



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM SOSYAL  
DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

**BÜLENT KOCAKAHYA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SIVAS-2019**

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

**PSİKİYATRİ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM SOSYAL  
DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ DURUMUNUN BELİRLENMESİ**

**BÜLENT KOCAKAHYA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

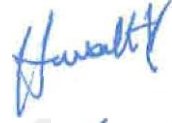
**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Havva TEL**

**SİVAS-2019**

**“Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri** Hemşireliği Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Havva TEL



Üye

Prof.Dr.Meral KELLEÇİ



Üye

Doç.Dr. Duygu HİÇDURMAZ



ONAY

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

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

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

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince hiçbir desteğini esirgemeyen, mesleki geliőim sürecimde büyük rol sahibi Danıőmanım Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Havva TEL'e, araştırma verilerinin istatistiksel analizinde yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Ziyet ÇINAR'a, yüksek lisans eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen aileme, arkadaşlarım ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkür ediyorum.



## ÖZET

### PSİKİYATRİ HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ DURUMUNUN BELİRLENMESİ

Bülent KOCAKAHYA

Yüksek Lisans Tezi

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Havva TEL

2019, 78+xii sayfa

Bu araştırma psikiyatri hastalarında tedaviye uyum, sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 9 Nisan - 30 Haziran 2018 tarihlerinde Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen, psikiyatrik hastalık tanısı almış, 18 yaş ve üzeri, en az bir yıldır ilaç kullanan, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmaya kabul eden 327 psikiyatri hastası oluşturmuştur. Araştırmada verilerin toplanmasında “ Kişisel bilgi formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu”, “Morisky Tedavi Uyum Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Araştırma verileri parametrik şartları sağladığından bağımsız iki grup için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t testi), ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi(ANOVA) kullanılmıştır. İkiden fazla gruplu karşılaştırmalarda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane’s T2 testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  düzeyi benimsenmiştir.

Araştırmada hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum ölçeği puan ortalamaları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p > 0.05$ ) fakat kadın hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni durumu, eğitim durumu, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, ekonomik durum, yaşadığı yer durumu, ilaç alımı ve kontrole gidilmesinin desteklenmesi durumu, ilaç yan etkisi

yaşama durumu, yardıma ihtiyacı olduğunda destek alabilme durumu, destek aldıkları kişi durumu ve alınan desteğin yeterlilik durumuna göre hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Evli, yüksek eğitilmiş, geniş ailede eşi ve çocukları ile birlikte ve kendi evinde yaşayan, çalışma durumu olan yardıma ihtiyacı olduğunda destek alabilen, ilaç yan etkisi yaşamayan, ilaç alımı ve kontrollere gidilmesi desteklenen, aileden destek alan ve alınan desteği yeterli bulan hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun arttığı, ilaç uyumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** psikiyatrik hastalık, tedaviye uyum, sosyal destek, yaşam kalitesi

## **ABSTRACT**

### **IDENTIFYING COMPLIANCE TO TREATMENT SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE STATUS OF PSYCHIATRIC PATIENTS**

Bülent KOCAKAHYA

Master's Thesis

Department of Psychiatric Nursing

Advisor: Prof. Dr. Havva TEL

2019, 78+xii pages

This research was conducted descriptively and cross-sectionally to identify compliance to treatment, social support and quality of life status of psychiatric patients. The sample of this study consisted of 327 psychiatric patients who were admitted to the psychiatry outpatient clinic of Cumhuriyet University Health Services Practice and Research Hospital between April 9 and June 30, 2018, diagnosed with a psychiatric illness, aged 18 years or older, had taken medication for at least one year, were able to communicate and who accepted to participate in the study. Data were collected using “Personal Information Form”, “Multidimensional Scale of Perceived Social Support”, “The World Health Organization Quality of Life Scale Turkish Version” and “Morisky Medication compliance Scale”. Data were collected through face-to-face interviews.

The data obtained from the study were evaluated with SPSS 22.0 program. Since the research data provided parametric conditions, the significance test of the difference between two means for two independent groups (t test) and one-way analysis of variance (ANOVA) were used for more than two groups. In comparisons with more than two groups, Tamhane's T2 tests were used to determine from which group the difference originated. Pearson correlation was used to determine the direction and level of the relationship between the variables. Statistical significance level was accepted  $p < 0.05$ .

There was no statistically significant difference between the mean scores of social support, quality of life and medication compliance scale of the patients according to gender ( $p > 0.05$ ), however, social support, quality of life and compliance to treatment scores of women were found to be higher than men. There was a statistically significant



difference among patients' social support, quality of life and compliance to treatment scores according to their marital status, educational level, family type, people they live with, working status, financial status, place of residence, medication intake, having support to go to controls, experiencing side effect of drugs, receiving support in case of need for assistance, by whom support is received and adequacy of this support ( $p < 0.05$ ). Social support, quality of life and compliance to treatment scores of patients who were married, highly-educated, living at their own house with their extended family, working, receiving support when needed, not having drug side effect, having support for going to controls and for medication intake, having support from the family and finding this support adequate were found to be high.

There was a statistically significant, positive and strong relationship between social support, quality of life and compliance to treatment scores of the patients. It was found that patients' quality of life levels and compliance to treatment increased as their social support levels increased and, their quality of life levels increased as their compliance to treatment increased.

**Key Words:** Psychiatric illness, compliance to treatment, social support, quality of life

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>xi</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
Ruh Sağlığı.....	6
Psikiyatrik Hastalık .....	7
Psikiyatrik Hastalıklarda Tedavi Yöntemleri .....	8
Tedaviye Uyum .....	10
Tedaviye Uyumsuzluk .....	11
Sosyal Destek .....	12
Yaşam Kalitesi .....	13
Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Psikiyatri Hemşireliği Açısından Önemi.....	15
<b>3.GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>16</b>
Araştırmanın Amacı .....	16
Araştırmanın Tipi .....	16
Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	16
Araştırmanın Evreni .....	16
Araştırmanın Örneklemi.....	16
Veri Toplama Araçları .....	17
Kişisel Bilgi Formu(EK 1) .....	17
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ)(EK 2).....	17
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)(EK 3) .....	18
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği(EK 4) .....	18
Verilen Toplanması .....	19
Verilerin Analizi.....	19
Araştırmanın Değişkenleri .....	19
Bağımlı Değişkenler .....	19

Bağımsız Değişkenler .....	20
Araştırmanın Etik Yönü .....	20
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>21</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>44</b>
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>52</b>
Sonuçlar.....	52
Öneriler .....	52
<b>7. KAYNAKÇA .....</b>	<b>54</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>65</b>
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu .....	65
Ek-2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	67
Ek-3:Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) .....	69
Ek-4: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	72
Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	73
EK-6: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı .....	75
EK-7: Araştırma İzin Onayı .....	77
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>78</b>

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları .....	21
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Bilgileri .....	22
Tablo 4.3. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyum Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	23
Tablo 4.4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Ölçek Puan Ortalaması.....	24
Tablo 4.5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	25
Tablo 4.6. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	27
Tablo 4.7. Hastaların Aile Tipi Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları ....	29
Tablo 4.8. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	30
Tablo 4.9. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	32
Tablo 4.10. Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları ....	33
Tablo 4.11. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	34
Tablo 4.12. Hastaların İlaç Alımının Desteklenmesine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	36
Tablo 4.13. Hastaların Kontrole Gitmenin Desteklenmesine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	37

Tablo 4.14. Hastaların Yan Etki Yaşama Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	38
Tablo 4.15. Hastaların Yardıma İhtiyacı Olduğunda Destek Alabilme Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	39
Tablo 4.16. Hastaların Destek Alınan Kişilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları ....	40
Tablo 4.17. Hastaların Alınan Desteğin Yeterlilik Düzeyine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	42
Tablo 4.18. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puanları Arasındaki İlişki.....	43

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Psikiyatrik hastalık genellikle bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde dengesizlik, aşırılık, tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik görülmesi durumudur (Pektaş ve ark., 2006). Ruhsal hastalıklar yineleyici ve sürekli olması sebebiyle kronik hal alabilirler. Bu yüzden tam bir iyileşme görülmeyebilir. Psikiyatrik hastalıklar kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında da bozulmalara sebep olurlar(Çam, 2014). Ülkemizde yapılan en büyük epidemiyolojik çalışmalardan birisi olan “ Türkiye Ruh Sağlığı Profil çalışması ” Türkiye nüfusunun % 17.2’sinin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiğini bildirmiştir (Erol ve ark., 1998). Dünyada yapılan en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD’de “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü” tarafından gerçekleştirilen “Epidemiyolojik Alan Çalışması”nda en az bir ruhsal bozukluğun toplumda ki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu tespit edilmiştir (Reiger ve ark., 1984). Ruhsal hastalık yaygınlığının ülkemizde oldukça fazla olması, hastalığın kronik hal alması, işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalara neden olması bakımından psikiyatri hastalarında tedaviye uyumda önemli rol oynamaktadır (Akarçay, 2013).

Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi tedavi planını tamamlamayı ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmek olarak tanımlanmaktadır (Çobanoğlu ve Ark., 2003). Tedaviye uyum sadece reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın sağlık çalışanlarının tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı kapsamaktadır (Yılmaz ve Buzlu., 2012). Tedaviye uyum hasta ve bakım vericisi ile iş birliği içerisinde olmayı gerektirir. Belirtilen tarihte kontrollere gelmek, ilaçları önerilen dozda ve saatte kullanmak, uygun davranış ve diyetle bağlı kalmak tedaviye uyumun en önemli unsurlarıdır (Demirkol ve ark., 2016; Dikeç ve ark., 2015).

Uyum tüm tedavilerde başarının en önemli ögesi olup sağlıklı bir hayat modeli oluşturmayı sağlar (Demirkol ve ark., 2016; Dikeç ve ark., 2015). Tedaviye uyum içerisinde ilaç uyumu önemli bir yer tutar. İlaç uyum oranı antipsikotiklerde % 40 -% 60, duygudurum dengeleyiciler için % 18 -% 56 ve antidepressanlar için % 30 -% 97 (ortalama% 63) olarak bildirilmiştir (Mert ve ark., 2015). Ayrıca tanılamaya dayalı ilaç bağlılığını değerlendiren çalışmalarda, bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaca bağlılık oranının % 12 - 64, şizofreni hastalarında % 11 -% 80 ve depresyonu olan hastalar da % 30 -% 60 arasında olduğu gösterilmiştir (Mert ve ark., 2015).

Tedaviye uyum kronik hastalıklarda tedavinin temelini oluşturur. Psikiyatrik hastalıklar genellikle uzun süreli ve tekrarlayıcı nitelikte olduğu için tedaviye uyum hastalığın seyri açısından büyük önem taşımaktadır (Demirkol ve ark., 2015).Gelişmiş ülkelerde hastaların % 50 si, gelişmekte olan ülkelerde ise hastaların yarısından fazlası ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmamaktadır (World Health Organization, 2003). Hastalarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi hastaların uygulanan tedaviye uyumlu bir şekilde bağlı olması ile mümkün olur (Dikeç ve ark., 2015). Psikiyatrik bozuklukların ilaçlarla tedavisindeki gelişme ve ilerlemelere rağmen bozuklukların seyri ve sonrası ile ilgili halen çok fazla bir ilerleme kaydedilmediği görülmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden birisi de hastaların önerilen tedaviyi sürdürmedeki uyumsuzluğudur (Meriç ve ark., 2010). Dünya Sağlık Örgütü, kronik bir hastalığı olan insanlarda ilaç uyumsuzluk oranının% 50 civarında olduğunu bildirmiştir (Mert ve ark., 2015).

Tedaviye uyumsuzluk; ilacın önerilen dozda ve zamanında kullanılmaması ya da tedavinin erken kesilmesiyle ortaya çıkan ve yatış sayısını artıran mesleki ve ailesel sorunlara yol açan önemli bir durumdur (Demirkol ve ark., 2015). Tedaviye uyumsuzluk, hastalık belirtilerinin iyileşmemesi, tekrarlı hastane yatışları, hastanede yatış süresinin uzaması, tedavi maliyetinin artması, hastalığın kronikleşmesi ile bireyin işlevselliğinin bozulması, iş gücü kaybı ve aileye, topluma ekonomik yük, sağlık kurumlarına ise zaman ve enerji kaybı olarak yansımaktadır(Çobanoğlu ve ark., 2003). Psikiyatri hastalarında ilaç uyumsuzluğu tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkileyen sorunların başında gelmektedir (Çakır ve ark., 2010).

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyuma ilişkin çalışmalarda, hastaların tedaviye uyumsuzluk oranlarının %40-65 arasında olduğu ve uyum sorunlarının sıklıkla yaşandığı belirtilmektedir (Demirkol ve ark., 2016). Meriç ve ark., (2010) hastalık süresinin uzun ve yatış sayısının fazla olmasının ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Tedaviye uyumsuzluk ile ilgili olarak ilaç uyumunu etkileyen bir takım faktörler vardır. Bunlar; iç görünüm olmaması, tedaviye ilişkin bilgi eksikliğinin olması, sağlık güvencesine sahip olmama gibi hasta ile ilgili, ilaçların yan etkileri, etkisiz veya yüksek dozlarda ilaç kullanımı gibi ilaca bağlı, sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik zorluklar, çevrenin ilaç kullanımına karşı tutumları, inançlar gibi çevre ile ilgili terapötik ilişkinin zayıf olması, empati eksikliği, iletişim hataları, yetersiz takip gibi sağlık ekibi ile ilgili faktörleri içermektedir (Demirkol ve ark., 2016).

Hastaların ve ailelerinin tedaviye uyum, hastalık belirti ve bulguları konusunda yeterli derecede bilgilendirilmemesi, tedaviye uyumu etkileyen en önemli unsurlardan biridir (Xiaofeng Guo ve ark., 2013). Mc Glasha ve Carpenter(1981) çalışmasında; olguların üçte ikisinin tedaviye tam ya da kısmi uyumsuzluk nedeniyle yeniden hastaneye yatmak zorunda kaldığını belirtmiştir. İlk yatıştan sonraki bir yıl içerisinde tedaviye uyumsuzluk sebebi %40 oranında relapslar bulunmuştur (McGlashan ve ark., 1981). Altson ve ark. (2000) 213 hasta ile tedaviye uyum konusunda yaptığı çalışmada hastaların %50 sinde kısmi uyumsuzluk , %20 sinde ise tam uyumsuzluk olduğunu bildirmiştir (Çakır ve ark.,2010). Tedaviye uyumsuzluğunun önemli sonuçlarından birisi de ilaçların önerilen doz ve süreden az kullanılmaları nedeniyle amaçlanan biyokimyasal hedeflere ulaşamamasıdır (Regier ve ark., 1988). İlaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirirken temel amaç uyumsuzluğa neden olan faktörleri bulup uyumun şiddetini doğru bir biçimde ölçmektir. Uyumsuzluğa neden olan faktörler arasında sosyal desteğin yetersizliği önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın kronik seyirli olması, bakım verenlerin ilgilerinin azalması ya da bakım verenlerin ölmeleri durumunda hastaların sosyal desteklerinin azaldığı bir gerçektir. Bu durum hastalığın seyrini ve şiddetini olumsuz yönde etkilemektedir (Çobanoğlu ve ark., 2003).



Sosyal destek insanların yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. Sosyal destek bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan, kişiler arası ilişkileri güçlendiren, sağlığı koruyan bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek, bireyin yakın çevresinden yardım isteme ve diğerlerinin vereceği desteği kabul etmesiyle ilgilidir. (Kelleci ve ark.,2011).

Sosyal destek uzun süredir genel popülasyonda ruh sağlığını etkileyen önemli bir etken olmuş, ruhsal hastalıkların önlenmesi ve iyileşmesinde rol oynamıştır (Bovier ve ark., 2004; Corrigan ve Phelan., 2004 ).

