

**PSİKİYATRİ HASTALARININ TEDAVİYE  
UYUMUNDA SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ**

**Gölsen KILINÇ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Hemşirelik Programı**

**Tez Danışmanı  
Doç.Dr. Rukuye AYLAZ**

**Yüksek Lisans Tezi- 2015**

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

**PSİKIYATRİ HASTALARININ TEDAVİYE UYUMUNDA SOSYAL  
DESTEĞİN ETKİSİ**

**Gölsen KILINÇ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Hemşirelik Programı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç.Dr. Rukuye AYLAZ**

**MALATYA 2015**


## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Gülşen KILINÇ**'ın "**Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2015

  
Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Doç. Dr. Sevinç POLAT  
Bozok Üniversitesi  
Üye

  
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2015 tarih ve 2015/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Psikiyatrik Tedaviler.....	3
2.2. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk .....	7
2.2.1. Uyumsuzluğun Nedenleri .....	8
2.2.2. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	9
2.3. Sosyal Destek Kavramı ve Kaynakları .....	10
2.3.1. Sosyal Destek Kategorileri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle İlişkisi .....	12
2.3.2. Sosyal Destek Türleri.....	12
2.3.3. Algılanan Sosyal Destek ve Sosyal Ağ.....	13
2.3.4. Sosyal Desteğin Tedaviye Uyumdaki İşlevleri ve Hemşirelik Yaklaşımları ..	14
3. MATERYAL VE METOT .....	16
3.1. Araştırmanın Türü.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	16
3.4. Veri Toplama Araçları .....	17
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	17
3.4.2. Morisky Uyum Ölçeği .....	17
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	17
3.4.4. Verilerin Toplanması .....	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	18
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	18
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	27

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	32
KAYNAKLAR .....	33
EKLER.....	40
EK-1. Özgeçmiş.....	40
EK-2. Kişisel Bilgi Formu .....	41
EK-3. Morisky Uyum Ölçeği.....	43
EK-4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	44
EK-5. Kamu Hastaneleri Birliği İzin Formu .....	46
EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası .....	47

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince, her türlü bilimsel destek, deneyim, sabır ve emeklerini esirgemeyen danışmanım Sayın, Doç. Dr. Rukuye AYLAZ' a,

Her zaman motive edici yanı ve önerileriyle desteklerini esirgemeyen Sayın, Öğr. Gör. Funda KAVAK' a ve değerli arkadaşım Arş. Gör. Erman YILDIZ' a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik aileme,

Varlığıyla varlığımı zenginleştiren sevgili eşim Yılmaz KILINÇ' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Gülsen KILINÇ

## ÖZET

### **Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi ve bu durumu etkileyen unsurların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**Materyal Metot:** Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde tedavi gören psikiyatri hastaları oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem formülüne göre minimal örneklem büyüklüğü 324 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini evrenden, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen psikiyatri hastaları oluşturdu.

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Morisky Uyum Ölçeği ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, Varyans Analizi, Pearson Kolerasyon testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hastaların %43.8'ini 25-49 yaş aralığında, %57.4'ünü erkek, %42.9'ünü şizofreni tanısı alan psikiyatri hastaları oluşturmuştur. Kendi ailesiyle, eşi ve çocukları ile yaşayanların yalnız yaşayan hastalara ve gelir durumu yüksek olanların düşük olan hastalara göre tedaviye daha uyumlu olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Evli olan hastaların aile desteği alt boyutu puan ortalamasının, eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların, aile, arkadaş ve özel kişi desteğinin daha fazla olduğu, il ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların sosyal destek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, gelir durumu kötü olan hastaların aile, arkadaş, özel kişi ve sosyal destek toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak hastaların sosyal desteği arttıkça, tedaviye uyumlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ruh sağlığı ekibi içinde bulunan psikiyatri hemşirelerinin, hasta ile ailesi veya yakınlarının arasındaki sosyal destek bağlarını güçlendirici görevler almaları önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri, Tedaviye Uyum, Sosyal Destek.

## ABSTRACT

### The Effect of Social Support to Treatment Adherence in Psychiatric Patients

**Aim:** This study was carried out descriptively in order to determine the effect of social support to treatment adherence in psychiatric patients and to determine the factors influencing this situation.

**Material and Method:** All psychiatric patients treating in Elazığ Mental Health and Illness Hospital and Community Mental Health Center were created the population of the investigation between the dates of collecting data. The sample size was determined by the sampling formula known as the universe minimal sample size 324. Psychiatric patients who selected by non-probability random sampling method from population was created simple size. Data of the study were obtained with the “Personal Information Form”, “Morisky Adherence Scale” and “Multidimensional Scale of Perceived Social Support”. Descriptive statistics, depended and independent samples *t*-test, Kruskal-Wallis Variance, Mann-Whitney U Test, Analysis of Variance, Pearson Kolerasyon were used in the evaluation of data.

**Results:** 52% of all patients were in the 25-49 age group, 57.4% were male, 42.9% were schizophrenia. Patients living with his family, partner (wife/husband) and children were found more compliant to treatment according to living alone and patients with high income were found more compliant to treatment according to having low income ( $p<0.05$ ). Family support of married patient, family, friend and special person supports of patients living with wife/husband and children, total scores of Multidimensional Scale of Perceived Social Support of patients living in the province and district centers were found higher. The patients whose income were less had less scores of family, friend, special and overall support ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** As a result, when social support of patients increased, compliant to treatment was higher. It is suggested that psychiatric nurses in psychiatry team should take empowering tasks between patients and their families or relatives.

**Key Words:** Psychiatry, treatment compliance, social support.



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ÇBASDÖ</b>	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>ERSHH</b>	: Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
<b>ETRSM</b>	: Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>EKT</b>	: Elektrokonvülsif Tedavi
<b>MUÖ</b>	: Morisky Uyum Ölçeği
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1:</b> Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	20
<b>Tablo 4.2:</b> Hastaların Morisky Uyum Ölçeğine Göre Dağılımları .....	21
<b>Tablo 4.3:</b> Hastaların Demografik Özellikleri İle MUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	22
<b>Tablo 4.4:</b> Hastaların Demografik Özellikleri İle ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	23
<b>Tablo 4.5:</b> Morisky Uyum Ölçeği Ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	26

# 1. GİRİŞ

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların ilaçlarla tedavisindeki gelişme ve ilerlemelere rağmen bu ilerlemenin uygulamaya her zaman aynı oranda yansımadağı görülebilmektedir(1). Gerek Türkiye' de gerekse başka ülkelerde, psikiyatri hastalarının tanınması, tedavinin sürdürülmesi ve rehabilitasyonu aşamalarında bir taraftan hasta ve aile boyutunda sıkıntılar yaşanırken diğere taraftan sağık sistemi ile ilgili engeller, sorunların ele alınmasını etkilemektedir (2).

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda sık karşılaşılan ve hastanın tekrar hastaneye yatırılmasını gerektirebilen önemli bir problemdir. Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevulara düzenli gitmemek, kontrolleri aksatmak ve buna benzer davranışlardabsesif bulunmak şeklinde olabilmektedir (3, 2).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumsuzluğunun nedenleri arasında, hastanın hastalığa karşı iç görüşünün olmaması veya yetersiz olması, psikotik düzeydeki psikopatolojisi, ilaç kullanımına ilişkin yaşadığı korkular, hastalığın seyri, ilaçlara bağılı ortaya çıkan yan etkiler, ilaç uyumunda yaşanan sorunlar, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme veya tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, kültürel inançlar, tedavi konusunda görülen baskı gibi etkenler belirleyici rol oynamaktadır (4, 5, 6).

Tedaviye uyumsuzluk sorununa yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır. Ruhsal bozukluk belirtilerinin şiddeti ve gidişi üzerine aile tutumlarının belirleyici bir rolünün olduğu ve tedavi sırasında ailenin de ele alınması gerekliliğı bazı çalışmalarda vurgulanmıştır (3, 7). Compton, aileye ilişkin etkenler arasında ailenin yetersiz desteğini, hastalık ve tedavisi konusunda bilgi eksikliğini, olumsuz inanç ve tutumlara sahip olmasını ve hastalıkla etiketlenme korkusunu sıralamaktadır. Hastanın ve ailenin hastalığı açıklama modelleri ve çare arama yöntemlerinin, tıbbi modelden farklı olması tedaviye uyumu etkilemektedir (7).

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğı göz ardı etmek olanaksızdır. Sosyal desteğin varlığı, bozukluğun iyileşmesinde önemli bir unsur olduğundan hastaya somut olarak yardımda bulunurken tedaviye uyum sağlayıcı nitelik de içermelidir (2). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler için toplumda sosyal desteğin en önemli kısmını aile ve çevresi oluşturmaktadır. Aile çevresi ve psikososyal etkenler

hastanın iyilik halini belirleyen en önemli faktörlerdir. Aile ve çevre desteğinin varlığı hastanın tedavisinde uzun dönemli olumlu sonuçlar verir (3).

Sosyal desteğin değerlendirilmesinde uygulanan temel bir teorik model strese ve bakış açısıyla baş etmeye dayanır. Sosyal destek stresli durumlar karşısında bir savunma mekanizması olarak kabul edilir ve hastalıkla baş etmeyi kuvvetlendirici biçimde palyatif etki sunar (8). Çünkü hastanın sosyal desteği azaldığında, kontrolleri aksayacak, düzenli psikiyatrik ziyareti ve ilaç alımı olumsuz etkileneceğinden sosyal desteğin tedaviye uyumu üzerindeki önemi kaçınılmazdır (9).

Ruh sağlığı ekibi içinde bulunan ve hastalıkların sağaltımı konusunda eğitim almış psikiyatri hemşirelerinin, tedaviye uyumu sağlamak amacıyla hasta bireye ve yakınlarına, yaşamını hastalığı ile nasıl devam ettireceği, hastanın tedaviye uyum konusunda bilgi eksikliğini giderilmesi, tedaviye uyumsuzluk açısından risk altında olabilecek hastaların daha dikkatli takip edilmesi, tedavi sırasında tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim verilmesi ve hasta ile ailesi veya yakınlarının arasındaki sosyal destek bağlarının güçlendirilmesi gibi görev ve sorumlulukları vardır. Bu sayede hastaların tedaviye uyumu artırılabilir (10, 11). Hastaların tedaviye uyumlarının artması, hastalığı algılayışı, savunma mekanizmaları ve baş edebilme gücünü olumlu yönde etkileyecektir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' ne kayıtlı hastalar ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesi' nde tedavi gören psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi ve bu durumu etkileyen unsurların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Psikiyatrik Tedaviler

İnsanlar her türlü sorunda olduğu gibi, psikiyatrik sorunları olduğu zamanlarda da sorunlarına çözüm aramak için çeşitli tutum ve davranışlarda bulunurlar. Bu çözüm arayışları, içinde bulunduğu dünya ve onu anlama biçimi, yaşam koşulları, kültürü, teknolojisi ve kişiler arası ilişkilerinin durumuna göre değişiklik gösterir. Ruhsal hastalık ve rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan yöntem ve teknikler önemli oranda çeşitlilik gösterirken günümüzde öncelikle ilaç tedavisi olmak üzere bazı tedavi ve tekniklerin psikiyatride ayrı bir önem kazandığını söyleyebiliriz. Hızlı bir çağdaşlaşma ve şehirlileşmenin yaşandığı ülkemizde ruhsal yardım almak isteyenlerin tedavi talep ve beklentilerinde yavaş yavaş Batı ülkelerindekine benzer bir çeşitlilik ortaya çıkmaktadır (12-13).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi ve psikoterapilerdir (14).

### İlaç Tedavisi

İnsan davranışlarını etkilemek için çeşitli maddelerin kullanılması insanlık tarihi kadar eskilere dayanır. Çok eski çağlardan bu yana çeşitli bitki ve maddelerden elde edilen karışımlar hastalıklara karşı ilaç olarak kullanıldığı gibi, alkol, tütün, afyon, esrar, kokain, peyote gibi bugün psikoaktif ilaç olarak bilinen maddeler de insan psikolojisini çeşitli amaçlarla etkilemek, acıyı dindirmek ya da keyif vermek amacıyla günümüze kadar kullanılmaktadır. Bugün dünyanın birçok yerinde, ilkel hekimlikte kullanılan ilaçlara ilişkin kalıntılar bulunduğu gibi, günümüzde de Afrika, Avustralya, Güney ve Orta Amerika, Asya, İzlanda ve Yeni Zelanda'nın kimi bölgelerinde bu tür hekimlik yapılmakta ve söz konusu maddeler kullanılmaktadır (15).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında psikofarmakoloji klinik psikiyatride geniş uygulama alanı bulurken, temel bilimlerde de öncelikle beyin biyokimyası, fizyoloji alanında büyük gelişmelere yol açtı (14). Bu gelişmelere rağmen, santral sinir sistemini etkileyen birçok ilacın temel etki mekanizması henüz kısmen bilinmektedir. Sinir sisteminde elektriksel sinyaller aracılığıyla iletim sağlanır. Nöronlar arasında ilişkiyi sinaps adı verilen kavşaklar sağlar. Genelde presinaptik nöronun bir nörotransmitter salgılanır, bu madde postsinaptik nöronun yüzeyindeki özel reseptörleri etkiler. Nörotransmitter-reseptör kompleksi özel iyon kanallarının açılması gibi birtakım olayları

başlatır. Bunun sonucunda postsinaptik nöronun elektriksel aktivitesi uyarılır baskılanır veya fonksiyonunu değiştirdiğine inanılmaktadır. Sinir hücresindeki elektriksel iletimi yavaşlatan her ajanın davranışı da etkilemesi beklenir (16, 17).

