

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN TIP DIŞI
YARDIM ARAMA DAVRANIŞLARI VE İLAÇ UYUM DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

KONYA-2022

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN TIP DIŞI
YARDIM ARAMA DAVRANIŞLARI VE İLAÇ UYUM DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU

Danışman

Dr. Öğretim Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

KONYA-2022

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Esma Ceren ŞİŞGİNOĞLU**'nun "**Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve İlaç Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 30.05.2022

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU İmza
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Üyesi Adeviye AYDIN İmza
Sinop Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Üyesi Burcu CEYLAN İmza
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 22/06/2022 tarih ve 13/24sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmza

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazını sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30/05/2022

Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU



BENZERLİK

Tezin Tam Adı: Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve İlaç Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı: Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 95

KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN TIP DIŞI YARDIM ARAMA DAVRANIŞLARI VE İLAÇ UYUM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ			
ORJİNALLİK RAPORU			
%	10	%	10
BENZERLİK ENDEKSİ		İNTERNET KAYNAKLARI	
		%	2
		YAYINLAR	
		%	
		ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ	
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	www.capps.org		%2
	İnternet Kaynağı		
2	openaccess.inonu.edu.tr:8080		%1
	İnternet Kaynağı		
3	acikerisim.ybu.edu.tr:8080		%1
	İnternet Kaynağı		
4	nek.istanbul.edu.tr:4444		%1
	İnternet Kaynağı		
5	9lib.net		%1
	İnternet Kaynağı		
6	acikerisim.medipol.edu.tr		%1
	İnternet Kaynağı		
7	docplayer.biz.tr		%1
	İnternet Kaynağı		
8	issuu.com		%1
	İnternet Kaynağı		

Danışman Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle beni aydınlatan, akademik ve bireysel gelişimim için her türlü desteği veren, sevgisi ve güler yüzüyle beni her zaman motive eden, her yönüyle örnek aldığım çok değerli tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU'ya,

Enerjisi ve samimiyetiyle her zaman desteğini hissettiğim değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Burcu CEYLAN'a,

Her zaman yanımda olan ve beni her konuda destekleyen annem ve babama,

Kıymetli arkadaşlarım Necibe Şeyda TUNALI, Aliye YILDIZ ve Merve PINARBAŞI'na teşekkür ediyorum.

Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU

İÇİNDEKİLER

Tez Kapağı ve İç Kapak.....	i
Tez Onay Sayfası.....	iii
Tez Beyan Sayfası.....	iv
Benzerlik Raporu.....	v
Önsöz ve Teşekkür.....	vi
İçindekiler.....	vii
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi.....	x
Tablolar Listesi.....	xi
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Kronik Ruhsal Bozukluk.....	5
2.2.Kronik Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi.....	6
2.3.Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Yaklaşımları.....	7
2.4.Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedaviye Uyum.....	7
2.5. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	9
2.6.Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedaviye Uyumsuzluk	10
2.7.Tedaviye Uyumsuzluğun Sebepleri	10
2.8.Tedavi Uyumsuzluğunun Sebep Olduğu Durumlar.....	12
2.9.Kronik Ruhsal Bozukluklarda İlaç Uyumsuzluğu	12
2.10.İlaç Uyumsuzluğuna Sebep Olan Faktörler	13
2.11.Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları.....	14
2.12.Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyum ve Psikiyatri Hemşireliği.....	16
2.13.Kronik Ruhsal Bozukluklarda İlaç Uyum ve Psikiyatri Hemşireliği.....	16
2.14.Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve Psikiyatri Hemşireliği	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1.Araştırmanın Tipi.....	18
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	18

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	19
3.5.Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	19
3.6.Verilerin Toplanması Araçları	19
3.6.1.Demografik Veri Formu.....	19
3.6.2.Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı Bilgi Formu	20
3.6.3.Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖÖ)	20
3.7.Verilerin Toplanması	20
3.8.Araştırmanın Değişkenleri	21
3.8.1.Bağımlı Değişkenler.....	21
3.8.2.Bağımsız Değişkenler	21
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.10.Araştırma Soruları.....	22
3.11.Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu	22
3.12.Verilerin İstatistiksel Analizi	22
4. BULGULAR.....	24
4.1.Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulgular	24
4.2.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ile İlgili Bulgular	26
4.2.1.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Dağılımı.....	26
4.2.2.Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	28
4.2.3.Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	35
4.3.Katılımcıların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Aldığı Puanlara İlişkin Bulgular 40	
4.3.1.Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	41
4.4.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular.....	44
5.TARTIŞMA	47
5.1.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	47
5.2.Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	51

5.3.Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	54
5.4.Katılımcıların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Aldığı Puanların Tartışılması.....	55
5.5.Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	56
5.6.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması ..	59
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
6.1.Sonuç.....	62
6.2.Öneriler	63
7.KAYNAKLAR	64
8.ÖZGEÇMİŞ.....	72
9.EKLER.....	73
Ek 1: Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu.....	73
Ek 2: Demografik Veri Formu.....	74
Ek 3: Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları Bilgi Formu.....	76
Ek 4: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ).....	78
Ek 5: Etik Kurul Kararı.....	79
Ek 6: Kurum İzni.....	80
Ek 7: Ölçek İzni.....	81

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

DSM-V: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ECA: Epidemiyolojik Alan Çalışması

EKT: Elektrokonvülsif Terapi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TTUOÖ: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.12.1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu.....	23
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri.....	24
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri (Devam).....	25
Tablo 4.2.1.1. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Dağılımı.....	26
Tablo 4.2.2.1. Cinsiyete Göre Tıp Dışı Davranışların Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.2.2.2. Yaşa Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.2.2.3. Medeni Duruma Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.2.2.4. Yaşanılan Yere Göre Tıp Dışı Davranışların Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.2.2.5. Eğitim durumuna Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.2.2.6. Çalışma durumuna Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.2.2.7. Gelir Düzeyine Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.2.3.1. Tanıya Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.2.3.2. Psikiyatri Kliniğine Daha Önce Yatma DurumunaGöre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.2.3.3 Yatış Süresine Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2.3.4. Hastalık Süresine Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.2.3.5. Ailede Psikiyatrik Öykü Görülme Durumuna Göre Tıp Dışı Davranışların Karşılaştırılması.....	39

Tablo 4.3.1. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı(n=191).....	40
Tablo 4.3.1.1. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.3.1.1. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Devam).....	42
Tablo 4.4.1. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.4.1. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Devam).....	45



ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve İlaç Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi

Esma Ceren ŞİŞGİNOĞLU

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi / Konya - 2022

Kronik ruhsal bozukluklarda ilaç uyumu birçok faktörden etkilenmektedir. İlaç uyumunu etkileyen faktörlerden biri tıp dışı yardım arama davranışlarıdır. Hastaların tıp dışı yardım arama davranışları ilaç uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışma kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların tıp dışı yardım arama davranışları ve ilaç uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Erzurum ilinde bulunan bir hastanenin Psikiyatri Polikliniği'ne kronik ruhsal bozukluk tanısı (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu) ile gelen ya da geldiğinde yeni tanı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 191 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Demografik Veri Formu, Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı Bilgi Formu ve Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testi, T-testi, varyans analizi, ileri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır.

Çalışmamızda hastaların %79,6'sının tıp dışı yardım aradığı, %86,4'ünün hastalık belirtileri ortaya çıkınca ilk olarak hekime başvurduğu ve %73,3'ünün hekim dışı başvurularda ilk başvurdukları kişinin hoca olduğu bulunmuştur. Hekim dışı başvuru yapan hastaya tanı koymak için uygulanan yöntem %78,5 oranında dua ve muska olarak bulunmuştur. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların, cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile tıp dışı yardım arama davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği puan ortalamalarının 14,61±2,39 olduğu saptanmıştır. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların, yaş, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, psikiyatri kliniğine yatış ve hastalık süresine göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, psikiyatri kliniğine yatış sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre TTUOÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç olarak, kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların tıp dışı yardım arama davranışları ilaç uyum düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Bu sonuç doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin ilaç uyumu konusunda eğitici rolde olması, hastaların bilgi birikimlerini arttırmayave aynı zamanda tıp dışı yardım arama davranışlarını değerlendirmeye yönelik girişimlerde bulunması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İlaç uyumu, kronik ruhsal bozukluklar, tıp dışı yardım arama davranışı.

ABSTRACT

REPUBLIC OF TÜRKİYE

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Determination of Non-Medical Help-Seeking Behaviors and Drug Compliance Levels of Patients with Chronic Mental Disorders

Esma Ceren ŞİŞGİNOĞLU

Mental Health and Psychiatric Nursing

Master Thesis / Konya-2022

Medication compliance in chronic mental disorders is affected by many factors. One of the factors affecting drug compliance is non-medical help seeking behaviors. Non-medical help seeking behaviors of patients negatively affect drug compliance. This study was conducted to determine the non-medical help seeking behaviors and drug compliance levels of patients with chronic mental disorders.

This research was conducted in descriptive and cross-sectional type. The sample of the study was 191 patients who came to the Psychiatry Outpatient Clinic of a hospital in Erzurum with a diagnosis of chronic mental disorder (schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, major depression, obsessive compulsive disorder, generalized anxiety disorder) or were newly diagnosed and accepted to participate in the study. has created. Demographic Data Form, Non-Medical Help-Seeking Behavior Information Form and Medical Treatment Compliance Scale were used to collect data. Chi-square test, T-test, analysis of variance were used in the analysis of the data, LSD was used in cases where the variances were homogeneous and Dunnet C was used in the absence of it.

In our study, it was found that %79,6 of the patients sought non-medical help, %86,4 first applied to the physician when the symptoms of the disease appeared, and %73,3 of them were the first person they applied to in non-physician applications. The method applied to diagnose the patient in the non-physician application was found to be %78,5 prayer and amulet. Gender, age, marital status, place of residence, education, employment and income level and non-medical help seeking behaviors of patients with chronic mental disorders were found to be statistically significant. It was determined that the mean score of the Medical Treatment Compliance Scale of patients with chronic mental disorders was $14,61 \pm 2,39$. The difference between the Scale Scores of the Compliance to Medical Treatment of patients with chronic mental disorders according to age, marital status, place of residence, education level, psychiatric diagnosis, hospitalization to a psychiatry clinic and duration of illness was found to be statistically significant ($p < 0,05$). There was no statistically significant difference between Medical Treatment Compliance Scale scores according to gender, employment status, economic status, number of hospitalizations in psychiatry clinics and family history of psychiatric illness ($p > 0,05$).

In conclusion, non-medical help-seeking behaviors of patients with chronic mental disorders negatively affect drug compliance levels. In line with this result, it can be suggested that psychiatric nurses should play an educational role on drug compliance, and take initiatives to increase the knowledge of patients and to evaluate their non-medical help-seeking behaviors at the same time.

Keywords: Medication compliance, chronic mental disorders, non-medical help seeking behavior.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik ruhsal bozukluklar normal olmayan düşüncelerin, duyguların, davranışların, algıların ve başkalarıyla olan ilişkilerin bir kombinasyonudur (World Health Organization, WHO 2022). Toplumsal ilişkiler, kişisel bakım, çalışma hayatı ve boş zaman aktivitelerinde fonksiyonelliğin bozulmasına sebep olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar affektif bozukluk, majör depresyon ve kronikleşmiş obsesif kompulsif bozukluk tanımlı hastalıkların tamamı kronik ruhsal bozukluk olarak bilinmektedir (Baysan Arabacı ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 verilerine göre dünya çapında yaklaşık 264 milyon insan depresyondan, 45 milyon insan bipolar bozukluktan, 20 milyon insan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardan etkilenmektedir (World Health Organization, WHO 2022). Kronik ruhsal bozukluklar, kişisel bakım, sosyal ilişkiler, çevre ve aile ile iletişim, meslek hayatı ve boş zaman aktiviteleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalarla karakterizedir (Polat ve Kutlu 2019). Kronik ruhsal hastalıklar, kişilerin duygu, düşünce ve bilişsel yetilerinde bozulmalara, kişiliklerinde ve bireysel alışkanlıklarında değişikliklere, ekonomik ve sosyal kayıplara sebep olmaktadır (Yıldırım ve ark. 2017). Kronik ruhsal bozukluklar, toplumda sık görülme, yeti yitimi ve iş gücü kayıplarına sebep olmalarından dolayı ele alınması gereken önemli konulardandır. Bu hastalıklar arasında şizofreni ve duygudurum bozuklukları ilk sırada yer almaktadır. Bu hastalıklara sahip olan kişilerin ilaca bağımlı ve sedanter bir yaşam sürmeleri sebebiyle içgörülerini azalmaktadır. Kronikleşmenin ön planda olması, psikososyal fonksiyonellikte önemli ölçüde bozulma görülmesi sebebiyle hastalığın sosyal kimliğe getirdiği olumsuz etkiler sonucu işsizlik sorunu görülmekte, ayrıca yaşam kalitesi de giderek düşmektedir (Turan 2019). Kronik ruhsal hastalıklarda bireyin yaşam kalitesini, iyileşme sürecini, işlevselliğini ve farklı birçok alanda kişiyi olumsuz etkileyen ve ele alınması gereken önemli konulardan biri de hastaların tedaviye uyumudur (Kelleci ve Ata 2011). Tedaviye uyumsuzluk kliniklerde sıkça görülen ve hastanın hastaneye yeniden yatışını gerektiren önemli bir sorundur (Demirkol ve Tamam 2016).

Tedaviye uyum; hasta bireyin sağlığı ile ilgili tavsiyeleri kabul etmesidir(Demirkol ve Tamam 2016). Uyum, kontrollere dzenli katılmayı ve sağlıklı bir hayat modeline tutunmayı, bununla birlikte reçete edilen ilaçları doğru zamanda ve doğru dozlarda almayı da içine almaktadır (Demirkol ve Tamam 2016; Rathi Devi ve ark. 2020). Ruhsal hastalıkların tedavisinde hayati rol oynayan tedaviye uyum, hasta ve ęevresi, sağlık ęalıřanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu gibi değişkenlerden etkilenen karışık ve dinamik bir davranış s¼recidir (Kelleci ve Ata 2011).

İlaç uyumu, tedaviye uyumun en önemli bileşenlerinden biridir (Yıldız ve Ünal 2017). Farmakolojik tedavi, psikiyatrik hastalıkların çoğunun temelini oluşturur (Rathi Devi ve ark. 2020). İlaçla tedavinin temel amacı yan etkilerin ve semptomların iyileştirilmesidir, eğer hastalar ilaçları d¼zg¼n bir şekilde almazsa ilaçlar tedavi s¼recinde etkisiz kalmaktadır, bu da ilerleyen d¼nemlerde b¼y¼k bir problem haline gelmektedir (Yıldız ve Ünal 2017; Rathi Devi ve ark. 2020). İlaç uyumsuzluğu; yaşam kalitesinin azalmasına, hastaneye yatışların ve bakım masraflarının artmasına, ¼zkıyımlara, tedavinin bozulmasıyla birlikte işlevselliğin de bozulmasına ve semptomların artmasına sebep olmaktadır (Aksoy ve Kelleci 2016).Antipsikotik ilaçlara yetersiz uyum hastaların uzun s¼reli tedavisinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastalığa ilişkin ięg¼r¼ eksikliğinin yanında, hastalığa ve ilaca karşı olumsuz tutumlar, hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili geğmişte yaşadığı k¼t¼ deneyimler, destek sistemlerinin olmayışı uyumsuzluğun g¼çl¼ belirleyicileri olduğu bilinmektedir (Widschwendter ve ark. 2018).

Kronik ruhsal bozukluklara sahip kişilerde ilaç uyumsuzluğunun nedenleri incelendiğinde, kişinin hastalığa karşı ięg¼r¼s¼n¼n olmaması veya yeterli olmaması, psikotik d¼zeydeki psikopatoloji, hastanın ilaç kullanımıyla ilgili yaşadığı korkular, hastalığın ilerleyişi, ilaçlara bağlı olarak g¼r¼len yan etkiler, ilaçları d¼zenli kullanma konusunda yaşanan problemler, sosyal ve ęevresel desteğin yeterli olmaması, ekonomik sorunlar, tedavi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama, hastanın ve ęevresinin ruhsal hastalığa ve ilaç tedavisine karşı olan tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta ortaya ęıkardıđı zorluklar,tedavi konusunda g¼r¼len baskı ve k¼lt¼rel inanęlar gibi fakt¼rler ilaç uyumsuzluğunun sebepleri arasında sayılmaktadır (Kelleci ve Ata 2011).

Kronik ruhsal bozukluklarda ilaç uyumsuzluğuna sebep olan bir başka faktör ise tıp dışı yardım arama davranışıdır (Çam ve Bilge 2013). Hastalığın kişinin dışünce, duygu ve davranışlarını olumsuz yönde etkilemesi, kronikleşme eğilimlerinin fazla olması ve bazı ruhsal hastalıkların sebebinin açıklanamaması hastaların ve hasta yakınlarının tıp dışı yardım arama davranışlarına neden olabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yardım arama ve yardım alma konusunda gösterdikleri davranış şekli, kronik ruhsal hastalıkların tedavisi ve psikososyal sonuçları açısından önemlidir. Ruhsal bozukluklarda yardım arama davranışı, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, hastalığın şiddeti, süresi, kültürel yapı, daha önceki sağlık hizmet tecrübesi ve dini inanç sistemleri gibi faktörlerden etkilenmektedir (Bademli ve Lök 2017).

Tıp dışı yardım arama davranışı, kronikleşmeye meyilli, memnuniyetsizliğin fazla olduğu psikiyatrik bozukluklarda yüksek oranda görölmektedir. Gelişmiş ölkelerde psikiyatrik problemleri olan kişiler ilk olarak pratisyen hekimlere giderken, gelişmemiş ölkelerde psikiyatri uzmanlarına ya da geleneksel tedavi edicilere gitmektedir (Güleç ve ark. 2006). Sıra bekleme ve randevu almaya gerek olmaması, verilen hizmetin bedelinin yüksek olmaması, kullanılan araç gerece ya da uygulayıcıya ulaşımın kolay olması gibi sebeplerden dolayı, geleneksel tedavilerden yararlanmanın modern tedavilerden yararlanmaktan daha kolay olduğu bildirilmektedir. Bu gibi sebeplerden dolayı modern sağlık hizmetlerinin varlığına rağmen toplumların kendi geleneksel-dinsel inanç ve uygulamalarını sürdürmeye devam ettikleri görölmektedir (Güleç ve ark. 2011).

Geleneksel tıp, medyum, falcı, şifacı hocaya yönelme gibi tıp dışı çare arama davranışları ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumunu azaltmaktadır. Bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine ilaç uyumunu artırmak için önemli görevler düşmektedir (Karataş 2020). Bu alanda önemli bir yere sahip olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri bilgiyi, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, deneyimi, hemşirelik becerisini ve kendi benliğini terapötik kullanma becerisiyle birleştirerek hizmet vermektedir (Özbaş ve Buzlu 2011). Tedaviye uyumu etkileyen etmenler göz önüne alındığında psikiyatrik bakımın hastayı, hastalığı, psikososyal çevreyi ve hizmete ulaşımı dikkate alan bir boyutta olması gerekmektedir (Uslu ve Buldukoğlu 2018). Hemşirelerin bu kapsamda hastaların tedaviye uyumunu arttırmak için sabır, hoşgörü, anlayış gibi kişilerarası beceriler; sıcaklık, eşduyum,

kabul,eleştirel olmayan tutum ve içtenlik; ruhsal bozukluklar ve davranış konularında bilgi; iletişim becerileri; girişkenlik, tutarlılık, problem çözme becerileri gibi bireysel özellikler; paylaşma, işbirliği, bütünleştirme gibi ekip çalışması gerektiren beceriler ve risk değerlendirmesi/risk yönetimi becerileri gibi bazı temel becerilerini geliştirmesi ve uygulaması gerekmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu Aşılar 2019).

