bulgular
- Ölçek puanlarının ilişkisine ait bulgular

4.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULAR

Tablo 4. Katılımcıların demografik verilerine ait bulgular

Demografik Özellikler		n (n=126)	Yüzde %
Yaş	18-30 yaş	12	9,5
	31-41 yaş	41	32,5
	42-65 yaş	73	57,9
Cinsiyet	Kadın	33	26,2
	Erkek	93	73,8
Medeni durum	Evli	20	15,9
	Bekâr	106	84,1
Eğitim durumu	İlköğretim	76	60,3
	Lise	36	28,6
	Üniversite ve üstü	14	11,1
Çalışma durumu	Evet	25	19,8
	Hayır	101	80,2

Gelir durumu	İyi	31	24,6
	Orta	64	50,8
	Kötü	31	24,6
Birlikte yaşanan kişi	Anne-baba	73	57,9
	Eş-çocuk	21	16,7
	Yalnız	2	1,6
	Diğer	30	23,8
Yaşanılan yer	Köy	44	34,9
	İlçe merkezi	65	51,6
	Şehir merkezi	17	13,5

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde; %57,9'unun (n=73) 42-65 yaş aralığında olduğu, %73,8'inin (n=93) erkek, %84,1'inin (n=106) bekar, %60,3'ünün (n=76) ilköğretim mezunu, %19,8'inin (n=25) çalıştığı, %50,8'inin (n=64) gelir düzeyini orta olarak ifade ettiği, %57,9'unun (n=73) anne-baba ile birlikte ve %51,6'sının (n=65) bir ilçe merkezinde yaşadığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların tıbbi verilerine ait bulgular

Tıbbi durum özellikleri		n (n=126)	Yüzde %
Tıbbi tanı tarihi	1 yıldan kısa	3	2,4
	1-5 yıl	19	15,1
	6-10 yıl	21	16,7
	11 ve üstü	83	65,9
İlaç kullanım süresi	0-6 ay	8	6,3
	6-12 ay	12	9,5
	1 yıldan uzun	106	84,1
Tedavi yönetimini kendi sağlama durumu	Evet	67	53,2
	Hayır	59	46,8

	0-5	102	81,0
Hastaneye yatış sayısı	6-10	18	14,3
	11 ve üstü	6	4,8
	Evet	74	58,7
Psikiyatrik hastalık varlığı	Hayır	52	41,3
	Evet	44	34,9
Ailede ruhsal hastalık varlığı	Hayır	82	65,1
	Evet	82	65,1
Şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumu	Hayır	44	34,9
	1-3	11	8,7
Kendi bakımı sağlama derecesi (0-10)	4-7	69	54,8
	8-10	46	36,5
	Güvenli bir çevrenin sağlanması	67	53,2
	Bireysel temizlik ve giyinme	60	47,6
	Beslenme	53	42,1
Aileden bakım ihtiyacı duyulan konular	İletişim	28	22,2
	Uyku	4	3,2
	Cinsellik	3	2,4
	Çalışma ve eğlenme	1	0,8
	Hareket	1	0,8

Çalışmaya dahil edilen bireylerin %65,9'unun (n=83) tıbbi tanı konulma tarihinin 11 yıldan daha fazla süre olduğu ve dolayısıyla %84,1'inin (n=106) bir yıldan uzun süredir düzenli ilaç kullandığı, %53,2'sinin (n=67) tedavisini kendisinin sağladığı, %81,0'inin (n=102) tanı sonrası en fazla 5 defa hastane yatışının bulunduğu gözlemlendi.

Bireylerin %58,7'si (n=74) psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu kabul ederken %34,9'unun (n=44) ailesinde de psikiyatrik bir rahatsızlık bulunduğunu ifade etti. Tedavi sürecine uyumlarını değerlendirdiğimizde %65,1'i (n=82) şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşündüğü,

%54,8'inin (n=69) kendi bakımını sağlama durumuna 4-7 puan verdiği ve %53,2'sinin (n=67) güvenli bir çevre sağlama, %47,6'sının (n=60) bireysel temizlik ve giyinme, %42,1'inin (n=53) ise beslenme konularında ailelerinden desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtti (Tablo 5).

4.2. KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARI VE DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULAR

4.2.1. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) Cronbach Alfa Değerlerine Göre Bulgular

Tablo 6. Ölçek ve Alt Boyutlara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort.	SS.	Min.	Maks.	Cronbach alfa
Psikolojik iyi oluş ölçeği	38,47	11,98	8	56	0,957
İlaç tutumu-10 ölçeği	6,39	3,99	0	10	0,953
İlacın olumlu etkilerine dair yorumlar	2,52	1,63	0	4	0,878
İlacın koruyucu etiklerine dair yorumlar	2,75	1,70	0	4	0,935
Yan etkilerine dair yorumlar	1,12	0,90	0	2	0,773
Beck bilişsel içgörü ölçeği toplam	2,67	7,75	-14	21	-
Kendini ifade etme	19,35	4,92	10	28	0,763
Kendinden eminlik	16,68	4,08	6	24	0,762

Ortalama±Standart Sapma; Ortanca (Minimum-Maksimum)

Psikolojik iyi oluş ölçek puan ortalaması $38,47 \pm 11,98$ idi. İlaç tutumu-10 ölçeğinin toplam puan ortalaması $6,39 \pm 3,99$ iken, alt boyutları olan ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar $2,52 \pm 1,63$, ilacın koruyucu etiklerine dair yorumlar $2,75 \pm 1,70$, yan etkilerine dair yorumlar $1,12 \pm 0,90$ olarak elde edildi. Beck bilişsel içgörü ölçeği toplam puanı $2,67 \pm 7,75$ iken, alt boyutları olan kendini ifade etme $19,35 \pm 4,92$ ve kendinden eminlik $16,68 \pm 4,08$ idi.

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi esnasında sıklıkla kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach alfa'dır. Bu değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den yüksektir (Nunnally 1978).

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) Cronbach alfa değeri 0,957, İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) 0,953 iken alt boyularından ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar 0,878, ilacın koruyucu etiklerine dair yorumlar 0,935, yan etkilerine dair yorumlar 0,773, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) alt boyutlarından kendini ifade etmek ve kendinden eminlik değerleri ise sırayla 0,763 ve 0,762 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

4.2.2. Psikolojik İyi Oluş ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulgular

Tablo 7. Psikolojik iyi oluş ölçek puanı ile demografik verilere ait bulgular

		Psikolojik iyi oluş ölçeği (ort±ss)	Test	p
Yaş	18-41 yaş	37,36±13,20	-0,886	0,378
	42-65 yaş	39,27±11,03		
Cinsiyet	Kadın	37,21±14,00	-0,700	0,485
	Erkek	38,91±11,22		
Medeni durum	Evli	34,40±13,31	-1,668	0,098
	Bekar	39,24±11,62		
Eğitim durumu	İlköğretim	37,03±12,75	-1,678	0,096
	Lise ve üzeri	40,66±10,44		
Çalışma durumu	Evet	41,80±8,15	2,018	0,048*
	Hayır	37,64±12,64		
Gelir durumu	İyi	40,90±11,06	1,439	0,241
	Orta	38,59±11,09		
	Kötü	35,77±14,25		
Birlikte yaşanan kişi	Anne-baba	39,30±11,84a	5,321	0,006*
	Eş-çocuk	31,19±12,42b		
	Diğer	41,34±10,34a		
Yaşanılan yer	Köy	37,73±12,62	0,379	0,686
	İlçe merkezi	38,38±12,60		
	Şehir merkezi	40,71±7,08		

a,b: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama). F:One-way ANOVA testi,t:Bağımsız örneklem t testi
*:p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve yaşanan yerler ile psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Diğer demografik özellikler olan çalışma durumu ve birlikte yaşanan kişiler ile psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulundu ($p<0,05$). Çalışmanın bu bulgusuna göre, çalışanlarda çalışmayanlara göre ve anne-baba ya da eş-çocukla ile birlikte yaşayanların toplam puanı diğerlerinden (yalnız, bakıcı, bakımevi vb.) daha yüksekti (Tablo 7).

Tablo 8. Psikolojik iyi oluş ölçek puanı ile katılımcıların tıbbi verilerine ait bulgular

		Psikolojik iyi oluş ölçeği (ort±ss)	Test	p
Tıbbi tanı tarihi	5 yıldan az	34,82±12,73	1,779	0,173
	6-10 yıl	41,62±10,80		
	11 ve üstü	38,64±11,94		
İlaç kullanım süresi	1 yıl ve daha az	37,40±11,63	-0,434	0,665
	1 yıldan uzun	38,67±12,08		
Tedavi yönetimini kendi sağlama durumu	Evet	45,15±6,18	7,969	0,000*
	Hayır	30,88±12,47		
Hastaneye yatış sayısı	0-5	37,75±11,91	-1,383	0,169
	6 yıl ve üzeri	41,50±12,02		
Psikiyatrik hastalık varlığı	Evet	45,47±5,95	9,889	0,000*
	Hayır	28,50±11,32		
Ailede ruhsal hastalık varlığı	Evet	43,30±7,35	4,059	0,000*
	Hayır	35,88±13,16		
Şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumu	Evet	44,88±6,73	10,613	0,000*
	Hayır	26,52±10,36		
Kendi bakımını sağlama derecesi (0-10)	1-3	27,18±12,60b	20,962	0,000*
	4-7	35,36±12,31b		
	8-10	45,83±5,74a		

a,b: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama). F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi.

*: $p<0,05$.

Çalışmaya katılan bireylerin psikolojik iyi oluş ölçek puanı ile hastalık tıbbi tanı konulma tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken, tedavi yönetimini kendi sağlama durumu, psikiyatrik hastalık varlığını kabul etme, ailede ruhsal hastalık varlığı, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumu ve kendi bakımını sağlama derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulundu ($p<0,05$).

Çalışmanın bu bulgusuna göre, tedavi yönetimini kendisi sağlayanlarda psikolojik iyi oluş ölçek puanı, tedavi yönetimini kendisi sağlayamayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca psikiyatrik hastalık varlığını kabul edenlerin kabul etmeyenlere göre ve ailede ruhsal hastalığı olanların olmayanlara göre psikolojik iyi oluş ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Benzer şekilde şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerin düşünmeyenlere göre ve kendi bakımını sağlama durumunu 8-10 puan olarak değerlendirenlerin 1-7 olarak değerlendirenlere göre psikolojik iyi oluş ölçek puanının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 8).