İlaç tedavisinde göz önünde bulundurulması gereken temel ve genel ilkelerin başlıcaları şunlardır: yakınmanın planlanması ve değerlendirilmesi, ilacın seçimi hastanın bedensel ve ruhsal olarak tam bir değerlendirilmesine dayanmalıdır. İlaçların etki alanları, hedef belirtilere etki güçleri, başka ilaçlarla etkileşimleri, riskleri, zehirlenme belirtileri ve zehirlenmeye karşı alınacak önlemler iyi bilinmelidir. En etkili ve en az etkili yan etkili ilaç, en etkili ve en düşük dozda, gereken sürede verilmeye çalışılmalıdır. Kısa sürede sık ilaç kullanmaktan kaçınılmalıdır (12, 14).

İlaç başladıktan sonra kısa bir süre içinde hasta iyileşirse, bu iyileşmenin ilaç etkisine bağlı olduğu kesin değildir. Erken düzelen hastalarda, düzelmenin ilaca mı yoksa başka bir etkene mi bağlı olduğu incelenmeli, tedavi buna göre yürütülmelidir. İlaça uyumu attırmak ve olası intoksikasyonları önlemek için tedavi rejimi hasta ve ailesine açıklanmalıdır (18, 14).

### **Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)**

Halk arasında şok tedavisi diye bilinen bu sağaltım üzerinde yıllardan beri tartışmalar sürmesine karşın, günümüzde öncelikle ağır çökkünlüklerde kısa sürede olumlu sonuç sağlayan, az yan etkili bir sağaltım olarak kabul edilmiştir (14).

EKT' nin beyin sistemlerinde çok yönlü ve derin etkileri vardır. EKT ile pek çok özgün nörobiyolojik değişiklikler olur. EKT etkinliği için nöbet oluşumu şarttır; ancak nöbet süresi tek başına yeterli değildir. İlk denemeden günümüze dek yöntemin etki şekli tam olarak anlaşılmış değildir (19-20). Etki mekanizmasını açıklamaya çalışan çeşitli kuramlar geliştirilmiştir. EKT uygulamalarının ilk başladığı yıllarda psikiyatriye egemen olan Freudian görüşteki Amnezi Kuramına göre ruhsal bozuklukların bilinç dışı çatışmalardan kaynaklandığı ve EKT' nin bu çatışmaları bilinçdışının ulaşamayacak derinliklerine iterek iyileşme sağladığı ileri sürülüyordu (21-23). Nörotransmitter kuramına göre EKT trisiklik antidepresanlara benzer şekilde etki etmektedir. İlgili beyin sistemlerindeki eksik olan nörotransmisyonu artırır. EKT' nin dopaminerjik, serotonerjik ve adrenerjik nörotransmisyonu artırdığı bilinmektedir. Ancak dopaminerjik artışın mekanizması tam olarak aydınlatılmamıştır (24, 25).

EKT' nin serotonin sistemine olan etkisi çoğu antidepresan ilacın tersinedir. EKT sonrası hastaların beyin omurilik sıvılarında serotoninin başlıca metaboliti olan 5-

hidroksiindolasetikasit (5-HIAA) düzeylerinde artış bulunmuştur. Ayrıca EKT'nin kolinerjik etkinliği artırması, sempatik ve parasempatik sinir sistemleri arasındaki dengeyi bozar; sağaltım sürecinde BOS' da asetil kolin ve kolin esteraz düzeyleri yükselir (24, 25). Antikonvülsan kuramına göre EKT' nin antidepresan etkisi antikonvülsan etkisine bağlıdır.

Uygulanan EKT sayısı arttıkça nöbet eşiği yükselir, bazı epileptik hastalar daha az sayıda nöbet geçirmeye başlamaktadır. Bu görüşü savunan araştırmacılara göre EKT' nin antidepresan etkinliğinin temeli budur. EKT' nin antikonvülsan etkisinde gamma-amino butirik asitin (GABA) temel mediyatör olduğu düşünülmüş; ancak EKT öncesi ve sonrası periferik GABA düzeyleri ile ilgili çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (26, 27). Nöroendokrin Kurama göre EKT, hipotalamik ya da hipofizer hormonların salınımı ile antidepresan etkiye neden olmaktadır (28). Ayrıca EKT uygulaması, prolaktin, tiroid stimulan hormon (TSH), adreno-kortikotropik hormon (ACTH) ve endorfinlerin salınımına yol açmaktadır.

Bireye önce kaslarını gevşetici ilaç verilir, daha sonra elektrik şoku düşük amperli yüksek voltajlı bir akım, birkaç saniye bireyin her iki alın şakağına uygulanarak gerçekleştirilir. Bu tür şok özellikle derin duygusal çöküntü içinde bulunan kişilerde kısa süreli iyi neticeler vermektedir. Derin çöküntü içinde hastaneye gelen ve özellikle intihar riski yüksek olan kişi, birkaç hafta süreyle elektrik şok tedavisi gördükten sonra depresyondan kurtulup psikolojik tedaviye uyumlu hale gelebilmektedir (29).

Türkiye' de ilk EKT uygulaması 1946 yılında Dr. Hüseyin Kerem Tunakan tarafından Fransız La Paix hastanesinde yapılmıştır. Dr. Mazhar Osman Uzman 1949 yılında Bakırköy Akıl Hastanesinde kendi tasarımı olan aletlerle EKT uygulamıştır. Bu teknik, o tarihten günümüze kadar etkinliğini arttırmak ve yan etkilerini azaltmak üzerine geliştirilmiştir (30).

Geçmiş yıllarda bazı kontrendikasyonları ve yan etkileri olduğu söylenmesine karşın günümüzde anestezi eşliğinde kas gevşeticili olarak yapılan uygulamalarda bu durumlar ortadan kalkmıştır. Ancak görece kontrendikasyonlardan ve önlenilecek yan etkilerden söz edilebilir. Günümüzde anestezi eşliğinde ve kas gevşeticili uygulanan EKT' nin yan etkilerinin çoğu zararsız ve geçicidir (31).

Hemşirenin EKT uygulamalarında; hastanın ve ailesinin bilgilendirilmesi, EKT malzemelerinin ve ilaçların kontrolünün sağlanması, hastanın medikal tedavisinin yapılması, bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, havayolu açıklığının sağlanması gibi EKT öncesi ve sonrasına ilişkin görevleri vardır (18).

## **Psikoterapiler**

Psikoterapi, çok geniş anlamda, düşünce, duygu ve davranışları, konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme, sıkıntılıların kökeni hakkında iç görü kazanma ve bunlara uygun çözüm yolları bulmak için öneriler getiren her türlü yöntem olarak tanımlanır. Bu tanıma göre bütün telkin, ikna, rehberlik, eğitim ile kişiyi değiştirme yolları psikoterapinin kapsamına girer (18, 14). Psikoterapi türleri, hekimin hastaya yaklaşma biçimi ve tutumuna göre, ruhsal bozukluk anlayışı ve kuramsal çıkış noktasına göre ve hastalığın sağaltım durumunun biçimi ve yapısına göre değişiklik gösterir.

Bu sınıflandırmanın her bir bölümündeki bir tür bir başka bölümdeki türle birleşmek, uzlaşmak durumundadır. Birbirinden ayrı ele almamıza olanak yoktur. Örneğin sağaltım durumunun biçim ve yapısına göre bireysel psikoterapi dediğimizde, ne tür bir kuramsal dizgiye göre uygulandığı sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu, destekleyici, bastırıcı bireysel psikoterapi olabileceği gibi derinliğine araştırmacı psikanalitik sağaltım da olabilir.

Değişik psikoterapilerin kuram ve yöntemlerini bilmek psikoterapi uygulaması için yetmez. Gerçek uygulamada her sağaltımcının üzerinde özenle durması gerektiği temel ilkeler vardır. Bu ilkelerden bazıları, hastayı dinleyebilmek, empati yapabilmek, zihinselleştirmek, ilgilenebilmek, yan tutmamak, yargılamamak, esnek olabilmek, zaman verebilmek ve uygulamalı psikoterapi eğitimi görmektir (14, 18, 29) .

Psikoterapi sürecinde terapist ile danışan arasında kurulan ilişki temel alınarak danışanın yaşadığı sorunlar üzerinde çalışılır. Sadece psikolojik rahatsızlık yaşayan kişiler değil, hayatının herhangi bir alanında tıkanıklık yaşadığını hisseden ve yaşamını daha anlamlı bir şekilde sürdürmek isteyen herkes psikoterapi sürecine girebilir. Psikoterapi, terapistin danışan adına neyin doğru olduğuna karar vermesi ya da nasıl değişeceğini söylemesi değildir. Psikoterapist kendi kuramsal bilgilerini ve uygulama becerilerini kullanarak; danışanın kendisini tanıması, hayatına dair farkındalıklar yaşaması, daha sağlıklı ilişkiler kurması ve yeni çözüm yolları geliştirebilmesi için danışana ışık tutar (32).

Son olarak toplumda insanlar genellikle ilaç, elektrik vb. gibi yöntemlere değer veriyor ve bunları bekliyor gibi görüşler tam geçerli değildir. Toplum içindeki özellikleri, örneğin gelenekleri, inançları, düş yorumlama, hastalık oluşu, sağaltım konusundaki



görüş ve uygulamaları incelersek, ülkemizde psikoterapinin kolaylıkla uygulama alanı bulabileceğini görürüz (14).

## 2.2. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk

Uyum, sözcük anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen şekilde davranışı ifade etmektedir. Amaçlanan yönde davranış değişikliğinin kişide gözlenmesi uyumun göstergesidir. Hemşire kuramcılardan Roy, bir sistem olarak insanı, çevredeki değişiklikleri etkili şekilde düzenleme kapasitesine sahip olduğu şeklinde açıklar. Bu sayede kişi karşılaştığı duruma uyum gösterme yeteneğine sahiptir (33). Genel olarak tıbbın her alanında, beklenen bir davranış olarak düşünülen uyum, sağlık personelinin önerileri ile hastanın davranışı arasındaki birlikteliğin bir boyutudur. Hastalıkların tedavisinde, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması ve tıbbi önerilere uyması, tedavinin başarısı için birinci derecede önem taşımakta olmasının yanı sıra; hasta açısından büyük ölçüde önemlidir(34, 35, 36).

WHO' nun 2003 yılı verilerine göre kronik hastalıklarda uzun dönem ilaç tedavisine uyum yaklaşık %50' dir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha da düşüktür. Bu da uzamış ek hastalıklara neden olur. ABD'de 32 milyon kişi günde 3 ve üzeri ilaç almakta olup günlük alınan ilaç sayısı arttıkça buna karşılık tedaviye bağlılık azalır. ABD' de 2002 verilerine göre uyumsuzluk ölüm sebepleri arasında 4.sırayı almaktadır. Uyumsuzluğun sağlık harcamalarına yaklaşık 100 billion dolar/yıl ek yük getirdiği tahmin edilmektedir (37).

Tedaviye uyum konusunda farklı birçok tanımlama yapılmıştır. Cameron' un çalışmasında belirttiği gibi; Haynes ve arkadaşları uyumu “bireyin tıbbi veya sağlık tavsiyeleri ile uyumlu olarak ilaç alımı, diyet takibi veya yaşam tarzı değişiklikleri gibi davranışlarını kapsayan bir süreç” olarak tanımlamışlardır. Cameron ise uyumu, verilen tedaviyi takip etmek için hasta tarafından gönüllü bir tutum sergilemek ve bu konuda verilen tedavi planının hasta tarafından davranış olarak tam anlamıyla başarılmasıyla ilişkilendirmiştir. (38).