Literatürde ruhsal bozukluğu olan hastaların ilaç uyumunu, ilaç uyumunu etkileyen faktörleri ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin tıp dışı yardım arama davranışını ayrı ayrı inceleyen birçok farklı çalışma bulunmaktadır (Osterberg ve Blaschke2005; Güleç ve ark 2006; Ünal ve ark. 2007; Bahar ve ark. 2010; Tel ve ark. 2010; Güleç ve ark. 2011; Kelleci ve Ata 2011; Demirkol ve Tamam 2015;Dikeç ve Kutlu 2015; Bademli ve Lök 2017; Şahin ve Elboğa 2019; Gutierrez-Rojas ve ark. 2020; Stockbridge ve ark.). Literatürde ilaç uyumu ve tıp dışı yardım arama davranışlarını birlikte inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin tıp dışı yardım arama davranışlarının ilaç uyumları üzerine etkisinin değerlendirilmesinin mevcut literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Ruhsal Bozukluk

Ruhsal hastalık, “bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında olağan dışı sapmaların, aykırılıkların bulunması” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization,WHO 2022). Ruhsal bozukluk, bireydemeydana gelen stres hali ve yetersizlikle ilişkili olan bağımlılık, ağrı ya da ölüm riskinin önemli derecede artmasıyla birlikte, klinik olarak önemli psikolojik semptom, davranışya da örüntü şeklindedir (Çam 2014).Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), ruhsal bozukluğu temel ruhsal işlevselliğin, psikolojik, biyolojik ve gelişimsel bir rahatsızlığını gösteren, bireyin bilişleri, duyguları ve davranışlarındaki belirgin düzeyde bozulmayla karakterize bir sağlık durumu olarak tanımlamaktadır (Çam 2014).DSM-V’e göre ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan psikolojik, biyolojiyle ilgili veya gelişimsel süreçlerin işlevselliğinde bir bozulma olduğunu gösteren, bireyin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla kendini gösteren bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin 2018). Ruhsal bozukluk; bireyin genellikle düşünce, duygu ve davranışlarında farklı derecelerde tutarsızlık, yetersizlik ve uygunsuzluk göstermesi ile kendini belli eden bir bozukluk olarak açıklanmaktadır. Bu özellikleri barındırandüşünce, duygu ve davranışların ruhsal hastalık olup olmadığı, bunların süresi, şiddeti, ortaya çıktığı çevre, kültür, toplum, kişilik gelişimi, bireyin yetenekleri ve olanakları, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu bozup bozmadığı gibi birçok değişkene göre değerlendirilmektedir (Çam 2014; Çetinkaya Duman ve Ertem 2016).

Toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı, kişisel bakım ve boş zaman aktivitelerinde fonksiyonelliğin bozulmasına sebep olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar affektif bozukluk, majör depresyon ve kronikleşmiş obsesif kompulsif bozukluk tanımlı hastalıkların tamamı kronik ruhsal bozukluk olarak bilinmektedir (Baysan Arabacı ve ark. 2018). Kronik ruhsal bozukluklar, kişisel bakım, sosyal ilişkiler, çevre ve aile ile iletişim, meslek hayatı ve boş zaman aktiviteleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalarla karakterizedir (Polat ve Kutlu 2019). Kronik ruhsal bozukluklar, kişilerin duygu, düşünce ve bilişsel yetilerinde bozulmalara, kişiliklerinde ve bireysel alışkanlıklarında değişikliklere, ekonomik ve sosyal kayıplara sebep olmaktadır (Yıldırım ve ark. 2017). Kronik ruhsal bozukluklar yeti kaybının yanında, bireyin sosyal ve

özelyaşamındaki sorumluluklarını yerine getirememesine ve yaşam boyu desteğe ve bakıma ihtiyaç duymasına sebep olmaktadır (Önol ve Dönmez 2021). Bu hastalıklar arasında şizofreni ve duygudurum bozuklukları ilk sırada yer almaktadır. Bu hastalıklara sahip olan kişilerin ilaca bağımlı ve sedanter bir yaşam sürmeleri sebebiyle farkındalıkları azalmaktadır. Kronikleşmenin ön planda olması, psikososyal fonksiyonellikte önemli ölçüde bozulma görülmesi sebebiyle hastalığın sosyal kimliğe getirdiği olumsuz etkiler sonucu işsizlik sorunu görülmekte, ayrıca yaşam kalitesi de giderek düşmektedir (Turan 2019). Günümüzde ruhsal bozukluğu olan bireylerin ekonomik ve sosyal yaşama aktif bir şekilde katılmalarını sağlamak ve yaşam kalitelerini mümkün olan en üst seviyeye çıkarmak dünya genelinde ulaşılacak istenen ortak amaç haline gelmiştir. DSÖ, ruhsal bozukluğa sahip olan kişi ve ailelerinin toplumdan ayrı yaşamamalarını, hastalık sebebiyle kaybettikleri toplumsal rollerini tekrar kazanmalarının sağlanmasını, bu bireylerin damgalanmadan sağlık hizmeti almaya devam ederek sosyal yaşantılarını sürdürmesini vurgulamaktadır (Önol ve Dönmez 2021). Kronik ruhsal bozukluklar birey ve toplum üzerindeki etkileri ve toplumda yaygın olarak görülmesinden dolayı ele alınması gereken önemli konulardandır (Turan 2019).

2.2. Kronik Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi

DSÖ'nün 2019 yılı verilerine göre dünya genelinde ortalama 264 milyon insan depresyondan, 45 milyon insan bipolar bozukluktan, 20 milyon insan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklardan etkilenmektedir (World Health Organization, WHO 2022). Yapılan araştırmalar şizofreninin insidansının %1 ve yaşam boyu sıklığının %1,5 olduğunu göstermektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün desteklediği Epidemiyolojik Yakalama Alanı çalışmasında yaşam boyu görülen şizofreni prevalansı %0,6 ile %1,9 olarak bildirilmiştir (Nuralita ve ark. 2019). Bipolar bozukluk için Avrupa ve Asya ülkelerinde sıklık %0,85; Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ise yaşam boyu prevalansının %1,5 olduğu bildirilmiştir. Yakın tarihe kadar bipolar bozukluk için yaşam boyu hastalanma oranı %1 olarak kabul edilmekteydi. Bipolar bozuklukta sıklık erkeklerde 9-15/100.000; kadınlarda 7,4-30/100.000'dur. ABD'deki Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA)'nın verilerine göre Bipolar I için yaşam boyu sıklık oranı %8, bipolar II için %0,5'tir. Son dönemlerde yapılan, Bipolar I ve Bipolar II bozukluğunu da içine alan araştırmalar, yaşam boyu sıklık oranlarının %5'e kadar yükseldiğini göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin

2016). Yapılan bir araştırma depresyonun ise insidansının %9,2 ve yaşam boyu sıklığının %23,6 olduğunu göstermektedir (Kaya ve Kaya 2007).

2.3. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Yaklaşımları

Kronik ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerde tedavi birden fazla amaca yönelik olmalıdır. Öncelikli olarak hastanın güvenliği sağlanmalı, daha sonra hasta tanısı değerlendirilmeden geçirilmelidir. Sadece acil ve akut semptomlar için değil uzun vadede hastanın iyilik halini sağlayabilecek tedavi planı yapılmalıdır. Güncel tedavi yaklaşımlarında ilaçla tedavi ve psikoterapiden bahsedilse de hastanın stresli yaşam olayları da nökslerdeki artışla ilişkili olduğundan tedavi planı yapılırken hastanın yaşamında strese sebep olan faktörlerin sayısı ve şiddeti de dikkate alınmalıdır (Sadock ve ark. 2016).

Antipsikotik ilaçlar, kronik ruhsal bozuklukların tedavisinde, tedavi sürecinin en güçlü parçalarından biridir. Yapılan çalışmalar psikososyal müdahalelerin de klinik iyileşme üzerine fayda sağladığını göstermektedir (Kumar ve Singh 2015; Buchain ve ark. 2003; Yıldız 2001). Farmakolojik metotlar biyolojik dengesizlikleri tedavi etmek için kullanılırken, non-farmakolojik metotlarla biyolojik olmayan sorunlar ele alınmalıdır. Psikososyal girişimler, farmakolojik tedavi ile birlikte desteklenmelidir. EKT ve psikocerrahi gibi biyolojik tedavilerin yanı sıra psikososyal terapiler, aile yönelimli terapiler, sosyal beceri eğitimi, olgu yönetimi, toplum içinde tedavi, grup terapisi, kişisel terapi, bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi, bireysel psikoterapi, uğraş terapisi, sanat terapisi, bilişsel eğitim gibi diğer tedavi metotları da kullanılmaktadır (Sadock ve ark. 2016).

2.4. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedaviye Uyum

Tartışmasız tüm hastalıklarda olduğu gibi, kronik ruhsal bozukluklarda da üzerinde durulması gereken kavramlardan birisi tedaviye uyumdur (Yıldız ve Ünal 2017). Uyumun kısa ve kabul edilebilir tanımı; hasta bireyin sağlığı ile ilgili tavsiyeleri kabul etmesidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tedavi uyumu, sağlık personelleri tarafından hasta bireye önerilen davranışları, ilaç, beslenme düzeni ve yaşam tarzı değişikliğinin bireyin kabul etme derecesidir (Özdin ve ark. 2021). Tedaviye uyum konusunda birbirinden farklı birçok tanımlama yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada uyum, bireyin kendisine tavsiye edildiği şekilde ilaç alımı, beslenme düzeni takibi veya yaşam tarzı değişiklikleri gibi davranışlarını içeren bir süreç ve

aynı zamandaverilen tedaviyi sürdürmeye gönüllü olmak ve bu konuda verilen tedavi planının hasta tarafından davranış olarak tam manasıyla başarılmamasıyla ilişkilendirilmektedir (Cameron 1996). Uyum, insan vücudunu etkileyen biyolojik bir faktör değildir; fakat uyum sağlanmadığında, tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olduğundan, hastanın tedaviye uyumu önemlilik arz etmektedir (Akıncı ve Öz 2003).

Uyum kontrollere düzenli katılmayı ve sağlıklı bir hayat modeline tutunmayı, bununla birlikte reçete edilen ilaçları doğru zamanda ve doğru dozlarda almayı da içine almaktadır (Demirkol ve Tamam 2016). Ruhsal hastalıkların tedavisinde hayati rol oynayan tedaviye uyum, hasta ve çevresi, sağlık çalışanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu gibi değişkenlerden etkilenen karışık ve dinamik bir davranış sürecidir (Polat ve Uğur 2021).

Güney Hindistan'da 2016 yılında psikiyatri hastalarının tedaviye karşı tutumları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi inceleyen ve 176 hasta ile yapılan kesitsel bir araştırmada, hastaların %62,5'inin tedaviye karşı olumlu tutum sergilediği, %37,5'inin ise olumsuz tutum gösterdiği, tedaviye karşı olumlu tutum gösteren hastaların da tedavi uyum oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Christudas ve ark. 2016). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında tedavi uyum oranlarının %50-60 arasında, bipolar duygudurum bozukluğu olan hastaların tedavi uyumunun ise %35 gibi düşük bir orana sahip olduğu ifade edilmektedir (Osterberg ve Blaschke 2005).

Hastaların tedaviye uyumlarının araştırıldığı retrospektif bir çalışmada hastalık tanısına göre değişen oranlarda (%16,7-%68,8) tedaviye uyumsuzluk bulunmuştur. Majör depresyon tanısına sahip olan hastaların %52,5, bipolar bozukluk tanısına sahip olan hastaların %16,7, psikotik bozukluk tanısına sahip olan hastaların ise %34 oranında tedaviye uyumsuz olduğu bulunmuştur (Demirkol ve ark. 2015). Hasta yakınlarına göre kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyumunda değerlendirildiği, 73 hasta ve yakını ile yapılan bir araştırmada hastaların üçte ikisinin ilaçlarını düzenli kullanmadıkları ve kontrollere düzenli gitmedikleri bulunmuştur. Bu araştırmada şizofreni hastalarının %42,9, bipolar bozukluk hastalarının %30,6, depresyon hastalarının %26,5 oranında düzensiz ilaç kullanımı olduğu bulunmuştur (Tel ve ark. 2010). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisini değerlendirmeye yönelik 140 hasta ile yapılan bir araştırmada ise hastaların ilaç uyumlarının, %20'sinin iyi, %48,6'sının orta ve

%31,4'ünün kötü seviyede olduğu bulunmuştur (Kelleci ve Ata 2011). Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %47,9'unun ilaç uyumlarının yüksek seviyede, %43,6'sının uyumlarının orta seviyede, %8,5'inin ise düşük seviyede olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Buzlu 2012). Yapılan bir başka çalışmada iki uçlu duygudurum bozukluğuna sahip hastaların %32,2'sinin ilaç uyumu yüksek seviyede, %40,7'sinin ilaç uyumu orta seviyede ve %27,1'inin ilaç uyumu ise düşük seviyede bulunmuştur (Bahar ve ark. 2015). Majör depresyon tanılı hastalarla yapılan 6 aylık bir izlem çalışmasında, çalışmaya katılan 97 hastanın %26,8'inin tedaviye uyumsuz olduğu, %73,2'sinin tedaviye uyumlu olduğu bulunmuştur (Ervatan ve ark. 2003). Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların tedaviye uyum oranlarının %20-60 arasında değiştiği ve tedaviye uyumun hastaların tanısı gibi birçok faktörden etkilendiği görülmektedir (Bahar ve ark. 2010).

2.5. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler

Ruhsal bozukluklarda hastaya, hastalığa, çevreye veya diğer faktörlere bağlı olarak tedavi uyumu ile ilgili problemler yaşanabilir (Özdin ve ark. 2021). Literatürde tedaviye uyumu etkileyen faktörler beş grupta toplanmıştır. Bunlar;

- 1) **Hasta ile ilişkili faktörler:** Düşük eğitim düzeyi, işsizlik, yasal sorunlara karışma, fiziksel istismar öyküsü, madde kullanımı, içgörü eksikliği, ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve içselleştirilmiş damgalanma,
- 2) **İlaç ile ilişkili faktörler:** İlaç yan etkileri, uzunsürelili ilaç kullanımı, ilaçların semptomlara iyi gelmemesi, ilaç düzeninin karmaşıklığı,
- 3) **Psikopatoloji ile ilişkili faktörler:** Psikotik semptomlar, paranoid hezeyanlar, pozitif belirtilere sahip olma, relapsların sıklaşması, hastalığın kronikleşmesi, suçluluk duygusunun yoğun yaşandığı depresif bozukluklar,
- 4) **Sağlık sistemi ile ilişkili faktörler:** Tedavi ekibinin hastaya karşı tutumu ve ön yargıları, terapötik işbirliğinin olmaması, hastanede kısa süreli yatışlar,
- 5) **Sosyal ve ekonomik faktörler:** Sosyal destek eksikliği, sosyal uyum zorlukları, ekonomik yetersizlikler olarak sıralanabilir (Dikeç ve ark. 2020).

Ruhsal bozukluklardaki en önemli tedaviye uyumsuzluk belirtilerinin, zaman zaman içgörünün azalması ve hastada tedavi uyumsuzluk öyküsünün olması olarak saptanmıştır. Ayrıca hastalık süresi arttıkça daha fazla sıklıkta uygulanan kombine tedaviler de hastaların tedavi uyumunu etkileyebilmektedir (Özdin ve ark. 2021).

2.6. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedaviye Uyumsuzluk

Tedaviye uyumsuzluk kliniklerde sıkça görülen ve hastanın hastaneye yeniden yatışını gerektiren önemli bir sorundur. Tedaviye uyumsuzluk; reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzenli kullanmamak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, hekim kontrollerine düzenli gitmemek ve bunlara benzer davranışlarla karşımıza çıkmaktadır (Demirkol ve Tamam 2016).

2.7. Tedaviye Uyumsuzluğun Sebepleri

- **Hastalığa bağlı etkenler:** Tedaviye uyumsuzluk, farklı ruhsal hastalıklar, organik mental durumlar ve özellikle de sanrılarının içeriğiyle ilgilidir. Perseküsyon, kontrol edilme ve büyüklük sanrılarının çoğunlukta olduğu pozitif belirtiler ilaç uyumunu büyük ölçüde olumsuz etkilemektedir. Özellikle hastalık süresinin uzun ve hastaneye yatışın sık olması, hastalarda hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin faydalı olmayacağı şeklinde düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (Perkins 1999; Aker ve ark. 2000).
- **İçgörü eksikliği:** İçgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde bir arada bulunur ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olur (Çakır ve ark. 2010).
- **Psikoaktif madde kullanımı:** Psikoaktif semptomlar, psikoaktif maddelerle tedavi edilirler ancak bu ilaçların yan etkileri, özellikle de motor sistemle ilgili olan yan etkileri, hastaların tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir (Yılmaz ve Buzlu 2006).
- **İlaçla ilgili etkenler:** İlaçla ilgili etkenler, karmaşık tedavi düzeni, pozitif etkilerin ortaya çıkmasının zaman alması, ilaç bırakıldıktan uzun bir süre sonra ortaya çıkan negatif etkiler ve istenmeyen yan etkiler şeklinde sıralanabilir. Farklı formlarda olan birçok ilacın aynı anda kullanılması veya ilacın bölünerek verilmesi gibi faktörler tedavi rejimini karmaşılaştırabilmektedir (Pan ve Tantam 1989; Aker ve ark. 2000).

- **Tedavi ekibi:** Tedavi ekibinin hastalığa karşı olan tutumu ve inancı, hastalığın tekrarı hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilir (Çakır ve ark. 2010). Hastanın tedaviye uyumunda, tedavinin devamlılığının önemi kadar, tedavi ekibinin devamlılığı da önemlidir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi ruhsal hastalıklarda da tedavinin olumlu sonuçlar vermesi, tedavi ve tedavi ekibinin devamlılığı ile ilgilidir. Hastaların aynı ekiple tedaviyi devam ettirmesi, hem ekip için hem de hastalar için önemli faydalar sağlar (Lindstrom ve Bingerfors 2000).
- **Hastaya ilişkin etkenler:** Cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum, kişilik özellikleri ve mental kapasitenin tedaviye uyumu etkilediği bilinmektedir. Tedaviye önceden uyum sağlamamış olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli sebeplerindendir. Bireyin hastalık ve ilaçla ilgili inançları ve verilen tavsiyelere uyumu kişilik özelliklerine göre değişmektedir. Psikiyatri hastalarında görülen paranoid ve narsistik kişilik özellikleri tedaviyi olumsuz etkilemektedir. (Aker ve ark. 2000; Lindstrom ve Bingerfors 2000).
- **Aileye ilişkin etkenler:** Psikiyatri hastalarının tedavi uyumunu etkileyen birçok faktör vardır ancak bu faktörler arasında ailenin önemi konusunda çok az durulmaktadır. Ailenin hastalığa ve ilaca karşı tutumu ve bakış açısı ile birlikte duygu dışavurumunun artışı tedaviye uyumu etkileyen sebeplerdendir (Çakır ve ark. 2010).
- **Çevresel etkenler ve sosyal destek eksikliği:** Sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan uzaklık, randevuları bekleme süresi, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen başlıca sebepler arasındadır. Hastalığın kronik seyri sebebiyle bakım verenlerin ilgilerinin azalması, bakım veren kişilerin anne-baba olduğu durumlarda, anne-babanın zamanla fiziksel engellerinin artması veya ölmeleri durumunda hastaların çevresel ve sosyal desteklerinin çok azaldığı kaçınılmaz bir gerçektir. Tedaviye uyum için önemli olan düzenli kontroller, çevresel ve sosyal desteğin azalmasıyla aksamakta; bu da hastalığın hem ilerleyişini hem de şiddetini olumsuz yönde etkilemektedir (Ünal ve ark. 2006; Çakır ve ark. 2010).

