

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK 'İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUNÇ' VE 'İLACA İLİŞKİN HASTA/HASTA YAKINI YAKLAŞIMI'
ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ecz. İzgi BAYRAKTAR

**Klinik Eczacılık Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2022**

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK 'İLAÇ TEDAVİSİNE
UYUNÇ' VE 'İLACA İLİŞKİN HASTA/HASTA YAKINI YAKLAŞIMI'
ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ecz. İzgi BAYRAKTAR

**Klinik Eczacılık Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN**

**ANKARA
2022**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK ‘İLAÇ TEDAVİSİNE UYUNÇ’ VE
‘İLACA İLİŞKİN HASTA/HASTA YAKINI YAKLAŞIMI’ ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ
VE DEĞERLENDİRİLMESİ
Öğrenci: İzgi Bayraktar

Danışman: Prof. Dr. S. Kutay Demirkan

Bu tez çalışması 21.12.2022 tarihinde jürimiz tarafından “Klinik Eczacılık Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Doç. Dr. Aygin Ekincioğlu*
(Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)

Tez Danışmanı: *Prof. Dr. S. Kutay Demirkan*
(Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)

Üye: *Prof. Dr. Ebru Çengel Kültür*
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Kamer Tecen Yücel*
(Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Emre Kara*
(Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur. 23 Aralık 2022

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğumu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

27.12.2022

İzgi BAYRAKTAR

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim

Ecz. İzgi BAYRAKTAR

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının gerçekleştirilmesinde bana yol gösteren, değerli bilgilerini ve zamanını paylaşan, katkılarını esirgemeyen saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN'a,

Tez konusunun belirlenmesinde desteğini esirgemeyen ve çalışmanın yürütülmesine destek olan başta Prof. Dr. Ebru ÇENGEL KÜLTÜR olmak üzere, Öğr. Gör. Kevser NALBANT'a ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm klinisyenlere, çalışmaya hasta dahil etme sürecinde destek olan Sevim TOMBAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sağladığı katkılardan ve desteğinden dolayı Doç. Dr. Aygin EKİNCİOĞLU'na,

Tez çalışmasının her aşamasında danışabildiğim, desteği ve önerileri ile tezime çok değerli katkılarından dolayı Dr. Ecz. Nadir YALÇIN'a, yüksek lisans dönemi boyunca her zaman danışabildiğim ve yanımda olan tüm bölüm arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca beni her alanda, her kararında destekleyen ve her zaman yanımda olan çok kıymetli aileme,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bayraktar, İ., Çocuklar ve Ebeveynleri için Kullanılacak ‘İlaç Tedavisine Uyunc’ ve ‘İlaca İlişkin Hasta/Hasta Yakını Yaklaşımı’ Ölçeklerinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Eczacılık Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022. Psikotrop ilaçların ergenlerde reçetelenme oranlarının artış gösterdiği ve ilaç tedavisine uyuncun çocuklar ve ergenlerde yetişkinlere kıyasla daha düşük olduğu bilinmektedir. Psikotrop ilaçların etkinliği bu hastaların sağlığının ve hayat kalitesinin sürdürülmesi açısından çok önemli olduğundan ilaç tedavisine uyuncun devamlı olmasına dikkat edilmelidir. Uyuncu etkileyebilecek parametreler arasında ilaç tedavisine olan inançlar ve tedavi konusundaki düşünceler yer almaktadır. Pediatrik popülasyonda tedaviye uyunc, yalnızca çocuğu değil, tüm aileyi de etkilemektedir. Bu nedenle uyunc değerlendirilmesinde her iki taraftan da bildirim alınması gerekir. Hastanın tedaviye olan uyuncunu ölçmek için ‘İlaç Tedavisine Uyunc’ ölçeği geliştirmek, hastaların tedaviye olan uyuncunu/uyunc göstermeme davranışını daha iyi anlamak için ise ‘İlaca İlişkin Hasta/ Ebeveyn Yaklaşımı’ ölçeklerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu tez çalışması Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde Aralık 2021- Nisan 2022 tarih aralıklarında gerçekleştirilmiştir. Psikiyatrik tanı ile takip edilen ve en az 2 aydır psikotrop ilaç kullanan 288 adolesana ve 255 adet ebeveyn ölçekler uygulanmıştır. Ölçeklerin geçerlilik analizlerinde, uzman görüşü alınarak kapsam geçerliliği ve açıklayıcı faktör analizi ile yapı geçerliliği hesaplanmıştır. Güvenirlilik analizlerinde ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve test-retest uygulaması sonrasında sınıf içi korelasyon katsayısı değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda tek boyutlu yapıya sahip, hasta için 9, ebeveyn için 6 sorudan oluşan “Pediatrik İlaç Tedavisine Uyunc-PİTU” ölçeği, gereklilik ve endişe boyutlarına sahip, hasta için 18, ebeveyn için 20 sorudan oluşan ‘Pediatrik İlaç Tedavisine olan Yaklaşım-PİTY’ ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeklerin geçerli ve güvenilir (Cronbach alfa >0,70) bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Hastanın endişe skorları, ilaç tedavisine olan yaklaşımını gereklilik skorlarına göre daha anlamlı düzeyde etkilediği, ebeveynin uyunc skorları ile hastanın uyunc skorlarının benzerlik gösterdiği, ebeveynin tedaviye olan negatif tutumu ile hastanın uyuncunun ilişkide olduğu, ebeveyn ve hastanın ilaç tedavisine olan negatif yaklaşımlarının benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Klinisyenlerin özellikle endişe algı seviyesini, yan etki profili ve polifarmasinin tedaviye olan uyuncu ve yaklaşımını etkileyebileceği göz önünde bulundurması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ölçek geliştirme, ilaç tedavi uyuncu, ilaç tedavi yaklaşımı, psikotrop ilaç, adolesan.

ABSTRACT

Bayraktar, I., Development and Evaluation 'Medication Adherence' and 'Patient/Relatives' Attitude Towards Medication' Scales to be Used for Children and Their Parents, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Master Thesis in Clinical Pharmacy, Ankara, 2022. It is known that the prescription rate of psychotropic drugs in adolescents is increasing, and medication adherence is lower in children and adolescents compared to adults. The effectiveness of psychotropic drugs is very important in terms of maintaining the health and quality of life of the pediatric patients, therefore, continuity of medication adherence should be considered. Among the parameters that may affect adherence are beliefs and thoughts about medications. Medication adherence in the pediatric population affects not only the children but also the whole family. Therefore, both parties should be notified in the evaluation of the adherence. It was aimed to develop the 'Medication Adherence' scale to measure the patient's adherence, and to develop the 'Patient/Parent Attitudes Toward Medication' scales to better understand the patients' adherence/non-adherence to treatment. This study was carried out in Hacettepe University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic, between December 2021 and April 2022. The scales were administered to 288 adolescents who were followed up with a psychiatric diagnosis and had been using psychotropic drugs for at least 2 months and 255 parents. In the validity analyzes of the scales, the content validity determined by taking expert opinion; construct validity was evaluated with explanatory factor analysis. In the reliability analysis, the Cronbach alpha internal consistency coefficient was calculated and the intraclass correlation coefficient was evaluated after the test-retest application. As a result of the analyses, the "Pediatric Medication Adherence" scale, which has a one-dimensional structure and consists of 9 questions for the patient and 6 questions for the parents, and the "Pediatric Attitudes to Medication" scale, consisting of 18 questions for the patient and 20 questions for the parent with the dimensions of necessity and anxiety have been developed. It has been shown that the scales are a valid and reliable (Cronbach's alpha >0.70). It was found that the patient's anxiety scores affected the attitudes towards the medication more significantly than the necessity scores, the parent's adherence scores and the patient's adherence scores were similar, the parent's negative attitude towards medication and the patient's adherence were correlated, and the parent and patient's negative attitudes toward medication were similar. It is important for clinicians to consider that the level of anxiety, side-effect profile, and polypharmacy will affect patients' adherence and attitudes toward medication.

Keywords: Scale development, medication adherence, attitudes toward medication, psychotropic drug, adolescent.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İlaç Tedavisinde Uyunç Kavramı	3
2.2. Tedaviye Uyunç Göstermemenin Nedenleri: Bilinçli ve Bilinçsiz Nedenler	4
2.3. Uyunç Değerlendirme Araçları	5
2.3.1. Öz-bildirim Ölçekleri	7
2.4. Uyunç Davranışını Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler	10
2.5. Çocuklarda ve Ergenlerde Psikotrop İlaç Kullanımı ve Tedaviye Uyunç	11
2.6. Adolesanların İlaç Uyuncu ve İlaç Tedavisine Olan Yaklaşımı Üzerine Ebeveynlerin Etkisi	14
2.7. Ölçek Geliştirme Çalışmaları ve Aşamaları	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Türü	19
3.2. Araştırmanın Örneklem Grubu	19
3.2.1. Çalışmanın Dahil Olma ve Dışlanma Ölçütleri	19
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları: Araştırmacı Tarafından Çocuğa ve Ebeveyne Ayrı Ayrı Uygulanacak Anketler ve Ölçekler	20
3.4.1. Demografik Bilgi Formu	20

3.4.2. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	21
3.4.3. Hollingshead-Redlich Ölçeği	22
3.4.4. Pediatrik İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği-Hasta/Ebeveyn (PİTU-H/ PİTU-E)	23
3.4.5. Pediatrik İlaç İlişkin Hasta/ Ebeveyn Yaklaşımı Ölçeği (PİTY-H/ PİTY-E)	24
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. PİTU ve PİTY Ölçeklerinin Geliştirme Aşamaları	25
3.6.1. Uzman Görüşleri ile Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	25
3.6.2. Pilot (ön deneme) Uygulaması	26
3.6.3. Ölçeğin Uygulanması için Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi	26
3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerinin Yapılması	26
3.6.5. Ölçeklerin Kendi Aralarında ve Demografik Bilgiler ile İlişkinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	27
4. BULGULAR	29
4.1. Hasta ve Ebeveynlerin Çalışmaya Dahil Edilmesi	29
4.2. Hastaların ve Ebeveynlerin Demografik Bilgileri	30
4.3. PİTU ve PİTY Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	35
4.3.1. Uzman Görüşleri ile Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	35
4.3.2. PİTU-H Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	38
4.3.3. PİTU-E Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	41
4.3.4. PİTY-H Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	45
4.3.5. PİTY-E Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	50
4.4. PİTU ve PİTY Ölçek Skorlarının Kendi Aralarında ve Katılımcıların Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkileri	55
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	71
7. KAYNAKLAR	
8. EKLER	
EK -1: Etik Kurul Onayı	
EK -2: Aydınlatılmış Onam Formu (Hasta)	
EK -3: Aydınlatılmış Onam Formu (Ebeveyn)	
EK -4: Demografik Bilgiler Formu (Hasta)	
EK -5: Demografik Bilgiler Formu (Ebeveyn)	

- EK -6:** Güçler Ve Güçlükler Anketi (GGA) – Çocuk
- EK -7:** Güçler Ve Güçlükler Anketi (GGA) – Ebeveyn
- EK-8:** Hollingshead-Redich Ölçeği
- EK -9:** İlaç Tedavisine Uyunç Ölçeği- Hasta
- EK-10:** İlaç Tedavisine Uyunç Ölçeği- Ebeveyn
- EK-11:** İlaça İlişkin Hasta (Çocuk) Yaklaşımı Ölçeği
- EK-12:** İlaça İlişkin Hasta (Ebeveyn) Yaklaşımı Ölçeği
- EK-13:** Taslak Ölçeğin Değerlendirilmesinde Yardımcı Olan Uzmanlar
- EK-14:** Orijinallik Raporu