Uyum, vücudu etkileyen biyolojik bir etken değildir; fakat uyum sağlanamazsa tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olan önemli bir faktör olduğundan, hastanın tedaviye uyumu, doğru tanı konması, tedavinin doğru ve zamanında başlanması kadar önemlidir (39). Tedaviye uyumsuzluk tanımı konusunda da farklı fikirler vardır. Cameron' un çalışmasında belirttiğine göre; Gordon uyumsuzluğu “başlangıçta uyum

niyeti gösterdikten sonra, bakım planının yürütülmesinde başarısızlık“ olarak tanımlar (38).

### 2.2.1. Uyumsuzluğun Nedenleri

- **Hastalığa bağlı etkenler:** Tedaviye uyumsuzluk, çeşitli psikiyatrik hastalık durumları, organik mental durumlar ve özellikle sanrılarının konusuyla ilgilidir. Perseküsyon, büyüklük ve kontrol edilme sansılarının ön sırada olduğu pozitif belirtiler, ilaç uyumunu önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (5, 40).
- **İçgörü eksikliği:** İçgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına neden olur. Lacro ve arkadaşları ilaç uyumsuzluğu ve riskleri ile ilgili yazdıkları bir gözden geçirmede ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (34). Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin hastalık belirtilerini algılayışları, bu algılayışı nasıl tanımladıkları, hastalıklarının gidişatından ve tedaviden beklentilerinin araştırılarak içgörü durumları belirlenebilir (41).
- **Psikoaktif madde kullanımı:** Psikotik belirtiler psikoaktif maddelerle tedavi edilirler fakat bu ilaçların yan etkileri özellikle de motor sistemle ilgili olanları hastaları önemli derecede etkilemekte ve tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir (42) .
- **İlaçla ilgili etkenler:** İlaçla ilgili faktörler, tedavi rejiminin karmaşıklığı, olumlu etkilerin geç ortaya çıkması, ilacı kesmenin ardından uzunca bir süre sonra ortaya çıkan olumsuz etkiler ve istenmeyen yan etkiler şeklinde sayılabilir. Farklı formlarda birçok ilacın aynı anda kullanılması veya ilacı bölerek verme zorunluluğu gibi etkenler tedavi rejimini karmaşıklştırabilir (5,43).
- **Tedavi ekibi:** Tedavi ekibinin hastalığa karşı olan inanç ve tutumu, hastalığın tekrarı ve tardiv diskinezi konusundaki bilgi ve tutumları hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilir (34). Hastanın tedaviye uyumunda, tedavinin sürekliliğinin önemli olduğu gibi tedavi ekibinin devamlılığı da önemlidir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıklarda da tedavinin

başarısı, tedavi ve tedavi ekibinin sürekliliği ile ilgilidir. Hastaların aynı ekiple tedaviyi sürdürmesi, hem ekip için hem de hastalar için önemli yararlar sağlar (44).

- **Hastaya ilişkin etkenler:** Yaş, cinsiyet, karakter özellikleri, sosyo-ekonomik düzey ve mental kapasitenin tedaviye uyumu etkilediği bilinmektedir. Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergelerindendir. Bireyin hastalık ve ilaçla ilgili inançları ve verilen önerilere uyumu kişilik özelliklerine göre değişmektedir. Psikiyatri hastalarında görülen narsistik ve paranoid kişilik özellikleri tedaviyi olumsuz olarak etkilemektedir. (44, 5).
- **Aileye ilişkin etkenler:** Psikiyatri hastalarının tedavi uyumunu birçok faktör etkilemektedir fakat bu etkenler arasında ailenin rolü konusunda çok az durulmuştur. Ailenin ilaca ve hastalığa bakış şekli ve tutumu ile duygu dışavurumunun yüksekliği tedaviye uyumu etkileyen nedenlerdir (34).
- **Çevresel etkenler ve sosyal destek eksikliği:** Sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan uzaklık, randevuları bekleme zamanı, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen başlıca nedenler arasındadır. Hastalığın kronik seyri nedeniyle bakım verenlerin ilgilerinin azalmasının yanı sıra, bakım verenlerin anne-baba olduğu durumlarda, bakım verenlerin zamanla fiziksel engellerinin artması ve ölmeleri durumunda hastaların sosyal ve çevresel desteklerinin çok azalacağı bir gerçektir. Tedaviye uyum için önemli olan düzenli kontroller, sosyal ve çevresel desteğin zamanla azalmasıyla aksayabilir ve bu da hastalığın hem prognozunu hem de şiddetini olumsuz yönde etkileyebilir (45).

### 2.2.2. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Yaklaşımları

Ruh sağlığı ekibinde yer alan hemşirelerin hastaların tedaviye uyumları konusundaki görev ve sorumlulukları oldukça fazladır. Hastanın tedaviye uyumunda hemşirelerin sorumluluğu büyük önem taşımaktadır. Tedavi ekibi içinde bulunan hemşirelerin ilaç tedavileri ile ilgili sorumlulukları incelendiğinde, hastaların tedaviye uyumları konusunda da sorumluluk alanları oldukça geniştir. Amerikan Hemşireler Birliği' nin psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde; tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın beklenen ve beklenmeyen etkilerini bilme, ilacın endikasyon, kontrandikasyon, toksisite semptomlarını bilme, gözlemleme, hasta ve ailesini tedavi planına dahil etme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımıyla ilgili

veri toplama, tedavinin fayda ve zararlarını bilme gibi sorumlulukları olduğu belirtilmiştir (34, 9, 46).

Hemşire öncelikle hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilecek durumları belirlemeye çalışmalı, bunları hastanın tedaviye uyumunu arttıracak yönde kullanmalı ve uyumsuzluğa neden olabilecek olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya çalışmalıdır.

Hemşire, hastaya yaklaşımında, hastasını tanımak, isteklerini anlamak ve karşılamak yönündeki bilinçli çabalarıyla, hastayla arasındaki iletişimi artırır. Hastalarla sözel ya da sözel olmayan iletişimlerinde duyarlı davranarak, hastanın duygularını anlamaya yönelik çalışmalı ve bakımda memnuniyeti sağlamak kadar uyumu da sağlamalıdır. Ailenin hastalık ve tedavi hakkında bilgi düzeyi artırılarak, hastanın ilaçlarını düzenli kullanması ve desteklemesi konusundaki etkisi artırılmaya çalışılmalıdır.

Hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için, hastaya hastalık belirtileri ile nasıl baş edeceği, yaşamını hastalığı ile nasıl devam ettireceği, etkili ve kişiye özel yöntemlerle hastaya öğretilmelidir. Hastaya ve ailesine tedavinin uzun süreceği ile bilgiler verilmeli bu konuda olumsuz düşüncelere düşmemeleri konusunda destek olunmalıdır. Sonuç olarak hastanın tedavisi konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip hemşirenin tedaviye uyumsuz olan hastaları belirleyip, konuyla ilgili planlama yaparak hedeflenen uyum davranışını değerlendirmesi, hastanın tedaviye uyumunu arttıracaktır. (9, 46, 47).

### **2.3. Sosyal Destek Kavramı ve Kaynakları**

Sosyal destek, bireyin ortak bir yükümlülüğü paylaşan bir topluluğa ait olduğuna, bu topluluk tarafından ilgi gördüğüne, sevildiğine ve sayıldığına inanmasına neden olan bilgi olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda sosyal destek, stresle başa çıkma aracı olarak ele alınmakta ve bireyin stresli bir durumda kullandığı ‘sosyal sermaye’ olarak tanımlanmaktadır (48, 49)

Sosyal destek genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır. Kriz ve duygusal gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve arkadaşlarına dayanma isteğidir. Bu formal olmayan yardımcıların oluşturduğu destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı konusunda önemli bir etkiye sahiptir. Cohen ve Syme sosyal desteğin öznel ve nesnel yönlerini vurgulamış; yakın sosyal çevrenin sağlığına ve bu yardımın olumlu veya olumsuz etkisine değinmiştir. Sosyal desteği, kişiler arası ilişkiler yoluyla, sosyal kaynaklardan faydalanabilme

derecesi olarak adlandırmışlardır. House ise sosyal desteği, araçsal, duygusal, bilgisel ve değer ifade eden destek olmak üzere tanımlamıştır (50, 51).

1960' lı yıllarda koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarla sosyal destek kavramı bilimsel araştırma kapsamına girmiştir. Sosyal destek kavramının kuramsal temeli Kurt Lewin' in Alan Kuramı ve davranış tanımına dayanır. Lewin, kişinin yaşam alanını “o birey için aynı anda aynı yerde mevcut bulunan birbirine dayalı olguların tümü” olarak tanımlarken; davranışı, insanın yaşam alanının bir fonksiyonu olarak ifade etmektedir. Yaşam alanı ise kişinin tüm gereksinimleri ile onun gereksinimlerine ilişkin olarak algıladığı psikolojik çevreyi içine almaktadır. Ancak sosyal destek konusuyla ilgili olarak en kapsamlı çalışmalardan birisi Pearson tarafından yapılmıştır. Pearson bu çalışmasında sosyal desteğin anlamı, önemi, işlevi ve psikolojik danışmada kullanımını gibi konuları ayrıntılı olarak incelemiştir (52).

Sosyal destek kaynakları pek çok yazar tarafından farklı şekillerde ele alınmıştır. Sosyal destek kaynakları bireylere farklı şekilde yardım sağladığı, bunlar arasında da üzerine en çok değinilenlerin maddi, duygusal ve zihinsel destekler olduğu vurgulanmıştır.

Cohen ve Wills' e göre, bireyin ailesi, akranları, arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturur. Sosyal destek, bireylere saygı, bilgi, sosyal arkadaşlık ve araçsal destek olmak gibi farklı şekillerde olabilmektedir (53).

Sorias' a göre sosyal destek kaynakları ise, bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olan anne, baba, eş, aile sevgili, arkadaşlar, öğretmenler, akrabalar, komşular ve uzman kişileri ifade etmektedir. Yapılan çok sayıda araştırma, sosyal destek sisteminin, bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, güç durumlarla başa çıkabilmesinde önemli bir kaynak olduğunu ortaya koymuştur (54).

Cobb' a göre sosyal destek, bireye;

- a) Sevildiğini ve korunduğunu,
- b) güven duyulduğunu ve değer verildiğini,
- c) karşılıklı iletişimini ve bir grubun üyesi olduğunu hissettiren sistemdir. Önemli olan bireye sunulan hizmetler değildir. Bireyin eşinden, arkadaşlarından gördüğü ve iletişime dayalı olan destekler sosyal desteğin yapı taşıdır (48).

Çeçen' e göre sosyal destek, kuramsal olarak üç farklı kaynak olan aile, arkadaşlar ve birey için anlamlı olan kişilerden (öğretmen, akraba) elde edilir (55).

### **2.3.1. Sosyal Destek Kategorileri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destekle İlişkisi**

Barrera ve Ainlay sosyal destekle ilgili olarak altı destek kategorisi tanımlamıştır (56):

1. Materyal Yardım: Para ve diğer fiziksel nesne ekindeki somut yardımlar.
2. Davranışsal Yardım: Fiziksel emek yoluyla görevleri paylaşma
3. Yakın Etkileşim: Dinleme, dikkat, saygı ve anlayış ifade etme gibi geleneksel yönlendirici olmayan danışma davranışları
4. Rehberlik: Öğüt, bilgi ve ders önerme
5. Geri Bildirim: Bireylere davranışları, düşünceleri, yardım duyguları hakkında geri bildirim sağlama
6. Olumlu Sosyal Etkileşim: Eğlence ve gevşeme için sosyal etkileşim, eğlence ve gevşeme için sosyal etkileşime katılma.

Birçok araştırma ve teorik açıklama ise üç farklı sosyal destek kategorisi üzerinde durmuştur. Bunlar sosyal yerleşim, algılanan sosyal destek ve alınan sosyal destek olarak ifade edilmektedir (57). Sosyal yerleşim, kişilerin çevrelerindeki kişilerle sahip oldukları bağlar olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle, sosyal ilişkiler ağı ilişkilerin varlık ve niceliği olarak tanımlanabilir (58).

Algılanan sosyal destek ise kişiler arası bağların niteliği ve varlığının bilişsel değerlendirilmesidir. Bir bağlamda, kişinin destekleyici etkileşimleri yorumlama, bağlı olduğu kişilere kişisel anlamlar vermeye dayalı kişisel değerlendirmesidir. Diğer destek tipi, sağlanan destek, diğerleri tarafından gösterilen davranış ve eylemler anlamına gelmektedir. Bir bakıma desteğin davranışsal değerlendirmesidir. Belli bir zaman süreci içerisinde destek kaynaklarından elde edilen sosyal destek miktarıdır (59). Bundan dolayı algılanan ve sağlanan destek aynı değildir (60).

