



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI
(PİTUÖ)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şahin DURAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

TOKAT – 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL danışmanlığında hazırlamış olduğum “Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) Geliştirme Çalışması” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

18/12/2024

Şahin DURAN

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Şahin DURAN tarafından hazırlanan “**Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Geliştirme Çalışması**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 18/12/2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından **Oy Birliği** / Oy Çokluğu ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan) : Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

.....

Üye : Doç. Dr. Medine KOÇ

.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başlamamla birlikte tanıdığım, akademik anlamda beni fazlası ile geliştirmesinin yanında sosyal yaşantıma ve insani yönüme değer katan, ne zaman ilerlemekte zorlansam yüreklendirici sözleri ile yoluma ışık tutan, çok kıymetli hocam **Dr. Tülay YILMAZ BİNGÖL** 'e

Yüksek lisans döneminde kendisi ile tanışmamla birlikte akademiye ve mesleğime olan bakış açımı değiştiren, bana çok büyük bir hayat tecrübesi kazandıran sayın **Prof. Dr. Nermin GÜRHAN** 'a

Yüksek Lisans eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen, klinikte çalıştığım dönem boyunca hasta bakımında beni daha yetkin hale getirecek çok değerli bilgiler veren, sevecen ve hoşgörülü davranışları ile çok büyük saygımı kazanan kıymetli hocam **Doç. Dr. Medine Koç** 'a

Tez yazma sürecimde daha çok tanıdığım, kıymetli bilgilerini benden esirgemeyen, cesaretlendirici konuşmaları ile benden desteğini esirgemeyen **Dr. Birgül VURAL** 'a

Yüksek Lisans sürecinde beni yalnız bırakmayan, özellikle veri toplama sürecimde bana yardımcı olan Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi çalışanlarına,

Hayatımın her döneminde beni koruyan kollayan destekleyen anneme, babama ve kardeşlerime,

Son olarak her haliyle muhteşem olan eşime, 23 yıldır kendisine ait olan dünyasına beni dahil etme cesaretini gösteren, yüksek lisans eğitimime başlamamla birlikte tanıştığım, bu sürecin her saniyesinde yanımda olan, devam etmemi sağlayan, bana karşılıksız sevgisi ve anlayışı ile en büyük desteği veren yol arkadaşşıma, sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI (PİTUÖ)

Duran, Şahin

Yüksek Lisans, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

Ağustos 2024

Bu araştırma, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmeyi amaçlamıştır. Araştırmanın örneklemini 20.03.2024-20.09.2024 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi ile Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniklerinde tedavi gören 450 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve araştırmacı tarafından geliştirilen Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) kullanılmıştır. Kapsamlı literatür taraması sonucunda oluşturulan 46 maddelik havuz, uzman görüşleri doğrultusunda 90 maddeye çıkarılmıştır. 52 kişilik pilot uygulama sonrasında iki madde çıkarılarak 88 maddelik nihai form elde edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS v27 ve AMOS v22 programları kullanılmıştır. Keşfedici faktör analizi sonucunda, toplam varyansın %65,642'sini açıklayan sekiz faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu faktörler; Biliş/Dikkat Sorunları, Yanlış İnanışlar, Uyku Sorunları, İçgörü, Hareket/Aktivite Sorunları, Cinsel Sorunlar, Yeme Sorunları ve Sosyal Destek Sorunları olarak isimlendirilmiştir. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, sekiz faktörlü yapının veri ile uyumlu olduğunu göstermiştir. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,981 olarak bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach's Alpha katsayıları 0,796 ile 0,967 arasında değişmektedir. Demografik özelliklere yönelik analizlerde, bekar ve düzenli kontrole gitmeyen hastaların ilaç uyumsuzluklarının anlamlı olarak daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan, ilaç uyumsuzluğunun cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, sosyal güvence, yaş, tanı süresi, hastaneye yatış sayısı ve kullanılan ilaç sayısı gibi değişkenlerle ilişkili olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak, geliştirilen Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu

ortaya konmuştur. Son olarak tekrar test ile ölçeğin güvenilirliği tekrar test edilmiş, ölçekten herhangi bir soru çıkartılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: İlaç uyumu, psikiyatrik ilaç tedavisi, ölçek geliştirme, psikiyatri hemşireliği



ABSTRACT**PSYCHIATRIC MEDICATION ADHERENCE SCALE DEVELOPMENT STUDY**

Duran, Şahin

Master's Thesis, Department of Nursing

Tez Danışmanı: Asst. Prof. Tülay YILMAZ BİNGÖL

August 2024, xv +113 pages

This research aimed to develop a valid and reliable measurement tool for assessing adherence to psychiatric medication treatment. The sample of the study was 20.03.2024-

Between 20.09.2024, between Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital and Tokat Dr. Cevdet Aykan Mental Health and Diseases Hospital psychiatry clinic and 450 patients treated in outpatient clinics.. Personal Information Form and the Psychiatric Medication Adherence Scale developed by the researcher were used as data collection tools. The initial item pool of 46 items, created through comprehensive literature review, was expanded to 90 items based on expert opinions. Following a pilot study with 52 participants, two items were removed, resulting in a final form of 88 items. SPSS v27 and AMOS v22 programs were used for data analysis. Exploratory factor analysis revealed an eight-factor structure explaining 65.642% of the total variance. These factors were named as: Cognition/Attention Problems, False Beliefs, Sleep Problems, Insight, Movement/Activity Problems, Sexual Problems, Eating Problems, and Social Support Problems. Confirmatory factor analysis results showed that the eight-factor structure was compatible with the data. The Cronbach's alpha coefficient of the scale was found to be 0.981. The Cronbach's alpha coefficients of the subscales ranged between 0.796 and 0.967. Analyses regarding demographic characteristics revealed that single patients and those who did not attend regular check-ups had significantly higher levels of medication non-adherence. On the other hand, medication non-adherence was found to be unrelated to variables such as gender, educational status, economic status, social security, age, duration of diagnosis, number of hospitalizations, and number of medications used. In conclusion, the developed Psychiatric Medication Adherence Scale was demonstrated to be a valid and reliable

measurement tool. Finally, the reliability of the scale was tested again with a retest and no question was removed from the scale.

Keywords: Medication adherence, psychiatric medication treatment, scale development, psychiatric nurse.



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	ii
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. PROBLEM TANIMI	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
1.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI.....	3
1.5. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	4
1.6. ARAŞTIRMANIN PLANI	5
1.7. TANIMLAR.....	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. TEDAVİYE UYUM VE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM KAVRAMLARI	7
2.2. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	8

2.2.1. Hasta ile İlgili Faktörler	8
2.2.2. Hastalık ile İlgili Faktörler	9
2.2.3. İlaç ile İlgili Faktörler	10
2.2.4. Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları ile İlgili Faktörler	11
2.2.5. Sosyal ve Ekonomik Faktörler	12
2.3. PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUĞUN SONUÇLARI.....	13
2.4. PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMU ARTIRMA STRATEJİLERİ.	15
3. YÖNTEM.....	18
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	18
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	18
3.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	21
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.4.2. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği	22
3.4.2.1. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ)	
Puanlanması	23
3.5. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ	25
3.6. SAYILTILAR	25
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. PİLOT ÇALIŞMA	27

4.1.1. Keşfedici Faktör Analizi	27
4.1.2. PİTUÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	31
4.2. ANA ÇALIŞMA	36
4.2.1. Madde Analizleri.....	36
4.2.2. Geçerlilik Analizleri.....	41
4.2.2.1. Keşfedici Faktör Analizi.....	41
4.2.2.2. PİTUÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi	46
4.2.2.3. Yakınsak ve Ayrışım Geçerliliği	51
4.2.3. Güvenilirlik Analizi	54
4.2.3.1. Cronbach's Alpha İç Tutarlılık Güvenirliği	54
4.2.3.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği	55
4.2.4 Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların İncelenmesi.....	56
4.2.5. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi	58
4.2.5.1. Cinsiyete Yönelik Bulgular	58
4.2.5.2. Eğitim Durumuna Yönelik Bulgular	60
4.2.5.3. Medeni Duruma Yönelik Bulgular	61
4.2.5.4. Ekonomik Duruma Yönelik Bulgular.....	63
4.2.5.5. Sosyal Güvenceye Yönelik Bulgular.....	65
4.2.5.6. Düzenlik Kontrole Gitme Durumuna Yönelik Bulgular	66
4.2.5.7. Sürekli Değişkenlere Yönelik Bulgular.....	68

5.TARTIŞMA.....	70
6.SONUÇ.....	74
7.ÖNERİ.....	75
KAYNAKLAR	77
EKLER.....	89
ÖZGEÇMİŞ	112



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri-1	19
Tablo 3.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri-2	21
Tablo 4.1. Pilot Çalışma KFA Sonuçları	27
Tablo 4.2. Pilot Çalışma DFA Sonuçları	32
Tablo 4.3. Pilot Çalışma DFA Uyum İyiliği Değerleri.....	35
Tablo 4.4. Madde Analizi Sonuçları	37
Tablo 4.5. KMO ve Bartlett Test Sonuçları.....	41
Tablo 4.6. Özdeğer ve Açıklanan Varyans Sonuçları.....	42
Tablo 4.7. KFA Sonuçları.....	43
Tablo 4.8. DFA Sonuçları.....	47
Tablo 4.9. DFA Uyum İyiliği Değerleri	50
Tablo 4.10. Yakınsak ve Ayrışım Geçerliliği Sonuçları.....	52
Tablo 4.11. Güvenilirlik Analizi Sonuçları	54
Tablo 4.12. Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 4.13. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyete Göre İncelenmesine Yönelik T-Testi Sonuçları	59
Tablo 4.14. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Eğitim Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 4.15. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Medeni Duruma Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Analizi Sonuçları.....	62
Tablo 4.16. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Ekonomik Duruma Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Analizi Sonuçları.....	63
Tablo 4.17. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyal Güvenceye Göre İncelenmesine Yönelik T-Testi Sonuçları	65
Tablo 4.18. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Düzenlik Kontrole Gitme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik T-Testi Sonuçları	66
Tablo 4.19. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Pilot Çalışma DFA Ölçüm Modeli	32
Şekil 4.2. Yamaç Birikinti Grafiği.....	42
Şekil 4.3. DFA Ölçüm Modeli.....	47



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KFA	: Keşfedici Faktör Analizi
Maks.	: Maksimum
Min.	: Minimum
Ort.	: Ortalama
ss	: Standart Sapma



1. GİRİŞ

1.1. PROBLEM TANIMI

Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanmaktadır. Belirlenen tarihte kontrole gelmek, bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, davranış ve diyetle ilgili verilen değişikliklere uymak, tedaviye uyumun öğeleridir (Vermeire ve ark., 2001). İlaç uyumsuzluğu veya zayıf uyum, özellikle kronik hastalıklarda sağlık harcamalarının katlanmasıyla sonuçlanan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Ateş ve Algül 2006). Uyumsuzluk; bir veya daha fazla ilaç dozunu unutarak atlamak, unutkanlık dışı bir nedenle istemsiz olarak bir veya daha fazla ilaç dozunu alamamak, kasten doz atlamak veya tedaviyi tamamen bırakmak gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir (Çakır, 2016).

Uyumsuzluk sebepleri de birçok faktöre bağlanabilmektedir. Psikiyatri hastaları için genç yaş, kişilik bozuklukları, hastalık şiddetinin fazla olması, grandiyözite, içgörü yoksunluğu ve madde kötüye kullanımı gibi faktörler uyumsuzluk sebebi olarak gösterilebilir (Aker ve ark., 2000; Çobanoğlu ve ark., 2003; Sönmez, 2008). Ayrıca şiddetli depresif belirtiler çaresizlik ve umutsuzluk düşüncelerini tetikleyerek tedaviye olan inancı azaltmaktadır (Çobanoğlu ve ark., 2003; Lacro ve ark., 2002; Perkins 2002). Çalışan hastalar, işyerinde ilaç kullanmaktan dolayı daha kolay etiketlenebilecekleri endişesiyle doz atlamak şeklinde uyumsuzluk gösterebilmektedir (Çobanoğlu ve ark., 2003). Tüm diğer hastalıklarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıklarda da tedavi ekibinin sabit kalması hasta uyumu için önemlidir. Hastanın aynı ekiple tedaviyi sürdürmesi hasta için önemli yararlar sağlamaktadır (Lindstrom ve Bingerfors, 2000). Perseküsyon, büyüklük ve kontrol edilme sanrılarının ön sırada olduğu pozitif belirtiler, ilaç uyumunu önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir (Aker ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenler, hastalarda, hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (Aker ve ark., 2000; Çobanoğlu ve ark., 2003).

İlaç uyumu hastalığın seyrini, hastane yatışlarını; kişilerin ailesel, sosyal ve mesleki işlevselliğini bozabilen ve sağlık profesyonelleri tarafından dikkat edilmesi gereken bir husustur. Psikiyatrik bozukluklarda yapılan ilaç uyumsuzluğu hastaneye yatış sayısını, hastanın geçirdiği atak sayısı ve bu atakların şiddetini arttırabilmektedir. İlaç uyumsuzluğu ciddi bir sorun olsa da, alanyazında yeterli sayıda çalışma ve çözüm önerisinin olmadığı görülmektedir. İlaç uyumunu bozan durumların saptanması ile birlikte sağlık harcamaları, tedavi maliyeti, iş gücü kaybı ve hastalık yıkımı gibi olumsuz durumları en aza indirmek mümkün olabilecektir. Bunlara ek olarak psikiyatri hastalarına yönelik bakım kalitesinin artmasına katkıda bulunacağı ve taburculuk öncesi eğitimlerde uyumsuzluk sebeplerine yönelik eğitimlere yer verilmesine imkan sağlaması beklenmektedir.

Ruhsal bozukluklarda ilaç uyumsuzluğu önemli bir sorundur. Hastanın ilaç uyumunda psikiyatri hemşireleri; hastaya eğitim verme, ilaç doz ve zaman programı çizelgeleri, hatırlatıcılar, uyarıcılar hazırlama, iç görü sahibi olmasına yardım etme ve damgalamayı azaltma gibi girişimlerde bulunabilmektedir. Tüm bunlara ek olarak yapılandırılmış tedaviye uyum programları ile tekrarlı yatışların önüne geçmek ve hastaların işlevselliğinin artırılması mümkün olabilmektedir (Boyd, 2008)

Ruhsal Bozukluklarda tedavi uyumu amacıyla uygulanan girişimler Tedavi Uyum Programı, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, motivasyonel görüşme ve aile girişimleri olarak sıralanabilir. Hastayla en fazla zaman geçiren psikiyatri hemşireleri ilaç uyumunu arttırmak amacıyla, ruhsal belirtileri ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak ve hastaların içgörü kazanmasını sağlamak amacıyla çeşitli programlardan faydalanabilirler. Özellikle bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımını temel alan Tedaviye Uyum Programı gibi yaklaşımlar klinikte kullanılabilir. Bu yaklaşım ile ilaç uyumuna etki eden içgörü ve içselleştirilmiş damgalanmanın iyileştirilmesi mümkün olabilmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015)

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Son yıllarda artan tedavi seçenekleri ve bu tedavilere ulaşımın kolaylaşmış olmasına rağmen ilaç uyumsuzluğu, günümüzde büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel hastalıklara nazaran psikiyatrik bozukluklarda, ilaç uyumsuzluğu oranı daha fazladır. Psikiyatrik bozukluklarda bu oranın yüksek olmasındaki etkenlerin

başında ilaç yan etkileri, içgörü eksikliği veya yokluğu ve kişilik bozuklukları gelmektedir. İlaç uyumunu bozan faktörlerin belirlenmesi ile birlikte, hastaneye tekrarlı yatışların önüne geçmek, psikiyatrik hastalıklardaki atak sayısını azaltmak ve bu atak dönemlerinin daha rahat geçirilmesi sağlanabilecektir. Bu çalışmada ilaç uyumsuzluğunun sebeplerini açıklayacak bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmaktadır. Bu kapsamda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

- i. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin (PİTUÖ) faktör yapısı nasıldır?
- ii. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) geçerli bir ölçek midir?
- iii. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) güvenilir bir ölçek midir?
- iv. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden (PİTUÖ) alınan puanlar demografik özelliklere göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu araştırma, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumun ölçülmesi ve değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu değerlendiren kapsamlı ve güncel bir ölçeğin bulunmaması, bu alanda önemli bir boşluk oluşturmaktadır. Geliştirilen ölçek, bu boşluğu doldurmayı hedeflemekte ve klinisyenlere hastaların ilaç uyumunu değerlendirmede pratik bir araç sunmaktadır. Bu sayede, tedavi planlaması ve takibinin daha etkili bir şekilde yapılabilmesi, hastaların semptomlarının azalmasına ve yaşam kalitelerinin yükselmesine katkı sağlanacağı değerlendirilmektedir.

İlaç tedavisine uyum, psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kritik bir rol oynamaktadır. Geliştirilen ölçek sayesinde, hastaların ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi ve tedavi başarısının artırılabilmesi düşünülmektedir. Ayrıca bu durumun, uzun vadede ilaç uyumsuzluğundan kaynaklanan hastane yatışlarının ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasına yardımcı olacağı, böylece sağlık sistemine ekonomik katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Bu araştırma, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu ölçmek amacıyla geliştirilen bir ölçeğin oluşturulması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi sürecini kapsamaktadır.

Çalışma, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi ile Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın kapsamı, psikiyatrik ilaç tedavisi gören 18 yaş ve üzeri yetişkin hastaları içermektedir. Çalışmaya dahil edilen katılımcılar, çeşitli psikiyatrik tanıları olan ve en az bir psikiyatrik ilaç kullanan hastalardan oluşmaktadır. Araştırma, farklı sosyodemografik özelliklere sahip geniş bir hasta popülasyonunu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır.

Ölçek geliştirme süreci, literatür taraması, uzman görüşlerinin alınması, pilot uygulama ve ana uygulama aşamalarını içermektedir. İlk aşamada, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda ölçek maddeleri revize edilmiş ve pilot uygulama gerçekleştirilmiştir.

Ana uygulama aşamasında, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Geçerlilik analizleri kapsamında, yapı geçerliği için keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri gerçekleştirilmiştir. Geçerlilik analizleri kapsamında ayrıca yakınsak geçerliliği ve ayırım geçerliliği de incelenmiştir. Diğer taraftan, ölçeğin güvenilirlik analizi kapsamında Cronbach's alpha katsayısının yanı sıra bileşik güvenilirlik değeri de değerlendirilmiştir.

Araştırma, hastaların ilaç uyumunu etkileyen çeşitli faktörleri de incelemeyi amaçlamaktadır. Bu faktörler arasında hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık süreleri, kullandıkları ilaç sayısı gibi faktörler yer almaktadır.

1.5. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Bu araştırmanın temelini oluşturan varsayımlar aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Katılımcıların, araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçlarına samimi ve doğru yanıtlar verdiği varsayılmıştır.
- Örneklem grubunun, evreni temsil etme yeterliliğine sahip olduğu kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların, psikiyatrik ilaç tedavisi süreçleri hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları ve kendi tedavi uyumlarını değerlendirebilecek düzeyde oldukları varsayılmıştır.

- Katılımcıların, araştırma sorularını anlama ve yanıtlama konusunda yeterli bilişsel kapasiteye sahip oldukları varsayılmıştır.
- Araştırma süresince, katılımcıların psikiyatrik durumlarında önemli değişiklikler olmadığı ve verdikleri yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir.
- Veri toplama sürecinde, dış faktörlerin (örneğin, hastane ortamı, anket uygulama zamanı) katılımcıların yanıtlarını önemli ölçüde etkilemediği varsayılmıştır.

1.6. ARAŞTIRMANIN PLANI

Bu araştırma, beş ana bölümden oluşmaktadır. İlk olarak, giriş bölümünde araştırmanın problemi, amacı, önemi, kapsamı ve varsayımları ele alınmakta, ayrıca temel tanımlar sunulmaktadır. İkinci bölümde, tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyum kavramları açıklanmakta, ilaç tedavisine uyumu etkileyen faktörler incelenmekte, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluğun sonuçları ve uyumu artırma stratejileri ele alınmaktadır. Üçüncü bölüm olan yöntem kısmında, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama süreci ve araçları, veri analiz yöntemleri ile araştırmanın sayıltıları ve sınırlılıkları açıklanmaktadır. Dördüncü bölümde, araştırmanın bulguları sunulmakta, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile fark testlerinin sonuçları raporlanmaktadır. Son olarak, beşinci bölümde araştırmanın sonuçları tartışılmakta ve gelecek araştırmalar için öneriler sunulmaktadır.

1.7. TANIMLAR

Tedaviye Uyum: Hastanın sağlık profesyonellerinin önerilerine uygun davranması olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye uyum, ilaç kullanımı, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir (WHO, 2003).

İlaç Uyumsuzluğu: Reçete edilen ilaçların unutkanlık, yan etkiler veya bilinçli reddetme gibi nedenlerle önerilen doz ve sürede alınmaması veya tamamen bırakılmasını ifade etmektedir (Osterberg ve Blaschke, 2005).