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİKYETÖ	Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
BAMS	İlaçla İlgili İnançlar Ölçeği
BMQ	İlaçlarla İlgili İnançlar Anketi
CAQ	Çocuk Uyunç Anketi
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı
DAI	İlaç Tutumları Envanteri
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DFA	Doğrulamalı Faktör Analizi
GGA	Güçler ve Güçlükler Anketi
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10. Versiyon
KGi	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KMO	Kasier-Meyer-Olkin
MARS	İlaç Uyumunu Bildirim Ölçeği
MASİF	Ailevi Akdeniz Ateşine Sahip Pediatrik Popülasyonda Tedavi Uyunç Ölçeği
MAQ	Anne Uyunç Anketi
MEMS	İlaç Durum İzleme Sistemleri
min-maks	minimum-maksimum
Ö-KGi	Ölçek- Kapsam Geçerlilik İndeksi

Ö-KGİ/ UA	Ölçek- Kapsam Geçerlilik İndeksi/Uzman Anlaşması
Ö-KGİ/Ort	Ölçek- Kapsam Geçerlilik İndeksi/Ortalama
PİTU	Pediyatrik İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği
PİTU-E	Pediyatrik İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği- Ebeveyn
PİTU-H	Pediyatrik İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği-Hasta
PİTY	Pediyatrik İlaça İlişkin Yaklaşımı Ölçeği
PİTY-E	Pediyatrik İlaça İlişkin Yaklaşımı Ölçeği-Ebeveyn
PİTY-H	Pediyatrik İlaça İlişkin Yaklaşımı Ölçeği-Hasta
SED	Sosyoekonomik- Sosyokültürel Düzeyi
S-KGİ	Soru- Kapsam Geçerlilik İndeksi
SS	Standart Sapma
QATT	Tedaviye Yönelik Tutumlar Anketi

ŞEKİLLER

Şekil

2.1. Kapsam Geçerlilik İndeksine ilişkin terimlerin tanımlanması.	17
4.1. Hasta ve Ebeveynlerin Çalışmaya Dahil Edilmesine Dair Akış Diyagramı.	29
4.3. PİTU-H Ölçeğinin Faktör Sayısına İlişkin Yamaç Birikinti Grafiği.	39
4.4. PİTU-E Ölçeğinin Faktör Sayısına İlişkin Yamaç Birikinti Grafiği.	43
4.5. PİTY-H ölçeği Yamaç Birikinti Grafiği.	47
4.6. PİTY-E ölçeği Yamaç Birikinti Grafiği.	52

TABLolar**Tablo**

2.1. Uyunç Ölçüm Yöntemleri.	6
2.2. Morisky Tedavi Uyunç Ölçeği.	7
2.3. İlaç Uyunç Raporu Ölçeği (MARS).	8
2.4. Tedaviye Yönelik Tutumlar Anketi Çocuk ve Ebeveyn Ortak Sorular.	9
3.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlama Tablosu.	22
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri.	30
4.2. Hastaların ICD-10 Tanı Kodları-Psikiyatrik Hastalık Tanıları.	31
4.3. Hastaların Kullandığı İlaç Grupları ve İlaçlar.	32
4.4. İlaç Gruplarının Kullanım Yüzdeleri.	32
4.5. Hastaların Bildirdiği İlaç Yan Etkileri.	33
4.6. Ebeveynlerin Demografik Bilgileri ve Tanımlayıcı Özellikleri.	34
4.7. Hasta ve Ebeveyn Güçler ve Güçlükler Anketi Puanları.	35
4.8. PİTU Ölçeklerinin Kapsam Geçerlilik İndeksi Puanları.	36
4.9. PİTY Ölçeklerinin Kapsam Geçerlilik İndeksi Puanları.	37
4.10. PİTU-H Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.	38
4.11. PİTU-H Varyans Değerleri.	38
4.12. PİTU-H Ölçeğinin Faktör Yük Değerleri.	39
4.13. PİTU-H Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.	40
4.14. PİTU-H Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.	41
4.15. PİTU-E Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.	42
4.16. PİTU-E Varyans Değerleri.	42
4.17. PİTU-E Ölçeği Faktör Yük Değerleri.	43
4.18. PİTU-E Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.	44
4.19. PİTU-E Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.	44
4.20. PİTY-H Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.	46
4.21. PİTY-H Varyans Değerleri.	46
4.22. PİTY-H Ölçeği Faktör Analizi Bulguları.	48

4.23. PİTY-H Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.	49
4.24. PİTY-H Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.	50
4.25. PİTY-E Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.	51
4.26. PİTY-E Varyans Değerleri.	51
4.27. PİTY-E Ölçeği Faktör Analizi Bulguları.	53
4.28. PİTY-E Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.	54
4.29. PİTY-E Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.	55
4.30. PİTU-H/E ve PİTY-H/E Ölçek Skorlarının Korelasyon Değerleri.	55
4.31. PİTU-H, PİTY-H Ölçek Skorları, Hasta Demografik Bilgileri Korelasyon Değerleri.	56
4.32. Primer Hastalık Tanısına Göre PİTY ve PİTU Ölçek Skorlarının Değerlendirilmesi.	57

1. GİRİŞ

Uyuncu, “tedaviye karşı tutumunun (ilacını düzenli alma, beslenme düzeni veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini uygulama açısından) klinik reçetelendirme ile örtüşme derecesi” olarak tanımlanmıştır (1). İlaç uyuncunun olmaması; hastalık süresinin uzamasına, tekrarlayan klinik ziyaretlere, kontrol edilemeyen semptomlara, gereksiz hastane yatışlarına ve bu nedenle artan maliyete neden olmaktadır (2). Psikiyatrik hastalıklarda etkili tedaviler ilacın en doğru kullanımına sahip tedaviler olarak tanımlanmıştır ancak hedeflenen ile gerçekleşen tedavi arasında önemli bir fark gözlenmektedir ve bu dünya çapında önemli bir sorundur (3). Kronik hastalığı olan çocuklar yetişkinlerin aksine tedaviye uyuncu, yaşam tarzı değişikliği, hastalığı kabul etme gibi farklı zorluklarla daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. İlaç uyuncunun az olması, hastaların optimal tedaviye erişimini engellemekte ve özellikle psikiyatrik bozuklukların tedavisinde sorun yaratabilmektedir.

Kronik hastalığa sahip pediatrik popülasyonda tedaviye uyuncu, yalnızca çocuğu değil, tüm aileyi de etkileyebileceğinden, birçok düzeyde ele alınması gereken zor bir süreçtir. İlaçların kontrolünden, uygulanmasından ve çocuğun hastalığının uygun şekilde yönetilmesinden sorumlu olan genellikle ebeveynlerdir. Hem ebeveyn hem de çocuk söz konusu olduğu için, tedaviye uyuncu değerlendirilirken genellikle her iki taraftan da geri bildirim alınmaktadır.

İlaç kullanımına ilişkin kararlar, ilaçlarla ilgili inancın etkisi kadar tedavi edilecek veya önlenecek hastalık hakkındaki inanca bağlı olarak değişebilmektedir (4). Kişisel faktörlerin daha iyi anlaşılması için farklı hasta gruplarında öz değerlendirme ve ebeveyn derecelendirme ölçekleri geliştirilirse klinisyenlerin hangi faktörlerin ilaç uyuncunu etkileyebileceği konusunda daha derin bir farkındalık kazanmalarına yardımcı olabileceği belirtilmiştir. Ancak ebeveynlerin de çocuklarının bu açıdan tutum ve inançlarını doğru değerlendirip değerlendirmedikleri yeterince araştırılmamıştır (5). Yapılan araştırmalar sonucunda çocuklar ve ebeveynleri için özelleştirilmiş, ilaç tedavisine uyuncu ve ilaca

ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesine yardımcı olan Türkçe dilinde geliştirilmiş bir ölçek bulunamamıştır.

Bu çalışmada tedaviye olan uyuncun ölçülmesi için 'İlaç Tedavisine Uyunc' ölçeği geliştirmek, uyunc gösterme/uyunc göstermeme nedenlerini daha iyi anlamak için ise 'İlaca İlişkin Hasta/Ebeveyn Yaklaşımı' ölçeklerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. 'İlaca İlişkin Hasta/Ebeveyn Yaklaşımı' ölçeği hastaların ilaçların gerekliliği hakkında düşüncelerini ve ilaca karşı olan endişelerini ölçmesi ve ilaç tedavisine olan uyunc üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılması amaçlanmıştır. İkincil olarak, ilaca olan yaklaşımın ilaç uyuncu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Üçüncül olarak ise demografik verilerin, genel hastalık ya da rahatsızlık şiddetinin ve ailenin ilaca ilişkin yaklaşımlarının çocuğun ilaca ilişkin yaklaşımlarına ve uyunc üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İlaç Tedavisinde Uyunç Kavramı

Tıbbi literatürde ve klinik uygulamada, hastaların ilaçlarını klinisyen tarafından tavsiye edildiği şekilde alıp almadıklarını tanımlarken “*compliance*”, “*adherence*”, “*concordance*” gibi alternatif kavramlar kullanılmaktadır. Bu kavramlar eş anlamlı kullanılabilirken, doktor hasta ilişkisinin niteliğine göre farklı şekilde de tanımlanabilmektedir (6).

Uyunç (*adherence*), tedaviye karşı tutumun klinik reçetelendirme ile uyum derecesi olarak tanımlanabilmektedir (1), Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise “kişinin ilaç alma davranışının, bir sağlık hizmeti çalışanının kişi ile anlaşmaya varılan tavsiyelerine ne ölçüde karşılık geldiği” olarak tanımlanmaktadır (7). Uyum (*compliance*) ise “hastanın bir doz rejiminin öngörülen aralığı ve dozuna göre hareket etme derecesi” olarak tanımlanmaktadır (8). Uyunç ve uyum kavramları genellikle eş anlamlı olarak yorumlanmakta ve çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır (8, 9). “*Concordance*” kavramı ise doktor ve hasta arasında gerçekleşen hastanın ilaçlarını ne zaman ve nasıl alınacağına belirlenmesinde hastanın inanç ve isteklerine önem vererek yapılan bir anlaşma olarak tanımlanmaktadır (6).

Yapılan Türkçe çalışmalarda da tedaviye uyum ve uyunç kavramlarının eş anlamlı olarak kullanılmakta herhangi bir anlamsal farklılık belirtilmemektedir. Uyum ve uyunç kavramları hem “*compliance*” hem “*adherence*” terimlerinin karşılığı olarak kullanılırken, “*compliance*” kavramı türkçeleştirilerek kompliyans şeklinde de kullanılabilir. Ancak, Türkiye’de “*concordance*” kavramının uyum için kullanımına rastlanmamıştır (10).

Horne ve arkadaşları (6) bu üç terimin birbirinin yerine kullanıldığını ve bunun biraz kafa karışıklığına yol açabileceğini belirtmiş, hastaların ilaç alma davranışlarını tanımlamak için 'uyunç' (*adherence*) teriminin tercih edilmesi önerilmiştir. Doğru tedavinin uygulanmaması ya da tedavinin hastanın değişen ihtiyaçlarını karşılamaması

gibi durumlarda uyunç davranışının her zaman iyi ya da mutlak olması gereken bir davranış olmadığı vurgulanmış, tedavi uyuncunun uygun ilaç seçimi yapılması durumunda ve hastanın tedavi sürecine katılması ve takipte kalması için uygun ve faydalı olduğu belirtilmiştir. Uyunç ya da uyunçsuzluk davranışları standart faktörler dizinince açıklanacak bir yapı değildir ancak literature bakıldığında hasta uyuncunu etkileyen faktörler; hastanın bilgi düzeyi, tedavinin günlük hayata uyarlanmasında ilaç kullanım biçiminin karmaşık bir yapıya sahip olması, hastanın tedaviye yaklaşımı, hastanın tedaviye bakış açısı, kişinin zihinsel sağlığı, polifarmasi, ilacın uygulama sıklığı, yan etki görülmesi olarak sıralanabilir (11).