Algılanan sosyal destek çoğu kuramcı tarafından zamanla ve belli ilişkilere karşı kararlı kalan global yapı olarak görülmektedir. Sağlanan destek ise zaman ve duruma bağlı olarak farklılık göstermektedir. Destek kaynakları formal ve informal olarak ikiye ayrılarak, aile ve arkadaşlar informal desteği oluştururken, danışmanlar, öğretmenler, sosyal hizmet çalışanları gibi kişiler ise formal desteği oluşturur(61).

### **2.3.2. Sosyal Destek Türleri**

Richman ve Rosenfeld sosyal destek türlerini sekiz grupta ele almışlardır. Bu sekiz sosyal destek türü şöyledir:

- 1) **Dinlenme:** Kişinin öğüt verilmeden ve yargılanmadan dinlendiği algısı.
  - 2) **Duygusal Destek:** Kişinin yanında olduğunu gösteren ve rahatlık duygusu yaratan destek.
  - 3) **Duygusal Meydan Okuma:** Kişiye duygu, değer ve tutumlarını değerlendirmesine meydan okuyarak destek verme.
  - 4) **Gerçeği Doğrulama Desteği:** Destek görenle benzer bir bakış açısına sahip birinin destek alanın bakış açısını ispatlamasına yardım etme.
  - 5) **İş Takdir Desteği:** Destek görenin çabalarının fark edildiğini ve övüldüğünü algılaması.
  - 6) **İşe Meydan Okuma:** Kişinin daha yaratıcı olması, yaptığı işe bağlanması için destek alanın düşünce ve davranışlarına meydan okuma.
  - 7) **Gözle Görülür Yardım:** Destek olana para yardımı ya da hediye verme.
  - 8) **Kişisel Yardım:** Destek alan için işin yapılmasıdır (62).
- Caplan' a göre sosyal destek türleri beş grupta incelenebilir:
- 1) **Duygusal Destek:** İlgi, sevgi, güven duygularının iletilmesine dayanır.
  - 2) **Takdir Desteği:** Kişinin sorunları ve kusurlarıyla birlikte olduğu gibi kabul edildiği ve saygı duyulduğunun belirtilmesine dayanır.
  - 3) **Maddi Destek:** Maddi yardım, araç-gereç ve hizmet verilmesine dayanır.
  - 4) **Bilgi Desteği:** Sorunların çözülmesini sağlayabilecek bilgilerin verilmesi ya da becerilerin öğretilmesine dayanır.
  - 5) **Berberlik Desteği:** Boş zamanların birlikte geçirilmesine dayanır (63).

### 2.3.3. Algılanan Sosyal Destek ve Sosyal Ağ

Son yıllarda sosyal destek kavramından çok algılanan sosyal destek kavramı üzerinde durulmaktadır. Pek çok araştırmacıya göre sosyal desteğin kendisinden ziyade algılanış ve yorumlanış biçimi ruh sağlığı üzerinde etkilidir. Sosyal desteğin yeterli olarak destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "algılanan destek" olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir aktivitenin destekleyici olması amacıyla kişinin benlik saygısını artırması ya da stresle ilgili maddi- manevi ya da bilişsel yardım içermesi gerektiği belirtilmektedir (55).

Sosyal destek işlevlerinin yeterli olup olmadığı konusunda kişinin kendi yargısı algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımda ise bireylerin önemsedikleri ve görüşlerine değer verdikleri kişiler tarafından sevildikleri ve değerli buldukları yönündeki algıları algılanan sosyal destek olarak tanımlanmaktadır. Genel

olarak algılanan sosyal destek; bireylerin yaşamlarının çeşitli rol alanlarında geliştirdikleri, kendilerine değer verildiği, özen gösterildiği, ihtiyaçları olduğunda başvurabilecekleri insanların bulunduğu, sahip oldukları ilişkilerde tatmin oldukları inancını işaret eden genel bir kanıdır (60).

Genellikle sosyal ağ kavramı, sosyal destek kavramıyla birlikte değerlendirilir. Milardo sosyal ağı; kişinin yakın, anlamlı, önemli ilişkilerde bulunduğu insanlar arasındaki özel bağ olarak tanımlar. Surra ise sosyal ağı, bireyin bağlı olduğu insanlar olarak tanımlamıştır. Aile üyeleri, arkadaşlar, akraba, sevgili, eş, komşular, öğretmenler, iş arkadaşları gibi kişilerle olan ilişkiler, çoğu sosyal ağ araştırmacısı tarafından, birey ve toplum arasında bağların en büyük belirleyicileri olarak dikkate alınmışlardır (54).

Bir grup insanla birlikte yemek yeme, sinemaya gitme gibi ortak bir ilgiyi ya da eğlenceyi paylaşma şeklindeki etkinlikler olumlu sosyal etkileşim olarak adlandırılmaktadır. Sosyalleştirmenin psikolojik uyum üzerinde yararlı olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek işlevlerinin birbirleri ile iç içe olduğu görülmektedir. Bu nedenle duygusal açıdan destekleyici bir ilişkide aynı zamanda maddi ve bilişsel destek bulunur. Sosyal bir ağ içinde bulunan kişi, farklı kişilerden farklı destekler alarak sorunlarını çözmeye çalışır. Hasta ve ailenin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemli olduğundan hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır. Bu nedenle sosyal desteğin önemi artmaktadır (64).

#### **2.3.4. Sosyal Desteğin Tedaviye Uyumdaki İşlevleri ve Hemşirelik Yaklaşımları**

Geniş bir sosyal ilişki içinde bulunan birey; eş, çocuk, ana-baba, arkadaş ya da komşu gibi çeşitli rollere sahiptir. Bu farklı rollerde insan, sevildiğinde, önemsendiğinde ve ihtiyaç hissettiği durumda yardım gördüğünde kendini mutlu ve güvenli hissederken, sosyal ilişkileri yeteri kadar olmadığı veya bozuk olduğunda birey kendisini kötü hissettiren durumlar karşısında önemsenmememe ve çaresiz kalma duygularını daha fazla yaşayacağından, ruhsal ve fiziksel hastalık geliştirme olasılığı yüksek olacaktır (65, 66).

Sosyal destek sağlayıcıları ve sosyal ağ, bireye düzenli ve olumlu yaşantı sağladığı ve toplum tarafından kabul edilen roller sunduğu için kişiye olumlu anlamda katkı sağladığı düşünülmektedir. Böyle bir destek kişiye yaşam olaylarını, kendini kabul etmeyi ve benlik saygı düzeyini olumlu şekilde arttıracığı için psikolojik uyumu da arttıracaktır. Destek verici bir aile ortamında yetişen kişilerin, stres verici olaylar karşısında etkili ve sorunu çözmeye eğilimli bir tutum ve davranış sergilerken, gerektiği



kadar destekleyici bir ortamdan gelmeyen kişiler ise olaylara daha duygusal yaklaşma veya olaydan kaçma şeklinde bir tavırda oldukları belirtilmiştir. (64, 65, 66). Birey, stresli yaşam olayları içinde olsun veya olmasın, sosyal destek her durumda kişinin kendini iyi hissetmesinde etkili bir unsurdur (53).

Dunst ve Trivette, Kazak ve Marvin, Sarason ve ark.' na göre sosyal desteklerin, bireylere ihtiyaç duydukları gereksinimi sağlayarak duygusal rahatlık verme, karşılaştığı güçlüklerle ilgili olarak kişiye yol gösterici şekilde baş etme yolu sağlama, kişilerin çalışma motivasyonlarını arttırıcı geribildirimler sunma, olumlu şekilde uyuma, kişisel gelişime olumlu etki sağlama, gerek gündelik yaşamda gerekse kriz durumunda kişiler arası ilişkiler yoluyla stresin olumsuz etkilerine karşı koruma gibi pek çok işlevi vardır (67, 51).

Sosyal çevre ile iç içe olma psikolojik ve fiziksel sağlığın bozulmasına neden olabilecek tutum ve davranıştan kaçınmayı sağlayarak; sosyal destek ise bireyi strese sokan yaşam olayları karşısında baş etme sistemlerini geliştirerek bireyi olumsuz etkileyen durumlara karşı korur (50). Bu nedenle sosyal destek, kişilerin kendini iyi hissetmesinde, savunma mekanizmalarını devreye sokmada ve tedaviye uyum sağlamada dolaylı bir etkiye sahiptir.

Sosyal desteğin tedaviye uyumdaki işlevi konusunda, eğitimli psikiyatri hemşirelerinin, tedaviye uyumu sağlamak amacıyla hasta bireye ve yakınlarına, yaşamını hastalığı ile nasıl devam ettireceği, hastanın tedaviye uyum konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, tedaviye uyumsuzluk açısından risk altında olabilecek hastaların daha dikkatli takip edilmesi, tedavi sırasında tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim verilmesi ve hasta ile ailesi veya yakınlarının arasındaki sosyal destek bağlarının güçlendirilmesi gibi görev ve sorumlulukları vardır. Bu sayede hastaların tedaviye uyumu artırılabilir (10, 11).

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi ve bu durumu etkileyen unsurların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (ETRSM) ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi' nde (ERSHH) tedavi gören psikiyatri hastaları ile yürütüldü. Araştırma, Eylül 2014-Temmuz 2015 tarihleri arasında yapıldı.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında ETRSM ve ERSHH' nde tedavi gören psikiyatri hastaları oluşturdu. Nisan 2014 verilerine göre ETRSM' nde tedavi gören hasta sayısı 354, ERSHH' nde yatan hasta sayısı ise 444 olmak üzere araştırmanın evrenini 799 psikiyatri hastası oluşturdu. Evreni bilinen örneklem formülüne göre minimal örneklem büyüklüğü 324 olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemine evrenden, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen psikiyatri hastaları oluşturdu.

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

N: Evren

n:Örneklem

t: Tablo değeri

p:Görülme sıklığı

q:Görülmememe sıklığı

d:Standart sapma

#### Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- 18 yaşından büyük olan
- Sözel iletişim kurabilen

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik bilgileri içeren Kişisel Bilgi Formu, Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanıldı.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu, hastaların tanıtıcı özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalık tanısı vb. olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.4.2. Morisky Uyum Ölçeği**

Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Levine ve Green tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır (Cronbach  $\alpha=0.61$ ). Ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Yılmaz ve Buzlu tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Yılmaz ve Buzlu tarafından yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.52 bulunmuştur (68). Bu çalışmada, Cronbach' s alpha değeri 0.69 olarak bulunmuştur. Ölçek, ilaç uyumunu ölçen dört soru içermektedir. Sorular “evet/hayır” şeklinde cevaplanmakta ve hastanın ilaç uyumunu iyi orta ve kötü şeklinde 3 düzeyde göstermektedir. Soruların tümü “hayır” olarak cevaplanmışsa ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” şeklinde cevap verilmiş ise ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya “evet” şeklinde cevap verilmiş ise ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir.

#### **3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 1988’ de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bireylerin algıladıkları sosyal destek etkenlerini belirlemeye yönelik olup; Türkiye’ de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (69).

Ölçekle ilgili ikinci çalışma 2001 yılında Eker, Arkar ve Yıldız tarafından gözden geçirilmiş formuyla yapılmıştır. Ölçek, yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının oluşturduğu psikiyatri grubu, cerrahi müdahale yapılan hastaların oluşturduğu cerrahi grubu ve rastgele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu normal grup olmak üzere 50’ şer denek bulunan 3 gruba uygulanmıştır. Yapılan güvenilirlik çalışması sonucunda skalanın üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu, iç tutarlılıkta Cronbach alpha değerinin tüm skala için 0.89, aile desteği boyutu için 0.85, arkadaş desteği boyutu için 0.88 ve özel

insan boyutu için 0.92 olduğu bulunmuştur (64). Bu araştırmada Cronbach alpha değeri tüm skala için 0.92, aile desteği boyutu için 0.79, arkadaş desteği boyutu için 0.92 ve özel insan boyutu için 0.80 olarak bulunmuştur.

Toplam 12 madde içeren ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte konu edilen özel kişi, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu ve doktor olarak örneklendirilmiştir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt boyutu bulunmaktadır:

1. Aile alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır (Madde 3, 4, 8, ve 11 olmak üzere).
2. Arkadaş alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır (Madde 6, 7, 9, ve 12 olmak üzere).
3. Özel Kişi alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır (Madde 1, 2, 5, ve 10 olmak üzere).

Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük değer 4, en yüksek değer 28 iken, ölçeğin tamamından alınacak en düşük puan 12, en yüksek puan 84’ tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir ( 69).

#### **3.4.4. Verilerin Toplanması**

Veriler Eylül-Aralık 2014 tarihleri arasında toplandı. Araştırmaya başlamadan önce 10 kişiyle pilot çalışma yapıldı. Yapılan pilot çalışma sonrasında veri toplama formunda bazı değişiklikler yapıldı. Pilot çalışmaya katılan kişiler araştırmaya dâhil edilmedi. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalara kişisel bilgi formu, Morisky Uyum Ölçeği ve ÇBASDÖ uygulandı. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle, hastaların dikkatlerinin dağılmasını önlemek amacıyla sadece araştırmacı ve hastanın bulunduğu görüşme odasında toplandı. Uygulama her hasta için yaklaşık 20 dakika sürdü.

#### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelendi.

**Bağımsız değişkenleri;** hastaların hastalık tanıları, birlikte yaşadığı kişiler, sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık gelir düzeyi) ve sosyal destekleri oluşturdu.

**Bağımlı değişkenleri;** hastaların tedaviye uyumları oluşturdu.

#### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirildi. Demografik özellikler ve ölçek sonuçları için yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama ve standart sapma

değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılım aralığında olup olmadığını tespit etmek amacı ile Kolmogorov-Smirnov testini uyguladıktan sonra, normal dağılım aralığında olan verilerde varyans analizi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t-testi, pearson korelasyon testi, normal dağılım aralığına uymayan verilerde Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak  $p<0.05$  kabul edildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yürütülmesi için Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Elazığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli yazılı izin alındı. Araştırmacı tarafından, araştırmaya katılan hastalara, araştırma hakkında bilgi verilip, araştırmanın yapılma amacı ve süresi açıklanarak sözel onamları alındı.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın iki merkezde yapılmış olması ve hastaların evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması araştırmaya sınırlılık getirdi.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1:** Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (S=324)

Sosyo-Demografik özellikler	S	%
<b>Yaş</b>		
18-24 yaş	76	23.5
25-39 yaş	142	43.8
40-54 yaş	75	23.1
55 ve üzeri	31	9.6
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	138	42.6
Erkek	186	57.4
<b>Medeni durum</b>		
Evli	99	30.6
Bekar	188	58.0
Diğeri (boşanmış, dul)	37	11.4
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar değil	42	13.0
Okur yazar	9	2.8
İlköğretim	158	48.8
Lise	84	25.9
Yükseköğrenim ve üzeri	31	9.6
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	168	51.8
Çalışmıyor	156	48.2
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>		
Yalnız	34	10.5
Kendi ailesiyle	249	76.9
Eşi ve çocukları ile	33	10.2
Diğerleri ile (nişanlı, akraba)	8	2.5
<b>Eşin çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	83	60.2
Çalışmıyor	53	39.8
<b>Eşin eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	30	22.0
Okur yazar	9	6.6
İlköğretim	60	44.1
Lise	22	16.1
Yüksek öğrenim ve üzeri	15	11.0
<b>Gelir düzeyi</b>		
İyi	109	33.6
Orta	169	52.2
Kötü	46	14.2
<b>Yaşanılan yer</b>		
İl	221	68.2
İlçe	60	18.5
Belde/köy	43	13.3
<b>Tam</b>		
Şizofreni	137	42.3
Bipolar bozukluk	62	19.1
Depresyon	52	16.0
Madde bağımlılığı	51	15.7
Diğer (obsesif kompulsif bozukluk (OKB), anksiyete)	22	6.8
<b>Ailede başka psikiyatri hastasının varlığı</b>		
Evet	87	26.9
Hayır	237	73.1
<b>Başka bir hastalığın varlığı</b>		
Diyabet	20	38.4
Hipertansiyon	10	19.2
Kalp hastalığı	11	21.1
Böbrek hastalığı	3	5.7
Diğer (akciğer hastalıkları)	8	15.3

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verildi.

Hastaların %43.8' inin 25-39 yaş arası, % 57.4' ünün erkek, % 58' inin bekar, %48,8' inin ilköğretim mezunu, % 51.8' inin çalıştığı, %76.9' unun kendi ailesiyle yaşadığı, %60.2' sinin eşinin çalıştığı, %44.1' inin eşinin ilköğretim mezunu olduğu, % 52.2' sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %68.2' sinin il merkezinde yaşadığı saptandı (Tablo 4.1).

Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; en çok şizofreni tanısı aldığı (%42.3), %73.1' inin ailesinde kendisinden başka psikiyatri hastası olmadığı ve % 38.4' ünün ek hastalık olarak diyabet hastalığı olduğu saptandı (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2:** Hastaların Tedaviye Uyumlarına Göre Dağılımları

<b>Morisky Uyum Ölçeği min:0 mak:4</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
Uyumlu	165	50.9
Orta düzeyde uyumlu	112	34.6
Uyumsuz	47	14.5
<b>Toplam</b>	324	100

Hastaların Morisky Uyum Ölçeğine göre dağılımları incelendiğinde %50.9' unun tedaviye uyumlu, %34.6' sının orta düzeyde uyumlu ve %14.5' inin uyumsuz olduğu saptandı (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3:** Hastaların Demografik Özellikleri İle Tedaviye Uyumlarının Karşılaştırılması

Özellikler	S	X±SS	Anlamlılık
<b>Yaş özellikleri</b>			
18-24 yaş	76	3.09±1.21	
25-39 yaş	142	3.02±1.22	F:1.111
40-54 yaş	75	3.09±1.21	p: .345
55 yaş ve üzeri	32	2.64±1.47	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	138	2.97±1.25	t: .125
Erkek	186	3.05±1.23	p: .590
<b>Medeni hal</b>			
Evli	99	3.11±1.23	
Bekar	188	3.02±3.02	F:1.095
Diğeri (boşanmış, dul)	37	2.75±1.42	p: .336
<b>Eğitim durumu</b>			
Okur-yazar değil	42	2.76±1.37	
Okur-yazar	9	3.00±1.41	
İlköğretim	158	3.19±1.09	KW:5.492
Lise	84	2.84±1.32	p: .240
Yük. Öğr. ve üstü	31	2.96±1.44	
<b>Çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	168	2.40±.71	t :1.048
Çalışmıyor	156	2.32±.72	p: .296
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>			
Yalnız	34	2.38±1.47	
Kendi ailesiyle	249	3.11±1.19	
Eşi ve çocukları ile	33	3.00±1.25	KW:9.382
Diğeri (nişanlı, akraba)	8	3.00±1.06	p: .025
<b>Eşin çalışma durumu</b>			
Çalışıyor	83	2.36±.67	t :-1.116
Çalışmıyor	53	2.37±.79	p: .908
<b>Eşin eğitim durumu</b>			
Okur-yazar değil	30	2.90±1.42	
Okur-yazar	9	2.55±1.13	
İlköğretim	60	3.08±1.29	KW:2.899
Lise	22	3.04±1.46	p: .575
Yük. Öğr. ve üstü	15	3.20±.86	
<b>Gelir</b>			
İyi	109	3.25±1.14	F:4.662
Orta	169	2.98±1.23	p: .010
Kötü	46	2.60±1.42	
<b>Yaşanılan yer</b>			
İl	221	3.04±1.25	F:692
İlçe	60	3.06±1.07	p: .501
Belde/köy	43	3.02±1.24	
<b>Tanı grupları</b>			
Şizofreni	137	3.05±1.23	
Bipolar B.	62	3.20±1.04	KW:2.286
Depresyon	52	2.80±1.49	p: .683
Madde B.	51	2.84±1.33	
Diğeri (OKB, anksiyete)	22	3.00±1.38	
<b>Ailede başka psik. Hastanın varlığı</b>			
Evet	87	2.86±1.26	t: .047
Hayır	237	3.08±1.23	p: .163
<b>Ek hastalık varlığı</b>			
Diyabet	20	3.00±1.45	
HT	10	2.90±1.19	KW:2.640
Kalp hastalıkları	11	3.09±1.44	p: .620
Böbrek hastalıkları	3	2.66±2.30	
Diğeri (akciğer hastalıkları)	8	2.87±.35	

Hastaların yaşına göre tedaviye uyumları arasındaki fark incelendiğinde; hastaların yaşları ile tedaviye uyumları arasındaki farkın önemsiz olduğu (p: .345 F:



1.111), fakat hastaların yaşları arttıkça tedaviye uyumlarının azaldığı gözlemlendi. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre tedaviye uyumlarına bakıldığında yalnız yaşayanların tedaviye uyum ortalamaları  $2.38 \pm 1.47$ , kendi ailesiyle yaşayanların  $3.11 \pm 1.19$ , eşi ve çocukları ile yaşayanların  $3.00 \pm 1.25$  ve diğer kişilerle (nişanlı, akraba) yaşayanların  $3.00 \pm 1.06$  olup, aralarında önemli bir fark saptandı (p: .025, KW: 9.382). Hastaların eşlerinin eğitim durumu ile tedaviye uyum ortalamalarına bakıldığında aralarındaki farkın önemsiz olduğu (p: .575, KW:2.899); ancak eşin eğitim seviyesi arttıkça tedaviye uyumlarının arttığı gözlemlendi. Hastaların gelir düzeyi ile tedaviye uyum ortalamalarına bakıldığında gelir durumu iyi olanların puan ortalamaları  $3.25 \pm 1.14$ , orta olanların  $2.98 \pm 1.23$  ve kötü olanların  $2.60 \pm 1.42$  olup aralarında önemli bir fark saptandı (p: .010, F:4.662). Hastaların yaşadığı yere bakıldığında ilde yaşayanların tedaviye uyum ortalamaları  $3.04 \pm 1.25$ , ilçede yaşayanların  $3.06 \pm 1.07$  ve belde/köy’ de yaşayanların  $3.02 \pm 1.24$  olup aralarındaki farkın önemsiz (p: .501, F:692); ancak il ve ilçede yaşayan hastaların tedaviye uyumlarının belde/köy’ de yaşayanlara göre daha iyi olduğu gözlemlendi. (Tablo 4.3). Hastaların hastalık tanıları, ailelerinde başka psikiyatri hastasının varlığı ve psikiyatri hastalığı dışında ek bir hastalıklarının varlığı ile tedaviye uyum puan ortalamaları arasında önemli bir fark saptanmadı (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4:** Hastaların Demografik Özellikleri İle Sosyal Desteklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	S	Aile X±SS	t ve P değeri	Arkadaş X±SS	t ve P değeri	Özel kişi X±SS	t ve P değeri	Toplam X±SS	t ve P değeri
<b>Yaş</b>									
18-24 yaş	76	21.65±6.62		18.80±7.81	F: .142	19.71±7.75	F: .866	60.17±15.71	F: .596
25-39 yaş	142	21.16±7.02	F: .712	18.42±7.07	p: .935	18.38±7.90	p: .459	57.96±18.12	p: .618
40-54 yaş	75	21.68±6.45	p: .545	18.45±7.90		17.88±7.94		58.01±19.40	
55 yaş ve üstü	31	19.70±7.79		17.77±7.14		17.74±7.56		55.22±19.11	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	138	20.76±6.84	t: .478	18.78±7.36	t: .124	18.58±7.77	t: .061	58.14±17.73	t: .006
Erkek	186	21.62±6.89	p: .268	18.20±7.48	p: .488	18.46±7.91	p: .888	58.29±18.18	p: .941
<b>Medeni hal</b>									
Evli	99	22.42±5.76	F: 3.271	18.78±6.86	F: .167	18.75±7.28	F: .321	59.96±16.15	F: 1.162
Bekar	188	21.05±7.18	p: .039	18.36±7.70	p: .846	18.57±8.02	p: .725	57.99±18.48	p: .314
Diğeri (boşanmış, dul)	37	19.16±7.50		18.05±7.57		17.56±8.47		54.78±19.76	
<b>Eğitim</b>									
Okur yazar değil	42	19.78±7.40	KW:6.254 p: .181	17.35±7.84	KW:2.541 p: .637	16.90±7.78	KW:4.276 p: .370	54.04±20.26	KW:2.17 2 p: .704
Okur yazar	9	20.88±6.11		20.11±7.63		21.44±5.61		62.44±13.22	
İlköğretim	158	21.27±6.59		18.36±7.27		18.94±7.79		58.58±17.74	
Lise	84	22.04±7.11		18.97±7.59		17.73±8.26		58.76±18.02	
Yük. Öğr.ve üstü	31	21.12±7.15		18.54±7.37		19.74±7.30		59.41±16.94	
<b>Çalışma durumu</b>									
Çalışıyor	168	21.53±7.27	t: .751	18.82±7.44	t: .912	19.02±8.03	t: 1.226	59.38±18.89	t: 1.202
Çalışmıyor	156	20.96±6.42	p: .453	18.06±7.40	p: .360	17.96±7.61	p: .221	56.98±16.88	p: .230
<b>Kiminle yaşıyor</b>									
Yalnız	34	13.79±8.35		13.61±8.19		12.85±8.37		40.26±21.40	

