

**PSİKİYATRİ HASTALARININ MANEVİ İYİLİK DÜZEYLERİ  
İLE TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Abdurrezzak GÜLTEKİN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK**

**Yüksek Lisans Tezi -2018**

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

**PSİKİYATRİ HASTALARININ MANEVİ İYİLİK DÜZEYLERİ İLE**  
**TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Abdurrezzak GÜLTEKİN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK**

**MALATYA**  
**2018**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Abdurrezzak GÜLTEKİN** “**Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki**” konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/06/2018

Prof. Dr. Behice ERCİ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Öğr. Üyesi Dr. Funda KAVAK  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Emine YILMAZ  
Bingöl Üniversitesi  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Anksiyete Tanımı.....	3
2.1.1. Anksiyete Bozuklukları Çeşitleri.....	3
2.2. Obsesif Kompulsif (Takıntı-Zorlantı) Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar .....	6
2.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğu.....	6
2.2.2. Beden Şekil Bozukluğu .....	7
2.2.3. Toplama Hastalığı.....	7
2.2.4. Saç Yolma Cilt Yolma .....	8
2.3. Duygu-Durum .....	8
2.3.1. Depresyon (Çökkünlük).....	9
2.3.1.1. Majör (Yeğın) Depresyon Bozukluğu .....	9
2.3.1.2. Süregiden Depresyon (Distimi) Bozukluğu.....	10
2.3.2. Mani .....	11
2.3.2.1. Hipomani .....	11
2.4. Bipolar (İkiuçlu) ve İlişkili Bozukluklar .....	11
2.5. PsikoZ ve İlişkili Bozukluklar .....	12
2.5.1. Şizofreni.....	12
2.5.2. Şizofreniform Bozukluk .....	14
2.5.3. Şizoaffektif Bozukluk .....	14
2.6. Madde Kullanımı ve Bağımlılık İle İlişkili Bozukluklar .....	15
2.6.1. Alkolle İlişkili Bozukluklar .....	15
2.7. Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri .....	16
2.8. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum .....	16
2.9. Psikiyatri Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı .....	17
3. MATERYAL ve METOT .....	19

3.1. Araştırmanın Şekli .....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	21
3.5. Verilerin Toplanması .....	20
3.6. Veri Toplama Araçları .....	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	21
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA .....	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	31
KAYNAKLAR .....	32
EKLER.....	38
EK 1. Özgeçmiş .....	38
EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu .....	39
EK 3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği .....	40
EK 4. Manevi İyilik Ölçeği.....	41
EK 5. Etik Kurul İzni .....	42
EK 6. Kurum İzni.....	43

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu çalışmamı değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sayın Funda KAVAK'a, Araştırmanın her aşamasında ve istatistiksel değerlendirmede destek veren ve yol gösteren kıymetli hocam Prof. Dr. Sayın Behice ERCİ'ye, Araştırmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için araştırmanın yapıldığı Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Servisi'nde çalışan tüm sağlık personeline ve sorularıma içtenlikle cevap veren değerli hastalarıma,

Tanıdığım günden beri hayatıma hep neşe katan sevgili eşim Funda GÜLTEKİN'e ve biricik oğlum Ömer Faruk GÜLTEKİN'e

Sonsuz teşekkür ederim.

Abdurrezzak GÜLTEKİN

## ÖZET

### **Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri İle Tedaviye Uyumları Arasındaki İlişki**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

**Materyal ve Metot:** İlişkisel tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde tedavi gören 2500 yetişkin psikiyatri hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme yapılan güç analizi ile 410 psikiyatri hastası olarak belirlenmiştir. Araştırma Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında psikiyatri kliniğindeki hastalarla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu, Manevi İyilik Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, bağımsız gruplarda *t* testi, Varyans Analizi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Psikiyatri hastalarının manevi iyilik toplam puan ortalamasının  $26.88 \pm 9.97$ , % 50.7'sinin tedaviye uyumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmada psikiyatri hastaların manevi iyilik ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < .05$ ).

**Sonuç:** Araştırmada hastaların manevi iyilik düzeyi arttıkça tedaviye uyumlarının da arttığı tespit edilmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin hastaların tedaviye uyumlarını arttırabilmek için hasta bakımına maneviyatı entegre etmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta, Manevi İyilik, Psikiyatri, Tedaviye Uyum

## ABSTRACT

### **The Relationship Between Spiritual Well-Being Levels and Treatment to Adherence of Psychiatric Patients**

**Aim:** The aim of this study is to determine the relationship between spiritual well-being and treatment adherence in psychiatric patients.

**Material and Method:** This research was conducted as a relational identifier. Inonu University Turgut Ozal Medical Center created 2500 adult psychiatric patients treated in psychiatry. In the study, the sample of the research with the power analysis performed was determined as 410 patients. In order to collect the data, the Descriptive Form, The Morisky treatment adherence scale and the Spiritual Well-Being Scale were used. In the analysis of the data; percentile distribution, arithmetic mean, independent *t* test, variance analysis and correlation analysis were used.

**Results:**  $26.88 \pm 9.97\%$  of the total score of Psychiatric Patients' Spiritual Wellness Scale and 50.7% of the patients were moderate to Morisky Treatment Compliance Scale. In the study, it was found that there was a statistically significant positive correlation between psychiatric patients' scale score subscale and total point average and Morisky treatment compliance scale mean score ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** Psychiatric patients who participated in the study were found to have moderate level of treatment adherence and moderate level of spiritual well-being. As the level of spiritual well-being of the patients increased, adherence to treatment increased. Psychiatric nurses may be advised to integrate spirituality into patient care in order to increase patient compliance with care.

**Key words:** Patient, Spiritual Well-Being, Psychiatry, Treatment to Adherence



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ICD</b>	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>MUÖ</b>	: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği
<b>PTSB</b>	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
<b>SWS</b>	: Spiritual Well-Being Scale
<b>WHO</b>	: World Health Organization

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi .....	19
-------------------------------------------------------------	----

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=410).....	22
<b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Morisky Tedaviye Uyumlarının Dağılımı (n=410).....	23
<b>Tablo 4.3.</b> Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları .....	23
<b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Morisky Tedaviye Uyum ve Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 4.5.</b> Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması .....	26

# 1. GİRİŞ

Maneviyat (spiritualite) dini içine alan, bireyin yaşama arzusu, hayata bağlılık gibi içsel kaynakların tümü olarak tanımlanmaktadır (1-2). Manevi iyilik düzeyi ise, bireyin manevi olarak değer verdiği Tanrı, toplum ve kendisi ile tutarlı, dengeli olmasıdır (3). Manevi iyilik, bireyin ruhsal yönden rahatlama sağlama ve hastalığın üstesinden gelmesini olumlu yönde etkilemektedir (2, 4, 5). Gonzalez ve ark. manevi yönden iyi hissetmenin ruhsal yönden iyi hissetmeyi de arttırdığını saptamıştır (6).

Sağlıklı olmak; sadece sosyal, fiziksel olarak değil bedensel, ruhsal ve manevi (spiritüel) yönden de iyi hissetme halidir (7). Ruhsal açıdan rahatlamak, fiziksel yönden iyileşmeyi de hızlandırmaktadır (8, 9). Geçmiş yıllardan itibaren manevi inancın bireyin ruh sağlığını koruyarak fiziksel iyileşmeyi olumlu yönde etkilemede önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Özellikle son yıllarda din ve maneviyatın ruhsal hastalıklarla ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar artmaya başlamıştır. Florez ve ark. post travmatik stres bozukluğu (PTSB) olan hastalarda yaptığı çalışmada manevi iyilik hali yüksek olan hastaların umut düzeylerinin yüksek ve intihar düşüncelerinin düşük olduğunu saptamıştır (10). Gonzalez ve ark. kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada manevi iyilik düzeyi yüksek olan hastaların depresyon düzeyinin daha düşük olduğunu saptamıştır (6). Van Cappellen ve ark. manevi yönden kendini iyi hisseden hastaların olumsuz duygularla başa çıkma yeteneğinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (3).

Ruhsal hastalıkların uzun süreli olması ve tedaviye hemen yanıt alınamaması hastaları çaresizliğe itmektir. Hasta ve hasta yakınları bu durumdan kurtulabilmek için daha çok manevi inanç yöntemlerini uygulamaya yönelmektedir (7-9). Türk toplumunda ruh sağlığı bozuk olan hastaların tedavisi için ilk çağlardan itibaren dua etme, muska yaptırma, din adamlarına başvurma gibi manevi rahatlama yöntemleri yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Tepper ve ark. psikiyatri hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların çoğunluğunun hastalıkla baş edebilmek için manevi inanca yöneldiklerini tespit etmiştir (10).

Manevi inanç ruhsal hastalıklarda tedavinin etkinliğini ve hastaların tedaviye uyumlarını arttırmak için yeni bir yöntem olarak kullanılabilir. Hastanın dini ya da değer verdiği manevi güçler hastanın tedaviye olan bağlılığını arttırmaktadır (11).

Colom ve ark. psikiyatrik bozukluklarda tedaviye uyumun düşük olduğunu belirlemiştir (12). Yılmaz ve Okanlı şizofreni hastalarında tedaviye uyumun düşük olduğunu saptamıştır (13). Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarında iyileşmenin temel koşulunun hastaların tedaviye uyum göstermesine bağlı olduğu görülmektedir (14).

Modern hemşireliğin kurucusu Florance Nightingale hastaların iyileşme sürecinde, hastaları bütüncül bir şekilde değerlendirmenin yanı sıra maneviyatın da gerekli olduğunu açık bir şekilde ifade etmiştir (15). Hastaların manevi iyilik hallerinin artması, tedaviye olan inancı ve dolayısıyla iyileşme umudunu arttırmaktadır. Jim ve ark. yaptığı çalışmada inandığı dinin gereklerini yerine getiren hastaların daha az sıkıntı çektikleri, depresyona daha az girdikleri ve manevi olarak kendilerini daha rahat hissettikleri saptanmıştır (16). Balboni ve ark., Ku ve ark. psikiyatri hastalarında yapmış oldukları çalışmada tedavinin etkinliğini arttırmada manevi iyilik düzeyinin önemli olduğunu saptamıştır (2, 17). Pinikahana ve ark. manevi iyilik düzeyi yüksek olan psikiyatri hastalarının tedaviye daha uyumlu olduğunu belirtmiştir (18). Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazandırmada, yeniden iyileşme gücünü ve umudu arttırmada maneviyatın olumlu etkisi olduğu bilinmektedir.