4.2.3. İlaç Tutumu ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulgular

Tablo 9. İlaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları ile demografik verilere ait bulgular

	İlacın olumlu etkilerine dair yorumlar (ort±ss)	İlacın koruyucu etkilerine dair yorumlar (ort±ss)	Yan etkilerine dair yorumlar (ort±ss)	İlaç tutumu ölçeği (ort±ss)
Yaş				
18-41 yaş	2,62±1,66	2,74±1,71	1,15±0,89	6,51±4,02
42-65 yaş	2,44±1,62	2,77±1,70	1,10±0,92	6,30±4,00
t/p	0,624/0,534	-0,102/0,919	0,338/0,736	0,288/0,774
Cinsiyet				
Kadın	2,27±1,64	2,76±1,75	1,09±0,84	6,12±3,94
Erkek	2,60±1,63	2,75±1,69	1,13±0,92	6,48±4,03
t/p	-0,995/0,322	0,014/0,989	-0,218/0,828	-0,447/0,656

Medeni durum				
Evli	2,10±1,68	2,45±1,79	1,00±0,92	5,55±4,15
Bekar	2,59±1,62	2,81±1,69	1,14±0,90	6,55±3,96
t/p	-1,244/0,216	-0,871/0,386	-0,644/0,521	-1,024/0,308
Eğitim durumu				
İlköğretim	2,28±1,69	2,62±1,77	1,07±0,90	5,96±4,11
Lise ve üzeri	2,88±1,49	2,96±1,59	1,20±0,90	7,04±3,76
t/p	-2,108/0,037*	-1,128/0,262	-0,818/0,415	-1,492/0,138
Çalışma durumu				
Evet	3,04±1,34	3,28±1,43	1,36±0,86	7,68±3,38
Hayır	2,39±1,68	2,62±1,74	1,06±0,90	6,07±4,08
t/p	2,073/0,044*	1,963/0,056	1,503/0,135	2,044/0,047*
Gelir durumu				
İyi	2,84±1,51	3,19±1,56	1,29±0,90	7,32±3,64
Orta	2,53±1,68	2,66±1,75	1,11±0,88	6,30±4,15
Kötü	2,16±1,63	2,52±1,71	0,97±0,95	5,65±3,95
F/p	1,346/0,264	1,456/0,237	1,004/0,370	1,411/0,248
Birlikte yaşanan kişi				
Anne-baba	2,73±1,60a	2,88±1,69	1,16±0,87	6,77±3,91
Eş-çocuk	1,62±1,66b	2,05±1,80	0,81±0,93	4,48±4,15
Diğer	2,63±1,54	2,94±1,58	1,22±0,94	6,78±3,84
F/p	4,027/0,020*	2,232/0,112	1,545/0,217	2,982/0,054
Yaşanılan yer				
Köy	2,32±1,70	2,66±1,75	1,11±0,89	6,09±4,06
İlçe merkezi	2,58±1,65	2,71±1,76	1,09±0,91	6,38±4,11
Şehir merkezi	2,76±1,44	3,18±1,33	1,24±0,90	7,18±3,45
t/p	0,573/0,565	0,614/0,543	0,169/0,845	0,449/0,639

a,b: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama). F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi.

*:p<0,05.

Bireylerin ilaç tutumu ölçek puanları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve yaşanan yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken, eğitim durumları, çalışma durumları ve birlikte

yaşanılan kişiler ile ilaç tutumu ölçeği ve ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulundu ($p<0,05$). Bu bulguya göre, lise ve üzeri kurumlardan mezun olanların ilköğretim mezunu olanlara göre ve anne-baba ya da eş-çocuk ile birlikte yaşayanların bakımevi, yalnız, bakıcı gibi diğerleriyle birlikte yaşayanlara göre ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı daha yüksektir. Ayrıca çalışanların çalışmayanlara göre ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı ve ilaç tutumu ölçeği puanı daha yüksekti (Tablo 9).

Tablo 10. İlaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların tıbbi verilerine ait bulgular

	İlacın olumlu etkilerine dair yorumlar (ort±ss)	İlacın koruyucu etkilerine dair yorumlar (ort±ss)	Yan etkilerine dair yorumlar (ort±ss)	İlaç tutumu ölçeği (ort±ss)
Tıbbi tanı tarihi				
5 yıldan az	2,05±1,79	2,27±1,83	1,05±0,95	5,36±4,39
6-10 yıl	2,86±1,59	3,14±1,49	1,05±0,92	7,05±3,73
11 ve üstü	2,55±1,59	2,78±1,70	1,16±0,89	6,49±3,95
F/p	1,403/0,250	1,453/0,238	0,209/0,811	1,040/0,357
İlaç kullanım süresi				
1 yıl ve daha az	2,00±1,81	2,15±1,84	0,85±0,88	5,00±4,34
1 yıldan uzun	2,61±1,59	2,87±1,66	1,17±0,90	6,65±3,89
t/p	-1,549/0,124	-1,746/0,083	-1,465/0,146	-1,709/0,090
Tedavi yönetimini kendi sağlama durumu				
Evet	3,63±0,71	3,96±0,21	1,72±0,55	9,30±1,02
Hayır	1,25±1,46	1,39±1,62	0,44±0,73	3,08±3,51
t/p	11,361/0,000*	12,083/0,000*	11,037/0,000*	13,123/0,000*
Hastaneye yatış sayısı				
0-5	2,50±1,64	2,74±1,69	1,11±0,90	6,34±4,00
6 yıl ve üzeri	2,58±1,64	2,83±1,79	1,17±0,92	6,58±4,04
t/p	-0,224/0,823	-0,253/0,801	-0,287/0,775	-0,264/0,792

Psikiyatrik hastalık varlığı				
Evet	3,62±0,72	3,91±0,41	1,68±0,58	9,20±1,29
Hayır	0,94±1,23	1,12±1,48	0,33±0,65	2,38±2,98
t/p	14,142/0,000*	13,263/0,000*	12,031/0,000*	15,514/0,000*
Ailede ruhsal hastalık varlığı				
Evet	3,34±1,01	3,73±0,79	1,43±0,76	8,50±2,14
Hayır	2,07±1,73	2,23±1,83	0,95±0,93	5,26±4,30
t/p	5,181/0,000*	6,385/0,000*	3,127/0,002*	5,653/0,000*
Şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumu				
Evet	3,52±0,82	3,88±0,46	1,59±0,67	8,99±1,51
Hayır	0,64±0,97	0,66±1,06	0,25±0,58	1,55±2,28
t/p	17,690/0,000*	19,293/0,000*	11,740/0,000*	19,500/0,000*
Kendi bakımını sağlama derecesi (0-10)				
1-3	0,82±0,98c	1,18±1,40b	0,18±0,40c	2,18±2,18c
4-7	2,00±1,69b	2,25±1,85b	0,88±0,92b	5,13±4,24b
8-10	3,70±0,59a	3,89±0,31a	1,70±0,55a	9,28±0,91a
F/p	31,985/0,000*	25,009/0,000*	24,419/0,000*	32,483/0,000*

a,b,c: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama).F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin tıbbi özelliklerinden tıbbi tanı konulma tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayıları arasında ilaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamakta ($p>0,05$) iken, diğer tıbbi özellikler olan tedavi yönetimini kendi sağlama durumu, psikiyatrik hastalık varlığını kabullenme, ailede ruhsal hastalık varlığı, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumu ve kendi bakımını sağlama dereceleri arasında ilaç tutumu ölçeği ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulundu ($p<0,05$).

Bu bulguya göre, tedavi yönetimini kendisi sağlayanlarda, psikiyatrik hastalık varlığını kabullenenlerde, ailede ruhsal hastalık varlığı olanlarda, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumunu düşünenlerde ve kendi bakımını sağlama dereceleri 8-10 olanlarda ilaç tutumu ölçek puanı diğerlerine göre yüksektir (Tablo 10).

4.2.4. İğörü ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulgular

Tablo 11. Beck bilişsel içğörü ölçek ve alt boyut puanları ile demografik verilere ait bulgular

	Kendini ifade etme (ort±ss)	Kendinden eminlik (ort±ss)	Beck bilişsel içğörü ölçeği (ort±ss)
Yaş			
18-41 yaş	18,57±4,93	16,23±4,52	2,34±8,35
42-65 yaş	19,92±4,87	17,01±3,73	2,90±7,34
t/p	-1,530/0,128	-1,069/0,287	-0,402/0,688
Cinsiyet			
Kadın	19,24±5,10	16,97±4,26	2,27±8,57
Erkek	19,39±4,88	16,58±4,04	2,81±7,48
t/p	-0,145/0,885	0,469/0,640	-0,339/0,735
Medeni durum			
Evli	18,70±5,10	18,50±4,74	0,20±8,76
Bekar	19,47±4,90	16,34±3,88	3,13±7,50
t/p	-0,642/0,522	2,204/0,029*	-1,561/0,121
Eğitim durumu			
İlköğretim	19,22±5,07	17,33±3,81	1,89±8,06
Lise ve üzeri	19,54±4,72	15,70±4,32	3,84±7,18
t/p	-0,352/0,726	2,226/0,028*	-1,383/0,169
Çalışma durumu			
Evet	19,00±4,72	14,76±4,11	4,24±7,92
Hayır	19,44±4,99	17,16±3,95	2,28±7,70
t/p	-0,409/0,685	-2,695/0,008*	1,135/0,259
Gelir durumu			
İyi	19,52±4,64	15,58±3,90b	3,94±6,98
Orta	19,16±4,76	16,39±4,19	2,77±7,97
Kötü	19,58±5,63	18,39±3,59a	1,19±8,01
F/p	0,100/0,905	4,199/0,017*	0,980/0,378

Birlikte yaşanan kişi			
Anne-baba	18,85±4,75	16,32±4,19	2,53±7,82
Eş-çocuk	18,76±5,04	18,52±4,60	0,24±8,59
Diğer	20,88±5,05	16,31±3,17	4,56±6,70
F/p	2,101/0,127	2,630/0,076	2,032/0,136
Yaşanılan yer			
Köy	18,89±5,15	17,02±4,31	1,86±8,71
İlçe merkezi	19,22±4,85	16,91±3,93	2,31±7,36
Şehir merkezi	21,06±4,46	14,94±3,85	6,12±5,82
t/p	1,250/0,290	1,822/0,166	2,023/0,137

a,b,c: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama). F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi.
*:p<0,05

Çalışmada kullanılan beck bilişsel içgörü ölçeği, iki alt boyutların farkından elde edilen bir ölçek olması nedeniyle toplam puan üzerinden aktarılacaktır. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, birlikte yaşanan kişi, yaşadığı yer ile ölçek puanı arasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların diğer demografik özellikleri ile toplam puan arasında gözle görülür farklılık yok iken, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi (Tablo 11).