Kendi Ailesi	249	22.53±5.62	KW:50.516	18.96±7.21	KW:16.18	19.18±7.40	KW:16.689	60.68±15.94	KW:33.6
Eş ve çocukları ile	33	22.03±6.71	p: .001	20.00±6.54	6	19.57±7.87	p: .001	61.60±16.16	94
Diğer (nişanlı,akrba)	8	10.00±6.74		16.87±7.27	p: .001	17.50±10.23		44.37±21.83	p: .001
<b>Eşin çalışma durumu</b>									
Çalışıyor	83	21.40±6.55	t: -.311	18.18±7.56	t:-.709	18.48±7.80	t:.192	58.07±18.46	t:-.320
Çalışmıyor	53	21.75±6.26	p:.756	19.07±6.24	p:.480	18.22±7.43	p:.848	59.05±15.36	p:.749
<b>Eş eğitimi</b>									
Okur yazar değil	30	19.76±7.45		19.16±6.74		18.86±6.44		57.80±18.39	
Okur yazar	9	16.00±9.04	KW:8.418	17.55±8.17	KW:1.246	15.11±9.07	KW:3.313	48.66±23.94	KW:
İlköğretim	60	22.80±4.97	p: .077	18.65±6.96	p:.870	18.20±7.91	p: .507	59.65±16.10	3.077
Lise	22	21.54±6.35		17.04±8.14		18.68±8.31		57.27±17.87	p: .545
Yük. Öğr.ve üstü	15	23.33±5.87		20.06±5.92		20.13±6.85		63.53±13.56	
<b>Gelir</b>									
İyi	109	22.52±6.07	F: 5.600	20.36±7.00	F: 5.963	20.27±7.32	F: 6.356	63.16±16.24	F: 8.820
Orta	169	21.18±6.65	p: .004	17.71±7.34	p: .003	18.18±7.73	p: .002	57.05±17.80	p: .001
Kötü	46	18.54±8.57		16.67±7.91		15.56±8.51		50.78±19.49	
<b>Yaşadığı yer</b>									
İl	221	21.36±6.69	F:2.839	18.56±7.19	F: 2.466	18.75±7.84	F: 1.798	58.67±17.68	F: 3.503
İlçe	60	22.36±6.83	p: .060	19.58±7.21	p: .087	19.13±7.78	p: .167	61.08±17.82	p: .031
Belde/köy	43	19.16±7.52		16.34±8.56		16.44±7.72		51.95±18.55	
<b>Tanı grubu</b>									
Şizofreni	137	20.91±6.99		18.64±7.59	KW:4.866	18.21±7.93		57.76±18.52	
Bipolar B.	62	21.38±7.48	KW:2.669	19.56±6.84	p: .301	19.40±7.43		60.35±18.20	KW:2.37
Depresyon	52	21.44±5.93	p: .615	18.59±7.66		18.84±7.69	KW:2.56	58.88±18.05	4
Madde Bağ.	51	21.92±6.45		17.39±7.13		18.56±7.99	p: .632	57.88±15.57	p: .667
Diğer (OKB, anksiyete)	22	21.09±7.76		16.31±7.94		17.00±8.67		54.40±19.46	
<b>Ailede başka hastanın varlığı</b>									
Evet	87	20.72±7.02	t: .724	18.13±7.78	t: 1.108	18.13±7.77	t: .053	57.00±17.52	t:0.001
Hayır	237	21.45±6.81	p: .397	18.57±7.30	p: .640	18.65±7.87	p: .600	58.68±18.14	p: .456
<b>Ek Hastalık</b>									
Diyabet	20	23.30±3.86		19.55±6.17		20.00±7.01	KW:1.960	62.85±14.49	
HT	10	19.50±8.20	KW:4.140	20.40±7.15	KW:4.121	20.50±6.91	p: .743	60.40±21.27	KW:
Kalp H.	11	18.09±9.15	p: .387	14.36±6.65	p: .390	16.36±9.29		48.81±19.11	4.267
Böbrek H.	3	20.33±13.2		18.66±12.7		20.00±10.39		59.00±36.67	p: .371
Diğer H. (akciğer hastalıkları)	8	7		0		19.37±6.36		61.75±13.63	
		23.37±5.78		19.00±7.03					

Hastaların demografik verileri ile ÇBASDÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında; hastaların yaşları ile aile, arkadaş ve özel kişi desteği alt boyutları ve sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında önemli bir fark saptanmadı (p: .545, F: .712), (p: .935, F: .142), (p: .459, F: .866), (p: .618, F: .596). Ancak hastaların yaşı arttıkça sosyal destek puan ortalamalarının azaldığı gözlemlendi. Hastaların medeni durumları ile sosyal destek ve alt boyutları karşılaştırıldığında, yalnız medeni durum ile aile desteği alt boyutu arasında önemli bir fark saptandı (p: .039, F: 3.271). Evli hastaların bekar ve diğer hastalara (boşanmış, dul) göre aile desteği puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptandı. Hastaların eğitim durumu ile sosyal destek alt boyutları incelendiğinde, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği alt boyutları ve sosyal destek toplam puan ortalamaları

arasında önemli bir ilişki saptanmadı (p: .181, KW:6.254), (p: .637, KW:2.541), (p: .370, KW:4.276), (p: .704, KW:2.172). Ancak hastaların eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek alt boyutları puan ortalamalarında artış görüldü. Hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile sosyal destek alt boyutları incelendiğinde, aile, arkadaş, özel kişi ve sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında önemli bir fark saptandı (p: .001, KW:50.516), (p: .001, KW:16.186), (p: .001, KW:16.689), (p: .001, KW:33.694). Yalnız yaşayan hastaların evinde başka kişilerle yaşayanlara göre sosyal destek puan ortalamalarının daha düşük olduğu gözlemlendi.

Hastaların eşlerinin eğitim düzeyi ile sosyal destek alt boyutları incelendiğinde, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği alt boyutları ve sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki saptanmadı (p: .077, KW:8.418), (p: .870, KW:1.246), (p: .507, KW:3.313), (p: .545, KW: 3.077). Ancak eşi yüksek öğretim ve üstü eğitim seviyesinde olan hastaların aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği alt boyutları ve sosyal destek toplam puan ortalamalarının daha yüksek puana sahip olduğu saptandı. Hastaların gelir durumu ile sosyal destek alt boyutları incelendiğinde, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği alt boyutları ve sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki saptandı (p: .004, F: 5.600), (p: .003, F: 5.963), (p: .002, F: 6.356), (p: .001, F: 8.820). Bu sonuca göre, gelir durumu iyi olanların, gelir durumu orta ve kötü olanlara göre sosyal desteklerinin daha fazla olduğu gözlemlendi. Hastaların yaşadığı yer ve sosyal destek alt boyutları incelendiğinde hastaların yaşadığı yer ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği arasında önemli bir fark saptanmadı (p: .060, F:2.839), (p: .087, F: 2.466), (p: .167, F: 1.798). Ancak hastaların yaşadığı yer ve sosyal destek toplam puan ortalaması arasında önemli bir fark saptandı (p: .031, F: 3.503). Buna göre il merkezinde yaşayan hastaların, belde/köy' de yaşayan hastalara göre sosyal destek alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlendi.

Ailesinde kendisinden başka psikiyatri hastası olma durumuna göre sosyal destek alt boyutları incelendiğinde, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği alt boyutları ve sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki saptanmadı (p: .397, t: .724), (p: .640, t: 1.108), (p: .600, t: .053), (p: .456, t:0.001 ). Ancak hastaların ailelerinde kendisinden başka psikiyatri hastası olanların sosyal destek puan ortalamaları, olmayanlara göre daha düşük olduğu gözlemlendi. Hastaların cinsiyetleri, çalışma durumları, eşlerinin çalışma durumları, tanıları ve psikiyatri dışında ek bir hastalıklarının bulunması ile ÇBASDÖ alt boyutları puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5:** Morisky Uyum Ölçeği Ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

<b>Sosyal Destek puan ortalamaları</b>				
	<b>Aile desteği</b>	<b>Arkadaş desteği</b>	<b>Özel kişi desteği</b>	<b>Toplam Puan Ort.</b>
<b>Tedaviye Uyum Puan Ort.</b>	r:.256 p:.001	r:.347 p:.001	r:.405 p:.001	r:418 p:.001

Tedaviye uyum ile ÇBASDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; tedaviye uyum ile ÇBASDÖ ve alt boyutlarından aile, arkadaş, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki saptandı (p: .001, r: .256), (r:.347, p:.001), (r:.405, p:.001), (r:.418, p: .001). (Tablo 4.5). Tedaviye uyumu yüksek olan hastaların, aile, arkadaş, özel kişi desteğinin ve toplam sosyal desteğinin daha fazla olduğu saptandı. Sosyal destek puan ortalamaları arttıkça, hastaların tedaviye uyumlarının arttığı gözlemlendi.

## 5. TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Araştırmanın sosyo-demografik bulgularına bakıldığında araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun erkek (%57.4), %43.8' inin 25-39 yaş arasında, %58' inin bekar, %48.8' inin ilköğretim mezunu olduğu, %76.9' unun kendi ailesiyle, %68.2' sinin il merkezinde yaşadığı, %52.2' sinin gelir düzeyinin orta seviyede olduğu, %42.3' ünün şizofreni tanısı aldığı ve %73.1' inin ailesinde kendisinden başka psikiyatri hastası olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Araştırmaya benzer çalışmalardan, Yılmaz' ın yaptığı çalışmada hastaların %74.6' sinin erkek, %55.6' sının ilköğretim mezunu, %61.9' unun bekar olduğu ve %90.5' nin ailesiyle yaşadığı belirtilmiştir (70). Razali' nin yaptığı çalışmada da araştırmaya katılan hastaların %60' ının erkek, %54' ünün ilköğretim mezunu ve %66' sının bekar olduğu belirtilmiştir (71). Bu araştırmanın bulguları yapılan diğer çalışmaların bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu bulgulara bakıldığında, hastaların en çok şizofreni tanısı almış olmaları, hastalığın erken yaşta başlaması ve hasta üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle aile kurmalarına ve eğitimlerini sürdürmelerine engel olduğu düşünülebilir (Tablo 4.1).

Hastaların Morisky Uyum Ölçeği (MUO)' ne göre yarısının (%50.9) tedaviye uyumlu, %14.5' inin tedaviye uyumsuz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Yılmaz ve Buzlu' nun antipsikotik ilaç kullanan hastalarla yaptıkları çalışmada, araştırmaya paralel olarak çalışmaya katılan hastaların %47.9' unun tedaviye uyumunun yüksek olduğu, %8.5' in uyumsuz olduğu belirtilmiştir (72). Buna karşın; Kelleci' nin çalışmasında hastaların %48.6' sının tedaviye orta düzeyde, %31.4' ünün kötü düzeyde olduğu belirtilmiştir (2). Aynı /paralelde, Razali' nin çalışmasında hastaların %51' inin tedaviye uyumsuz olduğu belirtilmiştir (71). Yılmaz' ın çalışmasında araştırmaya katılan hastaların %54' ünün tedaviye uyumsuz olduğu belirtilmiştir (70). Araştırmada tedaviye uyumun diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmasının nedeni, araştırmanın yapıldığı merkezlerin sadece psikiyatri hastalarına hizmet veren merkezler olmalarının (ERSHH – ETRSM) ve son yıllarda psikiyatri hastalarına verilen hizmetlerin geliştirilmesi hastaların tedaviye uyumunda olumlu etki yaptığı düşünülebilir (Tablo 4.2).