Manevi iyilik hali bedensel ve ruhsal iyileşme için önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle son zamanlarda manevi yönden iyi hissetme ve ruh sağlığı ilişkisi dünya genelinde ve Türkiye’de araştırmacıların dikkatini çeken bir alan olmaya başlamıştır. Bu araştırmanın psikiyatri hemşireliği alanında ilk olmasının literatüre katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Bu araştırma psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada şu soruya cevap aranmıştır:

- Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Anksiyete Tanımı

Korku ve anksiyete birbirinden farklı anlamlara gelmesine rağmen çoğunlukla birbiriyle karıştırılmaktadır. Korku genellikle sebebi bilinen, bireyde tehlike algısı olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete (kaygı) ise nedeni bilinmeyen, kişide huzursuzluk yaratan, bireyin başına sanki kötü bir şey gelecekmiş ya da kötü bir olay yaşanacak hissini uyandıran bir bunaltılı bir durumdur (19).

#### 2.1.1. Anksiyete Bozuklukları Çeşitleri

- **Ayrılma Kaygısı Bozukluğu:** Ayrılık anksiyetesi çocuklarda en az dört hafta süren, erişkinlerde ise altı ay ya da daha fazla süren, bağlandığı kişiden kişilerden ayrılmaya bağlı olarak beklenenden fazla korku ve endişe ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Bu bozuklukta birey bağlandığı kişi ya da kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak olduğu durumlarda örneğin çocuklarda, çocuk okula gitmek istemeyebilir, karın ağrısının olduğunu söyleyebilir. Bu bozuklukta yetişkinlerde ise iş ve toplumsal ilişkilerinde güçlük yaratan, kişinin gündelik işlevsellik alanlarını önemli ölçüde etkileyen bir hastalıktır (19, 20).

**DSM-V'e Göre Ayrılma Kaygısı Bozukluğu:** Aşağıdaki belirtilerden en az üçünün olması ile birlikte bireyde aşırı korku veya kaygı durumu olması gerekir.

-Bulunduğu ortamdan ya da bağlandığı kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak olması durumunda bireyde aşırı bir üzüntü halinin olması.

-Bağlandığı kişileri kaybedeceği korkusu, bağlandığı bireylerin başına ölüm, hastalık gibi kötü bir durum yaşayacağı ile ilgili aşırı endişe duyması.

-Ayrılma korkusundan dolayı, işe, okula, dışarı ya da evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.

- Bağlandığı kişi ya da kişilerden ayrılmaya neden olacak istenmedik bir durum meydana geldiğinde örneğin: hastalanma, kaybolma, ya da uzun süre ayrı kalma gibi durumlarda aşırı tasalanma.

-Bağlandığı kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak olduğunda fiziksel belirtilerin örneğin: baş ağrıları, bulantı, kusma ve karın ağrıları gibi ağrıların varlığı.

-Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadığı takdirde uyumama ya da isteksiz davranması (19).

- **Seçici Mutizm (Seçici Konuşmazlık):** DSM-V'te seçici mutizm "selective mutism" genellikle "İlk Kez Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" bölümünden çıkarılmıştır ve "Anksiyete Bozuklukları" bölümüne geçirilmiştir. Seçici konuşmazlığın en dikkat çeken yönü, bireyin bazı durumlarda konuşması, özellikle bazı durumlarda hiç konuşmamasıdır. Bu konuşmama oyun arkadaşları ile olabilir ya da toplumsal bir yerde konuşmamasıdır. Bozukluk denebilmesi için en az bir ay sürmelidir. Yapılan bir çalışmada seçici mutizmin görülme oranı binde 0.3-7.1 olarak saptanmıştır (19). Remschmidt ve ark. 2001 yaptıkları çalışmaya göre seçici mutizm tanısı alan kişilerin motivasyonlarının düşük olduğu, depresyon, çabuk kızma, kendilerini güven duymada zorlandıkları ve aşırı dalgalanma yaşayan bireyler olarak saptanmıştır (20, 21).

**Panik Bozukluk:** Panik bozukluk eski zamanlardan beri bilinen hastalık olmasına rağmen 1980 yılında ayrı bir ruhsal hastalık olarak değerlendirilmiştir. Panik bozukluk belli olmayan bir sebeple, mantık dışı, önceden tahmin edilemeyen bir bozukluktur. Panik atak bir dakika sürebileceği gibi saatler boyunca da sürebilir. Panik atak, bireyde bir defa görülebileceği gibi haftalık, aylık hatta yıllık döngülerle de sürebilir. Panik atak sadece panik bozukluğu olan anksiyete hastalığına özgü olmayıp diğer psikolojik hastalıklarda da görülebilir. Panik bozukluğa özgü panik atakların önemli özelliği beklenmedik ve kendiliğinden meydana gelmesidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1993 yılında yaptığı bir çalışmasında Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde panik atak sıklığının % 3.4 ve aynı zamanda panik bozukluğun % 0.2 olduğu saptanmıştır (19, 20, 22).

**DSM-V'e Göre Panik Bozukluğu:** Tekrarlanan beklenmedik panik atakların varlığı. Bir panik atağı, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve o anda aşağıdaki belirtilerden dört tanesinin veya daha fazlasının olması,

- Kalbin küt küt atması, kalp hızının artması, çarpıntı
- Sarsılma ya da titreme
- Terleme
- Göğüste sıkışma veya göğüste ağrı olması
- Karın ağrısı ya da bulantının olması

- Bayılacak gibi olma, ayakta duramama, baş dönmesi
- Üşüme, titreme ya da ateş basması
- Soluğun tıkanıdığı hissi (19).

**Agorafobi:** Genellikle açık alan korkusu olarak bilinir. Fakat psikiyatride daha geniş anlamlar yüklenmektedir. Kişinin herhangi bir anda kendini sıkıntıdaymış gibi hissetmesi, bulunduğu ortamı terk etmesidir. Birey çoğunlukla sosyal alanlardan kaçınmak ister. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmekte ve genelde panik bozuklukla birlikte görülmektedir (22, 23).

**Özgül (spesifik) Fobi:** Toplum taramalarında özgül fobiler oldukça çoktur. Hayvan, yükseklik, asansör, kan görme fobisi vb. çeşitleri vardır. Özgül fobi çocukluk yaşta görülebileceği gibi erişkin yaşta da gelişebilmektedir. Bu fobi türü bireyin günlük yaşantısını önemli yönde aksatmaktadır. Burada birey korkusunun farkındadır. Çoğunlukla birden fazla fobi birlikte görülebilir. Bireyin korkuları tamamen kaybolmaz ama davranışlarında iyileşme olduğu görülür (21-23).

**Sosyal fobi (Toplumsal Kaygı Bozukluğu):** Temel korkuları topluluk içinde dikkatlerin kendi üzerinde olacağı korkusudur. Yapılan araştırmalarda yaşam boyu sosyal fobi görülme sıklığı %13 olarak bulunmuştur. Bir yıllık görülme sıklığı ise yaklaşık %8 olarak bulunmuştur. Sosyal fobi bireylerde yaklaşık 15'li yaşlarda başladığı belirtilmektedir (21-23).

**Yaygın Anksiyete Bozukluğu:** Bu bozukluk en az altı ay boyunca fobi, panik atakları, takıntı ve zorlantı olmadan hemen hemen her gün devam eden, birçok durum ya da olay hakkında aşırı kaygı ve üzüntü ile seyrederek. Hasta sanki her an başına kötü bir şey gelecekmiş endişesi taşımaktadır. Bu yaşadığı derin kaygı ve üzüntüden dolayı günlük yaşam aktivitelerinde bozulma meydana gelebilmektedir. Yaygın anksiyetesi olan bireyler genelde endişeli korkulu olduklarını söylerler. Bu bozuklukta aşırı heyecan, korku, endişe, çabuk yorulma, uyku bozuklukları görülebilmektedir (20, 23).

**DSM-V'e göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu:** En az altı aylık zamanın çoğu gününde, örneğin: bir işte ya da okulda başarı gösterme ile ilgili olarak aşırı bir endişe ve kaygılı kuruntunun olması



- Birey kuruntularını kontrol altına almakta zorluk çeker.
- Bu kuruntu ve kaygıya ilaveten aşağıdaki altı belirtiden üçünün ya da daha fazlasının son altı ayın çoğu gününde olması gerekir.
- Sürekli diken üzerinde duruyormuş gibi, sürekli bir huzursuzluk ya da gergin olma
- Bir işe ya da gündelik bir duruma odaklanmakta güçlük çekmek.
- Kolay yorulma olması
- Çabuk kızma
- Kas gerginliğinin olması
- Bireyin uykuya dalmakta zorluk çekebilir ya da uykuyu sürdürmede güçlük olması (19).

## **2.2. Obsesif Kompulsif (Takıntı-Zorlantı) Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar**

**Obsesyon (Takıntı):** Bireyin anlamsız ve saçma bulduğu zihne giren kişiye rahatsızlık veren ve tekrar tekrar zihinde oluşan düşüncelere denir.

**Kompulsiyon (Zorlantı):** Takıntının verdiği sıkıntıyı azaltmak için bireyin yaptığı zoraki hareketlerdir.

### **2.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğu**

Obsesif kompulsif bozukluk her yaşta meydana gelebilir ancak çoğunlukla 20-24 yaşlar, en fazla risk taşıyan yaş grubudur. Bozukluğun kadın erkek arasında görülme oranları eşittir. Dünya genelinde görülme oranı %1-3 arasında değişmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi hastalıklar da birlikte görülebilir (20, 21).

Obsesif kompulsif bozuklukta en fazla rastlanan obsesyonlar arasında simetri, kirlenme, mikrop kapma, sayı sayma, din, cinsellik gibi konular gelmektedir. Örneğin; hasta kendisinin sahip olduğu bir kısım eşyalarının temizlenmediğine inanabilir ya da elini yıkadığı halde elinin temizlenmediğini düşünebilir. Bu yüzden elini ve eşyalarını defalarca yıkayabilir. Defalarca yıkamasına rağmen hastanın içinde kuşkular hala mevcuttur. Obsesif kompulsif bozuklukta davranış tedavisi önemlidir. Obsesyonlar zor düzelir ama kompulsiyonlar daha kolay düzelir (22, 23).

**DSM-V'e Göre Obsesif Kompulsif (Takıntı-Zorlantı) Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar:** Obsesyonların, kompulsiyonların veya her ikisinin birlikte olması;

- Obsesyonlar, kimi zaman zorla veya istenmediği halde olan, çoğu insanda bir anksiyeteye ya da sıkıntıya sebep olan, yineleyebilen düşüncelerin varlığı

- Birey obsesyonlara aldırış etmemeye ve baskılamaya çalışır veya bunları başka düşünce ya da eyleme dönüştürme girişiminde bulunur.

-Kompulsiyonlar, bireyin takıntısına karşılık olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre kendini mecburmuş gibi hissettiği tekrarlı davranışların varlığı.

- Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler yaşanan anksiyete veya sıkıntıdan kurtulma, korunma amacıyla yapılır. Ancak korunacağı düşüncesi gerçekle ilişkili değildir ya da aşırı düzeydedir (19).