Sosyal destek sistemlerinin olumlu etkilerinin olması son 25 yıldır araştırmacıların dikkatini bu yöne çekmesine neden olmuştur. Meehan, Durlak ve Braynt(1993) sosyal destek ile mutluluk, memnuniyet ve kendine güven arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; Jou ve Fukada(1995) ihtiyaç duyulan destek ile uyum arasında güçlü bir ilişki olduğunu; Lindgren ve Coursey (1995) sosyal desteğin strese karşı tampon etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Rahl(2003) da sosyal desteğe sahip olanların daha sağlıklı olduklarını saptamıştır (Doğan, 2008). Sosyal destek, ruhsal olarak hasta bireylerin kişisel şefkat ihtiyaçlarını karşılamakta ve özgüvenini arttırmaktadır.

Sosyal destek aynı zamanda ruhsal hastalığı olan kişilerde bağımlılık duygusuna da katkıda bulunur (Corrigan, 2003). Pinikahana ve arkadaşları (2002) yaptıkları bir gözden geçirme çalışmasında aile üyeleri ile yaşayan şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının yakınları olmayanlara göre daha iyi olduğu belirtilmiştir. Yeterli sosyal destek sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, hastaların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu artırmaktadır (Ardahan ve ark., 2006). Sosyal destek aynı zamanda sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini de artırmaktadır (Kelleci ve ark., 2011). Yaşam kalitesi kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından; “hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değer sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi herhangi bir hastalığa özgü kavram olmayıp hastalığın hastanın yaşamında yaptığı etkiyi açıklamaya çalışan bir kavramdır (Aydemir ve ark., 2009).

Yaşam kalitesi kavramının iki boyutu vardır. Bireyin “kendini iyi hissetmesi”, “yaşamdan doyum sağlaması” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının öznel boyutunu oluştururken; “bağımsız yaşayabilme”, “kişiler arası ilişkiler”, “ üretken olma ” gibi kavramlar ise nesnel boyutunu oluşturmaktadır. 1960'lı yıllarda psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi edilmeye başlaması ile hastaların kendilerini psikolojik, sosyal, fiziksel ve çeşitli çevresel koşullarla nasıl değerlendirildiği, yani yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar da başlamıştır. Psikiyatrik hastalıkların psikopatoloji ile yaşam kalitesi arasında yakın ilişki olduğu için yaşam kalitesi iyi bir tedavi planının vazgeçilmez parçası olarak görülmektedir (Doğanavşargil, 2009).

Psikiyatrik hastalıkların kronik olması, bazı zamanlarda hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi ve tekrarlı yatışların önlenmesi konusunda tedaviye uyum önemli bir faktördür. Tedaviye uyumun en önemli parçalarından birisi de ilaç tedavisidir. Hastalarda sık sık ilaç uyumsuzluk problemleri görülmektedir. Bunun en büyük nedeni hastaların sosyal destek düzeylerinin yetersiz olmasıdır. Sosyal desteğin fazla olması hastaların ilaç uyumsuzluk sorunlarını daha az yaşamalarına ve sonucunda da yaşam kalitelerinin daha iyi olmasında katkı sağlayacaktır.

Psikiyatri hemşiresi hasta ile bakımın her aşamasında en yoğun çalışan meslek grubu arasında yer alması nedeni ile tedaviye uyum programlarının belirlenmesi, uyumsuzluk problemlerinin azaltılması, sosyal destek kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması gibi konularda sahip olduğu rolleri kullanarak yaşam kalitesinin artmasına da katkı sağlayacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı ve ruhsal hastalığın kesin bir tanımı yoktur. Sağlık ve hastalık kavramları toplumlara göre farklılık gösterebilmektedir. Her toplumun kendine özgü kültür, inanç ve değer yargıları vardır. Bu da toplumun sağlığı ve hastalığı nasıl tanımladığını etkiler. Bir toplumun kabul edilebilir ve uygun olduğunu düşündüğü davranışı, başka bir toplum uyumsuz ve uygunsuz olarak görebilir. O yüzden ruhsal sağlığın ve hastalığın tanımını bu doğrultuda değerlendirmek gerekir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlar. Bu tanım, sağlığı olumlu bir refah hali olarak vurgular. Refah, yaşama dair kişinin sahip olduğu sorumluluklarını yerine getirmesine, günlük yaşamda etkin bir şekilde çalışmasına, kişilerarası ilişkilerinden ve kendilerinden memnun olmasına yardımcı olur(Videbeck, 2011). Genel olarak, bir kişinin davranışı ruh sağlığına dair ipuçları sağlayabilir. Her insan farklı bir davranış görüşüne veya yorumuna sahip olabileceğinden (değerlerine ve inançlarına bağlı olarak), ruh sağlığının tespiti zor olabilir. Çoğu durumda; ruhsal sağlık, kişilerarası ilişkiler, etkili davranış ve başa çıkma, olumlu benlik kavramı ve duygusal istikrarın sağlanmasıyla kanıtlanan duygusal, psikolojik ve sosyal iyilik halidir (Stuart, 2013)

Ruh sağlığının birçok bileşeni ve onu etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler bir biri ile etkileşime girerler. Bu nedenle, bir kişinin ruh sağlığı dinamik veya sürekli değişen bir durumdur. Kişilerin ruh sağlığını etkileyen faktörler; bireysel, kişilerarası ilişkiler, sosyal ve kültürel faktörler olarak sınıflandırılabilir. Bireysel veya kişisel faktörler; bir kişinin biyolojik yapısını, özerkliğini ve bağımsızlığını, öz saygısını, yaşamda anlam bulma becerisini, duygusal esneklik ya da sertliğini, aidiyet duygusunu, gerçeklik yönelimini, başa çıkma ya da stres yönetim yeteneklerini içerirken, kişiler arası ilişkileri etkileyen faktörler ise; başkalarına yardım etme yeteneği, samimiyet, ayrılık ve bağlılık dengesi gibi etmenleri içerir. Sosyal, kültürel ve çevresel faktörler arasında; topluluk duygusu, yeterli kaynaklara erişim, şiddetin hoşgörüsüzlüğü, insanlar arasında çeşitliliğin desteklenmesi, çevrenin tepkisi, dünyaya ilişkin bakış açısı gibi etkenler bulunmaktadır (Videbeck, 2011., Townsend, 2011).

## **Psikiyatrik Hastalık**

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA,2000), ruhsal hastalığı veya zihinsel bozukluğu; sosyal, psikolojik, genetik, fiziksel/ kimyasal veya biyolojik rahatsızlıkların bir sonucu olarak işlev gören psikolojik ve davranışsal belirtilerde belirgin şekilde bozukluğun olmasıyla karakterize bir hastalık veya sendrom olarak tanımlar (Lutheran ve ark., 2012). Townsend (2009) ruhsal hastalığı “uyumsuzluk” olarak tanımlamaktadır. Bu uyumsuzluk yerel ve kültürel normlara uygun olmayan, bireyin sosyal, mesleki veya fiziksel işleyişine müdahale eden düşünceler, duygular ve davranışlarla kanıtlanan iç veya dış çevredeki stresörlere verilen tepkilerden oluşur (Townsend, 2009). Ruhsal hastalıkların etiyojileri arasında; beyindeki nörokimyasal değişiklikler, genetik, çocukluk dönemindeki yetersiz beslenmeler, olumsuz yaşam koşulları, travmatik yaşam olayları, problemlerle baş edememe gibi faktörler yer almaktadır (Videbeck, 2011). Psikiyatrik hastalıkların belirtileri arasında; gerçekçi olmayan kaygılar ya da korkular, gerçeği ayırt edememe, yaşamdaki belirsizlikler, hayatında anlam kaybı, etkin olmayan kişiler arası iletişim, ilişkilere aşırı bağımlılık ya da geri çekilme, aidiyet duygusunun olmayışı gibi belirtiler bulunmaktadır (Lutheran ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü ortalama ruhsal bozukluk prevalansını %18 ile %36 arasında olduğunu belirtmiştir (WHO 2017). Dünyada yapılan en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD’de “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü” tarafından gerçekleştirilen “Epidemiyolojik Alan Çalışması”nda en az bir ruhsal bozukluğun toplumda ki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en yaygın görülen ruhsal bozukluğun anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun %7’sinde görüldüğü bildirilmiştir (Reiger ve ark., 1984). Yapılan çalışmalarda birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda ve genel toplumda ruhsal bozuklukların yaygınlığının %11 ile %50 arasında değiştüğü belirtilmektedir. Ülkemizde de son yıllarda ruhsal bozukluklarla ilgili epidemiyolojik çalışmaların sayısı hızla artmaktadır. Ülkemizde gerçekleştirilmiş en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması”nda Türkiye’de nüfusun %17.2’sinin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdüğü bildirilmektedir (Erol ve ark., 1998). Türkiye 'de, toplum içinde tedaviyi gerektirecek düzeyde ruhsal sorunu olanlar % 20; kesin ruhsal bozukluğu olanlar ise % 5-10 düzeyindedir. Nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklar toplum içinde en yaygın ruhsal bozukluklar olarak belirlemektedir (Bademli ve Lök, 2017).

Ruhsal hastalıklarda cinsiyet belirleyici rol oynamaktadır. Tüm ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığı genellikle kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Kadınlarda; özellikle nevrozlar, psikosomatik hastalıklar, depresif bozukluklar, uyku bozuklukları gibi hastalıkların daha yaygın olduğu görülmektedir. Buna karşılık erkeklerde; alkolizm, ilaç alışkanlıklarının ve kişilik bozukluklarının daha fazla olduğu gözlenmektedir (Küey ve ark., 1987). Ruhsal hastalıklarda yaş belirleyicidir. Yaş arttıkça ruhsal sorun ve bozukluklar prevalans hızlarının da artış gösterdiği bildirilmektedir. 45 yaşın üzerinde nevroz, 65 yaşın üzerinde ise organik kökenli ruhsal bozuklukların daha yaygın olduğu ortaya çıkmaktadır. Yine 40 yaşın üzerinde depresif belirtilerin, uyku bozukluklarının ve uyku ilacı almanın daha yaygın olduğu görülmektedir. Ruhsal hastalıklarda medeni durum önemli rol oynamaktadır (Bademli ve Lök, 2017). Tüm ruhsal bozuklukların evli kadınlarda evli erkeklere göre daha yaygın olduğu görülüyor. Dullarda, evli ve bekarlara göre psikoz, nevroz, psikosomatik hastalıklar ve depresif bozukluklar daha yaygındır. Evlilerde ise, bekarlara göre nevroz ve psikosomatik hastalık prevalanslarının daha yüksek bulunmaktadır. Diğer yandan, uyku bozukluklarının da bekar, dul ve boşanmışlarda, evlilere göre daha yaygın olduğu ortaya çıkmaktadır. Bireylerin yaşadıkları coğrafi bölge de ruhsal hastalık açısından belirleyici olmaktadır. Genel olarak ruhsal bozukluk prevalanslarının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği; psikozlarının ise kırsal kesimde daha yaygın olduğu görülmektedir. Sosyoekonomik düzey durumlarına göre de ruhsal hastalıkların yaygınlıkları değişmektedir. Genel olarak ruhsal bozuklukların alt sosyoekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu; alkolizm ve ilaç alışkanlıklarının ise üst gelir gruplarında daha yüksek oranlarda bulunduğu görülmektedir (Küey ve ark., 1987).

### **Psikiyatrik Hastalıklarda Tedavi Yöntemleri**

Tıbbi müdahale, hekim tarafından hastalığın teşhis veya tedavisi gereği ile yapılan ve tıp biliminde uygulanması kabul görmüş her türlü eylem olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi müdahalede amaç tedaviye yönelik olmalıdır. Bazı durumlarda tedavi kesin olmayabilmektedir. Bu durumda hastanın tedavi edilebilir yönleri ele alınmalı ve ruhsal hastalığın neden olduğu sıkıntılar hafifletilmelidir. Psikiyatrik hastalıkların tedavi sürecinde genel olarak psikofarmakolojik tedaviler, somatik tedaviler ve psikoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (Ayan, 1993).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde en etkili ve yaygın kullanılan yöntemlerden birisi psikofarmakolojik tedavilerdir. Tıbbi tedavi alanındaki yenilik ve gelişmelere bağlı olarak, hasta için en yararlı ilacı uygulamanın ve günlük yaşamı etkilemeden hastayı tedavi etmenin önemi son yıllarda gittikçe artmaktadır (Çam, 2014)

1950'li yıllarda ruhsal hastalıkların önemli bir bölümünde uygun ve etkili ilaçların bulunmasıyla birlikte, psikiyatrik hastalıkların genetik ve biyokimyasal kökenlerinin olduğu düşünülmüştür. Bu şekilde gündeme gelen biyolojik psikiyatri, yeni ilaçların da keşfedilmesiyle birlikte birçok psikiyatrik hastalığın biyokimyasal temelini aydınlatılmasını sağlamıştır.(Yöney, 2001).

Günümüzde psikiyatrik hastalıkların birçoğu için geçerli varsayımlar öne sürülmüş ve bunların test edilme olanağı bulunmuştur. Psikiyatrik ilaçların bazıları hastalıklar üzerinde tam bir iyileşme sağlamasa da hastalığın gidişatını olumlu yönde etkilerken bazıları da bu hastalıkların tekrarlamasını önleyerek koruyucu özellik sağlamaktadır. Genel olarak kullanılan ilaç grupları ise; antidepressanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, duygudurum düzenleyiciler ve depo ilaçlar olarak ele alınmaktadır (Ertuğrul ve Rezaki., 2005). Psikiyatride somatik tedavi arayışları 1800'lü yıllarda başlamıştır. Somatik tedaviler arasında; hormon ekleme tedavileri, psikocerrahi, ışık tedavisi, uyku yoksunluğu, narkoterapi, transkraniyal manyetik uyarmı, nervus vagus uyarmı ve elektrokonvülsif tedavi (EKT) gibi yöntemler bulunmaktadır. Bunların arasında en yaygın ve en uzun süre kullanılan yöntem ise elektro konvülsif tedavidir (Tural, 2007). EKT beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak jeneralize (yaygın) konvülsiyonlar oluşturma işlemidir (Atagün ve ark., 2012). Psikiyatride uygulanan ilk tedavi yöntemlerinden birisi olup 1938'den günümüze kadar ruhsal hastalıkların tedavisinde etkin bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Dönmez ve Yılmaz, 2011). 1950'li yıllarda psikotrop ilaçların (antipsikotiklerin ve antidepressanların) geliştirilmesiyle birlikte EKT'nin kullanımı azalmış ve daha az tercih edilir bir tedavi yöntemi olmuştur. 1980'li yıllardan sonra bazı hastalıklarda psikotrop ilaçlarla yeterli terapötik etkinlik sağlanamadığından, EKT kullanımı tekrar artmaya başlamıştır (Zeren ve ark., 2003). EKT; majör depresyon, manik bozukluk, şizofreni, katatoni, malign nöroleptik sendrom, parkinson hastalığı, epilepsi, deliryum, zeka geriliği, postpartum depresyon, yineleyici intihar düşünceleri, psikoz gibi ilaç tedavilerinin etkili olmadığı durumların tedavisinde kullanılmaktadır (Benbow ve Crenstil, 2004).

Tedavi yöntemlerinden birisi de psikoterapilerdir. Psikoterapi, çok geniş anlamda, düşünce, duygu ve davranışları, konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme, sıkıntılarının 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 kişide değiştirmeyi amaçlayan tüm yollar psikoterapinin kapsama alanına girer (Çam, 2014).