Bu çalışmada olduğu gibi pek çok çalışmada sosyo-demografik veriler ile tedavi uyumsuzluğu araştırılmıştır (2, 73, 74, 9). Bazı çalışmalarda, bazı sosyo demografik özellikler ile tedavi uyumsuzluğu arasında bir ilişki saptanırken, bazı çalışmalarda da

sosyodemografik özellikler ile tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki saptanmamıştır. Hastaların sosyo-demografik verileri ile tedaviye uyumlarına bakıldığında hastaların gelir durumları ve birlikte yaşadığı kişiler ile tedaviye uyumları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Gelir durumu düşük seviyede olan hastaların tedaviye uyumu düşük bulunurken, orta ve yüksek seviyede gelir düzeyine sahip hastaların tedaviye uyumu daha yüksek bulunmuştur. Üstünsoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre ekonomik güçlükler nedeniyle ilaç kullanımının ve kontrollerin aksaması; hastalığın süregelenleşmesine ve özellikle pozitif belirtilerle seyreden vakalarda, hastanın çevresi ile uyumunu olumsuz yönde etkileyerek, hastalarda hastalıkla ilgili olumsuz fikir ve tutumların gelişmesine ve tedaviye uyumun bozulmasına neden olabildiği belirtilmiştir (9).

Araştırmada yalnız yaşayan bireylerin tedaviye uyumları daha düşükken, kendi ailesiyle veya eşi ve çocukları ile yaşayan kişilerin uyumları istatistiksel olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Üstünsoy ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumu birçok faktörün etkileyebildiği ve bunlardan ailenin rolü üzerinde çok az durulduğu belirtilmiştir. Araştırmada ailenin ilaca ve hastalığa bakış tarzı ve tutumu ile duygu dışavurumun yüksekliği, tedaviye uyumu etkileyen nedenler arasında olduğuna değinilmiştir (9).

Araştırmada istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, hastaların diğer demografik özellikleri karşılaştırıldığında yaşı genç olanların yaşlı olanlara, erkeklerin kadınlara, evlilerin bekar veya diğer (boşanmış/dul) hastalara, eğitim seviyeleri yüksek olanların düşük olanlara, il ve ilçede yaşayanların belde/köy' de yaşayanlara göre tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Araştırma ile paralel olarak Tunca ve Hancıoğlu' nun 628 hastayla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek ve sosyo-ekonomik durumu iyi olan hastaların tedaviye düzenli devam ettikleri belirtilmiştir (73). Col ve arkadaşlarının 78 hastayla yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça tedaviye uyumun başlangıçta arttığı, daha sonra azaldığı belirtilmiştir (75).

Araştırmada hastaların demografik özellikleri ve sosyal destek alt boyutları ve toplam puanına bakıldığında, hastaların medeni durumu, birlikte yaşadığı kişiler, yaşadığı yer ve gelir düzeyi ile sosyal destek alt boyutları arasında önemli fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Evli olan hastaların bekâr ve diğer kişilere (boşanmış/dul) göre aile desteği alt boyutunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre sosyal destek alt boyutları incelendiğinde tüm alt gruplarla arasında önemli bir fark saptanmıştır. Buna göre kendi ailesiyle veya eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastaların yalnız

veya farklı kişiler ile yaşayanlara göre; aile, özel kişi ve arkadaş destekleri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Hastaların gelir düzeyi ile sosyal destek alt boyutları incelendiğinde gelir durumu iyi ve orta düzeyde olan hastaların daha fazla aile, özel kişi ve arkadaş desteğine sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.4). Araştırmadaki bulgunun aksine Albor ve arkadaşlarının İngiltere’ deki 14-53 yaşları arasındaki 4871 hastayla, sosyal destek, özsaygı ve ruh sağlığı ilişkilerini incelediği çalışmada, yüksek statülü kişilerin orta ve düşük statülü kişilere göre daha az sosyal desteğe sahip oldukları saptanmıştır. Yüksek statünün zayıf sosyal ilişkilere yol açtığı vurgulanmıştır (76).

İl ve ilçede yaşayan hastalar ile belde/köy’ de yaşayan hastaların sosyal destek toplam puanı karşılaştırılmış ve il ve ilçelerdeki hastaların daha fazla sosyal desteğe sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Araştırmaya paralel olarak Khatip ve arkadaşlarının 821 adölesanla yaptığı araştırmaya göre kişilerin yaşadığı yerin, depresyon ve strese karşı sosyal destek üzerindeki etkisi incelenmiş, Birleşik Krallık’ ta yaşayan kişilerin daha kırsal alanda yaşayanlara göre en yüksek sosyal destek seviyesine sahip olduğu belirtilmiştir (77).

Araştırmada cinsiyetle çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın (Tablo 4.4) Karlien ve arkadaşlarının 502 adölesanla yaptığı çalışmada kadın adölesanların erkek adölesanlara göre algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğu belirtilmiştir (78). Jensen ve arkadaşlarının Washington Üniversitesi’ nde sosyal destek, depresyon ve fiziksel aktivitenin cinsiyet ve tanı grubuna etkisini belirlemek üzere 1416 hastayla yaptıkları çalışmalarında, kronolojik yaşla ve erkeklerden çok kadınlarda özellikle de arkadaş desteğinde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmada algılanan arkadaş desteği seviyesiyle depresyon arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (79).

Bu araştırmada hastaların çalışma durumları ile sosyal destek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.4). Araştırmanın aksine Çin’ de yapılan bir araştırmaya göre düzenli bir işte çalışanların, ruh sağlığı üzerinde sağlıklı bir etki ortaya çıkaran sosyal ilişkilere sahip olmalarına yardım ettiği belirtilmiştir (80).

Araştırmada tedaviye uyum ile ÇBASDÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde tedaviye uyum ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği alt boyutlarından aile, özel kişi ve arkadaş desteği arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmış; tedaviye uyumlu olan hastaların aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sosyal destek

puan ortalamaları arttıkça, tedaviye uyumlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Araştırmaya paralel olarak Kelleci ve Ata' nın 140 hastayla yaptığı çalışmada hastaların ilaç uyumlarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği puan ortalamaları incelenmiş, aile desteği açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış fakat, arkadaş desteği ve özel kişi desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldüğü belirtilmiştir. Araştırmada arkadaş ve özel kişi desteğini hisseden hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (2).

Çobanoğlu ve arkadaşlarının şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunlarını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada uyumsuzluğun önemli nedenlerinden birini sosyal ve çevresel destek eksikliği olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Çobanoğlu ve arkadaşlarına göre hastalığın kronik seyri nedeniyle aile desteğinin azalması, tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileyerek hastalığın hem seyrini hem de şiddetini olumsuz yönde etkileyebilir (9).

Tel ve arkadaşlarının Erkilet Ruh Sağlığı Merkezi' nde yatan 73 hasta yakınıyla hastaların tedaviye uyumuna ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmaya göre; hastaların yarısının (%50.7) bir süredir rutin kontrolüne gitmediği, %65.8' inin ise iyileştiğini düşündüğü, kontrole götürecekt kimsenin olmaması ve ulaşım güçlüğü gibi nedenlerle poliklinik kontrollerine düzenli gitmedikleri, yalnızca her üç hastadan birisinin (%34.2) kontrollere düzenli gittiği belirtilmiştir (81). Bu sonuç araştırmanın bulguları ile paralel olarak, sosyal desteği olmayan hastaların tedaviye uyumsuz olduğunu desteklemektedir.

Araştırmaya paralel olarak, Ebrinç ve arkadaşlarının 42 erkek hasta ve birinci derece hasta yakınları ile yaptığı çalışmada hasta yakınlarının tedaviye uyumsuzluğun nedeni olarak aile ve çevreyi gördüklerini saptamıştır (82).

Muslu' nun 73 hasta ve 73 hasta yakınıyla yaptığı çalışmasında hastalara uygulanan ÇBASDÖ' nin tedaviye uyumlu ve tedaviye uyumsuz gruplar arasındaki karşılaştırılmada aile alt boyutunda istatistikî fark bulunmazken, özel bir insan ve arkadaş alt boyutunda istatistikî farklılık saptandığı belirtilmiştir. Çalışmaya göre şizofrenide, özel bir kişiden veya arkadaştan alınan sosyal destek arttıkça tedaviye uyumda artış görüldüğü belirtilmiştir (83).

Norveç' te Langeland ve Wahl' ın 107 hastayla yaptığı çalışmaya göre sosyal destek kalitesi, özellikle bakım verenlerin olması ve sosyal etkileşim ile mental hastalığı bulunan hastaların tedaviye uyumu arasında olumlu gelişmeler tespit edildiği belirtilmiştir (84).



Lindfors ve arkadaşlarının depresyon ve anksiyete hastası olan kısa dönem psikoterapi veya uzun dönem psikodinamik psikoterapi alan 326 hastayla yaptıkları çalışmada, tedaviden önce yüksek düzey sosyal desteğe sahip hastaların, 3 yılı izleyen süre içinde, tedaviye daha fazla uyum gösterdikleri, ayrıca düşük seviyede sosyal desteği olan hastaların tedaviye daha az uyum gösterdiklerini belirtmişlerdir (85).

Hans ve arkadaşlarının 354 hastayla yaptıkları vaka kontrol çalışmasında sosyal destek ve fiziksel sağlığın, majör depresyon hastalarında tedaviye uyumu arttırarak, hastalığının kronikleşmesine engel olduğu belirtilmiştir (86).

Yapılan literatür taramalarında, tedaviye uyumla sosyal destek arasında önemli bir ilişki saptanmış ve yapılan bu araştırma literatürle paralellik göstermiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Hastaların %43.8' inin 25-49 yaş aralığında, çoğunluğunun erkek ve şizofreni hastası olduğu,
- Hastaların yarısının (%50.9) tedaviye uyumlu olduğu,
- Kendi ailesiyle veya eşi ve çocukları ile yaşayanların, yalnız yaşayanlara göre tedaviye daha uyumlu oldukları,
- Gelir durumu düşük olanların tedaviye daha uyumsuz oldukları,
- Evli olan hastaların aile desteği alt boyutunun daha fazla olduğu,
- Kendi ailesiyle yaşayan hastaların, aile arkadaş ve özel kişi desteğinin daha fazla olduğu,
- İl ve ilçe merkezinde yaşayan hastaların sosyal destek toplam puanının daha fazla olduğu,
- Gelir durumu kötü olan hastaların aile, arkadaş, özel kişi ve sosyal destek toplam puanının daha düşük olduğu,
- Tedaviye uyumlu olan hastaların aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu,
- Aile, arkadaş ve özel kişi desteği yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu
- Hastaların sosyal destekleri arttıkça tedaviye uyumlarında artma olduğu saptandı.

*Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:*

Sosyal destek yönünden eksik olan hastaların, sosyal yönlerinin gelişmesine yönelik çeşitli etkinlik ve sosyal faaliyetlere yönlendirilmesi, ruh sağlığı ekibi içinde bulunan psikiyatri hemşirelerinin, hasta ile ailesi veya yakınlarının arasındaki sosyal destek bağlarını güçlendirici görevler almaları, psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin, tedaviye etkili biçimde uyabilmeleri için, psikiyatri hemşirelerinin eğitici rolde olması ve hastaların bilgi birikimlerini arttırmaları önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services* 1998, 49: 196-201.
2. Kelleci M, Elvan E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2011, 2: 105-10.
3. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri,3 hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010, 11: 195-205.
4. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice®* 2010, 16: 306-24.
5. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı* 2000.
6. Smith J, Birchwood M. Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia. the development of a service model. *The British Journal of Psychiatry* 1990, 156: 654-60.
7. Lauber C, Keller C, Eichenberger A, Rössler W. Family burden during exacerbation of schizophrenia: quantification and determinants of additional costs. *International Journal of Social Psychiatry* 2005, 51: 259-64.
8. Faraji E, Sardashti S, Firouzeh, MM, Aminabad FJ, Alinaghi, SAS, Hajiabdolbaghi M. Perceived social support affects disease coping among people living with hiv: a study in Tehran, Iran. asian pacific. *Journal of Tropical Disease* 2015, 5: 412-7.
9. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 2003, 16: 211-8.
10. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz dergisi* 2004, 12: 63-73.
11. Güney M. Ruhsal hastalıklarda stigmatizasyonu önlemek için neler yapılabilir? *Kriz Dergisi* 2004, 12: 67-71.