Tablo 12. Beck bilişsel içgörü ölçek ve alt boyut puanları ile katılımcıların tıbbi verilere ait bulgular

	Kendini ifade etme	Kendinden eminlik	Beck bilişsel içgörü ölçeği
	(ort±ss)	ort±ss	ort±ss
Tıbbi tanı tarihi			
5 yıldan az	19,05±5,63	17,14±5,10	1,91±9,83
6-10 yıl	20,52±3,91	16,71±3,00	3,81±5,45
11 ve üstü	19,13±4,97	16,55±4,06	2,58±7,69
F/p	0,717/0,490	0,175/0,839	0,3355/0,716
İlaç kullanım süresi			
1 yıl ve daha az	18,05±5,37	18,00±5,15	0,05±9,96
1 yıldan uzun	19,59±4,82	16,43±3,83	3,16±7,21
t/p	-1,291/0,199	1,294/0,208	-1,332/0,196

Tedavi yönetimini kendi sağlama durumu			
Evet	21,04±3,82	14,58±2,90	6,46±5,49
Hayır	17,42±5,34	19,07±3,93	-1,64±7,72
t/p	4,326/0,000*	-7,204/0,000*	6,708/0,000*
Hastaneye yatış sayısı			
0-5	19,20±4,96	16,72±4,20	2,48±8,01
6 yıl ve üzeri	20,00±4,79	16,54±3,60	3,46±6,62
t/p	-0,719/0,474	0,187/0,852	-0,555/0,580
Psikiyatrik hastalık varlığı			
Evet	21,38±3,57	14,39±2,64	6,99±4,71
Hayır	16,46±5,16	19,94±3,53	-3,48±7,06
t/p	5,945/0,000*	-9,613/0,000*	9,327/0,000*
Ailede ruhsal hastalık varlığı			
Evet	21,66±3,89	14,86±2,95	6,80±5,17
Hayır	18,11±4,99	17,66±4,28	0,45±8,02
t/p	4,410/0,000*	-4,303/0,000*	5,378/0,000*
Şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanma durumu			
Evet	20,99±4,00	14,61±2,84	6,38±5,43
Hayır	16,30±5,06	20,55±3,12	-4,25±6,63
t/p	5,323/0,000*	-10,791/0,000*	9,120/0,000*
Kendi bakımı sağlama derecesi (0-10)			
1-3	17,91±5,17b	18,45±3,39a	-0,55±5,05b
4-7	18,20±5,14b	18,22±3,94a	-0,01±8,15b
8-10	21,41±3,82a	13,96±2,89b	7,46±4,89a
F/p	7,003/0,001*	21,461/0,000*	17,517/0,000*

a,b,c: Gruplar arasında farklılıkları gösterir (a: en büyük ortalama). F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Katılımcıların tıbbi tanı konulma tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayıları arasında beck bilişsel içgörü ölçek puanları bakımından anlamlı derecede farklılık bulunmadı (p>0,05). Öte yandan katılımcıların tedavi yönetimini kendi sağlama durumunda olanlarda, psikiyatrik hastalık varlığını kabullenenlerde, ailede ruhsal hastalık öyküsü olanlarda, şizofrenide düzenli takip ve tedaviyle iyilik hali

olacağını düşünenlerde ve kendi bakımını sağlama dereceleri arasında anlamlı derecede istatistiksel bir fark olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

4.3. ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİNE AİT BULGULAR

Tablo 13. Ölçek puanlarının ilişkisine ait bulgular

		Psikolojik iyi oluş ölçeği	İlaç tutumu ölçeği	İlacın olumlu etkilerine dair yorumlar	İlacın koruyucu etiklerine dair yorumlar	Yan etkilerine dair yorumlar	Beck bilişsel içgörü ölçeği	Kendini ifade etme	Kendinden eminlik
Psikolojik iyi oluş ölçeği	r	1	0,804	0,784	0,797	0,638	0,606	0,484	-0,568
	p		0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
İlaç tutumu ölçeği	r		1	0,961	0,971	0,86	0,701	0,525	-0,698
	p			0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
İlacın olumlu etkilerine dair yorumlar	r			1	0,905	0,742	0,715	0,532	-0,717
	p				0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
İlacın koruyucu etiklerine dair yorumlar	r				1	0,777	0,689	0,521	-0,68
	p					0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Yan etkilerine dair yorumlar	r					1	0,51	0,379	-0,512
	p						0,000*	0,000*	0,000*
Beck bilişsel içgörü ölçeği	r						1	0,887	-0,83
	p							0,000*	0,000*
Kendini ifade etme	r							1	-0,478
	p								0,000*
Kendinden eminlik	r								1
	p								

r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$

Bireylerin ilaç tutumu ve beck bilişsel içgörü ölçeği psikolojik iyi oluş ölçeğini pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında içgörü ve ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşa etkisinin incelendiği bu çalışmada, çalışmadan elde edilen bulgular literatüre göre ele alınmıştır. Tartışma üç başlık altında aktarılmıştır.

1-Katılımcıların demografik ve tıbbi verilerine ait özelliklerine ait bulguların tartışılması

2-Katılımcıların ölçek puanları ve demografik/tıbbi verilerine ait bulguların tartışılması

3-Ölçek puanlarının ilişkisine ait bulguların tartışılması

5.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmanın bu bölümünde birinci araştırma sorusu olan ‘Şizofreni hastalarının tanımlayıcı özellikleri nasıldır?’ elde edilen çalışma bulgusuyla tartışılmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin **demografik verilerine göre**, çoğunun erkek, bekar, 42-65 yaş aralığında, ilköğretim mezunu, herhangi bir işte çalışmadığı, gelirinin orta düzeyde olduğu, anne-baba ile birlikte ilçe merkezinde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların çoğunun erkek, 25-35 yaş arasında, ortaöğretim mezunu, bekâr ve herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır (Dankı, Dilbaz, Okay ve Telci 2007). Nalbant ve ark. nın (2016) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %56,3’ü erkek olduğu, Belli ve ark. nın (2007) çalışmasında ise katılımcıların çoğunun bekâr olduğu elde edilmiştir. Ayrıca şizofreni hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcıların eğitim seviyesinin düşük olduğu saptanmıştır (Ensari, Gültekin, Karaman, Koç ve Beşkardeş 2013). Yapılan başka bir çalışmada şizofreni hastalarının istihdam oranı %10 ile %25 gibi düşük oranlarda bulunmuştur (Bull et al 2015, Suijkerbuijk et al

2017). Benzer şekilde şizofreni hastalarının demografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların %90,3'ünün çalışmadığı bulunmuştur (Guedes de Pinho, Pereira and Chaves 2018). Ayrıca Sevindik ve Arslan'ın (2020) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hasta bireylerin çoğunluğunun bekâr, ilkokul mezunu, herhangi bir işte çalışmadığı ve ilde yaşadığı bulunmuştur. Şahin ve Altun'un (2020) çalışmasında şizofreni hasta bireylerin %81'inin aile ile birlikte yaşadığı ve %65'inin gelirinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara da göz atıldığında elde edilen bulgular literatürle uyumlu olarak değerlendirildi.

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin **tıbbi verilerine göre**, çoğunun tıbbi tanı tarihinin 11 yıl ve üstünde olduğu, psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu kabullendiği, tedavi yönetimini kendisinin sağladığı ve bir yıldan uzun zamandır düzenli olarak ilaç kullandığı belirlendi. Ayrıca bireylerin hastane yatışının en fazla beş defa olduğu, ailede ruhsal hastalık olmadığı, aileden en çok güvenli bir çevrenin sağlanmasına ihtiyaç duyarak kendi bakımını sağlamaya 4-7 puan verdiği ve şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşündüğü görülmüştür (Tablo 5). Çalışma bulgusuna benzer olarak Sevindik ve Arslan'ın (2020) çalışmasında hasta bireylerin %61'inin ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı saptanmıştır. Taş ve Buldukoğlu'nun (2018) çalışmasında şizofreni hasta bireylerin çoğunluğunun tıbbi tanı tarihinin 6-14 yıl olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada bireylerin %38,7'sinin günlük bakımını yaparken sorun yaşadığını ve sorun yaşayanların çoğunun bu sorunu çözümde etkisiz kaldığı belirlenmiştir. Ancak Dankı ve ark. tarafından (2007) şizofreni hastalarının %50-80'inin hastalığı tanıma ve kabullenmede sıkıntı yaşandığı ve bu durumun ilaca olan uyumu bozduğu belirlenmiştir. İlaç kullanımına uyumsuzluk ise hastane yatışlarının artmasına ve hastalıkla ilgili kötü gidişata sebep olmaktadır (Dikeç ve Kutlu 2014). Şizofreni tanısı olan bireylerde düzenli takip, ilaç kullanma ve günlük yaşam aktivitelerine katılım uyum ve sosyalizasyon için çok önemlidir. Literatürden farklı olarak elde edilen bu bulguların, TRSM takibinin hastalar açısından önemini gösterdiği düşünülmektedir. Zira TRSM takip ve tedavisinde olan hasta bireylerin, beceri eğitimi, psikoeğitim gibi aldıkları rehabilitasyon hizmetleri sonrasında hastalığı kabullendiği ve ilaç kullanımına uyum sağlayarak hastaneye yatış sıklığının azaldığı ve işlevselliklerinin arttığı çalışmalarda ortaya çıkarılmıştır (Aydın ve ark. 2014, İçel,

Özkan ve Aydoğan 2016, Çoker, Yalçınkaya, Çelik ve Uzun 2021). Ayrıca katılımcıların tedavisini kendisinin sağlaması ve bir yıldan uzun zamandır düzenli ilaç kullanması tedavinin gidişatını olumlu etkilemiş ve katılımcıların çoğunun şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünmesine de sebep olmuştur. Literatürdeki diğer bilgiler de değerlendirildiğinde çalışmanın bulgularının literatürü destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

5.2. KATILIMCILARIN ÖLÇEK PUANLARI VE DEMOGRAFİK/TIBBİ VERİLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.2.1. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) Cronbach Alfa Değerlerine Göre Bulguların Tartışılması

Psikolojik ölçek puan ortalamasının örneklem grubumuzda iyi düzeyde olduğu gözlemlendi (Tablo 6). Her ne kadar Strauss, Magallares, Brownea çalışmalarında şizofreni hastalarında psikolojik iyi oluşun düşük olduğunu belirtmişlerse de (Strauss, Sandt, Catalano and Allen 2012, Magallares, Perez-Garin and Molero 2016, Brownea et al 2017) ölçek puan ortalaması iyi düzeydeydi. Literatürle bu farklılığın TRSM’ de uygulanan psikososyal hizmetlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Zira literatürde psikososyal tedavilerle psikolojik iyi oluşun arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Johnson et al 2011, Meyer, Johnson, Parks, Iwanski, Penn 2012)

Çalışmanın bu kısmında araştırmanın sorularından olan ‘Şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumu nasıldır?’ elde edilen bulgu sonuçlarına göre tartışılmıştır. Çalışmamızda şizofreni hastalarının ilaca yönelik tutumunun olumlu yönde olduğu saptanmıştır. İTÖ puanı ortalaması $6,39 \pm 3,99$ bulunmuştur. Kassew ve ark. nın (2019) şizofreni hastalarının ilaç tutumunun araştırıldığı çalışmalarında İTÖ puanı ortalaması $6,28 \pm 2,22$ bulunup, şizofreni hastalarının ilaca yönelik olumlu tutumda olduğu saptanmıştır.