2.8. Tedavi Uyumsuzluğunun Sebep Olduğu Durumlar

Tedaviye uyumsuzluk; intihar riskini, relapsları(Gutiérrez-Rojas ve ark. 2020), hastaneye tekrar yatışı, morbiditeyi ve mortaliteyi arttırmaktadır.Tedavi uyumsuzluğu birçok problemesebep olabilmekle birlikte hastalık tekrarının en önemli sebebi olarak değerlendirilmektedir(Özdin ve ark. 2021). Hastaneye tekrar yatış ise ailesel ve mesleki problemlere sebep olmakta, bunların yanı sıra hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir(Demirkol ve ark. 2015). Tedaviye uyumsuzluk ayrıca, hastalığın şiddetini ve tedavi masraflarını arttırmakla birlikte kişilerin psikiyatrik tedavilere olan inancını azaltmaktadır(Polat ve Uğur 2021).

Birçok hastalıkta tedavi uyumu ile ilgili zorluklar yaşanmaktadır(Özdin ve ark. 2021). Tedaviye uyumsuzluk, psikiyatri hastalarında diğer hasta gruplarından daha yüksektir(Özdemir ve ark. 2020).Bu durum da hastalıkların gidişatı ile ilgili negatif sonuçlara da sebep olabilmektedir(Özdin ve ark. 2021). Ruhsal hastalıklarda reçete edilen tedaviyi uygulamama, kontrol randevularına gelmeme gibi tedaviye uyumsuz davranış oranı %20-50 olarak bildirilmekte ve hastaların üçte ikisinde tedaviye uyumsuzluk sebebiyle tekrarlı hastane yatışları görülmektedir(Polat ve Uğur 2021). Hemen hemen bütün ruhsal bozukluklarda, özellikle kronik ruhsal bozukluklarda tedaviye uyumsuzluk tedavinin başarısını engelleyen önemli bir sorundur(Özdemir ve ark. 2020). Günümüzde psikiyatrik hastalıkların tedavisindeki gelişmelere rağmen, tedaviyle ilgili uyumsuzluk çoğu zaman önemli klinik sonuçlara sebep olabilen, artan sağlık bakım maliyetleri ile ilişkili olan bir durum olmaya devam etmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda antipsikotik ilaçlara uyumsuzluğun, değişiklik göstermekle birlikte,yaklaşık %80 olduğu bilinmektedir. Bu sebeplerden dolayı ilaç uyumsuzluğunun önlenmesiyle beraber tedaviye uyumun sağlanmasının, hem hasta hem de sağlık ekibinin en önemli hedeflerinden biri olduğu ortaya çıkmaktadır(Onan 2020).

2.9. Kronik Ruhsal Bozukluklarda İlaç Uyumsuzluğu

İlaç uyumu, tedaviye uyumun en önemli bileşenlerinden biridir(Yıldız ve Ünal 2017). Antipsikotik ilaçlara yetersiz uyum ise hastaların uzun süreli tedavisinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastalığa ilişkin içgörü eksikliğinin yanında, hastalığa ve ilaca karşı olumsuz tutumlar, hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili geçmişte yaşadığı olumsuz tecrübeler, destek sistemlerinin olmayışı uyumsuzluğun güçlü belirleyicileri olduğu bilinmektedir(Widschwendter ve ark. 2018).

Farmakolojik tedavi, psikiyatrik hastalıkların çoğunun temelini oluşturur (Rathi Devi ve ark. 2020). İlaçla tedavinin temel amacı yan etkilerin ve semptomların iyileştirilmesidir, eğer hastalar ilaçları düzgün bir şekilde almazsa ilaçlar tedavi sürecinde etkisiz kalmaktadır, bu da ilerleyen dönemlerde büyük bir problem haline gelmektedir(Yıldız ve Ünal 2017; Rathi Devi ve ark. 2020). İlaç uyumsuzluğu; yaşam kalitesinin azalmasına, hastaneye yatışların ve bakım masraflarının artmasına, özkıyımlara, tedavinin bozulmasıyla birlikte işlevselliğin bozulmasına ve semptomların artmasına sebep olmaktadır(Aksoy ve Kelleci 2016).

2.10. İlaç Uyumsuzluğuna Sebep Olan Faktörler

Kronik ruhsal bozukluklara sahip kişilerde ilaç uyumsuzluğunun nedenleri incelendiğinde,

- Hastanın hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yeterli olmaması,
- Psikotik düzeydeki psikopatoloji,
- Hastanın ilaç kullanımıyla ilgili yaşadığı korkular,
- Hastalığın ilerleyişi,
- İlaçlara bağlı olarak görülen yan etkiler,
- İlaçları düzenli kullanma konusunda yaşanan problemler,
- Sosyal ve çevresel desteğin yeterli olmaması,
- Ekonomik sorunlar,
- Tedavi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama,
- Hastanın ve çevresinin ruhsal hastalığa ve ilaç tedavisine karşı olan tutumu,
- İlaç kullanımının toplumsal yaşamda yarattığı zorluklar,
- Kültürel inançlar ve tedavi konusunda görülen baskı,
- Tıp dışı yardım arama davranışı,

gibi faktörler ilaç uyumsuzluğunun sebepleri arasında sayılmaktadır(Kelleci ve Ata 2011; Bademli ve Lök 2017;Namlı ve ark. 2021).

2.11. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları

Kronik ruhsal bozukluklarda ilaç uyumsuzluğuna sebep olan bir başka faktör ise tıp dışı yardım arama davranışıdır(Çam ve Bilge 2013). Hastalığın kişinin dışünce, duygu ve davranışlarını olumsuz yönde etkilemesi, kronikleşme eğilimlerinin fazla olması ve bazı ruhsal hastalıkların sebebinin açıklanamaması hastaların ve hasta yakınlarının tıp dışı yardım arama davranışlarına nedenolabilmektedir. Hasta ve yakınlarının yardım arama ve yardım alma konusunda gösterdikleri davranış şekli kronik ruhsal hastalıkların tedavisi ve psikososyal sonuçları bakımından önemlidir. Ruhsal bozukluklarda yardım arama davranışı, hastalığın süresi ve şiddeti, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, daha önceki sağlık hizmet tecrübesi, kültürel yapı ve dini inanç sistemleri gibi etkenlerden etkilenmektedir (Bademli ve Lök 2017).

Ülkemizde, özellikle ruhsal hastalıklarda, hastaların modern tıp dışında şifacılar veya din adamlarından hastalıklarıyla ilgili yardım isteğinde buldukları bilinmektedir. Öyle ki psikiyatrik hastalar çoğu zaman, özellikle kırsal kesimde, tıbbi çözümlerden önce tıp dışı yöntemlere başvurmaktadırlar veya psikiyatrik tedavinin yanında ek olarak tıp dışı yöntemleri de kullanmaktadır. Yardım arama davranışı, problemin fark edilmesi ve kabul edilmesi, tedavi edici kişilerle temasa geçilmesi gibi adımları içermektedir(Bahar ve ark. 2010).

Tıp dışı yardım arama davranışı, kronikleşmeye meyilli, memnuniyetsizliğin fazla olduğu psikiyatrik bozukluklarda yüksek oranda görölmektedir. Gelişmiş ölkelerde psikiyatrik problemleri olan kişiler ilk olarak pratisyen hekimlere giderken, gelişmemiş ölkelerde psikiyatri uzmanlarına ya da geleneksel tedavi edicilere gitmektedir(Güleç ve ark. 2006). Sıra bekleme ve randevu alınmaması, verilen hizmet bedelinin yüksek olmaması, kullanılan araç gerece ya da uygulayıcıya ulaşımın kolay olması gibi sebeplerden dolayı, geleneksel tedavilerden yararlanmanın modern tedavilerden yararlanmaktan daha kolay olduğu bildirilmektedir. Bu gibi sebeplerden dolayı modern sağlık hizmetlerinin varlığına rağmen toplumların kendi geleneksel-dinsel inanç ve uygulamalarını sürdürmeye devam ettikleri söylenmektedir(Güleç ve ark. 2011).

Çağdaş tıp yöntemlerinin Türkiye'nin en uç köşelerine ulaşmasına rağmen, halen daha tıp dışı tedavi arayışının kullanılmakta olduğunu belirtilmektedir. Kaynağını ilkel dönemlerdeki inançların bireyin kolektif bilinçdışına yer edişinden alan "batıl inançlar", hasta tedavi etme düşüncesi ve eyleminde de yer almaktadır. Çare arama davranışını, birçok medeniyetten kalma yöntemlerle, bazen yatır, türbe gibi yerlere giderek, bazen resmidin görevlisi veya resmi din görevlisi olmayan muskacı-üfürükçülere başvurarak sergilemektedirler(Güleç ve ark. 2006).Yapılan bazı çalışmalara göre; kronik ruhsal bozukluklara sahip kişilerin tıp dışı yardım arama davranışı olarak en fazla din görevlisine ve yatır ziyaretine(Güleç ve ark. 2011), hoca, şifacı, özel dua, muska, kurşun dökme, türbe-yatır ziyareti, bitkisel tıp, sülük ve meditasyona(Sarıkoç ve ark. 2015) başvurduğu yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Yapılan bir başka çalışmada Türkiye ve Almanya'da yaşayan ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerin tıp dışı yardım arama davranışı olarak bir din hocasına gitme oranları Almanya'da %87,9, Türkiye'de %74,4 olarak bildirilmektedir(Güleç ve ark. 2006). Norveç'te 2019 yılında yapılan bir çalışma, 12 aylık süre boyunca, katılımcıların %2,5'inin geleneksel tıba, %8,5'inin tamamlayıcı tıba, %1'inin ise hem geleneksel hem de tamamlayıcı tıba başvurduğunu ortaya koymaktadır(Kristoffersen ve ark. 2019). Bal ve ark. (2017)'nin yaptığı bir çalışmada herhangi bir geleneksel ya da tamamlayıcı tıp uygulamasına başvuran katılımcı oranı %39,7 olarak gösterilmektedir. Dua ve danışma (%16), bitkisel ürünler (%10,5) ve besin ekleri (omega-3, multivitamin ve tiamin/%7,1) en fazla kullanılan yöntemlerdendir. Bahar ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada çare arama davranışı olarak hekim dışı kişilere başvuran kişilerin %78,3'ü dini unvanı kullanan kişilere başvurduklarını belirtmektedir. Hekim dışı kişilerin kullandıkları yöntemler incelendiğinde en fazla dua-muska uygulama (%42,5) ve cin çıkarma (%34,9) görülmektedir. Pakistan'da 2006 yılında yapılan bir çalışmada, farklı psikiyatrik bozuklukları olan hastalar psikiyatriste gitmeden önce tedavi için homeopati, natüropati, İslami inanç şifası ve büyücülük gibi çok sayıda geleneksel iyileştirme yöntemi aradıklarını bildirmektedir(Farooqi 2006). Alderman ve Kieper (2003) tarafından yapılan bir çalışmada kronik ruhsal hastalıklara sahip katılımcıların %51,9'unun çalışmadan önceki 6 aylık süreçte geleneksek tıba başvurduğunu ortaya koymaktadır.

2.12. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu ve Psikiyatri Hemşireliği

Tedaviye uyumsuzluk yalnız hastanın ve ailesinin problemi değildir. Hemşirelere bu konuda çok önemli görevler düşmektedir. Hemşire, hastanın ilaç yan etkilerine karşı vereceği tepkileri bilmeli ve ilacın hastayı nasıl etkilediği konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Hastanın tedaviye kararında yan etkilerin zamanında giderilmesi, ilaç seçimi, doz programı çizelgeleri, etkili olmaktadır. Hasta ve ailesi ile terapötik ilişki kurmak, güçlü bir güven duygusu ile birlikte yan etkiler ve diğer zorluklar azaltılabilir(Özbaş ve Buzlu 2011; Uslu ve Buldukoğlu 2018).

Bu alanda önemli bir yere sahip olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri bilgiyi,biyolojik ve sosyal bilim verilerini, deneyimi, hemşirelik becerisini, kendi benliğini terapötik kullanma becerisiyle birleştirerek hizmet vermektedir(Özbaş ve Buzlu 2011). Tedaviye uyumu etkileyen faktörlere bakıldığında psikiyatrik bakımın; hastayı, hastalığı, psikososyal çevreyi ve hizmete ulaşımı içine alan bir boyutta olması gerekmektedir(Uslu ve Buldukoğlu 2018).

2.13. Kronik Ruhsal Bozukluklarda İlaç Uyumunu ve Psikiyatri Hemşireliği

İlaç yönetimiyle ilgili hemşirelere faydalı olabileceği düşünülen bazı ilkeler belirlenmiştir. Bu ilkeler şu şekilde sıralanabilir: Öncelikle tedaviden fayda görebilmek için, tedavi edici etkiyi sağlayacak biçimde ilaçların dozunun ayarlandığından emin olunmalıdır. Sonra, tedavi bir ekip işi olarak değerlendirilmeli ve seçimlerin içeriği oluşturulurken hastalarla güvene dayalı bir ilişki kurulmalıdır. Son olarak, hastaların kendilerindeki belirtilerin farkında olup bunları yönetebilmeleri konusunda yardımcı olunmalıdır(Yıldırım ve Hacıhasanoğlu Aşlar 2019). Amerikan Hemşireler Birliği(ANA)'nin psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde hemşirenin; ilaç gruplandırmalarını bilme, ilacın bilinen ve bilinmeyen etkilerini bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite belirtilerini bilme ve gözlemlenme, hastayı ve ailesini tedavi planına dahil etme, hastanın önceki ilaç kullanımına ilişkin veri toplama, tedavinin fayda ve zararlarını bilme gibi görev ve sorumlulukları bulunduğu belirtilmektedir(Demirkıran ve Terakye 2001). Psikiyatri hemşireleri psikofarmakolojik alanda etkili bir bakım verebilmek için; nöropsikiyatri alanındaki güncel bilgiler, psikofarmakolojinin ilkeleri ve ilaç kullanan hastaları değerlendirme, tanı ve tedavi ile etkili ve güvenli bir ilaç yönetimi sağlama, reçete edilen ilaçların etki mekanizmaları, terapötik dozları, yan etkileri ve ilaç ile ilgili özbakım gerektiren

konularda bilgi sahibi olmalıdır. Bu durum hastalarda ilaçların beklenen ve beklenmeyen etkilerin oluşumunu gözlemlemek, eğitim vermek, ilaçları açıklamak ve ilaç uyumunu artırmak için gerekmektedir. Hemşirelerin hastaları ilaçlar hakkında bilgilendirmesi, negatif etkilerin minimum seviyeye inmesini sağlayarak tedavi planına uymalarına yardımcı olmaktadır. Hastaların tedavi konusundaki endişelerini konuşmak, tedavileri konusunda bilinçli karar vermelerini sağlamaktadır (Hagerty ve ark. 2012).

Hastaların sağlığını korumak, geliştirmek ve sürdürmek gibi görevleri olan hemşirelerin, hastaların tedavi düzenini yönetmek dışında, tedaviye uyumu etkileyen faktörleri belirleme, uyumu engelleyen durumlara karşı hemşirelik girişimlerinde bulunma gibi görevleri bulunmaktadır. Hemşirelerin bu kapsamda hastaların tedaviye uyumunu arttırmak için sabır, hoşgörü, anlayış gibi kişilerarası beceriler; kabul, sıcaklık, eşduyumu, eleştirel olmayan tutum ve içtenlik; ruhsal bozukluklar ve davranış konularında bilgi; iletişim becerileri; girişkenlik, tutarlılık, problem çözme becerileri gibi bireysel nitelikler; bütünleştirme, paylaşma, işbirliği gibi ekip çalışması becerileri ve risk değerlendirme/risk yönetimi becerileri gibi bazı temel becerilerini geliştirmesi ve uygulaması gerekmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu Aşlar 2019).

2.14. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve Psikiyatri Hemşireliği

Geleneksel tıp, medyum, falcı, şifacı hocaya yönelme gibi tıp dışı çare arama davranışları ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumunu azaltmaktadır. Bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine ilaç uyumunu artırmak için önemli görevler düşmektedir (Karataş 2020). Bu alanda önemli bir yere sahip olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri bilgiyi, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, deneyimi, hemşirelik becerisini, kendi benliğini terapötik kullanma becerisiyle birleştirerek hizmet vermektedir (Özbaş ve Buzlu 2011). Tedaviye uyumu etkileyen faktörler göz önünde bulundurulduğunda psikiyatrik bakımın hastayı, hastalığı, psikososyal çevreyi ve hizmete ulaşımı dikkate alan bir boyutta olması gerekmektedir (Uslu ve Buldukoğlu 2018). Psikiyatri hemşiresinin bakım sunduğu bireyleri değerlendirirken tıp dışı yardım arama davranışlarını belirlemesi bu anlamda oldukça önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nin psikiyatri bölümünde yapılmıştır. Bölgede çok sayıda hastane bulunmaktadır fakat ülkemizde devam etmekte olan pandemi sebebiyle çoğu hastanenin psikiyatri poliklinikleri hizmet vermemektedir. Psikiyatri poliklinik hizmeti vermeye devam etmesi ve geniş hasta kitlesine sahip bir hastane olması sebebiyle çalışma burada yapılmıştır.

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi 200 tanesi yoğun bakım olmak üzere toplamda 1418 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanenin psikiyatri servisi kadın ve erkek hastaların ayrı ayrı kaldığı toplam iki servisten oluşmaktadır. Kadın servisi 15 yataklı, erkek servisi 15 yataklı olmak üzere toplam 30 yataklıdır. Hastanede çocuk psikiyatri servisi bulunmadığı için gerekli durumlarda çocuk hastalar da bu servislerde tedavi edilmektedir. İki serviste toplam 11 hemşire, 6 doktor çalışmaktadır. Araştırmanın yapıldığı psikiyatri polikliniğinde aktif hasta bakılan 3 adet poliklinik bulunmaktadır. Polikliniklerin olduğu bölümde 1 adet de psikolog bulunmaktadır. Poliklinik alanına girişte bir bekleme alanı bulunmaktadır, hastalar sıraları geldiğinde poliklinik sekreteri tarafından içeri alınmaktadır. Bekleme alanında gerektiğinde görüşme ve test yapılan bir oda daha bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne kronik ruhsal bozukluk tanısı (şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu) ile gelen ya da geldiğinde yeni tanı alan hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında beklenen etki düzeyi orta (0,15), bağımsız değişken sayısı 21, güç düzeyi %90 ve önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 191 olarak belirlenmiştir (Cohen ve ark. 2003). Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden belirli bir kuruma başvuran bireylerin seçildiği gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu tanılarında birini almış olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvurmuş olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmektir.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olmama,
- 18 yaşından küçük olmak,
- Okur-yazar olmamak,
- Sahip olunan ruhsal bozukluğun akut olması,
- Organik mental bozukluk (demans, alzheimer, deliryum) veya mental retardasyona sahip olmak,
- Alkol-madde bağımlılığına sahip olma,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemektir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Demografik Veri Formu

Bu form literatür gözden geçirilerek(Kırkpınar 1992; Yaşan ve Gürgen 2004; Güleç ve ark. 2011; Bal ve ark. 2017) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.Sosyo-demografik özelliklerle ilgili 7 (cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim yeri, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey), sağlık hastalık özellikleri ile ilgili 4 (psikiyatrik tanı, daha önce psikiyatri kliniğine yatış yapıldı mı, hastalığın süresi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü) toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür gözden geçirilerek hazırlanan bu bilgi formu katılımcıların tıp dışı yardım arama davranışları ile ilgili bilgileri içermektedir (Kırkpınar 1992; Yaşan ve Gürgeç 2004; Güleç ve ark. 2011; Bal ve ark. 2017). Bilgi formunda ilk başvurunun kime yapıldığı, hekim dışı başvuru yerleri, hekim dışı başvuru yerlerinde uygulanan yöntemler ve hastaya önerilen tedavi yöntemleri, hastanın tıp dışı tedaviden yarar görüp görmediği, tıp dışı yöntemlere tekrar başvuru düşüncesinin olup olmadığı, bu yöntemleri kullandığında ilaç kullanmayı bırakıp bırakmadığı, başvuru hekim dışı kişilerin ilaç kullanmayı bırakmasını önerip önermediği, hastayı tıp dışı yöntemlere yönelten sebepleri ve yapılan işlemlere para ödeyip ödemediği sorgulanmıştır.