Psikoterapi uygulamaları ilk bakışta pahalı bir yöntem olarak gözükse de hastaneye yatış süresini, gereksiz yere hekimlere başvurmayı ve gereksiz tetkiklerin azalmasını, dolayısı ile uzun dönemde sağlık harcamalarının azalmasına ve hepsinden önemlisi kişinin yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar. Birçok psikiyatrik hastalıkta ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi yöntemi uygulandığında olumlu sonuçlar alınır ve özellikle tekrarlı yatışları önlemek açısından daha başarılı olur (Özmen, 2008). Psikoterapinin kuram ve yöntemlerini bilmek psikoterapi uygulaması için yeterli değildir. Gerçek uygulamada her sağaltımcının üzerinde özenle durması gerektiği temel ilkeler vardır. Bu ilkeler; hastayı dinleyebilmek, empati yapabilmek, zihinselleştirmek, ilgilenebilmek, yan tutmamak, yargılamamak, esnek olabilmek, zaman verebilmek ve uygulamalı psikoterapi eğitimi görmek şeklinde sıralanabilir. 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 (Öztürk, 2008).

### **Tedaviye Uyum**

Uyum, sözcük anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen şekilde davranış olarak ifade edilmektedir. Amaç doğrultusunda davranış değişikliğinin kişide gözlenmesi uyumun göstergesidir (Kılınç, 2015). Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Bu tanım, sadece reçete edilen ilaçların kullanımı şeklinde dar bir alanla sınırlı kalmayıp, hastanın sağlık çalışanlarının tüm önerilerine davranış boyutunda uyum göstermesi şeklinde geniş bir alanı içermektedir (Demirkol ve Tamam, 2016).

Tedavi uyumu, hasta ve bakım vericisinin hastanın sağlık bakımı ve sağlıkla ilişkili kararlarına ilişkin işbirliğini ifade eder. Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak, tedaviye uyumun önemli unsurlarıdır (Dikeç ve Kutlu, 2015). Psikiyatrik hastalıklar genellikle uzun süreli ve tekrarlayıcı nitelikte olduğu için tedaviye uyum hastalığın seyri aşıısından büyük önem taşımaktadır. Aksi taktide hastalığın kronik olması uyum problemlerinin yaşanmasına neden olur (Çakır ve ark, 2010).

### **Tedaviye Uyumsuzluk**

Her insan yaşamındaki sorunlara belli düzeyde uyum gösterme kapasitesine sahiptir. Hastalığa sahip olmak kişinin uyumunu bozan bir durumdur. Hastalığın ve tedavinin sahip olduğu özellikler uyumda önemli bir rol üstlenmektedir. Kronik hastalıkların varlığı bireyin sahip olduğu yaşam biçiminde farklılıklara, çok boyutlu kayıplara ve başkalarına bağımlı olmasına sebep olur. Bu durum kişilerin hastalığa ve tedaviye uyumsuzluk problemleri yaşamalarına neden olabilmektedir (Tel ve ark, 2010). Tedaviye uyumsuzluk, reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde tanımlanabilir. Tedaviye uyumsuzluk birçok kronik hastalıkta sık görölmesine rağmen ruhsal bozukluklarda görölme oranı daha fazladır. Bunun nedenleri arasında; hastalığa karşı iç görölünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın psikopatolojisi, ilaçlara bağlı ortaya çıkan nörolojik, endokrin ve antikolinergik yan etkilerin fazla yaşanması, çevresel ve sosyal desteğin yetersiz olması gibi faktörler gösterilebilir (Demirkol ve Tamam, 2016).

Tedaviye uyumsuzluk, hastalığın şiddetini ve tedavi masraflarını artırarak; kişilerin psikiyatrik tedavilere olan inancını ve tedavinin devamlılığını azaltmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015). Mc Glasha ve Carpenter'in çalışmasında; olguların üçte ikisi tedaviye tam ya da kısmi uyumsuzluk nedeniyle yeniden hastaneye yatmak zorunda kaldığını belirtmiştir. İlk yatıştan sonraki bir yıl içerisinde tedaviye uyumsuzluk sebebi ile %40 oranında relasplar görölmemektedir (McGlashan ve ark., 1981). Altson ve ark. 2000 yılında 213 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların %50 sinin kısmi uyumsuzluk, %20 sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini bildirmiştir (Çakır ve ark., 2010). Tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında sosyal destek kaynaklarının yetersiz olması veya etkin bir şekilde kullanılamaması faktörü de önemli rol oynamaktadır.



## Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı ilk olarak 1960'lı yıllarda koruyucu sağlık kapsamında yapılan araştırmalarda incelenmiş, sağlıkla bağlantısı araştırılmış, sosyal desteğin stres ve stresin neden olduğu hastalıklarda, sağlığı olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Sorias, 1988). Sosyal destek, kişilerarası ilişkileriyle bireylere sunulan psikolojik ve maddi kaynakları ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Sosyal desteğin hem zihinsel hem de fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğu uzun zamandır bilinmektedir (Rodriguez ve Cohen, 1998).

Sosyal destek travmatik yaşam olaylarının, fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletme veya dengeleme görevini yapmakla beraber kişinin hayatında var olan stresli yaşam koşulları olsun ya da olmasın her durumda fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde de olumlu bir etki sağlamaktadır (Aktaş ve Sertel, 2012). Herhangi bir aile üyesinde kronik ruhsal bir hastalığın varlığı; bütün aile fertlerinin duygusal sıkıntı yaşamasına neden olur ve sosyal destek ihtiyacını artırır. Toplumun hastalığa karşı olumsuz bakış açısı ve tutumları da ailenin ve bireyin etkin bir şekilde yardım almasına engel olur. Bu sebepten dolayı hastalık önemli bir stresör olarak aile bireylerin ruh sağlığına tehdit oluşturarak bireye istenilen düzeyde yardımın edilememesine neden olur. Oysaki aile, bireyin en önemli sosyal destek kaynağıdır (Tel ve ark., 2010).

Sosyal desteğin şekillenmesinde yapısal ve işlevsel desteğin önemi büyüktür. Yapısal destek önlemleri, bireyin sosyal ilişkilerinin kapsamını ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirir. Tipik önlemler arasında medeni hal, arkadaşlık ilişkileri, akrabaların varlığı, bir gruba ait olma ve dini uğraşları yer alır. Düzenli sosyal temasın olduğu aile üyeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları sosyal ağın büyüklüğü olarak adlandırılır. Yapısal desteğin, sosyal bütünleşmenin sıkça kullanılan bir başka ölçüsü de, sosyal bir bağlantının ya da toplumsal bir ağa gömülme derecesinin global endeksidir (Rodriguez ve Cohen, 1998). Yapısal destek önlemleri yalnızca dolaylı olarak sağlanır. Kişilerarası ilişkilerden potansiyel olarak elde edilebilecek kaynakların endeksi, bireylerin sosyal ağlarının yapısının destek sağlama konusunda önemli etkileri olabilir. İşlevsel destek çabaları, kişilerarası ilişkilerde psikolojik ve maddi kaynakların varlığını değerlendirir (Yuki ve ark., 2014).

Kaynaklar genellikle üç tür destek açısından farklılaşır: kurumsal, bilgilendirici ve duygusal. Kurumsal destek, maddi olanak sağlama veya günlük işler konusunda yardım için maddi desteğin sağlanmasını içerir. Bilgilendirme desteği, bireyin mevcut zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olmayı amaçlayan ilgili bilgilerin sağlanmasını ifade eder ve tipik olarak kişinin problemleriyle başa çıkmada tavsiye veya rehberlik şeklini alır. Duygusal destek ise; empati, özen, güvence ve güven ifadesini içererek duygusal ifade için fırsatlar sunar. Yapısal ve işlevsel destek arasındaki temel ayrımın yanı sıra, diğer kavramsal konular sosyal desteğin ölçülüp anlaşılma şeklini etkiler. Algılanan veya beklenen destek ile alınan destek arasındaki ilişki kişinin sosyal desteğe verdiği anlamı olumlu veya olumsuz olarak etkiler (Rodriguez veCohen, 1998).

Ruhsal hastalığa sahip kişiler; tedaviye uyum sürecinde sosyal işlevlerini yaparken önemli derecede zorluklar yaşayabilmektedirler. Bu nedenle bakım vericilerin, sosyal destek kaynaklarını tanıması ve bunları etkin bir şekilde kullanması, hastalığın seyri açısından önemlidir. Ruhsal hastalığa sahip bireyleri ailesi ve sosyal destek kaynakları ile birlikte ele almak, baş etme becerilerini daha etkin kullanmasına ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar (Tel ve ark., 2010).

### **Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmektedir. Yaşam kalitesi, insan hakları konusunda yaşanan ilerlemelerle beraber, tüm politik kararların alınmasında önemli bir gösterge olmuş, toplumların ulaşmayı hedeflediği evrensel bir konuma gelmiştir (Boylu, 2016). Yaşam kalitesi kavramı, yüksek teknolojik ilaçların insanlar üzerinde kullanılmasına başladıktan sonara tıp alanında özel bir önem kazanmıştır. Artık sadece "hastanın yaşamına yıllar eklemek değil, o yıllara kalite eklemek daha önemlidir." anlayışı vurgulanmaya başlanmıştır. Yaşam kalitesi, standardının aksine somut bir şey değildir ve bu yüzden doğrudan ölçülemez (Chaudhury ve ark., 2018). Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesini; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları "şeklinde tanımlamıştır (Altay ve ark., 2015). Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesi konusunda "bireyin kendisinin hakemi olması gerektiğini belirterek" öznel bir kavram olduğuna dikkat çekmiştir. Dunbar ve Stroker (1992) yaşam kalitesinin "şimdiki öz "ile" ideal öz "arasındaki farkın bir ölçüsü olarak kullanılabileceğini belirtmiştir (Trivedi, 1999).

Yaşam kalitesi, iki bileşenden oluşur: fiziksel ve psikolojik yapı. Fiziksel yönler sağlık, diyet, ağrı ve hastalığa karşı korunma gibi boyutları içerirken; psikolojik yönü ise stres, endişe, zevk, diğer olumlu ve olumsuz duygusal durumları içerir (Can ve ark., 2011). Yaşam kalitesi kavramını tıbbi alanlarda uygulamanın temel gerekçelerinden birisi belirli bir tedavinin sadece semptomları hafifletip hafifletmediğini veya öznel refahı iyileştirip iyileştirmedini anlamaktır. Yaşam kalitesini değerlendirme kriterleri arasında; mobilizasyon, öz bakım, günlük aktiviteler, regresyon, sosyalleşme, aile rolleri, öz sunum ve başa çıkma kapasiteleri gibi boyutlar yer almaktadır (Chaudhury ve ark.,2018). Kronik hastalıkların varlığı, fiziksel eksiklikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, sosyal izolasyon gibi sorunlar sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bozan faktörler arasında yer alırlar (Altay ve ark., 2015).

Yaşam kalitesinin düşük olması, hastalık seyrinin kötüleşmesine ve mevcut tedavi planlarının değişmesine neden olur bu durum ise hastanın tedavi planına olan inancının azalmasına ve sağlıkla ilgili maliyetlerin artmasına sebep olur (Guan ve ark., 2011). Psikiyatri hastalarında yaşam kalitesinin azalmasında neden olan en önemli faktörlerden birisi de ilaç uyum problemleri sık sık görülmesidir. Meriç ve Oflaz, (2010) depresyon ve anksiyete hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %29.5'i ilaçsız başarabileceğini düşündüğü için, %14.3'ü ise ilaç yan etkisi yaşadığı için tedaviye uyumsuzluk gösterdiklerini belirtmişlerdir. Tel ve ark., (2010) çalışmasında hasta yakınlarından aldıkları bilgiye göre tedaviyi bırakma nedenleri arasında ilaç yan etkisi yaşayanların oranı %38 iken ilaçların tedavi etmediğini düşünenlerin oranı ise %36, iyileştiği için tedavisini yarıda bırakan ve ilaçlarını kesen hastaların oranı %26 olarak saptanmıştır. Duman ve ark., (2007) psikoeğitim uygulanan bakım verenlerin hastalarının ilaç uyumu ve kontrollere gelme durumlarının daha iyi olduğunu belirtmiştir. Sorias, (1988b) depresyonlu ve sağlıklı kontrollerle yaptığı çalışmada sosyal desteğin ruhsal sağlığa olumlu etkilerinin olduğunu saptamıştır. Wu ve ark., (2000) Tayvan'da yaşayan kişilerin sosyal destek ve yaşam kalitesi durumlarına baktığında, yaşam kalitesi ve sosyal desteğin olumlu ilişki içinde olduğunu, yaşam kalitesini geliştirmek için sosyal desteğin daha fazla kullanılması gerektiğini belirtmiştir.

## **Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Psikiyatri Hemşireliği Açısından Önemi**

Psikiyatri hemşireleri tedaviye uyumu artırmak için psikoeğitimler, sosyal beceri programları, aile eğitimleri gibi psikososyal uygulamalar geliştirmelidirler. Hemşireler olarak sosyal destek danışmanlığının uygulanması, bireylerin yaşadığı zorlukları belirleyip ne tür sosyal desteğe ihtiyacı olduğuna karar vermesi gerekmektedir. Bu süreç de hemşirenin sabırlı olması, empati yapması ve bireyle güven ilişkisi kurması gerekir. Hemşireler bakım verici bireyler taburculuk sonrası bakımı sürdürme konusunda bilgilendirmeli, düzenli aralıklarla bakım verenleri denetlemelidir. Hastaların ve bakım verenlerin sosyal destek kaynaklarını tanıması ve etkin şekilde kullanması, gereksinimler doğrultusunda sağlık ekibine kolay bir şekilde ulaşabileceği iletişim kanallarını açık tutması konusunda hemşirelerin danışmanlık rollerini kullanması gerekmektedir. Psikiyatri polikliniklerinde mutlaka psikiyatri eğitim hemşiresinin bulunması gerekmektedir. Bilişim birimi desteği ile oluşturulabilecek bir hasta takip sistemine polikliniğe gelen hastaların kayıt edilmesi, kontrol tarihlerinin yazılması, ilaç tedavi programlarının kayıt edilmesi ve bakım vericilerinin iletişim bilgilerinin alınması gibi temel verilerin sisteme girişlerinin yapılması gerekmektedir. Böylece hastaları daha kolay takip etmesi sağlanır. Psikiyatri eğitim hemşiresi sisteme kayıt olan hastaların kontrol tarihlerini takip ederek polikliniğe gelen hastaların ilaç uyumlarını, aldıkları sosyal destekleri, işlevsellik durumlarını, yaşam kalitesi gibi parametreleri takip ederek sahip olduğu birçok rolünü kullanabilir.

### **3.GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma; psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen hastalarda tedaviye uyum, sosyal destek ve yaşam kalitesini belirlemek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

#### **Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

#### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Bu araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve ayaktan takip için gelen hastalarla yapılmıştır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi 1050 yatak kapasiteli olup hastanede 34 farklı branşta 38'in üzerinde poliklinikte hizmet verilmektedir. Hastanede yaklaşık olarak 1600 personel çalışmaktadır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniği 1992 yılında hizmete açılmıştır ve 28 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Psikiyatri kliniğinde beş öğretim üyesi yedi hemşire görev yapmaktadır. Psikiyatri polikliniğinde sekiz araştırma görevlisi ve bir psikolog hizmet vermektedir. Poliklinik hafta içi her gün 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir. Poliklinik hemşiresi bulunmamaktadır.

#### **Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 9 Nisan - 30 Haziran 2018 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen psikiyatri hastaları oluşturmuştur.

#### **Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde 9 Nisan - 30 Haziran 2018 tarihleri arasında ayaktan takip edilen, 18 yaş ve üzeri, psikiyatrik hastalık tanısı olan (şizofreni, depresyon, bipolar affektif bozukluk, anksiyete bozukluğu vb), en az bir yıldır ilaç tedavisi alan, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmaya kabul eden 148 erkek ve 179 kadın olmak üzere toplam 327 hasta oluşturmuştur.