Araştırma sorularından diğeri ‘Şizofreni hastalarının içgörü düzeyi nasıldır?’ elde edilen bulgulara göre tartışılmıştır. BBİÖ kendini ifade etme alt boyut ortalaması $19,35 \pm 4,92$ ve kendinden eminlik alt boyut puan ortalaması $16,68 \pm 4,08$ ’dir. BBİÖ

puan ortalaması $2,67 \pm 7,75$ 'dir. İpçi ve ark. nın (2018) yaptığı çalışmada BBİÖ puan ortalaması $3,8 \pm 5,6$ bulunmuştur. Benzer olarak şizofreni hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada BBİÖ puan ortalaması $4,40 \pm 5,52$ bulunmuştur (Dikeç ve Kutlu 2014). Elde edilen bu bulgu literatürle uyumluluk göstermektedir. Hastaların içgörüsünün orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kullanılan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) Cronbach alfa değeri 0,957, İlaç Tutumu-10 Ölçeği (İTÖ) 0,953, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) alt boyutlarından kendini ifade etmek ve kendinden eminlik değerleri ise sırayla 0,763 ve 0,762 olarak bulunmuştur (Tablo 6). Bu değerler çalışma örneklemimizin ve uygunluğunun güven aralığının iyi düzeyde olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa değeri 0,70'den büyük olarak bulunması nedeniyle güvenilirlik katsayısı yüksek bulunmuştur.

5.2.2. Psikolojik İyi Oluş ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulguların Tartışılması

Katılımcıların **demografik verilerden** yaş, cinsiyet ile psikolojik iyi oluş ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır (Tablo 7). Benzer olarak Taplı'nın (2021) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada cinsiyet ile psikolojik iyi oluş arasında anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır. Göcen (2013) yaptığı çalışmasında yaş ile psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Bu bakımdan elde edilen sonuç literatürle uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumu ile psikolojik iyi oluş ölçek puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 7). Ancak Saadeh, Welmer, Dekhtyar, Fratiglioni and Calderón-Larrañaga (2020) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanların psikolojik iyi oluşlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu tezatlığın çalışmaya alınan katılımcıların çoğunluğunun eğitim seviyesinin ilköğretim mezunu olduğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların medeni durumu ve gelir durumu ile psikolojik iyi oluş ölçek puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 7). Yapılan bazı çalışmalar evli ya da bekar olmanın özellikle erkeklerin psikolojik iyi oluşlarını olumlu yönde etkilediğini

göstermektedir (Tütüncü 2012). Evli bireylerin birbirini ekonomik ve duygusal olarak destekleyerek psikolojik iyi oluşa olumlu olarak katkı sağladığı düşünülmektedir. Ancak bazı araştırmacıların evli olmanın tek başına bireyin psikolojik iyi oluşuna olumlu ya da olumsuz etki etmeyeceğini, daha çok farklı faktörlerin de önemli olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla ekonomik sorun yaşayanların da psikolojik iyi oluşlarının olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (Dündar ve Demirli 2018). Çalışma bulgumuzda da gelir durumu ile psikolojik iyi oluş her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da gelir durumu iyi olanların psikolojik iyi oluş puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Bu açıdan da literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcılardan herhangi bir işte çalışanların psikolojik iyi oluş ölçek puanı çalışmayanlara daha yüksektir (Tablo 7). Günay ve Çelik (2019) yaptığı çalışma sonucunda herhangi bir işte çalışmayanların kendisi ve hayatı hakkında eksiklik ve karamsarlık duyguları hissederek psikolojik iyi oluş olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Herhangi bir işte çalışan hastalar günlük hayatını aktif bir şekilde geçirmekte ve iş ortamında sosyalleşmektedir. Dahası bireyin geleceğe karşı hedeflerinin olmasını da sağlayarak hayatlarıyla ilgili belirsizliklerin de ortadan kalkmasına sebep olmaktadır. Psikolojik iyi oluş tanımına bakıldığında, kişisel amaçlara ulaşmaya çabalamak, kişisel gelişimini devam ettirmek, kişilerarası ilişkilerde başarılı olma becerilerini içeren bir bütün olduğu (Keyes et al 2002) için çalışan hastaların psikolojik iyi oluşlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcılardan anne-baba ya da eş-çocuk ile yaşayanların yalnız, bakım evi, bakıcı gibi diğerleriyle yaşayanlara göre psikolojik iyi oluşları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Bilindiği gibi geniş anlamda aile; evlilik ya da kan bağıyla oluşan, aynı evi ve aynı geliri paylaşan, sürekli etkileşim halinde olan anne-baba, eş-çocuk gibi sosyal ilişkileri içeren bir topluluktur (Ağdemir 1991). Anne-baba ya da eş-çocuk aile başlığı altında ele alınacak olursa, aileyle yaşayan bireylerin psikolojik iyi oluşlarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Bulgumuza benzer olarak yapılan bir çalışmada aileyle yaşayan bireylerin psikolojik iyi oluşlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Savaş 2019). Yine aynı çalışmada bireyin doğup büyüdüğü ya da

yaşamının çoğunluğunu geçirdiği coğrafyanın psikolojik iyi oluşla ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Bu bakımdan çalışmada elde edilen yaşanılan yer ile psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel olarak anlamlılığın bulunmaması literatürle uyumluluk göstermektedir.

Katılımcıların **tıbbi verilerinden**, tıbbi tanı tarihi, ilaç kullanım süresi, hastaneye yatış sayısı ile psikolojik iyi oluş ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı (Tablo 8). Çalışmamızın sonucunu destekleyecek nitelikte olan şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaneye yatış ve hastalık süresi ile psikolojik iyi oluş arasında ilişki bulunamamıştır (Taplı 2021).

Katılımcıların tedavi yönetimini kendisi sağlayanların, psikiyatrik hastalık varlığını kabul edenlerin ve ailede ruhsal hastalığı olanların, tedaviyle iyileşeceğini düşünenlerin ve kendi bakımını sağlama derecesi 8-10 arasında olanların psikolojik iyi oluş ölçek puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Şizofreni ve genetik hastalık ilişkisi literatürde vurgulanmaktadır (Ateş ve Abay 2001). Bu açıdan düşünüldüğünde çalışmamızda ailede ruhsal hastalığın olması psikolojik iyi oluşu olumlu olarak etkilediği saptandı. Çalışma bulgumuza benzer olarak ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmasının aile ilişkilerini güçlendirdiği, ruhsal hastalıklara karşı olan tutumu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Bilgin 2007). Buradan hareketle ailede hastalık öyküsü olan bireylerin hastalığa uyum sağlayarak psikolojik iyi oluşlarının yüksek olduğu söylenebilir. Hasta bireylerin psikolojik iyi oluşlarının yüksek olması kendini kabul etme, bağımsızlık, hayatın anlamlı olduğunun göstergesidir (Matud, Lopez-Curbelo and Fortes 2019). Literatürdeki bu veri, tedavi yönetimini kendi sağlayanların, tedavi ve takiple iyileşeceğini düşünenlerin ve kendi bakımını sağlayanların psikolojik iyi oluşunun yüksek olmasını açıklar niteliktedir. Ayrıca kabullenmenin, psikolojik iyi oluşa katkı sağladığı literatürde vurgulanmaktadır (Matud et al 2019). Bireylerin hastalıklarını kabullenmesi, tedavi sürecini ve hastalığın gidişatını olumlu olarak etkilemektedir. Hastalığını tanıması, anlaması ve tedavisi konusunda iş birliği yapması ve hatta tedavi yönetimini kendisi sağlaması kişinin tedavide kalmasını ve iyilik halinin artmasını sağlamaktadır. İyilik hali kavramına bakıldığında, kişilerarası ilişkilerin iyi olması, başkaları tarafından sevilme ve saygı görme, hayatında geleceğe yönelik amaçlarının olması, bireyin

kendine saygı duyması ve iyimserlik durumlarını içermektedir (Diener et al 2010). Bu tanımla orantılı olarak tedavi ve takiple iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerde psikolojik iyi oluş daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde psikolojik iyi oluş ile tıbbi özellikler arasında ilişkinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olması nedeniyle bu bulgunun literatür ile yorumlanmasında zorlanılmıştır. Çalışma sonucu bu konuda literatüre destek olacak niteliktedir.

5.2.3. İlaç Tutumu ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulguların Tartışılması

Katılımcıların **demografik verilerinden** yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ile ilaç tutumu ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı (Tablo 9). İlaç tutumu ilaç tedavisine yönelik uyumun ya da uyumsuzluğun olmasıdır (Aydın ve ark. 2018). Bulgumuza benzer olarak Onan'ın (2020) tıbbi tedaviye uyumun incelendiği çalışmasında medeni durum ve gelir durumu ile ilaç uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde çalışmamızla benzer olarak yaş ile ilaç tutumu ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmayan çalışmalar vardır (Kassew et al 2019, Roopun, Tomita and Paruk 2020). Ancak cinsiyet ile ilaç tutumu arasındaki ilişki bakımından literatür incelendiğinde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında ilaç tutumuna yönelik yapılan bir çalışmada cinsiyet ile ilaç tutumu ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, erkeklerde ilaç tutum ölçeği puanı daha yüksek bulunmuştur (Adewuya, Ola, Mosaku, Fatoye and Eegunranti 2006). Öte yandan yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerde tedaviye olan uyumun daha az olduğu bulunmuştur (Ünal, Çakıl ve Elyas 2006). Bu farklılığın çalışmadaki katılımcıların cinsiyet dağılımının eşit olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcılardan çalışanların çalışmayanlara göre ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı ve ilaç tutumu ölçeği toplam puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9). İlaç tutumu, ilaç kullanımına yönelik davranışın oluşumu olup, ilaca yönelik olumlu veya olumsuz tutumun gelişmesi, tedaviye uyumlu ya da uyumsuz olması şeklinde tanımlanmaktadır (Aydın ve ark 2018). Şahin ve Elboğa'nın (2019) yaptığı çalışmada ilaca yönelik uyum arttıkça hastanın işlevselliğinin arttığını belirtmiştir. Bu açıdan düşünüldüğünde çalışmak, sorumluluk almak, sosyal hayata katılmak bireylerin tedavisinde sorumluluk sahibi olarak ölçek

puanını etkilemiştir. Litaratürle benzer olarak bulunan çalışma sonucumuza göre, çalışanlarda ilaç tutumu ölçeği ve ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanları çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Katılımcılar arasından her ne kadar eğitimle ilaç tutum ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmasa da lise ve üzeri kurumlardan mezun olanlarda ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 9). Benzer şekilde psikiyatri hastaları üzerinde yapılmış araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların istatistiksel olarak tedaviye daha fazla uyum gösterdiğini tespit etmiştir (Demirkol, Tamam, Evlice ve Karaytuğ 2015). Bu durumda eğitim düzeyi arttıkça ilaca karşı olumlu tutumun arttığı söylenebilir.

Ailenin anne-baba, eş-çocuk gibi sosyal ilişkileri içeren bir topluluk olduğu bilindiğinden (Ağdemir 1991), bu kısımda anne-baba ve eş-çocuk aile başlığı altında değerlendirilmiştir. Bu durumda aileyle yaşayanların ilaç tutumu ölçeği toplam puanı yalnız, bakımevi, bakıcı gibi diğerleriyle yaşayan bireylere göre daha yüksek bulundu (Tablo 9). Çobanoğlu ve ark. tarafından (2003) aile desteği tedaviye olan uyumu artırdığı bildirilmiştir. Bu bakımdan bulguların literatürle uyumluluk gösterdiği bulundu.