Psikiyatrik İlaç Tedavisi: Ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan, psikiyatrist tarafından reçete edilen ilaçların düzenli ve önerilen şekilde kullanılmasını içeren tedavi yöntemidir (Sadock, 2015).

Uyum Stratejileri: Hastaların ilaç tedavisine uyumunu artırmak için kullanılan yöntem ve yaklaşımlardır. Bu stratejiler hasta eğitimi, hatırlatıcı sistemler, aile desteği ve terapötik ilişki gibi unsurları içermektedir (Velligan ve ark., 2010).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. TEDAVİYE UYUM VE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM KAVRAMLARI

Kronik rahatsızlıkların yönetiminde, tedaviye ve ilaç kullanımına uyum kavramları kritik bir öneme sahiptir. Tedaviye uyum, geniş kapsamlı bir kavram olarak ele alınmıştır. Bu kavram, hastaların reçete edilen ilaçları öngörülen doz ve sıklıkta kullanmasını, sağlık profesyonellerinin önerilerine riayet etmesini ve bu doğrultuda yaşam tarzında gerekli değişiklikleri gerçekleştirmesini içermektedir (Koç, 2006). İlaç kullanımına uyum daha spesifik bir çerçevede değerlendirilmiştir. Cramer ve ark. (2008) bu kavramı, hastaların ilaçlarını reçete edildiği şekilde kullanmalarını kapsayan, birbiriyle bağlantılı başlangıç, uygulama ve sonlandırma aşamalarından oluşan bir süreç olarak tanımlamışlardır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tedaviye uyum kavramını zaman içinde revize etme ihtiyacı duymuştur. İlk olarak hastanın tıbbi talimatlara itaat etmesi şeklinde tanımlanan bu kavram, hasta odaklı yaklaşımla uyuşmadığı gerekçesiyle eleştirilmiştir. Bu nedenle DSÖ daha sonra uyumu, hastanın ilaç kullanımı, beslenme ve/veya yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin davranışlarının, sağlık hizmeti sunan profesyonellerle mutabık kalınan önerilerle ne ölçüde örtüştüğü olarak yeniden formüle etmiştir (WHO, 2003).

İlaç uyumu süreci, başlangıç, uygulama ve sonlandırma olmak üzere üç temel bileşenden meydana gelmektedir. Başlangıç aşaması, ilk dozun alındığı tarihi ifade etmektedir. Uygulama aşaması, hastanın reçete edilen ilaçları ne ölçüde düzenli kullandığını göstermektedir. Sonlandırma ise hastanın gerekli tedaviyi almayı bıraktığı noktayı işaret etmektedir (Vrijens ve ark., 2012).

İlaç uyumu konusunda bilinçlendirilmiş bireyler, tedavi seçenekleri hakkında bilgi sahibi olmakta ve kendi yaşam koşullarına uygun bir tedavi planının oluşturulmasına katkı sağlamaktadırlar. İlaç uyumunun sağlanması, hastalığın seyri ve tedavi maliyetleri üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Hastalarda tekrarlayan hastane yatışlarının ve iş yükünün azalması, komplikasyonların minimize edilmesi, hastaların öz bakım ve öz-yeterlilik düzeylerinin artırılması açısından ilaç uyumu büyük önem taşımaktadır (Osterberg ve Blaschke, 2005).

Tedaviye uyumsuzluk ise, hastaların reçete edilen ilaçları kullanmamaları, düzensiz kullanmaları, reçete edilmeyen ilaçları kullanmaları veya takip ve tedavilerini sürdürmemeleri gibi çeşitli davranış ve tutumları kapsamaktadır (Çobanoğlu ve ark., 2003). Uyumsuzluk, kasıtlı veya kasıtsız olarak ortaya çıkabilmektedir. Kasıtlı uyumsuzluk, hastanın bilinçli olarak önerilen tedaviyi reddetmesi durumunda gözlemlenirken, kasıtsız uyumsuzluk ise hastanın farkında olmadan tavsiyelere uymaması sonucu meydana gelmektedir (Nieuwlaet ve ark., 2014).

İlaç tedavisine uyumun değerlendirilmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında hasta beyanı, ilaç sayımı, elektronik takip cihazları, eczane kayıtları ve biyolojik belirteçler yer almaktadır. Ancak, her bir yöntemin kendine özgü avantajları ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Günümüzde, ilaç uyumunu değerlendirmek için evrensel olarak kabul görmüş standart bir yöntem henüz mevcut değildir (Osterberg ve Blaschke, 2005).

2.2. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.2.1. Hasta ile İlgili Faktörler

Yaş açısından incelendiğinde, genç bireylerin ileri yaştakilere kıyasla daha fazla uyum sorunu yaşadığı gözlemlenmiştir. Yaşın ilerlemesiyle hastalık farkındalığının arttığı ve tedaviye bağlılığın kolaylaştığı düşünülmektedir (Maeda ve ark., 2006). Cinsiyet faktörü ele alındığında, bazı araştırmalar erkeklerde uyumsuzluğun daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Nosé ve ark., 2003). Bununla birlikte, bir çalışmada kadınların uyum problemi yaşama olasılığının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Desai ve Nayak, 2019).

Eğitim seviyesi yükseldikçe tedaviye uyumun arttığı, düşük eğitim düzeyinde ise uyum sorunlarının daha sık gözlemlendiği belirtilmiştir (Nakonezny ve Byerly, 2006). Medeni durum bağlamında, evli şizofreni hastalarının daha yüksek uyum gösterdiği tespit edilmiştir (Kalkan ve Kavak Budak, 2020).

Gündelik hayat düzeninin tedaviye bağlılığı etkilediği görülmüştür. Vardiyalı çalışma, düzensiz iş ve aile yaşamı gibi faktörlerin uyumu zorlaştırdığı bildirilmiştir (Roberts ve Velligan, 2011). Hastalığın uzun süredir devam etmesi ve şiddetli

semptomların varlığı, tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (Velligan ve ark., 2017).

Ek tanıların bulunması ve madde kullanımı, özellikle alkol bağımlılığı, uyumu ciddi şekilde bozmaktadır (Dufort ve Zipursky, 2019). Geçmişte yaşanan uyum sorunları, gelecekte benzer problemlerin ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Ascher-Svanum ve ark., 2006).

Bilişsel işlevlerdeki bozulmalar, hastanın tedavi amacını kavramasını ve ilaç rejimini takip etmesini güçleştirmektedir (Velligan ve ark., 2010). İçgörü eksikliği de uyum için önemli bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (García ve ark., 2016).

Son olarak, hastaların tedaviye yönelik tutumları uyumu önemli ölçüde etkilemektedir. Olumlu yaklaşımların uyumu desteklediği, olumsuz tutumların ise uyum sorunlarıyla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Velligan ve ark., 2017).

2.2.2. Hastalık ile İlgili Faktörler

İlaç tedavisine uyumu etkileyen hastalıkla ilişkili faktörler arasında hastalığın seyri, semptomların yoğunluğu ve komorbid durumlar öne çıkmaktadır. Kronik hastalıklarda, özellikle şizofrenide, tanı konulmasından itibaren geçen süre arttıkça ilaç uyumunda düşüş gözlenmektedir. Tekrarlayan hastane yatışları ve uzayan hastalık süreci, hastaların ilaçların etkinliğine olan inancını zayıflatabilmektedir (Çakır ve ark., 2010). Bu durum, tedaviye bağlılığı olumsuz yönde etkilemektedir (Patel ve David, 2007; Tareke ve ark., 2018).

Semptomların şiddeti ve sıklığı, ilaç uyumunu belirleyen önemli faktörlerdendir. Remisyon dönemlerinin uzaması uyumu olumlu etkilerken, dirençli semptomların varlığı tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır (Weiden, 2007; Velligan ve ark., 2009). Özellikle şiddetli ve yineleyen belirtiler yaşayan hastalarda ilaç tedavisine uyum sağlamak güçleşmektedir (Haddad ve ark., 2014; Velligan ve ark., 2017).

Hastalığın doğası ve karakteristik özellikleri de ilaç uyumunda rol oynamaktadır. Psikotik bozukluklarda görülen paranoid düşünceler veya halüsinasyonlar, ilaçlara karşı şüphe uyandırabilmekte ve tedaviye olan güveni sarsabilmektedir (Haddad ve ark., 2014). Ayrıca, süregelen belirtiler ilacın etkisizliği algısını pekiştirebilmekte, negatif semptomlardan kaynaklanan motivasyon eksikliği ise tedaviye devam etme isteğini azaltabilmektedir (Çobanoğlu ve ark., 2003).

Hastaların ilaçlara yönelik olumsuz inançları veya halüsinasyonların etkisiyle ilaç kullanımını reddetmeleri, semptomların ilaç uyumunu nasıl etkilediğini gösteren örnekler arasındadır (Saba ve ark., 2019). Araştırmalar, pozitif belirtilerin devam etmesi durumunda hastaların ilaç kullanımını bırakma eğiliminde olduklarını, negatif belirtilerin ise motivasyon eksikliği yaratarak tedaviye bağlılığı zorlaştırdığını ortaya koymaktadır (Ansari ve Mulla, 2014; Moritz ve ark., 2012; Velligan ve ark., 2009).

Komorbid durumların varlığı da ilaç uyumunu etkilemektedir. Şizofreniye eşlik eden ek tanılar, antipsikotik tedaviye ilave ilaçların eklenmesini gerektirmektedir (Desai ve Nayak, 2019; Piette ve ark., 2007). Bu durum, tedavi rejimini karmaşıktırarak uyumu güçleştirmektedir. Eş tanıların sayısı ve şiddeti arttıkça, ilaç uyumsuzluğu riski de yükselmektedir (Desai ve Nayak, 2019; Haddad ve ark., 2014).

2.2.3. İlaç ile İlgili Faktörler

Tedavi planının karmaşıklığı, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmasını güçleştiren bir unsur olarak ifade edilmektedir. Özellikle ileri yaştaki bireylerde, çoklu ilaç kullanımı ve farklı dozlama şemaları, uyum sorunlarına yol açabilmektedir. Bu durum, hastaların tedavi programını takip etmesini zorlaştırmaktadır (Çobanoğlu ve ark., 2003).

İlaçların istenmeyen etkileri, tedaviye bağlılığı etkileyen kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Yan etki endişesi, hastaların ilaç kullanımını sürdürmesini engelleyen başlıca nedenler arasında yer almaktadır (Velligan ve ark., 2009). Özellikle hareket bozuklukları gibi belirgin yan etkiler, uyumsuzluk riskini artırmaktadır. Vücut ağırlığında artış, uyku hali, huzursuzluk, cinsel işlev bozuklukları ve parkinsonizm semptomları, hastaların tedaviye devam etme motivasyonunu düşürebilmektedir (Fleischhacker ve ark., 2003; Ibrahim ve ark., 2015).

Reçete edilen ilaç adedi ve kullanım sıklığı da uyumu etkileyen önemli faktörlerdendir. Tedavide kullanılan ilaç sayısının artması ve yeni ilaçların eklenmesi, hastaların uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Pfeiffer ve ark., 2008). Günde birden fazla doz gerektiren ilaç rejimleri, hastaların tedaviye bağlılığını azaltabilmektedir (Temeloğlu-Şen ve ark., 2019).

İlacın uygulama şekli de uyum üzerinde etkili olmaktadır. Ağız yoluyla alınan antipsikotiklerde uyum sorunlarına daha sık rastlanırken, uzun etkili enjeksiyon

formlarının uyumu artırdığı gözlemlenmiştir (Tiihonen ve ark., 2006; Tiihonen ve ark., 2009). Depo preparatlar, özellikle içgörüsü yetersiz veya düzenli ilaç kullanımında zorlanan hastalarda tercih edilebilmektedir (Park ve ark., 2013).

İlaçların etki başlangıç süresi de uyumu etkileyebilmektedir. Geç etki gösteren ilaçları kullanan hastaların, hızlı etki gösteren ilaçları kullananlara göre daha düşük uyum sergiledikleri tespit edilmiştir (van Nimwegen-Campailla ve ark., 2010).

Tedavinin ekonomik boyutu da uyumu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Yüksek tedavi maliyetleri, hastaların ilaç kullanımını sürdürmesini güçleştirebilmektedir (Çobanoğlu ve ark., 2003; Dilbaz ve ark., 2006). Hastalar, tedavinin getirdiği mali yükü faydasıyla karşılaştırdığında, maliyeti gereksiz bulurlarsa uyumları olumsuz etkilenebilmektedir (Haddad ve ark., 2014; Lacro ve ark., 2002).

2.2.4. Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları ile İlgili Faktörler

Sağlık sisteminin yapılanması ve sağlık personelinin yaklaşımı, hastaların ilaç tedavisine uyumunu etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır. Psikiyatrik bakım hizmetlerine erişimdeki zorluklar, tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilemektedir. Yeterli sayıda sağlık kuruluşunun bulunmaması, randevu sürelerinin uzun olması ve kurumların çalışma saatlerinin hastaların ihtiyaçlarına uygun olmaması, ilaç kullanımında aksamalara neden olabilmektedir (Lanouette ve ark., 2009). Özellikle özel sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu ve düşük gelirli ülkelerde, ilaçlara erişim konusunda güçlükler yaşanabilmektedir. İlaç fiyatlarının yüksek olması ve sağlık merkezlerine ulaşım problemleri, tedaviye uyumu zorlaştıran etkenler arasında sayılmaktadır (Chow ve ark., 2018; Norris ve ark., 2016).

Hasta-hekim iletişiminin niteliği, ilaç tedavisine uyumu belirleyen kritik unsurlardan biridir. Sağlık çalışanları ile hasta arasındaki etkileşimin kalitesi ve bilgi paylaşımının yeterliliği, tedaviye bağlılığı önemli ölçüde etkilemektedir (Lawrence ve Dixon, 2019; McCabe ve ark., 2012). Hastayla kurulan işbirliği ve olumlu tedavi ortamı, ilaç kullanımına uyumu destekleyici rol oynamaktadır (Çakır ve ark., 2010). Sağlık personelinin pozitif yaklaşımı, hastaların ilaçlara yönelik olumlu tutum geliştirmesine katkı sağlamaktadır (Haddad ve ark., 2014; Surmann ve ark., 2021).

Tedavi sürecinde hastaya yeterli bilgilendirme yapılması, ilaç planlamasına hastanın dahil edilmesi ve gerektiğinde tedavi rejiminin basitleştirilmesi, uyumu artıran

önemli faktörler arasında yer almaktadır (Dufort ve Zipursky, 2019; Pyne ve ark., 2006). Sağlık çalışanlarının otoriter veya gerçekleri gizleyen bir tutum sergilemesi, hastaların ilaç kullanımına yönelik olumsuz tavır geliştirmesine neden olabilmektedir (Day ve ark., 2005). Baskıcı yaklaşımlar, hastaların tedaviye devam etme motivasyonunu düşürebilmektedir (Salzmann-Erikson ve Sjödén, 2018). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin yapıcı ve yargılayıcı olmayan bir tutum benimsemesi önem taşımaktadır (Cañas ve ark., 2013; Pothimas ve ark., 2016).

Taburculuk sonrası sürecin planlanması ve hasta takibinin düzenli yapılması, ilaç uyumunu etkileyen diğer önemli faktörlerdendir. Yetersiz taburculuk planlaması ve ilaçlarla ilgili eksik bilgilendirme, tedaviye uyum sorunlarına yol açabilmektedir (Gowda ve ark., 2019; Lacro ve ark., 2002). Sağlık çalışanlarının etkili bir taburculuk sonrası izlem programı oluşturması ve hastaların düzenli kontrollerini sağlaması, ilaç uyumunu güçlendirmektedir (Vega ve ark., 2021).

Sağlık sisteminin genel yapısı ve politikaları da ilaç uyumunu etkileyebilmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği ve düşük gelirli ülkelerde, ilaçlara erişim konusunda zorluklar yaşanabilmektedir. Bu nedenle, ulaşılabilir sağlık hizmetleri ve uygun stratejiler geliştirilmesi, hastaların ilaç uyumunu artırmada önemli rol oynamaktadır (Chow ve ark., 2018; Norris ve ark., 2016).

2.2.5. Sosyal ve Ekonomik Faktörler

Hastaların ilaç tedavisine uyumunu etkileyen sosyoekonomik faktörler, tedavi sürecinin başarısında kritik bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda, sosyal destek sistemlerinin varlığı ve etkinliği ön plana çıkmaktadır. Bakım veren kişilerin mevcudiyeti ve hastaların çevrelerinde destekleyici bireylerin bulunması, tedaviye bağlılığı olumlu yönde etkilemektedir (Acosta ve ark., 2012; Fleischhacker ve ark., 2003). Yalnız yaşayan veya bakım verenden yoksun hastaların, ilaç kullanımında daha fazla zorluk yaşadığı gözlemlenmiştir (Lacro ve ark., 2002; Novick ve ark., 2010). Aile üyelerinden veya partnerlerden yeterli desteği alamayan hastalarda, tedaviye uyumun sürdürülmesinde güçlükler ortaya çıkmaktadır (Demirkol ve ark., 2015; Hudson ve ark., 2004).

Toplumsal damgalama, şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumunu etkileyen bir diğer önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi sürecinde damgalanma

deneyimi yaşıyan veya damgalanma algısı taşıyan hastaların, ilaç kullanımında daha fazla sorun yaşadığı belirlenmiştir (DiMatteo, 2004). Damgalanmayla karşılaşan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin düştüğü gözlemlenmiştir (Chien ve ark., 2019; Velligan ve ark., 2010). Hem çevresel hem de içselleştirilmiş damgalama, ilaç tedavisine uyum problemlerinin yoğunlaşmasına neden olmaktadır (Fung ve ark., 2008; Velligan ve ark., 2010).

Ekonomik koşullar, şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumunu önemli ölçüde etkilemektedir. Finansal zorluklar, hastaların ilaçlara erişimini kısıtlayabilmektedir. Sağlık sigortasının olmaması, düşük gelir düzeyi veya ulaşım masraflarını karşılayamama gibi durumlar, ilaç tedavisinin sürdürülmesini güçleştirmektedir (Perkins ve ark., 2008; Velligan ve ark., 2009). Sağlık kurumlarına uzak mesafede ikamet etme, ilaca erişimde yaşanan zorluklar ve maddi imkansızlıklar, tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilemektedir (Tareke ve ark., 2018). Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, hastaların ekonomik durumlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Pothimas ve ark., 2016).

Sosyal güvence sistemlerinin varlığı, ilaç tedavisine uyumu etkileyen önemli bir ekonomik faktör olarak değerlendirilmektedir. Şizofreni tedavisinin yüksek maliyetli olması ve ilaç giderlerinin karşılanmaması durumunda ortaya çıkan maddi yük, hastaları zorlamaktadır (Yıldız ve Cerit, 2006). Uluslararası araştırmalar, sosyal güvencenin varlığının ilaç tedavisine uyumu artırdığını ortaya koymuştur (Kim ve ark., 2010; Zhou ve ark., 2016).

2.3. PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUĞUN SONUÇLARI

Psikiyatrik rahatsızlıklarda reçete edilen ilaçların düzenli kullanılmaması, hastaların sağlık durumunu ciddi şekilde etkilemektedir. Tedaviye uyum göstermeyen hastalarda, hastalığa özgü belirtilerin şiddetlendiği ve tekrarladığı gözlemlenmiştir. Bu durum, uygulanan tedavinin beklenen faydayı sağlayamamasına ve hastalığın seyrinin olumsuz yönde ilerlemesine neden olmaktadır. Araştırmacılar, ilaç kullanımındaki düzensizliğin semptomları alevlendirdiğini ve hastalığın yeniden ortaya çıkma olasılığını artırdığını ortaya koymuşlardır (Morken ve ark., 2008; Velligan ve ark., 2017). Tedaviye uyumsuzluk, hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve günlük aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu durum, hastaların sosyal ilişkilerini

zedelemekte ve toplumsal uyumlarını güçleştirmektedir (Endriyani ve ark., 2019; Uslu ve Buldukoğlu, 2020; Velligan ve ark., 2017).

İlaç tedavisini aksatan psikiyatri hastalarının, sağlık kuruluşlarına yatışlarının daha sık gerçekleştiği ve bu yatışların daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (Higashi ve ark., 2013; Xiao ve ark., 2015). Bu durum, hem hastanın yaşam düzenini bozmakta hem de sağlık sistemine ek yükler getirmektedir. Hastane yatışlarının artması, hastaların iş ve eğitim hayatlarını sekteye uğratmakta, aynı zamanda ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Tedaviye uyum göstermeyen hastaların, günlük yaşamlarındaki performanslarının düştüğü ve hayat kalitelerinin azaldığı tespit edilmiştir (Endriyani ve ark., 2019; Velligan ve ark., 2017). Ayrıca, bu kişilerin genel yaşam memnuniyetlerinin de olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir. İşlevselliğin azalması, hastaların bağımsız yaşama becerilerini zayıflatmakta ve toplumsal rollerini yerine getirmelerini güçleştirmektedir (Uslu ve Buldukoğlu, 2020).