12. Yaşan A, Gürgen F. Psikiyatri ve fizik tedavi polikliniklerine başvuran hastaların geleneksel yardım arama davranışının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 2004, 31: 20-8.
13. Kaptanoğlu C. Türkiye Psikiyatri Derneği Ağ Sitesi, <http://www.psikiyatri.org.tr/presses.aspx?press=294&type=24>. 10 Eylül 2014.
14. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.
15. Köknel Ö. At the fiftieth anniversary the history of modern psychopharmacology and psychopharmacological researches in turkey and in the world. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2002, 12: 201-10.
16. Bernstein J. *Drug Therapy In Psychiatry*, 3<sup>th</sup> ed. Missouri, Mosby-Year Book, Inc, 1995.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N. *General Principles Of Psychopharmacology. In: Kaplan And Sadock's Pocket Handbook Of Psychiatric Drug Treatment*, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2006: 13-4.
18. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014, 929-69.
19. Frey R, Schreinzer D, Heiden A, Kasper S. Use of electroconvulsive therapy in psychiatry. *Der Nervenarzt* 2001, 72: 661-76.
20. Simpson KH, Lynch L. Anaesthesia and electroconvulsive therapy (ECT). *Anaesthesia* 1998, 53: 615-7.
21. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of psychiatry. Çeviri: Aydın H, Bozkurt A. *Kaplan Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2007, 2: 1779.
22. Li B, Suemaru K, Cui R, Kitamura Y, Gomita Y, Araki H. Repeated electroconvulsive stimuli increase brain-derived neurotrophic factor in acth-treated rats. *European Journal Of Pharmacology* 2006, 529: 114-21.
23. Benkelfat C. Biochemical effects of electroconvulsive therapy. *L'Encephale* 1987, 14: 273-81.
24. Abrams R. *Electroconvulsive Therapy*, 4<sup>th</sup> ed. Oxford, Oxford University Press, 2002.
25. Rezaki M. Elektrokonvülsif tedavinin etki mekanizması üzerine bulgu ve görüşler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991, 2: 109-12.

26. Papakostas Y, Fink M, Lee J. Neuroendocrine measures in psychiatric patients: course and outcome with ect. *Psychiatr Res* 1981, 4: 55-64.
27. Papakostas Y, Markianos M, Papadimitriou G, et al. Prolactin response induced by ect and trh. *Br J Psychiatry* 1986, 148: 721-8.
28. Papakostas Y, Markianos M, Papadimitriou G, et al. Thyrotropin and prolactin secretion during ect: implications for the mechanism of ect action. *Convuls Ther* 1990, 6: 4-20.
29. Cüceloğlu D. *İnsan Ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*, 28. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2014, 498-507.
30. Erkoç Ş. Elektrokonvülsif tedavi. *Popüler Psikiyatri* 2005, 28: 20-2.
31. Devanad DP, Fitzsimmons L, Prudic J, et al. Subjective side effects during electroconvulsive therapy. *Convuls Ther* 1995, 11: 232-40
32. Psikoterapi. <http://tr.wikipedia.org/wiki/Psikoterapi>. Erişim Tarihi:22.04.2015
33. Velioglu P. *Hemsirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul, Alas Ofset, 1999: 256-7.
34. Çakır F, İlnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010, 23: 50-9.
35. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu, N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme. *Düşünen Adam* 2003, 16: 211-8.
36. Dilbaz N, Karamustafaoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006, 16: 223-32
37. Guidelines From The Case Management Society Of America For Improving Patient Adherence To Medication Therapies. (2004). Case Management Society Of America, June 1,2004.
38. Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing* 1996, 24: 244-50.
39. Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS' li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. *HIV/AIDS Dergisi* 2003, Ekim-Kasım-Aralık.
40. Perkins Do. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry* 1999, 60: 25-30.

41. Holzinger A, Loffler W, Muller P, Priebe S, Angermeyer MC. Subjective illness theory and antipsychotic medication compliance by patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002, 26: 23-32.
42. Yılmaz S, Buzlu, S. Liverpool Üniversitesi antipsikotiklerin yan etkilerini değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006, 16: 147-54.
43. Pan PC, Tantam D. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance, a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatr Scand* 1989, 79: 564-70.
44. Lindstrom E, Bingerfors, K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Economic And Clinical Issues. Pharmacoeconomics* 2000, 18: 106-24.
45. McGlashan TH, Carpenter WT . Does attitude toward psychosis related to outcome? *Am J Psychiatry* 1981, 138: 797-801.
46. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi* 2001, 9: 29-39.
47. Nicolino SP, Vedana KG., Miasso AI., Cardoso L, Galera SA. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. *Rev Esc Enferm USP* 2011, 45: 708-15.
48. Cobb S. "Social Support As A Moderator Of Life Stress" *Toward An Integrated Medicine, Classics From Psychosomatic Medicine* 1959-79. USA, American Psychiatric Press, Inc, 1995.
49. Thoits PA. Stress, coping and social support processes: where are we? what next? *Journal Of Health And Social Behaviour* 1995, Extra Issue: 53-79.
50. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde sosyal destek, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1993, 5: 15-24.
51. Sarason IG, Levine H. Assessing social support questionnaire. *Journal Of Personality And Social Psychology* 1983, 44: 127-39.
52. Yıldırım İ. Akademik başarı düzeyleri farklı olan lise öğrencilerinin sosyal destek düzeyleri. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 1998, 2: 33-9.
53. Cohen S, Wills TA. Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychol. Bull* 1985, 98: 310-57.

54. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi I: kullanılan ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi. *Psikoloji Seminer Dergisi* 1989, 6-7: 19-26.
55. Çeçen AR. Öğrencilerin cinsiyetlerine ve ana baba tutum algılarına göre yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2008, 6: 415-31.
56. Barrera MJ, Ainlay SL. The structure and social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal Of Community Psychology* 1983, 11: 133-43.
57. Çera MJ. Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal Of Community Psychology* 1986, 14: 413-45.
58. Kim HK, Mckenry PC. Social networks and support: a comparison of african americans, asian americans, caucasian and spanics. *Journal Of Comperative Family Studies* 1998, 29: 313-34.
59. Kef S. The personal networks and social support af blind and visually impaired adolescents. *Journal Of Viasual İmpairment And Blondness* 1997, 91: 236-44.
60. Procidano M, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal Of Communtiy Psychology* 1983, 11: 1-24.
61. Herzberg DS, Hammen C, Burge D, Daley S, Davila J, Lindberg N. Attachment cognitions predict perceived and enacted social support during late adolescence. *Journal Of Adolescent Research* 1999, 14: 387-404.
62. Richman JM, Rosenfeld LB. Social support for adolescents at risk of school faillure. *Social Work* 1988, 43: 309-24.
63. Yıldırım, G. Akademik başarının yordayıcısı olarak gündelik sıkıntılar ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006, 30: 258- 67.
64. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12: 17- 25.
65. Pearson JE. The definition and measurement of social support. *Journal Of Counselingand Development* 1986, 64: 390-5.
66. Dunn ME, Burbine T, Bowers CA, Dunn ST. Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal* 2001, 37: 39-52.
67. Dunst CJ, Trivette CM. Mediating influences of social support: personal, family and child outcomes. *American Journal Of Mental Deficiency* 1986, 90: 403-17.

68. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
69. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995, 34: 45-55.
70. Yılmaz E. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi 2012.
71. Razali SM, Mzam Y. Adherence in schizophrenia: a comparison between outpatients and relapse cases. *East Asian Arch Psychiatry* 2014, 24: 68-74.
72. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2012, 20: 93-103.
73. Tunca Z, Hancıoğlu M. Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993, 4: 219-23.
74. Tunnicliffe S, Harrison G, Standen PJ. Factors affecting compliance with depot injection treatment in the community. *Soc. Psych. Psych. Epid* 1992, 27: 230-3.
75. Col SE, Çaykoylu A, Karakaş Uğurlu G, Uğurlu M. Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *General Hospital Psychiatry* 2014, 36: 208–13.
76. Albor C, Uphoff EP, Stafford M, Ballas D, Wilkinson RG, Pickett KE. The effects of socioeconomic incongruity in the neighbourhood on social support, self-esteem and mental health in England. *Social Science & Medicine* 2014, 111: 1-9.
77. Khatip Y, Bhui K, Stephen A. Does social support protect against depression & psychological distress? findings from the relachs study of east london adolescents. *Stansfeld Journal of Adolescence* 2013, 36: 393–402
78. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, & Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Science & Medicine* 2005, 60: 2549-59.
79. Jensen MP, Smith AE, Charles BSA, Bombardier H, Yorkston KM, Miro J, Molton IR. Social support, depression, and physical disability: Age and diagnostic group effects. *Disability and Health Journal* 2014, 7: 164-72.



80. Wang, Honghong, et al. Depressive symptoms and social support among people living with hiv in hunan, China. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2014, 25: 568-76.
81. Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Journal of Psychiatric Nurses* 2010, 1: 7-12.
82. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001, 2: 5-14.
83. Muslu, S. Şizofrenide Sosyal Desteğin Ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010
84. Langeland E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International journal of nursing studies* 2009, 46: 830-7.
85. Lindfors O, Ojanen S, Jääskeläinen T, Knekt P. Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. *Psychiatry research* 2014, 216: 44-51.
86. Hays JC, Krishnan KRR, George LK, Pieper CF, Flint EP, Blazer DG. Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry research* 1997, 72: 149-59.

## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**

Gülşen KILINÇ 29 Ocak 1989 tarihinde Mersin’ de doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra 2006 yılında Mardin Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’ nü kazandı. 2010’ da mezun oldu. 2011-2014 tarihleri arasında Elazığ Karakoçan Devlet Hastanesi ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’ nde hemşire olarak görev yaptı. 2013’ de İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı’ nda yüksek lisans eğitimine başladı. 2014’ de ÖYP kapsamında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu’ nda araştırma görevlisi kadrosunda göreve başladı. Halen ÖYP kapsamında 35. madde görevlendirmesi ile İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu’ nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

## EK-2. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Gülşen KILINÇ

1.Kaç yaşındasınız?

1)18-24 yaş arası 2)25-39 yaş arası 3)40-54 yaş üzeri 4)55 ve üzeri

2.Cinsiyetiniz nedir?

1)Kadın 2) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

1) Evli 2) Bekar 3)Diğeri (boşanmış, dul)

4. Eğitim durumunuz nedir?

(1) Okur-yazar Değil (2) Okur-yazar (3) İlköğretim (4) Lise (5)Yüksek Öğrenim ve üzeri

5. Çalışma durumunuz nedir?

1) Çalışıyor 2)Çalışmıyor

6. Kiminle yaşıyorsunuz?

1) Yalnız 2) Kendi aile ile 3) Eş ve çocuklar ile 4) Diğerleri...

7.Eşinizin çalışma durumu nedir?

1)Çalışıyor 2)Çalışmıyor

8.Eşinizin eğitim durumu nedir?

(1) Okur-yazar Değil (2) Okur-yazar (3) İlköğretim (4) Lise (5)Yüksek Öğrenim ve üzeri

9. Gelir düzeyiniz nedir?

1) İyi 2) Orta 3) Kötü

10.Yaşadığınız yer?

1) İl 2) İlçe 3) Belde/Köy

11.Hastalığınızın Tanısı Nedir?

1)Şizofreni 2)Bipolar Bozukluk 3)Depresyon 4)Madde Bağ. 5)diğer

12. Ailede sizin dışınızda psikiyatri hastası var mı ?

1)Evet 2)Hayır

13. Ek hastalığınız nedir? ( Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Diyabet hastalığı

Hipertansiyon

Kalp hastalığı

Böbrek hastalığı

Diğer ( Açıklayınız.....)

### **EK-3. Morisky Uyum Ölçeği**

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

Evet( )      Hayır ( )

2- İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?

Evet( )      Hayır ( )

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

Evet( )      Hayır ( )

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

Evet ( )      Hayır ( )

#### **EK-4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal desteği ve sosyal desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin annemi babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

## EK-5. Kamu Hastaneleri Birliği İzin Formu



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIğI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIğI - ELAZIĞ İLİ KAMU  
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -  
ELAZIĞ KHEBOS EĞİTİM BİRLİMİ  
01.10.2014 16:23 - 33564870 / 770 / 2014 1297581.284  
00005473905

Sayı : 33564870/770  
Konu : Uygulama İzni

### İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 26/09/2014 tarih ve 50235129-25-5292-4859 sayılı yazınıza.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı öğrencilerinden Gülsen BEKTAŞ'ın tez çalışması kapsamında hazırladığı anket çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde uygulama talebi tarafımızca değerlendirilmiş olup; anket çalışmasının Sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, anket sonucunun tarafımıza gönderilerek Genel Sekreterliğimizin bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Tarkan ÖZDEMİR  
Genel Sekreter

10.10.2014 2918

Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı  
Oğunlar Mah. Atatürk Bulvarı No:2 ELAZIĞ  
Ağresli bilgi için: Adnan ATAŞ 0 424 247 05 10 (3128) Faks 0 424 247 60 10 03 adnan.atas@saglik.gov.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8f56919d-6478-4a5b-a180-48a09014d120 kodu ile erişebilirsiniz.



## EK-6. Etik Kurul Onay Sayfası

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/142

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Rukuye Aylaz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/142

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/142	Tarih: 17.09.2014	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2014/142

Doç. Dr. Ergül ALÇIN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Edlin
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Edlin
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Edlin
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Edlin
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmad
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmad

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.