## **Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri kişisel bilgi formu, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)”, “Morisky Tedavi Uyum Ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

### **Kişisel Bilgi Formu(EK 1)**

Bu form araştırmacı ve proje yürütücüsü tarafından geliştirilmiş olup 25 sorudan oluşmaktadır. Form hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, oturduğu evin kime ait olduğu, psikiyatrik hastalığının adı, süresi, psikiyatrik hastalıktan dolayı yıllık hastaneye yatış sayısı, en son yattığı tarih, fiziksel hastalık, ilaç kullanımı ve kontroller konusunda destek olan kişilerin varlığı ve ilaç yan etkileri gibi soruları içermektedir.

### **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASDÖ)(EK 2)**

Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır(Zimmet ve ark., 1988; Eker ve Arkar.,1995). 2001 yılında aynı yazarlar tarafından “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu’nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker ve ark. 2001). Ölçek, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel bir insandır(1, 2, 5,10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’(7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’(6 puan), ‘katılıyorum’(5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum ’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’(2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tur. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar, 1995., Eker ve ark. 2001).

### **Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)(EK 3)**

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve altı alt boyuttan oluşan WHOQOL-100'ün kısa formudur. WHOQOL-100'den 24 bölümün her biri için birer soru çıkartılarak ve genel sağlık ve yaşam kalitesiyle ilgili iki soru eklenerek oluşturulmuştur. 26 maddeden oluşan ve 5'li derecelendirme tipine sahip bu ölçek "1=Hiç Memnun Değilim, 5=Çok Memnunum" şeklinde hazırlanmıştır. Ağrı duyma, uyku, enerji gibi bedensel sağlık, olumlu duygular, özgüven, beden imgesi gibi psikolojik sağlık, sosyal destek, kişisel ilişkiler gibi sosyal ilişkiler ve ekonomik durum, ulaşım, güvenli ortam, sağlık koşulları gibi çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Alınan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesine işaret etmektedir. Türkçe uyarlaması Eser ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları, sağlıklı grupta bedensel sağlık boyutunda.76, psikolojik sağlık boyutunda. 67, sosyal ilişkiler boyutunda.56 ve çevre boyutunda.74 olarak elde edilmiştir. Test tekrar test güvenilirliği.51 ile.81 arasında değişmektedir (Eser ve ark.,2001).

### **Morisky Tedavi Uyum Ölçeği(EK 4)**

Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir ve 1986'da Morisky, Gren ve Levine tarafından geçerlik çalışması yapılmıştır(Morisky ve ark., 1986). Ölçek, ilaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu dört sorudan oluşmaktadır. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya "evet" denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Yılmaz ve Buzlu tarafından yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.52 olarak bulunmuştur (Yılmaz ve Buzlu., 2012).

## **Verilen Toplanması**

Çalışmada verileri toplamak için Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Morisky Tedavi Uyum Ölçekleri kullanılmıştır. Veri toplama formları 9 Nisan - 30 Haziran 2018 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde ayaktan takip edilen, muayene işlemleri biten hastalara bilgi verilip yazılı onamları alındıktan sonra poliklinik toplantı odasında uygulanmıştır. Uygulama süresi yaklaşık olarak 15 dakika sürmüştür.

## **Verilerin Analizi**

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığını belirlemek için aritmetik ortalama, mod, medyan, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş olup, veriler parametrik şartları sağladığından bağımsız iki grup için iki ortalama arasındaki farkın anlamlık testi (testi), ikiden fazla grup için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. İki den fazla gruplu karşılaştırmalarda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  düzeyi benimsenmiştir.

## **Araştırmanın Değişkenleri**

### **3.8.1. Bağımlı Değişkenler**

1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı
2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) ölçeğinin alt boyutları ve toplam puanı
3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin toplam puanı



### **3.8.2.Bağımsız Değişkenler**

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, oturduğu evin kime ait olduğu, psikiyatrik hastalığının adı, süresi, psikiyatrik hastalıktan dolayı yıllık hastaneye yatış sayısı, en son yattığı tarih, fiziksel hastalık, ilaç kullanımı ve kontroller konusunda destek olan kişilerin varlığı, ilaç yan etkilerinin sorgulanması olarak tespit edilmiştir.

#### **Araştırmanın Etik Yönü**

Kurumsal izin Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı olarak, katılımcı izinleri ise araştırma kapsamındaki hastalardan, çalışma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onay şeklinde alınmış, Cumhuriyet Üniversitesi girişimsel olmayan klinik uygulamalar etik kurul tarafından 26.02.2018 tarihli 2018-01/01 karar numarası ile izin alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Bu araştırmaya 327 hasta alınmıştır. Araştırmaya alınan hastaların yaşı 18-65 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 40.24±8.35 dir.

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

<b>Cinsiyet</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Erkek		148	45.3
Kadın		179	54.7
<b>Medeni Durum</b>			
Bekar		123	37.6
Evli		143	43.7
Boşanmış		57	17.4
Dul		4	1.3
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okur-Yazar Değil		6	1.8
İlkokul Mezunu		138	42.2
Ortaokul Mezunu		40	12.2
Lise Mezunu		100	30.6
Yüksek Okul		43	13.2
<b>Aile tipi</b>			
Çekirdek		259	79.2
Geniş Aile		14	4.3
Parçalanmış Aile		54	16.5
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>			
Anne Baba		78	23.9
Anne Veya Baba		58	17.7
Eş		9	2.8
Eş Ve Çocuklar		130	39.8
Diğer*		52	15.8
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışmıyor		232	70.9
Çalışıyor		95	29.1
<b>Ekonomik Durum</b>			
İyi		55	16.8
Orta		187	57.2
Kötü		85	26.0
<b>Oturduğu Ev</b>			
Kendi Evi		211	64.5
Kira		70	21.4
Otel-Pansiyon		33	10.1
Diğer		13	4.0

\*Diğer (Bakım evi, otel, pansiyon)

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri görölmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %54.7’ sinin kadın, %43.7’ sinin evli, %42.2’ sinin ilkokul eğitimi olduğu, %79.2’ sinin çekirdek ailede ve %39.8’ inin eş ve çocuklar ile yaşadığı, %70.9’ unun çalışmadığı, %57.2’ sinin orta ekonomik düzeyde olduğu, %64.5’ inin kendi evinde oturduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Bilgileri**

<b>Ruhsal Hastalık Tanısı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Depresyon	88	26.9
BAB	91	27.8
Şizofreni	103	31.5
Anksiyete Bozukluğu	39	11.9
Kişilik Bozukluğu	6	1.9
<b>Fiziksel Hastalık</b>		
Var	7	2.1
Yok	319	97.9
<b>İlaç Alımını Destekleyen Kişi</b>		
Var	158	48.8
Yok	166	51.2
<b>Kontrollere Gitmesini Destekleyen Kişi</b>		
Var	181	55.9
Yok	143	44.1
<b>İlaç Yan Etkileri</b>		
Var*	175	54.2
Yok	148	45.8
<b>Yan Etkilerin İlaç Alma Etkileme Durumu</b>		
İlaç Alma İsteğini Artırıyor	13	6.0
İlaç Alma İsteğini Azaltıyor	185	84.9
İlaç Alma İsteğini Etkilemiyor	20	9.1
<b>Yardıma İhtiyaç olduğunda Destek Alma Durumu</b>		
Evet**	182	56.3
Hayır	141	43.7
<b>Alınan Desteğin Yeterlilik Düzeyi</b>		
Kısmen Yeterli	70	35.7
Yeterli	112	57.1
Yetersiz	14	7.2

\*Kilo alma, Uyku, Halsizlik, El titremesi, Vücutta döküntü

\*\*Aileden, Arkadaşlardan, Yakın çevreden, Diğer Kişilerden

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan hastaların hastalık sürecine ilişkin bilgileri görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %31.5’inin şizofreni tanısı ile izlendiği, %2.1’inde fiziksel hastalık olduğu, %51.2’sinin ilaç alımını destekleyen kişi olmadığı, %55.9’unun kontrollerine gitmesini destekleyen bir kişi olduğu, %54.2’sinin ilaç yan etkisi yaşadığı, %84.9’unda yan etkilerin ilaç alma isteğinin azalttığı, %56.3’ünün yardıma ihtiyacı olduğunda destek aldığı, %57.1’inin aldığı desteğin yeterli bulunduğu olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.3. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyum Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımları**

<b>Değişkenler</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b><math>\bar{x} \pm SD</math></b>
<b>Sosyal Destek Ölçeği</b>			
Aile Desteği	4.00	28.00	15.70 $\pm$ 7.69
Arkadaş Desteği	4.00	28.00	13.77 $\pm$ 6.95
Özel Kişi Desteği	4.00	28.00	13.65 $\pm$ 6.97
Toplam Sosyal Destek Ölçeği	12.00	84.00	43.13 $\pm$ 19.98
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>			
Bedensel Alan	4.00	16.57	10.54 $\pm$ 2.28
Psikolojik Alan	4.67	18.00	11.52 $\pm$ 2.58
Sosyal Alan	4.00	20.00	10.17 $\pm$ 3.84
Çevresel Alan	4.50	19.00	11.46 $\pm$ 3.18
Toplam Yaşam Kalitesi Ölçeği	36.00	123.00	74.42 $\pm$ 17.64
<b>Toplam İlaç Uyumu</b>	4.00	8.00	5.72 $\pm$ 1.66

Tablo 4.3’de hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, morisky ilaç uyum ölçeklerinin puanları görülmektedir. Hastaların, çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ortalama puanı; aile desteği alt boyutunda 15.70 $\pm$ 7.69, arkadaş desteği alt boyutunda 13.77 $\pm$ 6.95, özel kişi desteği alt boyutunda 13.65 $\pm$ 6.97, toplam çok boyutlu algılanan sosyal destek 43.13 $\pm$ 19.98, hastaların yaşam kalitesi ortalama puanı; bedensel alan 10.54 $\pm$ 2.28, psikolojik alan 11.52 $\pm$ 2.58, sosyal alan 10.17 $\pm$ 3.84, çevresel alan 11.46 $\pm$ 3.18, toplam yaşam kalitesi 74.42 $\pm$ 17.64, hastaların tedavi uyum ortalama puanı ise 5.72 $\pm$ 1.66 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.4. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Ölçek Puan Ortalaması**

Sosyal Destek Ölçeği	Cinsiyet	Sayı	$\bar{x} \pm SD$	t	p
Aile Desteği	Erkek	148	14.97±7.89	-1.576	.116
	Kadın	179	16.31±7.50		
Arkadaş Desteği	Erkek	148	13.10±7.10	-1.577	.116
	Kadın	179	14.32±6.80		
Özel Kişi Desteği	Erkek	148	12.91±6.83	-1.740	.083
	Kadın	179	14.26±7.04		
Toplam Sosyal Destek	Erkek	148	41.00±20.38	-1.764	.079
	Kadın	179	44.90±19.53		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Erkek	148	10.33±2.37	-1.557	.120
	Kadın	179	10.72±2.19		
Psikolojik Alan	Erkek	148	11.29±2.70	-1.452	.147
	Kadın	179	11.70±2.47		
Sosyal Alan	Erkek	148	9.80±4.00	-1.592	.112
	Kadın	179	10.48±3.69		
Çevresel Alan	Erkek	148	11.14±3.16	-1.620	.106
	Kadın	179	11.72±3.19		
Toplam Yaşam Kalitesi	Erkek	148	72.61±18.08	-1.689	.092
	Kadın	179	75.91±17.17		
İlaç Uyumu Ölçeği	Erkek	148	5.58±1.64	-1.423	.156
	Kadın	179	5.84±1.67		

Tablo 4.4’de hastaların cinsiyetlerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ölçek puan ortalaması görülmektedir. Cinsiyete göre hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ), ancak kadın hastalarda aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam destek puanının daha yüksek olduğu, yaşam kalitesinin bedensel alan ve sosyal alan puanlarının kadınlarda ve erkeklerde bir birine yakın, psikolojik alan ve çevresel alan puanlarının ise, kadınlarda daha yüksek olduğu, ilaç uyumu puan ortalamasının da kadın ve erkeklerde bir birine yakın olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Medeni Durum	Sayı	$\bar{x} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Bekar	123	15.64±7.60	34.782	.001
	Evli	143	18.87±6.65		
	Boşanmış	57	8.66±4.73		
	Dul	4	5.00±2.00		
Arkadaş Desteği	Bekar	123	14.28±7.42	29.381	.001
	Evli	143	16.10±6.04		
	Boşanmış	57	7.29±2.80		
	Dul	4	7.00±3.82		
Özel Kişi Desteği	Bekar	123	14.00±7.47	23.285	.001
	Evli	143	15.86±6.15		
	Boşanmış	57	7.87±3.76		
	Dul	4	6.50±3.78		
Toplam Sosyal Destek	Bekar	123	43.92±21.08	35.367	.001
	Evli	143	50.83±16.53		
	Boşanmış	57	23.84±9.25		
	Dul	4	18.50±7.89		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Bekar	123	10.66±2.38	21.979	.001
	Evli	143	11.24±1.99		
	Boşanmış	57	8.67±1.62		
	Dul	4	8.57±1.04		
Psikolojik Alan	Bekar	123	11.71±2.54	26.243	.001
	Evli	143	12.33±2.23		
	Boşanmış	57	9.30±2.08		
	Dul	4	8.00±1.88		
Sosyal Alan	Bekar	123	10.17±4.03	34.281	.001
	Evli	143	11.72±3.21		
	Boşanmış	57	6.54±1.80		
	Dul	4	6.00±2.55		
Çevresel Alan	Bekar	123	11.55±3.10	26.302	.001
	Evli	143	12.56±2.80		
	Boşanmış	57	8.77±2.54		
	Dul	4	7.50±0.91		
Toplam Yaşam Kalitesi	Bekar	123	75.09±17.98	29.060	.001
	Evli	143	80.68±15.16		
	Boşanmış	57	58.85±11.75		
	Dul	4	51.50±5.44		
İlaç Uyum Ölçeği	Bekar	123	5.66±1.67	19.482	.001
	Evli	143	6.29±1.55		
	Boşanmış	57	4.54±1.18		
	Dul	4	4.00±0.00		

Tablo 4.5’de hastaların medeni durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Boşanmış ve dul hastalarda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile, arkadaş, özel biri ve toplam puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel, psikolojik, sosyal ve çevre alan puanlarının, ilaç uyum ölçek puanlarının bir birine yakın ve düşük olduğu saptanmıştır.