2.2. Tedaviye Uyunç Göstermemenin Nedenleri: Bilinçli ve Bilinçsiz Nedenler

Bilinçsiz uyunçsuzluk, ilaçları reçete edildiği gibi kullanan hastaların kapasitesi ve sağlık kaynaklarının sınırlı olmasından meydana gelmektedir. Kapasite ve kaynak sınırlamaları, verilen talimatları ve reçetelenen ilacı almayı unutma gibi zihinsel sıkıntıları içerebildiği gibi fiziksel sıkıntılar ya da el becerisi eksiklikleri (ilaç kutusu açmak, inhaler, enjeksiyon gibi formülasyon şekillerini kullanmada zorluklar gibi) de bu grupta yer alabilir. Verilen talimatların farkında olmama gibi bilgi eksiklikleri; rutin yaşam değişiklikleri nedeniyle reçeteyi tekrar yazdırma gibi sorunlar örnek verilebilir.

Bilinçli uyunçsuzluk ise hastaların kendi ilaç kullanımlarını kendilerine göre ayarlamak için kasıtlı kararlar alma şeklinde tanımlanmaktadır. İlaçları hiç almayan 'reddedenler' (mutlak uyunç göstermeme), ilaçların dozunu veya kullanım sıklığını değiştiren 'değiştiriciler' veya sadece 'gerektiğinde' tedaviyi uygulayanlar (kısmi uyunç göstermeme) olarak ayrılmaktadır. Hastaların inançları, kişisel durumları, öncelikleri, tercihleri ve deneyimleri farklı algılara ve davranışlara neden olmaktadır, bu davranışlar tıbbi beklentilerden ve olması gerekenden farklılık gösteren kasıtlı eylemlerdir (6).

Adolesanlarda yapılan tanımlayıcı fenomenolojik bir araştırmaya göre, uyunçsuzluğa neden olan etmenler, olumsuz yan etkiler veya algılanan ilaç etkisinin

eksikliği (ilaç ile doğrudan ilişkili etmenler), ilaç almayı unutmak veya ilaç alımı nedeniyle kendinde olmama hissi (bireysel etmenler), ebeveynlerin ilaca karşı tutumu ve toplumsal damgalanma (toplumsal etmenler) gibi parametrelere ayrılmıştır. Genel olarak; negatif etmenler, ilaç bağımlılığı gibi uzun vadeli sonuçlarla ilgili endişelere ve azalan yaşam beklentilerine ilişkin endişelere yansımıştır. Ayrıca tedavi ve ilaç konusundaki bilgi eksikliği ve gelecek kaygıları da ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili olabileceği raporlanmıştır (12).

2.3. Uyunc Değerlendirme Araçları

Tedaviye uyunc gibi davranışları ölçmenin sorunlarından biri, ölçme eyleminin davranışı etkileyebilmesidir. Uyunc ölçümü, hastanın tepkiselliğine ve kendini temsil etme yanlılığına karşı savunmasızdır. Uyunc ölçütleri, değerlendirmenin doğrudan veya dolaylı olmasına göre iki kategoriye ayrılabilir. Doğrudan ölçüm, ilacın alımını gözlemlemeyi veya ilacın kandaki konsantrasyonunu ölçmeyi gerektirir. Dolaylı ölçümler, hastanın rapor kontrolü veya bir kaptan alınan dozaj sayısı gibi yardımcı kanıtlara dayalı olarak değerlendirilir (Tablo 2.1.). En sık kullanılan yöntemler ilacın elektronik izlenmesi (bilgisayarlı reçeteleme sistemi, tele-sağlık gibi) ve hastanın öz bildirimi olarak kabul edilmektedir (6). Direkt ölçümlere örnek olarak fenitoin veya valproik asit gibi antiepileptik ilaçların serum konsantrasyonunun ölçülmesi verilmekte, terapötik seviyenin altında sonuçların gözlemlenmesi zayıf uyunc davranışını ya da yetersiz doz uygulandığını düşündürmektedir (13). Viral yükün belirlenmesi, insan immün yetmezlik virüsü hastalığında anti-retroviral ilaca uyuncun anlaşılması için en sık kullanılan direkt uyunc ölçüm yöntemlerinden birisidir. Ancak, modern tedavi yöntemlerinin gelişimi ve atlanan dozlara tolerasyon gözlenmesi sebebi ile, viral yük baskılanmasının ilaca yüksek uyunc oranlarından bağımsız olabileceği düşünülmektedir (14).

Hastanın elektronik monitörler kullanarak ilaçtan kaç doz aldığını saymak dolaylı ölçüm yöntemlerine örnek verilebilir. İlaç durum izleme sistemleri (MEMS) gibi cihazlar aracılığıyla elektronik izlem bu yöntemlere örnek verilebilir. MEMS bir ilaç paketinin ne zaman açıldığını kaydederek kayıt tutar ve doz zamanlamaları, doz aralıkları dahil olmak

üzere hasta uyuncu hakkında güvenilir ve daha ayrıntılı veriler sağladığı kabul edildiği için en iyi uyunç ölçüm yöntemlerinden biri olarak kabul edilmektedir (14).

Tablo 2.1. Uyunç Ölçüm Yöntemleri (13).

Test	Avantaj	Dezavantaj
Direkt Ölçüm Yöntemleri		
Doğrudan gözlenen tedavi	En doğru sonuçları verir	Hastalar ilaçları ağızda saklayıp yutmayabilir; rutin kullanım için pratik değildir.
İlacın veya metabolitin kan konsantrasyonu ölçümü	Objektif	Metabolizmadaki varyasyonlar, "beyaz önlük uyuncu" yanlış bir uyunç izlenimi verebilir; pahalıdır.
Biyolojik belirtecin kan konsantrasyonu ölçümü	Objektif, klinik çalışmalarda, plaseboyu ölçmek için de kullanılabilir	Pahalı kantitatif analizler ve vücut sıvılarının toplanmasını gerektirmektedir.
Dolaylı ölçüm yöntemleri		
Ölçekler, hasta öz değerlendirme raporları	Basit; ucuz; klinik ortamda en kullanışlı yöntemdir	Ziyaretler arasındaki sürenin artmasıyla hataya açık; sonuçlar hasta tarafından kolayca değiştirilebilir.
Tablet sayısı	Objektif, ölçülebilir ve gerçekleştirilmesi kolay	Hasta tarafından kolaylıkla değiştirilebilen verilerdir (ör. ilaç kutularını boşaltma).
Reçete doldurulma oranları	Objektif, veri elde etmek kolay	Reçetenin yeniden doldurulması ilaç alımına eşdeğer değildir; kapalı bir eczane sistemi gerektirir, ancak ülkemizde yer almamaktadır.
Hastanın klinik yanıtının değerlendirilmesi	Basit; genellikle gerçekleştirilmesi kolay	İlaç uyuncu dışındaki faktörler klinik yanıtı etkileyebilir.
Elektronik ilaç monitörleri	Kesin; sonuçlar kolayca ölçülür; ilaç alma alışkanlıklarını takip eder	Masraflı; tekrar ziyaretleri ve ilaç şişelerinden veri toplanmasını gerektirir.
Fizyolojik belirteçlerin ölçümü (örn. beta-blokör alan hastalarda kalp hızı)	Genellikle gerçekleştirilmesi kolay	Belirteç başka nedenlerle bulunmayabilir (örneğin, artan metabolizma, zayıf emilim, tedavi yanıtında eksiklik).
Hasta günlükleri	Hatırlamada zorluk yaşayanlarda düzenli ilaç alımında yardımcı olur	Hasta tarafından kolayca değiştirilebilir.
Hasta çocuk olduğunda, bakıcı veya öğretmen için anket uygulaması	Basit; objektif	Çarpıtılmaya duyarlıdır.

Dolaylı ölçüm yöntemlerine başka bir örnek olarak, öz bildirim yöntemlerinin (özellikle ölçek uygulaması ve günlük yöntemleri) verilebilir. Öz bildirim ölçütlerinin, klinik

uygulamalarda ve araştırmalarda en uygun ve kolay uygulanan yöntemlerden olduğu belirtilmiştir. Subjektif bir ölçüm olduğu için ölçümlerin güvenilirliğini artırmak gerekmektedir. Optimize edilmiş soru yanıt biçimleri kullanılarak valide edilmiş ölçeklerin kullanımı gibi prosedürlerin uygulanması ile daha doğru sonuçların ortaya konulabileceği bildirilmiştir (14).

Uyuncun tanımlanmasındaki güçlükler olduğu gibi, bunu ölçmek için belirlenmiş standartlar da yoktur. Günümüzde, avantajları olduğu kadar dezavantajları da olan ve maliyet, uygulanabilirlik ve geçerlilik açısından farklılık gösteren birçok farklı yöntem mevcuttur, herhangi bir altın standart bulunmamaktadır. Farklı uyunç ölçme yöntemlerinin birlikte kullanımının sonuçların doğruluğunu artıracadığı belirtilmiştir (13).

2.3.1. Öz-bildirim Ölçekleri

En sık kullanılan özbildirim ölçeklerine örnek olarak 4 maddelik "Morisky Green Levine Tedavi Uyunç Ölçeği" (1986), Thompson ve arkadaşlarının psikiyatri hastalarında ilaç uyuncunu değerlendirmek için geliştirdiği "İlaç Uyuncunu Bildirim Ölçeği (MARS)" ve Horne ve arkadaşlarının geliştirdiği "İlaç Uyunç Raporu Ölçeği" (MARS) örnek verilebilir. Morisky Ölçeği, ölçek 'evet/hayır' şeklinde yanıtlanan dört soruluk bir özbildirim ölçeğidir. Soruların hepsi 'hayır' olarak cevaplandıysa ilaç uyuncunun yüksek; bir veya iki soru 'evet' olarak cevaplandıysa ile ilaç uyuncunun orta; üç veya dört soruya 'evet' şeklinde cevaplandıysa da ilaç uyuncunun düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Tablo 2.2.) (15).

Tablo 2.2. Morisky Tedavi Uyunç Ölçeği (15).

Soru	
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?
4	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?

Thompson ve arkadaşlarının geliştirdiği MARS ölçeği 30 maddelik “İlaç Tutumları Envanteri (DAI)” (16) ve 4 maddelik “Morisky Uyunç Ölçeği” (17) olmak üzere mevcut iki ölçekten örnek alınarak geliştirilmiştir. MARS, on maddelik, evet/hayır şeklinde cevaplanan öz bildirim aracıdır. Toplam skor 0 ile 10 arasında değişmektedir ve skor arttıkça uyunç davranışının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (18). Bu ölçek psikoz tanısına sahip 66 hastaya uygulanmış ve ölçek iyi bir iç tutarlılık göstermiştir (Cronbach alfa = 0,75). Bu uygulamada üç boyut belirlenmiş olup; “ilaç uyunç davranışı” (1-4. maddeler), “ilaç almaya karşı tutum” (5-8. maddeler) ve “olumsuz yan etkiler ve psikotrop ilaçlara karşı tutumlar” (9-10. maddeler) olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 2.3.) (19).

Tablo 2.3. İlaç Uyunç Raporu Ölçeği (MARS).

Soru	MARS	Sorunun Alındığı Ölçek
1	İlacınızı almayı hiç unutuyor musunuz?	Morisky
2	İlaçlarınızı alırken bazen dikkatsiz misiniz?	Morisky
3	Kendinizi daha iyi hissettiğiniz zaman, bazen ilacınızı almayı bıraktığınız oluyor mu?	Morisky
4	Bazen ilacınızı aldığınızda daha kötü hissederseniz, almayı bırakır mısınız?	Morisky
5	Hasta olduğumda ilaçlarımı alırım	DAI
6	Zihnimin ve bedenimin ilaçlar tarafından kontrol edilmesi doğal değil	DAI
7	İlaçlarımı kullanırken düşüncelerim daha net	DAI
8	İlaç tedavisine devam ederek hastalanmayı önleyebilirim	DAI
9	İlaç kullanırken kendimi bir "zombi" gibi tuhaf hissediyorum	DAI
10	İlaç tedavisi beni yorgun ve halsiz hissettiriyor	DAI

Horne ve arkadaşları (20) tarafından geliştirilen MARS ise 5’li likert şeklinde (1-çok sık ile 5-hiçbir zaman) bir öz bildirim ölçeğidir ve biri bilinçsiz uyunçsuzluk boyutu (soru 1; “almayı unuttum”) ve dördü bilinçli uyunçsuzluk boyutu olmak üzere beş ifadeden (2. soru; dozu değiştirmek, 3. soru; ilacı almayı bir süre bırakmak, 4. soru; dozu

kaçırmak ve 5. soru; belirtilen dozdan daha azını almak) oluşmaktadır. Yüksek puanlar, yüksek uyunc davranışına işaret etmektedir.