### **2.2.2. Beden Şekil Bozukluğu**

Toplumda genel olarak görülme oranı % 2, ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında % 13 olarak belirlenmiştir. Gençlerde görülme oranları daha sıktır. Muayenelerde sorulmadığı için fark edilme oranları gerçekte olduğundan daha düşük olduğu düşünülmektedir. Beden şekil bozukluğu düşünüldüğünden daha fazla olma ihtimali yüksektir. (22, 23).

Başkaları için önemsiz olan bedenin fiziksel görünüşü onlar için çok önemli olabilmektedir. Ya da hafif bir kusuru çok önemseyebilir ve daha çok uğraşabilmektedirler. Aynı zamanda kendini başkaları ile sürekli kıyaslayabilirler. Beden şekil bozukluğu olan hastalarda bilişsel davranış terapisi veya psikoterapinin rolü büyüktür. Ayrıca empatinin tedavi sürecine önemli katkı sağladığı bilinmektedir (22, 23).

### **2.2.3.Toplama Hastalığı**

Toplama hastalığı DSM-V'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar bölümüne dahil edilmiştir. Bu bireyler eski ve değersiz eşyaları atmama aksine biriktirmeyi tercih ederler. Toplama hastalığı olan bireyler eve getirilen her şeyi yerli yersiz evde toplarlar. Bundan dolayı yaşadıkları yer yaşanmaz bir hal alır. Belirtileri herhangi bir tıbbi nedene bağlanamamaktadır. Bazen de eşya çalma yoluyla da biriktirir ve satmazlar. Bu hastalar

her şeyin kendileri için çok kıymetli olduğunu düşünmektedir. Spesifik bir tedavisi yoktur ancak obsesif kompulsif bozukluk tedavisi gibi tedavi edilmektedir (21-23).

#### **2.2.4. Saç Yolma Cilt Yolma**

Hastalık saç, sakal veya kaş yolma ile seyreden ve nadir görülen bir durumdur. Az da olsa koltuk altı, karın, göğüs ve pubik kılları da yolunabilmektedir. Bu duruma trikotillomani denmektedir. Yolma işlemi gün içinde toplamda saatleri bulabilmektedir. Bu kıllar bazen ağza alınır bazen de yutulur. Bu yüzden mide problemleri meydana gelebilmektedir. Genelde yolma olmadan önce bireylerde gerginlik, sıkıntı ya da anksiyete gözlenmektedir. Yolmadan sonra birey rahatladığını ifade edebilir. Böyle kişiler anksiyete düzeyleri yüksek depresyona yatkın kişiler olabilmektedir. Bozukluk 4-15 gibi erken denebilecek yaşlarda başlar. Genelde yaygın olarak başlama yaşının 13 olduğu bilinmektedir. Bu bozukluğun 45 yaşından sonra başlaması psikoz ya da nörolojik bozukluklar olduğunu düşündürmektedir. DSM-V'e göre saç yolma saç kaybına ve bireyin işlevselliğini ağır bir şekilde bozabildiğini ifade etmektedir.(20-23).

#### **2.3. Duygu-Durum**

**Duygulanım (Affect):** Kişinin uyarılara karşı verdiği duygusal tepkidir. Bireyin üzüntüsünü, sevincini, neşesini veya sıkıntısının var olması duygusu nesnel olarak gözlemlenebilir.

**Duygu-durum (Mood):** Bireyin kendini nasıl hissettiği ile ilgilidir. Bireyin gün içinde olay ya da durumlardan etkilenerek sevinç, hüznün, neşe gibi duyguları hissetmesi duygusal bir varlık olmasının gereğidir. Ancak yaşadığı bir olay ya da durumdan aşırı etkilenmesi ve uzun bir zaman etkisinde kalması normal bir durum değildir. Bir durumdan sadece aşırı ve uzun süre etkilenmesi anormal bir duygu durumu olduğunu kanıtlayamaz. Ama örneğin; herkesin üzgün olduğu bir yerde kahkaha ile gülünmesi anormal bir durumun olduğunu gösterir (21, 24). İnsanlarda dört türlü duygu-durum sınıflandırılması yapılabilir.

- **Normal duygu durum:** Normal duygulanımda birey kendisini iyi hisseder. Bireyde sevinç, öfke, nefret duyguları görülebilir. Burada önemli olan bu duyguların tutarlı olmasıdır. Mani ya da hipomanide hasta kendini çok iyi hissedebilir fakat coşkuları hemen belli olur.

- **Taşkın duygu durum:** Bireyde günün büyük bir bölümünde aşırı iyi hissetme hakimdir. Coşku ya da sevinç ortamına bağlı olmadan uzun süre devam eder.

- **Çökkün duygu durum:** Kişinin özellikle bir yakınının kaybetmesi ile daha belirgin bir şekilde ortaya çıkar. Normal yas sürecinden daha uzun sürer. Birey yası sürekli yaşamaya devam eder ve vicdan azabı duyabilir.

- **Sıkıntılı, tedirgin duygu durum:** Birey günlük yaşamında genellikle sıkıntılı, üzüntülü, mutsuz görünür. Çökkün duygu durumuyla sık görülmektedir (24).

### **2.3.1. Depresyon (Çökkünlük)**

Çökkün olma durumu, içe kapanık, konuşma, düşünce ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, kendini önemsiz hissetme, isteksizlik, karamsarlık ve güçsüzlük ile kendini göstermektedir. Depresyon birçok hastalıkla birlikte görülebilmektedir (24).

#### **2.3.1.1. Majör (Yeğın) Depresyon Bozukluğu**

DSM-IV'te depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar duygu-durum bozuklarında yer alıyordu. Fakat DSM-V'te depresif bozuklar ve bipolar bozukluklar birbirinden ayrılmış ve iki farklı kategoride değerlendirilip, major depresyon, depresif bozukluğu ve ilişkili bozukluklar başlığı altında incelenmeye başlanmıştır. (23).

Majör depresyon bozuklukta, günlük aktivitelere olan ilgide azalma, hiçbir şeyden haz almama gibi belirtiler mevcuttur. Majör depresyon diyebilmek için en az iki hafta devam eden, mani, karma ve hipomani öyküsü olmadan tıbbi bir durum ve madde kullanımı ile ilgili belirtiler görülmelidir. Kilo ve iştah değişikleri, uyku bozukluğu olması, halsiz ve isteksiz olması gibi yineleyen intihar düşünceleri göz önünde bulundurulur. DSM-V'e göre majör depresyon bozukluğu tanısı koyabilmek için ilgi ve zevk almada azalmanın yanı sıra tanı kriterinde belirtilen 9 belirtiden 5 tanesinin olması ve en az 2 hafta devam etmesi gerekir (20, 24).

ABD'de yapılan çalışmalara göre majör depresyon sıklığı % 3- 5.8 aralığında değişmektedir. 12 aylık yaygınlığı % 2.6 – 6.2 olarak bulunmuştur. Türkiye Ruh sağlığı profili çalışmasına göre bir yıllık depresif yaygınlığı kadınlarda %5.4 erkeklerde % 2.3 ve tüm toplumda %4 olarak saptanmıştır. Görüldüğü üzere kadınlarda majör depresyon oranı erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazladır (21-23).

**DSM-V'e Göre Majör Depresyon Bozukluğu:** Majör depresyon tanısının konulabilmesi için, iki hafta boyunca aşağıdaki belirtilerden beşi veya daha fazlasının mevcut olması ve daha önceki işlevsellik boyutunda bir değişiklik meydana gelmiştir.

- Çökkün bir duygu durumu mevcuttur. Günün çoğu zamanı üzüntülü geçer ya kendisi bu durumu bildirir ya da bu durum başkası tarafından gözlenebilmektedir.

- Etkinliklere karşı ilginin azalması ya da etkinliklere hiç katılmak istememesi ya da zevk almama durumu mevcuttur.

- Yemek yeme isteğinin azalması ya da aşırı yemek yeme isteğinin olması örneğin: bir ay içerisinde birey ağırlığının % 5'inden daha fazla değişme olabilir.

- Birey hemen her gün uyku problemi yaşar. Ya aşırı bir uyku hali vardır ya da uykusuzluk hali vardır.

- Kişide bitkinlik ya da enerji düşüklüğü vardır.

- Birey kendini değersiz hisseder veya aşırı suçluluk duygusu hissine kapılır.

- Bireyde düşünmekte zorluk veya odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık durumu gözlenir.

- Sürekli kendini öldürme (intihar) düşüncesi, ya da intihar girişimi olur.

- Bireyde bir mani ya da hipomani dönemi yoktur. (19).

### **2.3.1.2. Süregiden Depresyon (Distimi) Bozukluğu**

Depresyona benzeyen bir hastalıktır. Depresyon belirtilerinin daha az ve en az 2 yıl veya daha uzun sürmesi ile karakterizedir. Bu hastalarda genelde çok ağır olmayan depresyon belirtileri içerisinde uyku bozukluğu, karamsarlık, istek ve zevksizlik görülebilir. Bazen birkaç gün kendilerini iyi hissedebilirler. Alkol veya sıkıntı giderici ilaçlar kullanımına yatkınlıkları yüksektir. Distimik bozukluğun en önemli özelliği süregelen olmasının yanı sıra huzursuzluk, karamsar veya acı çekmeye meyilli bir yapılarının olmasıdır. Distimik bozukluğu olan hastalarda bazen majör depresyon dönemleri olabilmektedir. Buna çifte depresyon denmektedir (21-24).

**DSM-V'e Göre Süregiden Depresyon (Distimi) Bozukluğu:** En az iki yıl devam eden, bu iki yılın çoğu gününde, ya da günün büyük bir zaman diliminde bireyde çökkün

duygu durum vardır. Kişi depresyonda iken aşağıdaki belirtilerin en az iki tanesinin görülmesi gerekir.

- Aşırı yemek yeme isteği ya da yemek yeme isteğinin azalması.
- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma.
- Bitkinlik ya da enerji düzeyinde azalma.
- Benlik saygısında azalma ya da karar verememe.
- İsteksizlik, umutsuzluk duygularının varlığı.
- Odaklanmada zorluk çekme (19).

### **2.3.2. Mani**

Tedavi edilmediğinde birkaç gün ile birkaç ay arası devam edebilir. Mani tanısını koyabilmek için belirtilerin en az 1 hafta sürmesi gerekmektedir. Hastaların enerjileri artmış durumdadır. Öfori, zevk vericilere aşırı bir uğraş olabilir. Uyku ihtiyacında azalma görülebilir. Örneğin; hastalar günlük 3 saat uyumayla kendini çok dinç hissedebilir. Dikkat bozukluğu vardır. Çevreleri tarafından kolay fark edildikleri için hastaneye hemen gelirler. Benlik duygusunun artması, büyüklük sanrıları olabilir. Mani her yaşta görülebilir. Ama ilk nöbetler genelde erken gençlik dönemlerinde meydana gelir (22, 23).