**Tablo 4.6. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Eğitim Durum	Sayı	$\bar{x} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Okur-Yazar Değil	6	23.16±8.58	27.722	.001
	İlkokul Mezunu	138	11.31±6.56		
	Ortaokul Mezunu	40	17.55±8.03		
	Lise Mezunu	100	18.47±6.52		
	Yüksek Okul	43	20.65±5.73		
Arkadaş Desteği	Okur-Yazar Değil	6	13.16±5.56	35.429	.001
	İlkokul Mezunu	138	9.59±5.01		
	Ortaokul Mezunu	40	14.30±7.00		
	Lise Mezunu	100	16.89±6.27		
	Yüksek Okul	43	19.53±6.04		
Özel Kişi Desteği	Okur-Yazar Değil	6	9.50±7.42	30.428	.001
	İlkokul Mezunu	138	9.93±5.36		
	Ortaokul Mezunu	40	13.10±6.63		
	Lise Mezunu	100	16.96±6.17		
	Yüksek Okul	43	19.00±6.54		
Toplam Sosyal Destek	Okur-Yazar Değil	6	45.83±15.03	36.386	.001
	İlkokul Mezunu	138	30.84±15.39		
	Ortaokul Mezunu	40	44.95±19.85		
	Lise Mezunu	100	52.32±16.95		
	Yüksek Okul	43	59.18±17.09		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Okur-Yazar Değil	6	10.09±1.47	25.259	.001
	İlkokul Mezunu	138	9.35±1.74		
	Ortaokul Mezunu	40	10.52±2.15		
	Lise Mezunu	100	11.54±2.27		
	Yüksek Okul	43	12.13±2.01		
Psikolojik Alan	Okur-Yazar Değil	6	11.22±2.04	31.467	.001
	İlkokul Mezunu	138	10.07±2.13		
	Ortaokul Mezunu	40	11.53±2.37		
	Lise Mezunu	100	12.58±2.37		
	Yüksek Okul	43	13.73±1.85		
Sosyal Alan	Okur-Yazar Değil	6	10.44±3.71	36.037	.001
	İlkokul Mezunu	138	7.85±2.68		
	Ortaokul Mezunu	40	10.26±3.48		
	Lise Mezunu	100	11.96±3.61		
	Yüksek Okul	43	13.33±3.47		
Çevresel Alan	Okur-Yazar Değil	6	11.16±3.35	31.111	.001
	İlkokul Mezunu	138	9.61±2.52		
	Ortaokul Mezunu	40	11.80±2.99		
	Lise Mezunu	100	12.86±2.95		
	Yüksek Okul	43	13.87±2.40		
Toplam Yaşam Kalitesi	Okur-Yazar Değil	6	72.66±14.73	35.434	.001
	İlkokul Mezunu	138	63.89±13.21		
	Ortaokul Mezunu	40	75.17±12.23		
	Lise Mezunu	100	82.43±16.41		
	Yüksek Okul	43	89.11±14.21		
İlaç Uyum Ölçeği	Okur-Yazar Değil	6	6.00±1.89	22.260	.001
	İlkokul Mezunu	138	4.89±1.33		
	Ortaokul Mezunu	40	5.62±1.53		
	Lise Mezunu	100	6.41±1.62		
	Yüksek Okul	43	6.83±1.46		



Tablo 4.6’da hastaların eğitim durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların eğitim durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İlkokul mezunu hastalarda; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin; aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının diğer eğitim gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 4.7. Hastaların Aile Tipi Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Aile Tipi	Sayı	$\bar{X} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Çekirdek	259	17.20±7.22	51.335	.001
	Geniş Aile	14	20.35±7.55		
	Parçalanmış Aile	54	7.35±2.99		
Arkadaş Desteği	Çekirdek	259	15.16±6.83	35.731	.001
	Geniş Aile	14	13.35±5.73		
	Parçalanmış Aile	54	7.18±2.88		
Özel Kişi Desteği	Çekirdek	259	14.81±6.97	25.295	.001
	Geniş Aile	14	14.28±5.22		
	Parçalanmış Aile	54	7.90±3.86		
Toplam Sosyal Destek	Çekirdek	259	47.18±19.34	43.765	.001
	Geniş Aile	14	48.00±12.17		
	Parçalanmış Aile	54	22.44±8.79		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Çekirdek	259	10.95±2.19	32.037	.001
	Geniş Aile	14	11.10±2.01		
	Parçalanmış Aile	54	8.46±1.50		
Psikolojik Alan	Çekirdek	259	12.01±2.45	38.557	.001
	Geniş Aile	14	12.19±1.21		
	Parçalanmış Aile	54	8.97±1.88		
Sosyal Alan	Çekirdek	259	10.89±3.74	36.558	.001
	Geniş Aile	14	11.04±3.02		
	Parçalanmış Aile	54	6.46±1.89		
Çevresel Alan	Çekirdek	259	12.08±3.05	45.423	.001
	Geniş Aile	14	12.78±2.08		
	Parçalanmış Aile	54	8.12±1.54		
Toplam Yaşam Kalitesi	Çekirdek	259	77.90±16.93	43.030	.001
	Geniş Aile	14	79.85±10.92		
	Parçalanmış Aile	54	56.29±9.34		
İlaç Uyum Ölçeği	Çekirdek	259	6.00±1.64	28.801	.001
	Geniş Aile	14	6.21±1.52		
	Parçalanmış Aile	54	4.27±0.78		

Tablo 4.7’de hastaların aile tipi durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların aile tipi durumlarına göre sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Parçalanmış ailede yaşayan hastalarda; sosyal destek ölçeğinin; aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.8. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek	Birlikte Yaşadığı Kişiler	Sayı	$\bar{X} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Anne Baba	78	18.01±7.13	38.241	.001
	Anne Veya Baba	58	12.36±6.95		
	Eş	9	18.77±7.01		
	Eş Ve Çocuklar	130	18.97±6.55		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	7.28±3.05		
Arkadaş Desteği	Anne Baba	78	15.83±6.94	25.055	.001
	Anne Veya Baba	58	10.77±6.60		
	Eş	9	16.33±7.10		
	Eş Ve Çocuklar	130	16.21±5.95		
	Tek ebeveyn -Yalnız	52	7.48±4.06		
Özel Kişi Desteği	Anne Baba	78	15.78±7.34	23.045	.001
	Anne Veya Baba	58	10.43±6.32		
	Eş	9	15.77±6.86		
	Eş Ve Çocuklar	130	16.02±6.05		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	7.76±3.91		
Toplam Sosyal Destek	Anne Baba	78	49.62±19.82	35.270	.001
	Anne Veya Baba	58	33.56±18.14		
	Eş	9	50.88±19.23		
	Eş Ve Çocuklar	130	51.21±16.26		
	Tek ebeveyn -Yalnız	52	22.53±9.35		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Anne Baba	78	11.10±2.22	20.388	.001
	Anne veya Baba	58	9.86±2.28		
	Eş	9	12.06±1.77		
	Eş ve Çocuklar	130	11.22±1.99		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	8.52±1.63		
Psikolojik Alan	Anne Baba	78	12.26±2.34	24.550	.001
	Anne veya Baba	58	10.58±2.64		
	Eş	9	12.66±2.13		
	Eş ve Çocuklar	130	12.38±2.18		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	9.08±1.96		
Sosyal Alan	Anne Baba	78	11.11±3.70	30.691	.001
	Anne veya Baba	58	8.41±3.83		
	Eş	9	12.88±3.19		
	Eş ve Çocuklar	130	11.69±3.17		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	6.46±2.05		
Çevresel Alan	Anne Baba	78	12.43±2.86	30.469	.001
	Anne veya Baba	58	10.38±3.22		
	Eş	9	13.33±2.64		
	Eş ve Çocuklar	130	12.56±2.76		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	8.12±1.60		
Toplam Yaşam kalitesi	Anne Baba	78	79.46±16.2	30.764	.001
	Anne veya Baba	58	67.86±17.9		
	Eş	9	85.22±14.7		
	Eş ve Çocuklar	130	80.70±14.9		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	56.61±10.07		
<b>İlaç Uyum Ölçeği</b>	Anne Baba	78	6.11±1.63	20.465	.001
	Anne veya Baba	58	5.08±1.58		
	Eş	9	6.11±1.83		
	Eş ve Çocuklar	130	6.30±1.54		
	Tek ebeveyn-Yalnız	52	4.32±0.83		

Tablo 4.8’de hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların, birlikte yaşadığı kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Tek ebeveyn ya da yalnız yaşayanlarda; sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyumu ölçeği puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.



**Tablo 4.9. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Çalışma Durumu	Sayı	$\bar{x}$	t	p
Aile Desteği	Çalışmıyor	232	14.52±7.74	-4.469	.001
	Çalışıyor	95	18.60±6.80		
Arkadaş Desteği	Çalışmıyor	232	12.32±6.55	-6.223	.001
	Çalışıyor	95	17.31±6.66		
Özel Kişi Desteği	Çalışmıyor	232	12.29±6.68	-5.786	.001
	Çalışıyor	95	16.97±6.56		
Toplam Sosyal Destek	Çalışmıyor	232	39.14±19.35	-5.938	.001
	Çalışıyor	95	52.89±18.15		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Çalışmıyor	232	10.04±2.1	-6.591	.001
	Çalışıyor	95	11.77±2.11		
Psikolojik Alan	Çalışmıyor	232	10.97±2.52	-6.281	.001
	Çalışıyor	95	12.84±2.24		
Sosyal Alan	Çalışmıyor	232	9.25±3.53	-7.230	.001
	Çalışıyor	95	12.40±3.67		
Çevresel Alan	Çalışmıyor	232	10.88±3.13	-5.318	.001
	Çalışıyor	95	12.86±2.86		
Toplam Yaşam Kalitesi	Çalışmıyor	232	70.55±16.87	-6.589	.001
	Çalışıyor	95	83.87±15.90		
<b>İlaç Uyum Ölçeği</b>	Çalışmıyor	232	5.43±1.59	-5.105	.001
	Çalışıyor	95	6.43±1.60		

Tablo 4.9’da hastaların çalışma durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların çalışma durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışan hastalarda; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyumu ölçeği puanlarının çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.10. Hastaların Ekonomik Durumlarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Ekonomik Durum	Sayı	$\bar{X} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	İyi	55	23.38±4.17	98.403	.001
	Orta	187	16.54±6.83		
	Kötü	85	8.90±5.33		
Arkadaş Desteği	İyi	55	18.80±6.48	53.957	.001
	Orta	187	14.70±6.42		
	Kötü	85	8.47±4.74		
Özel Kişi Desteği	İyi	55	18.38±7.55	47.667	.001
	Orta	187	14.58±6.28		
	Kötü	85	8.55±4.65		
Toplam Sosyal Destek	İyi	55	60.56±15.68	80.474	.001
	Orta	187	45.83±17.71		
	Kötü	85	25.92±13.53		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	İyi	55	12.38±1.67	67.535	.001
	Orta	187	10.85±2.15		
	Kötü	85	8.67±1.49		
Psikolojik Alan	İyi	55	13.74±1.83	82.276	.001
	Orta	187	11.89±2.27		
	Kötü	85	9.25±1.89		
Sosyal Alan	İyi	55	13.55±3.23	91.490	.001
	Orta	187	10.77±3.36		
	Kötü	85	6.66±2.22		
Çevresel Alan	İyi	55	14.58±2.04	111.100	.001
	Orta	187	11.91±2.72		
	Kötü	85	8.44±1.91		
Toplam Yaşam Kalitesi	İyi	55	91.18±11.91	107.366	.001
	Orta	187	77.08±15.46		
	Kötü	85	57.72±10.29		
İlaç Uyum Ölçeği	İyi	55	7.05±1.36	67.163	.001
	Orta	187	5.95±1.61		
	Kötü	85	4.36±0.79		

Tablo 4.10'da hastaların ekonomik durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların ekonomik durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ekonomik durumu kötü olan hastalarda; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin; aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının ekonomik durumu iyi ve orta olan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.11. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Yaşanılan Yer	Sayı	$\bar{X} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Kendi Evi	211	18.07±6.83	31.426	.001
	Kira	70	13.84±7.75		
	Otel-Pansiyon	33	7.96±3.84		
	Diğer	13	7.07±6.56		
Arkadaş Desteği	Kendi Evi	211	15.63±6.72	19.954	.001
	Kira	70	11.92±6.28		
	Otel-Pansiyon	33	8.21±4.16		
	Diğer	13	7.69±6.62		
Özel Kişi Desteği	Kendi Evi	211	15.56±6.82	19.324	.001
	Kira	70	11.32±5.74		
	Otel-Pansiyon	33	8.72±5.19		
	Diğer	13	7.69±6.62		
Toplam Sosyal Destek	Kendi Evi	211	49.26±18.53	28.149	.001
	Kira	70	37.10±17.55		
	Otel-Pansiyon	33	24.90±12.83		
	Diğer	13	22.46±19.56		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Kendi Evi	211	11.23±2.13	24.404	.001
	Kira	70	9.72±1.90		
	Otel-Pansiyon	33	8.67±1.77		
	Diğer	13	8.57±2.57		
Psikolojik Alan	Kendi Evi	211	12.38±2.31	31.783	.001
	Kira	70	10.48±2.17		
	Otel-Pansiyon	33	9.37±2.06		
	Diğer	13	8.56±2.87		
Sosyal Alan	Kendi Evi	211	11.41±3.64	29.596	.001
	Kira	70	8.74±2.95		
	Otel-Pansiyon	33	6.90±2.29		
	Diğer	13	6.05±4.34		
Çevresel Alan	Kendi Evi	211	12.57±2.80	36.199	.001
	Kira	70	10.13±2.88		
	Otel-Pansiyon	33	8.18±1.94		
Toplam Yaşam Kalitesi	Kendi Evi	211	80.51±15.87	34.675	.001
	Kira	70	67.18±14.50		
	Otel-Pansiyon	33	57.84±11.55		
	Diğer	13	56.53±20.53		
İlaç Uyum Ölçeği	Kendi Evi	211	6.20±1.64	21.522	.001
	Kira	70	5.12±1.38		
	Otel-Pansiyon	33	4.48±1.09		
	Diğer	13	4.30±1.10		

Tablo 4.11’de hastaların yaşadığı yere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların yaşadığı yere göre sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Kendi evinde yaşayan hastaların; çok boyutlu algılanan sosyal destek leğinin; aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi leğinin; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum leği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.





**Tablo 4.12. Hastaların İlaç Alımının Desteklenmesine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	İlaç Alımının Desteklenmesi	Sayı	$\bar{x}$	t	p
Aile Desteği	Var	158	21.37±5.02	19.113	.001
	Yok	166	10.17±5.49		
Arkadaş Desteği	Var	158	18.37±5.62	15.365	.001
	Yok	166	9.32±4.98		
Özel Kişi Desteği	Var	158	18.08±5.95	14.797	.001
	Yok	166	9.31±4.65		
Toplam Sosyal Destek	Var	158	57.83±13.96	19.008	.001
	Yok	166	28.81±13.51		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Var	158	12.00±1.76	14.346	.001
	Yok	166	9.15±1.79		
Psikolojik Alan	Var	158	13.18±1.87	14.682	.001
	Yok	166	9.91±2.12		
Sosyal Alan	Var	158	12.92±2.74	18.097	.001
	Yok	166	7.50±2.44		
Çevresel Alan	Var	158	13.55±2.34	15.155	.001
	Yok	166	9.44±2.52		
Toplam Yaşam Kalitesi	Var	158	86.71±12.86	16.901	.001
	Yok	166	62.58±12.82		
İlaç Uyum Ölçeği	Var	158	6.81±1.39	14.697	.001
	Yok	166	4.70±1.17		

Tablo 4.12’de hastaların ilaç alımının desteklenmesine göre çok boyutlu algılanan sosyal, destek yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların ilaç alımının desteklenmesine göre çok boyutlu algılanan sosyal, destek yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İlaç alımı desteklenen hastalarda; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının desteklenmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.13. Hastaların Kontrole Gitmenin Desteklenmesine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Kontrole Gitmenin Desteklenmesi	Sayı	$\bar{x} \pm SD$	t	p
Aile Desteği	Var	181	20.74±5.22	20.220	.001
	Yok	143	9.17±4.96		
Arkadaş Desteği	Var	181	17.94±5.69	16.629	.001
	Yok	143	8.41±4.28		
Özel Kişi Desteği	Var	181	17.71±5.96	16.339	.001
	Yok	143	8.37±3.74		
Toplam Sosyal Destek	Var	181	56.39±14.26	20.818	.001
	Yok	143	25.97±11.36		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Var	181	11.79±1.89	14.188	.001
	Yok	143	8.95±1.65		
Psikolojik Alan	Var	181	13.07±1.89	16.821	.001
	Yok	143	9.51±1.88		
Sosyal Alan	Var	181	12.42±3.24	16.252	.001
	Yok	143	7.26±2.23		
Çevresel Alan	Var	181	13.29±2.45	15.503	.001
	Yok	143	9.10±2.36		
Toplam Yaşam Kalitesi	Var	181	85.16±13.44	17.163	.001
	Yok	143	60.67±11.81		
İlaç Uyum Ölçeği	Var	181	6.64±1.44	14.172	.001
	Yok	143	4.57±1.11		