Çalışmamızda katılımcıların **tıbbi verilerinden** tıbbi tanı konulma tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastane yatış sayısı ile ilaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır (Tablo 10). Çalışma sonucumuza benzer olarak Dikeç ve Kutlu'nun (2014) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaneye yatış sayısı ve hastalık süresi ile ilaç uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak Çobanoğlu ve ark. nın (2003) yaptığı çalışmada ilaca yönelik olarak uyum azaldıkça hastane yatışlarının arttığını bulunmuştur. Yine Tel, Doğan, Özkan ve Çoban'ın (2010) yaptığı çalışmada ilaca yönelik olumsuz tutumu olan, düzenli tedavi takibine gelmeyen hastaların hastane yatışlarının arttığı ve hastalık süresinin uzadığı bildirilmiştir. Literatürle çalışma sonucu arasındaki bu farkın, çalışmadaki katılımcıların çoğunun hastane yatışının en fazla beş olması ve ilaç kullanım süresinin bir yıldan daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu neden olumlu bir durum olarak değerlendirildi.

Katılımcılardan psikiyatrik hastalık varlığını kabul edenlerin, ailede ruhsal hastalık varlığı olanların, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerin ve kendi bakımın sağlama dereceleri 8-10 arasında olanların ilaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Şizofreni hastalığında hastalığını tanıma ve kabullenme tedaviye uyumun artmasını sağlamaktadır (Fennig 1996, Aslan ve ark 2005, Mohamed et al 2009). Tedaviye uyumun ön koşulları; kişinin sağlığıyla ilgilenmesi, hastalık geliştiğinde anlaması ve ilaç tedasına karşı iyileştireceği ve koruyuculuğuna inanması olarak tanımlanmıştır (Rafii, Fatemi, Danielson, Johansson, Modanloo 2014). Bu tanımla tedavi yönetimini kendi sağlama ve kendi bakımını sağlama derecesiyle ilaç uyumu arasındaki ilişki açıklanmaktadır. Bir başka çalışma kapsamında motivasyonel görüşme uygulanan şizofreni hastalarında tedavi uyumunun artmasına paralel olarak bireylerin iyileşeceğine dair olumlu düşüncelerinin pozitif yönde geliştiği bildirilmiştir (Fung, Tsang, Chan 2010). Çalışma bulgumuzla benzer şekilde ilaca karşı oluşan olumlu tutum sayesinde hastalar tedaviyle iyi olacağını düşünmektedir. Bu bakımdan bu bulgular literatürle uyumluluk gösterdi. Ancak diğer tıbbi özellik olan ailede psikiyatrik hastalık varlığı ile ilgili olarak literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Zira Gültekin, Güler, Kesebir, Gülücü ve Ergelen (2013) çalışmasında aile öyküsünde psikotik hastalığı mevcut olan hastaların tedavi uyumlarının daha az olduğu saptanırken, Demirkol ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada ailede ruhsal hastalık öyküsünün tedaviye uyum üzerinde belirgin etkisinin olmadığı saptanmıştır. Literatürle bu bulgunun farklılığının araştırmaya katılan katılımcıların çoğunun ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2.4. İlgörü ile Demografik/Tıbbi Verilere Ait Bulguların Tartışılması

Katılımcıların **demografik verilerinden** yaş ile beck bilişsel içgörü ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır (Tablo 11). Benzer şekilde Dankı ve ark. (2007) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada yaş ile içgörü arasında anlamlılık bulamamıştır. Şizofreni hastalarıyla yapılmış başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Beck et al 2004, Aslan 2005). Çalışmamızın bu bulguları literatürle uyumluluk göstermektedir.

Katılımcıların cinsiyetleriyle beck bilişsel içgörü toplam puanları bakımından bir fark bulunmamıştır (Tablo 11). Literatür incelendiğinde bu konuda farklı sonuçların elde edildiği görülmüştür. Parelta ve Cuesta'nın (1998) çalışmasında şizofreni hastalarında, kadınlarda içgörünün daha az olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan şizofreni hastalarında içgörü düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada cinsiyetler arasında herhangi bir fark bulunmamıştır (Lysaker et al 2018). Literatürde görülen bu farklı sonuçların, araştırmaya alınan katılımcıların cinsiyet dağılımından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişilerle içgörü ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı (Tablo 11). Çalışmamıza benzer olarak, Gökdam'ın (2018) şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmasında medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu ile içgörü arasında anlamlılık bulunmamıştır. Ayrıca Atmaca (2016) çalışmasında şizofreni hastalarında içgörü ile birlikte yaşanan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Elde edilen bu bulgular literatürle uyumlu bulundu. Ancak Wiffen, Rabinowitz, Lex ve David'in (2010) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe beyin fonksiyonlarının geliştiği ve buna paralel olarak da içgörünün arttığını bulunmuştur. Literatürle bu bulgu arasındaki farkın çalışmaya katılan katılımcıların çoğunun eğitim seviyesinin ilkökul mezunu olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların **tıbbi verilerinden** tıbbi tanı konulma tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayıları ile beck bilişsel içgörü ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmadı (Tablo 12). Demirkol ve Tamam (2016) bireylerin ilaçla ve tedaviyle ilgili verilen önerileri dinlemesinin kişilik özellikleriyle de bağlantılı olabileceğini, özellikle narsistik ve paranoid kişilik tipinde bulunan bireylerin ilaç kullanımının sıkıntılı olabileceğini belirtmiştir. Buradan hareketle ilaç kullanım süresinin sadece içgörüyle bağlantılı olamayacağı, kişilik tipine de bağlı olabileceği anlaşıldı. Diğer tıbbi veriler olan hastalık süresi ve hastane yatış sayısı ile içgörü ilişkisinde literatürde farklı sonuçlara ulaşıldı. Dankı ve ark. nın (2007) yaptığı çalışmada hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı ile içgörü arasında negatif ilişki saptanırken, diğer taraftan başka çalışmalarda

hastane yatış sayısı arttıkça ve hastalık süresi uzadıkça içgörünün artabileceği de bildirilmiştir (Macpherson, Jerrom, Hughes 1996, Peralta and Cuesta 1998). Bu farklılığın oluşmasında içgörünün karmaşık bir yapısının olduğu ve birden fazla faktörden etkilendiğinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Katılımcıların diğer tıbbi özelliklerine bakıldığında, tedavi yönetimini kendi sağlayanlarda, psikiyatrik hastalığı olduğunu kabullenenlerde, ailede ruhsal hastalık olanlarda, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerde ve kendi bakımını 8-10 arasında sağlayanlarda beck bilişsel içgörü ölçek toplam puanı diğerlerine göre daha yüksek bulundu (Tablo 12). İçgörü kavramı, hastalık semptomlarını tanıma ve kabullenmedir (Aslan ve Altınöz 2010). Birey hastalığın varlığını kabullendiğinde, hastalığın yarattığı olumsuz durumu daha az yaşamaktadır (Mustafova 2015). Bireyin kendini hastalık koşullarına hazırlamasıyla tedavide aktif olarak katılım sağlamaktadır. Bu durum, bireyin düşüncelerine pozitif etki ederek tedavi ve iyileşme hakkında iyimser düşünmesini sağlamaktadır (Baneh 2018). Elde edilen bulgular literatürle uyum sağlamaktadır. Ancak ailede ruhsal hastalığı olanların, olmayanlara göre içgörüsünün yüksek olduğu bulgusu literatürle uyumlu değildir. Zira Suzuki, Yasumura, Fukao ve Otani (2003) şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmada ailede ruhsal hastalık öyküsünün var olmasının içgörü düzeyini ve işlevselliğini azaltabileceği saptanmıştır. Yine Dankı ve ark. nın (2007) yaptığı çalışmada ailede psikiyatrik hastalık olma durumuna göre hastaların içgörü düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Bunun sebebi olarak çalışmamıza katılan katılımcıların ailelerinin demografik farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.3. ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİSİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma sorularından en sonuncusu olan ‘Şizofreni hastalarının içgörü ve ilaç tutumu ile psikolojik iyi oluş arasında ilişki var mıdır?’ bulgulara göre tartışılmıştır. Çalışmada beck bilişsel içgörü ölçeği ile ilaç tutumu arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlılık bulundu (Tablo 13). Bilindiği gibi içgörü, hastalığı anlama ve kabullenme olarak tanımlanmaktadır (Aslan ve Altınöz 2010). Çalışmada içgörü yani hastalığı anlama ve kabullenme arttıkça ilaca olan uyumun arttığı

bulundu. Çalışma sonucumuzu destekler nitelikte olan Hussain, Imran, Hotiana, Mazhar ve Asif (2017) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastalığı anlama ve tedavi inancı ile ilaç tutum ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada hastalığa uyum, tedavi gereksinimlerinin farkındalığı ve ilaç kullanım tutumu içgörüyü ilişkili bulunmuştur (Ramachandran, Ramanathan, Praharaj, Kanradi and Sharma 2016). Elde edilen bulgularla literatür uyumlu bulundu. Beck bilişsel içgörü ölçeği ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlılık bulundu (Tablo 13). İçgörü arttıkça psikolojik iyi oluşun arttığı söylenebilir. Bulgumuza benzer şekilde Caiser ve ark. tarafından (2013) hastalığın kabulünün artmasıyla günlük hayatta iyi oluşun arttığı saptanmıştır. Literatürde bulgumuzu destekleyen farklı çalışmalar da mevcuttur (Karademas, Tsagaraki and Lambrou 2009, Pompey, Ridwan, Zahra anı Yona 2019). İlaç tutumu ölçeği ile psikolojik iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlılık saptandı (Tablo 13). İlaça yönelik olumlu tutumun oluşması hastalığa ve tedavi sürecine bakış açısını da olumlu olarak etkilediği bilinmektedir (Magliano 2005). Yapılan bir çalışmada psikolojik iyi oluşa ulaşmak için bireyin ilaca karşı uyumlu olması gerektiği bildirilmiştir (Lloyd, Lloyd, Fitzpatrick and Peters 2017). Elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görüldü. Çalışmada beç bilişsel içgörü ölçeği, ilaç tutumu ölçeği ve psikolojik iyi oluş ölçeği arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmuştur (Tablo 13). Kronik hastalıklara sahip bireylerde hastalığını kabul edenlerin, hastalığa karşı adaptasyon sağlayarak tedaviye uyum gösterdiği bildirildi (Starczewska, Kujawska, Stanislawski, Rybicka and Grochans 2018). Hastalık kabulü ve tedavi uyumu beraberinde hastalığa karşı olumlu duyguların gelişmesini sağlamaktadır (Can 2017). Dolayısıyla bulunan bulgular literatürle uyumluluk göstermiştir. Şizofreni hastalarında içgörü ve olumlu ilaç tutumu psikolojik iyi oluşu olumlu etkilemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında içgörü ve ilaç tutumunun psikolojik iyi oluşa etkisinin incelendiği bu çalışmada, çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Katılımcıların %57,'u 42-65 yaş aralığında, %73,8'i erkek, %84,1'i bekar, %60,3'ü ilköğretim mezunu, %19,8'i çalışmakta, %50,8'inin geliri orta düzeyde, %57,9'u anne-baba ile birlikte ve %51,6'sı ilçe merkezinde yaşamaktadır.
- Katılımcıların %65,9'unun tıbbi tarihi 11 yıldan daha fazla iken %84,1'i 1 yıldan uzun süredir düzenli ilaç kullanmakta, %53,2'si tedavisini kendi sağlamakta, %81,0'inin en fazla 5 defa hastaneye yatışı bulunmaktadır. %58,7'si psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu düşünmekte iken %34,9'unun ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmakta, %65,1'i ise şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünmektedir. Ayrıca %54,8'i kendi bakımını sağlama durumuna 4-7 puan vermekte ve %53,2'si aileden güvenli bir çevre sağlama desteğine ihtiyaç duymakta, %47,6'sı bireysel temizlik ve giyinme, %42,1'i ise beslenme konusunda ihtiyaç duymaktadır.
- Psikolojik iyi oluş ölçek puan ortalaması $38,47 \pm 11,98$, ilaç tutumu ölçek puanı ortalaması $6,39 \pm 3,99$, ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puan ortalaması $2,52 \pm 1,63$, ilacın koruyucu etiklerine dair yorumlar alt boyut ortalaması $2,75 \pm 1,70$, yan etkilerine dair yorumlar alt boyut ortalaması $1,12 \pm 0,90$, Kendini ifade etme alt boyut ortalaması $19,35 \pm 4,92$ ve kendinden eminlik alt boyut puan ortalaması $16,68 \pm 4,08$ 'dir.
- Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu ve yaşanan yerler arasında psikolojik iyi oluş ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