#### **2.3.2.1. Hipomani**

Mani belirtileri hastaların günlük yaşamını bozmayacak düzeyde olmalıdır. Bireyler doktora başvuracak düzeyde ağır değildir. Hastalar bir süre çalışkan, neşeli ve hareketli olabilir. Fakat sonradan düzelir. Ayrıca psikotik özellikler taşımaz (23).

### **2.4. Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar**

Bipolar bozukluk, erken yaşta başlayan (15-25 yaş), aşırı mani ve çökkünlük dönemleri olan, işlevsel düzeyde bozuklukla sonuçlanan, ekonomik yük ve yüksek intihar riski ile karakterize bir kronik hastalıktır. Hastaların alkol ve madde kullanım yatkınlıkları vardır. Adli olaylara sık karışma nedenlerinden dolayı tekrar tekrar hastaneye yatışları olabilmektedir (21, 23). Bipolar bozukluğu olan hastalarda depresyon ya da mani dönemleri günler hatta haftalar sürebilmektedir. Bu bireylerin yaklaşık olarak % 40 gibi yüksek bir oranı mani ve depresyonu aynı anda yaşarlar. Bipolar bozukluğun başlaması ile tanının konması arasında yaklaşık olarak 10 yıl geçmektedir. Hastalığın ilk başlangıcı çökkünlük ile ortaya çıktığı için bipolar tanısının konması gecikebilmektedir (20, 24).

**DSM-V'e Göre Bipolar (İki Uçlu) ve İlişkili Bozukluklar:** Duygu-durum bozukluğun olduğu ve içsel güçte veya etkinliklerde artış olduğu dönemde aşağıda verilen belirtilerden üçü veya daha fazlası, eğer çabuk kızan bir duygu-durum var ise bipolar tanısının konulabilmesi için dördünün olması gerekir.

- Benlik saygısında aşırı bir atış veya büyüklük düşüncelerinin olması.
- Uyku uyumada azalma örneğin sadece üç saatlik uyku ile kendini dinlenmiş hissetmek.
- Birey her zaman konuştuğundan daha fazla konuşur veya konuşmaya tutar.
- Kişinin dikkati kolay bir şekilde dağılabilmektedir.
- Amaca yönelik işte, okulda, cinsel yaşamda ya da toplumsal olarak artma veya amaca yönelik olmayan ajitasyon gibi.
- Etkinliklere aşırı katılma, aşırı para harcama, ya da gereksiz yatırım yapma düşünceleri (19).

## **2.5. Psikoz ve İlişkili Bozukluklar**

Psikoz, bireyde gerçek ile hayal dünyanın birbirine girmesi olarak tanımlanmaktadır. Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması psikozun en önemli özelliğidir. Sanrı ve varsanı en önemli psikotik belirtidir. Sanrı; değiştirilmesi zor olan inanışlardır (20, 23). Örneğin; kişi eşinin kendisini aldattığını düşünebilir veya daha kötü inanışlar da olabilir. Varsanı ise, gerçekte var olmayan şeyleri görmek, koklama, veya duyma olabilir. Örneğin; kişi kafasının içerisinde garip sesler duyabilir ya da derisinin altından bir şeyin ilerlediğini hissedebilir. Kişide düzensiz konuşmalar ve duygularda değişiklik ve genel görünümünde bozulmalar vardır (24).

### **2.5.1. Şizofreni**

Şizofreni, son yüzyıldan beri ruh hekimliğini en fazla zorlayan, ama günümüzde bile tam olarak açıklanamamış bir hastalık değildir. Bu ağır psikotik hastalık genç yaşta başlayarak, bireyin insanlar arasındaki ilişkisini büyük ölçüde olumsuz yönde etkiler. Birey gerçeklerden uzaklaşarak, kendi iç dünyasına kapanır. Şizofreni hastaların davranışlarında önemli bozulmalarla karakterize ağır ruhsal bir bozukluktur (21, 24).

Şizofrenin ilk belirtilerini önce Kraepelin sonrasında Bleuler tanımlamıştır. Hastada algılama, düşünme, duygu, davranışları etkileyen bir hasatlıktır. Bleuler'in şizofrenide 4A denen temel belirtileri oldukça önemlidir. Bunlar;

- **Duygulanımda Bozukluk (Affect):** İlgisizlik, aldırılmazlık, duygusal tepkilerde küntleşme, dengesizlik ve uyumsuzluk mevcut olur.

- **Çağrışımlarda Bozukluk (Association):** Çağrışımlarda ve düşüncede bozulmalar, duraksamalar, garip, sözcük salatası, düşünce blokları mevcuttur.

- **Ambivalans:** Bireyde birbirine zıt duygu ve düşüncelerin aynı anda olması.

- **Otizm (Autism):** Gerçek dünya ile ilgisinin azalması, ya da kesmesi, kendine göre iç dünyasına göre davranış ve düşünceleri vardır. Ayrıca bilinç ve yönelim bozukluğu, bellekte bozulmalar vardır. Bu temel belirtilerin yanı sıra düşünce içeriğinde sanrılar, yineleyen düşünceler, varsınlar vardır. Yine garip duruşlar, yüz oynatmalar, katatoni olabilmektedir.

- *DSM-V'e göre şizofreni tanı kriterleri:*

- \* Sanrılar,
- \* Varsanılar,
- \* Konuşmanın bozulması,
- \* Çok dağınık ya da katatonik davranış,
- \* Duygu ifadelerinin azalması.

Bu belirtilerden iki ve ya daha fazlasının hastada bulunması şartı konulmuştur. Belirtiler en az 2 ay sürmesi gerekmektedir. İki belirtiden biri ilk üç belirtiden bir olması gerekir (19).

Şizofreni hem genç yaşta ortaya çıkması hem de yaygın olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Şizofreninin Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılında yaptığı İlk Global Hastalık Yüğü çalışmasında belirttiğine göre 15-44 yaş grubunda yeti yitimine en fazla sebep olan on hastalık arasında yer aldığı belirlenmiştir. 2010 yılında yapılan aynı çalışmanın tekrarında yeti yitimine sebep olan ruhsal hastalıklar arasında ilk sırada olduğu saptanmıştır (20-24).

Şizofreninin erkeklerde görülme oranı kadınlara göre daha fazladır. Şizofreninin kadınlardaki gidişatı erkeklere göre daha hafif geçmektedir. Şizofreni tüm toplumlarda ve her türlü sosyo-ekonomik düzeyli toplumlarda meydana gelmektedir. Literatüre bakıldığı zaman düşük sosyokültürel düzeylerdeki toplumlarda daha sık görüldüğüne dair bulgular mevcuttur (23, 24).



### 2.5.2. Şizofreniform Bozukluk

Bu bozukluk şizofreniye benzer ama tanı için süre şartını karşılamayan 6 aydan daha kısa olduğu durumlarda geçerlidir. Şizofreniform hastalığı ergenlik döneminde daha fazla olmaktadır. Kadın ve erkek arasında eşittir. Lityum kullanılmasından dolayı duygu durum bozukluklarına benzediği söylenmektedir. Şizofreni ile ilgili olduğu literatürde bazı çalışmalar desteklemektedir. DSM-V'e göre şizofreniform bozukluğun tanısı için 1 aydan uzun 6 aydan kısa olma koşulu mevcuttur (19, 23).

**DSM-V'e Göre Şizofreniform Bozukluk:** Aşağıdaki belirtilerden ikisinde ya da daha fazlasından her biri, bir aylık bir sürenin çoğunda eğer başarılı bir şekilde tedavi edilmiş ise de ilk üç belirtiden en az biri görülür.

- \* Sanrılar
- \* Varsanılar
- \* Dağınık konuşma
- \* Negatif belirtiler bulunur (19).

### 2.5.3. Şizoaffektif Bozukluk

Bu bozuklukta hem şizofrenik bozukluk hem de mani, depresyon izlenir. Şizopaffektif bozukluğun seyri şizofreniden iyi, mani ve depresyondan daha ağır bir ruh hastalığıdır. Bu bozukluk ruh hekimliğinde farklı görüşlere yol açmıştır (20, 21). Kimisi duygu-durum bozukluğunda olması gerektiğini söylemekte, kimisi de şizofreninin bir türü olduğunu savunmaktadır. DSM-V'e göre hastalık süresinin çoğunda duygu durum belirtilerinin olması koşulunu öne sürer. Şizoaffektif tanısı için duygu durum belirtilerinin önde geliyorsa duygu durum. Depresyon belirtilerinin önde geldiği durumda belirtilerin kesin olması gerekir (23, 24).

**DSM-V'e Göre Şizoaffektif Bozukluk:** Major bir duygu-durum süreciyle depresyon ya da maniyeye eşzamanlı olarak şizofreni tanı ölçütünün olduğu, kesintisiz bir şekilde hastalık sürecinin olması gerekmektedir.

- Hastalığın yaşam süresince, depresyon ya da mani dönemi olmadığı ama iki hafta veya daha fazla süre sanrılar ya da varsanılar olması gerekir (19).

## 2.6. Madde Kullanımı ve Bağımlılık İle İlişkili Bozukluklar

Madde bağımlılığı, bireyin ilaç özelliğine sahip maddeyi kullandığında bireye keyif verici özelliği olan, yokluğunda ise mutsuzluğa sebep olan bir beyin rahatsızlığıdır. Kişi maddeyi kullandıkça dozunu arttırmak ister ve maddeyi kullandıkça beyin üzerinde etkisi devam eder. Bu yüzden kişi farklı duygulanım içerisine girebilmektedir (24, 25).

### 2.6.1. Alkolle İlişkili Bozukluklar

Dünyada prevalansı en yüksek olan madde kullanımı kafein ve tütünden sonra içki yapımında kullanılan alkoldür. Alkol kullanımı oldukça eski zamanlara dayanır. Alkol tüketim tarihine bakıldığı zaman Mezopotamya, Eski Mısır ve Yunan uygarlıklarına kadar dayandığı görülmektedir. Hatta Mezopotamya'da hastalıkların tedavisi için kullanıldığı görülmektedir (23, 25).

Dünya Sağlık Örgütü 2012 raporuna göre alkol kullanımı batı toplumlarında sosyal olarak kabul görmesine rağmen hala önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 15-64 yaş aralığındaki tüm ölümlerin yaklaşık % 11,8'inin alkol bağımlılığından olduğu saptanmıştır (25, 26).

Alkolün kötüye kullanımı çağımızın en büyük sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Örneğin; trafik kazaları, suça yönelme, intihar, aile parçalanması önde gelenleridir. Alkol bağımlılığı ruh ve beden sağlığını, aile ve toplum uyumunu bozmaktadır. ABD, İsveç ve Norveç gibi gelişmiş ülkelerde alkol içme oranının yetişkinlerde % 10- 15 arasında değişmekte olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki alkol bağımlılığı ile ilgili DSÖ tarafından 2000-2001 yıllarında 18 yaş ve üstü bireylerde yapılan araştırmaya göre alkol bağımlılığı yaygınlığının % 1.3, erkeklerde % 1.7 ve kadınlarda %0.7 olduğu görülmüştür (21-24).