3.6.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖ)

Thompson ve ark. (2000) tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışlarını ve tutumunu değerlendirilmekte olup ölçekte evet/hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınan düşük puan, tedaviye uyumsuzluğun zayıf, yüksek puan ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Koç (2006)'un çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında alanların ise yüksek olduğu belirtilmektedir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin, test re-test güvenilirlik Cronbach alfa değeri 0,92 bulunmuştur (Koç 2006). Çalışmamızın Cronbach alfa değeri 0,858 bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları araştırma öncesinde, araştırmacı tarafından 10 tane hastaya uygulanmış ve toplanan veriler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarında bir değişiklik yapılmamıştır. Anketin doldurulma süresinin ortalama 10 dakika olduğuna karar verilmiştir.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından, Nisan-2021/Haziran-2021 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarla, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara veri toplama araçları verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama işlemi polikliniğin bekleme salonunda yapılmıştır. Hastaların anketleri doldurması ortalama 10-15 dakika sürmüştür. Hastalara veri toplama formları verilmeden önce çalışma açıklandı ve onam formu hastaların kendisine imzalatıldı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı Değişkenler

- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin tıbbi tedaviye uyum düzeyleri,
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireyin tıp dışı yardım arama davranışlarıdır. (sosyodemografik değişkenler ve hastalık özellikleri ile ilişkisi değerlendirilirken bağımlı değişken olarak kullanılmıştır)

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyo-ekonomik düzey),
- Hastalık özellikleri (psikiyatrik tanı, hastalığın süresi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, daha önce psikiyatri kliniğine yatış sayısı, daha önce psikiyatri kliniğinde ne kadar süre kaldığı),
- Kullanılan tıp dışı yardım arama davranışlarıdır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı esnada ülkemizde devam etmekte olan pandemi sebebiyle, araştırmamız sadece Erzurum ilinde, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma sonuçları topluma genellenememektedir. Araştırmamız kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde yapıldığı için diğer bozukluklara genellenemez.

3.10. Araştırma Soruları

- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin tıp dışı yardım arama davranışları nelerdir?
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tıp dışı yardım arama davranışları arasında fark var mıdır?
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastalık özellikleri ve tıp dışı yardım arama davranışları arasında fark var mıdır?
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç uyum düzeyleri nedir?
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve ilaç uyum düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastalık özellikleri ve ilaç uyum düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin tıp dışı yardım arama davranışları ve ilaç uyum düzeyleri arasında fark var mıdır?

3.11. Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, araştırma başlangıcından önce Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.02.2021 tarihli ve 21/02 sayılı etik kurul onayı, Erzurum Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden 02.04.2021 tarihli kurum izni alınmıştır. Çalışmada kullanılacak ölçeğin izni de mail aracılığıyla alınmıştır. Çalışmaya dahil edilecek hastalar için yazılı onam alınmıştır.

3.12. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma sahip olup olmadığı basıklık ve arpıklık değerleri (Skewness- Kurtosis) ile belirlenmiştir. İkilili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda ki-kare testi ve t testi kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında ise varyans analizi (ileri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C)

kullanılmıştır.Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.12.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.12.1. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaş	191	0,765	0,176	0,855	0,350
Her yatışta ortalama yatış süresi Gün*	75	1,162	0,277	2,268	0,548
Hastalığın süresi yıl*	191	4,675	0,176	34,521	0,350
Hastalığın süresi ay*	191	4,352	0,176	31,239	0,350
Tanı için toplam kaç yöntem kullanılmış*	191	3,083	0,176	20,715	0,350
Önerilen toplam kaç yöntem kullanmış	191	0,311	0,176	-1,333	0,350
Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği	191	0,032	0,176	-1,234	0,350

4. BULGULAR

Bulgular dört başlık altında incelenmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.2. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ile İlgili Bulgular

4.3. Katılımcıların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Aldığı Puanlara İlişkin Bulgular

4.4. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgular

4.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri ile İlgili Bulgular

Katılımcıların demografik ve hastalık özellikleri Tablo 4.1.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	115	60,2
	Erkek	76	39,8
Yaş	18-25	50	26,2
	26-35	75	39,3
	36-44	45	23,5
	45+	21	11
Medeni Durum	Evli	91	47,6
	Bekar	72	37,7
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	28	14,7
Yaşanılan Yer	Köy/kasaba	22	11,5
	İlçe merkezi	42	22
	İl merkezi	127	66,5
Eğitim Durumu	İlkokul	44	23
	Ortaokul	56	29,3
	Lise	56	29,4
	Önlisans/Lisans/Lisansüstü	35	18,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	79	41,4
	Çalışmıyor	112	58,6
Ekonomik Durum	Gelirler harcamalardan az	94	49,2
	Gelirler harcamalara eşit	85	44,5
	Gelirler harcamalardan fazla	12	6,3

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özellikleri (Devam)

Psikiyatrik Tanı	Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	23	12		
	Bipolar bozukluk	41	21,5		
	Majör depresyon	62	32,5		
	OKB	21	11		
	Yaygın Anksiyete bozukluğu	44	23		
Psikiyatri Kliniğine Yatış	Evet	75	39,3		
	Hayır	116	60,7		
Psikiyatri Kliniğine Yatış Sayısı	1 kez	20	26,7		
	2 kez	20	26,7		
	3 kez	11	14,7		
	4 kez	13	17,2		
	5 ve üzeri	11	14,7		
Hastalık Süresi	1 yıl ve altı	70	36,6		
	2-4 yıl	91	47,6		
	5yıl ve üzeri	30	15,8		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	55	28,8		
	Yok	136	71,2		
Sürekli Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	191	18	65,00	32,48	9,13
Heryatıştaortalamayatış süresi(gün)	75	10	40,00	21,23	5,61
Hastalığınsüresi(yıl)	191	1	30,00	3	3,03
Hastalığınsüresi(ay)	191	2	360,00	34,27	37,48
Tanı için kullanılan toplam yöntemsayısı	191	0	10,00	1,20	1,10

Tablo 4.1.1.'de görüldüğü gibi, katılımcıların %60,2'si kadın, %39,3'ü 26-35 yaş aralığında, %47,6'sı evli ve %66,5'i il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların %29,4'ü lise mezunu, %58,6'sı çalışmamakta, %49,2'sinin geliri giderinden az ve %32,5'inin majör depresyon tanısı vardır. Katılımcıların %39,3'ü psikiyatri kliniğine yatmıştır ve daha önce yatışı olan hastaların %26,7'si en az iki defa yatmıştır. Katılımcıların %47,6'sının hastalık süresi 2-4 yıl ve %71,2'sinin ailesinde psikiyatrik öykü bulunmamaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı $32,48 \pm 9,13$, kliniğe her yatışta ortalama yatış süresi $23,23 \pm 5,61$ gün ve hastalık süresi ortalama $3 \pm 3,03$ yıldır. Katılımcıların ortalama hastalık süresi $34,27 \pm 37,48$ ay ve tanı için kullanılan yöntem sayısı ortalama $1,20 \pm 1,10$ 'dur.

4.2. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları İle İlgili Bulgular

4.2.1. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Dağılımı

Katılımcıların tıp dışı yardım arama davranışlarının dağılımı Tablo 4.2.1.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1.1. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Dağılımı

		N	%
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	165	86,4
	Hekim dışı kişiler	26	13,6
Hekim Dışı Başvurulan Yer*	Hoca	140	73,3
	Resmidingörevlisi	12	6,3
	Falcı	6	3,1
	Şifacı	27	14,1
	Türbe	43	22,5
	Diğer	3	1,6
Hekim Dışı Başvurulan Yerde Hastaya Tanı Konulmak İçin Uygulanan Yöntem*	Suya okuma	40	20,9
	Kitapaçma	5	2,6
	Duavemuska	150	78,5
	Cinçikarma	26	13,6
Hekim Dışı Başvurulan Yerde Önerilen Tedavi Yöntemi*	Muska	147	77
	Kurşundökme	3	1,6
	Sülük	4	2,1
	Yiyecekiçecek	79	41,4
	Özeldualarokuma	80	41,9
	Bitkiselilaçlar	59	30,9
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	78	51,3
	Kısmen	65	42,8
	Çok	9	5,9
Tıp Dışı Yöntemlere Tekrar Başvuru Düşüncesi	Evet	11	7,2
	Hayır	141	92,8
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	48	31,6
	Hayır	104	68,4
Hekim Dışı Kişilerin İlaçları Bırak Önerisi	Evet	12	7,9
	Hayır	140	92,1
Tıp Dışı Yöntemlere Yönelten Sebepler*	İlaç Kullanmayı İstemiyordum	72	47,4
	Hekim Tedavisinden Yarar Görmedim	14	9,2
	Başka Çarem Yoktu	7	4,6
	İnançlarıma Daha Uygun	70	46,1
	Yakınlarım Tavsiye Etti	142	93,4
Tıp Dışı Yöntemlerin Uygulanması İçin Para Ödeme	Evet	145	95,4
	Hayır	7	4,6
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	152	79,6
	Hayır	39	20,4

(* işaretli bölümlerde birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

Tablo 4.2.1.1.'de görüldüğü gibi katılımcıların %86,4'ü hastalık belirtileri ortaya çıkınca ilk olarak hekime başvurumaktadırlar. Hekim dışı başvurularda %73,3 ilk başvuru yeri hocadır. Hekim dışı başvuru yerinde hastaya tanı konulmak için uygulanan yöntem %78,5 dua ve muskadır, hekim dışı başvuru yerinde önerilen tedavi yöntemi %77'si muska olmuştur ve %51,3'ü tıp dışı tedavinin yararını hiç görmemiştir. Katılımcıların %92,8'inde tıp dışı yöntemlere tekrar başvuru düşüncesi yoktur, %68,4'ü tıp dışı yöntemlere başlayıp ilaç bırakmamıştır ve %92,1 hekim dışı kişilerin ilaçları bırak önerisi ile ilaç bırakılmamıştır. Katılımcıların %93,4'ü yakınların tavsiyesi ile tıp dışı yöntemlere yönelmiş, %95,4'ü işlem için ücret ödemiş ve %79,6'sı tıp dışı yardım aramışlardır.



4.2.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Cinsiyete göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.1.Cinsiyete Göre Tıp Dışı Davranışların Karşılaştırılması

		Kadın		Erkek		Önemlilik
		n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	99	86,1	66	86,8	$x^2=0,022$ $p=0,882$
	Hekim dışı kişiler	16	13,9	10	13,2	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	87	75,7	65	85,5	$x^2=2,746$ $p=0,098$
	Hayır	28	24,3	11	14,5	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	39	42,8	39	64	$x^2=7,972$ $p=0,019$
	Kısmen	44	48,4	21	34,4	
	Çok	8	8,7	1	1,6	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	29	31,9	19	31,1	$x^2=0,009$ $p=0,925$
	Hayır	62	68,1	42	68,9	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	6	6,6	6	9,8	$x^2=0,52$ $p=0,467$
	Hayır	85	93,4	55	90,2	

Tablo 4.2.2.1.'de görüldüğü gibi, tıp dışı tedavinin yararını görme durumu cinsiyet değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı, erkeklerde kadınlara göre daha fazladır.

Yaşa göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.2.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.2. Yaşa Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		18-25		26-35		36-44		45+		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalık	Hekim	44	88	67	89,3	38	84,4	16	76,2	$x^2=2,665$ $p=0,446$
Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim dışı kişiler	6	12	8	10,7	7	15,6	5	23,8	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	42	84	57	76,0	36	80	17	81	$x^2=1,222$ $p=0,748$
	Hayır	8	16	18	24,0	9	20	4	19	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	23	79,3	31	50,8	15	35,7	9	45	$x^2=15,488$ $p=0,017$
	Kısmen	4	13,8	26	42,6	25	59,5	10	50	
	Çok	2	6,9	4	6,6	2	4,8	1	5	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	5	17,2	20	32,8	16	38,1	7	35	$x^2=3,734$ $p=0,292$
	Hayır	24	82,8	41	67,2	26	61,9	13	65	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	3	10,3	3	4,9	2	4,8	4	20	$x^2=5,580$ $p=0,134$
	Hayır	26	89,7	58	95,1	40	95,2	16	80	

Tablo 4.2.2.2.’de görüldüğü gibi, tıp dışı tedavinin yararını görme durumu yaş değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı 18-25 yaş grubunda daha fazladır.

Medeni duruma göre tıp dışı yardımarama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.2.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.3. Medeni Duruma Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		Evli		Bekar		Boşanmış		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	77	84,6	66	91,7	22	78,6	$x^2=3,404$ $p=0,182$
	Hekim dışı kişiler	14	15,4	6	8,3	6	21,4	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	74	81,3	57	79,2	21	75	$x^2=0,538$ $p=0,764$
	Hayır	17	18,7	15	20,8	7	25	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	36	44,4	29	63	13	52	$x^2=6,306$ $p=0,177$
	Kısmen	41	50,6	13	28,3	11	44	
	Çok	4	4,9	4	8,7	1	4	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	32	35,2	7	9,7	9	32,1	$x^2=8,281$ $p=0,016$
	Hayır	49	53,8	39	54,2	16	57,1	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	4	4,9	5	10,9	3	12	$x^2=2,113$ $p=0,348$
	Hayır	77	95,1	41	89,1	22	88	

Tablo 4.2.2.3.'de görüldüğü gibi, tıp dışı yöntemlere başlayıp ilaç bırakmacevabı medeni durum değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı yöntemlere başlayıp ilaç bırakmayanların oranı boşanmışlarda daha fazladır.

Yaşanılan yere göre tıp dışı davranışların karşılaştırılması Tablo 4.2.2.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.4. Yaşanılan Yere Göre Tıp Dışı Davranışların Karşılaştırılması

		İl		İlçe		Köy		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	16	72,7	38	90,5	111	87,4	$x^2=4,199$ $p=0,123$
	Hekim dışı kişiler	6	27,3	4	9,5	16	12,6	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	19	86,4	30	71,4	103	81,1	$x^2=2,522$ $p=0,283$
	Hayır	3	13,6	12	28,6	24	18,9	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	6	27,3	14	37,8	58	62,4	$x^2=16,670$ $p=0,002$
	Kısmen	12	54,5	21	56,8	32	34,4	
	Çok	4	18,2	2	5,4	3	3,2	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	8	36,4	12	32,4	28	30,1	$x^2=0,339$ $p=0,844$
	Hayır	14	63,6	25	67,6	65	69,9	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	2	9,1	4	10,8	6	6,5	$x^2=0,742$ $p=0,690$
	Hayır	20	90,9	33	89,2	87	93,5	

Tablo 4.2.2.4.'de görüldüğü gibi, tıp dışı tedavinin yararını görme durumu yaşanılan yer değişkeni istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı köyde yaşayanlarda daha fazladır.

Eğitim durumuna göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.2.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.5.Eğitim durumuna Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	37	84,1	46	82,1	49	87,5	33	94,3	$x^2=2,971$ $p=0,396$
	Hekim dışı kişiler	7	15,9	10	17,9	7	12,5	2	5,7	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	40	90,9	38	67,9	44	78,6	30	85,7	$x^2=9,057$ $p=0,029$
	Hayır	4	9,1	18	32,1	12	21,4	5	14,3	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	17	40,5	21	40,4	25	65,8	15	75	$x^2=13,956$ $p=0,030$
	Kısmen	21	50	29	55,8	11	28,9	4	20	
	Çok	4	9,5	2	3,8	2	5,3	1	5	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	17	40,5	20	38,5	10	26,3	1	5	$x^2=9,705$ $p=0,021$
	Hayır	25	59,5	32	61,5	28	73,7	19	95	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırakma Önerisi	Evet	2	4,8	6	11,5	4	10,5	-	-	$x^2=3,593$ $p=0,309$
	Hayır	40	95,2	46	88,5	34	89,5	20	100	

Tablo 4.2.2.5.'de görüldüğü gibi, tıp dışı yardım arama ve tıp dışı tedavinin yararını görme durumları eğitim düzeyi değişkene göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı yardım arayanların oranı ilkokul mezunlarında daha fazladır. Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı üniversite mezunlarında daha fazladır.

Çalışma durumuna göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.2.6.'da sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.6. Çalışma durumuna Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		Çalışıyor		Çalışmıyor		Önemlilik
		n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	71	89,9	94	83,9	$\chi^2=1,392$ $p=0,238$
	Hekim dışı kişiler	8	10,1	18	16,1	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	65	82,3	87	77,7	$\chi^2=0,603$ $p=0,437$
	Hayır	14	17,7	25	22,3	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	37	57,8	41	46,6	$\chi^2=7,463$ $p=0,024$
	Kısmen	27	42,2	38	43,2	
	Çok	-	-	9	10,2	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	16	25	32	36,4	$\chi^2=2,214$ $p=0,137$
	Hayır	48	75	56	63,6	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	5	7,8	7	8	$\chi^2=0,001$ $p=0,974$
	Hayır	59	92,2	81	92	

Tablo 4.2.2.6.'da görüldüğü gibi, tıp dışı tedavinin yararını görme durumu çalışma durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı çalışanlarda daha fazladır.

Gelir düzeyine göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.2.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2.7. Gelir Düzeyine Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		Gelir Giderden Az		Gelir Gidere Eşit		Gelir Giderden Fazla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	83	88,3	74	87,1	8	66,7	$x^2=4,293$ $p=0,117$
	Hekim dışı kişiler	11	11,7	11	12,9	4	33,3	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	79	84	63	74,1	10	83,3	$x^2=2,817$ $p=0,245$
	Hayır	15	16	22	25,9	2	16,7	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	36	48	37	56,1	5	45,5	$x^2=3,992$ $p=0,407$
	Kısmen	32	42,7	27	40,9	6	54,5	
	Çok	7	9,3	2	3	-	-	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	31	33	14	16,5	3	25	$x^2=6,680$ $p=0,035$
	Hayır	44	46,8	52	61,2	8	66,7	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	6	8	3	4,5	3	27,3	$x^2=6,700$ $p=0,035$
	Hayır	69	92	63	95,5	8	72,7	
Tıp Dışı Yöntemlerin Uygulanması İçin Para Ödeme	Evet	72	96	63	95,5	10	90,9	$x^2=0,567$ $p=0,753$
	Hayır	3	4	3	4,5	1	9,1	

Tablo 4.2.2.7.'de görüldüğü gibi, tıp dışı yonteme başlayıp ilaç bırakma ve hekim dışı kişilerin ilaç bırakma önerisi yanıtı gelir düzeyi değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Geliri giderinden az olan katılımcılarda tıp dışı yonteme başlayıp ilaç bırakma oranı diğer gelir durumlarına göre daha yüksektir. Hekim dışı kişilerin ilaç bırakma önerisi ile ilaç bırakanların oranı geliri giderinden az olanlarda daha yüksektir.