İlaç tedavisine uyum göstermeyen hastalarda, kendine zarar verme eğiliminin arttığı saptanmıştır. Yapılan araştırmalar, bu kişilerde intihar girişimi oranlarının yükseldiğini göstermiştir. Bununla birlikte, agresif davranışlar sergileme ve yasadışı eylemlerde bulunma riskinin de arttığı belirlenmiştir. Bu durum, hastaların toplumsal uyumunu zorlaştırmakta ve adli sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca, tedaviye uyumsuzluk gösteren hastaların çevrelerine karşı güven kaybı yaşamaları da olasıdır (Ascher-Svanum ve ark., 2006; Hong ve ark., 2011).

Psikiyatrik ilaç tedavisini düzenli sürdürmeyen hastalarda, bağımlılık yapıcı maddelere yönelme eğiliminin arttığı gözlemlenmiştir. Bu hastalarda tütün, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının daha yaygın olduğu rapor edilmiştir. Madde kullanımının artması, hastaların mevcut psikiyatrik durumlarını daha da kötüleştirmekte ve tedavi sürecini karmaşıklaştırmaktadır. Bu durum, hastaların fiziksel sağlığını da tehdit etmekte ve ek sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Tareke ve ark., 2018; Yalçın ve ark., 2019).

İlaç tedavisine uyum göstermeyen psikiyatri hastalarının zihinsel işlevlerinde gerileme olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, kişilerin günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmalarına ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Bilişsel işlevlerdeki bozulma, hastaların iş performanslarını düşürmekte ve eğitim hayatlarını

olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, bu durum hastaların öz bakım becerilerini de zayıflatabilmektedir (Novick ve ark., 2010).

Tedaviye uyum göstermeyen hastaların yakınları, daha fazla bakım sorumluluğu üstlenmek zorunda kalmaktadır. Bu durum, bakım verenlerin yaşam kalitesini düşürmekte ve aile içi dinamikleri olumsuz etkilemektedir. Bakım yükünün artması, aile üyelerinin kendi yaşamlarını sürdürmelerini zorlaştırmakta ve psikolojik strese neden olabilmektedir. Bu durum, aile içi çatışmaları artırabilmekte ve sosyal izolasyona yol açabilmektedir (Gülseren ve ark., 2010).

İlaç tedavisine uyumsuzluk gösteren hastaların sağlık hizmetlerinden daha sık yararlandıkları ve acil servislere daha fazla başvurdukları belirlenmiştir. Bu durum, sağlık sisteminin kaynaklarını zorlamakta ve maliyetleri artırmaktadır. Artan sağlık harcamaları, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde ekonomik yüke neden olmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı, diğer hastaların hizmetlere erişimini güçleştirebilmektedir (DiBonaventura ve ark., 2012).

2.4. PSİKİYATRİK İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMU ARTIRMA STRATEJİLERİ

Psikiyatrik ilaç tedavisinde uyumu iyileştirmek amacıyla çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlar, hasta merkezli uygulamalar, bilgilendirme girişimleri, davranış değişikliği teknikleri ve teknolojik yenilikler gibi stratejileri kapsamaktadır.

Hasta bilgilendirmesi, tedaviye uyumu artırmada temel bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Hastalara ve yakınlarına rahatsızlık, tedavi süreci ve ilaçlar hakkında kapsamlı bilgi sunmak, ilaç kullanımına bağlılığı olumlu yönde etkilemektedir. Eğitim programları aracılığıyla hastalığın önemi, tedavinin gerekliliği ve ilaçların işleyiş mekanizmaları açıklanarak, hastaların tedaviye yönelik tutumları güçlendirilmektedir. Bununla birlikte, muhtemel yan etkiler ve bunlarla mücadele yöntemleri konusunda bilgilendirme yapmak, tedavinin sürdürülmesine yönelik motivasyonu artırmaktadır (Uslu ve Buldukoğlu, 2018).

Hastaların tedavi sürecine aktif katılımını teşvik etmek, ilaç uyumunu geliştiren önemli bir diğer yöntem olarak kabul edilmektedir. Hastaların tedavi kararlarında söz sahibi olması, ilaç tercihlerinin göz önünde bulundurulması ve tedavi amaçlarının ortaklaşa belirlenmesi, tedaviye olan adanmışlığı pekiştirmektedir. Bu yaklaşım,

hastaların tedavi sorumluluğunu benimsemesini ve ilaç kullanımına özen göstermesini sağlamaktadır (Cañas ve ark., 2013).

İlaç rejiminin optimize edilmesi, uyumu artırmada etkili bir strateji olarak öne çıkmaktadır. Günlük doz sıklığının azaltılması, uzun etkili formülasyonların kullanılması ve kombine preparatların tercih edilmesi gibi yöntemler, hastaların ilaç kullanımını kolaylaştırmakta ve unutma olasılığını düşürmektedir. Özellikle ileri yaştaki hastalarda ve çoklu ilaç kullanan kişilerde, ilaç rejiminin basitleştirilmesi kritik önem taşımaktadır (Dufort ve Zipursky, 2019).

Anımsatıcı sistemlerin kullanımı, ilaç uyumunu geliştirmede etkili bir yöntem olarak kabul görmektedir. Alarm özellikli kutular, mobil uygulamalar ve kısa mesaj hatırlatmaları gibi teknolojik çözümler, hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarını sağlamak ve unutkanlıktan kaynaklanan uyumsuzluğu azaltmaktadır. Bu sistemler özellikle bellek sorunları yaşayan yaşlı hastalarda ve yoğun çalışma temposuna sahip bireylerde fayda sağlamaktadır (Lin ve Wu, 2014).

Psikososyal müdahaleler, ilaç uyumunu artırmada önemli bir işlev görmektedir. Bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve aile terapisi gibi yaklaşımlar, hastaların tedaviye olan inançlarını güçlendirmekte ve ilaç kullanımına yönelik olumsuz algıları değiştirmektedir. Bu müdahaleler, hastaların rahatsızlıklarını kabullenmeleri ve tedavinin önemini kavramalarını sağlamaktadır (Velligan ve ark., 2017).

Sağlık çalışanları ile hasta arasındaki iletişimin geliştirilmesi, ilaç uyumunu artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin hastalarla şeffaf ve anlaşılır bir iletişim kurması, tedavi sürecini ayrıntılı biçimde açıklaması ve hastaların endişelerini sabırla yanıtlaması, tedaviye olan güveni pekiştirmekte ve uyumu olumlu yönde etkilemektedir (McCabe ve ark., 2012).

Yan etkilerin yönetimi, ilaç uyumunu geliştirmede önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Hastaların deneyimlediği yan etkilerin önemszenmesi, gerekli müdahalelerin yapılması ve alternatif tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi, tedaviye devam etme isteğini artırmaktadır. Yan etkilerin önceden bildirilmesi ve baş etme stratejilerinin öğretilmesi de uyumu olumlu yönde etkilemektedir (Achtyes ve ark., 2019).

Düzenli takip ve izlem, ilaç uyumunu artırmada etkili bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Hastaların belirli aralıklarla kontrole çağırılması, ilaç kullanımının

değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması, tedavinin devamlılığını sağlamakta ve uyumu pekiştirmektedir. Telefon görüşmeleri, ev ziyaretleri veya telepsikiyatri uygulamaları gibi yöntemler, izlem sürecini kolaylaştırmakta ve hastaların tedaviye bağlılığını güçlendirmektedir (Gowda ve ark., 2019).

Sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, ilaç uyumunu artırmada önemli bir işlev görmektedir. Aile üyelerinin ve bakım verenlerin tedavi sürecine dahil edilmesi, hastaların ilaç kullanımını desteklemekte ve hatırlatmaktadır. Ayrıca, hasta destek grupları ve akran danışmanlığı gibi uygulamalar, hastaların deneyimlerini paylaşmalarını ve birbirlerini teşvik etmelerini sağlamaktadır (Rabinovitch ve ark., 2013).



3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu çalışma, Türkiye örnekleminde psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirmeyi ve bu uyumun çeşitli sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkilerini incelemeyi hedeflemektedir. Araştırmanın metodolojik çerçevesi, nicel araştırma paradigması içerisinde yer alan ilişkisel tarama modelini esas almaktadır. Tarama modeli, belirli bir popülasyonu temsil etme kabiliyetine sahip bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen araştırmaları kapsamaktadır (Büyüköztürk ve ark., 2022). Bu yaklaşım, evren hakkında genellemelere ulaşmayı mümkün kılmaktadır (Cresswell, 2012). İlişkisel tarama modelleri, korelasyonel analizleri ve karşılaştırmalı incelemeleri içermektedir (Karasar, 2022). Mevcut araştırmada, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumun sosyo-demografik özelliklerle olan ilişkisini analiz etmek ve farklı sosyo-demografik gruplar arasındaki ölçek puanı farklılıklarını tespit etmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, iki veya daha fazla değişken arasındaki etkileşimi veya gruplar arası farklılıkları belirlemeye olanak tanıyan ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir.

3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini 20/03/2024-20/09/2024 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi ile Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri bölümlerinde yatarak veya ayaktan tedavisi devam eden ve ilaç kullanan hastaların tamamı oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi ile Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri bölümünde yatarak veya ayaktan psikiyatrik ilaç tedavisi alan hasta olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- Okur yazar olmak

Ölçek geliştirme çalışmalarında gerekli örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, genellikle taslak ölçeğin madde sayısı göz önünde bulundurularak,

madde sayısının 5-10 katı bireyin örnekleme dahil edilmesi önerilmektedir (Nunnally ve Bernstein, 1994). Bu doğrultuda, örneklem seçiminde çalışmaya dahil edilecek minimum kişi sayısı 450 olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde ise kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 3.1’de sunulmuştur. Katılımcıların %52.7’si (n = 237) kadın, %47.3’ü (n = 213) erkektir.

Tanı dağılımına bakıldığında, en sık görülen tanılar sırasıyla anksiyete (%27.8, n = 125), depresyon (%24.9, n = 112), takıntı-zorlantı bozukluğu (TZB) (%8.7, n = 39), bipolar bozukluk (%7.3, n = 33) ve şizofreni (%7.1, n = 32) olarak belirlenmiştir. Diğer tanılar arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) (%6.9, n = 31), panik bozukluk (%4.4, n = 20), şizoaffektif bozukluk (%4.0, n = 18) bulunmaktadır. Daha düşük oranlarda görülen tanılar ise uyum bozukluğu ve sosyal fobi (her biri %1.8, n = 8), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (%1.6, n = 7), psikoz (%1.3, n = 6), madde bağımlılığı, dönüştürme bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu (her biri %0.7, n = 3) ve yeme bozukluğu (%0.4, n = 2) olarak saptanmıştır.

Tablo 3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri-1

Değişken	Kategori	N	%
Tanı	Anksiyete	125	27,8
	Depresyon	112	24,9
	TZB	39	8,7
	Bipolar	33	7,3
	Şizofreni	32	7,1
	DEHB	31	6,9
	Panik Bozukluk	20	4,4
	Şizoaffektif Bozukluk	18	4,0
	Uyum bozukluğu	8	1,8
	Sosyal fobi	8	1,8
	TSSB	7	1,6

	Psikoz	6	1,3
	Madde bağımlılığı	3	0,7
	Dönüştürme Bozukluğu	3	0,7
	Borderline kişilik bozukluğu	3	0,7
	Yeme bozukluğu	2	0,4
Cinsiyet	Kadın	237	52,7
	Erkek	213	47,3
Eğitim durumu	Okuryazar	6	1,3
	İlköğretim	53	11,8
	Ortaöğretim	266	59,1
	Önlisans/Lisans	115	25,6
	Lisansüstü	10	2,2
Medeni durum	Bekar	182	40,4
	Evli	213	47,3
	Boşanmış	55	12,2
Ekonomik durum	Kötü	108	24,0
	Orta	259	57,6
	İyi	83	18,4
Sosyal güvence	Var	406	90,2
	Yok	44	9,8
Düzenli kontrol	Gidiyor	395	87,8
	Gitmiyor	55	12,2

Eğitim durumu açısından katılımcıların çoğunluğu ortaöğretim mezunudur (%59.1, n = 266), bunu sırasıyla önlisans/lisans (%25.6, n = 115), ilköğretim (%11.8, n = 53), lisansüstü (%2.2, n = 10) ve okuryazar (%1.3, n = 6) düzeyleri izlemektedir.

Medeni durum dağılımında katılımcıların %47.3'ü (n = 213) evli, %40.4'ü (n = 182) bekar ve %12.2'si (n = 55) boşanmıştır. Ekonomik durum değerlendirmesinde

katılımcıların çoğunluğu (%57.6, n = 259) orta düzeyde olduğunu bildirirken, %24.0'ü (n = 108) kötü, %18.4'ü (n = 83) iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%90.2, n = 406) sosyal güvencesi bulunmaktadır ve %87.8'i (n = 395) düzenli olarak kontrollerine gitmektedir.

Katılımcıların diğer demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3.2'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 38.16 yıl (ss = 9.87) olup, yaş aralığı 18-70 yıl arasında değişmektedir. Ortalama tanı süresi 8.08 yıl (ss = 5.61, aralık = 1-36 yıl) olarak belirlenmiştir. Hastaneye yatış sayısı ortalama 2.59 (ss = 3.01) olup, 0 ile 15 arasında değişmektedir. Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma süresi ortalama 7.03 yıl (ss = 5.08) olup, 1-36 yıl arasında değişmektedir. Kullanılan psikiyatrik ilaç sayısı ortalama 1.76 (ss = 0.68) olup, 1-6 arasında değişmektedir. Katılımcıların kullandığı diğer ilaç sayısı ise ortalama 0.28 (ss = 0.63) olup, 0-5 arasında değişmektedir.

Tablo 3.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri-2

Değişken	Min.	Maks.	Ort.	ss
Yaş	18	70	38,16	9,87
Tanı süresi (yıl)	1	36	8,08	5,61
Hastaneye yatış sayısı	0	15	2,59	3,01
Psikiyatrik ilaç kullanma süresi (yıl)	1	36	7,03	5,08
Kullanılan psikiyatrik ilaç sayısı	1	6	1,76	,68
Kullanılan diğer ilaç sayısı	0	5	,28	,63

3.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırma verileri, 20.03.2024-20.09.2024 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi ile Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri klinik ve polikliniklerinde toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması kapsamında öncelikle Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Tokat İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Bunun yanında, anket uygulaması öncesinde

katılımcılara “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek-2) sunulmuştur. Bu formda katılımcılara araştırmanın amacı, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve elde edilen verilerin gizli tutulacağı gibi konularda bilgi verilmiştir. Araştırma verileri gönüllü katılımcılardan toplanmıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan ölçüm araçları aşağıda tanıtılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi kişisel bilgilerinin yanı sıra psikiyatrik ilaç kullanım durumlarına ilişkin olmak üzere toplam 15 soru içermektedir (Ek-3) (Demirtaş, 2024; Candan, 2023)

3.4.2. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği

Araştırmanın temel hedefi doğrultusunda, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumun kavramsal çerçevesi ve mevcut ölçme araçları kapsamlı bir şekilde incelenmiştir (Evren ve ark., 2006; Koç, 2006; Ryan ve ark., 1995; Thompson ve ark., 2000). Bu inceleme neticesinde, araştırmacı tarafından yedi ana kategori belirlenmiştir. Bu kategoriler; cinsel sorunlar, uyku sorunları, yeme sorunları, hareket/aktivite sorunları, biliş/dikkat sorunları, yanlış inanışlar ve içgörü olarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırma temel alınarak bir ölçek taslağı oluşturulmuştur. Mevcut değerlendirme araçlarından elde edilen ve belirlenen kategorilere uygunluk gösteren ifadeler, gerekli düzenlemeler yapılarak madde havuzuna eklenmiştir. Literatür taramasının sonucunda oluşturulan 46 maddelik havuz, ikili değerlendirme sistemi (0=Hayır, 1=Evet) kullanılarak yapılandırılmıştır. Oluşturulan bu madde havuzu Ek-4'te sunulmuştur.

Oluşturulan madde havuzunun geçerliliğini artırmak amacıyla, psikiyatri alanında çalışan 5 akademisyen ve 6 uzman psikiyatri hekiminin görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanlardan, her bir ölçek maddesini "uygun" veya "uygun değil" şeklinde değerlendirmeleri talep edilmiştir. Uygun bulunmayan maddeler için gerekçelerin ve alternatif önerilerin belirtilmesi istenmiştir. Bu süreç, ölçeğin dilbilgisi ve içerik açısından değerlendirilmesinin yanı sıra, görünüş ve kapsam geçerliğinin de incelenmesini sağlamıştır. Uzman değerlendirmeleri sonucunda, bazı ifadelerde revizyonlar yapılmıştır. Örneğin, maddelerde yer alan “ilaç kullanmayı bırakırım/ilaç dozunu değiştiririm” ifadesi “ilaç kullanmayı bırakırım” ve “ilaç dozunu değiştiririm” olarak iki ayrı soru şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca, diğer bazı maddelerde de küçük ölçekli düzeltmeler gerçekleştirilmiştir. Bu sürecin sonucunda, toplam 90 maddeyi içeren nihai ölçek formu oluşturulmuştur. Bu formun son hali Ek-5’de sunulmuştur. Pilot çalışma sonrası madde sayısı 88’ e inmiş ve 7 alt boyut oluşmuştur. 450 kişiye uygulanan ana çalışma sonucunda nihai form 88 soru ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Nihai form Ek-6’ de sunulmuştur.

3.4.2.1. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) Puanlanması

5’li likert biçiminde olan ölçek toplam 88 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Her maddeden alınacak puan 1 ile 5 arasında değişmektedir (minimum 1, maksimum 5). Hiç katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan, tamamen katılıyorum 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanı ve alt boyutlarının her birinin ayrı ayrı puanı hesaplanırken madde sayısına bölünmesi gerekmektedir. Ölçekten toplamda alınabilecek puan minimum 88 maksimum 440’tır. Madde sayısına bölündükten sonra nasıl yorumlanması gerektiği aşağıda belirtilmiştir.

Ölçek puanlamasının yorumlanması

- 1.00 - 1.80: Çok Düşük Uyumsuzluk (Çok Yüksek Uyum)
- 1.81 - 2.60: Düşük Uyumsuzluk (Yüksek Uyum)
- 2.61 - 3.40: Orta Düzey Uyumsuzluk (Orta Düzey Uyum)
- 3.41 - 4.20: Yüksek Uyumsuzluk (Düşük Uyum)

- 4.21 - 5.00: Çok Yüksek Uyumsuzluk (Çok Düşük Uyum) şeklindedir.

1.Biliş-Dikkat Sorunları Alt Boyutu: 18 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 18 maksimum 90, alt boyuttan alınan toplam puan 18'e bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

2.Yanlış İnanışlar Alt Boyutu: 16 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 16 maksimum 80, alt boyuttan alınan toplam puan 16'ya bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

3.Uyku Sorunları Alt Boyutu: 14 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 14 maksimum 70, alt boyuttan alınan toplam puan 14'e bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

4.İçgörü Alt Boyutu: 14 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 14 maksimum 70, alt boyuttan alınan toplam puan 14'e bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

5.Hareket / Aktivite Sorunları Alt Boyutu: 8 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 8 maksimum 40, alt boyuttan alınan toplam puan 8'e bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

6.Cinsel Sorunlar Alt Boyutu: 8 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 8 maksimum 40, alt boyuttan alınan toplam puan 8'e bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

7.Yeme Sorunları Alt Boyutu: 6 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 6 maksimum 30, alt boyuttan alınan toplam puan 6'ya bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

8.Sosyal Destek Sorunları Alt Boyutu: 4 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınacak puan minimum 4 maksimum 20, alt boyuttan alınan toplam puan 4'e

bölünerek çıkan sonucun nasıl yorumlanması gerektiği ölçek puanlamasının yorumlanması kısmında açıklanmıştır.

3.5. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS v27 ve AMOS v22 yazılımları kullanılmıştır. Psikiyatrik ilaç tedavisine uyum ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesinde keşfedici faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında, geçerlilik kapsamında söz konusu ölçeğin yakınsak geçerliliği ve ayrışım geçerliliği de incelenmiştir. Diğer taraftan, ölçeğin güvenirlik analizi kapsamında Cronbach's alpha katsayısının yanı sıra bileşik güvenirlik değeri de değerlendirilmiştir.