Tablo 4.13'te hastaların kontrole gidilmesinin desteklenmesine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların kontrole gitmenin desteklenmesine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kontrole gitmesi konusunda desteklenen hastalarda; çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının desteklenmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.14. Hastaların Yan Etki Yaşama Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Yan Etki Yaşama	Sayı	$\bar{x}$	t	p
Aile Desteği	Var	175	14.32±7.63	-3.446	.001
	Yok	148	17.23±7.47		
Arkadaş Desteği	Var	175	11.70±6.24	-6.074	.001
	Yok	148	16.18±7.02		
Özel Kişi Desteği	Var	175	11.70±6.11	-5.637	.001
	Yok	148	15.85±7.10		
Toplam Sosyal Destek	Var	175	37.73±18.57	-5.396	.001
	Yok	148	49.28±19.83		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Var	175	10.21±2.30	-2.908	.004
	Yok	148	10.94±2.19		
Psikolojik Alan	Var	175	11.07±2.63	-3.409	.001
	Yok	148	12.04±2.43		
Sosyal Alan	Var	175	9.29±3.66	-4.517	.001
	Yok	148	11.17±3.78		
Çevresel Alan	Var	175	10.89±3.14	-3.511	.001
	Yok	148	12.12±3.11		
Toplam Yaşam Kalitesi	Var	175	71.22±17.63	-3.586	.001
	Yok	148	78.15±16.91		
İlaç Uyumu Ölçeği	Var	175	5.45±1.63	-3.409	.001
	Yok	148	6.07±1.63		

Tablo 4.14'te hastaların yan etki yaşama durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların yan etki yaşama durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İlaç yan etkisi yaşayan hastalarda; sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyumu ölçeği puanlarının yan etki yaşamayan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.15. Hastaların Yardıma İhtiyacı Olduğunda Destek Alabilme Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Yardıma İhtiyacınızda Destek Alabilme	Sayı	$\bar{x} \pm SD$	t	p
Aile Desteği	Evet	182	20.91±5.38	22.220	.001
	Hayır	141	8.84±4.03		
Arkadaş Desteği	Evet	182	17.70±6.06	15.148	.001
	Hayır	141	8.63±4.21		
Özel Kişi Desteği	Evet	182	17.32±6.34	14.090	.001
	Hayır	141	8.73±3.94		
Toplam Sosyal Destek	Evet	182	55.94±15.10	19.593	.001
	Hayır	141	26.21±11.15		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Evet	182	11.84±1.81	15.344	.001
	Hayır	141	8.85±1.63		
Psikolojik Alan	Evet	182	13.04±1.94	16.359	.001
	Hayır	141	9.52±1.87		
Sosyal Alan	Evet	182	12.50±3.16	17.663	.001
	Hayır	141	7.09±2.03		
Çevresel Alan	Evet	182	13.50±2.32	19.436	.001
	Hayır	141	8.78±1.95		
Toplam Yaşam Kalitesi	Evet	182	85.78±12.82	19.663	.001
	Hayır	141	59.53±10.57		
<b>İlaç Uyum Ölçeği</b>	Evet	182	6.71±1.41	16.528	.001
	Hayır	141	4.44±0.92		

Tablo 4.15’da hastaların yardıma ihtiyacı olduğunda destek alabilme durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların yardıma ihtiyacı olduğunda destek alabilme durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Yardıma ihtiyacı olduğunda destek alabilen hastaların; sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının destek alamayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.16. Hastaların Destek Alınan Kişilere Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Destek Alınan Kişiler	Sayı	$\bar{x} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Aileden	173	21.26±4.99	18.475	.001
	Arkadaşlardan	9	15.11±3.29		
	Yakın Çevreden	8	15.75±7.75		
	Diğer Kişilerden	4	5.75±3.50		
Arkadaş Desteği	Aileden	173	17.67±5.85	3.553	.015
	Arkadaşlardan	9	18.33±6.02		
	Yakın Çevreden	8	18.25±8.25		
	Diğer Kişilerden	4	8.00±3.65		
Özel Kişi Desteği	Aileden	173	17.52±6.26	3.136	.027
	Arkadaşlardan	9	14.55±6.24		
	Yakın Çevreden	8	17.25±6.54		
	Diğer Kişilerden	4	8.75±3.59		
Toplam Sosyal Destek	Aileden	173	56.46±14.58	8.038	.001
	Arkadaşlardan	9	48.00±12.26		
	Yakın Çevreden	8	51.25±18.84		
	Diğer Kişilerden	4	22.50±9.14		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Aileden	173	11.92±1.72	9.855	.001
	Arkadaşlardan	9	10.09±1.95		
	Yakın Çevreden	8	11.50±2.35		
	Diğer Kişilerden	4	7.85±0.97		
Psikolojik Alan	Aileden	173	13.10±1.87	6.901	.001
	Arkadaşlardan	9	12.37±2.31		
	Yakın Çevreden	8	12.83±1.94		
	Diğer Kişilerden	4	8.83±1.99		
Sosyal Alan	Aileden	173	12.46±3.18	5.202	.002
	Arkadaşlardan	9	10.51±2.86		
	Yakın Çevreden	8	11.83±3.86		
	Diğer Kişilerden	4	6.66±3.77		
Çevresel Alan	Aileden	173	13.56±2.22	11.408	.001
	Arkadaşlardan	9	11.27±2.03		
	Yakın Çevreden	8	12.81±3.35		
	Diğer Kişilerden	4	7.75±1.65		
Toplam Yaşam Kalitesi	Aileden	173	85.99±12.33	10.168	.001
	Arkadaşlardan	9	75.33±10.41		
	Yakın Çevreden	8	83.62±17.80		
	Diğer Kişilerden	4	54.50±8.88		
İlaç Uyum Ölçeği	Aileden	173	6.82±1.31	10.277	.001
	Arkadaşlardan	9	5.00±1.32		
	Yakın Çevreden	8	5.75±1.90		
	Diğer Kişilerden	4	4.50±0.57		

Tablo 4.16’da hastaların destek alınan kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları görülmektedir. Hastaların destek alınan kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Aileden destek alan hastaların, arkadaşlardan ve yakın çevreden olmayan olarak adlandırılan diğer kişilerden destek alanlara göre; sosyal destek ölçeğinin; aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.



**Tablo 4.17. Hastaların Alınan Desteğin Yeterlilik Düzeyine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Sosyal Destek Ölçeği	Alınan Desteğin Yeterlilik Düzeyi	Sayı	$\bar{X} \pm SD$	F	p
Aile Desteği	Kısmen Yeterli	70	18.17±5.45	64.760	.001
	Yeterli	112	22.92±3.84		
	Yetersiz	14	9.57±5.01		
Arkadaş Desteği	Kısmen Yeterli	70	14.90±5.26	26.325	.001
	Yeterli	112	19.83±5.33		
	Yetersiz	14	11.92±6.19		
Özel Kişi Desteği	Kısmen Yeterli	70	14.44±4.85	24.724	.001
	Yeterli	112	19.53±6.04		
	Yetersiz	14	11.50±6.54		
Toplam Sosyal Destek	Kısmen Yeterli	70	47.51±12.10	53.669	.001
	Yeterli	112	62.30±12.21		
	Yetersiz	14	33.00±15.94		
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>					
Bedensel Alan	Kısmen Yeterli	70	10.95±1.30	40.158	.001
	Yeterli	112	12.48±1.73		
	Yetersiz	14	9.06±1.81		
Psikolojik Alan	Kısmen Yeterli	70	11.86±1.55	49.254	.001
	Yeterli	112	13.92±1.58		
	Yetersiz	14	10.71±2.14		
Sosyal Alan	Kısmen Yeterli	70	10.68±2.43	51.652	.001
	Yeterli	112	13.73±2.86		
	Yetersiz	14	7.42±2.32		
Çevresel Alan	Kısmen Yeterli	70	12.20±1.96	65.413	.001
	Yeterli	112	14.46±1.81		
	Yetersiz	14	9.25±2.04		
Toplam Yaşam Kalitesi	Kısmen Yeterli	70	77.82±9.09	74.241	.001
	Yeterli	112	91.49±10.78		
	Yetersiz	14	62.78±9.24		
İlaç Uyum Ölçeği	Kısmen Yeterli	70	5.92±1.21	45.379	.001
	Yeterli	112	7.28±1.18		
	Yetersiz	14	4.85±0.94		

Tablo 4.17’de hastaların alınan desteğin yeterlilik düzeyine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları gösterilmektedir. Hastaların alınan desteğin yeterlilik düzeyine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Alınan desteği yeterli bulan hastalarda; sosyal destek ölçeğinin, aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanları, yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel alan, psikolojik alan, sosyal alan, çevresel alan ve toplam yaşam kalitesi puanları ile ilaç uyum ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.18. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Yaşam Kalitesi ve İlaç Uyumu Puanları Arasındaki İlişki**

Sosyal Destek Ölçeği		Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Kişi Desteği	Toplam Sosyal destek	Bedensel Alan	Psikolojik Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Toplam Yaşam Kalitesi	İlaç Uyumu
Aile Desteği	r	1	.756**	.712**	.897**	.738**	.783**	.769**	.825**	.829**	.697**
	p		.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Arkadaş Desteği	r		1	.884**	.948**	.718**	.760**	.836**	.730**	.796**	.620**
	p			.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Özel Kişi Desteği	r			1	.931**	.718**	.748**	.812**	.693**	.774**	.587**
	p				.001	.001	.001	.001	.001	.001	.001
Toplam sosyal destek	r				1	.785**	.827**	.870**	.814**	.866**	.689**
	p					.001	.001	.001	.001	.001	.001
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği</b>											
Bedensel Alan	r					1	.861**	.812**	.870**	.938**	.688**
	p						.001	.001	.001	.001	.001
Psikolojik Alan	r						1	.831**	.883**	.949**	.703**
	p							.001	.001	.001	.001
Sosyal Alan	r							1	.816**	.900**	.691**
	p								.001	.001	.001
Çevresel Alan	r								1	.960**	.751**
	p									.001	.001
Toplam Yaşam Kalitesi	r									1	.751**
	p										.001
İlaç Uyumu Ölçeği	r										1
	P										

Tablo 4.18’de hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasındaki ilişkiye göre korelasyon katsayıları görülmektedir. Hastaların toplam sosyal destek, toplam yaşam kalitesi ( $r=0.866$ ,  $p=0.001$   $p<0.05$ ). toplam sosyal destek ile toplam ilaç uyumu ( $r=0.689$ ,  $p=0.001$   $p<0.05$ ), toplam yaşam kalitesi ile toplam ilaç uyumu puanları ( $r=0.751$ ,  $p=0.001$   $p<0.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların sosyal destek düzeyleri arttığında yaşam kalitesi ve ilaç uyumu düzeyinin de arttığı görülmüştür. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.



## 5.TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum, sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada hastaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 1). Albal (2009) depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmada kadın hasta sayısının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Munikanan ve arkadaşlarının (2017) şizofren hastalarıyla yaptığı araştırmada kadın hasta sayısının erkek hastalara oranla daha yüksek olduğunu saptamıştır. Şahin (2018) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hastaların çoğunun kadın olduğunu belirlemiştir. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastalar çoğunlukla evli, ilkokul mezunu, çekirdek ailede yaşayan, çalışma durumu olmayan ve ekonomik düzeyi orta seviyede olarak saptanmıştır (Tablo 1). Yılmaz (2004) psikiyatri hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların çoğunun çalışmadığını ve ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Güneş (2010) şizofreni hastaları üzerinde yaptığı araştırmada ilkokul mezunu, çalışmayan ve çekirdek ailede yaşayan hasta sayısının daha fazla olduğunu saptamıştır. Çiçek (2011) Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun evli, ilkokul mezunu ve çalışmayan hastalar olduğunu belirtmiştir. Aksoy (2013) Bipolar Affektif Bozukluğuna sahip hastalarla yaptığı araştırmada çalışmaya katılan hastaların çoğunun çekirdek ailede yaşadığı, ilkokul mezunu, çalışmadığı ve ekonomik durumu orta seviyede olduğunu saptamıştır. Şahin(2018) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada evli, ilkokul mezunu ve çekirdek ailede yaşayan hasta sayısının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın bu bulguları diğer çalışmalar tarafından desteklenmektedir.

Çalışmada eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan ve kendi evinde oturan hastaların sayısının fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Şimşek (2006), Tekaüt (2019) şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda kendi evinde oturan, eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastaların sayısının fazla olduğunu belirtmişlerdir. Şahin(2018) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı araştırmada eşi ve çocuklarıyla yaşayan hastaların sayısının fazla olduğunu saptamıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların büyük bir kısmının şizofreni tasını aldığı ve fiziksel hastalığa sahip olma oranının düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Küey ve arkadaşlarının(1987) ruhsal bozuklukların epidemiyolojisinin araştırılması üzerine yaptığı çalışmada psikoz tanısı almış hastaların fazla olduğu psikozların başında ise şizofreninin geldiğini saptamıştır. Kılınç (2015) psikiyatri hastaları üzerinde yaptığı çalışmada çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun şizofreni tanılı hastalar olduğunu belirtmiştir. Aksoy (2013) ve Şahin (2018) Bipolar Affektif Bozukluğuna sahip hastalarla yaptığı çalışmalarda fiziksel hastalığa sahip olan hasta sayısının az olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızın bu bulguları diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çalışmada hastaların çoğunda ilaç alımını destekleyen kişi oranının az olduğu, ilaç alırken yan etki yaşadığı ve yan etkilerden dolayı ilaç alma isteğinin azaldığı belirlenmiştir (Tablo 2). Altınyay (2016) şizofreni hastalarında hastalık ve tedavi sürecinin ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ilaç yan etkisi yaşayan hasta sayısının az olduğunu ve hastaların az bir kısmının ailesi ile birlikte yaşayıp ilaç alımının desteklemesi gerektiğini istediği saptanmıştır. Hastaların ailesi veya bakım verenleri tarafından desteklenmesi durumunda ilaç uyumsuzluk problemlerinin daha az yaşanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile desteği ortalama puanının, yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik ve çevresel alan puanlarının bir birine yakın ve yüksek, ilaç uyum puanlarının ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Kök (2014) psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarla yaptığı çalışmada çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile desteği ortalama puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Doğanavşargil (2009) depresyon ve şizofreni hastalarında yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik ve çevresel alan puanlarının bir birine yakın olduğunu saptamıştır. Öztürk (2010) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik ve çevresel alan puanlarının bir birine yakın ve yüksek olduğunu belirtmiştir. Gökalp (2017) şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastaların ilaç uyum düzeylerinin orta seviyede olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızın bu bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır. Ancak kadın hastaların aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanlarının erkek hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Albal (2009) depresyon hastalarındaki çalışmasında hastaların cinsiyetleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını fakat kadın hastaların ortalama sosyal destek puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Soysal (2017) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların cinsiyetleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, kadın hastaların ortalama sosyal destek puanlarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız bu yönüyle diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Cinsiyete göre hastaların yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat kadın hastalarda yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal alan puanın erkek hastalara göre yüksek, ilaç uyum puanının ise erkek hastalarla bir birine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Doğanavşargil (2009) şizofreni hastalarındaki çalışmasında hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, kadın hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alan alt boyut ortalama puanının erkek hastalara göre yüksek, sosyal alan puanın ise kadın hastalarla erkek hastalarda bir birine yakın olduğunu belirtmiştir. Aksoy (2013) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarda hastaların cinsiyetleri ile ilaç uyumu arasında puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptamıştır. Çalışmamızın bu bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Hastaların medeni durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Boşanmış ve dul hastalarda çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Doğanavşargil (2009) şizofreni hastalarındaki çalışmasında hastaların medeni durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, ayrılmış ve dul hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğunu saptamıştır.