4.2.3. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Taniya göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.1.Taniya Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar		Bipolar bozukluk		Majör depresyon		OKB		Yaygın Anksiyete bozukluğu		Önemlilik
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	21	91,3	35	85,4	52	83,9	19	90,5	38	86,4	$x^2=1,142$
	Hekim dışı kişiler	2	8,7	6	14,6	10	16,1	2	9,5	6	13,6	$p=0,888$
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	18	78,3	32	78	50	80,6	17	81	35	79,5	$x^2=0,151$
	Hayır	5	21,7	9	22	12	19,4	4	19	9	20,5	$p=0,997$
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	14	60,9	20	50	20	41,7	9	60	15	57,7	
	Kısmen	7	30,4	18	45	24	50	6	40	10	38,5	$x^2=5,217$
	Çok	2	8,7	2	5	4	8,3	-	-	1	3,8	$p=0,734$
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	10	43,5	16	40	17	35,4	-	-	5	19,2	$x^2=11,905$
	Hayır	13	56,5	24	60	31	64,6	15	100	21	80,8	$p=0,018$
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	3	13	5	12,5	2	4,2	1	6,7	1	3,8	$x^2=3,540$
	Hayır	20	87	35	87,5	46	95,8	14	93,3	25	96,2	$p=0,472$

Tablo 4.2.3.1.'de görüldüğü gibi, katılımcıların psikiyatrik tanılarına göre, tıp dışı yonteme başlayıp ilaç bırakma durumu tanı değışkeni ile istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı yonteme başlayıp ilaç bırakanların oranı Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda diğer tüm tanılardan daha yüksektir. Ayrıca bipolar bozukluklarda ilaç bırakma oranı; majör depresyon, OKB ve yaygın anksiyete bozukluğu olanlardan daha yüksektir.

Psikiyatri kliniğine daha önce yatma durumuna göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.2. Psikiyatri Kliniğine Daha Önce Yatma Durumuna Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		Kliniğe Yatanlar		Kliniğe Yatmayanlar		Önemlilik
		n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	65	86,7	100	86,2	$x^2=0,008$ $p=0,928$
	Hekim dışı kişiler	10	13,3	16	13,8	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	61	81,3	91	78,4	$x^2=0,233$ $p=0,629$
	Hayır	14	18,7	25	21,6	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	35	49,3	43	53,1	$x^2=0,414$ $p=0,813$
	Kısmen	31	43,7	34	42	
	Çok	5	7	4	4,9	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	29	40,8	19	23,5	$x^2=5,295$ $p=0,021$
	Hayır	42	59,2	62	76,5	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	8	11,3	4	4,9	$x^2=2,084$ $p=0,149$
	Hayır	63	88,7	77	95,1	

Tablo 4.2.3.2.'de görüldüğü gibi, tıp dışı yonteme başlayıp ilaç bırakma durumu daha önce psikiyatri kliniğine yatma değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Tıp dışı yonteme başlayıp ilaç bırakanların oranı daha önce psikiyatri kliniğine yatanlarda daha fazladır.

Yatış süresine göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.3.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.3. Yatış Süresine Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		1 yıl		2 yıl		3 yıl		4 yıl		5 yıl ve üzeri		Önemlilik		
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%			
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	100	86,2	18	90	17	85	8	72,7	12	92,3	10	90,9	$\chi^2=2,619$
	Hekim dışı kişiler	16	13,8	2	10	3	15	3	27,3	1	7,7	1	9,1	p=0,623
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	91	78,4	14	70	14	70	10	90,9	12	92,3	-	-	$\chi^2=7,604$
	Hayır	25	21,6	6	30	6	30	1	9,1	1	7,7	11	100	p=0,107
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	43	53,1	11	61,1	7	36,8	5	45,5	5	41,7	7	63,6	$\chi^2=4,036$
	Kısmen	34	42	6	33,3	10	52,6	5	45,5	6	50	4	36,4	p=0,854
	Çok	4	4,9	1	5,6	2	10,5	1	9,1	1	8,3	-	-	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	19	23,5	5	27,8	9	47,4	5	45,5	8	66,7	2	18,2	$\chi^2=7,353$
	Hayır	62	76,5	13	72,2	10	52,6	6	54,5	4	33,3	9	81,8	p=0,118
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	4	4,9	2	11,1	3	15,8	1	9,1	-	-	2	18,2	$\chi^2=2,491$
	Hayır	77	95,1	16	88,9	16	84,2	10	90,9	12	100	9	81,8	p=0,646

Tablo 4.2.3.3.'te görüldüğü gibi yatış süresi değişkeni ile tıp dışı yardım arama davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastalık süresine göre tıp dışı yardım arama davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.2.3.4.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.4.Hastalık Süresine Göre Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılması

		1 yıl ve altı		2-4 yıl		5 yıl ve üzeri		Önemlilik
		n	%	N	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	59	84,3	83	91,2	23	76,7	$x^2=4,472$ $p=0,107$
	Hekim dışı kişiler	11	15,7	8	8,8	7	23,3	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	56	80	69	75,8	27	90	$x^2=2,802$ $p=0,246$
	Hayır	14	20	22	24,2	3	10	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	28	63,6	39	50	11	36,7	$x^2=5,988$ $p=0,200$
	Kısmen	13	29,5	35	44,9	17	56,7	
	Çok	3	6,8	4	5,1	2	6,7	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	10	22,7	29	37,2	9	30	$x^2=2,763$ $p=0,251$
	Hayır	34	77,3	49	62,8	21	70	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	4	9,1	6	7,7	2	6,7	$x^2=0,153$ $p=0,926$
	Hayır	40	90,9	72	92,3	28	93,3	

Tablo 4.2.3.4.'te görüldüğü gibi hastalık süresi değişkeni ile tıp dışı yardım arama davranışları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Ailede psikiyatrik öykü görülme durumuna göre tıp dışı davranışların karşılaştırılması Tablo 4.2.3.5.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.3.5. Ailede Psikiyatrik Öykü Görülme Durumuna Göre Tıp Dışı Davranışların Karşılaştırılması

		Var		Yok		Önemlilik
		n	%	n	%	
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	49	89,1	116	85,3	$x^2=0,480$ $p=0,488$
	Hekim dışı kişiler	6	10,9	20	14,7	
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	47	85,5	105	77,2	$x^2=1,640$ $p=0,200$
	Hayır	8	14,5	31	22,8	
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	25	53,2	53	50,5	$x^2=1,759$ $p=0,415$
	Kısmen	21	44,7	44	41,9	
	Çok	1	2,1	8	7,6	
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	12	25,5	36	34,3	$x^2=1,151$ $p=0,283$
	Hayır	35	74,5	69	65,7	
Hekim Dışı Kişiler İlaçları Bırak Önerisi	Evet	3	6,4	9	8,6	$x^2=0,214$ $p=0,644$
	Hayır	44	93,6	96	91,4	

Tablo 4.2.3.5.'de görüldüğü gibi tıp dışı davranışlardan hiç birinin oranı ailede psikiyatrik öykü görülme durumuna göre değişmemektedir ($p>0,05$).

4.3. Katılımcıların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Aldığı Puanlara İlişkin Bulgular

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı ölçeğinden alınan puanların dağılımı Tablo 4.3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.1.Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı(n=191)

TTUOÖ	Uyum Puanları		
	n	%	Ort.± SS. Min.-Max.
Zayıf uyum(1-7 puan)	129	67,5	5,42±3,12,00-10,00
Yüksek Uyum(8-10 puan)	62	32,5	
Toplam	191	100	

Tablo 4.3.1.'de görüldüğü gibi katılımcılar,Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden ortalama 5,42±3,12 puan almışlardır. Katılımcıların %67,5'inin tedaviye uyum düzeyinin zayıf olduğu belirlenmiştir.

4.3.1. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik ve hastalık özelliklerine göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3.1.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.1.1. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		n	TTUOÖ			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	115	5,55	3,06	t=0,681	p=0,497
	Erkek	76	5,23	3,23		
Yaş*	18-25	50	7,00	2,942	F=8,384	P<0,01
	26-35	75	5,01	3,319		
	36-44	45	4,62	2,712		
	45+	21	4,10	1,997		
Medeni Durum**	Evli	91	4,87	2,812	F=17,89	P<0,01
	Bekar	72	6,90	2,988		
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	28	3,42	2,795		
Yaşadığı Yer**	Köy/kasaba	22	4,45	2,684	F=6,507	p=0,002
	İlçe merkezi	42	4,23	2,807		
	İl merkezi	127	5,99	2,169		
Eğitim Durumu**	İlkokul	44	4,31	2,58	F=10,026	p<0,01
	Ortaokul	56	4,17	2,755		
	Lise	56	6,91	3,020		
	Önlisans/Lisans/ Lisansüstü	35	6,81	3,032		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	79	5,50	4,15	t=0,286	p=0,775
	Çalışmıyor	112	5,37	3,10		
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	94	5,26	3,31	F=0,482	p=0,695
	Gelir gidere eşit	85	5,69	2,97		
	Gelir giderden fazla	12	4,72	2,68		
Psikiyatrik Tanı*	Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	23	3,91	2,99	F=9,332	p<0,01
	Bipolar bozukluk	41	3,90	2,62		
	Majör depresyon	62	5,16	3,04		
	OKB	21	7,90	2,25		
	Yaygın anksiyete bozukluğu	44	6,88	2,73		
Psikiyatri Kliniğine Yatış	Evet	75	4,14	2,79	t=-4,896	p<0,01
	Hayır	116	6,27	3,04		

Tablo 4.3.1.1.Demografik ve HastalıkÖzelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		N	Ort.	SS.	Test	p
Psikiyatri Kliniğine Yatış Sayısı	1 kez	20	4,75	2,82	F=0,895	p=0,472
	2 kez	20	4,00	2,91		
	3 kez	11	4,27	3,199		
	4 kez	13	2,92	1,70		
	5 ve üzeri	11	4,00	2,75		
Hastalık Süresi**	0-1 yıl	70	6,38	3,13	F=5,876	p=0,003
	2-4 yıl	91	5,02	3,05		
	5 yıl ve üzeri	30	4,43	2,77		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	55	5,32	3,121	t=-0,287	p=0,775
Yok	136	5,47	3,131			

(*: Dunnet C ; **:LSD ileri analiz testi yapıldığını gösterir).

Tablo 4.3.1.1.'de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, psikiyatrik tanı, psikiyatri kliniğine yatış ve hastalık süresine göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p<0,05$).

Yaşa göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C); 18-25 yaş grubunda yer alan hastaların tıbbi tedaviye uyum puan ortalamasının, 26-35, 36-44, 45 ve üzeri yaş grubunda olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); bekarlarda tıbbi tedaviye uyum puan ortalamasının, evli ve boşanmışlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); il merkezinde yaşayanların, tıbbi tedaviye uyum puan ortalamasının, ilçe ve köyde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); Ön lisans/lisans/lisansüstü mezunlarının tıbbi tedaviye uyum puanlarının, ilk ve ortaokul mezunlarından yüksek olduğu

belirlenmiştir. Ayrıca lise mezunlarının puanları ilk ve ortaokul mezunlarından yüksektir.

Psikiyatrik tanıya göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Dunnet C); yaygın anksiyete bozukluğu olanların, tıbbi tedaviye uyum puanlarının, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve majör depresyonlu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca OKB hastalarının puanları şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve majör depresyonlu olanlardan yüksektir.

Psikiyatri kliniğine yatmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Hastalık süresine göre farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (LSD); hastalık süresi 0-1 yıl olanların puanlarının, hastalık süresi 2-4, 5 yıl ve üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.1.1.'de görüldüğü gibi, cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, psikiyatri kliniğine yatış sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$).

4.4. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgular

Tıp dışı yardım arama davranışlarına göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.4.1.Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		n	TTUOÖ			
			Ort.	SS.	Test	p
Hastalık Belirtileri Ortaya Çıkınca İlk Başvuru	Hekim	165	5,47	3,16	t=-0,481	p=0,631
	Hekim dışı kişiler	26	5,15	2,93		
Tıp Dışı Başvuru Yeri						
Hoca	Evet	140	4,84	2,98	t=-4,517	p<0,01
	Hayır	51	7,03	2,95		
Resmi Din Görevlisi	Evet	12	3,91	3,31	t=-1,744	p=0,083
	Hayır	179	5,53	3,09		
Falcı	Evet	6	7,33	3,66	t=1,524	p=0,129
	Hayır	185	5,36	3,09		
Şifacı	Evet	27	4,14	2,85	t=-2,297	p=0,023
	Hayır	164	5,61	3,11		
Türbe	Evet	43	3,93	2,97	t=-3,695	p<0,01
	Hayır	148	5,86	3,34		
Diğer	Evet	3	7,66	4,04	t=0,970	p=0,433
	Hayır	188	5,39	3,10		
Tıp Dışı Tanı Yöntemi						
Suya Okuma	Evet	40	4,70	2,84	t=-1,670	p=0,097
	Hayır	151	5,62	3,17		
Kitap Açma	Evet	5	4,60	3,36	t=-0,601	p=0,549
	Hayır	186	5,45	3,12		
Dua ve Muska	Evet	150	4,94	3,00	t=-4,334	p<0,01
	Hayır	41	7,21	2,91		
Cin Çıkarma	Evet	26	3,19	2,20	t=-4,092	p<0,01
	Hayır	165	5,78	3,10		
Tıp Dışı Tedavi Yöntemi						
Muska	Uyguladım	147	4,93	3,02	t=-4,006	p<0,01
	Uygulamadım	44	7,02	2,99		
Kurşun Dökme	Uyguladım	3	7,00	5,19	t=1,265	p=0,207
	Uygulamadım	188	5,38	3,09		
Sülük	Uyguladım	4	5,50	2,38	t=-0,091	p=0,928
	Uygulamadım	187	5,40	3,13		

Tablo 4.4.1.Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

		n	Ort.	SS.	Test	p
Yiyecek İçecek	Uyguladım	79	4,43	2,75	t=-3,781	p<0,01
	Uygulamadım	112	6,10	3,18		
Özel Dualar Okuma	Uyguladım	80	4,37	2,84	t=-4,060	p<0,01
	Uygulamadım	111	6,16	3,10		
Bitkisel İlaçlar	Uyguladım	59	4,10	2,65	t=-4,037	p<0,01
	Uygulamadım	132	6,00	3,14		
Tıp Dışı Tedavinin Yararını Görme	Hiç	78	5,41	3,090	F=2,406	p=0,094
	Kısmen	65	4,35	2,804		
	Çok	9	5,55	3,245		
Tıp Dışı Yöntemlere Tekrar Başvuru Düşüncesi	Evet	11	4,18	3,09	t=-0,897	p=0,371
	Hayır	141	5,02	3,00		
Tıp Dışı Yöntemlere Başlayıp İlaç Bırakma	Evet	48	3,16	2,387	t=-5,462	p<0,01
	Hayır	104	5,79	2,91		
	Hayır	140	4,97	3,02		
Tıp Dışı Yöntemlerin Uygulanması İçin Para Ödeme	Evet	145	4,82	2,96	t=-2,650	p=0,009
	Hayır	7	7,85	2,67		
Tıp Dışı Yardım Arama	Evet	152	5,01	2,38	t=0,352	p=0,725
	Hayır	39	4,98	2,43		

Tablo 4.4.1.'de görüldüğü gibi,tıp dışı başvuru yerlerinden hoca,şifacı,türbe, tıp dışı tanı yöntemlerinden suya okuma,dua ve muska, cin çıkarmaya göre, tıp dışı tedavi yöntemlerinden muska,yiyecek içecek,özel dualar okuma ve bitkisel ilaçlara göre,tıp dışı yöntemlere başlayıp ilaç bırakma, tıp dışı yöntemler yönelten sebeplerden ilaç kullanmayı istememe, inançlara daha uyguna cevabına göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tıp dışı başvuru yerlerinden hoca, şifacı ve türbeye gidenlerin, tıp dışı tanı yöntemlerinden suya okuma, dua ve muska ve cin çıkarma uygulayanların, tıp dışı tedavi yöntemlerinden muska, yiyecek içecek, özel dualar okuma ve bitkisel ilaç kullananların, tıp dışı yöntemlerine başlayıp ilacını bırakanların, tıp dışı yöntemlere yönelten sebeplerden ilaç kullanmayı istemiyorum ve inançlarıma daha uygun

yanıtına evet cevabı verenlerin tıbbi tedaviye uyum oranı ölçek puan ortalamaları daha düşüktür.

Tablo 4.4.1.'de görüldüğü gibi, hastalık belirtileri ortaya çıkınca ilk başvuru yeri, tıp dışı başvuru yerlerinden resmi din görevlisi, falcı, yatır, medyum, diğer başvuru yerlerine, tıp dışı tanı yöntemlerinden kitap açmaya göre, tıp dışı tedavi yöntemlerinden kurşun dökme, sülüğe göre, tıp dışı tedavinin yararını görme, tıp dışı yöntemlere tekrar başvuru düşüncesi, hekim dışı kişiler ilaçları bırak önerisi, tıp dışı yöntemler yönelten sebeplerden hekim tedavisinden yarar görmeme, başka çarem yok ve yakınların tavsiyesine göre, işlem için para ödeme ve tıp dışı yardım arama durumuna göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Tartışma altı başlık altında incelenmiştir.

5.1.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ile İlgili Bulguların Değerlendirilmesi

5.2.Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi

5.3.Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

5.4.Katılımcıların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Aldığı Puanların Değerlendirilmesi

5.5.Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

5.6.Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması

5.1. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hastalığa bağlı oluşan yetersizlik ve çaresizlik duyguları insanları farklı yöntem arayışlarına itebilmektedir. Ruhsal hastalıkla etiketlenme inancı kişilerin tıbbi yardım arama konusunda cesaretini kırarak tıp dışı yardım arama davranışlarına yöneltebilmektedir (Özkorumak ve ark. 2006). Ülkemizde, özellikle ruhsal hastalıklarda, hastaların modern tıp dışında halk şifacıları veya din adamlarından hastalıklarıyla ilgili yardım talebinde buldukları görülmektedir. Öyle ki psikiyatrik hastalar çoğu zaman, özellikle kırsal kesimde, tıbbi çözümlerden önce tıp dışı yöntemlere başvurmaktalardır veya psikiyatrik tedavinin yanında ek olarak tıp dışı yöntemleri de kullanmaktadır (Bahar ve ark. 2010). Çalışmamızda katılımcıların %79,6'sı tıp dışı yardım arama davranışına başvurmuştur. Kırpınar (1992) çalışmasında, psikiyatri servisinde yatan hastaların %96,66'sının tedavi amacıyla hekim dışı, resmi din görevlisi olmayan hoca ünvanlı kişilere gittikleri veya yakınları tarafından götürüldüğü belirtilmektedir. Alderman ve Kieper (2003) tarafından yapılan bir çalışmada kronik ruhsal hastalıklara sahip katılımcıların %51,9'unun çalışmadan önceki 6 aylık süreçte geleneksel tıba başvurduğunu ortaya

koymaktadır. Yaşan ve Gürgeç (2004)'in çalışmalarında psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %57'sinin tıp dışı yardım arama davranışında buldukları ortaya çıkmıştır. Farooqi (2006), ruhsal bozukluğu olan hastaların psikiyatriste gitmeden önce tedavi için homeopati, natüropati, İslami inanç şifası ve büyüçülük gibi çok sayıda geleneksel iyileştirme yöntemi aradıklarını bildirmektedir. Güleç ve ark. (2006)'nın çalışmasında Türkiye ve Almanya'da yaşayan bireyler değerlendirilmiş olup, Türkiye'dekilerin %49,4'ü, Almanya'dakilerin ise %55'i psikiyatrik hastalıkları için tıp dışı yardım arama davranışı gösterdikleri bulunmuştur. Ünal ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, psikotik hastaların %51,1'inin yardım aramak amacıyla geleneksel-dinsel tedavi yöntemlerine başvurdukları bulunmuştur. Güner Küçükkaya ve Ünal (2012) çalışmalarında, psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %56,38'inin tıp dışı yardım arama davranışı olduğunu bulmuşlardır. Çin'de yapılan bir çalışmada ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmanın önündeki en büyük engelin alternatif yardım arama davranışları olduğu bildirilmiştir (Shi ve ark. 2020). Iversen ve ark. (2010)'nın çalışmasında ruhsal hastalık teşhisi konan hastaların dörtte üçünden fazlasının sorunlarının çözümü için tıbbi yardıma erişmeyi değil, bunun yerine papazlar gibi resmi olmayan yardım kaynaklarını kullanmayı seçtiği görülmektedir. Ayrıca hasta yakınlarının da yardım arama davranışı olarak profesyonel olmayan yöntemlere başvurdukları bilinmektedir. Basumatary ve ark. (2020)'nin şizofreni hastalarına bakım veren hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %72,9'unun büyü ve dini inançları kullanarak ritüel yapan inanç şifacılarına başvurduklarını bildirmişlerdir. Bu bulgular çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. Kronik ruhsal bozukluğun seyrinin yıkıcı ve uzun olması hastaları ve ailelerini birden fazla yardım arama yöntemine yöneltebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %86,4'ü hastalık belirtileri ortaya çıkınca ilk olarak hekime başvurmuştur. Literatür incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan hastaların hastalık belirtileri ortaya çıktığında; Ünal ve ark. (2007) %65,9'unun, Bahar ve ark. (2010) %54,8'inin, Güleç ve ark. (2011) ise %55,5'inin ilk olarak hekime başvurduklarını bildirmişlerdir. Upadhyaya ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada ruhsal bozukluklarda ilk başvuru yerinin %39,2 oranla psikiyatristler ve %33,6 oranla geleneksel şifacılar olduğu bildirilmiştir. Literatür çeşitli sosyoekonomik ve etnik grupların çeşitli çare arama davranışları olduğunu, ruh