3.6. SAYILTILAR

Bu araştırmanın temelini oluşturan sayıltılar aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Katılımcıların, araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçlarına samimi ve doğru yanıtlar verdiği varsayılmıştır.
- Örneklem grubunun, evreni temsil etme yeterliliğine sahip olduğu kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların, psikiyatrik ilaç tedavisi süreçleri hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları ve kendi tedavi uyumlarını değerlendirebilecek düzeyde oldukları varsayılmıştır.
- Katılımcıların, araştırma sorularını anlama ve yanıtlama konusunda yeterli bilişsel kapasiteye sahip oldukları varsayılmıştır.
- Araştırma süresince, katılımcıların psikiyatrik durumlarında önemli değişiklikler olmadığı ve verdikleri yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir.
- Veri toplama sürecinde, dış faktörlerin (örneğin, hastane ortamı, anket uygulama zamanı) katılımcıların yanıtlarını önemli ölçüde etkilemediği varsayılmıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu ölçmek için bir ölçek geliştirmeyi amaçlamakla birlikte, bazı sınırlılıklar içermektedir. Bu sınırlılıklar aşağıda sunulmuştur:

- Öncelikle, araştırmanın örneklemini Tokat psikiyatri klinik ve polikliniklerine başvuran hastalarla sınırlıdır. Bu durum, örneklemin Türkiye genelini tam olarak temsil etme yeteneğini sınırlandırabilir. Farklı bölgelerdeki ve farklı sağlık kuruluşlarındaki hastaların dahil edilmemesi, sonuçların genellenebilirliğini etkileyebilir.
- Bir diğer sınırlılık olarak, kesitsel bir tasarıma sahip olan bu çalışmada veriler belirli bir zaman diliminde toplanmıştır. Bu nedenle, ilaç uyumunun zaman içindeki değişimini ve uzun vadeli etkilerini değerlendirme imkânı sınırlıdır.
- Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, veri toplama yöntemleriyle ilgilidir. Öz bildirim ölçekleri kullanılması, hastaların sosyal istenirlik eğilimi nedeniyle ilaç uyumlarını olduğundan daha yüksek gösterme riskini taşımaktadır. Ayrıca, hastaların kendi bildirimlerine dayalı veriler, objektif ölçümlerle (örneğin, kan ilaç düzeyleri veya elektronik ilaç takip sistemleri) desteklenmemiştir.
- Çalışmaya dahil edilen hasta popülasyonu, çeşitli psikiyatrik tanıları kapsamakla birlikte, bazı nadir görülen psikiyatrik bozuklukları olan hastalar yeterince temsil edilmemiş olabilir. Bu durum, ölçeğin tüm psikiyatrik tanı gruplarında eşit derecede geçerli ve güvenilir olduğunu iddia etmeyi zorlaştırabilir.
- Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, ilaç uyumunu etkileyen tüm potansiyel faktörlerin kapsamlı bir şekilde incelenmemiş olmasıdır. Örneğin, sağlık sistemi ile ilgili faktörler, ilaç maliyetleri veya sigorta kapsamı gibi ekonomik faktörler yeterince ele alınmamış olabilir.
- Son olarak, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri, belirli bir zaman diliminde yapılmıştır. Ancak, psikiyatrik tedavi yaklaşımları ve ilaçlar zaman içinde değişebilir. Bu nedenle, ölçeğin uzun vadeli geçerliğinin ve güncelliğinin korunması için periyodik olarak gözden geçirilmesi gerekebilir.

4. BULGULAR

4.1. PİLOT ÇALIŞMA

Araştırma kapsamında öncelikle literatür taraması gerçekleştirilerek 46 maddelik soru havuzu oluşturulmuş, ardından bu soru havuzu uzman görüşüne sunularak geliştirilmiş ve 90 soruluk nihai form elde edilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda revize edilmiş bu form kullanılarak 52 kişiden veri toplanmış ve pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışmada ulaşılan bulgular aşağıdaki başlıklarda sunulmuştur.

4.1.1. Keşfedici Faktör Analizi

Toplam 90 soru içeren Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) taslağı ile gerçekleştirilen ilk keşfedici faktör analizinde (KFA), ölçeğin 61.maddesi (Ağız kuruluğu yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm) ve 62.maddesinin (Ağız kuruluğu yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım) tek başlarına ayrı bir faktöre yüklendikleri belirlenmiştir. Bu nedenle söz konusu maddeler ölçekten çıkarılarak kalan 88 madde ile analiz tekrar edilmiştir. Nihai analizde ulaşılan bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Pilot Çalışma KFA Sonuçları

Faktör	Madde	Faktör Yükleri								Açıklanan Varyans
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
	s71	,858								
	s72	,653								
	s73	,836								
Biliş /	s74	,779								
Dikkat	s77	,841								39,113
Sorunları	s78	,765								
	s79	,715								
	s80	,714								
	s81	,782								

	s82	,741	
	s83	,706	
	s84	,708	
	s85	,755	
	s86	,759	
	s87	,730	
	s88	,704	
	s89	,837	
	s90	,757	
	s5	,694	
	s6	,753	
	s7	,598	
	s8	,844	
	s43	,754	
	s44	,637	
	s45	,772	
Yanlış	s46	,700	
İnanışlar	s47	,579	5,673
	s48	,661	
	s49	,560	
	s50	,709	
	s51	,740	
	s52	,751	
	s53	,615	
	s54	,669	
	s21	,908	
	s22	,908	
	s23	,755	
Uyku	s24	,722	
Sorunları	s25	,721	10,953
	s26	,691	
	s27	,668	

s28	,830
s29	,836
s30	,792
s31	,681
s32	,930
s59	,736
s60	,645

Tablo 4.1. Pilot Çalışma KFA Sonuçları (Devamı)

Faktör	Madde	Faktör Yükleri								Açıklanan Varyans
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
İçgörü	s1			,733						6,771
	s2			,829						
	s3			,554						
	s4			,744						
	s13			,716						
	s14			,685						
	s15			,759						
	s16			,801						
	s19			,840						
	s20			,720						
	s55			,672						
	s56			,583						
	s57			,686						
	s58			,686						
Hareket / Aktivite Sorunları	s9						,697			4,155
	s10						,519			
	s39						,608			
	s40						,819			
	s41						,765			

	s42	,663	
	s75	,726	
	s76	,731	
	s63	,797	
	s64	,888	
	s65	,772	
Cinsel	s66	,826	
Sorunlar	s67	,875	4,545
	s68	,878	
	s69	,768	
	s70	,784	
	s33	,675	
	s34	,675	
Yeme	s35	,747	
Sorunları	s36	,818	3,405
	s37	,898	
	s38	,833	
Sosyal	s11	,857	
Destek	s12	,698	
Sorunları	s17	,650	2,118
	s18	,786	
KMO = 0.712; Bartlett Test: $\chi^2(3828) = 4287.935$; $p = 0.000$			
Açıklanan Toplam Varyans = 76,733			

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği ölçüsü .712 olarak bulunmuştur. Bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Bartlett’in küresellik testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($\chi^2_{(3828)} = 4287.935$, $p < .001$). Bu sonuç verilerin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

KFA sonucunda, özdeğeri 1’in üzerinde olan sekiz faktör ortaya çıkmıştır. Bu sekiz faktör, toplam varyansın %76.733’ünü açıklamaktadır. Faktörler ve açıkladıkları varyans yüzdeleri şu şekildedir:

- Biliş / Dikkat Sorunları (%39.113)
- Uyku Sorunları (%10.953)
- İçgörü (%6.771)
- Yanlış İnanışlar (%5.673)
- Cinsel Sorunlar (%4.545)
- Hareket / Aktivite Sorunları (%4.155)
- Yeme Sorunları (%3.405)
- Sosyal Destek Sorunları (%2.118)

Faktör yükleri incelendiğinde, tüm maddelerin .519 ile .930 arasında değişen yük değerlerine sahip olduğu görülmüştür. En düşük faktör yükü (.519) "Hareket / Aktivite Sorunları" faktöründeki 10. maddede, en yüksek faktör yükü ise (.930) "Uyku Sorunları" faktöründeki 32. maddede gözlemlenmiştir.

"Biliş / Dikkat Sorunları" faktörü 18 maddeden oluşmakta ve en yüksek varyans açıklama oranına sahiptir. "Uyku Sorunları" ve "Yanlış İnanışlar" faktörleri 14'er madde, "İçgörü" faktörü 14 madde, "Hareket / Aktivite Sorunları" ve "Cinsel Sorunlar" faktörleri 8'er madde, "Yeme Sorunları" faktörü 6 madde ve "Sosyal Destek Sorunları" faktörü 4 maddeden oluşmaktadır.

4.1.2. PİTUÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi

Keşfedici faktör analizi sonucunda ulaşılan ölçek yapısını doğrulamak amacıyla PİTUÖ doğrulayıcı faktör analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. Ölçüm modeli Şekil 4.1'de, analiz sonuçları ise Tablo 4.2'de sunulmuştur.

		s74	0,848***
		s77	0,793***
		s78	0,908***
		s79	0,881***
		s80	0,760***
		s81	0,915***
		s82	0,817***
		s83	0,922***
		s84	0,795***
		s85	0,890***
		s86	0,729***
		s87	0,744***
		s88	0,650***
		s89	0,898***
		s90	0,747***
		s5	0,904***
		s6	0,779***
		s7	0,683***
		s8	0,640***
		s43	0,876***
		s44	0,760***
		s45	0,710***
		s46	0,720***
		s47	0,756***
		s48	0,817***
		s49	0,659***
		s50	0,786***
		s51	0,908***
		s52	0,836***
		s53	0,814***
		s54	0,975***
Yanlış İnanışlar	F2		
Uyku Sorunları	F3	s21	0,940***

	s22	0,940***
	s23	0,733***
	s24	0,863***
	s25	0,824***
	s26	0,615***
	s27	0,747***
	s28	0,753***
	s29	0,813***
	s30	0,744***
	s31	0,924***
	s32	0,901***
	s59	0,902***
	s60	0,963***

Tablo 4.2. Pilot Çalışma DFA Sonuçları (Devamı)

Boyut	Kod	Madde	Regresyon Ağırlığı
		s1	0,915***
		s2	0,951***
		s3	0,789***
		s4	0,808***
		s13	0,778***
		s14	0,862***
İçgörü	F4	s15	0,760***
		s16	0,774***
		s19	0,882***
		s20	0,783***
		s55	0,799***
		s56	0,767***
		s57	0,883***
		s58	0,782***
Hareket / Aktivite		s9	0,847***
Sorunları	F5	s10	0,816***
		s39	0,945***

		s40	0,809***
		s41	0,743***
		s42	0,834***
		s75	0,863***
		s76	0,847***
		s63	0,931***
		s64	0,915***
		s65	0,739***
Cinsel Sorunlar	F6	s66	0,649***
		s67	0,936***
		s68	0,924***
		s69	0,865***
		s70	0,841***
		s33	0,725***
		s34	0,684***
Yeme Sorunları	F7	s35	0,994***
		s36	0,832***
		s37	0,688***
		s38	0,813***
Sosyal Destek Sorunları	F8	s11	0,876***
		s12	0,945***
		s17	0,837***
		s18	0,724***

Şekil 4.1 ve Tablo 4.2’de görüldüğü üzere sekiz faktör altındaki ölçek maddelerinin tamamının standardize regresyon ağırlıklarının 0,50’nin üzerinde olduğu görülmektedir. Ölçüm modelinin uyum iyiliği değerleri Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Pilot Çalışma DFA Uyum İyiliği Değerleri

Uyum İyiliği Kriteri	Uyum İyiliği Değeri	Uyum Şartı	
		Mükemmel	Kabul Edilebilir

		Uyum	Uyum
χ^2/df	3,868	<3	<5
GFI	0,965	>0,95	>0,90
AGFI	0,963	>0,95	>0,90
TLI	0,961	>0,95	>0,90
CFI	0,962	>0,95	>0,90
RMSEA	0,063	<0,05	<0,08

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere χ^2/df ve RMSEA değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu; GFI, AGFI, TLI ve CFI değerlerinin ise mükemmel uyum düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin sekiz faktörlü yapısının örneklemden elde edilen veri ile uyum sağladığı doğrulanmıştır. Nihai ölçek Ek 7'de sunulmuştur.

4.2. ANA ÇALIŞMA

Bu başlık altında, Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin nihai formu (Ek 7) kullanılarak toplam 450 katılımcıdan elde edilen verilerin analizinde ulaşılan bulgular raporlanmaktadır.

4.2.1. Madde Analizleri

Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini incelemekten önce söz konusu ölçeğin madde analizleri gerçekleştirilmiştir (Erkuş, 2012). Bu kapsamda, ölçek maddelerinin aritmetik ortalama, standart sapma, madde-toplam puan korelasyonu ve madde ayırt edicilikleri incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Madde Analizi Sonuçları

Madde	n	Ort.	ss	Madde-Toplam Korelasyonu	Ayırt Edicilik t Değeri (Alt %27-Üst%27)
s71	450	2,14	1,14	,785**	-22,065**
s72	450	2,01	1,09	,762**	-20,812**
s73	450	2,36	1,11	,655**	-14,946**
s74	450	2,12	1,10	,782**	-21,581**
s77	450	2,14	1,10	,771**	-21,434**
s78	450	2,21	1,14	,766**	-23,636**
s79	450	2,08	1,13	,784**	-23,603**
s80	450	2,31	1,14	,682**	-18,142**
s81	450	2,29	1,11	,718**	-17,678**
s82	450	2,18	1,10	,729**	-20,481**
s83	450	2,20	1,09	,769**	-23,255**
s84	450	2,32	1,10	,672**	-15,971**
s85	450	2,18	1,08	,715**	-18,923**
s86	450	2,22	1,13	,691**	-18,995**
s87	450	2,18	1,07	,764**	-23,523**
s88	450	2,65	1,17	,657**	-16,666**
s89	450	2,07	1,10	,712**	-18,187**
s90	450	2,34	1,14	,696**	-17,933**
s5	450	1,76	,69	,648**	-13,306**
s6	450	2,19	,93	,472**	-8,868**
s7	450	1,96	,89	,537**	-10,242**
s8	450	1,96	,84	,498**	-7,974**
s43	450	2,00	,81	,462**	-8,174**
s44	450	2,00	,80	,491**	-8,034**
s45	450	1,96	,90	,494**	-8,346**
s46	450	2,31	,95	,523**	-9,695**
s47	450	2,18	,91	,546**	-10,418**
s48	450	1,93	,90	,492**	-9,037**
s49	450	2,25	1,02	,477**	-8,682**

s50	450	2,13	,86	,574**	-9,839**
s51	450	3,22	1,07	,544**	-12,204**
s52	450	2,29	1,09	,481**	-9,697**
s53	450	2,43	1,09	,527**	-11,161**
s54	450	2,66	,71	,652**	-13,656**
s21	450	2,41	1,04	,570**	-13,476**
s22	450	2,30	,98	,651**	-15,254**
s23	450	2,27	,94	,596**	-13,559**
s24	450	2,42	1,04	,682**	-16,996**
s25	450	2,26	,99	,697**	-16,512**
s26	450	2,46	1,04	,615**	-15,351**
s27	450	2,28	1,03	,673**	-15,025**

Tablo 4.4. Madde Analizi Sonuçları (Devamı)

Madde	n	Ort.	ss	Madde-Toplam Korelasyonu	Ayırt Edicilik t Değeri (Alt %27-Üst%27) ¹
s28	450	2,26	1,05	,598**	-13,09**
s29	450	2,22	1,06	,619**	-13,688**
s30	450	2,07	1,05	,574**	-14,075**
s31	450	2,44	1,00	,675**	-17,557**
s32	450	2,52	1,18	,577**	-14,542**
s59	450	2,53	1,03	,708**	-19,553**
s60	450	2,42	,99	,680**	-17,289**
s1	450	2,43	,93	,772**	-21,093**
s2	450	2,88	1,30	,624**	-15,361**
s3	450	2,46	1,13	,700**	-17,988**
s4	450	2,47	1,10	,712**	-17,784**
s13	450	2,58	1,11	,719**	-20,324**
s14	450	2,68	1,18	,724**	-21,228**
s15	450	2,61	1,01	,763**	-21,679**
s16	450	2,61	1,04	,752**	-21,142**
s19	450	2,96	1,27	,679**	-18,784**
s20	450	2,62	1,04	,746**	-20,81**

s55	450	2,91	1,35	,618**	-14,978**
s56	450	2,95	1,20	,624**	-15,612**
s57	450	2,84	1,22	,685**	-17,839**
s58	450	2,54	,97	,742**	-18,654**
s9	450	2,69	1,15	,750**	-19,294**
s10	450	2,39	,94	,749**	-18,515**
s39	450	2,51	1,13	,750**	-18,55**
s40	450	2,55	1,22	,617**	-13,789**
s41	450	2,59	1,23	,613**	-13,598**
s42	450	2,77	1,21	,723**	-18,128**
s75	450	2,56	1,19	,693**	-17,457**
s76	450	2,52	1,13	,695**	-17,102**
s63	450	1,98	1,07	,577**	-12,284**
s64	450	1,70	,88	,486**	-8,973**
s65	450	1,75	,99	,608**	-12,342**
s66	450	1,70	,92	,566**	-11,556**
s67	450	2,30	1,14	,629**	-13,359**
s68	450	2,13	,95	,642**	-13,921**
s69	450	1,70	,93	,579**	-11,512**
s70	450	1,70	,92	,606**	-12,142**
s33	450	2,45	1,27	,435**	-9,746**
s34	450	2,69	1,32	,314**	-3,926**
s35	450	2,68	1,27	,334**	-6,88**
s36	450	2,62	1,29	,470**	-9,848**
s37	450	2,64	1,34	,306**	-5,876**
s38	450	2,75	1,27	,364**	-7,213**
s11	450	2,07	1,11	,445**	-10,16**
s12	450	2,26	1,23	,418**	-7,988**
s17	450	2,26	1,11	,606**	-12,06**
s18	450	2,49	1,37	,497**	-10,342**

** $p < .05$; ¹ $n_{(\text{Alt \%27})} = n_{(\text{Üst \%27})} = 122$

Maddelerin aritmetik ortalamalarının 1.70 ile 3.22 arasında, standart sapmalarının ise 0.69 ile 1.37 arasında değiştiği gözlenmiştir. Bu değerler, maddelerin çoğunluğunun orta düzeyde zorlukta olduğunu ve yeterli varyansa sahip olduğunu göstermektedir.

Madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde, tüm maddelerin .01 düzeyinde anlamlı ve pozitif korelasyonlar gösterdiği bulunmuştur ($p < .01$). En düşük madde-toplam korelasyonu s37 maddesi için $r = .306$ olarak, en yüksek madde-toplam korelasyonu ise s71 maddesi için $r = .785$ olarak hesaplanmıştır. Maddelerin.30'un üzerinde korelasyon değerine sahip olması, ölçek maddelerinin ölçülmek istenen yapıyı iyi temsil ettiğini göstermektedir (Field, 2024).

Maddelerin ayırt edicilik güçlerini belirlemek amacıyla, ölçek toplam puanına göre oluşturulan alt %27 ve üst %27'lik gruplar arasında bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları, tüm maddelerin alt ve üst grupları .01 düzeyinde anlamlı şekilde ayırt ettiğini göstermiştir ($p < .01$). En düşük t değeri s34 maddesi için $t(242) = -3.926$, en yüksek t değeri ise s78 maddesi için $t(242) = -23.636$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, her bir maddenin ölçmeye çalıştığı niteliğe sahip olanlarla olmayanları iyi düzeyde ayırt edebildiğini göstermektedir.

Ayrıca, Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nin toplam puanına ilişkin betimsel istatistikler de incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, ölçek toplam puanının ortalaması 2.34 ($ss = 0.66$) olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan en düşük puan 1.01, en yüksek puan ise 4.73'tür. Bu sonuçlar, katılımcıların genel olarak ölçek maddelerine orta düzeyde katılım gösterdiklerine işaret etmektedir. Bunun yanında, dağılımın normalliğini değerlendirmek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Toplam puan için çarpıklık katsayısı 0.407 ve basıklık katsayısı 0.081 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, dağılımın normale yakın olduğunu göstermektedir. Genel bir kural olarak, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında olması, dağılımın normalden aşırı sapma göstermediğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2019). Sonuç olarak, Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nin toplam puanına ilişkin betimsel istatistikler, ölçeğin orta düzeyde bir ortalamaya sahip olduğunu ve puanların normal dağıldığını göstermektedir.

4.2.2. Geçerlilik Analizleri

Psikiyatrik ilaç tedavisine uyum ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesinde keşfedici faktör analizi ve PİTUÖ doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında, geçerlilik kapsamında söz konusu ölçeğin yakınsak geçerliliği ve ayırışım geçerliliği de incelenmiştir.

4.2.2.1. Keşfedici Faktör Analizi

KFA kapsamında öncelikle verilerin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Bartlett küresellik testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.5'te sunulmuştur.