İlaç tedavisi konusunda tutumun değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklere örnek olarak, Ferrin ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilen 65 soruluk “Tedaviye Yönelik Tutumlar Anketi (QATT)” verilebilir (Tablo 2.4.). Bu ölçeğin hem hasta hem de ebeveyn tarafından derecelendirilen versiyonları bulunmaktadır. QATT'nin hasta/ergen versiyonu, "endişeler", "içgörü" ve "öz-kavram" ana boyutlarını kapsayan sorulardan oluşurken ebeveyn versiyonu “çocuğun kişisel tutumları”, “endişeleri”, “sosyal damgalanma”, “içgörü”, “gelecekteki yan etkiler” ve “bilgi” ana boyutlarını kapsamaktadır. Hasta ve ebeveyn versiyonunda 5 ortak soru bulunmaktadır ve “1-her zaman yanlış” ile “5-her zaman doğru” arasında değişen 5'li Likert ölçeğinde derecelendirilen, ergenlerin tedaviye yönelik subjektif tutumlarını değerlendiren beş ortak madde içermektedir.

Tablo 2.4. Tedaviye Yönelik Tutumlar Anketi Çocuk ve Ebeveyn Ortak Sorular (21).

Çocuk	Ebeveyn
Günde sadece bir hap almayı tercih ederim (birçok hap yerine).	Çocuğum günde sadece bir hap almayı tercih ediyor (günde birçok hap almaktansa).
Ben halimden memnunum.	Çocuğum mevcut halinden memnun.
Okulda (veya işte) durumumdan memnunum.	Çocuğum okuldaki durumundan memnun.
Bu ilacı isteğim dışında alıyorum.	Çocuğum isteği dışında ilaç alıyor.
Bu tedaviyi sürdürmeye hazırım.	Çocuğum motive ve bir tedaviyi sürdürmeye hazır.

İkinci bir örnek olarak, Horne ve arkadaşları (4) tarafından geliştirilen “ilaçlarla ilgili inançlar Anketi (BMQ)” verilebilir. BMQ ölçeği reçeteli ilaçlar için spesifik ve genel olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır: BMQ-Spesifik, reçete edilen ilaçların gerekliliği ve endişeler hakkındaki inançları değerlendiren 5'er maddeden oluşmaktadır. BMQ-Genel ise, ilaçların zararlı olduğuna dair inançlar ve ilaçların doktorlar tarafından aşırı kullanılması ile ilgili 4 soruluk iki boyutlardan oluşmaktadır. Gereklilik boyutundaki

sorulara örnek olarak "mevcut sağlığım ilaçlarıma bağlı", "ilaçlarım beni kötüleştirmekten koruyor" verilebilirken, endişe ölçeğindeki maddelere örnek olarak: "bazen ilaçlarımın uzun vadeli etkileri hakkında endişeleniyorum", "ilaçlarıma aşırı bağımlı hale gelme konusunda bazen endişeleniyorum" verilebilir. Bu ölçek, 1-kesinlikle katılmıyorum ve 5-kesinlikle katılıyorum olarak derecelendirebilecekleri beşli Likert ölçeği şeklinde düzenlenmiştir. Sorular için elde edilen puanlar toplanarak bir ölçek skoru elde edilmekte ve yüksek inanç göstergesi olarak kabul edilmektedir (22).

Tedavi uyuncu ölçeklerinden bazıları için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Sekiz soruluk Morisky İlaç Uyuncu Ölçeği (2014) hipertansiyon hastalarında (23), BMQ (2018) astım hastalarında ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda (24), DAI (2018) şizofreni hastalarında (25), MARS (2019) ise kronik fiziksel hastalığa sahip bireylerde uygulanarak (26) geçerlilik güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır.

2.4. Uyuncu Davranışını Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler

Bir çalışmada uyuncun artırılması için kullanılacak müdahaleler: hasta eğitimi; geliştirilmiş dozlama programları; kliniğin açık olduğu saatlerin artması (akşam saatleri dahil) ve dolayısıyla daha kısa bekleme süreleri; ve doktorlar ile hastalar arasındaki iletişimin iyileştirilmesi olarak dört ana kategoride gruplandırılmıştır.

- Hastaları, ebeveynleri veya her ikisini içeren eğitimsel müdahaleler uyuncu üzerinde pozitif etki oluşturabilir.
- Dozlama sürecini iyileştirmeye yönelik stratejilere örnek olarak; günlük dozları düzenlemek için tablet kutularının kullanımı, doz rejimini basitleştirmeyi ve hastalara ilaç almalarını hatırlatan ipuçları verilebilir.
- Randevularını kaçıran hastalar, uyuncu konusunda en çok yardıma ihtiyaç duyan hastalar olarak belirtilmiştir. Uyuncun artırılmasına yönelik klinik planlama stratejileri uygulanmalı ve hasta takibi sağlanmalıdır.
- Doktor ve hasta arasındaki iletişimi güçlendirmek, hastanın bir ilaç tedavisi rejimini takip etme yeteneğini artırmada önemli ve etkilidir.

Eczacılar, davranış uzmanları ve hemşireler gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu süreçte destek olması uyuncu üzerine pozitif etki yaratabileceği belirtilmiştir (13).

Psikiyatrik hastalarda uyuncu artırılması için yapılan müdahaleler karşılaştırıldığında en etkili müdahalenin eğitim verme, davranışsal teknikler ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sürece katılımı olduğu gözlemlenmiştir (27). Pediatrik popülasyonda uyuncu artırma çalışmaları yapılmış, ancak kısıtlı ölçüde başarıya ulaştığı belirtilmiştir. Raporlanan en yaygın müdahale, ödül yardımı ile uyuncu motive edilmesini sağlayan sembolik takviye sistemidir. Ek olarak, aile üyelerinin, okulların ve diğer sosyal desteklerin katılımı, çocukların ilaç rejimlerine uyuncu becerilerini artırmada önemli etkenler olduğu not edilmiştir (13).

Uyuncuda unutkanlığın önemli bir faktör olduğu bilindiğinden, hatırlatıcı kısa mesajlar veya elektronik günlükler unutkanlığın üstesinden gelmeye yardımcı olabileceği belirtilmiştir (21). Hasta ile klinisyenin uzak mesafelere rağmen iletişimde kalmasını sağlayan ve takibi kolaylaştıran tele-sağlık uygulaması koronavirüs hastalığı (COVID-19) ile birlikte ciddi bir artış göstermiştir. Şizofreni hastaları ve teletıp uygulamalarını temel alan bir çalışmada telepsikiyatri müdahalelerinin hastalar için kabul edilebilir olduğu, ilaç tedavisine uyuncu ve ilaca karşı tutumlarında iyileştirici olabileceği yorumu yapılmıştır (28).

2.5. Çocuklarda ve Ergenlerde Psikotrop İlaç Kullanımı ve Tedaviye Uyuncu

Çocukların astım, epilepsi, diyabet, şiddetli alerji ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi çeşitli nedenlerle uzun süreli reçeteli ilaçları almaları gerekmektedir ve 2002 yılında Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırmada çocuklar ve ergenler için 200 milyon reçete yazıldığı tahmin edilmektedir (29). Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen 2015-2016 Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi sonuçlarına göre 0-11 yaş arası çocukların %18'inin son 30 gün içinde, 12-19 yaş arası ergenlerin %27'sinin önceden reçeteli ilaç kullandığı bildirilmiştir (30).

Sanayileşmiş ülkelerde yaşayan çocukların ve adolesanların yaklaşık %2,5–9'u, adolesan grubunda daha yüksek orana sahip olmakla birlikte bir psikiyatrik bozukluk tanısı almaktadır (31-35). Fiziksel ve psikolojik değişimin ergenlikte yoğun gerçekleşmesi, zihinsel sağlık sorunları için savunmasız bir dönem oluşturmaktadır ve psikiyatrik bozuklukların yaklaşık yarısı adolesan dönemin ortalarında başlamaktadır (36). Uzun vadeli hastalık durumunu, nüksetme riskini, erken ölümü ve sosyoekonomik maliyetleri azaltmak için psikiyatrik hastalığa sahip popülasyonlarda tedavinin etkinliği önem taşıdığından adolesanlarda uyunc dikkate alınmalıdır (37, 38).

Zihinsel hastalıkları ve oluşan semptomları önemli ölçüde azaltmaya, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olan psikotrop ilaçlar önemlidir ve bu ilaçların çocuk ve adolesanlarda reçete edilme oranları artış göstermektedir (5, 39, 40). Türkiye'de de bu grupta artış gözlemlenmiştir. 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de 2007 yılına göre antidepresan kullanımı %50, antipsikotik kullanımı %47,6 artarken, bir önceki yıla göre reçete sayısı %5,8 artmıştır (41). Türkiye'de çocuk ve ergenlerle 1992 ve 2005 yıllarında yapılan iki çalışmada sırasıyla hastaların %23,4 ve %24'üne psikotrop ilaç başlandığı saptanırken (42, 43), 2012 yılında bir çocuk ve ergen polikliniği olguları ile yapılan çalışmada hastaların %57,4'üne psikotrop ilaç başlandığı bildirilmiştir (44). Bu ilaçların küresel yaygınlık oranları araştırıldığında; antipsikotikler, antidepresanlar ve psikostimulanlar gibi DEHB ilaçları için sırasıyla; %5, %6 ve %15,3 oranlarında değiştiği raporlanmıştır (45). Ancak hastalar tedavi tavsiyelerine uyunc göstermiyorsa ilacı kullanma konusunda isteksizse, farmakoterapi yaklaşımları etkisiz kalmaktadır (5).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 9549 çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada, tedaviye başladıktan 10 ay sonra hastaların %43'ünün önerilen psikotrop ilacı kullanmaya devam ettiği bildirilmiştir (46). Bununla birlikte, reçeteli ilaçlara uyuncun çocuklar ve ergenler arasında yetişkinlere göre daha düşük olduğuna ve oranların özellikle ergenler için daha düşük olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (47). Çocuklar ve yetişkinler için uyunc sorunlarının %25-60 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Bu alanda çok az çalışma

yapılmış olmasına rağmen, öğrenme güçlüğü çeken çocukların uyumsuz davranma riskinin daha yüksek olabileceği raporlanmıştır (29).

Ergenlik dönemindeki bireyler diğer dönemlere göre kendi görevlerine ilişkin zayıf içgörüyeye sahiplerdir ve bireyselleşme, ebeveyn gözetiminden çıkma ile mücadele ettikleri için karar verirken daha fazla sorun yaşamaktadır; bu nedenle çocuklar, yetişkinler ile kıyaslandığında yetersiz tedavi uyuncuna daha eğilimli olabilmektedir (48-50). Bu nedenle, ergenlerle yapılan çalışmalarda; yetişkinlerde ve çocuklarda yapılan uyum çalışmasının sonuçları kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir. Ancak, psikiyatrik hastalığı olan adolesanlarda ilaç uyuncu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır ve bu hasta grubundaki tedavi uyuncu yeterince anlaşılmamıştır (5).

Yapılan araştırmalarda, bir ilacın güvenilirliğinin, tolere edilebilirliğinin ve tedavi yanıtının özellikle hastanın ilaç uyuncuyla ilgili olduğu belirtilmiştir (51, 52). Ancak yeni bulgular, öznel faktörlerin (ilaçlar hakkındaki inançlar ve deneyimler gibi), nesnel faktörlerden (ilacın yararı ve riskleri gibi) uyum üzerinde daha önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur (53). Bu nedenle, öznel tutumların daha ayrıntılı olarak araştırılması, daha iyi anlaşılması için farklı hasta gruplarında öz değerlendirme ve ebeveyn derecelendirme ölçekleri geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu tarz ölçekler, klinisyenler için hangi faktörlerin ilaç uyuncunu etkileyebileceği konusunda daha derin bir anlayış kazanmalarına yardımcı olsa da, ebeveynlerin de çocuklarının bu açıdan tutum ve inançlarını doğru bir şekilde değerlendirip değerlendirmedikleri yeterince araştırılmamıştır (5).