sağlığı hizmetlerine karşı birbirinden farklı tutum sergilediklerini gösterse de, sonuçlarımıza ve sonuçlarımızı destekleyen literatür bilgisine baktığımız zaman aslında hastalar tıbbi tedaviden istediği yanıtı alamadığında tıp dışı çare aramaktadır diyebiliriz. Bu çalışmaların sonuçlarının bizim sonucumuza göre biraz düşük olduğu görülmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu, zaman içinde ihtiyaçların değişim göstermesi, sağaltımın gerçekleşmesi, toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere olan düşüncelerinin değişmesi ile beraber yön değiştirmiştir(Karataş ve Çalışkan 2020). Bu bilgilerden hareketle çalışmamızda bu durumun çalışmaların yapıldığı yıl ile ilgili olabileceği, günümüzde psikiyatri kliniklerine ve hastalarına bakış açısının değişmiş olabileceği, bu sonucunda başvuru oranlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ruh sağlığı hizmetleri için yardım arama davranışının önündeki en büyük engelin utanç ve damgalanma olduğu bildirilmektedir(Özer ve Şahin Altun 2022; Teshager ve ark. 2020). Yardım aramaya yönelik artan kendini damgalama, sağlık profesyonellerinden yardım arama niyetlerinin azalmasıyla önemli ölçüde ilişkilendirilmektedir(Byrow ve ark. 2019). Hastaların yardım arama davranışı kararını etkileyen faktörler ise normal olmayan davranışların kültürel olarak kabul edilen nedenleri ve iyileşme üzerine güçlü inanç sistemidir(Padmavati ve ark. 2005). Çalışmamızda hekim dışı başvurularda katılımcıların %73,3'ünün ilk başvuru yeri hocadır. Hekim dışı başvuru olan yerde hastaya tanı koymak için uygulanan yöntem %78,5 dua ve muskadır, hekim dışı başvuru olan yerde önerilen tedavi yöntemi %77 oranında muska olmuştur. Yaşan ve Gürgen (2004)'in yaptıkları çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran ve tıp dışı yardım arama başvurusu olan hastalarda en sık başvuru yerinin din görevlileri (%82,1) ve yatırı ziyareti (%61,05) olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte hastalara ziyaret ettikleri tıp dışı yerlerde uygulanan tedavi şeklininyatırda yatırma, muska, çeşitli içecekler ve yiyecekler olduğu bildirilmiştir. Upadhyaya ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada ruhsal bozukluklarda geleneksel şifacı olarak bilinen kişiler tarafından önerilen ve genellikle hastaların uyguladığı yöntemler arasında dini törenler ile hayvanları kurban etme vekızgın demirler ile işkence etmenin yer aldığı bildirilmiştir. Oral (2005), yaptığı çalışmada katılımcıların çare arama davranışı olarak hocaya başvurduklarını bildirmektedir. Teshager ve ark. (2020)'nin yaptıkları çalışmada hastaların modern psikiyatrik tedavi arayışında geç kaldıkları ve genellikle ruhsal bozuklukların sebeplerini doğa üstü güçler olarak tanımladıkları için dini şifacıları tercih ettikleri bildirilmiştir. Güleç ve

ark. (2006)'nın çalışmasında Türkiye ve Almanya'da yaşayan bireyler incelenmiş olup, her iki grupta da en çok rastlanan tıp dışı yardım arama davranışının din hocasına gitmek olduğu bulunmuştur, oranlarının ise Türkiye'de %74,4, Almanya'da %87,9 olduğu belirtilmiştir. Bahar ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada tıp dışı yardım arama davranışı olarak hekim dışı kişilere başvuran kişilerin %78,3'ü dini unvanı kullanan kişilere başvurduklarını belirtmektedir. Yalvaç ve ark. (2015) çalışmalarına katılan hastaların %74'ünün hastalıkları sürecinde dini yardım arayışı içinde bulduklarını bildirmişlerdir. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmada en çok bildirilen engeller; arkadaşlar, aile, dini/kültürel/geleneksel uygulamalar, bilgi eksikliği ve kendi kendini damgalama ya da başkaları tarafından damgalanma olarak bildirilmektedir(Munawar ve ark. 2021). Çin'de yapılan bir çalışmada ailelerden veya arkadaşlardan yardım almanın ruh sağlığı sorunlarıyla baş etmede her zaman ilk seçenek olduğunu bildirilmiştir(Shi ve ark. 2020). Hastalığın başlangıç, alevlenme ve iyileşme dönemlerinin olması, tek bir çare arama girişiminden yeterince ya da beklenen seviyede cevap alınamaması nedeniyle hastalar çaresizlik yaşamakta ve alternatif olarak din görevlilerine yönelme eğilimi göstermesinin bu sonuçlar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %51,3'ü tıp dışı tedavinin yararını hiç görmemiştir. Sarıkoç ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının %89,1'inin dini/spiritüel uygulamalara başvurmuş olup, %67,5'inin uyguladığı bu yönteme devam etmek istemediğini, %78,7'sinin uyguladığı yöntemin hastanın iyilik halini etkilemediğini bildirmişlerdir. Ayrıca Yaşan ve Gürgen'in (2004) çalışmasında tıp dışı tedaviden yarar görmediğini bildirenlerin oranı %65,2, olarak bildirilmiştir. Bahar ve ark. (2010)'nın çalışmasında hekim dışı kişilerden faydalanma derecesi sorusuna değişiklik yok cevabını verenlerin oranı %35,8, kötüleşme cevabını verenlerin oranı %19,8'dir. Sonuçlar literatür ile uyum göstermektedir. Bununla birlikte katılımcıların %92,8'inde tıp dışı yöntemlere tekrar başvuru düşüncesi yoktur. Tıp dışı uygulamaların yararını hiç görmeyenlerin oranının yüksek olmasının bu davranışlarının sönmesine neden olduğu düşünülmektedir. Geleneksel tıp, medyum, falcı, şifacı hocaya yönelme gibi tıp dışı çare arama davranışları ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumunu azaltmaktadır. Bu alanda çalışan psikiyatri hemşirelerine ilaç uyumunu artırmak için

önemli görevler düşmektedir. Bu alanda önemli bir yeri olan olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri; bilgiyi, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, tecrübelerini, hemşirelik becerisini, kendi benliğini terapötik kullanma becerisiyle birleştirip hastalara tıbbi tedavilerine düzenli devam etmelerini anlatmaları gerekmektedir.

5.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tıp dışı yardım arama davranışlarını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Hastaların sosyodemografik özellikleri de birbirleriyle farklılık göstermektedir. Bu nedenle çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve hastalık özellikleri değişkenlerine göre tıp dışı yardım arama davranışları arasında farklılık incelenmiştir. Çalışmamızda tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı erkeklerde daha fazladır. Pinkhasov ve ark. (2010)'nın yaptığı bir çalışmada erkeklerin kadınlara kıyasla sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının çok düşük olduğu bulunmuştur. Erkeklerin kendine güven, fiziksel dayanıklılık ve duygusal kontrole verdikleri önemden dolayı sağlık profesyonellerinden yardım istemediğini düşünülmektedir. İnkâr, utanç ve kontrol edemedikleri bir durumdan kaçınma arzusu nedeniyle erkekler sağlık hizmetlerini daha az kullanmaktadır. Topkaya (2014)'nin çalışmasında psikolojik yardım alma sebebiyle kendini damgalamanın ve sosyal damgalanma algısının erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sezer ve Gülleroğlu (2016)'nin çalışmalarında, erkeklere oranla kadınların psikolojik yardım arama tutumlarının anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu ve cinsiyetin ruhsal hastalıklarda tıp dışı çare arama tutumlarını yordayan önemli bir değişken olduğu bulunmuştur. Hastalığı nasıl algıladığımız, nasıl yaşadığımız, nasıl başa çıktığımız kültürel yapılanmamızla ilişkilidir. Yardım arama davranışı kişinin yaşadığı toplumun değerlerinden, kültürel etkenlerden, aile üyelerinin tedavi arayışına dahil edilmesinden, kişide var olan ruhsal hastalıklardan ve psikolojik etkenlerden etkilenmektedir (Özkorumak ve ark. 2006). Geleneksel tedavilere başvurma durumu sosyodemografik değişkenlerden etkilenmektedir. Bu bilgiler ışığında toplumun erkeğe yüklediği rol ve sorumluluklar, ataerkil aile yapısı, kendini yetersiz ve çaresiz hissetme, damgalanma korkusu, geleneksel düşünceler ve kültürel inançların erkek cinsiyette yardım arama davranışından kaçınmaya yol açacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı 18-25 yaş grubunda daha fazladır. Literatürde bu bulguyu destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. 18-25 yaş grubunu içine alan ve günümüzde Z kuşağı olarak isimlendirilen yaş grubu teknoloji çağında doğmaları sebebiyle teknoloji ile iç içe yaşamaktadırlar. Bu yaş grubu yaşam stilleri ve tutumlarına bakıldığında, geleneksel inançları ve değerleri önemseyen, kendini kontrol edebilen ve sorumluluk sahibi bireylerdir(Erer 2020). Bu bilgilerden yola çıkarak bu yaş grubunun geleneksel inanç ve değerleri önemseydiği için tıp dışı yöntemleri bir tedavi yöntemi olarak denediği ancak bilinçli bireyler olduklarından dolayı bunun bir tedavi yöntemi olarak faydasını görmediklerinin farkına vardıkları çıkarımını yapabiliriz.

Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı köyde yaşayanlarda daha fazladır. İnançların plasebo etkisi yapabileceği ve bu nedenle köyde yaşayanlarda tıp dışı yardım arama davranışının yararını hiç görmeyenlerin oranının daha yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kırsal bölgelerde tıp dışı yöntemlere ulaşımın daha kolay olması ve uygulamaları daha fazla değerlendirme yapabilme imkanına ulaşmalarından dolayı kırsal alanda yaşayanların yararını görmedikleri düşüncesinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Güleç ve ark. (2011)'nın çalışmasında kırsal bölgede yaşayanların kentte yaşayanlara göre daha çokkişisel inanç, sağlık personelinin tutumu, doktora güvensizlik nedeni ile tıp dışı çare aradıklarını bildirmişlerdir. Hastaların etiketlenme, damgalanma, saygı görmeme korkusu, sağlık hizmetlerine ulaşımın daha kolay olması, ilaç kullanmayı istememe ya da inançlara daha uygun olması gibi gerekçelerle, hiç yararını görmedikleri halde tıp dışı yöntemlere yönelmesini sağladığı düşünülmektedir.

Tıp dışı yardım aramayanların oranı ortaokul mezunlarında daha fazladır. Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı üniversite mezunlarında daha fazladır. Hu ve ark. (2021) çalışmalarında eğitim seviyesi daha yüksek olan kişilerintıbbi yardım alma eğiliminde olduğunu bulmuşlardır. Zafar ve ark. (2008), eğitim düzeyinin yardım arama davranışıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Toplumlarda damgalayıcı tutumların yüksek olması, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin profesyonel yardım arayışını engeller ve böyle bir yardımın faydalı olacağına dair inancın azalmasına sebep olmaktadır(Özer ve Şahin Altun 2022). Çare arama davranışı bölgeye ve zamana bağlı değişmekle birlikte, yaş, eğitim seviyesi ve medeni duruma da bağlıdır(Kırpınar 2002). Ruhsal hastalıklar için yardım arama

davranışındaki yetersizlik hastalığın kişi tarafından nasıl tanındığı ve yorumlandığı ile ilişkilendirilebilir. Kişiler kendilerindeki semptomları farklı yorumlayabilir ve farklı sebeplere bağlayabilir(Comander ve ark. 2004). Ruhsal hastalıklarda kişinin yardım arama davranışı üzerinde toplumsal desteğin, yardıma ulaşılabilirliğin, hastalık şiddetinin, sağlık sistemine olan inancın ve kişinin eğitim seviyesinin yeri olduğu düşünülebilir(Burns ve ark. 2003). Hastaların eğitim seviyesi arttıkça toplumun kalıplaşmış düşüncelerinin daha az onaylandığı, kendini toplumdan ayrı tutma yerine sosyalleşme eğiliminde bulunabileceği düşünülebilir. Ayrıca eğitim düzeyinin artması benlik saygısını olumlu yönde etkileyebildiğinden, içselleştirilmiş damgalanma seviyesini azaltmada destekleyici rol oynayabileceği de söylenebilir.

Tıp dışı tedavinin yararını hiç görmeyenlerin oranı çalışanlarda daha fazladır. İnançlar plasebo etkisi yapabilir ve bu nedenle çalışanlarda tıp dışı yardım arama davranışının yararını hiç görmeyenlerin oranının daha yüksek çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Kutlu ve ark. (2018)'nın yaptığı bir araştırmada taşlardan şifa aramanın yüksek oranda plasebo etkisi ile ilişkilendirildiği saptanmıştır. Bu sonuç bulgumuzu destekler niteliktedir. Farklı bir çalışmada inançların, sözcüklerin, ritüellerin ve sembollerin hastaların ruh sağlığı iyileştirici etkiye sahip olabileceğinden bahsedilmektedir(Perkins ve Pepper 2021). Aile üyeleri ya da kişinin sosyal yaşantısındaki diğer önemli kişiler, kişinin çare arama davranışının şekillenmesinde önemli bir role sahiptirler(TzePin ve ark. 2008). Çalışma yaşamının içinde olanların daha aktif bir sosyal yaşantıya sahip olduğu düşünüldüğünde, kişinin tıp dışı çare arama davranışının yararını görmediğinin farkına varmasının daha kolay olacağı düşünülmektedir.

Geliri giderinden az olan katılımcıların tıp dışı yönetime başlayıp ilaç bırakma oranları daha yüksektir. Sıra bekleme ve randevu almaya lüzum olmaması, verilen hizmetin değerinin yüksek olmaması, kullanılan araç gerece ya da uygulayıcıya ulaşımın kolay olması gibi sebeplerden dolayı, geleneksel tedavilerden yararlanmanın modern tedavilerden yararlanmaktan daha kolay olduğu bildirilmektedir. Bu gibi sebeplerden dolayı modern sağlık hizmetlerinin varlığına rağmen toplumların kendi geleneksel-dinsel inanç ve uygulamalarını sürdürmeye devam ettikleri söylenmektedir(Güleç ve ark. 2011). Modern sağlık hizmetlerini tercih edenler arasında da sosyal güvencesi olanlar ile ekonomik seviyesi düşük olanların daha fazla kamu kurumlarında ruh sağlığı hizmeti almayı seçtikleri

bildirilmektedir(Coşkun ve Güven Caymaz 2012). Hekim dışı kişilerin ilaç bırakma önerisi ile ilaç bırakanların oranı geliri giderinden fazla olanlarda daha yüksektir. Çalışmamızda katılımcıların,Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden ortalama 5,42±3,12 puan aldığı bilinmektedir. Geliri giderinden fazla olanların TTUOÖ puan ortalaması 4,72 bulunmuştur. Bu değerlerden yola çıkarak geliri giderinden fazla olanların hekim dışı kişilerin ilaç bırakma önerisi ile tıbbi tedaviye uyum oranlarının azaldığı söylenebilir.

5.3. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tıp dışı yõteme başlayıp ilaç bırakanların oranı Şizofreni ve diğere psikotik bozukluklarda diğere tüm tanılardan daha yüksektir.Ayrıca bipolar bozukluklarda ilaç bırakma oranı; majör depresyon, OKB ve yaygın anksiyete bozukluğu olanlardan daha yüksektir. Tıp dışı yöntemlere yönelten sebeplerden inançlarına daha uygun yanıtı verenlerin oranı şizofreni ve diğere psikotik bozukluklarda daha yüksektir. Bahar ve ark. (2010) çalışmalarında, şizofreni tanılı hastaların %12,2'si, bipolar bozukluk tanılı hastaların %11,3'ü, psikoz olarak tanımlanan şizofreni dışında kalan sanrısız bozukluk tanılı hastaların %10'unun hekim dışı kişilerden tedavi arayışı içine girdiklerini bildirmişlerdir. Güleç ve ark. (2006)'nın çalışmalarında, var olan psikiyatrik hastalığı içinde tıp dışı çare arayışı içinde olanlar incelendiğinde Türkiye grubunda en yüksek sıklıkta organik mental bozukluğu ve psikoaktif madde kullanımına bağılı mental ve davranış bozukluğu (%80), Almanya grubunda ise şizofreni, şizotipal ve delüzyonal bozukluklar grubu hastaların (%85,7) tıp dışı çare arama davranışı içinde oldukları görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarına ve literatüre bakıldığında, tıp dışı çare arama davranışına yönelmede tanı değişkeninin de etkisi olduğu söylenebilir. Aynı zamanda yine tıp dışı çare arama davranışına yönelmede bireyin dini inanç sistemlerinin de büyük ölçüde etkisi olduğu söylenebilir.

Daha önce psikiyatri kliniğine yatanlarda tıp dışı yõteme başvurup ilaç bırakanların oranı daha fazladır.Hastalık süresinin ve yatışların uzun süreli olması hastaların uzun süre ilaç kullanımına neden olmakta ve ilaca bağılı gelişen yan etkiler ortaya çıkmaktadır(Üstünsoy Çobanoğlu ve ark. 2003). Şizofreni hastaları en çok cinsel, ekstrapiramidal ve psikişik yan etkilerden muzdarip olmakta ve yan etki yaşayan hastaların ilaç uyum oranları da daha düşük olmaktadır(Lambert ve ark. 2004). Bu nedenle hastaların ilaç kullanmamak için farklı tedavi yöntemi arayışı

içine girdikleri düşünülmüştür. Ruhsal bozukluklarda yardım arama davranışı, yaş, cinsiyet, hastalığın süresi ve şiddeti, eğitim durumu, önceki sağlık hizmet tecrübesi, medeni hal, kültürel yapı ve dini inanç sistemleri gibi değişkenlerden etkilenmektedir (Bademli ve Lök 2017). Geleneksel tıp, medyum, falcı, şifacı hocaya yönelme gibi tıp dışı çare arama davranışları ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumunu azaltmaktadır (Karataş 2020). Aynı zamanda çalışmamızda hastaların %31,6'sı tıp dışı yöntemlere başlayıp ilaç kullanmayı bırakmışlardır. Tıp dışı çare arama davranışlarına yönelip ilaç kullanımının bırakılması, inançlarına daha uygun olması sebebiyle ilaç kullanımının bırakılıp tıp dışı çare arama davranışında bulunulması, ilaç kullanmak istememek gibi sebepler hastaneye tekrarlı yatışlara ve hastalık seyrinin olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Bu durumun hastaların kronikleşen hastalıkları ile mücadele esnasında kısır bir döngüye girmelerine neden olduğunun vurgulanması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle ilaç tedavisi alan hastaların tedavi sürecinde desteklenmesinin, yan etkiler ve yan etkilerin yönetimi konusunda bilgilendirilmesinin uyumun artırılmasında önemli olacağı düşünülmektedir.