**DSM-V'e Göre Alkolle İlişkili Bozukluklar:** Bir yıllık süre içinde, aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin olmasının yanı sıra klinik açıdan işlevsel yönden bozulmanın olması ile ilgili sorunlu alkol kullanımı olması.

- Birey çoğunlukla istediğinden daha fazla ya da daha uzun süreli alkol alır.
- Birey çoğu defa alkol almayı bırakmak istediğini ifade etmesine rağmen sonuç vermeyen çabaların varlığı.
- Birey alkol kullanmak zorundaymış gibi hisseder.
- Yineleyici ve tehlikeli olabilecek kadar alkol alımı.
- Bir problemle karşılaştığı takdirde alkol almada artma görülür.
- Alkol kullanımından kaynaklı sosyal aktivitelere katılma oranında azalma.

- Toleransın gelişmiş olması (istenen etkiyi sağlamak için alkol alma miktarının sürekli arttırılmak istenmesi veya aynı miktarda alkol almasına rağmen etkisinin daha az olduğunun düşünülmesi).

- Yoksunluğun gelişmiş olması, alkolü bıraktığı durumda dakikada kalp atım hızının 100'ün üzerine çıkması, el titremenin varlığı, uykusuzluk, bulantı-kusma gibi belirtileri olması. (19).

## **2.7. Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri**

Maneviyat, her insanda var olan bir güç kaynağıdır. Manevi olarak iyi olmak, insanın kendisiyle, toplumla, çevresiyle ve Tanrı'yla ilişkisinin niteliğini belirtmektedir (27). Manevi iyilik, bireyin ruhsal yönden rahat hissetmesini ve hastalığın üstesinden gelmesini olumlu yönde etkilemektedir (5).Psikiyatri hastaları hastalıkla baş edebilmek için manevi inanca sığınmaktadır. Manevi iyilik halinin bireyin ruh sağlığını koruyarak fiziksel iyileşmeyi olumlu yönde etkilemede önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Manevi yönden güçlü olan yaşlı kişilerin hayata daha olumlu bakmaktadır (28). Hastanın cesaretlendirilmesi hastanın karşılaşacağı sorunlarla baş etmesine olanak sağlamaktadır (29). Yapılan çalışmalarda manevi iyilik düzeyinin yüksek olduğu hastalarda depresyon düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir (30). Psikiyatri hastalarında gerek hastalığın uzun sürmesi, gerekse uzun süreli ilaç kullanımı hastaların iyileşmeye dair inanç, umut ve mutluluk düzeyini azaltabilmektedir (31). Hastalarının manevi iyilik düzeylerinin uygun terapi ve eğitimlerle geliştirilmesi hastaların iyileşmesini pozitif yönde etkileyebilmektedir (32). Kendini manevi olarak geliştiren psikiyatri hemşiresi hastanın manevi iyilik düzeylerini yükseltebilmektedir (33).

## **2.8. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum**

Tedaviye uyum sadece ilaçların alınması değil, aynı zamanda sağlık personeli tarafından hastanın sağlığı için önerilen tedaviye hastanın uymasidir (12, 13). Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum zaman zaman düşük düzeyde olabilmektedir. Hastalığın alevlendiği zamanlarda tedavi almak istemeyebilir, ya da yapılan tedavinin faydalı olmadığı düşüncesine sahip olabilmektedir (14, 15). Hastanın iç görüsünün olmadığı durumlarda tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Aynı anda birkaç hastalığın varlığı da tedavi uyumu düzeyi düşürebilmektedir (34). Psikiyatri hastalıklarının tedavisinde hem ilaçlı tedavi hem de ilaçlı olmayan sosyal destekli tedaviler uygulanabilmektedir. İlaçlı tedavisinde kullanılan ilaçların ağır yan etkilerinin olması

iyileşmeye olan inancının azalmasına ve tedaviye olan uyum düzeyinin düşük olmasına sebep olabilmektedir (35, 36).

Psikiyatri hastalıklarında tedaviye erken başlamak ve tedaviye uyum hastalıkla baş edilebilmesinde önemlidir (12). Psikiyatri hastaların tedaviye uyumu arttırmada hastanın hastalığı hakkında farkındalık oluşturmasında tedavi uyumuna katkı sağlayabilmektedir. Sağlık personelin hastanın manevi gelişimine destek olması tedaviyi başarıyla sürdürmesini hızlandırabilmektedir. Sosyal desteği olan hastalarda tedavi uyumu daha fazla olduğu saptanmıştır (34, 35). Tedavi uyumu yüksek olabilmesi için sağlık personeli, hasta ve hasta yakını ile işbirliği içinde olması gerekmektedir (36). Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum düzeyini yükseltmek için bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin başında bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, motivasyonel görüşme, aile girişimleri ve tedavi uyum programları gibi hastayı destekleyici eğitimler verilmektedir (37). Wykes ve ark. yaptığı çalışmada bilişsel davranışçı tedavi hastanın tedavi uyum düzeyini yükselttiği saptanmıştır (38). Aylaz ve Kılınç yaptığı çalışmaya göre psikiyatri hastalarında sosyal desteği olan hastaların olmayanlara göre tedavi uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (39).

## **2.9. Psikiyatri Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı**

Ruh hastalıklarında hemşirelik bakımı uzun süreli olabilmektedir. Hemşire hastanın hastaneye yatışı yapıldıktan sonra hastanın bakımından günün yirmi dört saati sorumlu olmaktadır. Bu durumda hastayı daha iyi gözleme ve tanıma imkanı bulmaktadır. Hastaya profesyonel bakım verirken aynı zamanda hastaya hem sosyal destek hem de yeri geldiğinde hastanın iyilik halinin iyi olması için çabalamaktadır. Hemşirelik bakımı tüm hastalıklar için son derece önemli bir sağlık bakımıdır (20-22).

Hemşirelik olarak bakımın amacı bireyin var olan sağlığını daha iyi bir düzeye yükseltmeye çalışmaktır. Psikiyatri hemşiresi daha kaliteli hemşirelik bakımı için hem bilimsel çalışmaları takip eder, hem de olumlu hemşire-hasta iletişimi geliştirerek hastanın tedavi sürecine katkı sağlamaktadır (20). Hasta ve hastanın ailesiyle ilk karşılaştığı andan itibaren profesyonel olarak çalışan psikiyatri hemşiresi, hasta, hastanın ailesi ve diğer sağlık personelleriyle tam bir ekip anlayışı içinde hemşirelik bakımı planlar ve uygular. Aynı zamanda vereceği bakıma hastayı da katarak tedavi sürecini hızlandırabilmektedir (20, 24). Hemşire-hasta ilişkisinde terapötik iletişim sayesinde hastanın duygu durumunda pozitif yönde duyguların oluşmasında psikiyatri hemşiresinin

önemli olduğu bilinmektedir (40). Hastaya bakım verirken hastayı dinlemek, anlamak, hastaya karşı saygılı olmak, hasta memnuniyeti ve güvenli ortam oluşmaktadır. Kavak ve ark. yaptığı çalışmaya göre manevi yönden kendini geliştiren hemşirelerin hastaların da manevi iyilik durumlarını yükseltebildikleri belirlenmiştir (33). Psikiyatri hemşiresi, hastayı stres ve hastalıkla baş etme becerisi geliştirmesi için cesaretlendirmektedir. Hayata karşı daha olumlu bakmasına ve hastalığın iyileşmesi açısından pozitif düşünmesine yardımcı olur (41). Psikiyatri hemşiresi hastaya hemşirelik sürecini uygularken bireyi bütüncül olarak ele alır. Hastanın hastalıkla baş etmesinde ve kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesine yardımcı olur (30). Psikiyatri hastalıkları erken fark edilmediği zaman bireye, aileye ve ülkelere ciddi bir maliyete sebep olmaktadır. Bu yüzden erken tedavi iyileşme sürecini hızlandırmakta hem de hastaneye tekrar yatışları azalttığı bilinmektedir.

### 3. MATERYAL ve METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğinde Temmuz 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 1996 yılında hizmete açılmıştır. Turgut Özal Tıp Merkezi 24.000 m<sup>2</sup> alan üzerine kurulu 126.000 m<sup>2</sup> toplam kapalı alana sahiptir. On altı katlı hastane kulesinde aktif hizmet veren merkez toplam 950 yatak kapasitesine sahiptir. Psikiyatri kliniği 52 yatak kapasitesine sahiptir. 14 hemşire, 7 öğretim üyesi, 13 asistan ve 8 diğer personel olmak üzere toplamda 42 sağlık personelinden oluşmaktadır. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde tedavi gören 2500 yetişkin psikiyatri hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın

örneklemini belirlemek için yapılan güç analizinde 0.05 yanılğı düzeyi, 0.08 etki büyüklüğü ve 0.95 evreni temsil etme yeteneğı ile örneklem büyüklüğü 410 psikiyatri hastası olarak belirlenmiştir. Hastaların isimleri listelenip numaralandırılıp, arasında tek sayılı numaralar basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

### **Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- İletişime ve iş birliğine açık olma
- Remisyon döneminde olma (hastalığın akut dönem belirtilerini atlatmış olma)

### **Çalışmadan Dışlanma Kriterleri**

- Demans ve/veya diğer organik mental bozukluk olması
- Klinik görüşme ile saptanan mental retardasyon bulunması

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler Haziran 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verileri toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2), Manevi İyilik Ölçeğı (EK-3 ), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeğı (EK-4) kullanılmıştır. Veriler İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri servisindeki hastalarla görüşme odasında tek tek görüşülerek, araştırmacı tarafından sorular okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Bir görüşme ortalama 15 dk sürmüştür.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

**Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2):** Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 8 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, hastanın tıbbi tanısı) oluşmaktadır.

**Morisky Tedaviye Uyum Ölçeğı (EK-3):** Ölçek ilk defa 1986 yılında Morisky, Green, and Levine tarafından geliştirilmiştir (42). Ölçeğın Tükçe geçerlilik güvenirliliğı Yılmaz tarafından 2004 yılında yapılmıştır (43). Ölçeğın Cronbach Alpha kat sayısı 0.64-0.96 arasında değışmektedir. Ölçek, ilaç uyumunu ölçen dört sorudan oluşmaktadır. Sorular “evet/hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır (44). Soruların tümüne “hayır” denmişse ilaç uyumu yüksek (4 puan), bir veya iki soruya “evet” denmişse ilaç uyumu orta (2-3 puan arası), üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük (0-1 puan arası) olarak değıerlendirilir. Bu araştırmada ölçeğın cronbach alpha kat sayısı 0.89 olarak

bulunmuştur.