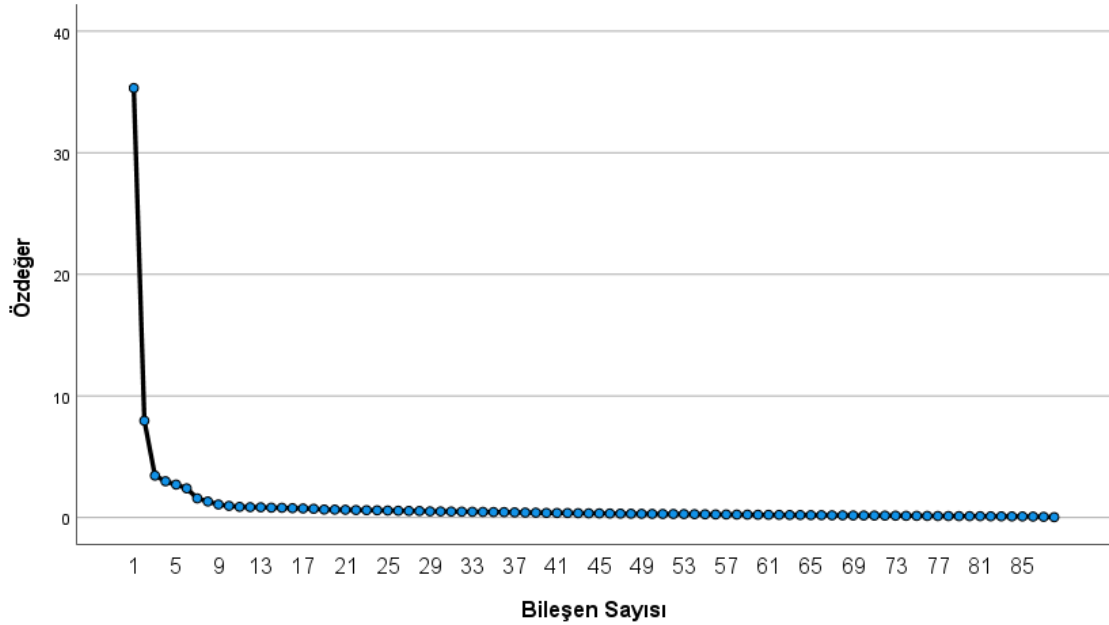
Tablo 4.5. KMO ve Bartlett Test Sonuçları

Test	Sonuç
KMO Örneklem Yeterliliği	,970
χ^2	35684,406
Bartlett Küresellik Testi	sd
	3828
	p
	,000

Tablo 4.5'te görüldüğü üzere, KMO örneklem yeterliliği ölçüsü .970 olarak bulunmuştur. Bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel olduğunu göstermektedir. Bartlett'in küresellik testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($\chi^2_{(3828)} = 35684.406$, $p < .001$). Bu sonuç değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir.

Temel bileşenler analizi, özdeğeri 1'den büyük olan dokuz faktör ortaya çıkarmıştır. Yamaç birikinti (scree plot) grafiği (Şekil 4.2) incelendiğinde, dokuzuncu faktörden itibaren grafiğin yatay seyrettiği görülmüştür. Yapılan incelemede dokuzuncu faktörde iki maddenin (44 ve 45.maddeler) yüklendiği ve söz konusu maddelerin faktör yüklerinin sırasıyla 0,426 ve 0,410 olduğu görülmüştür. Bu iki maddenin aslında ikinci faktörde de yüklendikleri ve bu faktör altında faktör yüklerinin sırasıyla 0,637 ve 0,721

olduğu görülmüştür. Maddelerin farklı boyutlardaki faktör yükleri arasındaki farkın 0,10'dan büyük olması nedeniyle söz konusu maddelerin ikinci faktör altında yer aldıkları kabul edilmiştir (Tabachnick ve ark., 2013). Bu çerçevede KFA sekiz faktörle sınırlandırılarak analiz tekrar edilmiştir.



Şekil 4.2. Yamaç Birikinti Grafiği

Özdeğeri 1'in üzerinde olan sekiz faktörün özdeğer ve açıkladıkları varyans oranları Tablo 4.6'da sunulmuştur. Sekiz faktörün, toplam varyansın %65.642'sini açıkladığı görülmektedir.

Tablo 4.6. Özdeğer ve Açıklanan Varyans Sonuçları

Bileşen	Başlangıç Özdeğerleri			Döndürülmüş Kareler Toplamı		
	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Kümülatif Varyans (%)	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Kümülatif Varyans (%)
1	35,329	40,147	40,147	11,359	12,907	12,907
2	7,968	9,055	49,202	10,901	12,387	25,295
3	3,455	3,926	53,127	9,673	10,992	36,287
4	2,988	3,395	56,522	9,329	10,601	46,888
5	2,716	3,086	59,608	6,194	7,039	53,927
6	2,403	2,731	62,339	4,528	5,145	59,072

7	1,583	1,798	64,137	3,497	3,974	63,045
8	1,324	1,504	65,642	2,285	2,596	65,642

KFA sonucunda ulaşılan faktör yükleri Tablo 4.7’de sunulmuştur. Faktör yükleri incelendiğinde, tüm maddelerin .482 ile .860 arasında değişen yük değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre;

- "Biliş / Dikkat Sorunları" faktörü 18 madde,
- "Yanlış İnanışlar" faktörü 16 madde,
- "Uyku Sorunları" faktörü 14 madde,
- "İçgörü" faktörü 14 madde,
- "Hareket / Aktivite Sorunları" faktörü 8 madde,
- "Cinsel Sorunlar" faktörü 8 madde,
- "Yeme Sorunları" faktörü 6 madde,
- "Sosyal Destek Sorunları" faktörü 4 maddeden oluşmaktadır.

Tablo 4.7. KFA Sonuçları

Faktör	Madde	Faktör Yükleri							
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Biliş / Dikkat Sorunları	s71	,549							
	s72	,596							
	s73	,541							
	s74	,670							
	s77	,687							
	s78	,683							
	s79	,693							
	s80	,617							
	s81	,683							
	s82	,720							
	s83	,699							
	s84	,592							
	s85	,739							

	s86	,715	
	s87	,681	
	s88	,495	
	s89	,686	
	s90	,597	
Yanlış İnanışlar	s5	,860	
	s6	,633	
	s7	,648	
	s8	,656	
	s43	,639	
	s44	,661	
	s45	,743	
	s46	,735	
	s47	,693	
	s48	,639	
	s49	,615	
	s50	,712	
	s51	,765	
	s52	,643	
	s53	,653	
	s54	,852	
Uyku Sorunları	s21		,524
	s22		,581
	s23		,627
	s24		,604
	s25		,662
	s26		,607
	s27		,599
	s28		,779
	s29		,769
	s30		,669
	s31		,734

s32	,652
s59	,730
s60	,710

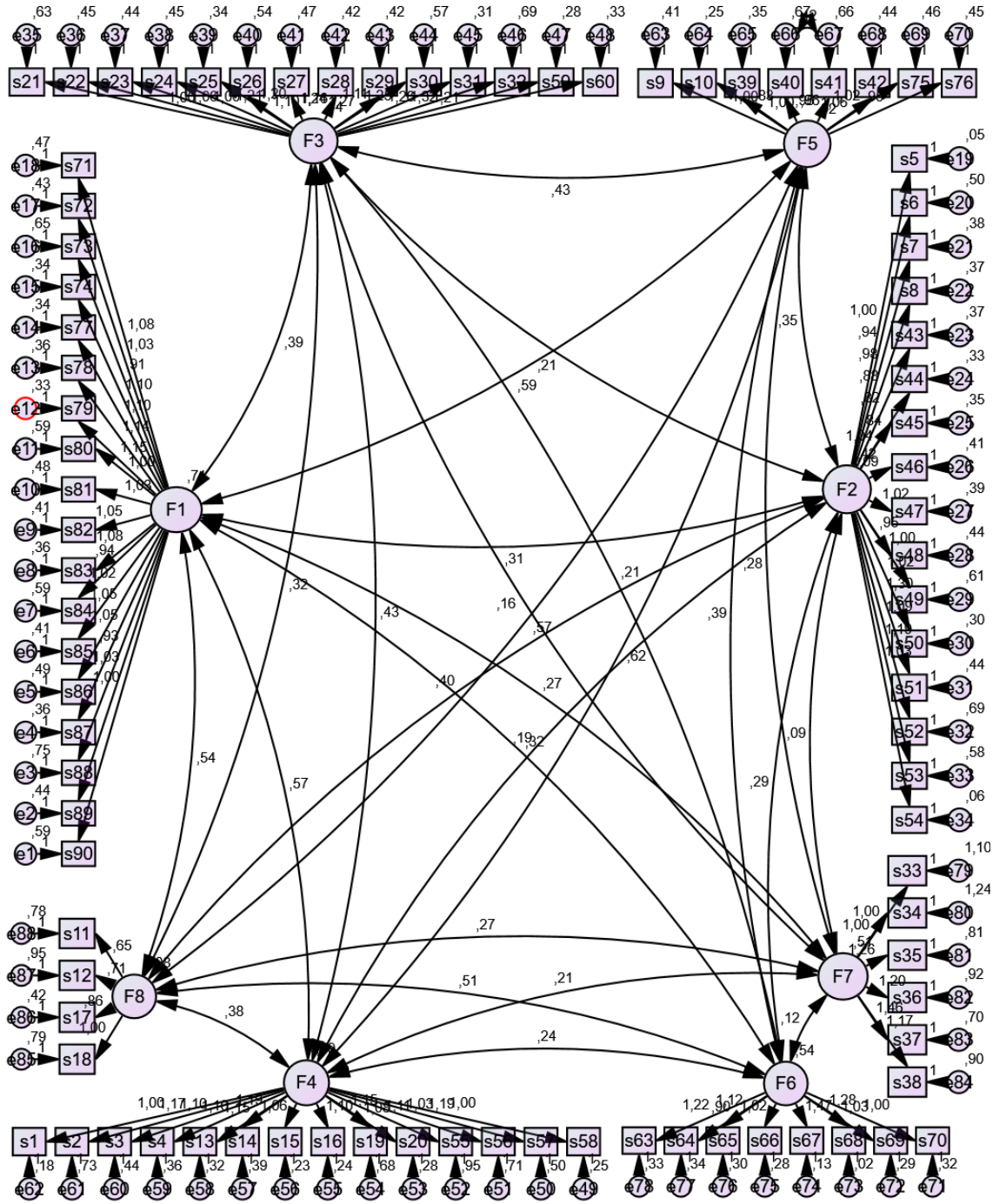
Tablo 4.7. KFA Sonuçları (Devamı)

Faktör	Madde	Faktör Yükleri							
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
İçgörü	s1			,670					
	s2			,690					
	s3			,653					
	s4			,675					
	s13			,680					
	s14			,664					
	s15			,637					
	s16			,635					
	s19			,650					
	s20			,647					
	s55			,631					
	s56			,697					
	s57			,705					
	s58			,622					
Hareket / Aktivite Sorunları	s9						,524		
	s10						,553		
	s39						,558		
	s40						,744		
	s41						,758		
	s42						,644		
	s75						,635		
	s76						,590		
Cinsel	s63						,704		

Sorunlar	s64	,738
	s65	,724
	s66	,765
	s67	,792
	s68	,840
	s69	,743
	s70	,677
Yeme Sorunları	s33	,523
	s34	,676
	s35	,753
	s36	,646
	s37	,792
	s38	,678
Sosyal Destek Sorunları	s11	,607
	s12	,716
	s17	,482
	s18	,708

4.2.2.2. PİTUÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi

Keşfedici faktör analizi sonucunda ulaşılan ölçek yapısını doğrulamak amacıyla PİTUÖ doğrulayıcı faktör analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. Ölçüm modeli Şekil 4.3'te, analiz sonuçları ise Tablo 4.8'de sunulmuştur.



Şekil 4.3. DFA Ölçüm Modeli

Tablo 4.8. DFA Sonuçları

Boyut	Kod	Madde	Regresyon Ağırlığı
Biliş / Dikkat Sorunları	F1	s71	0,799***
		s72	0,798***
		s73	0,689***

		s74	0,846***
		s77	0,846***
		s78	0,850***
		s79	0,860***
		s80	0,741***
		s81	0,783***
		s82	0,812***
		s83	0,836***
		s84	0,717***
		s85	0,804***
		s86	0,785***
		s87	0,828***
		s88	0,670***
		s89	0,794***
		s90	0,740***
		s5	0,943***
		s6	0,651***
		s7	0,719***
		s8	0,683***
		s43	0,655***
		s44	0,687***
		s45	0,751***
		s46	0,740***
		s47	0,725***
		s48	0,682***
		s49	0,637***
		s50	0,770***
		s51	0,785***
		s52	0,650***
		s53	0,713***
		s54	0,940***
Yanlış İnanışlar	F2		
Uyku Sorunları	F3	s21	0,640***

	s22	0,723***
	s23	0,707***
	s24	0,768***
	s25	0,805***
	s26	0,702***
	s27	0,744***
	s28	0,786***
	s29	0,792***
	s30	0,699***
	s31	0,832***
	s32	0,711***
	s59	0,855***
	s60	0,816***

Tablo 4.8. DFA Sonuçları (Devamı)

Boyut	Kod	Madde	Regresyon Ağırlığı
		s1	0,889***
		s2	0,753***
		s3	0,812***
		s4	0,836***
		s13	0,859***
		s14	0,847***
		s15	0,878***
		s16	0,883***
		s19	0,758***
		s20	0,861***
		s55	0,689***
		s56	0,716***
		s57	0,814***
		s58	0,859***
		s9	0,831***
Hareket / Aktivite		s10	0,845***
Sorunları	F5	s39	0,851***

		s40	0,742***
		s41	0,749***
		s42	0,837***
		s75	0,823***
		s76	0,804***
		s63	0,840***
		s64	0,750***
		s65	0,832***
Cinsel Sorunlar	F6	s66	0,816***
		s67	0,947***
		s68	0,987***
		s69	0,813***
		s70	0,793***
		s33	0,564***
		s34	0,540***
Yeme Sorunları	F7	s35	0,708***
		s36	0,665***
		s37	0,780***
		s38	0,661***
Sosyal Destek Sorunları	F8	s11	0,612***
		s12	0,606***
		s17	0,811***
		s18	0,761***

Şekil 4.3 ve Tablo 4.8’de görüldüğü üzere sekiz faktör altındaki ölçek maddelerinin tamamının standardize regresyon ağırlıklarının 0,50’nin üzerinde olduğu görülmektedir. Ölçüm modelinin uyum iyiliği değerleri Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. DFA Uyum İyiliği Değerleri

Uyum İyiliği Kriteri	Uyum İyiliği Değeri	Uyum Şartı	
		Mükemmel	Kabul Edilebilir

		Uyum	Uyum
χ^2/df	1,897	<3	<5
GFI	0,735	>0,95	>0,90
AGFI	0,720	>0,95	>0,90
TLI	0,901	>0,95	>0,90
CFI	0,903	>0,95	>0,90
RMSEA	0,045	<0,05	<0,08

Tablo 4.39’da görüldüğü üzere χ^2/df ve RMSEA değerlerinin mükemmel düzeyde; GFI, AGFI, TLI ve CFI değerlerinin ise kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiği belirlenmiştir. Diğer taraftan, GFI ve AGFI değerlerinin zayıf uyum gösterdiği görülmektedir. Bu durum, söz konusu bu iki uyum indeksinin örneklem büyüklüğüne karşı aşırı hassas olmalarından (Sümer, 2000; Tabachnick ve ark., 2013) kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuçlara göre Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin sekiz faktörlü yapısının örneklemde elde edilen veri ile uyum sağladığı doğrulanmıştır.

4.2.2.3. Yakınsak ve Ayrışım Geçerliliği

Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin yakınsak ve ayrışım geçerliliğinin incelenmesi kapsamında gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Yakınsak ve Ayrışım Geçerliliği Sonuçları

Değişkenler	CR	AVE	Korelasyon							
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1)Biliş/Dikkat Sorunları	0,967	0,625	0,791							
(2)Yanlış İnanışlar	0,949	0,546	,556**	0,739						
(3)Uyku Sorunları	0,949	0,575	,678**	,470**	0,758					
(4)İçgörü	0,966	0,643	,782**	,345**	,739**	0,802				
(5)Hareket/Aktivite Sorunları	0,939	0,658	,681**	,531**	,625**	,709**	0,811			
(6)Cinsel Sorunlar	0,954	0,724	,519**	,637**	,432**	,384**	,533**	0,851		
(7)Yeme Sorunları	0,819	0,433	,404**	,163**	,316**	,347**	,360**	,208**	0,658	
(8)Sosyal Destek Sorunları	0,794	0,495	,533**	,486**	,386**	,372**	,486**	,573**	,305**	0,704

Tablonun korelasyon bölümünde köşegen olarak ve kalın puntolarla gösterilen hücreler $\sqrt{\text{AVE}}$ değerini yansıtmaktadır.

Yakınsak geçerliliğinin sağlandığının kabul edilebilmesi için CR (Bileşik Güvenilirlik–Composite Reliability) değerinin 0,60’dan, AVE (Ortalama Varyans Çıktısı–Average Variance Extracted) değerinin 0,50’den büyük olması gerektiği belirtilmektedir (Fornell ve Larcker, 1981; Hair ve ark., 2010). Bu çerçevede yapılan incelemede;

- CR açısından, tüm alt boyutların CR değerlerinin 0.7'nin üzerinde olduğu gözlemlenmiştir. Bu değerler 0.794 (Sosyal Destek Sorunları) ile 0.967 (Biliş/Dikkat Sorunları) arasında değişmektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin tüm alt boyutlarının yeterli iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir (Fornell ve Larcker, 1981).
- AVE değerleri incelendiğinde, altı alt boyutun (Biliş/Dikkat Sorunları, Yanlış İnanışlar, Uyku Sorunları, İçgörü, Hareket/Aktivite Sorunları ve Cinsel Sorunlar) 0.5 eşik değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, Yeme Sorunları (0.433) ve Sosyal Destek Sorunları (0.495) alt boyutlarında 0.5 eşik değerinin hemen altında kalmıştır.
- Altı alt boyut (Biliş/Dikkat Sorunları, Yanlış İnanışlar, Uyku Sorunları, İçgörü, Hareket/Aktivite Sorunları ve Cinsel Sorunlar) hem CR (>0.7) hem de AVE (>0.5) kriterlerini karşılamaktadır. Bu durum, bu alt boyutların yakınsak geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir (Fornell ve Larcker, 1981; Hair ve ark., 2010).
- Yeme Sorunları ve Sosyal Destek Sorunları alt boyutları ise AVE değerleri açısından önerilen eşik değerin altında kalmıştır. Bununla birlikte, bu iki alt boyutun CR değerleri kabul edilebilir sınırın (>0.60) önemli ölçüde üzerindedir (sırasıyla 0,819 ve 0,794). Malhotra (2020), AVE'nin bazen çok katı bir ölçüt olabileceğini ve yalnızca CR'nin yeterli yakınsak geçerlilik için kabul edilebileceğini öne sürmüştür. Bu görüşe dayanarak, bu iki alt boyutun da yakınsak geçerliliğe sahip olduğu söylenebilir.
- Sonuç olarak, ölçeğin genel olarak yeterli düzeyde yakınsak geçerliliğe sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrışım geçerliliği ise Fornell-Larcker kriteri kullanılarak incelenmiştir. Fornell-Larcker kriterine göre, her bir yapının AVE değerinin karekökü ($\sqrt{AVE}$), o

yapının diğer yapılarla olan korelasyonlarından büyük olmalıdır (Fornell ve Larcker, 1981).

AVE değerlerinin karekökü, Biliş/Dikkat Sorunları boyutu için 0.791, Yanlış İnanışlar boyutu için 0.739, Uyku Sorunları boyutu için 0.758, İçgörü boyutu için 0.802, Hareket/Aktivite Sorunları boyutu için 0.811, Cinsel Sorunlar boyutu için 0.851, Yeme Sorunları boyutu için 0.658 ve Sosyal Destek Sorunları boyutu için 0.704 olarak hesaplanmıştır. Tüm boyutlarda $\sqrt{\text{AVE}}$ değerinin, ilgili boyutun diğer boyutlarla korelasyonundan daha büyük olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlara göre, ölçeğin tüm alt boyutları Fornell-Larcker kriterini karşılamaktadır. Bu durum, her bir alt boyutun diğer alt boyutlardan yeterince ayrıştığını ve ölçeğin ayrışım geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir.

4.2.3. Güvenilirlik Analizi

Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin güvenilirliğini belirlenmek amacıyla iç tutarlılık güvenilirliği (Cronbach's alpha katsayısı) ve test-tekrar test güvenilirliği incelenmiştir.

4.2.3.1. Cronbach's Alpha İç Tutarlılık Güvenirliği

Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin iç tutarlılığının incelenmesi kapsamında Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Değişkenler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Biliş/Dikkat Sorunları	18	,967
Yanlış İnanışlar	16	,945
Uyku Sorunları	14	,949

İçgörü	14	,964
Hareket/Aktivite Sorunları	8	,940
Cinsel Sorunlar	8	,954
Yeme Sorunları	6	,815
Sosyal Destek Sorunları	4	,796
Toplam	88	,981

Ölçeğin genel Cronbach's alpha katsayısı .981 olarak bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach's alpha katsayılarının .796 ile .967 arasında değiştiği görülmektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin genelinin yüksek iç tutarlılığa, alt boyutlarının ise kabul edilebilir ile yüksek arasında değişen düzeylerde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir (George ve Mallery, 2019).

4.2.3.2. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinin test-tekrar test güvenirlik katsayısını tespit etmek amacıyla ölçeğin nihai formu 50 katılımcıdan oluşan bir gruba iki haftalık aralıklarla iki defa uygulanmıştır. Test ve tekrar test ölçümleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Test-Tekrar Test Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Test-Tekrar Test Korelasyon Katsayısı	p
Biliş/Dikkat Sorunları	,756	,000
Yanlış İnanışlar	,726	,000
Uyku Sorunları	,708	,000

İçgörü	,756	,000
Hareket/Aktivite Sorunları	,701	,000
Cinsel Sorunlar	,746	,000
Yeme Sorunları	,767	,000
Sosyal Destek Sorunları	,812	,000
Toplam	,835	,000

Kalaycı'ya (2018) göre, iki uygulama sonucunda ortaya çıkan korelasyon katsayısının 0.70 ile 0.89 aralığında olması yüksek seviyede bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir. Tablo 4.12'de görüldüğü üzere, uygulamaların her ikisinden alınan ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı 0.835'tir. Ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test ölçümleri arasındaki korelasyonların 0,701-0,812 arasında değiştiği görülmektedir. Bu bulgular, ölçeğin ölçme sonuçları arasında yüksek düzeyde bir ilişkinin olduğunu ve ölçme sonuçlarının kararlı olduğunu göstermektedir.