5.4. Katılımcıların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden Aldığı Puanların Tartışılması

Kronik ruhsal hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk tedavinin başarısını engellemektedir. Tedaviye uyumda, hastanın reçete edilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen şekilde kullanması veya iyileştiğini sanarak ilaçlarını tavsiye edilen zamandan önce bırakmaması, yapması veya yapmaması söylenen davranışlara uygun davranışlarda bulunması beklenir. Günümüzde halen gerek Türkiye'de gerekse diğer ülkelerde psikiyatri hastalarının ilaç uyumu ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcılar, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeğinden ortalama $5,42 \pm 3,12$ puan almışlardır ve katılımcıların %67,5'inin tedaviye uyum düzeyinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar ile yapılan çalışmalarda TTUÖ ortalama puanını; Dikeç ve Kutlu (2014) $6,8 \pm 1,20$, Onan (2020) $7,96 \pm 1,78$, Pusuroğlu ve ark. (2022) 5,54 olarak bulduklarını ifade etmişlerdir. Özdemir ve ark. (2017) tarafından yapılan TRSM'ye devam eden ve poliklinikte takip edilen hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, TRSM'ye devam eden hastaların TTUÖ puan ortalaması $7,01 \pm 2,62$; poliklinikte takip edilen hastaların TTUÖ puan ortalaması $4,88 \pm 2,85$ bulunmuştur. Şahin ve Elboğa

(2019)'nın Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'ne giden ve gitmeyen hastalar ile yapmış oldukları çalışmada, TRSM'ye giden hastaların TTUOÖ ortalama puanı 10, TRSM'ye gitmeyen hastaların TTUOÖ ortalama puanı 5 bulunmuştur. Stockbridge ve ark. (2021) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların %48'inde, Kavak ve Yılmaz (2018) %60,95'inde, Desai ve Navak (2019)'ın %71'inde, Gebeyehu ve ark. (2019)'nın şiddetli ruhsal bozukluğu olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların %55,2'sinde, Settem ve ark. (2019)'nın %38,9'unda ilaç uyumsuzluğu olduğunu bildirilmişlerdir. Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları ve literatür genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmanın yapıldığı yer ve zaman, katılımcıların hastalık grubu, demografik ve kültürel özelliklerin araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %31,6'sı tıp dışı yöntemlere başlayıp ilaç bırakmamış ve %17,9'u hekim dışı kişilerin ilaçları bırak önerisi ile ilaç bırakmıştır. Çalışmamızda katılımcıların %93,4'ü yakınların tavsiyesi ile tıp dışı yöntemlere yönelmiş ve %95,4'ü işlem için ücret ödemiştir. Fridgen ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %45,6'sı önce en yakın arkadaşından ya da ailesinden yardım istemiştir. Aile üyeleri ya da kişinin sosyal yaşantısındaki diğer önemli kişiler, kişinin çare arama davranışının şekillenmesinde önemli bir role sahiptirler. Çalışmalarda kadın ve erkekte çare arama davranışının yordayıcılarının birbirinden farklı olduğu, fakat ilk olarak her iki cinsin de yardım aramak için en yakın arkadaşı ya da yakın bir akrabayı seçtikleri ileri sürülmektedir (Güleç ve ark. 2011).

5.5. Katılımcıların Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda 18-25 yaş grubunda tıbbi tedaviye uyum puan ortalamasının 26-35, 36-44, 45 ve üzeri yaş grubundan yüksek olduğu belirlenmiştir. Üstün ve ark. (2018)'nin yaptıkları bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması arttıkça tedaviye uyumsuz oldukları ortaya çıkmıştır. Desai ve Nayak (2019)'ın şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, 40-64 yaşları arasındaki katılımcıların (%43,33), 20-39 yaşları arasındaki katılımcılara (%40,60) göre antipsikotik ilaçlara daha uyumsuz olduğunu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada tedaviye uyum düzeyi düşük olan hastaların toplumla aralarına sosyal mesafe koymak istedikleri, topluma karşı yabancılaştıkları ve bunun da tedavi uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Dikeç ve Kutlu 2014). Tıbbi tedaviye uyum, tedavinin

sürdürülmesinde ve hastalığın semptomlarının kontrol altına alınmasında, dolayısıyla iyileşmede önemli bir faktördür(Onan 2020). Bu bilgilerden yola çıkarak 18-25 yaş grubundaki hastaların yaşam kalitesine önem vermeleri, sosyal işlevselliklerinin ve öz yeterliliklerinin iyi olması, ilaç yan etkilerini ve hastalık semptomlarını daha iyi bilmeleri sebebiyle TTUOÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bekarlarda tıbbi tedaviye uyum puan ortalamasının, evlilerden ve boşanmışlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Üstün ve ark. (2018)'nın yaptıkları bir çalışmada bekar olanların evli olan hastalara göre tedaviye daha uyumlu oldukları saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Desai ve Nayak (2019)'ın şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada evli hastaların ilaç uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Gün ve Korkmaz(2014)'ın hipertansif hastaların tedaviye uyumunu inceledikleri bir çalışmada, evli olanların total uyum düzeylerinin bekâr olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.Evli olan hastaların, ailede yüklenmiş oldukları eş ve baba figürü, evliliğin getirmiş olduğu sorumluluklar, geçim faktörü, sosyoekonomik durum gibi değişkenlerin tedavi uyumunu etkileyebileceği düşünülmektedir.

İl merkezinde yaşayanların puan ortalamasının, ilçe ve köyde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Tareke ve ark. (2018)'nin şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada kırsal bölgede yaşayan hastaların ilaç uyum oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.Yardım arama davranışı genellikle aileler tarafından üstlenilir. Ailelere toplumda sözü geçen insanlardan gelen öneriler, hekim ya da hemşire tarafından yapılan ayrıntılı ve bilimsel açıklamalardan daha kabul edilebilir gelmektedir. Bundan dolayı hastaların tedavi sürecinde aileler önemli rol oynamaktadır(Padmavati ve ark. 2005). Aynı zamanda TTUOÖ puan ortalamasının köyde yaşayanlarda daha düşük olması, kırsal bölgelerde tıp dışı yöntemlere ulaşımın daha kolay olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda kırsal bölgelerde eğitim seviyesinin il merkezine oranla daha düşük olmasının da bir etken olabileceği düşünülmektedir. Hastaların damgalanma, saygı görmeme korkusu, sağlık hizmetlerine ulaşımın daha zor olması, ilaç kullanmayı istememe, çaresizlik duygusu da TTUOÖ puan ortalamasının düşük olmasına sebep olabilir.

Ön lisans/lisans/lisansüstü mezunlarının TTUOÖ puan ortalamasının ilkökul ve ortaokul mezunlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca lise mezunlarının tıbbi tedaviye uyum puanları ilk ve ortaokul mezunlarından yüksektir. Literatürde yüksek eğitim düzeyinin tedavi uyumunu arttırdığı belirtilmektedir (Sendt ve ark. 2015; Üstün ve ark. 2018; Desai ve Navak 2019). Hastaların eğitim düzeylerinin düşük olması, profesyonel öneriler ile yapılan psikoeğitimlerin daha az anlaşılmasına ve tedaviye uyumun öneminin yeterince algılanmamasına neden olabilir. Yaşanan bu durumun ilaç tedavisine uyumun düşük olmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Psikiyatri hemşirelerinin tedaviye uyumsuzluk açısından risk grubu olan hastaları tanıması, bu konuda alacağı önlemler açısından önemli olacaktır.

Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan hastaların TTUOÖ puan ortalamasının, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve majör depresyonlu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca OKB hastalarının TTUOÖ puanları şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve majör depresyonlu olanlardan yüksektir. Farklı bir ölçüm aracıyla yapılan araştırmada, şizofreni tanısı alan hastaların tedavi uyumunun %10 ile %80 arasında değiştiği bildirilmektedir (Kelleci ve Ata 2011). Ata ve ark. (2020), yaptıkları çalışmada bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan hastaların ilaç uyumlarının düşük olduğu ancak iki tanı arasında fark olmadığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda psikiyatri kliniğine yatmayanların TTUOÖ puan ortalaması daha yüksektir. Hastalık süresi 1 yıl ve daha az olanların tıbbi tedaviye uyum puanlarının, hastalık süresi 2-4, 5 yıl ve üzeri olanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın aksine yapılan bir başka çalışmada hastalık süresi ve ilaç uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Üstün ve ark. 2018). Settem ve ark. (2019)'nın yaptıkları çalışmada ilaç uyumsuzluğunun sebepleri arasında uzun süreli ilaç kullanımının olması yer almaktadır. Ayrıca aynı çalışmada hastalığın remisyon süresinin uzun olmasının da ilaç uyumsuzluğunu artırdığı bildirilmiştir. Bu çalışmada hastaların hastalık süresi 2-4 yıl, 5 yıl ve üzeri olanlarda uyumsuzluk düzeylerinin yüksek olmasının sebebi hastalığın akut sürecinin tamamlanıp remisyon süreçlerinin başlamış olması şeklinde yorumlanabilir. Remisyon dönemlerinde hastalarda oluşan "iyileştim" düşüncesi ilaçların bırakılmasına neden olmaktadır. Ayrıca literatürde hastalık süresinin uzamasıyla birlikte tedaviye yanıtın azaldığı bildirilmiştir (Xia ve ark. 2011; Tareke ve ark. 2018). Bu kapsamda psikiyatri

hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Hastaların kliniğe tekrar yatışlarını önlemek adınatedaviye uyumlarına dikkat etmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin bu kapsamda hastaların tedaviye uyumunu arttırmak için, hastalara hoşgörü, sabır, anlayışla yaklaşımlarının, tedaviye uyumsuzluğu önlemek için hastalara ve yakınlarına gerekli eğitimleri vermelerinin ve ilaç uyumunu artıran tedavi ve bakım programlarını klinik içinde uygulamalarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, psikiyatri kliniğine yatış sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre TTUOÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).Üstün ve ark. (2018)'nin yaptıkları bir çalışmadakliniğe yatış sayısı ve ilaç uyum düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.Dikeç ve Kutlu (2014)'nin yaptıkları çalışmada hastaneye yatış sayısı ile TTUOÖ puan ortalaması arasında bir ilişki bulunamamıştır. Onan (2020)'nin yapmış olduğu çalışmada sahip olunan hastalık ve hastaneye yatış sayısının gruplar arası uyum seviyelerinde anlamlı bir puan farklılığı bulunmamıştır.

5.6. Katılımcıların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışlarına Göre Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Kronik ruhsal bozukluklarda ilaç uyumsuzluğuna sebep olan faktörlerden biri tıp dışı yardım arama davranışıdır(Çam ve Bilge 2013). Hastalığın kişinin düşünce, duygu ve davranışlarını olumsuz yönde etkilemesi, kronikleşme eğilimlerinin fazla olması ve bazı ruhsal hastalıkların sebebinin açıklanamaması hastaların ve hasta yakınlarının tıp dışı çare arama davranışlarına neden olmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının yardım arama ve yardım alma konusunda gösterdikleri davranış şekli kronik ruhsal hastalıkların tedavisi ve psikososyal sonuçları bakımından önemlidir (Bademli ve Lök 2017).

Tıp dışı başvuru yerlerinden hoca, şifacı ve türbeye gidenlerin, tıp dışı tanı yöntemlerinden suya okuma, dua ve muska ve cin çıkarma uygulayanların,tıp dışı tedavi yöntemlerinden muska, yiyecek içecek, özel dualar okuma ve bitkisel ilaç kullananların tıbbi tedaviye uyum oranı ölçek puan ortalamaları daha düşüktür.Aynı zamanda Tıp dışı yöntemlerine başlayıp ilacını bırakanların tıbbi tedaviye uyum oranı ölçek puan ortalamaları daha düşüktür.

Geleneksel tıp, medyum, falcı, şifacı hocaya yönelme gibi tıp dışı çare arama davranışları ruhsal bozukluğu olan bireylerin ilaç uyumunu azaltmaktadır(Karataş 2020). Yapılan bazı çalışmalara göre; kronik ruhsal bozukluklara sahip kişilerin tıp dışı çare arama davranışı olarak en fazla din görevlisi ve yatır ziyareti(Güleç ve ark. 2011), muska, şifacı hoca, kurşun dökme, bitkisel tıp, özel dua, türbe-yatır ziyareti, sülük ve meditasyona(Sarıkoç ve ark. 2015) başvurduğu yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Yapılan bir başka çalışmada Türkiye ve Almanya'da yaşayan ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerin tıp dışı çare arama davranışı olarak bir din hocasına gitme oranları Almanya'da %87,9, Türkiye'de %74,4 olarak bildirilmektedir(Güleç ve ark. 2006). Bahar ve ark. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada çare arama davranışı olarak hekim dışı kişilere başvuran kişilerin %78,3'ü dini unvanı kullanan kişilere başvurduklarını belirtmektedir. Hekim dışı kişilerin kullandıkları yöntemler incelendiğinde en fazla dua-muska uygulama (%42,5) ve cin çıkarma (%34,9) görülmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak çoğu hastanın gelişen tıbbı rağmen, hala tıp dışı çare arama davranışına başvurmayışemesi bu durumun önemli bir toplum sorunu olduğunu düşündürmelidir.Tıp dışı yardım arama davranışının, tıbbi tedavinin kesilmesinde önemli bir etken olduğu düşünülebilir. Tıp dışı tedavilere başvurma nedenleri incelendiğinde, ilaç kullanmayı istememe, tedaviden ve doktordan memnun olmama gibi sorunların olduğunu göz önünde bulundurulursa, bu sonuçlar psikiyatride kullanılan tedavi yöntemlerine yönelik olumsuz tutum, düşünce ve inançların olduğunu da bir göstergesi olabilir.

Tıp dışı yöntemlere yönelten sebeplerden ilaç kullanmayı istemiyorum ve inançlarıma daha uygun seçeneklerine evet yanıtıverenlerin tıbbi tedaviye uyum oranı ölçek puan ortalamaları daha düşüktür.İlaç uyumu, tedaviye uyumun en önemli bileşenlerinden biridir(Yıldız ve Ünal 2017). Antipsikotik ilaçlara yetersiz uyum ise hastaların uzun süreli tedavisinde önemli bir sorun oluşturmaktadır. Hastalığa ilişkin içgörü eksikliğinin yanında, hastalığa ve ilaca karşı olumsuz tutumlar, hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili daha önce yaşadığı olumsuz tecrübeler, destek sistemlerinin olmayışı uyumsuzluğun güçlü belirleyicileri olduğu bilinmektedir (Widschwendter ve ark. 2018). İlaç uyumsuzluğu; yaşam kalitesinin azalmasına, hastaneye yatışların ve bakım masraflarının artmasına, özkıyımlara, tedavinin bozulmasıyla birlikte işlevselliğin bozulmasına ve semptomların artmasına sebep olmaktadır(Aksoy ve Kelleci 2016). Çalışmamızın sonucuna bakıldığında psikiyatri

hastalarının psikiyatrik hizmetlerden yararlanma konusunda yeterince istekli ve bilgili olmadıkları söylenebilir. Tıp dışı uygulamalardan hastaların zarar görmemesi adına, ruhsal bozuklukların sebepleri, semptomları, tedavileri ve başa çıkma yöntemleri konularında toplumun, ailelerin ve hastaların bilgilendirilmesi, olumsuz düşünce ve inançların azaltılmasında ve bu sorunun düzeltilmesinde etkili olabileceği söylenebilir.

Tıp dışı tedavinin yararını görme, tıp dışı yöntemlere tekrar başvuru düşüncesi, hekim dışı kişiler ilaçları bırak önerisi, tıp dışı yöntemler yönelten sebeplerden hekim tedavisinden yarar görmeme, başka çarem yok ve yakınların tavsiyesine göre, işlem için para ödeme ve tıp dışı yardım arama durumuna göre TTUOÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bu bölümdeki veriler çalışma genelinde saptanan oranlara göre nispeten düşük olsa da, bu davranışın devam edeceğine yönelik belirtilerin saptanmış olması önemlidir. Tıp dışı çare arayışı, insanın iç dünyasını yansıtan, psikiyatride hastalık davranışına ışık tutan önemli konulardan birisidir. Bu çalışmanın sonuçları özellikle kırsal alanda yaşayan, düşük eğitim düzeyine sahip olan ve erkeklerin bilgilendirme ve eğitim çalışmaları açısından öncelikli gruplar olduğunu göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu araştırmada kronik ruhsal bozukluğa sahip olan hastaların tıp dışı yardım arama davranışları ve ilaç uyum düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre;

- Hastaların %79,6'sının tıp dışı yardım aradığı bulunmuştur.
- Hastaların %86,4'ünün hastalık belirtileri ortaya çıkınca ilk olarak hekime başvurduğu bulunmuştur. Hastaların %73,3'ünün hekim dışı başvurularda ilk başvuru yerinin hoca olduğu bulunmuştur. Hekim dışı başvuru yerinde hastaya tanı konulmak için uygulanan yöntem %78,5 dua ve muska bulunmuştur. Hekim dışı başvuru yerinde önerilen tedavi yönteminin %77'sinin muska olduğu bulunmuştur.
- Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni hal, yaşanılan yer, ve gelir düzeyi ile tıp dışı yardım arama davranışlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.
- Tıp dışı yönetime başlayıp ilaç bırakanların oranı, Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda diğer tüm tanılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluklarda ilaç bırakma oranının; majör depresyon, OKB ve yaygın anksiyete bozukluğu olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tıp dışı yöntemlere yönelten sebeplerden inançlarına daha uygun yanıtı verenlerin oranının şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği puan ortalamalarının 14,61±2,39 bulunmuştur.
- Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların, yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu, medeni hal, psikiyatrik tanı, psikiyatri kliniğine yatış ve hastalık süresine göre TTUOÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05).
- Cinsiyet, ekonomik durum, çalışma durumu, psikiyatri kliniğine yatış sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre TTUOÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0,05).
- Yaygın anksiyete bozukluğu olanların TTUOÖ puanlarının, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve majör depresyonlu olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca OKB hastalarının TTUOÖ puanlarının şizofreni ve diğer

psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk ve majör depresyonlu olanlardan yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre,

- Kliniğe yeni yatan hastalardan anamnez alınırken tıp dışı yardım arama davranışları hakkında tutumları ile ilgili bilgi toplanması ve buna yönelik hastanın desteklenmesi,
- Hastaya ve ailesine taburculuk öncesi, tedavi planı, ilaçların etkileri ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilmesi ve ilaç uyumunu arttırıcı girişimlerin uygulanması,
- Resmi din görevlilerinin ruhsal hastalıklar hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik araştırmaların yapılması,
- Toplumda ruhsal hastalıklara yönelik tıp dışı yardım arama eğilimini engellemek için resmi din görevlilerinin eğitim programları ile bilgilendirilmesi, temasın sağlanması ve medya ile işbirliği yapılması,
- Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hasta izlemlerine tıp dışı yardım arama tutum ve davranışları hakkında danışmanlığın eklenmesi ve hastaların bu konuda değerlendirilmesi ve takip edilmesi,
- Psikiyatri hekim ve hemşirelerine kurum içi eğitimler düzenlenmesi ve eğitimlerde tıp dışı yardım arama konusuna yer verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>(12 Ocak 2022).

Baysan Arabacı L, Büyükbayram A, Aktaş Y, Taşkın N. Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2018;9(3):175-85.

<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/activities/gender-and-non-communicable-diseases/gender-and-mental-health> (12 Ocak 2022).

Polat S, Kutlu FY. Ruhsal bozukluklarda hastalık programı ve iyileşme programı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;4(3):111-15.

Yıldırım S, Yalçın N, Güler C. Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: sistematik derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2017;8(3): 165-71.