Adolesanlarda görülen psikotrop ilaçlara uyumsuzluk endişe vericidir. Farmakoterapinin yetersiz kalmasının (5) yanısıra hastalıkların tekrarlanmasını, yeniden hastaneye yatışları ve morbiditeyi artırabildiği de belirtilmiştir. İlaçların uygun kullanılmaması; yaşamları ve gelişimleri üzerindeki etkileri, sosyal izolasyon, okulda yaşanan zorluklar, sabıka kayıtları, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve madde bağımlılığı gibi belirli yıkıcı etkilere yol açabilmektedir. Bunların dışında,

hastaya ve ülke ekonomisine de mali bir yük oluşturduğu düşünüldüğünde (54), tedaviye uyunçsuzluğun araştırılması önem arz etmektedir (12).

2.6. Adolesanların İlaç Uyuncu ve İlaç Tedavisine Olan Yaklaşımı Üzerine Ebeveynlerin Etkisi

Adolesanların sağlığı ve iyilik durumu ile ilgili kararlar ebeveynlere bağlı olduğu için psikotrop ilacın kullanılması tedavi uyuncu üzerinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (12). Sosyokültürel profilin ve dini inançların da hastaların sağlık ve hastalık algılarında etkili parametreler olduğu görülmektedir (55). Bu parametreler özellikle Türkiye'nin sosyokültürel özellikleri açısından değerlendirildiğinde, ebeveynin ergenlerin yaşamlarında önemli bir rol oynadığı unutulmamalıdır. Bu konu hakkında yapılan araştırmalar kısıtlı olmakla birlikte genellikle batı ülkelerinde yürütülmüştür (12).

Dikec ve arkadaşları (12) tarafından Türkiye'de adolesanlar ile yapılan çalışmada, bazı adolesanlar, ebeveynlerinin ilaca yönelik karar verme sürecini etkileyen olumsuz tutumlarına sıklıkla maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Ebeveynlerin, ilaç tedavisine karşı olumsuz yaklaşımlarının adolesanı etkilediğini, hatta doktor tavsiyesi olmaksızın çocuklarına ilacı bırakması yönünde baskı uyguladıklarını rapor etmiştir. Bu araştırmalar sonucunda tedaviye uyunç ve tedaviye olan yaklaşım kavramı değerlendirildiğinde, adolesan ile birlikte ebeveyn davranışlarının da incelenmesi gerektiği sonucuna ulaşılabilir.

2.7. Ölçek Geliştirme Çalışmaları ve Aşamaları

Bir niteliğin gözlendikten sonra gözlem sonucunun sayı ve sembollerle gösterilmesine ölçme denilmektedir (56). Birim, ölçme aracı ve ölçme düzeyi gibi farklı anlamlarda kullanılan ölçek kavramı; ölçülecek özelliklerin sıralanması, sınıflanması, miktar veya derecelerin belirlenmesi için kullanılan kural ve kısıtlamalar içeren ölçme araçlarıdır (57, 58). Ölçeklerin geçerliliği ve güvenilirliği, ölçeğin duyarlılığı ve doğruluğu açısından önem taşımaktadır. Ölçeğin geliştirilmesi ve uygulanması aşamasında belirtli

standartlarda birçok kriter bulunmakta ve analizlerin doğru yorumlanması gerekmektedir (58).

Ölçek Geliştirme Aşamaları

- Gözlem süreci ve sorun tespiti
- Literatür taranması ve soru havuzu oluşturulması
- Uzman görüşleri ile kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi
- Ölçek nihai formunun oluşturulması
- Pilot uygulama
- Büyük örneklem grubuna ölçeğin uygulanması
- Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması
- Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için açıklayıcı faktör analizi yapılması
- İç tutarlılık analizlerinin yapılması ve ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi
- Katılımcılara test-retest uygulaması
- Ölçeğe son halinin verilmesi
- Sonuçların raporlanması

Ölçek geliştirme çalışması yapmadan önce araştırılmak istenen konu ile ilgili mevcut bir ölçeğin varlığı eğer varsa ne kadar duyarlı bir ölçek olduğu sorgulanmalıdır. Var olan ölçeğin duyarlılığının derecesine göre uyarlama çalışmasının mı yoksa yeni bir ölçek geliştirmenin mi doğru bir karar olacağı değerlendirilmelidir (59, 60).

Torgerson (61), uygulama biçimine göre ölçekleri yanıtlayıcı merkezli ve gözlemci merkezli ölçekler olarak ikiye ayırmaktadır. Yanıtlayıcı merkezli ölçeklere çoktan seçmeli testler, tutum ölçekleri, anketler örnek verilirken; gözlemleyici merkezli ölçeklere gözlem formları ve rubrikler (dereceli puanlama anahtarı) örnek verilebilir. Ölçek geliştirme süreci deneysel veya kuramsal süreçte gerçekleştirilir. Deneysel süreç aşamasında, literatür veya uzman yaklaşımları ile aday sorulardan oluşan ölçek formu elde edilir. Hedeflenen popülasyon ile benzer özellikler taşıyan bir örneklem grubuna deneme uygulamasının yapılması ve ölçek maddelerine ilişkin psikometrik özellikler belirlenerek

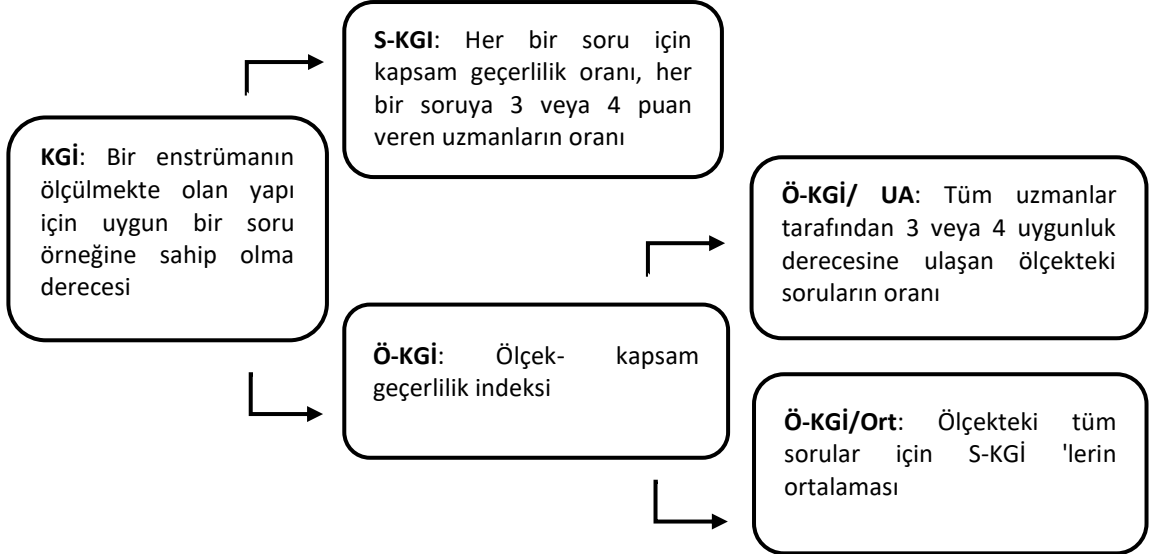
uygun görülen sorular ile ölçek oluşturulur. Bu sürecin temel özellikleri: nicel bir çalışma olması, faktör analizlerinin kullanılması ve örneklemin yeterli büyüklükte olması gereksinimidir.

Kuramsal süreç aşamasında: aday sorulardan oluşan ölçek taslağındaki sorulara ilişkin uzman görüşleri alınarak ve nitel çalışma (kapsam geçerliliği gibi) uygulanmaktadır. Uzman görüşleri arasındaki benzerlikler ve farklılıklar bu çalışmalarda test edilebilmektedir (62).

Ölçek geliştirme çalışmalarındaki deneysel süreci detaylandırmak gerekirse, madde havuzu oluşturulduktan sonra maddelerin açıklığının ve özgünlüğünün değerlendirilmesinde ilgili alanda uzmanlara danışılması önem taşımaktadır. Uzman görüşü alınmadan önce yapılan çalışmanın uzmanlara tanıtılması, çalışma amacının belirtilmesi önem taşımaktadır. Uzmanların ölçülmek istenilen durum için, maddelerin uygunluğu, ek maddelerin gerekliliği, maddelerin anlaşılabilirliği, uygulanması hedeflenen popülasyona uygun olup olmadığı, dilbilgisi ve yazım hatalarının düzeltilmesi gibi konularda katkı yapması beklenmektedir (63, 64). Ancak uzman katkılarının ve önerilerinin kabul edilmesi veya edilmemesi araştırmacının sorumluluğundadır (63).

Uzman görüşü alınırken, ölçek sorularının değerlendirilmesinin dört puanlık bir ölçek ile yapılması önerilmektedir (65, 66). Üç ya da beş puanlık derecelendirme ölçeklerinin kullanılabileceği ancak tarafsız ve kararsız bir orta noktadan kaçınmak için 4 puanlık bir ölçek kullanılmasının daha iyi olduğu savunulmuştur (65). Dört puanlık bu ölçeğin değerlendirilmesi Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) ile yapılmakta ve bu değerlendirmede kullanılan Davis tekniği 4'lü şekilde derecelendirilmektedir. Derecelenme 1'den 4 e kadar; "madde özelliği temsil ediyor", "maddenin düzeltilmeye ihtiyacı var", "maddenin oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var" ve "madde özelliği temsil etmiyor" şeklinde sıralanmaktadır. Ölçekteki aday madde, 1 ve 2 lerin toplamını tüm uzmanların sayısına bölünerek KGİ'ler elde edilmektedir. KGİ indeksi 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliliği açısından yeterli kabul edilmektedir ve düşük KGİ değerine

sahip maddeler ölçekten çıkarılmaktadır. Bu tekniğin uygulanması için en az 3 en fazla 20 uzman önerilmektedir (67). KGİ'nin değerlendirilmesi ve terimlerin tanımlanması Şekil 2.2.'de yer almaktadır.



Şekil 2.1. Kapsam Geçerlilik İndeksine ilişkin terimlerin tanımlanması (68).

KGİ: Kapsam geçerlilik indeksi, Ö-KGİ: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi, Ö-KGİ/ UA: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi/ Uzman anlaşması, Ö-KGİ/Ort: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi/ Ortalama, S-KGİ: Soru- Kapsam geçerlilik indeksi.

Uzman görüşü alındıktan sonra ölçek düzenlendikten sonra ölçekteki maddelerde anlaşılamayan yerlerin, yazım yanlışlarının, cevaplama süresinin saptanması gibi faktörlerin belirlenmesi nedeni ile ana örneklem grubunu temsil edecek bir grupta ön deneme uygulaması önem taşımaktadır. Pilot uygulama sürecinin yüz yüze ve araştırmacı ile birlikte gerçekleştirilmesi gerektiği önerilmektedir (57). Ölçekte yapılması gereken bir düzeltme varsa, düzeltme yapıldıktan sonra ana örneklem grubuna ölçek uygulanmaktadır. Ölçek değerlendirilmesinde ölçümlerin kalitesini ve geçerliliğini değerlendirmek için faktör analizleri yapılmaktadır. Verilerin faktör analizlerinin yapılması için veri uygunluğunun değerlendirilmesi gerekmektedir (69).