- Çalışanlarda psikolojik iyi oluş ölçek puanı çalışmayanlara göre ve anne-baba ya da diğer kişiler ile birlikte yaşayanların psikolojik iyi oluş ölçek puanı eş-çocuk ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksektir.
- Tıbbi tanı tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayısı arasında psikolojik iyi oluş ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Tedavi yönetimini kendi sağlayanlarda, psikiyatrik hastalığı olduğunu düşünenlerde, ailede ruhsal hastalığı olanlarda, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerde ve kendi bakımını sağlama derecesi 8-10 olanlarda psikolojik iyi oluş ölçek puanı diğerlerine göre daha yüksektir.
- Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ve yaşanan yerler arasında ilaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Lise ve üzeri mezun olanlarda ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksektir.
- Çalışanlarda ilaç tutumu ölçeği ve ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanları çalışmayanlara göre daha yüksektir.
- Anne-baba ile birlikte yaşayanlarda ilacın olumlu etkilerine dair yorumlar alt boyut puanı eş-çocuk ile birlikte yaşayanlara göre daha yüksektir.
- Tıbbi tanı tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayıları arasında ilaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Tedavi yönetimini kendi sağlayanlarda, psikiyatrik hastalığı olduğunu düşünenlerde , ailede ruhsal hastalığı olanlarda, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerde ve kendi bakımını sağlama derecesi 8-10 olanlarda ilaç tutumu ölçek ve alt boyut puanları diğerlerine göre daha yüksektir.
- Yaş, cinsiyet, birlikte yaşanan kişiler ve yaşanan yerler arasında Beck bilişsel içgörü ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Evli olanlarda kendinden eminlik alt boyut puanı bekar olanlara göre, ilköğretim

mezunu olanlarda kendinden eminlik alt boyut puanı lise ve üzeri mezunu olanlara göre, gelir durumu kötü olanlarda kendinden eminlik alt boyut puanı gelir durumu iyi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

- Tıbbi tanı tarihi, ilaç kullanım süresi ve hastaneye yatış sayıları arasında Beck bilişsel içgörü ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Tedavi yönetimini kendi sağlayanlarda, psikiyatrik hastalığı olduğunu düşünenlerde, ailede ruhsal hastalığı olanlarda, şizofreni tanısında düzenli takip ve tedavi alındığında iyilik halinin sağlanacağını düşünenlerde göre ve kendi bakımını sağlama derecesi 8-10 olanlarda Beck bilişsel içgörü ölçek ve kendini ifade etme alt boyut puanları diğerlerine göre daha yüksektir.
- Şizofreni hastalarında içgörü ve olumlu ilaç tutumu psikolojik iyi oluşu olumlu yönde etkilemektedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Şizofreni hastalarında içgörü ve ilaç tutumu kavramlarının anlaşılması ve bu kavramların psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisinin bilinmesi,
- Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından içgörü ve ilaç tutumunu etkileyen etkenlerin belirlenmesi ve bu etkenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunulması,
- Toplum ruh sağlığı merkezlerinde içgörü ve ilaç tutumunu artırmaya yönelik düzenlenen psikoeğitlimlere daha fazla hastanın katılımının sağlanması,
- Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayıları artırılarak daha fazla sayıda hastaya ulaşılmasının sağlanması,

önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abrams R. Electroconvulsive Therapy. (2002). 4th ed, Oxford University Press, New York.
- Ackley BC, Ladwig GB, Makic MBF. (2017). Nursing diagnosis handbook an evidence-based guide to planning care. 11th ed, Elsevier, Missouri.
- Adewuya AO, Ola BA, Mosaku SK, Fatoye FO, Eegunranti AB. (2006). Attitude towards antipsychotics among out-patients with schizophrenia in Nigeria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:207–211.
- Ağdemir S. (1991). Aile ve Eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 1(1).
- Akın A. (2008). Psikolojik iyi olma ölçekleri (PİÖÖ): Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 8(3),721-750.
- Ali SA, Mathur N, Malhotra AK, Braga RJ. (2019). Electroconvulsive Therapy and Schizophrenia: A Systematic Review. *Molecular Neuropsychiatry*, 5(2):75–83.
- American Nurses' Association. (ANA). (2010). Nursing: Scope and standards of Practice. 2nd ed, Silver Spring.
- American Nurses Association. (ANA). (2018). The Nursing Process. Erişim adresi:<https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
- American Nurses' Association (ANA), American Psychiatric Nurses Association (APNA), & International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN). (2007).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Çeviri: Koroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-V-TR) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, 5. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.49-51.

- Ampalam, Prasanth, Raga Deepthi, and Padma Vadaparty. (2012). Schizophrenia Insight, Depression: A Correlation Study. Indian J Psychol Med 34:44- 48.
- APA. (2020). Psychiatric Nursing, In APA dictionary of psychology. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/psychiatric-nursing>.
- Ashok AH, Baugh J, Yeragani VK. (2012). Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia. Indian Journal of Psychiatry, 54:95-96.
- Aslan S, Altınöz AE. (2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, 4:12.
- Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 8(4):186-196.
- Ayano G. (2016). Schizophrenia: A Concise overview of etiology epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. J Schizophrenia Research, 3(2):2-7.
- Ateş İ, Abay E. (2001). Şizofreninin genetiği. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(1):53-59.
- Atmaca GD. (2016). Şizofreni hastalarında intihar olasılığının depresyon ve içgörüyle ilişkisi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Gülgün Durat).
- Aydın E, Aydın E, Balaban ÖD, Yumrukçal H, Erkıran M. (2018). İlaç tutumu ölçeği-10'un türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Nöropsikiyatri Arşivi, 55:238-242.
- Aydın E, Tabo A, Karamustafalıoğlu KO, Alataş G, Yiğit S, Aydın E, Erkuş GH. (2014). Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry / Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15(3).
- Bag B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. Curnt Aprh in Psyc, 4(4):465-85.

- Baier M. (2010). Insight in Schizophrenia: A Review. *Curr Psychiatr Rep* 12:356-361.
- Baneh TAB, Khomami HM, Mirhadian L, Atrkarroushn Z. (2018). The relationship between acceptance of illness and quality of life in mothers with gestational diabetes mellitus. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 25:1-10.
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*, 1;68(2-3):319-329.
- Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran Ü, Baykız AF, Bayık Y. (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:102-112.
- Berman A, Snyder S, Shirlee J, Levett-Jones, Tracy, Dwyer, Trudy, Hales, Majella, Harvey, Nichole, Moxham, Lorna, Langtree, Tanya, Parker, Barbara, Reid-Searl, Kerry and Stanley, David. (2018). *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts, Process, and Practice*. 4th ed, Pearson, USA.
- Bilgin B. (2007). Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof Dr. Sevim Buzlu).
- Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22:40-52.
- Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer JP, Hsu C, Alphas L, Meltzer HY. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry*, 161:1494-1496.
- Braga RJ, Petrides G. (2005). Şizofreni Hastalarında Elektrokonvülsif Tedavi ve Antipsikotiklerin Birlikte Kullanımı. *ECT Dergisi* 21(2):75-83.

- Bright C.E. (2017). Measuring medication adherence in patients with schizophrenia: An integrative review. Arch. Psychiatr. Nurs, 31,99–110. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Brownea J, Penna DL, Meyer-Kalosc PS, Mueserd KT, Estroffe SE, Brunettef MF, Correllh CU, Robinson J, Rosenheckm RA, Schoolerh N, Robinsonh DG, Addingtono J, Marcyh P, Kaneh JM. (2017). Psychological well-being and mental health recovery in the NIMH RAISE early treatment program. Schizophr Res, 185: 167-72.
- Bull H, Ueland T, Lystad JU, Evensen S, Friis S, Martinsen EW, Falkum E. (2015). Validation of the work behavior inventory. Nord J Psychiatry, 69(4):300–6.
- Burckley P, Wirshing D, Bhushan P, Pierre J, Resnick S, Wirshing W. (2007). Lack of insight in schizophrenia. CNS Drugs, 21(2):129-141.
- Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW, Green J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. Patient Prefer Adherence, 1;16:2431-2449.
- Callaghan P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 11(4),476-83.
- Can S. (2017). Diyabetli bireylerde hastalığı kabulün diyabet özbakım davranışlarına etkisi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.
- Cho JM, Lee K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs, 32(6):878-84.
- Çam O, Engin E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s.413-446.
- Çapık C. (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17:4.

- Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam J. Psych. and Neuro. Sciences*, 16(4):211-218.
- Çoker F, Yalçinkaya A, Çelik M, Uzun A. (2021). The effect of community mental health center services on the frequency of hospital admission, severity of disease symptoms, functional recovery, and insight in patients with schizophrenia, 12(3):181-187.
- Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. (2007). Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18:129-36.
- David AS. (2020). Insight and Psychosis: The Next 30 Years. *Br J Psychiatry*, 217:521-523.
- Demirkol M, Tamam L, Evlice Y, Karaytuğ M. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal*, 40:555-8.
- Demirkol M, Tamam L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8:85-93.
- Dewedar A. S, Harfush S. A, Gemeay E. M. (2018). Relationship between Insight, Self-Stigma and Level of Hope among Patients with Schizophrenia. *IOSR J Nurs Health Sci* 7:15-24.
- Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D. W, Oishi S, Biswas-Diener R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res*, 97(2):143-56.
- Dikeç G, Kutlu Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3).
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*, 36:48-70.