Kılınç (2015) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların medeni durumları ile sosyal destek ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, boşanmış ve dul hastaların ortalama puanlarının düşük olduğunu belirtmiştir. Aile ortamında yaşayan hastaların ilaç uyum düzeyleri ve yaşam kalitelerinin daha iyi olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın bulguları bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların eğitim durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin; aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği ile yaşam kalitesi ölçeğinin; bedensel alan, sosyal alan ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlkokul mezunu hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Kök (2014) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyleri arttıkça çok boyutlu algılanan sosyal destek ortalama puanının arttığını belirtmiştir. Yapılan başka çalışmalarda; eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, eğitim seviyesi arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Şahin 2018, Güneş 2010). Gökdem (2018) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ilaç uyum puanlarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Aksoy (2013) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada eğitim durumu ile ilaç uyumu arasında istatistiksel fark olmadığı fakat eğitim seviyesi yüksek olan hastaların ilaç uyum puanlarının fazla olduğunu saptamıştır. Hastaların ilgi alanlarına göre bilgilendirilmesi veya eğitim verilmesi durumunda ilaç uyum düzeylerinin daha iyi olacağı ve yaşam kalitelerinin artacağı düşünülmektedir. Literatür kaynakları çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların aile tipi durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Parçalanmış aileye sahip hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının çekirdek ve geniş aileye daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo7). Kılınç (2015) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada aile tipi durumuna göre hastaların sosyal destek ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını fakat yalnız ve parçalanmış aileyle yaşayan hastaların sosyal destek ve ilaç uyum puanlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Şahin (2018) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada parçalanmış ailede yaşayan hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının düşük olduğunu saptamıştır. Bu durum aile yapısının algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin; aile desteği ve arkadaş desteği boyutunda eş, eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu, yaşam kalitesi ve ilaç uyumunda ise yalnız yaşayan hastaların ortalama puanlarını daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Kök (2014) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada birlikte yaşanan kişi durumu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu, yalnız yaşayan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Şahin (2018) Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların birlikte yaşadığı kişi durumuna ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını fakat yalnız yaşayan hastaların yaşam kalitesi ortalama puanın daha düşük olduğunu saptamıştır. Muslu (2010) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların birlikte yaşadığı kişi durumuna göre ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ancak yalnız yaşayan hastaların ilaç uyum puanlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular doğrultusunda hastaların birlikte yaşadığı kişilerden aldığı desteğin yaşam kalitesi ve ilaç uyumu üzerinde olumlu etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, çalışan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Kılınç (2015) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların çalışma durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını fakat çalışan hastaların sosyal destek ve ilaç uyum ortalama puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Doğanavşargil (2009) şizofreni hastalarındaki çalışmasında hastaların çalışma durumlarına ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı çalışan hastaların yaşam kalitesi leği evresel alan alt boyut ortalama puanın çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Gkdam (2018) şizofreni hastalarındaki çalışmasında hastaların çalışma durumlarının ilaç uyumu üzerinde etkisinin anlamlı olmadığını ancak çalışan hastaların ilaç uyum ortalama puanlarının çalışmayan hastalara göre daha fazla olduğunu saptamıştır. Güneş(2010) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada çalışma durumuna göre hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu, çalışan hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Toplum ruh sağlığı ile iş birliği içinde olup hastaları ilgi alanlarına göre uğraşıya yönlendirmek ve işlevselliğini artırmak hastaların ilaç uyum ve yaşam kalitesi durumlarına olumlu etki sağlayabilir. Çalışma bulguları literatür ile örtüşmektedir.

Çalışmada hastaların ekonomik durumlarına çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ekonomik durumu iyi olan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının ekonomik durumu kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Gök (2014) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların ekonomik durumları ile sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu, ekonomik durumu iyi olan hastaların algılanan çok boyutlu sosyal destek puanlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Doğanavşargil (2009) depresyon hastalarıyla yaptığı çalışmada ekonomik durumu iyi olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Gökalp (2017) şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların ekonomik durumları ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını belirtmiştir. Hastaların işlevselliği artırılarak kendi ekonomik durumlarına katkı sağlamalarının yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki olabileceği dşnlmektedir. Çalışma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada hastaların yaşadığı yere çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, kendi evlerinde oturan hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11). Selçuk (2010) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların yaşadığı yere durumu ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel bir farkın olmadığını belirtmiştir. Hastaların yaşadığı yer durumuna göre sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumunu etkilemesine dair fazla literatür bilgiye ulaşılamamıştır.

Çalışmada hastaların ilaç alımının ve kontrollere gidilmesinin desteklenmesi durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 12-13). Çalışmamızın bu bulguları ile ilgili literatüre ulaşılamamıştır. Fakat hastalara gösterilen sosyal desteğin yaşam kalitesi ve ilaç uyumu üzerinde olumlu bir etki oluşturabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların ilaç yan etkisi yaşama durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu, ilaç yan etkisi yaşayan hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının ilaç yan etkisi yaşamayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo14). Çalışmamızın bu bulguları ile ilgili literatüre ulaşılamamıştır. Fakat hastaların ilaç yan etkileri konusunda eğitim sahibi olmasının yan etkilerin en aza inmesini sağlayabileceği, böylece hastaların yaşam kalitesini ve ilaç uyumunu olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların yardıma ihtiyacı olduğunda destek alabilme, destek aldığı kişiler ve alınan desteğin yeterlilik düzeyine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 15-16-17). Hastalar genellikle aileden destek aldıklarını ve alınan desteğin yeterli olduğunu belirtirken, aileden alınan desteği yeterli bulan hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyum puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yeterli düzeyde gösterilen aile desteğinin hastaların yaşam kalitesine ve ilaç uyum durumlarına olumlu etkilerinin olduğu düşünülebilir.

Çalışmada hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve güçlü bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Hastaların sosyal destek düzeylerini belirlemek ve harekete geçirmek ilaç uyumsuzluk problemlerinin azalmasına ne yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayabileceği düşünölmektedir.





## 5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### Sonuçlar

Ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarının tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesini amacı ile yapılan bu çalışmada;

Hastaların büyük bir kısmını kadınların oluşturduğu, hastaların çoğunluğunun evli, ilkokul mezunu, çekirdek ailede yaşayan, çalışmayan, ekonomik durumu orta düzeyde olan, eşi ve çocuklarıyla yaşayan, kendi evinde oturan, fiziksel hastalığı olmayan ve daha çok şizofreni tanılı hastalar olduğu,

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin aile destek alanı ortalama puanının, yaşam kalitesi ölçeğinin psikolojik ve çevresel alan puanının bir birine yakın ve yüksek olduğu, ilaç uyum ortalama puanının ise orta düzeyde olduğu,

Hastaların cinsiyetler ile çok boyutlu algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,

Ailesi ile yaşayan, evli olan, ekonomik durumu iyi olan, eğitim seviyesi yüksek olan, çalışabilen, ilaç alımı ve kontrollere gidilmesi desteklenen hastaların ilaç uyum düzeyinin ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu,

Hastaların sosyal destek düzeyleri artıkça yaşam kalitesi ve ilaç uyumunun da arttığı, hastalarının sosyal destek olarak daha çok aile desteği aldığı, arkadaş ve özel kişi desteğini daha az kullandığı sonuçları elde edilmiştir.

### Öneriler

Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum, sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

-Hastaların ilaç uyumunu sürdürmek ve yaşam kalitesini artırmak için hasta ve aile üyelerinin sosyal destek kaynaklarını tanımalarının ve kullanmasının sağlanması,

-Hastaların yalnızca aile desteğini değil aynı zamanda arkadaş ve özel kişi desteğinden de yararlanmasına yardım edilmesi,

-Aile desteğinin önemi konusunda hasta ve hasta ailesine eğitim verilmesi,

-İlaç alımı ve kontrollere gitmesi desteklenmeyen hastalarda tedaviye uyumsuzluk problemlerinin fazla, yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlendiği için hasta ailesine tedaviye uyum ve kontrolleri sürdürmenin önemi konusunda eğitim verilmesi,

-Çalışan hastaların ilaç uyumları ve yaşam kalitelerinin yüksek olmasından dolayı hastaların işlevselliğini artırmaya yönelik hasta ailelerine psikoeğitim uygulanması,

-Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük hastaların sosyal destek, yaşam kalitesi ve ilaç uyumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu Özellikteki bireyleri risk grubu olarak ele alarak yardım ve destek verilmesi,

-Ayaktan tedavi alan hastaların ilaç uyumunu sürdürmek, kontrollere düzenli gelmesini sağlamak, hastalığı yönetmede hasta ve ailesini desteklemek için psikiyatri polikliniğinde bir eğitim hemşiresinin görev yapması önerileri getirilmiştir.

## 6. KAYNAKÇA

- Akarçay D., (2013). Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aksoy A., (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Aktaş A., Özlem H., S. (2012). Verilen Sosyal Destek Ölçeği’nin Psikometrik Özellikleri, Psikoloji Çalışmaları Dergisi, 32-2: 71-84.
- Albal E., (2009). Depresyonla Başa Çıkmada Öz Yeterlilik İle Algılanan Sosyal destek Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Algül Ö., (2013). İnfertilite Sorunu Yaşayan Çiftlerde Cinsel İşlev Durumu ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Alice D., Francoise A., Patricia G., Marie C., R., Annie M., Jean L., T., Claude B., (1998). Community Mental Health Journal, Vol: 34, No: 5.
- Altay B., Çavuşoğlu F., Çal A., (2016). Yaşlıların Sağlık Algısı, Yaşam Kalitesi ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Taf Preventive Medicine Bulletin, Vol 15: 3.
- Altınay N., (2016). Şizofreni Hastalarında Hastalık ve Tedavi Sürecinin İlaç Uyumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altun D., F., (2014). Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Mevcut Tedaviye Ek Olarak Verilen Psiko eğitim’in; Tedavi Uyumuna, İşlevselliğe, Yaşam Kalitesine, Hastanın Sosyal Destek Algısına Ve Yaşam Olayları İle Başa Çıkma Becerileri Üzerine Etkileri, Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Antalya.
- Annak B.B., (2005). Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu-Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli

Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Ardahan M., (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9, Sayı 2.

Arkan B., Üstün B., (2008). Elektrokonvülsif Tedavi’de (EKT) Hemşirelik Uygulamaları, CÜ Hemşirelik Dergisi 12 (3).

Arslantaş H., Adana F., Kaya F., Turan D., (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler, İÜFN Hemşirelik Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 2, 87-97.

Avşar G., Koç F., Aslan G., (2016). Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı, ACU Sağlık Bilimler Dergisi, (1): 44-49.

Aydemir Ö., Ergün H., Soygür H., Kesebir S., Tulunay C., (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi, 20(3): 205-212.

Aylaz R., Kılınç G., (2017). The Relationship Between Treatment Adherence and Social Support İn Psychiatric Patients İn the East of Turkey, Archives of Psychiatric Nursing 31: 157-163.

Bademli K., Lök N., (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 9 (2): 136-146.

Balaban Ö.D., Küçüktüfekçi A.H., Binbay T., Karamustafaloğlu N., (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakım verenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal destekle İlişkili mi?, Klinik Psikiyatri Dergisi, 19: 15-26.

Benbow S.M., Crentsil A., (2004). Subjective experience of electroconvulsive therapy, psychiatric bulletin, 28:289-291

Bostancı N., (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar, Düşünen Adam; 2005, 18 (I ): 32-38

Boylu A.A., Paçacıoğlu B., (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar dergisi, Cilt 8, Sayı: 15.

Buchanan A., (1998). Treatment Compliance in Schizophrenia, Advances in Psychiatric Treatment, vol: 4, pp: 227-234.

- Can G., Akin S., Aydiner A., Özdilli K., Oskay U., Durna Z., (2011). A psychometric validation study of the Quality of Life and Famcare scales in Turkish cancer family caregivers, *Qual Life Res* 20:1319–1329
- Çakır F., İlnem C., Yener F., (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23: 50-59.
- Çakır Y., Palabıyıkoglu R., (1993) Gençlerde Sosyal destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, *Kriz Dergisi* 5 (1): 15-24.
- Çatal E., Dicle A., (2014). Teori Ayırıştırma Bileşeni: Roy'un Uyum Modeli Örneği, *Teori – Araştırma Bileşeni, Roy, Deuhyo Ed*, 7 (1), 33-45.
- Çiçek E., (2011). Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hasta Yakınlarında Aile Yüğü, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatri Bozuklukların Değerlendirilmesi, *Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Konya*.
- Çobanoğlu Z.S., Aker T., Çobanoğlu N., (2003), Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları, *Düşünen Adam Dergisi*, 16 (4): 211-218.
- Demirkıran F., Tarakye G., Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumları ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi, *Kriz Dergisi* 9 (2): 29-39.
- Demirkol E., M., Tamam L., Evlice Y.E., Karaytuğ M.O., (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunu, *Çukurova Medical Journal*, 40 (3): 555-568.
- Demirkol M.E., Tamam L., (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumunu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 8(1): 85-93.
- Demirkol M.E., Tamam L., Evlice Y.E., Karaytuğ M.O., (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunu, *Çukurova Medical Journal*, 40 (3): 555-568.
- Dikeç G., (2014). Kronik Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum Programının Etkinliği, *Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.

- Dikeç G., Kutlu Y., (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etikleyen Etmenlerin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3)-143-148.
- Dikeç G., Kutlu Y., (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6 (1): 40-46.
- Doğan T., Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyilik Hali, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt: III, Sayı 30.
- Doğanavşargil Ö., (2009). Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Dönmez F., Ç., Yılmaz M., (2011). Elektrokonvülsif Tedavi ve Hemşirelik Bakımı, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2011;2(2):80-89
- Eker D., Arkar H., (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği *Türk Psikoloji Dergisi*, Cilt: 10, Sayı 34
- Eker D., Arkar H., Yıldız H., (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12 (1): 17-25.
- Ertem M., (2016). Şizofreni Hastalarının İlaç Uyumu ve İçgöre Düzeylerine Motivasyonel Görüşmenin Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Erol N., Kılıç C., Ulusoy M.,(1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Eksen Tanıtım Ltd.Şti. Ankara.
- Ertuğrul A., Rezaki M., (2005). Varsanların Nörobiyolojisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (4): 268-275.
- Ervatan Ö.S., Özel A., Türkçapar H., Atasoy N., (2003). Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 6: 5-11.
- Eryılmaz A., (2017). Pozitif Psikoterapiler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 9 (3): 346-362.

- Eser E., Fidner H., Fidaner C., Eser Y.S., Elbi H., Göker E., (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL- BREF'in psikometrik Özellikleri, 3P DKRC.İsi 7.
- Esmek M., (2007). Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlemesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya
- Gigantesco A., Massimo G., (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice, Anss Ist Super Sanita Vol: 47, No: 47: 363-372.
- Gökalp G., (2017). Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlaç Uyumu Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gökdam E.K., (2018). Şizofreni Hastalarının İçgörülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Gültekin A., (2018). Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Gümüş F., Çakır S., Kesebir S., Erin E. Michalak, Greg M., (2018). Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu'nun (BBYKÖ-KF) Türkçe Psikometrik Özellikleri, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9 (3); 170-174.
- Güneş D., (2010). Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı. İstanbul.
- Güvenç A.I., Ecevit C.M., (2016). Kronik Rinit ve Rinosinüzitte Subjektif Değerlendirme Yöntemleri: Yaşam Kalitesi Ölçekleri, Türk Rinoloji Dergisi, 5 (1): 38-52.
- Harkın Ş., (2009). Bipolar Bozukluğu olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.
- Heinz K., (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice, World Psychiatry, 5: 3.