Faktör analizi kapsamında temelde iki uygulamadan söz edilmektedir. Bunlardan birincisi, yeni oluşturulmuş veya başka bir dile çevrilmiş mevcut bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı amaçlayan açıklayıcı faktör analizi (AFA); daha önce kullanılmış mevcut bir ölçeğin, güncel bir çalışmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uygun olup olmadığını, uygun ise ne derece uygun olduğunu değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında ilk aşama AFA uygulamasıdır, daha sonra faktör yapılarının onaylanması için DFA yapılması gerektiği önerilmiştir (69). Faktör döndürmesinde; faktörlerin ilişkisiz olduğu kabul edilerek dik (orthogonal) döndürme (Quartimax, Varimax, Qrthomax gibi) ve ilişkisiz kabul etme koşulu taşımayan eğik (oblique) döndürme yöntemleri (Oblimax, Quartimin, Covarimin, Oblimin gibi) mevcuttur (69). Ölçek geliştirme sürecinde test-retest yönteminin uygulanması, ölçeğin tutarlılığını ve güvenilirliğini değerlendirmek için ölçeğin aynı kişilere birden fazla kez uygulanmasını içermektedir (70). Tüm adımlar izlendikten ve verilerin istatistiksel değerlendirilmesi yapıldıktan sonra ölçeğe nihai hali verilmekte ve sonuçlar raporlanmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Türü

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı'nda Ekim 2021- Kasım 2021 tarihlerinde uzman görüşü alınan Aralık 2021-Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Örneklem Grubu

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Polikliniği'nde primer psikiyatrik tanı ile takip edilen ve en az 2 aydır psikotrop ilaç kullanan 12-18 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri oluşturmaktadır.

3.2.1. Çalışmanın Dahil Olma ve Dışlanma Ölçütleri

Araştırma Grubuna Dahil Edilme Ölçütleri:

- Psikiyatrik hastalık tanısı almış ve en az 2 aydır ilaç kullanan,
- 12-18 yaş arası,
- Türkçe okuyup yazabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve bilgilendirilmiş onam veren hastalar ve ebeveynleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma Grubundan Dışlama Ölçütleri:

- Ölçek geliştirme çalışmasına katılmalarını engelleyecek fiziksel veya zihinsel engelleri olan hastalar (otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon vb.) ve ebeveynler dışlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlanmadan önce Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'dan onay (EK 1) alınmıştır (Proje no: GO 21/1095, Karar no: 2021/18-05). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki hekimlere çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Çalışma için dahil edilme kriterlerine uyan hastalara ve ebeveynlerine araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara bilgilendirilmiş onam formları ayrı ayrı imzalatılmıştır (EK 2, EK 3).

Hastalara ve ebeveynlere ölçekler bireysel olarak tek bir klinik eczacı tarafından uygulanmıştır. Hastanın, doktoru ile görüşmeden önce ya da sonra, ebeveyni ya da doktoru ile iletişimde olamayacağı ve kendini rahat hissedeceği farklı bir odada, hasta mahremiyeti ve özgür cevap verebilmesi açısından klinik eczacı ile başbaşa görüşmesi sağlanmıştır. Aynı süreç ebeveynler için de uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları: Araştırmacı Tarafından Çocuğa ve Ebeveyne Ayrı Ayrı Uygulanan Anketler ve Ölçekler

3.4.1. Demografik Bilgi Formu

Hasta ve ebeveyn demografik bilgi formları araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hasta/çocuk formunda: doğum tarihi, cinsiyet, psikiyatrik hastalığı ve teşhis süresi, kullanmakta olduğu mevcut ilaçlar, ilaç kullanım süresi, ilacı kendi kullanıp kullanmadığı, komorbid hastalıklar, eş zamanlı kullanılan psikotrop olmayan ilaçlar, kullanılan gıda takviyeleri ve gözlemlenen yan etki profili yer almaktadır (EK 3). Ebeveyn demografik bilgi formunda ise; doğum tarihi, hasta ile ilişkisi, eğitim durumu (anne ve baba için), meslek bilgileri (anne ve baba için), kronik ilaç, psikiyatrik ilaç kullanım bilgileri yer almaktadır (EK 4).

3.4.2. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Güçler ve Güçlükler Anketi (The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ), 25 maddelik olumlu ve olumsuz sorular içeren kısa bir davranışsal tarama anketidir. Davranış bozuklukları, hiperaktivite-dikkatsizlik, duygusal semptomlar, akran sorunları ve olumlu sosyal davranış için puanlanan, her biri beş maddelik 5 ölçek arasında bölünmüştür; olumlu sosyal davranış maddesi dışındaki bütün maddelerin puanı toplanır ve toplam zorluk puanı elde edilir.

GGA'nın bilgi kaynağı tarafından derecelendirilen bir versiyonu, 4-16 yaşındakilerin ebeveynleri veya öğretmenleri tarafından (71) doldurulabilirken, GGA'nın öz bildirim versiyonu 10 yaş üzerindeki çocuklar tarafından doldurulabilmektedir (72). Anketin öz bildirim versiyonu, 11-16 yaşındaki bireylerde yaygın olarak uygulanan ve epidemiyolojik araştırmalarda kullanılan davranışsal bir tarama anketidir. Gençlerin katılımı ebeveynlere göre daha kolay olduğu ve öğretmen raporlama yöntemlerine göre veri yüklerinin az olması sebebiyle öz bildirim ölçeklerinin kullanımı daha çok tercih edilmektedir (73). Birçok çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniği, GGA' yı ilk klinik değerlendirmenin bir parçası olarak kullanmaktadır. İlk klinik değerlendirmeden önce ebeveynler, öğretmenler ve 11 yaşın üzerindeki gençlerin anketleri doldurulması sağlanmaktadır (74). GGA'nın Türkçe versiyonunun, çocukların davranışsal ve duygusal sorunlarının taranmasında güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (75). GGA'nın puanlanması ebeveyn ve hasta için aynı şekilde olup boyutlar arası puanlama tabloda gösterilmiştir (Tablo 3.1.). Bu çalışmada 12 yaş üstü çocuklar ve ebeveynleri ile çalışıldığından GGA'nın çocuk ve ebeveyn bildirim versiyonları kullanılmıştır (EK 5, EK 6).

Tablo 3.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlama Tablosu (76).

EBEVEYN VERSİYONU	Ortalama Puan¹	Ortalama Üstü Puan²	Yüksek Puan³
Toplam Güçlük Puanı	0-13	14-16	17-40
Duygusal Sorunlar	0-3	4	5-10
Davranış Sorunları	0-2	3	4-10
Hiperaktivite	0-5	6	7-10
Akran Sorunları	0-2	3	4-10
	Ortalama Puan	Ortalama Altı Puan⁴	Düşük Puan⁵
Sosyal Davranış	6-10	5	0-4
ÖZ BİLDİRİM VERSİYONU	Ortalama Puan¹	Ortalama Üstü Puan²	Yüksek Puan³
Toplam Güçlük Puanı	0-15	16-19	20-40
Duygusal Sorunlar	0-5	6	7-10
Davranış Sorunları	0-3	4	5-10
Hiperaktivite	0-5	5	7-10
Akran Sorunları	0-3	4-5	6-10
	Ortalama Puan	Ortalama Altı Puan⁴	Düşük Puan⁵
Sosyal Davranış	6-10	5	0-4

¹Ortalama Puan - bu alanda klinik olarak önemli problem olası değildir, ²Ortalama üstü puan- bu alanda klinik olarak önemli sorunları yansıtabilir, ³Yüksek puan - bu alanda klinik olarak önemli sorunların önemli bir riski var, ⁴Ortalama Altı Puan- bu alanda klinik olarak önemli sorunları yansıtabilir, ⁵Düşük Puan- bu alanda klinik olarak önemli sorunların önemli bir riski var

3.4.3. Hollingshead-Redlich Ölçeği

Hollingshead-Redlich Ölçeği sosyal sınıf ve psikiyatrik hastalıkların ilişkili olduğu ve ilgili çalışmalarda kullanımının işlevsel olacağı düşüncesi ile oluşturulmuştur (77). Ebeveynlerin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi (SED) en yüksek düzeyde olanın meslek ve eğitim durumlarını esas alarak, belirli bir zaman aralığında ulaşılmış en üst

SED'i gösteren bir ölçüm yapmaktadır. Beş ayrı SED tanımlanmıştır ve değerlendirmede anne ya da babadan SED'i en yüksek düzeyde olanın durumu değerlendirmede esas alınmıştır.

En yüksek SED 1, en düşük olan ise 5 olarak belirtilmiştir. Düzey 1, varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile; düzey 2, üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda olan anne-baba; düzey 3, küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba; düzey 4, yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba; düzey 5, yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-baba olarak değerlendirilmektedir (78). Bu çalışmada, her bir sınıftaki sayıların benzerlik göstermesi için üç düzeyde yeniden gruplandırılmıştır: ilk iki yüksek sosyoekonomik düzey (1-yüksek SED; Sınıf 1 ve 2), orta sınıf (2-orta sınıf; SED; Sınıf 3) ve iki düşük sosyoekonomik düzey (Düşük SED; Sınıf 4 ve 5) (79) (EK 8).

3.4.4. Pediatrik İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği-Hasta/Ebeveyn (PİTU-H/ PİTU-E)

İlaç tedavi uyuncunda negatif davranışların değerlendirilmesi amacıyla bu tez çalışması kapsamında geliştirilen öz bildirim ölçeğidir. Mevcut literatür taranarak (20, 80-82) hem hasta hem de ebeveyn için aynı soruları içeren iki adet PİTU ölçek taslağı oluşturulmuş ve uzmanların görüşüne sunulmuştur. Maddeler, '1= çok sık' ile '5 = hiçbir zaman' arasında değişen beşli Likert ölçeği ile derecelendirilmiştir. Düşük puanlar, ilaç tedavisine daha düşük uyunc düzeylerini göstermektedir. Ebeveyn (PİTU-E) için 10, hasta (PİTU-H) için 9 soru olacak şekilde ölçek taslağı oluşturulmuştur. İlacın alım gücü ile ilgili olan 10. soru, ebeveyni ilgilendirdiği için PİTU-H ölçeğine dahil edilmemiştir. Daha sonra, hasta ve ebeveynine uygulanmıştır. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinden sonra ölçeğe son hali verilmiştir (EK 9, EK 10). Ölçek puanlaması yapılırken kişisel toplam ölçek puanının mevcut soru sayısına bölünerek not edilmiştir. Yüksek PİTU puanları yüksek uyunc ile ilişkilidir.

3.4.5. Pediatrik İlaça İlişkin Hasta/ Ebeveyn Yaklaşımı Ölçeği (PİTY-H/ PİTY-E)

Hastanın ilaç tedavisine uyunç(suzluk) davranışının nedenlerini daha iyi kavramak için hastaların ilaca ilişkin endişelerini, ilacı almak için hissettikleri gerekliliği ve güveni ölçmek amacıyla bu tez çalışması kapsamında geliştirilmiş olan öz bildirim ölçeğidir. Ölçek taslağı mevcut literatür taranarak (2, 4, 20, 81-84) ve araştırmacıların gözlemlerine dayanarak tespit ettiği sorunlar yardımıyla oluşturulmuştur. Hem hasta hem de ebeveyn için aynı soruları içeren iki adet PİTY ölçek taslağı oluşturulmuştur. Ölçekte 5'li Likert ("1" Kesinlikle katılmıyorum, "2" Katılmıyorum, "3" Kararsızım, "4" Katılıyorum, "5" Kesinlikle katılıyorum) dereceleme ölçeği kullanılmıştır. Ölçek taslağı araştırmacı tarafından 4 taslak boyut olarak oluşturulmuş olup (İlaça ilişkin genel düşünceler-10 soru, ilaca ilişkin güven-7 soru, ilacın gerekliliği-5 soru ve ilaca ilişkin endişe-14 soru) için toplam 36 adet soru uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü sonrasında tekrar düzenlenen ölçekler hasta ve ebeveyne uygulanmıştır. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinden sonra ölçeğe son hali verilmiştir (EK 11, EK 12). Ölçek puanları, alınan toplam puanın ölçekteki soru sayısına bölünmesiyle hesaplanmıştır. Gereklilik boyutunun pozitif anlam, endişe boyutunun negatif anlam içermesi nedeni ile gereklilik boyutunda ters puanlama yapılmıştır. Yani gereklilik puanının yüksek olması hastanın ya da ebeveynin ilacı daha az gerekli gördüğü şeklinde yorumlanabilir. Yüksek PİTY puanları ilaç tedavisine olan negatif yaklaşımı göstermektedir.