- Dülgerler Ş. (2021). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Çam O, Engin E. (Editörler). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul, 392-400.
- Dündar Z, Demirli C. (2018). Medeni durumları farklı olan çalışanların psikolojik iyi olma düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Educational Reflections*, 2(2):1-10.
- Dünya Sağlık Örgütü. (DSÖ). (2004). Ruh Sağlığını Teşvik Etmek: Kavramlar, Ortaya Çıkan Kanıtlar, Uygulama. Cenevre.
- Edelman C, Connelly e. E. (2018). Health promotion throughout the life span. 9 th ed, Elsevier, China.
- Elkis H. (2007). Tedaviye dirençli şizofreni. *Psikiyatri Kliniği*, 30(3):511-533.
- Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. (2013). Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: 1 yıllık izleme sonuçları, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14:108-14.
- Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj FA, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, Ghamri AS, Banjar J. (2017). Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management-A Review. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(6).
- Fennig S. (1996). Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 3:257-263.
- Frisch CN, Frisch LE. (2006). Psychiatric Mental Health Nursing. 3th ed, Thomson Delmar Learning, Canada.
- Fung KM, Tsang HW, Chan F. (2010). Self stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 45(5):561-568.
- Göcen G. (2013). Pozitif psikoloji düzleminde psikolojik iyi olma ve dini yönelim ilişkisi: Yetişkinler üzerine bir araştırma. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 13:97.

- Gökdam EK. (2018). Şizofreni hastalarının içgörülerinin tedaviye uyumuna etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Funda Kavak).
- Guedes de Pinho LM, Pereira AMS, Chaves CMCB. (2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(3):202-209.
- Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B, Sun X, Lv L, Lu Z, Ma C, He X, Guo T, Xie S, Wu R, Xue Z, Chen J, Twamley EW, Jin H, Zhao J. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs. combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*, 67:895-904.
- Gültekin B, Güler J, Kesebir S, Gülücü A, Ergelen M. (2013). Şizofreni hastalarında tekrarlayan yatış sıklığı ve öngörücüleri. *Klinik Psikiyatri*, 16:225-31.
- Günay A, Çelik R. (2019). Kariyer Stresinin Psikolojik İyi Oluş Ve İyimserlik Değişkenleriyle Yordanması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(33):205-218.
- Hussain S, Imran N, Hotiana UA, Mazhar N, Asif A. (2017) Illness perceptions in patients of schizophrenia: a preliminary investigation from Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci*, 33(4):829-834.
- Işık E. (2006). Güncel Şizofreni. 1.Baskı, Format Matbaacılık, Ankara, s.18-223.
- İçel S, Özkan B, Aydoğan A. (2016). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Med. J.*, 16(2): 208-14.
- İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. (2018). Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme İle Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *KOU Sag Bil Derg*. 4(1):1-4.
- Jablensky A. (2022). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. p.271-287.

- James AV, Hasson-Ohayon I, Vohs J, Minor KS, Leonhardt BL, Buck KD, George S, Lysaker PH. (2016). Metacognition moderates the relationship between dysfunctional selfappraisal and social functioning in prolonged schizophrenia independent of psychopathology. *ComprPsychiatry*, 69,62–70.
- Johnson DP, Fredrickson BL, Kring AM, Meyer PS, Catalino LI, Brantley M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res*, 129:137-40.
- Kalkan E, Kavak Budak F. (2020). The Effect of Insights on Medication Adherence in Patients with Schizophrenia. *Per Psy Care*, 56:222-228.
- Kane J.M, Correll C.U. (2019). Optimizing treatment choices to improve adherence and outcomes in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 80,13505. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Kane JM, Correll CU. (2010). Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3):345-357.
- Kapur S, Remington G. (2001). Atypical Antipsychotics: New Directions and New Challenges in the Treatment of Schizophrenia. *Annual Review of Medicine*, 52:503-17.
- Karademas EC, Tsagaraki A, Lambrou N. (2009). Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in a sample of chronic patients admitted to hospital. *Journal of Health Psychology*, 14:1243-1250.
- Kassew T, Demilew D, Birhanu A, Wonde M, Liyew B, Shumet S. (2019). Attitude towards antipsychotic medications in patients diagnosed with schizophrenia: A crosssectional study at amanuel mental specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Schizophr Res Treatment*, 22:5094017.
- Kavak F, Ekinçi M. (2016). The Effect of Yoga on Functional Recovery Level in Schizophrenic Patients. *Arch Psychiatr Nurs* 30:761-767.

- Keyes C, Shmotkin D, Ryff C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6),1007–1022.
- Kim H, Kim S, Choe K, Kim JS. (2018). Effects of mandala art therapy on subjective wellbeing, resilience, and hope in psychiatric inpatients. *Arch Psychiatr Nurs*, 32(2):167-173.
- Kocal Y, Karakuş G, Sert D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Archives Medical Review Journal*, 26(2):251-267.
- Koç E. (2007). Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri: Global ve Yerel Yaklaşım. 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s.158.
- Köroğlu E, Güleç C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. HYB Basım Yayın, Ankara.
- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63(10):892–909.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Thomas SM, Meltzer HY, Perkins D, Keefe R, Davis CE, Şiddetli J, Hsiao JK. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N. Engl. J. Med.* 353:1209-23.
- Lien YJ, Chang HA, Kao YC, Tzeng NS, Lu CW, Loh CH. (2017). The impact of cognitive insight, self stigma, and medication compliance on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 268(1):27-38.
- Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. (2007). Corralates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6):1324-1342.

- Lloyd H, Lloyd J, Fitzpatrick R, Peters M. (2017). The role of life context and self defined well-bing in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia. *Health Expect*, 20(5):1061-1072.
- Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(19):10213.
- Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: Relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1):12-23.
- Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 168(6):718-722.
- Magallares A, Perez-Garin D, Molero F. (2016). Social stigma and well-being in a sample of schizophrenia patients. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 10: 51-7.
- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, Schellong J, Xavier M, Goncalves Pereira M, Torres Gonzales F, Palma-Crespo A, Maj M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: Preliminary results of a study funded by the european commission. *World Psychiatry*, 4,45-49.
- Matud MP, Lopez-Curbelo M, Fortes D. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *Int J Environ Res Public Health*, 20;16(19):3531.
- Merikangas AK, Almasy L. (2020). Using the tools of genetic epidemiology to understand sex differences in neuropsychiatric disorders. *Genes Brain Behav*, 19:e12660.

- Meyer PS, Johnson DP, Parks A, Iwanski C, Penn DL. (2012). Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *J Posit Psychol*, 7:239-248.
- Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA. (2009). Crosssectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35:336-46.
- Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*, 9:465-497.
- Mustafova Z. (2015). Yaşlı diyabetli hastalarda diyabet yükü ve hastalığı kabul arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Nalbant A, Can A, Burhan HS, Cansiz A, Yavuz KF, Delice MA, Kurt E. (2016). Tardive Dyskinesia in Long Term Hospitalized Patients with Schizophrenia. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29:259-265.
- NANDA International. (2012). Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2012- 2014. Wiley- Blackwell. Hoboken, New Jersey.
- Ngui A.N, Vasiliadis H-M, Tempier R. (2015). Factors associated with adherence over time to antipsychotic drug treatment. *Clin. Epidemiol. Glob. Health*, 3,3–9. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)][[Green Version](#)]
- Nunnally J. C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd Ed, McGrawHill, New York.
- Nyanyiwa, Simehlani, Kath Peters, and Gillian Murphy. (2022). A scoping review: Treatment attitudes and adherence for adults with schizophrenia. *J Clin Nurs*, 31:3060-3075.
- Oades L, Deane F, Crowe T. (2017). Collaborative Recovery Model: From Mental Health Recovery to Wellbeing. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.),

Wellbeing, Recovery and Mental Health. Cambridge University Press, p.99-110.

Onan N. (2020). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Hastalarda Tıbbi Tedaviye Uyumun İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 10(3):271-278.

Os J, Kapur S. (2009). Schizophrenia. Lancet, 374(9690):635-645.

Öztürk O, Uluşahin NA. (2018). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 15. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, s.189-248.

Peralta V, Cuesta MJ. (1998). Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. Biol Psychiatry, 44:107-14.

Pfammater M, Junghan UM, Brenner HD. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. Schizoph Bull, 32:64-86.

Phalen PL, Viswanadhan K, Lysaker PH, Warman DM. (2015). The relationship between cognitive insight and quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Symptom severity as potential moderator. Psychiatr Res, 230(3):839-845.

Pompey CS, Ridwan MN, Zahra AN, Yona S. (2019). Illness acceptance and quality of life among end state renal disease patient undergoing hemodialysis. Enfermeria Clinica, 29:128-133.

Quee P. J, Van der Meer L, Bruggeman R, and Haan L, Krabbendam L, Cahn W, Mulder C, Wiersma D, Aleman A. (2011). Insight in Psychosis: Relationship with Neurocognition, Social Cognition and Clinical Symptoms Depends on Phase of Illness. Schizophr Bull 37:29-37.

Ramachandran AS, Ramanathan R, Praharaj SK, Kanradi H, Sharma PS. (2016). A Cross-sectional, Comparative Study of Insight in Schizophrenia and Bipolar Patients in Remission. Indian journal of psychological medicine, 38(3):207-212.

- Rafii F, Fatemi SM, Danielson E, Johansson MC, Modanloo M. (2014). Compliance to treatment in patient with chronic illness: A concept exploration. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2):159-167.
- Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *Can J Psychiatry*, 59(10):531-538.
- Reddy MS. (2015). Insight and psychosis. *Indian J Psychol Med*, 37(3):257-260.
- Rejeski WJ , Brawley LR, Shumaker SA. (1996). Fiziksel aktivite ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi . *Egzersiz ve Spor Bilimleri İncelemeleri*, 24,71–108.
- Richards K, Campenni C, Muse-Burke J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *J Ment Health Couns*, 32(3):247-64.
- Roopun KR, Tomita A, Paruk S. (2020). Attitude and preferences towards oral and longacting injectable antipsychotics in patients with psychosis in KwaZulu-Natal, South Africa. *The South African journal of psychiatry: SAJP: the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 26,1509.
- Ryff C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6),1069-1081.
- Saadeh M, Welmer A. K, Dekhtyar S, Fratiglioni L, Calderón-Larrañaga A. (2020). The role of psychological and social well-being on physical function trajectories in older adults. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(8)1579-1585.
- Savaş O. (2019). Üniversite öğrencilerinde ahlaki olgunluk, sosyal iyi oluş ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.

- Schennach R, Meyer S, Seemüller F, Jäger M, Schmauss M, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Maier W, Lemke MR, Rüther E, Klingberg S, Gastpar M, Möller HJ, Riedel M. (2012). Insight in Schizophrenia: Course and Predictors during the Acute Treatment Phase of Patients Suffering from a Schizophrenia Spectrum Disorder. *Eur Psychiatry*, 27:625-633.
- Schrank B, Brownell T, Jakaite Z, Larkin C, Pesola F, Riches S, Tylee A, Slade M. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomized controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25:235–46.
- Schultz MS, Videback SL. (2005). *Psychiatric Nursing Care Plans*. 7 th ed, Lippincott Comp, Philedelphia.
- Sevindik H, Arslan FT. (2020). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi. *J Psychiatric Nurs*, 11(3):177-180.
- Slade M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res*, 10:26.
- Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu CE, Herken H. (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği*, Ankara.
- Starczewska M, Kujawska R, Stanislawska M, Rybicka A, Grochans E. (2018). The analysis of health behaviours and illness acceptance in patients with diabetes. *Family Medicine and Primary Care Review*, 20:352-355.
- Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN. (2012). Negative semptoms and depression predict lower psychological well being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 53: 1137-44.
- Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta- analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 12;9(9):CD011867.