4.2.5 Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların İncelenmesi

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Tablo 4.13. Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları

Değişkenler	Ort.	ss	Uyumsuzluk Düzeyi
Biliş/Dikkat Sorunları	2,22	,89	Düşük
Yanlış İnanışlar	2,20	,68	Düşük
Uyku Sorunları	2,35	,80	Düşük
İçgörü	2,68	,94	Orta
Hareket/Aktivite Sorunları	2,57	,97	Düşük
Cinsel Sorunlar	1,87	,85	Düşük

Yeme Sorunları	2,64	,93	Orta
Sosyal Destek Sorunları	2,27	,95	Düşük
Toplam	2,34	,66	Düşük

Araştırmada kullanılan 5'li Likert tipi ölçek için puan aralıklarının belirlenmesinde aralık genişliği formülü kullanılmıştır. Bu formüle göre "Aralık Genişliği = (En Yüksek Değer - En Düşük Değer) / Grup Sayısı" şeklinde hesaplama yapılmaktadır. Bu doğrultuda aralık genişliği $(5-1)/5 = 0.80$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre puan aralıkları:

- 1.00 - 1.80: Çok Düşük Uyumsuzluk (Çok Yüksek Uyum)
- 1.81 - 2.60: Düşük Uyumsuzluk (Yüksek Uyum)
- 2.61 - 3.40: Orta Düzey Uyumsuzluk (Orta Düzey Uyum)
- 3.41 - 4.20: Yüksek Uyumsuzluk (Düşük Uyum)
- 4.21 - 5.00: Çok Yüksek Uyumsuzluk (Çok Düşük Uyum) şeklinde belirlenmiştir (Pimentel, 2010).

Tablo 4.13'te görülen analiz sonuçlarına göre, ölçek toplam puanı ortalamasının 2.34 (ss = 0.66) ile "düşük uyumsuzluk" düzeyinde olduğu, diğer bir deyişle katılımcıların ilaç tedavisine yüksek düzeyde uyum gösterdikleri belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde; İçgörü (Ort. = 2.68, ss = 0.94) ve Yeme Sorunları (Ort. = 2.64, ss = 0.93) boyutlarında "orta düzey uyumsuzluk"; Hareket/Aktivite Sorunları (Ort. = 2.57, ss = 0.97), Uyku Sorunları (Ort. = 2.35, ss = 0.80), Sosyal Destek Sorunları (Ort. = 2.27, ss = 0.95), Biliş/Dikkat Sorunları (Ort. = 2.22, ss = 0.89), Yanlış İnanışlar (Ort. = 2.20, ss = 0.68) ve Cinsel Sorunlar (Ort. = 1.87, ss = 0.85) boyutlarında ise "düşük uyumsuzluk" düzeyi saptanmıştır.

Alt boyutlar detaylı incelendiğinde, en yüksek uyumsuzluk puanının İçgörü boyutunda olduğu görülmektedir. Bu durum, hastaların hastalıklarını kabul etme ve tedavi gerekliliğini anlama konusunda daha fazla zorluk yaşadıklarını göstermektedir. Yeme Sorunları boyutundan alınan puanların da orta düzeyde olması, ilaç kullanımının yeme alışkanlıkları üzerindeki etkilerinin tedaviye uyumu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Hareket/Aktivite Sorunları boyutundan alınan puanlar, düşük uyumsuzluk kategorisinde olmasına rağmen, diğer boyutlara kıyasla görece daha

yüksektir (Ort. = 2.57). Cinsel Sorunlar boyutunun en düşük ortalamaya sahip olması (Ort. = 1.87), hastaların cinsel işlev ile ilgili yan etkileri tedaviye uyumsuzluk için önemli bir neden olarak görmediklerini göstermektedir.

Bu bulgular, katılımcıların genel olarak ilaç tedavisine yüksek düzeyde uyum gösterdiklerini, ancak içgörü eksikliği ve yeme sorunları nedeniyle orta düzeyde uyumsuzluk yaşadıklarını göstermektedir. Bu durum, özellikle bu iki alanda müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.

4.2.5 Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Çalışmanın bu bölümünde Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden alınan puanlar, katılımcıların demografik özelliklere göre incelenmiştir. Bu kapsamda iki kategorili değişkenler için t-test, ikiden fazla kategorili değişkenler için ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlere yönelik incelemede ise korelasyon analizi kullanılmıştır.

4.2.5.1 Cinsiyete Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Ölçek toplam puanları incelendiğinde, kadınların (Ort. = 2.35, ss = 0.63) ve erkeklerin (Ort. = 2.33, ss = 0.69) ilaç tedavisine benzer düzeyde uyum gösterdikleri görülmüştür ($t = 0.406$, $p = .685$). Alt boyutlar açısından bakıldığında, Biliş/Dikkat Sorunları ($t = 0.537$, $p = .591$), Yanlış İnanışlar ($t = -0.543$, $p = .587$), Uyku Sorunları ($t = 1.155$, $p = .249$), İçgörü ($t = 0.743$, $p = .458$), Hareket/Aktivite Sorunları ($t = 0.512$, $p = .609$), Cinsel Sorunlar ($t = -0.410$, $p = .682$), Yeme Sorunları ($t = -1.005$, $p = .315$) ve Sosyal Destek Sorunları ($t = 0.695$, $p = .488$) boyutlarının hiçbirinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumun cinsiyete göre farklılaşmadığını göstermektedir.

Tablo 4.13. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Cinsiyete Göre İncelenmesine Yönelik T-Testi Sonuçları

Değişken	Cinsiyet	n	Ort.	ss	t	p
Toplam	Kadın	237	2,35	,63	,406	,685
	Erkek	213	2,33	,69		
Biliş / Dikkat Sorunları	Kadın	237	2,24	,88	,537	,591
	Erkek	213	2,20	,91		
Yanlış İnanışlar	Kadın	237	2,19	,65	-,543	,587
	Erkek	213	2,22	,70		
Uyku Sorunları	Kadın	237	2,39	,78	1,155	,249
	Erkek	213	2,30	,81		
İçgörü	Kadın	237	2,71	,86	,743	,458
	Erkek	213	2,65	1,02		
Hareket / Aktivite Sorunları	Kadın	237	2,59	,93	,512	,609
	Erkek	213	2,55	1,01		
Cinsel Sorunlar	Kadın	237	1,85	,85	-,410	,682
	Erkek	213	1,89	,85		
Yeme Sorunları	Kadın	237	2,60	,94	-1,005	,315
	Erkek	213	2,69	,92		
Sosyal Destek Sorunları	Kadın	237	2,30	,94	,695	,488
	Erkek	213	2,24	,97		

4.2.5.2 Eğitim Durumuna Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.14’te sunulmuştur.

Tablo 4.14. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Eğitim Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Analizi Sonuçları

Değişken	Eğitim	n	Ort.	ss	F	p
Toplam	İlköğretim	59	2,29	0,62	,188	,829
	Ortaöğretim	266	2,35	0,66		
	Üniversite	125	2,34	0,69		
Biliş / Dikkat Sorunları	İlköğretim	59	2,12	0,88	,477	,621
	Ortaöğretim	266	2,25	0,85		
	Üniversite	125	2,22	0,98		
Yanlış İnanışlar	İlköğretim	59	2,08	0,59	1,145	,319
	Ortaöğretim	266	2,21	0,66		
	Üniversite	125	2,23	0,74		
Uyku Sorunları	İlköğretim	59	2,42	0,76	,311	,733
	Ortaöğretim	266	2,33	0,82		
	Üniversite	125	2,35	0,76		
İçgörü	İlköğretim	59	2,72	0,86	,602	,548
	Ortaöğretim	266	2,71	0,96		
	Üniversite	125	2,6	0,93		
Hareket / Aktivite Sorunları	İlköğretim	59	2,58	1,08	,038	,963
	Ortaöğretim	266	2,56	0,95		
	Üniversite	125	2,59	0,97		

	İlköğretim	59	1,68	0,69		
Cinsel Sorunlar	Ortaöğretim	266	1,89	0,88	1,846	,159
	Üniversite	125	1,93	0,85		
	İlköğretim	59	2,62	1,02		
Yeme Sorunları	Ortaöğretim	266	2,65	0,91	,055	,946
	Üniversite	125	2,62	0,94		
	İlköğretim	59	2,16	0,94		
Sosyal Destek Sorunları	Ortaöğretim	266	2,25	0,95	1,055	,349
	Üniversite	125	2,36	0,97		

Ölçek toplam puanları açısından, ilköğretim (Ort. = 2.29, ss = 0.62), ortaöğretim (Ort. = 2.35, ss = 0.66) ve üniversite (Ort. = 2.34, ss = 0.69) mezunlarının ilaç tedavisine benzer düzeyde uyum gösterdikleri bulunmuştur ($F = 0.188$, $p = .829$). Alt boyutlar incelendiğinde; Biliş/Dikkat Sorunları ($F = 0.477$, $p = .621$), Yanlış İnanışlar ($F = 1.145$, $p = .319$), Uyku Sorunları ($F = 0.311$, $p = .733$), İçgörü ($F = 0.602$, $p = .548$), Hareket/Aktivite Sorunları ($F = 0.038$, $p = .963$), Cinsel Sorunlar ($F = 1.846$, $p = .159$), Yeme Sorunları ($F = 0.055$, $p = .946$) ve Sosyal Destek Sorunları ($F = 1.055$, $p = .349$) boyutlarının hiçbirinde eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumun eğitim düzeyine göre farklılaşmadığını göstermektedir.

4.2.5.3 Medeni Duruma Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Analiz sonuçları, ölçek toplam puanında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($F = 3.351$, $p = .036$). Scheffe post hoc analizi sonuçlarına göre, bekar katılımcıların (Ort. = 2.40, ss = 0.71) evli katılımcılara (Ort. = 2.26, ss = 0.62) kıyasla daha yüksek düzeyde ilaç tedavisine uyumsuzluk

gösterdikleri bulunmuştur. Boşanmış katılımcıların puanları (Ort. = 2.46, SS = 0.63) diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır.

Alt boyutlar incelendiğinde ise Biliş/Dikkat Sorunları ($F = 1.958$, $p = .142$), Yanlış İnanışlar ($F = 2.479$, $p = .085$), Uyku Sorunları ($F = 2.733$, $p = .066$), İçgörü ($F = 2.663$, $p = .071$), Hareket/Aktivite Sorunları ($F = 2.542$, $p = .080$), Cinsel Sorunlar ($F = 2.860$, $p = .058$), Yeme Sorunları ($F = 0.154$, $p = .857$) ve Sosyal Destek Sorunları ($F = 0.623$, $p = .537$) boyutlarının hiçbirinde medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluğun genel olarak bekar hastalarda evli hastalara göre daha yüksek olduğunu, ancak alt boyutlar özelinde medeni duruma göre belirgin bir farklılaşma olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.15. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Medeni Duruma Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Analizi Sonuçları

Değişken	Medeni Durum	n	Ort.	ss	F	P
Toplam	Bekar	182	2,40	0,71	3,351	,036*
	Evli	213	2,26	0,62		
	Boşanmış	55	2,46	0,63		
Biliş / Dikkat Sorunları	Bekar	182	2,27	0,96	1,958	,142
	Evli	213	2,14	0,83		
	Boşanmış	55	2,38	0,87		
Yanlış İnanışlar	Bekar	182	2,26	0,76	2,479	,085
	Evli	213	2,13	0,56		
	Boşanmış	55	2,29	0,75		
Uyku Sorunları	Bekar	182	2,43	0,82	2,733	,066
	Evli	213	2,26	0,80		
	Boşanmış	55	2,43	0,70		
İçgörü	Bekar	182	2,77	0,95	2,663	,071
	Evli	213	2,57	0,94		
	Boşanmış	55	2,81	0,88		

Hareket / Aktivite Sorunları	Bekar	182	2,64	1,03		
	Evli	213	2,47	0,93	2,542	,080
	Boşanmış	55	2,75	0,91		
Cinsel Sorunlar	Bekar	182	1,92	0,93		
	Evli	213	1,78	0,72	2,860	,058
	Boşanmış	55	2,05	1,01		
Yeme Sorunları	Bekar	182	2,66	0,92		
	Evli	213	2,61	0,95	,154	,857
	Boşanmış	55	2,65	0,90		
Sosyal Destek Sorunları	Bekar	182	2,32	1,01		
	Evli	213	2,22	0,90	,623	,537
	Boşanmış	55	2,31	0,97		

* $p < .05$

Not. Scheffe post hoc analizi sonuçlarına göre anlamlı fark “Bekar” ve “Evli” grupları arasındadır.

4.2.5.4 Ekonomik Duruma Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların ekonomik durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.16’da sunulmuştur.

Tablo 4.16. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Ekonomik Duruma Göre İncelenmesine Yönelik ANOVA Analizi Sonuçları

Değişken	Ekonomik Durum	n	Ort.	ss	F	P
Toplam	Kötü	108	2,34	0,69	,027	,973
	Orta	259	2,34	0,67		
	İyi	83	2,36	0,60		
Biliş / Dikkat Sorunları	Kötü	108	2,18	0,94	,206	,814
	Orta	259	2,24	0,90		

	İyi	83	2,22	0,82		
	Kötü	108	2,25	0,76	,382	,683
Yanlış İnanışlar	Orta	259	2,19	0,67		
	İyi	83	2,18	0,56		
	Kötü	108	2,37	0,75	,748	,474
Uyku Sorunları	Orta	259	2,31	0,83		
	İyi	83	2,43	0,74		
	Kötü	108	2,56	0,94	1,200	,302
İçgörü	Orta	259	2,71	0,94		
	İyi	83	2,75	0,92		
	Kötü	108	2,57	0,93	,027	,973
Hareket / Aktivite Sorunları	Orta	259	2,56	0,98		
	İyi	83	2,59	0,99		
	Kötü	108	1,96	0,92	1,261	,284
Cinsel Sorunlar	Orta	259	1,86	0,86		
	İyi	83	1,77	0,73		
	Kötü	108	2,68	0,89	,182	,833
Yeme Sorunları	Orta	259	2,62	0,93		
	İyi	83	2,66	1,00		
	Kötü	108	2,33	0,97	,270	,764
Sosyal Destek Sorunları	Orta	259	2,25	0,96		
	İyi	83	2,27	0,90		

Ölçek toplam puanları açısından, ekonomik durumu kötü (Ort. = 2.34, ss = 0.69), orta (Ort. = 2.34, ss = 0.67) ve iyi (Ort. = 2.36, ss = 0.60) olan katılımcıların benzer düzeyde ilaç tedavisine uyum gösterdikleri bulunmuştur ($F = 0.027$, $p = .973$).

Alt boyutlar incelendiğinde; Biliş/Dikkat Sorunları ($F = 0.206$, $p = .814$), Yanlış İnanışlar ($F = 0.382$, $p = .683$), Uyku Sorunları ($F = 0.748$, $p = .474$), İçgörü ($F = 1.200$, $p = .302$), Hareket/Aktivite Sorunları ($F = 0.027$, $p = .973$), Cinsel Sorunlar ($F = 1.261$,

$p = .284$), Yeme Sorunları ($F = 0.182$, $p = .833$) ve Sosyal Destek Sorunları ($F = 0.270$, $p = .764$) boyutlarının hiçbirinde ekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluğun ekonomik duruma göre farklılaşmadığını göstermektedir.

4.2.5.5 Sosyal Güvenceye Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların sosyal güvencelerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Ölçek toplam puanları açısından, sosyal güvencesi olan (Ort. = 2.33, ss = 0.66) ve olmayan (Ort. = 2.41, ss = 0.68) katılımcıların benzer düzeyde ilaç tedavisine uyumsuzluk gösterdikleri bulunmuştur ($t = -0.679$, $p = .497$).

Alt boyutlar incelendiğinde; Biliş/Dikkat Sorunları ($t = -0.799$, $p = .425$), Yanlış İnanışlar ($t = 0.764$, $p = .445$), Uyku Sorunları ($t = -1.876$, $p = .061$), İçgörü ($t = -1.538$, $p = .125$), Hareket/Aktivite Sorunları ($t = -0.711$, $p = .477$), Cinsel Sorunlar ($t = 1.480$, $p = .140$), Yeme Sorunları ($t = -0.690$, $p = .490$) ve Sosyal Destek Sorunları ($t = 1.399$, $p = .163$) boyutlarının hiçbirinde sosyal güvence durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluğun sosyal güvence durumuna göre farklılaşmadığını göstermektedir.

Tablo 4.17. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyal Güvenceye Göre İncelenmesine Yönelik T-Testi Sonuçları

Değişken	Sosyal Güvence	n	Ort.	ss	t	p
Toplam	Var	406	2,33	,66	-,679	,497
	Yok	44	2,41	,68		
Biliş / Dikkat Sorunları	Var	406	2,21	,88	-,799	,425
	Yok	44	2,32	,98		
Yanlış İnanışlar	Var	406	2,21	,68	,764	,445
	Yok	44	2,13	,67		

Uyku Sorunları	Var	406	2,32	,79	-1,876	,061
	Yok	44	2,56	,87		
İçgörü	Var	406	2,66	,94	-1,538	,125
	Yok	44	2,89	,90		
Hareket / Aktivite Sorunları	Var	406	2,56	,97	-,711	,477
	Yok	44	2,67	,97		
Cinsel Sorunlar	Var	406	1,89	,86	1,480	,140
	Yok	44	1,69	,79		
Yeme Sorunları	Var	406	2,63	,93	-,690	,490
	Yok	44	2,73	,95		
Sosyal Destek Sorunları	Var	406	2,29	,95	1,399	,163
	Yok	44	2,08	,94		

4.2.5.6 Düzenlik Kontrole Gitme Durumuna Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanların düzenli kontrole gitme durumlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere t-testi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.18’de sunulmuştur.

Tablo 4.18. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanların Düzenlik Kontrole Gitme Durumuna Göre İncelenmesine Yönelik T-Testi Sonuçları

Değişken	Düzenlik Kontrol	n	Ort.	ss	t	p
Toplam	Evet	395	2,32	,66	-1,979	,048*
	Hayır	55	2,51	,70		

Biliş / Dikkat Sorunları	Evet	395	2,20	,87	-1,705	,089
	Hayır	55	2,41	1,03		
Yanlış İnanışlar	Evet	395	2,18	,67	-1,512	,131
	Hayır	55	2,33	,69		
Uyku Sorunları	Evet	395	2,32	,79	-1,888	,060
	Hayır	55	2,54	,80		
İçgörü	Evet	395	2,65	,93	-1,792	,074
	Hayır	55	2,89	1,01		
Hareket / Aktivite Sorunları	Evet	395	2,55	,96	-1,495	,136
	Hayır	55	2,75	1,03		
Cinsel Sorunlar	Evet	395	1,86	,86	-,992	,322
	Hayır	55	1,98	,82		
Yeme Sorunları	Evet	395	2,62	,94	-1,267	,206
	Hayır	55	2,79	,87		
Sosyal Destek Sorunları	Evet	395	2,26	,96	-,400	,689
	Hayır	55	2,32	,87		

* $p < .05$

Analiz sonuçları, ölçek toplam puanında düzenli kontrole giden ve gitmeyen katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir ($t = -1.979$, $p < .05$). Düzenli kontrole gitmeyen katılımcıların (Ort. = 2.51, ss = 0.70) ilaç tedavisine uyumsuzluk düzeyleri, düzenli kontrole giden katılımcılara (Ort. = 2.32, ss = 0.66) göre daha yüksek bulunmuştur.

Alt boyutlar incelendiğinde; Biliş/Dikkat Sorunları ($t = -1.705$, $p = .089$), Yanlış İnanışlar ($t = -1.512$, $p = .131$), Uyku Sorunları ($t = -1.888$, $p = .060$), İçgörü ($t = -1.792$, $p = .074$), Hareket/Aktivite Sorunları ($t = -1.495$, $p = .136$), Cinsel Sorunlar ($t = -0.992$, $p = .322$), Yeme Sorunları ($t = -1.267$, $p = .206$) ve Sosyal Destek Sorunları ($t = -0.400$,

$p = .689$) boyutlarının hiçbirinde düzenli kontrole gitme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > .05$).

Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluğun genel olarak düzenli kontrole gitmeyen hastalarda daha yüksek olduğunu, ancak spesifik alt boyutlarda anlamlı bir farklılaşma olmadığını göstermektedir.

4.2.5.7 Sürekli Değişkenlere Yönelik Bulgular

Katılımcıların Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden aldıkları puanlar ile bazı sürekli değişkenler (yaş, tanı süresi, hastaneye yatış sayısı, psikiyatrik ilaç kullanma süresi, kullanılan psikiyatrik ilaç sayısı, kullanılan diğer ilaç sayısı) arasındaki ilişkileri incelemek üzere Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.19’da sunulmuştur.