Ölçeğin uygulanması aşamasında katılımcılara hitap ve ölçeğin ne amaçla yapılacağı bilgisinin verilmesi önemli bir detay olarak belirtilmiştir (57). Bu tez çalışmasında da buna dikkat edilmiştir (EK 11, EK 12).

3.5. Verilerin Toplanması

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne rutin kontrol amacıyla başvuran, 12-18 yaş arası, dahil olma kriterlerini

karşılایan ergenlerin ve ebeveynlerinin yazılı onamları alınmıştır. Yapılan görüşmeler hasta ve ebeveynler için ayrı ayrı ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Hastaların tanıları, çalışmada yer alan hekim eşliğinde hastane bilgi yönetim sistemine yazılan Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10. Versiyon (*International Classification of Diseases, ICD-10*) tanıları kullanılarak demografik bilgiler bölümüne eklenmiştir.

3.6. PİTU ve PİTY Ölçeklerinin Geliştirme Aşamaları

Araştırmacının Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ndeki 3 aylık gözlem sürecinden (Temmuz 2021-Eylül 2021) sonra gözlemlenen sorunlar değerlendirilmiştir. Literatür araştırması yapılmıştır ve hem hasta hem de ebeveyn için ayrı ayrı olacak şekilde soru havuzu oluşturulmuştur.

3.6.1. Uzman Görüşleri ile Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada alanında uzman 15 akademisyene danışılmıştır (EK 13). Ebeveyn ve çocuk için hazırlanan PİTY için 36'şar, PİTU için ise sırasıyla 10 ve 9 aday soruya sahip ölçekler Google Forms şeklinde hazırlanmış ve sorumlu araştırmacı katkısıyla mail yolu ile uzmanlara iletilmiştir. Uzmanlara 2 tur şeklinde gönderilen aday ölçek soruları uzmanların önerilerine göre değiştirilmiş ve hesaplanan KGİ değerlerine ve yapılan önerilere bakılarak problemliler sorular soru havuzundan çıkarılarak ölçeğin son hali oluşturulmuştur.

3.6.2. Pilot (ön deneme) Uygulaması

Araştırmacının, katılımcılara uygulanan ölçeklerle ilgili sorular sorması, cevaplama tutumlarını gözlemlemesi gerektiğinden (57), bu tez çalışmasında da 30 hasta ve 30 ebeveyn ile pilot uygulama yapılmıştır. Soruların anlaşılabilirliğinde ve cevaplanmasında herhangi bir sorun yaşanmadığı gözlemlenmiştir. Pilot uygulamaya katılan 30 hastaya ve 30 ebeveyne ait veriler ana örneklem grubuna dahil edilmiştir.

3.6.3. Ölçeğin Uygulanması için Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örneklem büyüklüğünün ölçekteki soru sayısının 5-10 katı olması gerektiği görüşü referans alınarak örneklem büyüklüğü 155-310 katılımcı olacak şekilde hesaplanmıştır (58). Örneklemden elde edilen değişkenlerin oluşturduğu verinin yapısının ve sayısının faktör analizi için yeterli olup olmadığı Kasier-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett Küresellik değeri kullanılarak tespit edilmiştir.

3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizlerinin Yapılması

PİTU ve PİTY ölçeklerinin geçerlilik çalışması için kapsam geçerliliği, yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için AFA, örneklem büyüklüğünün değerlendirilmesinde KMO ve Bartlett Test değerlendirilmesi kullanılmıştır (85, 86). Madde faktör analizi (*principal component analysis*) yöntemi ile toplam varyans hesaplanmıştır. Daha sonra, faktörlerin satır ve sütunlarının birleştirilip anlaşılır hale getirilmesi için en çok tercih edilen ve önerilen (87) Varimax döndürme yöntemi uygulanmıştır ve faktör yükleri hesaplanmıştır. Ölçekteki soruların faktör yük değerleri için; 0,30 ve daha yüksek değerlerin katılımcıları iyi ayırt ettiği, 0,40 ya da daha yüksek olmasının ise soruların seçimi için daha iyi bir ölçü olacağı yorumu yapılmıştır (88, 89)

Güvenirlilik analizi için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Sınıf içi korelasyon katsayısı 0,5'ten küçük ise zayıf, 0,5 ile 0,75 arasında ise orta, 0,75 ile 0,9

arasında iyi ve 0,90'dan büyük ise mükemmel güvenilirlik gösterdiği belirtilmiştir (90). zamana bağlı değişmezliği ölçmek için test-retest yöntemi kullanılmış ve iki ölçümün sınıf içi korelasyon katsayıları değerlendirilmiştir (58).

Katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek için uygulanan demografik bilgi formu verileri frekans, yüzde, ortalama \pm standart sapma (SS), ortanca ve minimum-maksimum (min-maks) değerler ile sunulmuştur. Sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Katılımcılara Test-Retest Uygulanması

Bu çalışmada da ölçeğin güvenilirliğinin ve kararlılığının değerlendirilmesinde test-retest yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ve ebeveynlerine yapılan ölçeklerin 2-4 hafta içerisinde tekrar yapılacağı söylenmiştir. Test-retest için onay veren katılımcılara hastaneye gelmeleri durumunda yüzyüze; gelmemeleri durumunda ise telefonla arayarak araştırmacı tarafından ölçekler uygulanmıştır.

Aynı katılımcılardan elde edilen çoklu ölçümlerin uyumunu tutarlılığını değerlendirilmesinde sınıf içi korelasyon katsayısı (inter-class correlation coefficient) kullanılmaktadır (91). Bu çalışmada da geliştirilen 2 ölçeğin test-retest puanlarının değerlendirilmesinde sınıf içi korelasyon katsayısı ile güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır.

3.6.5. Ölçeklerin Kendi Aralarında ve Demografik Bilgiler ile İlişkisinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonuçlarına göre PİTU ve PİTY'nin hasta ve ebeveyn versiyonlarının son hali oluşturulmuş ve demografik veriler ile ölçekler arasındaki korelasyon, parametrik/non-parametrik testler yardımı ile hesaplanmıştır.

Ebeveynlere uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları ile hastalara uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları arasındaki korelasyonları; hastalara uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları ile hastanın yaşı, tanı süresi, ilaç kullanım süresi, kullandığı ilaç sayısı ve toplam

GGA puanları ile ilişkisine Pearson korelasyon testi ile bakılmıştır. Pearson korelasyon katsayısı (r), 0-0,19: ilişki yok ya da önemsiz düzeyde düşük ilişki; 0,20-0,39: zayıf ilişki; 0,40-0,69: orta düzeyde ilişki; 0,70-0,89: kuvvetli ilişki; 0,90-1: çok kuvvetli düzeyde ilişki olarak değerlendirilmiştir (92).

PİTU-H ve PİTY-H ölçek skorlarının primer hastalık tanılar ve ilaç grupları ile ilişkisi gruplardaki kişi sayısının değişken ve $n < 30$ olması nedeniyle Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir.

PİTU-H ve PİTY-H ölçek skorlarının sosyoekonomik durum (1: Yüksek, 2: Orta, 3: Düşük) ile ilişkisine ANOVA testi ile; ikişerli post-hoc karşılaştırmalar Tukey HSD testi kullanılarak yapılmıştır. Ölçek skorları; cinsiyet, yan etki (var/yok), adolesan yaş grupları (erken adolesan/orta-geç adolesan) ve ilaç sayısı (monoterapi/iki ve daha fazla ilaç kullanımı) arasında Student t-testi kullanılarak karşılaştırma yapılmıştır.

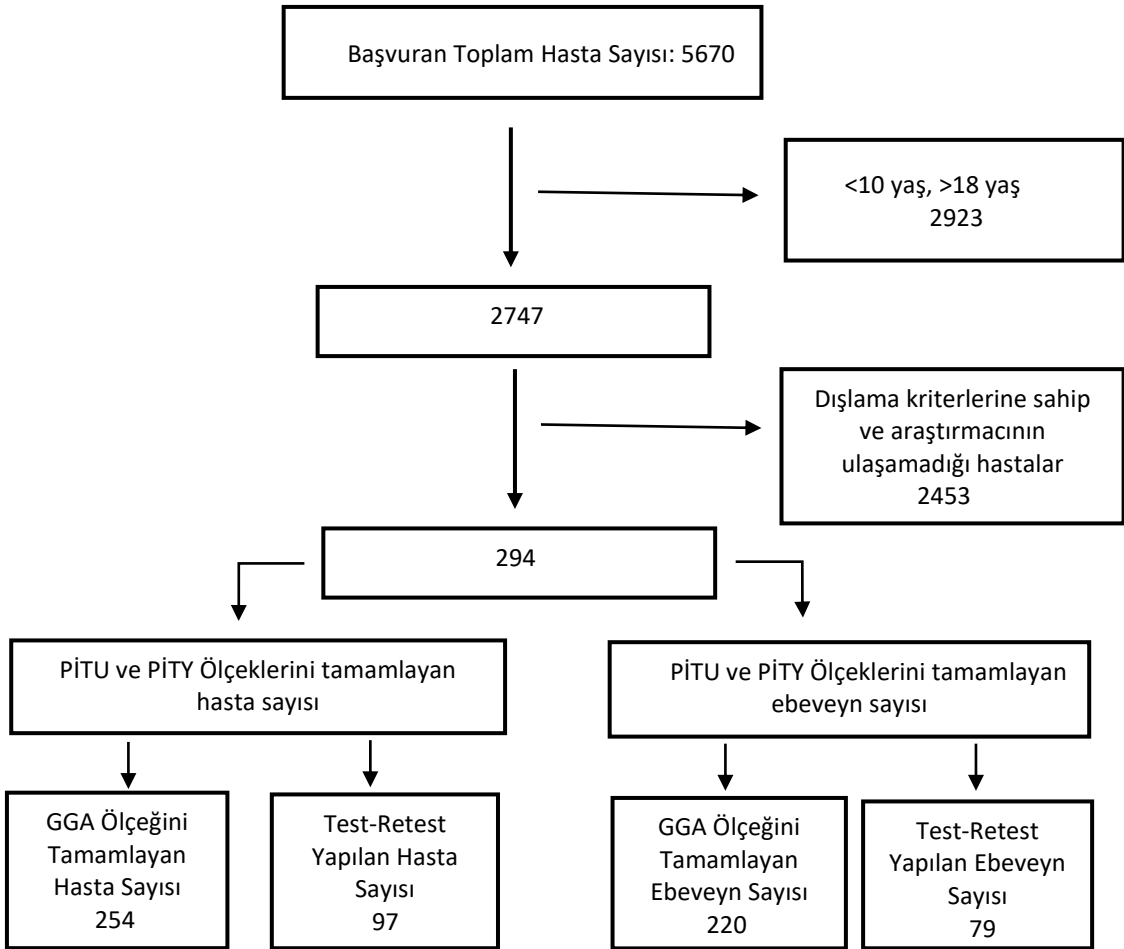
Hastaların ilaç kombinasyon türleri ile PİTU-H, PİTY-H ölçekleri ve boyutları arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir.

Analizler *IBM SPSS Statistics 23.0* programı kullanılarak yapılmıştır ve tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Ebeveynlerin Çalışmaya Dahil Edilmesi

Aralık 2021- Nisan 2022 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 5670 hastadan 294'ü ile görüşülmüş ancak 288 hasta ve 255 ebeveyn ölçekleri eksiksiz tamamlamıştır. GGA ölçeğini uygulamayı da kabul eden 254 hasta ve 220 ebeveyn ile ve test-retest uygulamasına katılmak isteyen 97 hasta ve 79 ebeveyn ile görüşülmüştür (Şekil 4.1.).