**Manevi İyilik Ölçeği (EK-4):** Manevi İyilik Ölçeği Ellison ve Paloutzian tarafından 1982'de geliştirilmiştir (45). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2017 yılında Aktürk ve ark. tarafından yapılmıştır (27). Ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.81 ile 0.89 arasında değişmektedir. 5'li likert olan ölçeğin anlam (2, 3, 5, 8), barış (1, 4, 6, 7) ve inanç (9, 10, 11, 12) olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Ölçeğin her maddesi 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin 4. ve 8. Maddeleri ters, diğer maddeleri düz puanlanmaktadır. Alt ölçeklerinin toplam skoru 0-16'dır. Ölçeğin toplam skoru aralığı 0-48'dir. Daha yüksek puan, daha fazla manevi iyilik anlamına gelir (27). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.82 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişken:** Manevi iyilik ve tedaviye uyumdur.

**Bağımsız Değişken:** Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyini algılama durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, hastanın tıbbi tanısıdır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde; hastaların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesinde yüzdeler dağılım, ölçeklerin toplam puan ortalamasının karşılaştırılmasında aritmetik ortalama, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü ile ölçeklerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda *t* testi, yaş grupları, eğitim düzeyi, gelir düzeyini algılama durumu, hastanın tıbbi tanısı ile ölçeklerin karşılaştırılmasında varyans analizi ve iki ölçeğin karşılaştırılmasında korelasyon analizi kullanılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan onay (EK-5) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yasal izin (EK-6) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklanıp hasta ve hasta yakınlarından sözel izinler alınmıştır. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu bölümde psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=410)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Yaş Grupları</b>		
18-28	99	24.1
29-39	164	40.0
40-50	88	21.5
51 ve üzeri	59	14.4
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	297	72.4
Kadın	113	27.6
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar	34	8.3
İlköğretim	108	26.3
Ortaöğretim	222	54.1
Yüksekokul	46	11.2
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	166	40.5
Bekar	244	59.5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	107	26.1
Çalışmıyor	303	73.9
<b>Gelir Düzeyini Algılama Durumu</b>		
Kötü	73	17.8
Orta	279	68.0
İyi	58	14.1
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>		
Var	136	33.2
Yok	274	66.8
<b>Hastanın Tıbbi Tanısı</b>		
Anksiyete Bozuklukları	58	14.1
Duygu-Durum Bozuklukları	95	23.2
Psikoz ve ilişkili Bozukluklar	196	47.8
Madde Kullanım Bozuklukları	61	14.9
<b>TOPLAM</b>	<b>410</b>	<b>100.0</b>

Araştırmada hastaların % 40'ının 29 - 39 yaş aralığında, % 72.4'ünün erkek, % 54.1'inin ortaöğretim mezunu, % 59.5'inin bekar olduğu, % 73.9'unun çalışmadığı, % 68'inin gelir düzeyini algılama durumunun orta olduğu, % 66.8'inin ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, % 47.8'inin tıbbi tanısının psikoz ve ilişkili bozukluklar olduğu belirlenmiştir.

Hastaların tedaviye uyumlarının dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

**Tablo 4. 2.** Hastaların Morisky Tedaviye Uyumlarının Dağılımı (n=410)

<b>Tedaviye Uyum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Düşük Uyum	76	18.5
Orta Uyum	208	50.7
Yüksek Uyum	126	30.7
<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100.0</b>

Araştırmada hastaların % 50.7'sinin tedaviye uyumun orta düzey olduğu saptanmıştır.

Hastaların Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut Ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları Tablo 4. 3'te verilmiştir.

**Tablo 4.3.** Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puanından Alınan Puanlar ve Ortalamaları

<b>Ölçek</b>	<b>Min-Max Puan</b>	<b>Ort.</b>
Anlam	0-16	9.16±3,38
Barış	0-16	7.86±2.83
İnanç	0-16	9.86±3.76
<b>Manevi İyilik Toplam Puan</b>	<b>2-44</b>	<b>26.88± 9.97</b>

**Tablo 4.3'**te hastaların Manevi İyilik Ölçek toplam puanından aldıkları en düşük puan 2, en yüksek puan 44, ölçek toplam puan ortalaması ise 26.88±9.97 'dir. Ölçek toplam puan ortalaması dikkate alındığında hastaların manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Morisky Tedaviye Uyum ve Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Morisky Tedaviye Uyum ve Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		Anlam	Barış	İnanç	Manevi İyilik Ölçek Toplam Puan	Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Toplam Puan		
	n %							
Yaş Grupları	18-28	99	24.1	10.18 ± 3.34	8.33 ± 2.98	10.38 ± 4.12	28.89 ± 8.18	2.55 ± 1.39
	29-39	164	40.0	9.12 ± 3.21	7.81 ± 2.67	10.14 ± 3.35	27.08 ± 7.76	2.79 ± 1.50
	40-50	88	21.5	8.51 ± 3.43	7.79 ± 2.91	8.75 ± 3.86	25.05 ± 9.35	3.07 ± 1.31
	51 ve üzeri	59	14.4	8.54 ± 3.49	7.28 ± 2.81	9.88 ± 3.86	25.71 ± 8.67	2.98 ± 1.44
	<b>Test Değeri</b>			F= 4.881	F= 1.760	F= 3.562	F=3.738	F= 2.373
<b>Önemlilik</b>			<b>p= .002</b>	p= .154	<b>p= .014</b>	<b>p= .011</b>	p= .070	
Cinsiyet	Erkek	297	72.4	9.16 ± 3.25	7.68 ± 2.77	9.74 ± 3.53	26.58 ± 8.00	2.75 ± 1.48
	Kadın	113	27.6	9.16 ± 3.72	8.31 ± 2.95	10.19 ± 4.32	27.68 ± 9.48	3.00 ± 1.27
	<b>Test Değeri</b>			t= -0.017	t= -2.025	t= -1.090	t= -1.171	t= -1.607
<b>Önemlilik</b>			p= .986	<b>p= .044</b>	p= .276	p= .242	p= .109	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	34	8.3	7.76 ± 4.03	7.00 ± 2.68	9.55 ± 4.87	24.32 ± 9.77	2.20 ± 1.51
	İlköğretim	108	26.3	8.94 ± 3.51	7.78 ± 3.06	10.00 ± 4.04	26.73 ± 9.23	2.64 ± 1.45
	Ortaöğretim	222	54.1	9.29 ± 2.95	7.91 ± 2.42	9.78 ± 3.21	26.99 ± 7.10	2.96 ± 1.44
	Yükseköğretim	46	11.2	10.08 ± 4.18	8.39 ± 3.95	10.17 ± 4.68	28.65 ± 10.88	3.02 ± 1.14
	<b>Test Değeri</b>			F= 3.394	F= 1.467	F= 0.257	F= 1.750	F= 3.706
<b>Önemlilik</b>			<b>p= .018</b>	p= .178	p= .856	<b>p= .016</b>	<b>p= .012</b>	
Medeni Durum	Evli	166	40.5	9.35 ± 3.44	7.81 ± 2.84	10.45 ± 3.75	27.62 ± 8.58	2.74 ± 1.46
	Bekâr	244	59.5	9.03 ± 3.34	7.89 ± 2.83	9.46 ± 3.73	26.39 ± 8.32	2.88 ± 1.41
	<b>Test Değeri</b>			t= 0.947	t= -0.281	t= 2.615	t= 1.447	t= -0.970
<b>Önemlilik</b>			p= .344	p= .779	<b>p= .009</b>	<b>p= .012</b>	p= .333	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	107	26.1	10.26 ± 3.42	8.40 ± 3.09	10.89 ± 3.80	29.56 ± 8.71	2.94 ± 1.32
	Çalışmıyor	303	73.9	8.77 ± 3.29	7.67 ± 2.71	9.50 ± 3.69	25.94 ± 8.15	2.78 ± 1.47
	<b>Test Değeri</b>			t= 3.974	t= 2.309	t= 3.333	t= 3.871	t= 1.002
<b>Önemlilik</b>			<b>p= .000</b>	<b>p= .021</b>	<b>p= .001</b>	<b>p= .001</b>	p= .317	
Gelir Düzeyini Algılama Durumu	Kötü	73	17.8	8.15 ± 3.94	7.19 ± 3.37	9.41 ± 4.63	24.75 ± 10.27	1.98 ± 1.45
	Orta	279	60.8	9.23 ± 2.99	7.88 ± 2.48	9.75 ± 3.32	26.88 ± 7.35	2.94 ± 1.16
	İyi	58	14.1	10.08 ± 4.05	8.58 ± 3.45	10.94 ± 4.39	29.62 ± 10.04	3.01 ± 1.40
<b>Test Değeri</b>			F= 5.612	F= 4.005	F= 3.064	F= 5.491	F= 16.320	
<b>Önemlilik</b>			<b>p= .004</b>	<b>p= .019</b>	<b>p= .048</b>	<b>p= .004</b>	<b>p= .000</b>	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	136	33.2	8.63 ± 3.34	7.37 ± 2.96	9.56 ± 3.89	25.58 ± 8.45	2.68 ± 1.51
	Yok	274	66.8	9.42 ± 3.38	8.10 ± 2.73	10.01 ± 3.70	27.54 ± 8.37	2.89 ± 1.39
	<b>Test Değeri</b>			t= -2.218	t= -2.462	t= -1.135	t= -2.223	t= -1.398
<b>Önemlilik</b>			<b>p= .027</b>	<b>p= .014</b>	<b>p= .257</b>	<b>p= .027</b>	p= .163	
Hastanın Tıbbi Tanısı	Anksiyete	58	14.1	7.96 ± 4.03	7.12 ± 3.35	9.51 ± 4.18	24.60 ± 10.10	3.00 ± 1.35
	Boz.	95	23.2	10.84 ± 3.41	8.91 ± 2.87	11.77 ± 3.57	31.77 ± 7.88	2.94 ± 1.31
	Duygu-Durum	196	47.8	8.16 ± 2.46	7.30 ± 2.28	8.63 ± 3.01	24.10 ± 6.57	2.80 ± 1.54
	Psikoz	61	14.9	10.88 ± 3.52	8.34 ± 3.09	11.18 ± 4.24	30.40 ± 8.36	2.52 ± 1.31
	<b>Test Değeri</b>			F=24.805	F=11.994	F= 20.305	F= 27.036	F= 1.423
<b>Önemlilik</b>			<b>p= .000</b>	<b>p= .000</b>	<b>p= .000</b>	<b>p= .000</b>	p=.0236	

Tablo 4.4'te hastaların manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında; ölçeğin alt boyutlarından inanç ve manevi iyilik ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<.05$ ). 18-28 yaş grubunda manevi iyilik düzeyi daha yüksektir. Hastaların eğitim düzeyi ile manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; manevi iyilik ölçek alt boyutlarından barış ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Eğitim düzeyi arttıkça manevi iyilik düzeyi artmaktadır. Hastaların medeni durumu ile manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ölçeğin alt boyutlarından inanç ve manevi iyilik ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<.05$ ). Evli olan hastaların manevi iyilik düzeyleri daha yüksektir. Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumu ile manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında; manevi iyilik ölçek alt boyutlarından anlam, inanç ve manevi iyilik ölçek toplam puan ortalamaları arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<.05$ ). Çalışan hastaların manevi iyilik düzeyleri daha yüksektir. Hastaların gelir düzeyini algılama durumu ile manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; manevi iyilik ölçek alt boyutlarından barış, inanç ve manevi iyilik ölçek toplam puan ortalamaları arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Gelir düzeyi yüksek olan hastaların manevi iyilik düzeyleri daha yüksektir. Hastaların tıbbi tanısı ile manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<.05$ ).

Araştırmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastanın tıbbi tanısı ile ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken ( $p>.05$ ) eğitim düzeyi, gelir düzeyini algılama durumu ile ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Eğitim düzeyi yüksek olanların ve gelir durumu iyi olanların tedaviye uyumları daha yüksektir.

Hastaların manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Manevi İyilik Ölçek Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları ile Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	<b>Morisky Tedaviye Uyum Ölçek Toplam Puan</b>	
<b>Manevi İyilik Ölçek</b>	Anlam	r 0.782** p <b>.000</b>
	Barış	r 0.845** p <b>.003</b>
	İnanç	r 0.832** p <b>.000</b>
	<b>Toplam Puan</b>	r 0.856** p <b>.002</b>

Tablo 4.5'te manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ( $p < .05$ ). Araştırmada hastaların manevi iyilik düzeyi arttıkça tedaviye uyumları artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada hastaların çoğunun 29-39 yaş aralığında, erkek, ortaöğretim mezunu, bekar, gelir düzeyini algılama durumunun orta düzeyde olduğu, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, herhangi bir işte çalışmadığı, yaklaşık olarak yarısının psikoz ve ilişkili bozukluklar tanısı aldığı belirlenmiştir. Lally ve ark. erkeklerde psikiyatrik hastalıkların daha fazla görüldüğünü saptamıştır (46). Binbay ve ark. şizofreni hastalarının çoğunun erkek olduğunu belirtmiştir (47). Araştırmanın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir. Araştırmada psikiyatri hastalarının çoğunun erkek olma nedeni Türkiye'nin kültürel özelliklerine bağlanabilir. Türk kültüründe kadınların evlenmesi önemli olduğu için evlilik öncesi kadının damgalanmasını engellemek amacıyla hastaneye çok fazla yatış yapılmamaktadır. Bu yüzden kadın psikiyatri hasta sayısı net olarak bilinmemektedir.

Araştırmada psikiyatri hastalarının %50.7'sinin tedaviye uyumunun orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Wykes ve ark. yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu (38). Olçun ve ark. psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğunu tespit etmiştir (48). Yılmaz & Okanlı şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada hastaların tedaviye uyumsuz olduklarını saptamıştır (13). Olfson ve ark. şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun düşük olduğunu tespit etmiştir (49). Perkins şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğunu belirtmiştir (50). Araştırmanın yapıldığı yerlerdeki hastaların hastalık belirtilerinin hafif ya da şiddetli olması, tedavinin uzun sürmesi nedeniyle hastaların iyileşemeyeceğini düşünmesi, hastaların algıladığı sosyal desteğin azlığı ya da çokluğu, hastaların damgalanması ve hastalara ilaç dışı uygulanan yöntemlerin azlığı bu farklılığın nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmada Manevi İyilik Ölçeğinden alınan en düşük puan 2, en yüksek puan 48, ölçek toplam puan ortalaması ise  $26.88 \pm 9.97$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanlar doğrultusunda hastaların manevi iyiliğinin orta düzey olduğu belirlenmiştir. Borrás ve ark. şizofreni hastalarında manevi iyi hissetmenin hastalığın gidişatı için önemli olduğunu saptamıştır (51). Mohr ve Huguelet şizofreni hastalarının iyileşme sürecinde

dini inancın olumlu etki yarattığını tespit etmiştir (52). Tuck ruhsal hastalıklarda maneviyatın önemli olduğunu ve psikolojik iyiliği arttırdığını saptamıştır (53). Amirmohammadi ve ark. kanser hastalarının manevi iyilik halinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir (54). Araştırma sonuçları literatürle benzerdir.

Araştırmada hastaların manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<.05$ ). 18-28 yaş grubunda manevi iyiliğin daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşı genç olan psikiyatri hastalarının geleceğe umutla bakması, tedavi süreciyle ilgili olumlu düşüncelerinin olması, sosyal çevresiyle daha etkin olması, hastalığın ileri yaştaki psikiyatri hastalarına oranla daha az tükenmişlik meydana getirmesi bu sonucun nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmada eğitim düzeyi ile manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Hastaların eğitim düzeyi arttıkça manevi iyiliğin arttığı görülmektedir. Lee ve ark. yaşlılarda yaptığı çalışmada eğitim durumu arttıkça manevi iyilik halinin arttığını belirlemiştir (55). Wong ve ark. hemşirelerle yaptığı çalışmaya göre eğitim düzeyi ile maneviyat arasında önemli fark olduğunu belirlemiştir (56). Yapılan araştırmalar çalışmamızı destekler niteliktedir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalığın tanı ve tedavi süreci ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olması, baş etme mekanizmalarını daha etkin kullanması manevi iyiliği arttırabilmektedir.

Araştırmada medeni durum ile manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<.05$ ). Evli olan hastaların manevi iyiliğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ercan ve ark. hemşirelerle yaptığı çalışmada evli olan hemşirelerin boşanmış ya da evli olmayanlara göre manevi iyilik algısının daha yüksek olduğunu saptamıştır (57). Evli olan psikiyatri hastalarının eşlerinden aldığı destekle hayata olumlu bakması, kendini psikolojik olarak iyi ve mutlu hissetmesi, iyileşmeyle ilgili umudunun artması manevi iyiliği olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmada çalışma durumu ile manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ). Çalışan hastaların manevi iyiliğinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Amirmohammadi ve ark. kanser hastalarında yaptığı çalışmada çalışan hastaların manevi iyilik halinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (54). Çalışan hastaların dikkatini başka yöne çekecek bir

etkinliğinin olması, kendisini değerli ve işe yarar biri olarak görmesi, çalışma arkadaşlarıyla olumlu iletişim kurması, hastalıkla ilgili farkındalığın olması manevi yönden iyi hissetmesini etkileyebilmektedir.

Hastaların gelir düzeyini algılama durumu ile manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Gelir düzeyini yüksek olan algılayan hastaların manevi iyiliğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Amirmohamadi ve ark. kanser hastalarında yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olan hastaların manevi iyiliğinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (54). Gelir düzeyi yüksek olan hastaların tedavi olanaklarına ulaşımının daha kolay olması, hastalıkla ilgili tedaviye ek olarak yapılan uygulamaları daha rahat karşılayabilmesi, yaşam kalitesinin artmasını, kendini mutlu hissetmesini ve manevi iyiliğinin artmasını sağlayabilmektedir.

Araştırmada ailede ruhsal hastalık öyküsü ile manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan hastaların manevi iyiliği daha yüksektir. Ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan hastaların bu hastalıkla ilgili geçmiş deneyime sahip olmaması, kendini umutsuz ve çaresiz hissettirecek olumsuz örnekler görmemesi, aile üyelerinin daha önce böyle bir hastalık yaşamaması ve bu nedenle hastaya umut verici yönde destek sağlaması manevi iyiliği olumlu yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmada hastanın tıbbi tanısı ile manevi iyilik ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Duygu-durum bozukluğu olan hastaların manevi iyiliği daha yüksektir. Araştırmaya katılan duygu-durum hastalarının çoğunun mani dönemde olması, hastalıkla ilgili olumlu düşüncelerinin artması ve kendini daha mutlu hissetmesi hastaların manevi yönden iyi hissetmelerini de pozitif yönde etkileyebilmektedir.

Araştırmada hastaların eğitim düzeyi ile morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<.05$ ). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumları daha yüksektir. Ervatan ve ark. manevi iyilik düzeyi yüksek olan depresyon hastalarının tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (58).

Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyi algılama durumu ile Morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<.05$ ). Gelir düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumları daha yüksektir. Aylaz ve



Kılıç gelir durumu düşük olan psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarının daha düşük olduğunu saptamıştır (39). Ekonomik açıdan kendini iyi hisseden hastaların tedaviye ulaşabilme ve devam ettirebilme imkanlarının artması, hastalığa yönelik uzun süreli bakımla ilgili zorluklar yaşamaması, tedavinin farkında olması, tedaviye uyumu arttırabilmektedir.

Araştırmada hastaların manevi iyilik ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile morisky tedaviye uyum ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ). Bu veriler doğrultusunda psikiyatri hastalarının manevi iyiliği arttıkça tedaviye olan uyumu da artmaktadır. Cohen ve Koenig dini inancı yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının iyi ve depresyon düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir (59). Borrás ve ark. şizofreni hastalarında yapmış oldukları çalışmada dini inancı yüksek olan hastaların tedaviye yüksek uyum gösterdiklerini belirlemiştir (51). Mohr ve Huguelet maneviyatın şizofreni hastalarındaki iyileşmeyi hızlandırdığını tespit etmiştir (60). Pinikahana ve ark. yapmış olduğu çalışmada manevi iyiliğin tedaviye uyumu arttırdığını saptamıştır (18). Araştırmanın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ❖ Hastaların Morisky Tedaviye Uyum ölçeğine göre tedaviye uyumlarının orta düzey olduğu,
- ❖ Hastaların Manevi İyilik Ölçek toplam puan ortalamasına göre manevi iyiliğinin orta düzeyde olduğu,
- ❖ Hastaların eğitim düzeyi ve gelir düzeyini algılama durumunun tedaviye uyumu etkilediği,
- ❖ Hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyini algılama durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü tanıtıcı özelliklerinin manevi iyiliği etkilediği,
- ❖ Hastaların manevi iyilik düzeyi ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ( $p<.05$ ), saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumlarını arttıran faktörlerin belirlenip, hasta, hasta yakınlarına, sağlık çalışanlarına ve topluma eğitimler verilmesi,
- Hastaların manevi iyilik düzeylerinin yükseltmek için hastalara özellikle psikiyatri hemşirelerine manevi boyutu içerecek eğitimler verilmesi ve psikiyatri hemşirelerin de eğitimler doğrultusunda hasta bakımına maneviyatı eklemesi,
- Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyini ve tedaviye uyumlarını inceleyen daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması,

önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Arslan H, Konuk-Şener, D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2: 51-8.
2. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers, ET, Wright AA, Prigerson HG. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J of Clin Oncol* 2009; 28: 445-2.
3. Van Cappellen P, Toth-Gauthier M, Saroglou V, Fredrickson BL. Religion and well-being: The mediating role of positive emotions. *J Happiness Stud* 2016; 17: 485-5.
4. Smith J, McSherry W. Spirituality and child development: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2004; 45: 307-5.
5. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 57.
6. Gonzalez P, Castañeda SF, Dale J, Medeiros EA, Buelna C, Nuñez A, Talavera GA. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Support Care Cancer* 2014; 22: 2393-0.
7. Baldacchino DR, Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract* 2011; 11: 47-3.
8. Krägeloh CU, Henning MA, Billington R, Hawken SJ, The relationship between quality of life and spirituality, religiousness, and personal beliefs of medical students. *Acad Psychiatr* 2015; 39: 85-9.
9. Sawatzky R, Gadermann A, Pesut B, An investigation of the relationships between spirituality, health status and quality of life in adolescents. *Appl Res Qual Life* 2009; 4: 5-2.