Analiz sonuçları, ölçek toplam puanı ile yaş ($r = -0.017$, $p = .717$), tanı süresi ($r = 0.010$, $p = .836$), hastaneye yatış sayısı ($r = 0.018$, $p = .700$), psikiyatrik ilaç kullanma süresi ($r = 0.020$, $p = .668$), kullanılan psikiyatrik ilaç sayısı ($r = -0.011$, $p = .821$) ve kullanılan diğer ilaç sayısı ($r = -0.011$, $p = .821$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir.

Benzer şekilde, ölçeğin alt boyutları (Biliş/Dikkat Sorunları, Yanlış İnanışlar, Uyku Sorunları, İçgörü, Hareket/Aktivite Sorunları, Cinsel Sorunlar, Yeme Sorunları ve Sosyal Destek Sorunları) ile incelenen sürekli değişkenler arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > .05$). Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluğun yaş, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanım süresi ve kullanılan ilaç sayısı gibi değişkenlerden bağımsız olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.19. Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden Alınan Puanlar ile Sürekli Değişkenler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesine Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişken		Yaş	Tanı süresi (yıl)	Hastaneye yatış sayısı	Psikiyatrik ilaç kullanma süresi (yıl)	Kullanılan psikiyatrik ilaç sayısı	Kullanılan diğer ilaç sayısı
Toplam	r	-0,017	0,010	0,018	0,020	-0,011	-0,011
	p	0,717	0,836	0,700	0,668	0,821	0,821
Biliş / Dikkat Sorunları	r	0,014	0,046	0,043	0,037	0,010	0,010
	p	0,775	0,333	0,358	0,436	0,828	0,839
Yanlış İnanışlar	r	0,011	0,011	0,033	0,023	-0,043	-0,017
	p	0,814	0,822	0,488	0,629	0,367	0,724
Uyku Sorunları	r	-0,044	0,002	0,012	0,022	-0,011	-0,048
	p	0,347	0,969	0,793	0,635	0,823	0,306
İçgörü	r	-0,052	-0,035	-0,023	-0,014	-0,018	-0,027
	p	0,276	0,457	0,624	0,766	0,704	0,564
Hareket / Aktivite Sorunları	r	-0,021	-0,034	-0,014	-0,021	-0,029	-0,006
	p	0,654	0,471	0,773	0,662	0,542	0,898
Cinsel Sorunlar	r	-0,025	0,006	-0,024	0,013	0,031	0,006
	p	0,595	0,891	0,613	0,790	0,506	0,899

Yeme Sorunları	r	0,032	0,075	0,082	0,064	-0,008	0,069
	p	0,497	0,111	0,083	0,176	0,862	0,145
Sosyal Destek Sorunları	r	-0,002	-0,010	-0,003	-0,001	0,021	-0,021
	p	0,969	0,833	0,957	0,985	0,653	0,663



5. TARTIŞMA

Araştırmada, Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğinden alınan puanlar, katılımcıların demografik özelliklere göre incelenmiştir.

Cinsiyet açısından incelendiğinde, kadınların (Ort.=2.35) ve erkeklerin (Ort.=2.33) ilaç tedavisine benzer düzeyde uyum gösterdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur (Candan, 2023; Çağlayan, 2023; Çelik, 2023; Çetinkaya, 2022; Demirel, 2024; Kaplan, 2024; Özlü, 2024; Samuelyan, 2023). Ancak literatürde bazı çalışmalarda erkeklerde uyumsuzluğun daha sık görüldüğü (Nosé ve ark., 2003) ya da tam tersine kadınların uyum problemi yaşama olasılığının daha yüksek olduğu (Desai ve Nayak, 2019) yönünde bulgular da mevcuttur.

Eğitim durumu incelendiğinde, ilköğretim (Ort.=2.29), ortaöğretim (Ort.=2.35) ve üniversite (Ort.=2.34) mezunlarının ilaç tedavisine benzer düzeyde uyum gösterdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur (Çetinkaya, 2022; Candan, 2023; Çağlayan, 2023; Çelik, 2023; Samuelyan, 2023; Demirel, 2024). Ancak eğitim seviyesi arttıkça ilaç uyumunun arttığı (Kaplan, 2024; Nakonezny ve Byerly, 2006) ve tam tersine eğitim düzeyi düştükçe kronik hastalıklara uyum düzeyinin arttığı (Özlü, 2024) sonuçlarına ulaşılan çalışmalar da olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığının artması beklenir. Bu durum eğitim seviyesi yüksek bireylerin ilaç uyumu konusunda daha bilinçli oldukları çıkarımını doğrulamaktadır.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, bekar katılımcıların (Ort.=2.40) evli katılımcılara (Ort.=2.26) kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek düzeyde ilaç tedavisine uyumsuzluk gösterdikleri bulunmuştur. Bu bulgu, Kaplan'ın (2024) çalışmasıyla paralellik göstermektedir; söz konusu çalışmada da evli olanlarda ilaç uyumu en yüksek, bekarlarda en düşük bulunmuştur. Literatürde de evli şizofreni hastalarının daha yüksek uyum gösterdiği belirtilmektedir (Kalkan ve Kavak Budak, 2020). Bu durum, evli hastaların sosyal destek sistemlerinin daha güçlü olması ve eş desteğinin tedavi sürecini olumlu etkilemesi ile açıklanabilir.

Ekonomik durum açısından bakıldığında, ekonomik durumu kötü (Ort.=2.34), orta (Ort.=2.34) ve iyi (Ort.=2.36) olan katılımcıların benzer düzeyde ilaç tedavisine uyum gösterdikleri ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı

belirlenmiştir. Literatürde benzer sonuçlara ulaşılan çalışmalar olduğu görülmektedir (Candan, 2023; Çağlayan, 2023; Çetinkaya, 2022; Kaplan, 2024). Ancak Özlü'nün (2024) çalışmasında gelir düzeyi arttıkça kronik hastalıklara uyum düzeyinin arttığı bulunmuştur. Zira, finansal zorluklar, hastaların ilaçlara erişimini kısıtlayabilmektedir. Sağlık sigortasının olmaması, düşük gelir düzeyi veya ulaşım masraflarını karşılayamama gibi durumlar, ilaç tedavisinin sürdürülmesini güçleştirmektedir (Perkins ve ark., 2008; Velligan ve ark., 2009). Ekonomik durumun iyi olması tedaviye ve sağlık kuruluşlarına ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda ekonomik durumun iyi olması tedaviye uyumun iyi olduğu anlamı taşımaya beklenmektedir.

Sosyal güvence açısından bakıldığında, sosyal güvencesi olan (Ort. = 2.33) ve olmayan (Ort. = 2.41) katılımcıların ilaç tedavisine uyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur (Candan, 2023; Çağlayan, 2023; Çelik, 2023; Çetinkaya, 2022; Kaplan, 2024; Samuelyan, 2023). Diğer taraftan, sosyal güvence varlığı, ilaç tedavisine uyumu etkileyen önemli bir ekonomik faktör olarak değerlendirilmektedir. Bazı tedavilerin yüksek maliyetli olması ve ilaç giderlerinin karşılanmaması durumunda ortaya çıkan maddi yük, hastaları zorlamaktadır (Yıldız ve Cerit, 2006). Sosyal güvence varlığının ilaç tedavisine uyumu artırdığı sonucuna ulaşılan çalışmalar olduğu görülmektedir (Kim ve ark., 2010; Zhou ve ark., 2016). Sosyal güvencesi iyi olan hastaların ilaçlara ve sağlık kuruluşlarına ulaşımı daha kolay olmaktadır. Bu durumun ilaç tedavisine uyumu artırması beklenmektedir.

Düzenli kontrole gitme durumu incelendiğinde, düzenli kontrole gitmeyen katılımcıların (Ort.=2.51) ilaç tedavisine uyumsuzluk düzeyleri, düzenli kontrole giden katılımcılara (Ort.=2.32) göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, Çağlayan'ın (2023) çalışmasıyla paralellik göstermektedir; söz konusu çalışmada da poliklinik kontrolüne düzensiz gelenlerin ilaç uyumunun daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, düzenli kontrollerin hastaların tedaviye bağlılığını artırdığı ve sağlık profesyonelleriyle düzenli iletişimin tedavi uyumunu olumlu etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Düzenli kontrollere gitme, ilaç takibi, yeni ilaç yazılması, doz artırılması veya azaltılması gibi konularda hekimden destek alınmasını sağlar. Bu durumun ilaç uyumunu artırması beklenmektedir.

Yaş ile ilaç uyumu arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur (Candan, 2023; Çağlayan, 2023; Çelik, 2023; Çetinkaya, 2022; Samuelyan, 2023). Ancak literatürde farklı sonuçlar da mevcuttur. Örneğin, Kaplan'ın (2024) çalışmasında yaş arttıkça ilaç uyumunun azaldığı, Demirel'in (2024) ve Özlü'nün (2024) çalışmalarında ise yaş arttıkça tedavi uyumunun arttığı bulunmuştur. Bu farklılıklar, çalışmaların farklı hasta gruplarında yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tanı süresi ile ilaç uyumu arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur (Candan, 2023; Çağlayan, 2023; Çetinkaya, 2022; Demirel, 2024). Ancak literatürde, hastalık süresinin uzun olmasının tedavi uyumunu olumsuz etkilediğine dair bulgular da mevcuttur. Örneğin, Aker ve arkadaşları (2000) ile Çobanoğlu ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında, hastalık süresinin uzaması ile birlikte hastalarda "hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı" şeklindeki düşüncelerin geliştiği ve bunun tedavi uyumunu bozduğu belirtilmiştir.

Hastaneye yatış sayısı ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, Demirel (2024), Çağlayan (2023) ve Çetinkaya'nın (2022) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Ancak literatürde, yatış sayısının fazlalığının ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Özlü, 2024). Aker ve arkadaşları (2000) ile Çobanoğlu ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında, tekrarlayan hastane yatışlarının hastaların ilaçların etkinliğine olan inancını zayıflattığı ve tedavi uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Psikiyatrik ilaç kullanma süresi ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Bu bulgu, Kaplan'ın (2024) çalışmasında ilaç kullanım süresinin ilaç uyumunu etkilemediği yönündeki bulguyla uyumludur. Diğer taraftan, literatürde, tedavi süresinin uzamasının hastaların tedaviye olan inançlarını ve motivasyonlarını etkileyebileceği belirtilmektedir. Tekrarlayan hastane yatışları ve uzayan hastalık süreci, hastaların ilaçların etkinliğine olan inancını zayıflatabilmektedir (Çakır ve ark., 2010). Bu durum, tedaviye bağlılığı olumsuz yönde etkilemektedir (Patel ve David, 2007; Tareke ve ark., 2018).

Kullanılan psikiyatrik ilaç sayısı ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, Kaplan'ın (2024) çalışmasıyla benzerlik

göstermektedir. Ancak Samuelyan'ın (2023) çalışmasında, tedavi uyumsuzluk gösteren hastaların toplam ilaç sayısının, uyum gösterenlere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde, tedavi planının karmaşıklığı ve çoklu ilaç kullanımının tedavi uyumunu güçleştirdiği belirtilmektedir (Pfeiffer ve ark., 2008; Temeloğlu-Şen ve ark., 2019).

Kullanılan diğer ilaç sayısı ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, bazı çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte, literatürde farklı sonuçlar da mevcuttur. Örneğin, Samuelyan'ın (2023) çalışmasında polifarmasi varlığı olan hastalarda tedavi uyumsuzluk oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde, komorbid durumların varlığı ve buna bağlı olarak artan ilaç sayısının tedavi rejimini karmaşılaştırarak uyumu güçleştirdiği belirtilmektedir (Desai ve Nayak, 2019; Piette ve ark., 2007).

6. SONUÇ

Sonuç olarak, bu araştırma kapsamında geliştirilen Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konmuştur. Sekiz faktörlü yapıya sahip olan ölçek, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumu etkileyen temel alanları (Biliş/Dikkat Sorunları, Yanlış İnanışlar, Uyku Sorunları, İçgörü, Hareket/Aktivite Sorunları, Cinsel Sorunlar, Yeme Sorunları ve Sosyal Destek Sorunları) kapsamlı bir şekilde değerlendirmektedir. Araştırma bulguları, ilaç tedavisine uyumun medeni durum ve düzenli kontrole gitme durumu gibi faktörlerden etkilendiğini, ancak cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, sosyal güvence, yaş, tanı süresi, hastaneye yatış sayısı ve kullanılan ilaç sayısı gibi değişkenlerden etkilenmediğini göstermiştir. Bu bulgular, psikiyatrik ilaç tedavisine uyumun artırılmasında sosyal desteğin ve düzenli takibin önemini vurgulamaktadır.

7. ÖNERİLER

Araştırmanın örnekleminin Tokat ili ile sınırlı olması farklı bölgelerdeki ve farklı sağlık kuruluşlarındaki hastaların dahil edilmemesi, sonuçların genellenebilirliğini etkileyebilir. Gelecekteki araştırmaların Türkiye'nin farklı bölgelerinden ve farklı sağlık kuruluşlarından geniş örneklemlerle yürütülmesi önerilmektedir. Çok merkezli çalışmalar, ölçeğin genellenebilirliğini artıracak ve farklı popülasyonlardaki psikometrik özelliklerini değerlendirme imkânı sunacaktır.

Araştırma belirli bir zaman aralığında kesitsel olarak yapılmıştır. Bu nedenle, gelecekte boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar, ilaç uyumunun zaman içindeki değişimini izlemeye ve uyumu etkileyen faktörlerin uzun vadeli etkilerini değerlendirmeye olanak sağlayacaktır. Ayrıca bu, ölçeğin uzun vadeli geçerliğinin ve güncelliğinin korunması için periyodik olarak gözden geçirilmesi önerilmektedir.

Hastaların kendi bildirimlerine dayalı veriler, objektif ölçümlerle desteklenmemiştir. Gelecek araştırmalarda öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra kan ilaç düzeyleri, elektronik ilaç takip sistemleri gibi objektif ölçüm yöntemlerinin de kullanılması önerilmektedir. Bu şekilde, farklı veri kaynaklarından elde edilen bilgiler karşılaştırılabilir ve daha güvenilir sonuçlara ulaşılabilir.

Araştırmada sağlık sistemi ile ilgili faktörler, ilaç maliyetleri veya sigorta kapsamı gibi ekonomik faktörler yeterince ele alınmamış olabilir. İlaç uyumunu etkileyen faktörlerin kapsamlı incelenmesi için, gelecek araştırmalarda sağlık sistemi özellikleri, ilaç maliyetleri, sigorta kapsamı ve diğer ekonomik faktörlerin de değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu faktörlerin uyum üzerindeki etkilerinin anlaşılması, daha etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Achtyes, E. D., Simmons, A., Skabeev, A., Levy, N., Jiang, Y., Marcy, P., and Weiden, P. J. (2019). Patient preferences concerning the efficacy and side-effect profile of schizophrenia medications: a survey of patients living with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-8.
- Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., and Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 2(5), 74-82.
- Aker, T., Üstünsoy, S., Kuğu, N., and Yazıcı, A. (2000). Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. Antalya.
- Ansari, S., and Mulla, S. (2014). Analysis of variables affecting drug compliance in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 23(1), 58-60.
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., Lacro, J. P., and Dolder, C. R. (2006). A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1114-1123.
- Ateş, M. A., ve Algül, A. (2006). Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(29), 60-64.
- Boyd, M. A. (Ed.). (2008). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. lippincott Williams & wilkins.. p. 31–45.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2022). Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri. (32.baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Candan, Ş., (2023).Şizofrenik Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve İlaç Uyumu.,(Yüksek Lisans Tezi)., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. (Sivas).

- Cañas, F., Alptekin, K., Azorin, J. M., Dubois, V., Emsley, R., García, A. G. and Schreiner, A. (2013). Improving treatment adherence in your patients with schizophrenia. *Clinical Drug Investigation*, 33(2), 97-107.
- Chien, W. T., Cheung, E. F., Mui, J. H., Gray, R., and Ip, G. (2019). Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Medical Journal*, 25(Supplement 2), 4-9.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A. and Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*, 11(1), 44-47.
- Cresswell, J.W. (2012). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. (4. baskı). Boston: Pearson.
- Çakır, F., İlnem, M. C., ve Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 50-59.
- Çakır, S. (2016). *Hastalara ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi)*. İstanbul Üniversitesi.
- Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T., ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 16(4), 211-218.
- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D. and Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717-724.
- Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E. ve Karaytuğ, M. O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 555-568.

- Desai, N., and Nayak, R. (2019). Effects of medication nonadherence and comorbidity on health resource utilization in schizophrenia. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 25(1), 37-46.
- DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., and Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-7.
- Dikeç, G., ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1).
- Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T., Önder, E. ve Çetin, M. (2006). Şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve ilaç yan etkilerinin değerlendirilmesi: Türkiye'de çok merkezli bir çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(4), 211-222.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Dufort, A., and Zipursky, R. B. (2019). Understanding and managing treatment adherence in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 13(2), 93-100.
- Endriyani, L., Chien, W. T., Huang, X. Y., and Chieh-Yu, L. (2019). The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 147-152.
- Erkuş, A. (2012). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Evren, C., Saatçioğlu, Ö., Dalbudak, E., Danışmant, B. S., Çakmak, D., and Ryan, R. M. (2006). Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol

bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliği. Bağımlılık Dergisi, 7(3), 117-122.

Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications Limited.

Fleischhacker, W. W., Oehl, M. A., and Hummer, M. (2003). Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 10-13.

Fornell, C., and Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.

Fung, K. M., Tsang, H. W., and Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.

García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., and González-Pinto, A. (2016). Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients: a systematic review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(4), 355-371.

George, D., and Mallery, P. (2019). *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.

Gowda, G. S., Gajera, G. P., Srinivasa, P., and Ameen, S. (2019). Medication adherence and its determinants among psychiatric outpatients in a tertiary care hospital in Bengaluru. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 14-19.

Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z. ve Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-212.

- Haddad, P. M., Brain, C. and Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Related Outcome Measures*, 5, 43-62.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., and Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., and De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200-218.
- Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J. M. and Aguado, J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study. *Psychiatry Research*, 190(1), 110-114.
- Hudson, T. J., Owen, R. R., Thrush, C. R., Han, X., Pyne, J. M., Thapa, P., and Sullivan, G. (2004). A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(2), 211-216.
- Ibrahim, A. W., Yahya, S., Pindar, S. K., Wakil, M. A., Garkuwa, A., and Sale, S. (2015). Prevalence and predictors of sub-optimal medication adherence among patients with severe mental illnesses in a tertiary psychiatric facility in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 21(1).
- Kalaycı, Ş. (2018). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (8. Baskı). Ankara: Dinamik Akademi.
- Kalkan, E., ve Kavak Budak, F. (2020). Şizofreni hastalarında tedaviye uyum ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 7(1), 1-12.
- Karasar, N. (2022). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar ilkeler teknikler*. (37.baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Kim, S. W., Shin, I. S., Kim, J. M., Yang, S. J., Shin, H. Y., and Yoon, J. S. (2010). Association between attitude toward medication and neurocognitive function in schizophrenia. *Clinical Neuropharmacology*, 33(4), 182-185.
- Koç, A. (2006). Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., and Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 15489.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., and Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lanouette, N. M., Folsom, D. P., Sciolla, A., and Jeste, D. V. (2009). Psychotropic medication nonadherence among United States Latinos: a comprehensive literature review. *Psychiatric Services*, 60(2), 157-174.
- Lawrence, D., and Dixon, L. (2019). Improving medication adherence in schizophrenia: Strategies for addressing a common problem. *Current Psychiatry*, 18(12), 12-20.
- Lin, E. H., and Wu, C. H. (2014). Mobile healthcare: Improving medication adherence among patients with chronic diseases. In 2014 International Conference on Intelligent Environments (pp. 343-346). IEEE.
- Maeda, K., Kasai, K., Watanabe, A., Henomatsu, K., Rogers, M. A., and Kato, N. (2006). Effect of subjective reasoning and neurocognition on medication adherence for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(8), 1203-1205.
- Malhotra, N. K. (2020). *Marketing research: An applied prorientation*. Pearson.

- McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., and Priebe, S. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PloS One*, 7(4), e36080.
- Moritz, S., Hünsche, A., and Lincoln, T. M. (2014). Nonadherence to antipsychotics: the role of positive attitudes towards positive symptoms. *European Neuropsychopharmacology*, 24(11), 1745-1752.
- Morken, G., Widen, J. H., and Grawe, R. W. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-7.
- Nakonezny, P. A., and Byerly, M. J. (2006). Electronically monitored adherence in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a comparison of first- vs. second-generation antipsychotics. *Schizophrenia Research*, 82(1), 107-114.
- Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keeganasseril, A., and Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Nosé, M., Barbui, C., and Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(7), 1149-1160.
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Perez, V., Dittmann, R. W., and Haddad, P. M. (2010). Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 176(2-3), 109-113.
- Nunnally, J. C., and Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. (3rd Edition). McGraw Hill: New York.
- Osborne, J. W., and Fitzpatrick, D. C. (2012). Replication analysis in exploratory factor analysis: what it is and why it makes your analysis better. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(15), n15.