- Julio A., Emmanuel M., Morales R., Sara S, Ariel C., Ruben A., and Graciela R., (2013). Efficacy of Community Treatments For Schizophrenia and other psychotic disorders: a Literature Review, Review Article, 10:3389
- Julio B., MD, Maria P., Garcia P., (2007). Quality of Life İn Schizophrenic Patients, Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 9 . No. 2 .
- Kelleci M., Ata E.E., (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(3): 105-110
- Keskin A., Ünlüoğlu İ., Bilge U., Yenilmez Ç., (2012). Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi, Eskişehir İlinde Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Araştırma Makalesi: 10.4274 Npa.6522.
- Kılıç C., (2011). Bipolar Bozukluk Hastalarında Metabolik Sendrom ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul.
- Kılınç G., (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Kısaoğlu Ö., (2017). Gebelik Sürecinde Ruhsal Durum Ve Benlik Saygısı: Bir İzlem Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Kozalı E., (2017). Depresyonda Yaşam Kalitesi: Yetişkin Bağlanma Stilleri, Duygulanım Düzenleme Stratejileri ve Öz Duyarlığın Rolü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kök H., (2014). Psikiyatri Polikliniğinde Takip Edilen Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kuey L., Ruhsal Bozukluklara İlişkin Halkın Tutum ve Davranışları, Kriz Dergisi 3 (1-2): 172-174
- Lijun S., Joonmo S., (2011). Social Support, National University of Singapore, Duke UNiversity, pp: 116-128.



- Lizheng G., Xiang Y., Man X., Weng Y., Laiang W., (2016). Qualities of Life of Patients with Psychotic Disorders and Their Family Caregivers: Comparison between Hospitalised and Community-Based Treatment in Beijing, China, Plos one, Journal November 21.
- Malatee R., Yajai s., Wantana M., Sandra T., and Thavatchai V., (2011). Mediating Role of Illness Representation Among Social Support, Therapeutic Alliance, Experience of Medication Side Effects, and Medication Adherence in Persons With Schizophrenia, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 25, No. 4 (August): pp 269–283
- Mary C., Townsend, (2011). Psychiatric Mental Health Nursing, Concept of Care in Evidence – Baced Praticce, ss: 314-326
- Meriç M., (2006). Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Meriç M., Oflaz F., (2010). Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanç Modeline Dayalı Tedaviyle İlgili Düşüncelerinin Tedaviyi Bırakma ile İlişkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5)
- Meriç M., Oflaz F., (2013). Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(3):109-118
- Mert D.G., Turgut N.H., Kelleci M., Semiz M., (2015). Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients, Patient Preference And Adherence, 2015: 9, 87-93
- Morisky DE., Green LW., Levine DM., (1986) Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 24: 67–74.
- Musaoğlu Z., (2008). Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İltimli Yaşam Kalitesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- Muslu S., (2010). Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumunu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Nebioğlu M., (2007). Şizofreni Hastalarında Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Uzmanlık Tezi, Őanlıurfa.
- Öztürk S., (2010). Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörü İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak.
- Pinikahana J., Happell B., Taylor M., Keks NA.. (2002) Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* (2002);23:513-28
- Regier DA., Myers JK, Kramer M., Robins LN., Blazer DG,Hough RL,Eaton WW., Locke BZ.,( 1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 41:934-941.
- Rodriguez M., S., Cohen S., (1998). Social Support, *Encydopedia of Mental Heulub* Volume: 3
- Sağlım E., (2011). Antipsikotik Kullanım Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Tedaviye Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Düzce.
- Samuli I.S., Satı V., Jonn P., Seppo K., Jouko L., (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders, *The British Journal of Psychiatry*; 197: 386-394
- Schwarzer R., Knoll N., Rieckmann (2003). *Social Support, Introduction to health psychologoy*, Oxford, England: Blackwell.
- Selçuk A., (2010). Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikler, Yüksek Lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Sheila L., Videbeck, Cathy J., Miller (2011). *Psychiatric – Mental Health Nursing*, Wolters Kluwer, Tokyo.
- Souza J., Leticia Y., A., Marciana F., M., Lucas D., S., Carla A., (2016). Structure of the Social Support Network of Patients with Severe and Persistent Psychiatric Disorders in Follow-Ups to Primary Health Care, *Archives of Psychiatric Nursing* 30: 70-76.

- Soysal M., (2017). Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Sönmez S., (2009). Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup Çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal İşlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, İstanbul.
- Suprakash C., Poonam R., Murthy PS, Chetan D., Anand A Patil. (2018). Quality of life in psychiatric disorders, Trhe Bio Res, 1 (1):1-4
- Susan M., Benbow And Joe Crentsil (2004). Subjektive Experience of Electro Convulsive Therapy, Psychiatric Bulletin, 20: 289-291.
- Stuart GW., (2013). Neurobiological Responses and Szhizophrenia and Psychotic Disorders, Principles and Pratic Of Psychiatric Nursing, ss:300-330
- Şahin G., (2018). Bipolat Bozukluk Tanılı Hastalarda Ayrılma Anksiyetesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Şimşek D., (2006). Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.Tedaviye Uyumu, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(1): 7-12
- Tekaüt A., (2019). Şizofreni Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tel H., Doğan S., Özkan B., Çoban S., (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(1):7-12
- Tel H., Saraç B., Günaydın Y., Medik K., Doğan S., (2010). Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi;1(3):103-107
- The Whoqol Group, (1998). Development of the World Health Organization Whoqol Bref Quality of Life Assesment, Psychological Medicine, 28, 551-558.

- Thurkadevi M., Marhani M., Tuti I., M., D., Riana A., R., Abdul Kadir A., B., Nik R., n., J., Hatta S., Najwa B., (2017). Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A crosssectional study, *Comprehensive Psychiatry* 75; 94-102.
- Top M.Ş., Özden Y.S., Sevim E.M., (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 16(1): 18-23.
- Topçu B., Saraçlı S., Dursun P., Gazeloğlu C., (2012). Akademisyenlerin Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Çalışma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Örneği, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (1): 15-19
- Trivedi J., K., (1999). Quality Of Life In Psychiatric Patients, *Indian Journal of Psychiatry*, 41 (4), 277-279.
- Turkçapar H., M., Gökan E., Psikiyatrinin İşlevi, *Kriz Dergisi* 3 (1-2): 179-181. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 2, Sayı 2: 15.
- Uslu E., Buldukoğlu K., (2018). Şizofrenide İlaç Tedavisine Uyum ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 61-72.
- Üçok A., (2007). Diğer İnsanlar Damgalar... Peki Ya Biz? Zihin Sağlığı Çalışanlarının şizofreni Hastalarına Karşı Tutumları, *Archives of Neuropsychiatry*; 44: 108-16
- Wilkinson G., Hesdon B., Wirlid D., Cookson R., Farina C., Sharam V., Fitzpatrick R., Jenkinson C., Self-Report Quality of life Measure for People With Schizophrenia: the SQLS.
- Xiaofeng G., vd, (2010). Antipsychotic Medication Alone versus Combined with Psychosocial Intervention on Outcomes of Early Stage Schizophrenia: A Randomized, One-year Study, Published in final edited form as: *Arch Gen Psychiatry*. 2010 September ; 67(9): 895–904
- Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R., (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* ;2(2):61-68
- Yıldırım A.D., (2014). İki Uçlu Bozukluğu Olan Hastalara Verilen Psikoeğitimin Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

- Yılmaz E., (2012). Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanmanın Tedaviye Uyuma Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum. .
- Yılmaz S., (2004). Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz S., Buzlu S., (2012). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu, İÜFN Hemşirelik Dergisi, Cilt: 20, Sayı : 2 93-103
- Yılmazel G., (2013). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Sağlıkla İlişkili Davranışlar, Yeni Symposium Journal, Cilt: 51, sayı:3.
- Yöney H., (2001). Psikiyatride Tanı Yaklaşımları ve Nörobiyoloji, Psikiyatri Dünyası Dergisi 5; 55-58.
- Yuki M., Rieko K., Miki A., Soichi T., (2014). Social Support and Health-Related Quality of Life among Mental Health Service Users in Japan, November 14.
- Zeren T., Tamam L., Evlice Y., E., (2003). Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Bir Genel Değerlendirme, Arşiv; 12: 340.
- Zimet GD., Dahlem NW., Zimet SG., Gordon FK., (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 52:30-41.

## EKLER

### Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

#### Anket Formu:

1-Cinsiyet: a) Erkek b) Kadın

2-Yaş: .....

3-Medeni durum: a) Bekar b) Evli c) Boşanmış/Ayrılmış d) Dul

4-Eğitim: a) Okur-Yazar Değil b) İlkokul Mezunu c) Ortaokul Mezunu

d) Lise Mezunu e) Yüksekokul

5-Aile tipi: a) Çekirdek b) Geniş Aile c) Parçalanmış Aile

6-Birlikte yaşadığınız kişiler: a) Anne ve Baba b) Anne veya Baba c) Eş d) Eş ve Çocuklar

e) Yalnızca Çocuklar f) Yalnız

#### 7- Çalışma durumunuz:

a) Çalışmıyor b) Çalışıyor

8- Ekonomik durumunuz: a) İyi b) Orta c) Kötü

#### 9- Oturduğu ev :

a) Kendi evi b) Kira c) Otel ya da pansiyon d) Diğer.....

10- Psikiyatrik hastalığınızın adı nedir?.....

11- Psikiyatrik hastalık süreniz ne kadar? .....

12- Psikiyatrik hastalıktan dolayı yıllık hastaneye yatış sayınız kaçtır? .....

13- Psikiyatrik hastalıktan dolayı en son hastaneye yattığınız tarih nedir ? .....

14- Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız.

15- Fiziksel hastalığınızın adı:.....

**16- Fiziksel hastalıktan dolayı kullandığınız ilaç varsa yazınız:.....**

**17- Fiziksel hastalığınızın süresi:.....**

**18- Fiziksel hastalıktan dolayı hastaneye yatışınız sayınız:.....**

**19- Ailenizden biri ya da bir arkadaşınız ilaç alımınızı kontrol eder mi?**

a) Evet                      b) Hayır

**20- Ailenizden biri ya da bir arkadaşınız hastalığınız ile ilgili olan kontrollerinize gitmeniz için size yardımcı olur mu?**

a) Evet                      b) Hayır

**21- İlaçlarınızı alırken rahatsız edici herhangi bir yan etki yaşadınız mı?**

a) Evet                      b) Hayır

**-Cevabınız evet ise ne tür rahatsız edici yan etkiler yaşadınız?.....**

**22- İlaçları alırken rahatsız edici yan etkisinin olması sizin ilaç alma isteğinizi nasıl etkiliyor?**

a) İlaç alma isteğimi artırıyor

b) İlaç alma isteğimi azaltıyor

c) İlaç alma isteğimi etkilemiyor

**23- Her hangi bir konuda yardıma ihtiyacınız olduğunda destek alabiliyor musunuz ?** a) Evet                      b) Hayır

**24- Cevabınız evet ise kimlerden yardım alıyorsunuz?** a) Aileden b) Arkadaşlardan  
c) Yakın çevreden                      d) Diğer kişilerden

**25- Cevabınız evet ise bu desteğin sizin için yeterlilik düzeyi nedir?** a) Kısmen yeterli                      b) Yeterli                      c) Yetersiz

## Ek-2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

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 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 yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) 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, annem, 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-3:Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)**

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her sorunun ölçeğinde size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok kötü  Biraz kötü  Ne iyi, ne kötü  Oldukça iyi  Çok iyi

2.Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3.Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

4.Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10.Günlük yaşamı sürdürmeniz için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Tamamen

11.Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Tamamen

12.İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Tamamen

13.Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Tamamen

14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız var?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15.Bedensel hareketlilik(etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü  Biraz kötü  Ne iyi, ne kötü  Oldukça iyi  Çok iyi

16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

18.Düş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

20.Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

23. Yaşadığınız yerin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bulantı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman  Nadiren  Ara sıra  Çoğunlukla  Her zaman

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle(eş, iş arkadaşı, akraba)ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç  Çok az  Orta derecede  Çokça  Aşırı derecede

#### Ek-4: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

	İlaç uyumu	Evet	Hayır
1	İlacınızı almayı unutur musunuz?		
2	İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?		
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?		
4	İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissettesiniz ilaç almayı bırakır mısınız?		





## Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın .....

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı: “Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi” dir.

Bu araştırmanın amacı, “Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi” dir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada size yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitiminiz, aile tipiniz, birlikte yaşadığınız kişiler, çalışma durumunuz, oturduğunuz evin kime ait olduğu, psikiyatrik hastalığınızın adı, süresi, psikiyatrik hastalıktan dolayı yıllık hastaneye yatış sayınız, en son yattığınız tarih, fiziksel hastalık, ilaç kullanımınız ve kontrolleriniz konusunda destek olan kişilerin varlığı, ilaç yan etkilerinin sorgulanması şeklinde sorular bulunmaktadır. “*Kişisel Bilgi Formu*” ‘nun ardından,12 sorudan oluşan “*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği*”, 27 sorudan oluşan “*Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)*”,*Morisky Tedavi Uyum Ölçeği*” uygulanacaktır. Soru formları araştırmacı tarafından size dağıtılacak ve formların kendi ortamınızda bireysel olarak doldurmanız sağlanacaktır. Sizin formu doldurduğunuz süre içinde araştırmacı ilgili poliklinikte bulunacak ve doldurulan formları tekrar toplayacaktır. Soru formlarının yaklaşık 15-20 dakika içinde doldurulması beklenmektedir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu çalışmada vereceğiniz yanıtlarla tedavi uyum, sosyal destek ve yaşam kalitenizi belirleyerek bilimsel veriler elde edilmesine katkı sağlayacaktır. Araştırma 9 Nisan – 30 Haziran 2018 tarihlerinde Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan takip için gelen psikiyatrik hastalık tanısı almış, 18 yaş ve üzeri, en az bir yıldır ilaç kullanan, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmaya kabul eden psikiyatri hastaları oluşturacaktır. Elde edilen veriler kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen soru formlarını eksiksiz doldurmanız, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermeniz ve formları araştırmacıya teslim etmenizdir.

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar ise ilaç uyumu, sosyal destek ve yaşam kalitenizin belirlenmesi ve bu kapsamda gereksinimlerinizin ortaya çıkarılmasıdır. Ayrıca bu araştırmaya katılımınız daha sonra yapılacak olan bilimsel araştırmalara bir zemin oluşturacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için **05345769835** numaralı telefondan araştırmacı yüksek lisans öğrencisi hemşire **Bülent KOCAKAHYA** 'ya başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

### **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığını** Adı-Soyadı Görevi Adresi Tel- Faks Tarih ve İmza

**EK-6: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı**

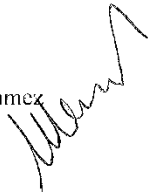
	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi
-----------------------	---

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

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

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







CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/01	Tarih: 26.02.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

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

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

\* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

İmza:

## EK-7: Araştırma İzin Onayı



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

Sayı : 93596471-044-E.299295  
Konu : Uygulama İzni

09/04/2018

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 04/04/2018 tarihli ,88354726-298602 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Bülent KOCAKAHYA'nın "*Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum, Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını hastanemiz Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalara uygulanması hastalarında onayının alınması koşuluyla uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ  
Başhekim

Adres: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas  
Telefon: 0 346 2581326 Belgegeçer: 0 346 258 0024  
e-Posta: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ: www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için: Elif KILIÇ  
Unvanı: Firma Personeli

**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır**

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı: BÜLENT KOCAKAHYA

Doğum Yeri ve Tarihi: Tokat/Zile- 1989

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

İletişim Adresi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Servisi

E-posta Adresi: b.kocakahya60@gmail.com

### **Eğitim ve Akademik Durumu**

Lise (2003-2006) : Zile Dinçerler Lisesi

Lisans (2007-2011) : Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yüksek Lisans (2015- 2019 ) : Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

### **İş Tecrübesi**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Servis Hemşiresi, 2011-2017

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Servisi, 2017-...