- Summakoğlu D, Ertuğrul B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1),43-61.
- Suzuki Y, Yasumura S, Fukao A, Otani K. (2003). Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 57: 555-61.
- Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, Davis SM, Capuano G, Rosenheck RA, Reimherr F, McGee MF Keefe RS, McEvoy JP, Hsiao JK, Lieberman JA. (2007). Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in parents with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study. *Am J Psychiatry*, 164:428-436.
- Şahin F, Altun ÖŞ. (2020). Şizofreni hastalarında algılanan aile desteği ile mutluluk düzeyi arasındaki ilişki. *J Psychiatric Nurs*, 11(3):181-187.
- Şahin Ş, Elboğa G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal* 44:431-438. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cumj/article/461779>
- Tanrıverdi D. (2021). Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Yayınevi, s.560.
- Taplı E. (2021). Şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Psikolojik İyilik Durumu, Sosyal Destek Algısı ve Sosyal Medya Kullanımı ile İlgili Özelliklerin İncelenmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Fahriye Ofraz)
- Taş S, Buldukoğlu K. (2018). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde özbakım gücü ve bakım gereksinimleri. *J Psychiatric Nurs*, 9(1):11-22.
- Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1):7-12.

- Telef BB. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi, 28(3):374-384.
- Tham X.C, Xie H, Chng C.M, Seah X.Y, Lopez V, Klainin-Yobas P. (2016). Factors affecting medication adherence among adults with schizophrenia: A literature review. Arch. Psychiatr. Nurs, 30,797–809. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Tham X.C, Xie H, Chng C.M.L, Seah X.Y, Lopez V, Klainin-Yobas P. (2018). Exploring predictors of medication adherence among inpatients with schizophrenia in Singapore's mental health settings: A non-experimental study. Arch. Psychiatr. Nurs, 32,536–548. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Tharyan P, Adams CE. (2015). Electroconvulsive therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Toalson P, Ahmed S, Hardy T, Kabinoff G. (2004). The Metabolic Syndrome in Patients with Severe Mental Illnesses. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 6:152-158.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Erişim: 25.04.2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. 9453 sayılı Bakan Onayı, 06 Mart 2014.
- Tütüncü M. (2012). Yönetici ve çalışanların psikolojik iyi olma stres düzeyleri açısından karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Uslu E, Buldukoğlu K, Beebe LH. (2019). A telenursing practice for care of people with schizophrenia: Telephone intervention problem solving. J Psy Nurs, 10(2):131-136.

- Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. (2006). Taburculuk Sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:69-75.
- Van de Leemput J, Hess JL, Glatt SJ, Tsuang MT. (2016). Genetics of Schizophrenia: Historical insights and prevailing evidence. *Adv Genet*, 96:99–141.
- Vancampfort D, Probst M, Sweers K, Maurissen K, Knapen J, De Hert M. (2011). Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123:423–430.
- Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. (2012). Metaanalysis of the association of urbanicity with schizophrenia,” *Schizophr. Bull*, vol.38,no.6,1118–23.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. (2009). The expert consensus guideline series: Adherence problems with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*, 70:1-48. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
- Velligan D.I, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty J.P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer. Adherence*, 11,449–468. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)][[Green Version](#)]
- Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. (2016). An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: Emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother*, 16(10):1193–204.
- Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Hubbert JD. (2002). Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr. Bull*, 28:341–49.

- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johnson N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904):1575-1586.
- Wiffen B.D, Rabinowitz J, Lex A, David A. S, (2010). Correlates, change and ‘state or trait’ properties of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), s. 94-103.
- World Health Organization (WHO). (2015). WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. WHO press, Geneva, p.118-78.
- Yıldız M. (2018). Şizofrenide Toplumsal Beceri Eğitimi. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap. Esen Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU (Editörler). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s.535-546.
- Yılmaz E, Okanlı A. (2018). Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *West J Nurs Res*, 40(9):1357-73.
- Yığittürk D, Kaya B, Ünal S. (2017). Şizofreni hastalarında psikotik belirtilerdeki düzelmenin dikkat ve bellek işlevleri üzerine yansıması. *Klinik Psikiyatri*, 20:19-29.

EK-3 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Çalışmanın Amacı: Bu çalışma “Şizofreni Hastalarında İçgörü ve İlaç Tutumunun Psikolojik İyi Oluşa Etkisi”ni belirlemek amacıyla yapılacaktır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma yapmak için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, çalışmaya katılım için açık rıza gösterdiğiniz anlamına gelmektedir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen bu çalışma için kullanılacaktır. Bu çalışmadaki kimlik bilgileriniz gizli kalacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Bu çalışma esnasında katılımcıya herhangi bir tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı: Yukarıda yer alan bilgileri okudum. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Çalışmanın amacını ve bu çalışmada üzerime düşen sorumlulukları anladım. Söz konusu çalışmaya kendi hür irademle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:

İmzası:

Vasisi (Varsa)

Adı Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı Soyadı:

İmzası:

EK-4 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-) Yaşınız?

- a) 18-30 b) 31-41 c) 42-65

2-) Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

3-) Medeni durumunuz?

- a) Evli b) Bekâr

4-) Eğitim düzeyiniz?

- a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite ve üstü

5-) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

6-) Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

- a) İyi b) Orta c) Kötü

7-) Birlikte yaşadığınız kişiler?

- a) Anne-Baba b) Eş-Çocuk c) Yalnız d) Diğer

8-) Yaşadığınız yer?

- a) Köy b) İlçe Merkezi c) Şehir Merkezi

9-) Hastalık tıbbi tanısı ne zaman koyuldu?

- a) 1 yıldan kısa b) 1-5 Yıl c) 6-10 Yıl d) 11 ve üstü

10-) Ne kadar süredir düzenli ilaç kullanıyorsunuz?

- a) 0-6 ay b) 6-12 ay c) 1 yıldan uzun

11-) Tedavi programınızın yönetimini, ilaç takibinizi siz mi sağlıyorsunuz?

- a) Evet b) Hayır

12-) Hastaneye kaç defa yattınız?

- a) 0-5 b) 6-10 c) 11 ve üstü

13-) Size göre psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

- a)Evet b)Hayır

14-) Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

- a) Var b) Yok

15-) Şizofreni hastalığında, hastalığı kabullenip düzenli takip ve tedavi aldığı anda iyilik hali sağlanır?

- a) Evet b) Hayır

16-) Kendi bakımınızı ne derecede sağlayabiliyorsunuz?

- a) 1-3 b) 4-7 c) 8-10

17-) Aşağıdakilerden hangisi konusunda ailenizden bakım ihtiyacı duyuyorsunuz?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| a) Güvenli bir çevrenin sağlanması | b) İletişim |
| c) Solunum | d) Beslenme |
| e) Boşaltım | f) Uyku |
| g) Bireysel temizlik ve giyinme | h) Beden ısı kontrolü |
| i) Hareket | j) Çalışma ve eğlenme |
| k) Cinsellik | |

EK-5 BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ (BBİÖ)

HASTA ADI SOYADI :

YAŞI :

DOLDURMA TARİHİ :

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana x işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Epeyce katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
2.Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
3.Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımın nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
4.Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5.Bana çok sahi görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
6.Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7.Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissedersen o şey doğrudur.				
8. Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile yanılıyor olabilirim.				
9.Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10.İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11.Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenmem.				
12.Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
13.Her zaman kendi yargıma güvenilebilirim.				
14.İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının akıllı birden fazla açıklaması vardır.				
15.Benim olağan dışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK-6 İLAÇ TUTUMU-10 ÖLÇEĞİ (İTÖ-10)

Bu ölçeğin amacı insanların ilaçlar ile ilgili bazı tutumlarını ve deneyimlerini öğrenmektir. Cevaplarınız sadece araştırma için kullanılacak, kesinlikle gizli kalacak ve tedavinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecektir.

Soruları yanıtlarken;

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve doğru ya da yanlış olduğuna karar veriniz. Size uygun gelen yanıtları doğru, uygun gelmeyen yanıtları yanlış olarak değerlendiriniz.

Eğer bir cümle sizin için tam uygunsa ya da daha çok uygunsa (D) işaretleyiniz.

Eğer bir cümle sizin için hiç uygun değilse veya daha çok uygun değilse (Y) işaretleyiniz.

Bir cevabı değiştirmek isterseniz ilk cevabınızın üzerine X koyunuz ve yeni yanıtı işaretleyiniz.

Bir cevap size tam olarak doğru veya yanlış gelmiyorsa, yanıtın sizin için daha çok doğru ya da daha çok yanlış olup olmadığına karar veriniz ve yanıtınızı işaretleyiniz.

Burada doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Siz lütfen kendi cevabınızı işaretleyiniz, bizim ne duymak isteyebileceğimizi düşünmeyiniz.

Çok fazla zaman harcamayınız.

Lütfen her soruyu yanıtlayınız.

(Cümlelerdeki “ilaçlar” kelimesi ruh sağlığı ilaçları anlamında kullanılmaktadır.)

1-) Bana göre ilaçlarla ilgili iyi şeyler, kötü şeylerden ağır basıyor.

(D) (Y)

2-) İlaçlar ile kendimi uyuşturulmuş ve garip hissediyorum.

(D) (Y)

3-) İlaçları kendi özgür irademle alıyorum.

(D) (Y)

4-) İlaçlar beni daha rahat hissettirir.

(D) (Y)

5-) İlaçlar beni yorgun ve bitkin hissettirir.

(D) (Y)

6-) Sadece hasta hissettiğimde ilaç kullanırım.

(D) (Y)

7-) İlaçlarla daha normal hissediyorum.

(D) (Y)

8-) Vücudumun ve aklımın ilaçlar ile kontrol edilmesi bana doğal gelmiyor.

(D) (Y)

9-) İlaçlarla düşüncelerim daha nettir.

(D) (Y)

10-) İlaç almak bozulma (hastalık dönemi) yaşamamı engeller.

(D) (Y)

Lütfen ilaçlarla veya bu ölçekle ilgili başka bir yorumuz varsa buraya yazınız.

EK-7 PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ (PİOÖ)

Aşağıda katılacağınız ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. Her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.

Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz Katılmıyorum (3),

Kararsızım (4), Biraz Katılıyorum (5), Katılıyorum (6), Kesinlikle Katılıyorum (7).

1-) Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

2-) Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

3-) Günlük aktivitelere bağlı ve ilgilim.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

4-) Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

5-) Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

6-) Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

7-) Geleceğim hakkında iyimserim.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

8-) İnsanlar bana saygı duyar.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