Turan ND. Kronik ruhsal bozukluklarda ruhsal eğitim ve iş uygulamaları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2019; 11(1): 120-28.

Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(3):105-10.

Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(1): 85-93.

Rathi Devi M, Prakash M, Ezhil Ramya J. Pharmacological factors influencing drug compliance among patients taking psychotropic drugs-a cross-sectional study. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2020; 10(11): 966-69.

Yıldız M, Ünal A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisi. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi. 2017; 1(1): 10-23.

Aksoy A, Kelleci M. Bipolar hastalarda ilaç uyumu: stresle başetme ve sosyal destekle ilişkisi. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2016; 29: 210-18.

Widschwendter CG, Kemmler G, Rettenbacher MA, Yalcin Siedentopf N, Hofer A. Subjective well-being, drug attitude, and changes in symptomatology in chronic schizophrenia patients starting treatment with new-generation antipsychotic medication. BMC Psychiatry. 2018; 212: 1-9.

Çam O, Bilge A. Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(2): 91-101.

Bademli K, Lök N. Kronik ruhsal hastalıklarda yardım arama davranışları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2017; 9(2): 136-46.

Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: türkiye’de ve almanya’da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. Klinik Psikiyatri. 2006; 9: 36-44.

- Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. Klinik Psikiyatri. 2011; 14: 131-42.
- Karataş S, Çalışkan BB. Toplum ruh sağlığı modelleri: dünyada ve türkiye'deki mevcut durum. Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi. 2020;5(1):34-41.
- Özbaş D, Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2011; 19(3): 187-93.
- Uslu E, Buldukoğlu K. Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 7(1): 61-72.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R. Toplumda ruhsal bozuklukların yönetimi ve hemşirelik. Türkiye Klinikleri. 2019; 1: 85-92.
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. The New England Journal of Medicine. 2005;353(5): 487-97.
- Ünal S, Kaya B, Yalvaç HD. Psikotik hastalarda hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18:38-47.
- Bahar A, Savaş HA, Bahar G. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. New Symposium Journal. 2010; 48(3): 216-22.
- Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(1):7-12.
- Demirkol ME , Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Cukurova Medical Journal. 2015;40(3): 555-68.
- Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015;6(1):40-46.
- Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. Cukurova Medical Journal. 2019;44(2): 431-38.
- Gutierrez-Rojas L, Martinez-Ortega JM, Perez-Costillas L, Jimenez-Fernandez S, Carretero MD, et al. Illness insight and medication adherence among patients with bipolar disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2020; 208(6): 481-87.
- Stockbridge EL, Webb NJ, Dhakal E, Garg M, Loethen AD, et al. Antipsychotic medication adherence and preventive diabetes screening in medicaid enrollees with serious mental illness: an analysis of real-world administrative data. BMC Health Services Research. 2021;21(69):1-16.
- Çam O. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi. 2014, 1. Basım, İstanbul, TÜRKİYE, s:5-7.
- Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, 2018, 15. Baskı, Ankara, TÜRKİYE, s:261-333.

- Çetinkaya Duman Z, Ertem M. Şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşme neden önemli? DEUHFED. 2016;9(4): 148-52.
- Önol S, Dönmez A. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde mesleki rehabilitasyon: toplum ruh sağlığı hemşiresi neler yapabilir? EGEHFD. 2021;37(1):87-94.
- Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.2019;7(16): 2583-589.
- Kaya B, Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2007; 10(6):3-10.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri, 2016, 11. Baskı, Ankara, TÜRKİYE.
- Kumar B, Singh A. Efficacy of social skills training for the persons with chronic schizophrenia. The Qualitative Report. 2015;20(5):660-96.
- Buchain P, Vizzotto A, Henna Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Brazilian Journal of Psychiatry. 2003;25(1):26-30.
- Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4(2):119-23.
- Özdin S, Korkmaz U, Çulhacı E. Psikotik bozukluk tanılı hastaların taburculuk sonrası tedavi uyumları. Cukurova Medical Journal. 2021;46(1): 201-07.
- Cameron C. Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. Journal of Advanced Nursing. 1996; 24: 244–50.
- Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. HIV/AIDS Dergisi. 2003; Ekim-Kasım-Aralık.
- Polat H, Uğur K. Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2021;24: 491-98.
- Christudas MJ, Gupta BS, Undela K, Isaac NM, Ram D, et al. Assessment of impact of pharmacophilia and pharmacophobia on medication adherence in patients with psychiatric disorders: a cross-sectional study. Indian Journal Pharmacol. 2016;48: 701-05.
- Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012; 20(2):93-103.
- Bahar G, Savaş H, Ünal A, Bahar A. İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Journal of Mood Disorder. 2015; 5(3): 95-103.
- Ervatan S, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003;6:5-11.

- Dikeç G, Baysan Arabacı L, Bilac Ö. Bir bölge psikiyatri hastanesi çocuk ve ergen polikliniğinde takip edilen ergenlerin tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2020;11(4): 306-14.
- Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:25-30.
- Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36.Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. 2000.
- Çakır F, İnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23:50-59.
- Pan PC, Tantam D. Clinical characteristics, health beliefs and compliance with maintenance, a comparison between regular and irregular attenders at a depot clinic. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79: 564-70.
- Lindstrom E, Bingerfors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Economic And Clinical Issues. Pharmacoeconomics*. 2000;18: 106-24.
- Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:69-75.
- Özdemir N, Kocamer Şahin Ş, Elboğa G, Altındağ A. Yaygın anksiyete bozukluğunda bilişsel çarpıtmaların tedaviye uyuma etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2020;21(4): 380-86.
- Onan N. Bir toplum ruh sağlığı merkezindeki hastalarda tıbbi tedaviye uyumun incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020;10(3): 271-78.
- Namlı Z, Tamam L, Demirkol ME, Karaytuğ MO, Uğur K, ve ark. Antidepresanların ilaç ilişkili hareket bozuklukları ve cinsel yan etkiler açısından karşılaştırılması. *Cukurova Medical Journal*. 2021;46(2): 610-20.
- Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açikel CH. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4:32-38.
- Kristoffersen AE, Broderstad AR, Musial F, Stub T. Prevalence, and health-and sociodemographic associations for visits to traditional and complementary medical providers in the seventh survey of the Tromsø study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2019;305:1-11.
- Bal U, Cengiz C, Yılmaz E, Karaytuğ MO, Tamam L. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının özelliği ve yayınlığı. *Cukurova Medical Journal*. 2017; 42(3): 533-39.
- Farooqi YN. Traditional healing practices sought by muslim psychiatric patients in lahore, pakistan. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2006; 53(4): 401-15.
- Alderman CP, Kieper B. Complementary medicine use by psychiatry patients of an australian hospital. *Ann Pharmacother*. 2003; 37(12): 1779-784.
- Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*. 2001;9: 29-39.

- Hagerty BM, Patusky KL, Fortinash KM. Mood disorders: depression, bipolar and adjustment disorders. Louis Elsevier. 2012;5: 218-38.
- Karataş S. Dünden bugüne psikiyatri hemşireliği ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda yaşanan etik sorunlar. Journal of Medical Sciences. 2020; 1(3): 34-38.
- Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2003, 3rd ed.
- Kırpınar İ. Erzurum numune hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeni ile tıp dışı kişilere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. 1992; 1(5):24-8.
- Yaşan A, Gürgen F. Psikiyatri ve fizik tedavi polikliniklerine başvuran hastaların geleneksel yardım arama davranışının karşılaştırılması. Dicle Tıp Dergisi. 2004; 31(3): 20-8.
- Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. Schizophr Res. 2000;42: 241-47.
- Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2006.
- Özkoramak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: aleksitimi bir etken olabilir mi? Klinik Psikiyatri Dergisi. 2006;9:161-69.
- Güner Küçükçaya P, Ünal S. Help-seeking behaviors of turkish patients prior to accessing a psychiatric polyclinic. Archives of Psychiatric Nursing. 2012;26: 145-54.
- Shi W, Shen Z, Wang S, Hall BJ. Barriers to professional mental health help-seeking among chinese adults: a systematic review. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:442.
- Iversen A, Van Staden L, Hughes J, Browne T, Greenberg, N, et al. Help-seeking and receipt of treatment among UK service personnel. British Journal of Psychiatry. 2010; 197(2): 149-55.
- Basumatary M, Ali A, Daimari BN. Magico-religious beliefs stigma and help-seeking behaviour among the caregivers of persons with schizophrenia. National Journal of Professional Social Work. 2020; 21(1): 19-26.
- Upadhyaya SK, Raval CM, Sharma DK. The sociocultural factors and patterns of help-seeking among patients with mental illness in the sub-Himalayan region. Industrial Psychiatry Journal. 2018; 27(2): 279-84.
- Teshager S, Kerebih H, Hailesilassie H, Abera M. Pathways to psychiatric care and factors associated with delayed help-seeking among patients with mental illness in Northern Ethiopia: a cross-sectional study. BMJ Open. 2020;10(7).
- Özer D, Şahin Altun Ö. Ruh sağlığı okuryazarlığı: farkındalık ile toplum ruh sağlığını güçlendirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2022;14(1): 284-89.
- Byrow Y, Pajak R, McMahon T, Rajouria A, Nickerson A. Barriers to mental health help-seeking amongst refugee men. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2019;16:26-34.

- Padmavati R, Thara R, Corin E. A qualitative study of religious practices by chronic mentally ill and their caregivers in south india. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005; 51(2):139-49.
- Oral E. Erzurum atatürk üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran panik bozukluk hastalarında ruh sağlığı servislerine ulaşım yolları ve tıp dışı başvuruların değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2005;37:39-42.
- Yalvaç HD, Kotan Z, Ünal S. Şizofreni hastalarında çare arama davranışı ve ilişkili faktörler: Türkiye'nin doğusunda ve batısındaki iki popülasyon arasında karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*. 2015;28: 154-61.
- Munawar K, Mukhtar F, Choudhry FR, Ng ALO. Mental health literacy: a systematic review of knowledge and beliefs about mental disorders in Malaysia. 2021;14(1).
- Pinkhasov RM, Wong J, Kashanian J, Lee M, SamadiDB, et al. Are men shortchanged on health? perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the united states. *Int J Clin Pract*. 2010;64(4): 475–87.
- Topkaya N. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu yordamada cinsiyet, psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama ve sosyal damgalanma. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2014;14(2):1-17.
- Sezer S, Gülleroğlu D. Psikolojik yardım arama tutumlarını yordayan değişkenler: kendini damgalama, özsaygı, psikolojik yardım almış olma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2016;29(1):75-93.
- Erer B. Örgütsel sessizlik davranışının x, y ve z kuşağı açısından değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2020;23(2): 577-89.
- Hu J, Zheng Q, Zhang Y, Liu C, Tian X, et al. Help-seeking behavior of individuals with schizophrenia in the general population of hunan, china. *Scientific Reports*. 2021;11: 1-9.
- Zafar SN, Syed R, Tehseen S, Gowani SA, Waqar S, Zubair, et al. Perceptions about the cause of schizophrenia and the subsequent help seeking behavior in a Pakistani population – results of a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*. 2008;8:56:1-8.
- Kırpınar İ. Psikiyatrik hastalarda paramedikal iyileştiriciler ve psikoterapiye etkisi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kongre Özet Kitabı. 2002; s.27-28, Adana, TÜRKİYE.
- Commander MJ, Odell SM, Surtess PG, Sashidharan SP. Care pathways for south asian and white people with depressive and anxiety disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39(4): 259-64.
- Burns T, Eichenberger A, Eich D, Ajdacic Gross V, Angst J, et al. Which individuals with affective symptoms seek help? Result from the Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(6): 419-26.
- Kutlu YA, Çalık A, Ulugergerli EU. Şifalı taşların plasebo etkisi üzerine bir anket çalışmasının ilk sonuçları. *Journal of Awareness*. 2018;3:199-208.

- Perkins R, Pepper J. Editorial: Reframing the placebo effect. the importance of meaning. *Mental Health And Social Inclusion*. 2021; 25(3): 213-17.
- Tze-Pin N, Ai-Zhen J, Roger H, Chua HC, Fones CSL, et al. Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban Singaporean adults. *Psychiatric Services*. 2008;59:105-08.
- Coşkun S, Güven Caymaz N. Bir kamu ve özel psikiyatri hastanesine başvuran hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yönünden karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(3): 121-28.
- Üstünsoy Çobanoğlu ZS, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozuklu ğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16(4): 211-18.
- Lambert M, Conus P, Eide P, Mass R, Karow A, et al. Impact of present and past antipsychotic side effects on attitude toward typical antipsychotic treatment and adherence. *European Psychiatry*. 2004;19(7): 415-22.
- Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014;5(3): 143-48.
- Pusuroğlu M, Helvacı Çelik F, Baltacıoğlu M, Bahçeci M, Hocaoğlu Ç. Şizofreni hastalarında bağlanmanın işlevsellik, içgörü, ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Phnx Med J*. 2022;4(1):17-21.
- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğla Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(5): 419-27.
- Kavak F, Yılmaz E. Şizofreni hastalarının tedaviye uyumuna umudun etkisi. *Annals of Medical Research*. 2018;25(3): 416-19.
- Settem VJ, Karanadi H, Praharaj SK. Cognitive deficits, depressive symptoms, insight, and medication adherence in remitted patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019;61(4): 335-41.
- Desai R, Nayak R. Effects of Medication Nonadherence and Comorbidity on Health Resource Utilization in Schizophrenia. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 2019;25(1):37-46.
- Gebeyehu DA, Mulat H, Bekana L, Asemamaw NT, Biarra MK, et al. Psychotropic medication non-adherence among patients with severe mental disorder attending at Bahir Dar Felege Hiwote Referral hospital, north west Ethiopia, 2017. *BMC Research Notes*. 2019;12(102):1-6.
- Fridgen GJ, Aston J, Gschwandtner U, Pflueger M, Zimmermann R, et al. Help seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.2013;48: 1033-043.
- Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9(2):69-79.
- Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *DEUHYOED*. 2014;7(2):98-108.

Tareke M, Tesfaye S, Amare D, Belete T, Abate A. Antipsychotic medication non-adherence among schizophrenia patients in Central Ethiopia. *South African Journal of Psychiatry*. 2018;24:11-24.

Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 2015;225:14–30.

Ata EE, Bhadır Yılmaz E, Bayrak NG. The impact of side effects on schizophrenia and bipolar disorder patients' adherence to prescribed medical therapy. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56: 691–96.

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011;6.



8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı	Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU
Uyruğu	T.C.

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Okulun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2019
Lise	Ayyıldız Anadolu Lisesi	2015

İş Deneyimi

Kurum	Görev	Süre
1.Erzurum Şehir Hastanesi	Hemşire	2020-Halen

Yabancı Dil	İngilizce
--------------------	-----------

9. EKLER

EK 1:BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi ters bir tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

EK 2:DEMOGRAFİK VERİ FORMU

I. BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyet

- Kadın
- Erkek

2. Yaş

3. Medeni Durum

- Evli
- Bekar
- Boşanmış/Eşi vefat etmiş

4. Yerleşim Yeri

- Köy/Kasaba
- İlçe Merkezi
- İl Merkezi

5. Öğrenim Durumu

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Önlisans/Lisans/Lisansüstü

6. Çalışma Durumu

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

7. Sosyoekonomik Düzey

- Gelirler harcamalardan az
- Gelirler harcamalara eşit
- Gelirler harcamalardan fazla

II. BÖLÜM: BİREYLERİN HASTALIK ÖZELLİKLERİ

1. Psikiyatrik Tanı

- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar
- Bipolar Bozukluk
- Majör Depresyon
- OKB
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Diğer(.....)

2. Daha önce psikiyatri kliniğine yatış yapıldı mı?

- Evet
- Hayır

Yapıldı ise kaç kez?.....

Her yatışta ortalama yatış süresi kaç gün?

3. Hastalığın Süresi ... yıl/... ay

4. Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

- Var
- Yok

EK 3:TIP DIŞI YARDIM ARAMA DAVRANIŞLARI BİLGİ FORMU

1. Hastalık belirtileri ortaya çıktığında ilk başvuru kime yapıldı?

- Hekim
- Hekim dışı kişiler

2. Hekim dışı başvuru yapılan yerler (birden fazla şık işaretlenebilir)

- Hoca (dini unvanı kullanan)
- Resmi din görevlisi
- Falcı
- Şifacı
- Türbe
- Diğer

3. Hekim dışı başvuru yapılan yerde hastaya tanı koymak için uygulanan yöntem(birden fazla şık işaretlenebilir)

- Suya okuma
- Kitap açma
- Dua ve muska
- Cin çıkarma

4. Hekim dışı başvuru yapılan yerde hastaya önerilen tedavi yöntemi (hastanın uyguladığı ya da uygulamadığı) (birden fazla işaretlenebilir)

	Uyguladım	Uygulamadım
Muska		
Kurşun Dökme		
Sülük		
Çeşitli yiyecek veya içecek		
Özel dualar okuma		
Bitkisel ilaçlar hazırlama		

5. Tıp dışı tedavinin yararını gördünüz mü?

- Hiç yarar görmedim
- Kısmen yarar gördüm
- Çok yarar gördüm

6. Tıp dışı yöntemlere tekrar başvuru düşünceniz var mı?

- Var
- Yok

7. Tıp dışı yöntemlere başladığınız için ilaç kullanmayı bıraktığınız oldu mu?

- Evet
- Hayır

8. Başvurduğunuz hekim dışı kişiler ilaçları ya da hekim önerilerini bırakmanızı önerdi mi?

- Evet
- Hayır

9. Tıp dışı yardım arama davranışına yönelten sebepler nelerdir?

- İlaç kullanmayı istemiyordum
- Hekim tedavisinden yarar görmedim
- Başka çarem yoktu
- İnançlarıma daha uygundu
- Yakınlarım tavsiye etti
- Sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşadım
- Diğer (.....)

10. İşlem için para ödediniz mi?

- Evet
- Hayır

EK 4:TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (TTUÖÖ)

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

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

EK 5:ETİK KURUL KARARI



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Toplantı Sayısı: 7	Toplantı Tarihi: 03.02.2021
Karar Sayısı: 2	

Karar Sayısı 2: Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Dr. Öğretim Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU'nun, yüksek lisans öğrencisi Ema Ceren ŞİŞGİNOĞLU ile birlikte hazırlayacağı "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve İlaç Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili Kurulumuza yaptığı etik kurul başvurusu görüşüldü. Çalışmanın Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilen etik ilkelere uygun olduğuna, çalışmaya etik kurul onayı verilmesine oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nesibe GÜNAY MOLU

Yardımcı Araştırmacı: Yüksek Lisans Öğrencisi Ema Ceren ŞİŞGİNOĞLU

ASLI GİBİDİR

10.02.2021

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

EK 6:KURUM İZİNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 42190979-000-E.2100097451

02.04.2021

Konu : Uygulama İzni (Esmâ Ceren
ŞİŞGİNOĞLU)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Program öğrencisi Esmâ Ceren ŞİŞGİNOĞLU'nun "Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Tıp Dışı Yardım Arama Davranışları ve İlaç Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması uygundur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Halil ÖZCAN
Ana Bilim Dalı Başkanı

EK 7:ÖLÇEK İZİNİ

tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği izin Gelen Kutusu x



20 Nisan Çar 17:01 ☆ ↶ ⋮

Sevgili hocam merhaba. Ben Esmâ Ceren ŞİŞİNOĞLU, Erzurum Şehir Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği'nde tezli yüksek lisans öğrencisiyim. İzininiz olursa Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği'ni tezimde kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

20 Nisan Çar 16:57 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

merhaba;
kullanabilirsiniz

geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği'ni tezinizde kullanabilirsiniz. Kaynak olarak aşağıdaki şekilde belirtebilirsiniz.
Koç A, Işık E. Antipsikotik Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. 7 th International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences September 3-4, 2021. PROCEEDING BOOK 312-318

kolaylıklar dilerim