10. Florez IA, Allbaugh L J, Harris CE, Schwartz AC, Kaslow NJ, Suicidal ideation and hopelessness in PTSD: spiritual well-being mediates outcomes over time. *Anxiety Stress Coping* 2018; 31: 46-8.
11. Tepper I, Rogers SFA, Coleman DM, Malony HN, The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services* 2001; 52: 660- 5.
12. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C, Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatr* 2000; 61: 549-5.
13. Yılmaz E, and Okanlı A, The effect of internalized stigma on the adherence to treatment in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29: 297-1.
14. Olusina AK, Ohaeri J U, Subjective quality of life of recently discharged Nigerian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 707-4.
15. Sis Çelik A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Determining the perception level of nurses regarding spirituality and spiritual care and the factors that affect their perception level. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014 ;1: 1-12.
16. Jim HS, Pustejowsky JE, Park CL, et. al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 2015; 121: 3760-8.
17. Ku Y-L, Kuo S-M, Yao C-Y. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *Int J Palliat Nurs* 2010; 16: 134-8.
18. Pinikahana J, Happell B, Taylor M, Keks NA. Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23: 513-8.
19. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 5. Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı'ndan, Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013: 113-28.
20. Gürhan N. Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği 1.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 349-74.

21. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 284-6.
22. Engin E. Anksiyete Hastalıkları. İçinde Çam, O., Engin, E. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1. Baskı İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık. 2014; 275-12.
23. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar . 4. Baskı . Ankara . Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014: 193-23.
24. Öztürk Ö, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 261-33.
25. Uzbay İ, Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. *Psikofarmakoloji*. Yüksel N. (Ed.), Yenilenmiş 2003; 2: 485-20.
26. Kevin D, Shield TK, Gerrit G, Maximilien-X R, Jürgen R. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches in. Moeller L, Galea G. World Health Organization (Eds.), *Societal Burden of Alcohol* 2012;10.
27. Aktürk Ü, Erci B, Araz M. Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale. *Palliat & support care* 2017; 15: 684-2.
28. Sülü Uğurlu E. Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 5: 187-1.
29. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 2006; 5: 71-6.
30. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*, 2012; 23: 49-5.
31. Horozcu Ü. Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. *Milel ve Nihal İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*, 2010; 7: 209-10.
32. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, & Sirigatti S, Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 26-30.

33. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş SÇ, Sarıtaş S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014; 3: 21-4.
34. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal* (Cukurova Univ Tıp Fak Derg) 2015; 40: 555-8.
35. Col SE, Caykoğlu A, Ugurlu GK, Ugurlu M. Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36: 208-3.
36. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 2003; 16: 211-8.
37. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *J Am Psychiatr Nurs* 2015; 6: 40-6.
38. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008; 34: 523-7.
39. Aylaz R, Kılınç G. The Relationship Between Treatment Adherence and Social Support in Psychiatric Patients in the East of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs*, 2017; 31: 157-3.
40. Uno M, Tsujimoto T, Inoue T. Perceptions of nurses in Japan toward their patients' expectations of care: A qualitative study. *Int J Nurs Sci* 2017; 4: 58-2.
41. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 2010: 218-25.
42. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care* 1986: 67-74.
43. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
44. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011; 2: 105-10.

45. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory. Res Ther* 1982; 224-7.
46. Lally J, Tully J, Robertson D, Stubbs B, Gaughran F, MacCabe JH. Augmentation of clozapine with electroconvulsive therapy in treatment resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *J Schizophr Res* 2016; 171: 215-14.
47. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistemak bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg*, 2011; 22; 40-52.
48. Olçun Z, Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Arch Psychiatr Nurs* 2017; 31: 332-7
49. Olfson M, Mechanic D, Hansell S et. al. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2000; 51: 216-22.
50. Perkins DO, Jacqueline L, Robert M et al. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. *J Schizophr Res* 2006; 83: 53-63.
51. Borrás L, Mohr S, Gillieron C, et al. Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull* 2007; 33: 1238-36.
52. Mohr S, Huguelet P . The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 2004a ; 134: 369-6.
53. Tuck I, Anderson L. Forgiveness, flourishing, and resilience: The influences of expressions of spirituality on mental health recovery. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35: 277-72.
54. Amirmohamadi M, Borhani F, Kiani M, Almasi-Hashiani A, Naghavi B. The correlation between spiritual wellbeing and depression in elderly patients with cancer in Iran. *J Family Med* 2017; 15: 129-96.
55. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 293-300.

56. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23: 242-4.
57. Ercan F, Körpe G, Demir S. Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. *Gazi Tıp Derg* 2017; 29: 17-22.
58. Ervatan SÖ, Özel A, Hakan Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klin. Psikiyat Derg* 2003; 6: 5-11.
59. Cohen AB, Koenig HG. Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing international* 2003; 28: 215-1.
60. Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY. Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric Services* 2006; 57: 366-72.



## **EKLER**

### **EK 1. Özgeçmiş**

20 Kasım 1989 tarihinde Siirt'in Tuzcular köyünde doğdu. İlköğretim ve ortaöğretim hayatını Siirt'te tamamladı. 2009 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. 2013 yılında mezun oldu ve aynı yılın aralık ayında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaya başladı. Şubat 2016 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Afşin Sağlık Yüksekokulu'nda çalışmaya başladı. 2016 Eylül ayında ÖYP kapsamında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde hemşirelik anabilim dalında yüksek lisans yapmaya başladı. 2016 yılında Yabancı Dil Sınavından 67,500 aldı. 2017 yılında YÖK DİL'den 82.500 aldı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve 1 çocuk babasıdır.

## EK 2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Bu çalışmada amaç psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
Abdurrezzak GÜLTEKİN

### 1. Kaç Yaşındasınız?

- a) 18-28                      b) 29-39                      c) 40-50                      d) 51 ve üzeri

### 2. Cinsiyetiniz Nedir?

- a) Erkek                      b) Kadın

### 3. Medeni Durumunuz Nedir?

- a) Evli                      b) Bekâr

### 4. Eğitim Düzeyiniz Nedir?

- a) Okur-yazar              b) İlköğretim              c) Ortaöğretim              d) Yüksekokul

### 5. Gelir Düzeyinizi Algılıyorsunuz?

- a) Kötü                      b) Orta                      c) İyi

### 6. Çalışıyor musunuz?

- a) Çalışıyor                      b) Çalışmıyor

### 7. Ailenizde Ruhsal Hastalık Öyküsü Var mı?

- a) Var                      b) Yok

### 8. Hastanın Tıbbi Tanısı

- a) Anksiyete Bozukluğu              b) Duygu-Durum Bozukluğu  
c) Psikoz                      d) Madde Kullanım Bozukluğu

### **EK 3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği**

1-İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

2-İlacınızı zamanında almayı unutuyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

3-Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

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


Evet ( ) Hayır ( )

#### EK 4. Manevi İyilik Ölçeği

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

		Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
Sp 1	Kendimi huzurlu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp 2	Yaşamak için bir nedenim var	0	1	2	3	4
Sp 3	Yaşamım verimlidir	0	1	2	3	4
Sp 4	İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum	0	1	2	3	4
Sp 5	Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp 6	Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum	0	1	2	3	4
Sp 7	İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum	0	1	2	3	4
Sp 8	Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun	0	1	2	3	4
Sp 9	Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum	0	1	2	3	4
Sp 10	Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum	0	1	2	3	4
Sp 11	Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi	0	1	2	3	4
Sp 12	Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her şeyin iyi olacağına inanıyorum	0	1	2	3	4

## EK 5. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
22.08.2017	18	2017/18-3	
<p><b>Karar No: 2017/18-3:</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 22.08.2017 tarihinde Rektörlük Senato salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Funda BUDAK'ın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Abdurrezzak GÜLTEKİN'in "<b>Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri ile Tedaviye Uyumluları Arasındaki İlişki</b>" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmek şartıyla <u>etik açıdan uygun olacağına</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		KATILMADI	
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARAKAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

## EK 6. Kurum İzni



Evrak Tarih ve Sayısı: 31/01/2018-E.9007

T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 93721293-770  
Konu : Tez Çalışması

### TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 29/01/2018 tarihli ve 8495 sayılı yazınız,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Araştırma Görevlisi Abdurrezzak GÜLTEKİN'in, "Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri ile Tedaviye Uyumluluğu arasındaki ilişki" konulu tez çalışmasını Şubat 2018 - Haziran 2018 ayları arasında yapması Anabilim Dalımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Süheyla ÜNAL  
Anabilim Dalı Başkanı

Tötm  
Telefon No: 3410660 Faks No: 3410036  
E-Posta: psikiyatri@inonu.edu.tr İnternet Adresi:  
<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/psikiyatri>

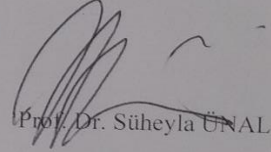
Bilgi İçin: Esengül KURT  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 4223410660

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

HEMŐIRELİK ANABİLİM DALI BAŐKANLIĐINA

19.07.2017

"Psikiyatri Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişki" adlı tez çalıŐmasının verilerinin kliniğimizde toplanması uygun görülmüştür.



Prof. Dr. Süheyla NAL

Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

## EK.8 Ölçek Kullanım İzni

Kimden: ÜMMÜHAN AKTÜRK  
Gönderilme: 24 Ocak 2018 Çarşamba 11:13  
Kime: Abdurrezzak Gültekin  
Konu: Re:

Ölçeği çalışman da kullanabilirsin. İyi çalışmalar..

24 Ocak 2018 10:06 tarihinde Abdurrezzak Gültekin <[abdurrezzak.gultekin@inonu.edu.tr](mailto:abdurrezzak.gultekin@inonu.edu.tr)> yazdı:  
merhaba hocam .

**"PSİKİYATRİ HASTALARININ MANEVİ İYİLİK DÜZEYLERİ İLE  
TEDAVİYE UYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ "** adlı yüksek lisans  
tezimde sizin ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Sağlık Bilimleri Enstitümüz  
sizden izin almamız gerektiğini ifade ettiler.

Teşekkür ederim.