- Osterberg, L., and Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Park, S. C., Lee, M. S., Kang, S. G., and Lee, S. H. (2013). Patterns of antipsychotic prescription to patients with schizophrenia in Korea: results from the health insurance review & assessment service-national patient sample. *Journal of Korean Medical Science*, 29(5), 719-728.
- Patel, M. X., and David, A. S. (2007). Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry*, 6(9), 357-361.
- Perkins, D. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121-1128.
- Perkins, D. O., Gu, H., Weiden, P. J., McEvoy, J. P., Hamer, R. M., and Lieberman, J. A. (2008). Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 106-113.
- Pfeiffer, P. N., Ganoczy, D., and Valenstein, M. (2008). Dosing frequency and adherence to antipsychotic medications. *Psychiatric Services*, 59(10), 1207-1210.
- Piette, J. D., Heisler, M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., and Valenstein, M. (2007). Differential medication adherence among patients with schizophrenia and comorbid diabetes and hypertension. *Psychiatric Services*, 58(2), 207-212.
- Pothimas, N., Tungpunkom, P., and Kanungpiarn, T. (2016). Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia. *Nursing Journal*, 43(4), 51-60.
- Pyne, J. M., McSweeney, J., Kane, H. S., Harvey, S., Bragg, L., and Fischer, E. (2006). Agreement between patients with schizophrenia and providers on factors of antipsychotic medication adherence. *Psychiatric Services*, 57(8), 1170-1178.

- Rabinovitch, M., Bécharde-Evans, L., Schmitz, N., Joobers, R., and Malla, A. (2013). Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), 59-66.
- Roberts, D. L., and Velligan, D. I. (2011). Medication adherence in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8(1-2), 11-15.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., and O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297.
- Saba, G., Muraraiah, S., and Chandrashekar, H. (2019). A study on knowledge and adherence to medication among people with schizophrenia in a tertiary care hospital. *Archives of Mental Health*, 20(1), 19-23.
- Sadock, B. J. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (Vol. 2015, pp. 648-655). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Salzmann-Erikson, M., and Sjödin, M. (2018). A narrative meta-synthesis of how people with schizophrenia experience facilitators and barriers in using antipsychotic medication: Implications for healthcare professionals. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 7-18.
- Sönmez, E. U. (2008). Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Surmann, M., Bock, E., Krey, E., Burmeister, K., Arolt, V., and Lencer, R. (2021). Attitudes towards medication and the therapeutic alliance in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 297, 113742.
- Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.

- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., and Ullman, J. B. (2013). Using multivariate statistics. Pearson.
- Tareke, M., Tesfaye, S., Amare, D., Belete, T., and Abate, A. (2018). Antipsychotic medication non-adherence among schizophrenia patients in Central Ethiopia. *South African Journal of Psychiatry*, 24(1), 1124.
- Temeloğlu-Şen, Ş., Ayhan-Başer, D., Özden, H., Karaağaç, S., and Akbıyık, D. İ. (2019). İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(4), 245-254.
- Thompson, K., Kulkarni, J., and Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241-247.
- Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., Haddad, P. M., Patel, M. X., and Korhonen, P. (2009). A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 603-609.
- Tiihonen, J., Wahlbeck, K., Lönnqvist, J., Klaukka, T., Ioannidis, J. P., Volavka, J., and Haukka, J. (2006). Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalisation due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational follow-up study. *BMJ*, 333(7561), 224.
- Uslu, E., and Buldukoğlu, K. (2018). Şizofreni hastalarında ilaç uyumunu artırmaya yönelik psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 354-371.
- Uslu, E., and Buldukoğlu, K. (2020). Şizofreni hastalarında ilaç uyumu ve yaşam kalitesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 55-64.
- van Nimwegen-Campailla, F., van Beveren, N. J., Laan, W., van der Helm, M., van der Gaag, M., and Selten, J. P. (2010). Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 372-376.

- Vega, D., Acosta, A., and Saavedra, J. E. (2021). Factors associated with non-adherence to pharmacological treatment in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1151-1161.
- Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., and Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference and Adherence*, 11, 449-468.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., and Docherty, J. P. (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(4), 1-46.
- Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., and Docherty, J. P. (2010). Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(5), 306-324.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., and Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., and Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.
- Weiden, P. J. (2007). Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 14), 14-19.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- Xiao, J., Mi, W., Li, L., Shi, Y., and Zhang, H. (2015). High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: results from

an observational survey in the People's Republic of China. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1161-1167.

Yalçın, N., Ak, S., Gürel, Ş. C., and Çeliker, A. (2019). Şizofreni hastalarında tedavi uyumunu etkileyen sosyodemografik ve klinik etkenler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 310-317.

Yıldız, M., ve Cerit, C. (2006). Şizofreni tedavisinde ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(1), 37-42.

Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., Zhang, J., Chang, Q., Ou, Y., and He, H. (2016). Insight in inpatients with schizophrenia: relationship to symptoms and neuropsychological functioning. *Schizophrenia Research*, 161(2-3), 376-381.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 83116987 - 203 Konu : Etik Kurul Kararı Toplantı Tarihi : 14.03.2024 Toplantı No : 2024/04 Proje No : 24-KAEK-088	21.03.2024	
Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Tülay BİNGÖL YILMAZ		
Etik Kurulumuzun 14.03.2024 tarihli toplantısında görüşülen 24-KAEK-088 kayıt numaralı “Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Geliştirme Çalışması” başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.		
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.		
Bilgilerinizi rica ederim.		
		✓ Başkan

Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Saygıdeğer katılımcı; Ben Şahin Duran; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında Yüksek Lisans yapmaktayım. İlaç uyumsuzluk sebeplerini ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı oluşturmayı amaçlıyorum. Ölçek 90 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin cevaplanması yaklaşık 15-20 dakikanızı alacaktır.

Verdiğiniz bilgiler diğer katılımcıların verdiği bilgilerle birlikte değerlendirilecek ve araştırma sonuçları yazılırken kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır. Verdiğiniz yanıtlar yalnız bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına göre yapılmaktadır. Araştırmaya devam etmek istemezseniz, istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Bu formu okuyup onaylamanız veya formu doldurmanız çalışmaya katılmaya gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir. Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, bu maddeye ne oranda katıldığınızı belirtmeniz gerekmektedir. Çalışmaya verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Şahin Duran

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğretim Üyesi

Dr. Tülay Yılmaz Bingöl

Ek-3: Kişisel Bilgi Formu

Tanı:.....

Kullandığınız İlaçlar:.....

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: a) () Kadın b) () Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) () Okuryazar b) () İlköğretim

c) () Ortaöğretim d) () Önlisans/Lisans

e) () Lisansüstü eğitim

4. Sosyal güvencesiniz var mı? a) () Evet b) () Hayır

5. Mesleğiniz?.....

6. Medeni durum

a) () Bekar b) () Evli

c) () Boşanmış d) () Evli ancak ayrı yaşıyor

7. Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) () Kötü b) () Orta c) () İyi

8. Ne kadar süredir psikiyatrik tanıya sahipsiniz?

9. Toplam hastaneye yatış sayınız nedir?

10. Ne kadar süredir psikiyatrik ilaç tedavisi alıyorsunuz?

11. Kaç tane psikiyatri ilacı kullanıyorsunuz?

12. Psikiyatri ilaçları dışında kullandığınız ilaç sayısı nedir?

13. Psikiyatrik ilaç kullanırken dikkat etmeniz gereken durumları size açıklayan oldu mu?

a) () Evet b) () Hayır Evet ise kim açıkladı?

14. Önerilenden farklı dozlarda veya farklı sıklıkla psikiyatrik ilaç kullandınız mı?

a) () Evet b) () Hayır

15.Düzenli olarak kontrollere gidiyor musunuz?

a) () Evet b) () Hayır Hayır ise nedeni nedir?

(Demirtaş, 2024; Candan, 2023)

Ek-4: Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) Madde Havuzu

	Soru	Evet	Hayır	Uygun	Uygun Değil	Öneri
İlk boyut	1.Kendimi daha iyi hissettiğimde ilaç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	2.Kendimi daha kötü hissettiğimde ilaç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	3.Vücudum ve aklımın ilaçla kontrol edildiğini hissettiğim için ilaç					

	dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
	4.İlaçlarımı aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
İkinci boyut	5.Yorgun ve tembel hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
	6.Yakınlarımdan beklediğim desteği göremediğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
	7.İlaç tedavisinden sonuç alacağımdan emin olmadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
	8.Tedavi olacağıma inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
	9.İlaçlarla ilgili endişelerimi paylaşacağım kimseyi bulamadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaa kullanmayı bırakırım.					
	10.İlaç tedavisini					

	tamamlayacağımdan emin olmadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
Cinsel Sorunlar	11.Cinsel isteksizlik yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
	12.Cinsel ilişkiden zevk alamadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
	13.Sertleşme/Orgazm sorunları yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
	14.Eskisi kadar sık cinsel ilişki yaşayamadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
	15.Cinsellikten tiksindiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
Uyku Sorunları	16.Gün içerisinde uykulu hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					

	17.Sabahları uyanmakta zorluk yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
	18.Sabahları yorgun uyandığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
	19.Çok uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
	20.Çok derin uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
	21.Daha az uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
Yeme Sorunları	22.İştahım çok arttığı için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
	23.Kilo aldığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					
	24.Kabızlık/İshal yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilacı kullanmayı bırakırım.					

Hareket / Aktivite Sorunları	25.Daha çabuk yorulduğum için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					
	26.Kendimi daha güçsüz hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					
	27.Günlük aktivitelerimi yerine getirirken zorluk çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					
	28.Bitkin hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					
Biliş / Dikkat Sorunları	29.Plan yapmada zorluk yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					
	30.Günlük aktivitelerimi yerine getirirken dikkatim çabuk dağıldığı için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					
	31.Üzerime aldığım görevleri yerine getiremediğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilac kullanmayı bırakırım.					

32.Uzun süreli dikkat gerektiren işleri yerine getiremediğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
33.Unutkanlık yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
34.Yeni yaşanan olayları hatırlamakta güçlük çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
35.Yeni konuşulan konuları hatırlamakta güçlük çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
36.Randevularımı unuttuğum için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
37.Odaklanma problemleri yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.					
38.Çevremde yaşanan olaylara karşı duygusal tepki veremediğim için ilaç dozunu					

	değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
Yanlış İnanışlar	39.Yaşadığım çevre tarafından dışlanmaktan korktuğum için ilâç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	40.İşten çıkarılmaktan korktuğum için ilâç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	41.İlaçların beni daha çok hasta edeceğini düşündüğüm için ilâç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	42.İlaçların beni uyuşturduğunu düşündüğüm için ilâç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	43.İlaçlara bağımlı olmaktan korktuğum için ilâç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	44.İlaçlar sahte bir mutluluk verdiği için ilâç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
İçgörü	45.Herhangi bir ruhsal					

	hastalığım olduğuna inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					
	46.İlaç kullanmanın beni iyileştireceğine inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilâç kullanmayı bırakırım.					



Ek-5: Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) Taslağı

	1=Hiç katılmıyorum	2=Katılmıyorum	3=Kararsızım	4=Katılıyorum	5=Tamamen katılıyorum
1.Kendimi iyi hissettiğimde ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
2.Kendimi iyi hissettiğimde ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
3.Kendimi kötü hissettiğimde ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
4.Kendimi kötü hissettiğimde ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
5.Vücudum ve aklımın ilaçla kontrol edildiğini hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
6.Vücudum ve aklımın ilaçla kontrol edildiğini hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
7.İlaçlarımı aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
8.İlaçlarımı aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
9.Yorgun ve tembel hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
10.Yorgun ve tembel hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
11.Yakınlarımdan beklediğim desteği göremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
12.Yakınlarımdan beklediğim desteği göremediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
13.İlaç tedavisinden sonuç alacağımdan emin olmadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
14.İlaç tedavisinden sonuç alacağımdan emin olmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
15.Değişeceğime inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5

16.Değişeceğime inanmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
17.İlaçlarla ilgili endişelerimi paylaşacağım kimseyi bulamadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
18.İlaçlarla ilgili endişelerimi paylaşacağım kimseyi bulamadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
19.İlaç tedavisini tamamlayacağımdan emin olmadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
20.İlaç tedavisini tamamlayacağımdan emin olmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
21.Gün içerisinde uykulu hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
22.Gün içerisinde uykulu hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
23.Sabahları uyanmakta zorluk yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
24.Sabahları uyanmakta zorluk yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
25.Sabahları yorgun uyandığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
26.Sabahları yorgun uyandığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
27.Çok uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
28.Çok uyuduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
29.Çok derin uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
30.Çok derin uyuduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
31.Daha az uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
32.Daha az uyuduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
33.İştahım arttığı için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
34.İştahım arttığı için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
35.Kilo aldığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
36.Kilo aldığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
37.Kabızlık/ishal yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
38.Kabızlık/ishal yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5

39.Çabuk yorulduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
40. Çabuk yorulduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
41.Kendimi fiziksel olarak güçsüz hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
42.Kendimi fiziksel olarak güçsüz hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
43.Dışlanmaktan korktuğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
44.Dışlanmaktan korktuğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
45.İşten çıkarılmaktan korktuğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
46.İşten çıkarılmaktan korktuğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
47.İlaçların beni hasta edeceğini düşündüğüm için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
48.İlaçların beni hasta edeceğini düşündüğüm için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
49.İlaçlar beni uyuşturduğu için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
50.İlaçlar beni uyuşturduğu için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
51.İlaçlara bağımlı olmaktan korktuğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
52.İlaçlara bağımlı olmaktan korktuğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
53.İlaçlar geçici bir mutluluk verdiği için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
54.İlaçlar geçici bir mutluluk verdiği için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
55.Herhangi bir ruhsal hastalığım olduğuna inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
56.Herhangi bir ruhsal hastalığım olduğuna inanmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
57.İlaç kullanmanın beni iyileştireceğini düşünmediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5

58.İlaç kullanmanın beni iyileştireceğini düşünmediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
59.Canlı rüyalar/kabuslar gördüğüm için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
60.Canlı rüyalar/kabuslar gördüğüm için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
61.Ağız kuruluğu yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
62.Ağız kuruluğu yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
63.Cinsel isteksizlik yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
64.Cinsel isteksizlik yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
65.Cinsel ilişkiden zevk alamadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
66.Cinsel ilişkiden zevk alamadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
67.Sertleşme/Orgazm sorunları yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
68.Sertleşme/Orgazm sorunları yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
69.Eskisi kadar sık cinsel ilişki yaşayamadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
70.Eskisi kadar sık cinsel ilişki yaşayamadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
71.Plan yapma konusunda zorluk yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
72. Plan yapma konusunda zorluk yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
73.Günlük aktivitelerimi yerine getirirken zorluk çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
74. Günlük aktivitelerimi yerine getirirken zorluk çektiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
75.Bitkin hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5

76.Bitkin hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
77.Günlük aktivitelerimi yerine getirirken dikkatim çabuk dağıldığı için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
78.Günlük aktivitelerimi yerine getirirken dikkatim çabuk dağıldığı için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
79.Üzerime aldığım görevleri yerine getiremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
80.Üzerime aldığım görevleri yerine getiremediğim ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
81.Uzun süreli dikkat gerektiren işleri yerine getiremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
82.Uzun süreli dikkat gerektiren işleri yerine getiremediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
83.Unutkanlık yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
84.Unutkanlık yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
85.Yeni yaşanan ve konuşulan olayları hatırlamakta güçlük çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
86.Yeni yaşanan ve konuşulan olayları hatırlamakta güçlük çektiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
87.Odaklanma problemleri yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
88.Odaklanma problemleri yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
89.Çevremde yaşanan olaylara karşı duygusal tepki veremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
90.Çevremde yaşanan olaylara karşı duygusal tepki veremediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5

Ek-6: Psikiyatrik İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (PİTUÖ) (Nihai Form)

	1=Hiç katılmıyorum	2=Katılmıyorum	3=Kararsızım	4=Katılıyorum	5=Tamamen katılıyorum
Biliş / Dikkat Sorunları					
1. Plan yapma konusunda zorluk yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
2. Plan yapma konusunda zorluk yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
3. Günlük aktivitelerimi yerine getirirken zorluk çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
4. Günlük aktivitelerimi yerine getirirken zorluk çektiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
5. Günlük aktivitelerimi yerine getirirken dikkatim çabuk dağıldığı için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
6. Günlük aktivitelerimi yerine getirirken dikkatim çabuk dağıldığı için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
7. Üzerime aldığım görevleri yerine getiremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
8. Üzerime aldığım görevleri yerine getiremediğim ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
9. Uzun süreli dikkat gerektiren işleri yerine getiremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
10. Uzun süreli dikkat gerektiren işleri yerine getiremediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
11. Unutkanlık yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5

12. Unutkanlık yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
13. Yeni yaşanan ve konuşulan olayları hatırlamakta güçlük çektiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
14. Yeni yaşanan ve konuşulan olayları hatırlamakta güçlük çektiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
15. Odaklanma problemleri yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
16. Odaklanma problemleri yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
17. Çevremde yaşanan olaylara karşı duygusal tepki veremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
18. Çevremde yaşanan olaylara karşı duygusal tepki veremediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
Yanlış İnanışlar					
19. Vücudum ve aklımın ilaçla kontrol edildiğini hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
20. Vücudum ve aklımın ilaçla kontrol edildiğini hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
21. İlaçlarımı aldığım anda kendimi yaşayan bir ölü gibi hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
22. İlaçlarımı aldığım anda kendimi yaşayan bir ölü gibi hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
23. Dışlanmaktan korktuğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
24. Dışlanmaktan korktuğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
25. İşten çıkarılmaktan korktuğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
26. İşten çıkarılmaktan korktuğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
27. İlaçların beni hasta edeceğini düşündüğüm için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
28. İlaçların beni hasta edeceğini düşündüğüm için ilaç	1	2	3	4	5

kullanmayı bırakırım.					
29. İlaçlar beni uyuşturduğu için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
30. İlaçlar beni uyuşturduğu için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
31. İlaçlara bağımlı olmaktan korktuğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
32. İlaçlara bağımlı olmaktan korktuğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
33. İlaçlar geçici bir mutluluk verdiği için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
34. İlaçlar geçici bir mutluluk verdiği için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
Uyku Sorunları					
35. Gün içerisinde uykulu hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
36. Gün içerisinde uykulu hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
37. Sabahları uyanmakta zorluk yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
38. Sabahları uyanmakta zorluk yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
39. Sabahları yorgun uyandığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
40. Sabahları yorgun uyandığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
41. Çok uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
42. Çok uyuduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
43. Çok derin uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
44. Çok derin uyuduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
45. Daha az uyuduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
46. Daha az uyuduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5

47. Canlı rüyalar/kabuslar gördüğüm için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
48. Canlı rüyalar/kabuslar gördüğüm için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
İçgörü					
49. Kendimi iyi hissettiğimde ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
50. Kendimi iyi hissettiğimde ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
51. Kendimi kötü hissettiğimde ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
52. Kendimi kötü hissettiğimde ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
53. İlaç tedavisinden sonuç alacağımdan emin olmadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
54. İlaç tedavisinden sonuç alacağımdan emin olmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
55. Değişeceğime inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
56. Değişeceğime inanmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
57. İlaç tedavisini tamamlayacağımdan emin olmadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
58. İlaç tedavisini tamamlayacağımdan emin olmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
59. Herhangi bir ruhsal hastalığım olduğuna inanmadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
60. Herhangi bir ruhsal hastalığım olduğuna inanmadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
61. İlaç kullanmanın beni iyileştireceğini düşünmediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
62. İlaç kullanmanın beni iyileştireceğini düşünmediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
Hareket / Aktivite Sorunları					
63. Yorgun ve tembel hissettiğim için ilaç dozunu	1	2	3	4	5

değiştiririm.					
64. Yorgun ve tembel hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
65. Çabuk yorulduğum için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
66. Çabuk yorulduğum için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
67. Kendimi fiziksel olarak güçsüz hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
68. Kendimi fiziksel olarak güçsüz hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
69. Bitkin hissettiğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
70. Bitkin hissettiğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
Cinsel Sorunlar					
71. Cinsel isteksizlik yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
72. Cinsel isteksizlik yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
73. Cinsel ilişkiden zevk alamadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
74. Cinsel ilişkiden zevk alamadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
75. Sertleşme/Orgazm sorunları yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
76. Sertleşme/Orgazm sorunları yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm/ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
77. Eskisi kadar sık cinsel ilişki yaşayamadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
78. Eskisi kadar sık cinsel ilişki yaşayamadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
Yeme Sorunları					
79. İştahım arttığı için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
80. İştahım arttığı için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5

81. Kilo aldığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
82. Kilo aldığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
83. Kabızlık/ishal yaşadığım için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
84. Kabızlık/ishal yaşadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
Sosyal Destek Sorunları					
85. Yakınlarımdan beklediğim desteği göremediğim için ilaç dozunu değiştiririm.	1	2	3	4	5
86. Yakınlarımdan beklediğim desteği göremediğim için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5
87. İlaçlarla ilgili endişelerimi paylaşacağım kimseyi bulamadığım için ilaç dozunu değiştiririm	1	2	3	4	5
88. İlaçlarla ilgili endişelerimi paylaşacağım kimseyi bulamadığım için ilaç kullanmayı bırakırım.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