Şekil 4.1. Hasta ve Ebeveynlerin Çalışmaya Dahil Edilmesine Dair Akış Diyagramı.

4.2. Hastaların ve Ebeveynlerin Demografik Bilgileri

Hastaların %67'si kadın, yaş ortalaması (\pm SS) 15,25 (\pm 1,59) yıl olup, % 61,81'i orta-geç adolesan döneminde (15-18 yaş) bulunmaktadır. Hastaların tanı alma süresi ortalama değerinin 12 ay (min-maks: 2-120 ay), ilaç kullanım süresi ortalama değerinin 27,42 ay (min-maks: 2-120 ay) olduğu tespit edilmiştir. Hastaların eşlik eden hastalıkları sorgulandığında %21,88'inin komorbid hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların aynı anda en fazla 4 farklı tanıya sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri (n=288).

		Ortalama (\pm SS)
Yaş (yıl)		15,25 (\pm 1,59)
		Ortalama (Min-Maks)
Tanı Alma Süresi (Ay)		12 (2-120)
İlaç Kullanım Süresi (Ay)		27,42 (2-120)
		n (%)
Adolesan Dönem	Erken Dönem (12-14 yaş)	110 (38,19)
	Orta-Geç Dönem (15-18 yaş)	178 (61,81)
Cinsiyet	Erkek	95 (33,0)
	Kadın	193 (67,0)
Tanı Sayısı	1	198 (67,34)
	2	84 (28,57)
	3	9 (3,07)
	4	3 (1,02)
Komorbid Psikiyatri Dışı Hastalık	Var	63 (21,88)
	Yok	225 (78,13)
Kullandığı İlaç Sayısı	1	160 (55,56)
	2	110 (38,19)
	3	15 (5,21)
	4	2 (0,69)
	5	1 (0,35)
Psikotrop Dışı İlaç	Var	43 (14,93)
	Yok	228 (79,17)
	Bilinmeyen	17 (5,90)
İlaç Yan Etkisi	Var	81 (28,13)
	Yok	185 (64,24)
	Bilinmeyen	22 (7,64)

Hastaların tanıları Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) yardımıyla sorgulandığında en yüksek oranda sırasıyla hiperkinetik bozukluklar (%30,13), anksiyete bozuklukları (%25,32), depresif nöbet (%22,03), yeme bozuklukları (%8,35) ve obsesif-kompulsif bozukluk (%5,82) tanıları gözlemlenmiştir. Ancak bu oranlar birden fazla tanısı olan hastaları ifade etmekte olup en sık görülen primer hastalık tanıları sırasıyla hiperkinetik bozukluklar (%39,93), anksiyete bozuklukları (%20,49) ve depresif nöbet (%19,44) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Tanı-ölçek puanlama analizleri primer tanıları üzerinden yapılmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların ICD-10 Tanı Kodları-Psikiyatrik Hastalık Tanıları.

ICD Kod- Psikiyatrik Hastalık Teşhis	n (%)
F90- Hiperkinetik bozukluklar	119 (30,13)
F41- Anksiyete bozuklukları, diğer	100 (25,32)
F32- Depresif nöbet	87 (22,03)
F50- Yeme bozuklukları	33 (8,35)
F42- Obsesif-kompulsif bozukluk	23 (5,82)
F81- Skolastik becerilerde özel gelişimsel bozukluklar	7 (1,77)
F95- Tik bozukluklar	7 (1,77)
F44- Disosiyatif (konversiyon) bozukluklar	4 (1,01)
F63- Alışkanlık ve uyarım bozuklukları	3 (0,76)
F98- Davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar	3 (0,76)
F91- Davranış bozuklukları	2 (0,51)
F40- Fobik anksiyete bozuklukları	1 (0,25)
F94- Sosyal fonksiyon bozuklukları	1 (0,25)
G43- Migren	1 (0,25)
F45- Somatoform bozukluklar	1 (0,25)
F64- Cinsel kimlik bozuklukları	1 (0,25)
F31- Bipolar duygulanım bozukluğu	1 (0,25)
F80- Konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları	1 (0,25)
TOPLAM	395 (100,00)

Hastaların çoğunluğunun (%55,56) sadece bir ilaç kullandığı, 288 hasta için reçetelenen toplam ilaç sayısının 421 olduğu ve hasta başına düşen ilaç sayısının 1,46

olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1. ve Tablo 4.3.). Reçetelenen psikotrop ilacın haricinde tıbbi nedenden dolayı devamlı ilaç kullanan hastalar, popülasyonun %14,93'ünü oluşturmaktadır (Tablo 4.1.). Çalışmada yer alan hastalara en sık reçetelenen ilaç grubunun antidepresanlar (%46,31), en sık reçetelenen ilacın ise antidepresan ilaç grubundan sertralin (%26,60, n=112) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3. ve Tablo 4.4.). En sık antidepresan ile antipsikotik (%21,53) ilaç gruplarının kombine edildiği görülmüştür.

Tablo 4.3. Hastaların Kullandığı İlaç Grupları ve İlaçlar.

İlaç Grubu	İlaç	n=ilaç sayısı (%)
Antidepresan	Sertralin	112 (26,60)
	Fluoksetin	68 (16,15)
	Essitalopram	8 (1,90)
	Venlafaksin	7 (1,66)
Antipsikotik	Risperidon	46 (10,93)
	Aripiprazol	38 (9,03)
	Ketiapin	12 (2,85)
	Olanzapin	8 (1,90)
	Haloperidol	3 (0,71)
Psikostimulan	Metilfenidat	105 (24,94)
	Atomoksetin	9 (2,14)
Anksiyolitik	Alprazolam	3 (0,71)
	Medazepam	1 (0,24)
	Hidroksizin	1 (0,24)
TOPLAM		421 (100,00)

Tablo 4.4. İlaç Gruplarının Kullanım Yüzdeleri.

İlaç Grup Kombinasyonları	n (%)
Antidepresan	100 (34,72)
Antidepresan + Antipsikotik	62 (21,53)
Stimulan	58 (20,14)
Stimulan + Antipsikotik	25 (8,68)
Antidepresan + Stimulan	23 (7,99)
Antipsikotik	10 (3,47)
Antidepresan + Anksiyolitik	5 (1,74)
Antidepresan + Stimulan + Antipsikotik	3 (1,04)
Antidepresan + Stimulan + Antipsikotik + Anksiyolitik	2 (0,69)
TOPLAM	288 (100,00)

İlaç yan etkisi görülme durumu sorgulandığında, %28,13'ü kullandıkları psikiyatrik ilaçların yan etkisine maruz kaldığını belirtmiştir (Tablo 4.1.). Bildirilen toplam 107 (1,32 yan etki/hasta) ilaç yan etkisinden en çok gözlenenin uykuya eğilim (%25,24) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Hastaların Bildirdiği İlaç Yan Etkileri.

Yan Etki Tipleri	n (%)
Uykuya Eğilim	27 (25,24)
İştahsızlık	16 (14,95)
İştah Artışı	11 (10,28)
Uykusuzluk	6 (5,62)
Sinirlilik	6 (5,62)
Bulantı	5 (4,68)
Kalp Çarpıntısı	4 (3,74)
Tansiyon Yükselmesi	3 (2,80)
Tiklerde Artış	3 (2,80)
Yorgunluk	3 (2,80)
Sersemlik	3 (2,80)
Kasılma	3 (2,80)
Kaygı Artışı	3 (2,80)
Kekemelik	2 (1,87)
Üşüme	2 (1,87)
Baş Dönmesi	2 (1,87)
El Titremesi	1 (0,93)
Renkli Rüyalar	1 (0,93)
Dikkat Dağınıklığı	1 (0,93)
Nefes Darlığı	1 (0,93)
Galaktore	1 (0,93)
Tekrar Eden Düşünceler	1 (0,93)
Kabus	1 (0,93)
Baş Ağrısı	1 (0,93)
TOPLAM	107 (100,0)

Çalışmaya katılan 255 ebeveynin %83,53'ü hastanın annesi, %14,90'ı babası ve %1,57'si çocuğun bakımını sağlayan diğer kişiler kategorisinde yer almaktadır.

Ebeveynlerin sosyoekonomik özellikleri Hollingshead-Redlich Ölçeği kullanılarak, eğitim ve meslek durumlarını esas alarak yapıldığında, SED-1 (varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile ve üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba) kategorisi ebeveynlerin %45,49'unu, SED-2 (küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba) kategorisi %29,02'sini ve SED-3 (yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba ve yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-baba) kategorisi ise %24,71'ini oluşturmaktadır. Ebeveynlerin %36,86'sının tıbbi nedenlerden dolayı ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Ebeveynlerin psikiyatrik ilaç kullanımları sorgulandığında ise büyük çoğunluğun (%81,57) psikiyatrik ilaç kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Ebeveynlerin Demografik Bilgileri ve Tanımlayıcı Özellikleri (n=255).

		Ortalama (\pm SS)
Yaş (yıl)		45,25 (\pm 6,45)
		n (%)
Yakınlık derecesi	Anne	213 (83,53)
	Baba	38 (14,90)
	Diğer	4 (1,57)
Sosyoekonomik Düzey	1 (yüksek)	116 (45,49)
	2 (orta)	74 (29,02)
	3 (düşük)	63 (24,71)
	Bilinmeyen	2 (0,78)
Medikal İlaç Kullanımı	Var	94 (36,86)
	Yok	161 (63,14)
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	47 (18,43)
	Yok	208 (81,57)

Hasta ve ebeveynlerin GGA puanları değerlendirildiğinde, hastalar ve ebeveynler için duygusal sorunlar, yüksek puan kategorisi; davranış sorunları, ortalama puan kategorisi; hiperaktivite, ortalama puan kategorisi; akran sorunları, ortalama üstü puan kategorisi; sosyal davranış, ortalama puan kategorisinde yer almaktadır. Toplam güçlük

puanı incelendiğinde ise hem hasta için hem de ebeveyn için GGA puanları yüksek puan kategorisinde yer almaktadır (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Hasta ve Ebeveyn Güçler ve Güçlükler Anketi Puanları.

	Hasta (n=254)	Ebeveyn (n=220)	
Boyutlar	Ortalama (\pm SS)		p
Duygusal Sorunlar	5,18 (\pm 2,75)	5,13 (\pm 2,44)	0,822
Davranış Sorunları	2,91 (\pm 1,98)	2,50 (\pm 2,08)	0,033
Hiperaktivite	5,39 (\pm 2,40)	4,60 (\pm 2,73)	0,001
Akran Sorunları	3,49 (\pm 2,28)	3,34 (\pm 1,81)	0,435
Sosyal Davranış	8,15 (\pm 2,06)	8,36 (\pm 2,09)	0,273
Toplam Güçlük Puanı	25,12 (\pm6,21)	23,93 (\pm5,77)	0,033

4.3. PİTU ve PİTY Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

4.3.1. Uzman Görüşleri ile Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin değerlendirileceği alanda yeterli donanım ve bilgiye sahip, çalışmanın önemini farkında olan ve değerlendirmeye zaman ayırabilecek 15 klinisyen (5 psikiyatrist ve 10 klinik eczacı) ile kapsam geçerlilik çalışması tamamlanmıştır.

Çocuk ve ebeveyn ölçekleri için ayrı ayrı hazırlanmış olan çocuklar için 9 (PİTU-H) ve 36 (PİTY-H) aday soru; ebeveynler için 10 (PİTU-E) ve 36 (PİTY-E) aday soru uzmanlara yönelik değerlendirme formuna eklenerek ölçeğin geliştirilme amacını ve ölçek hakkında bilgilerin yer aldığı bir metin ile birlikte Google Forms şeklinde iletilen uzman formları tüm uzmanlarca tamamlandıktan sonra, her bir madde puanları ve öneriler tablolştırılmıştır. Birinci turdan sonra 4'lü Likert skalasına göre (1- hiç uygun değil, 2- uygun değil, 3-uygun, 4- çok uygun) 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek kapsam geçerlilik indeksi hesaplandığında hiçbir sorunun 0,80 değerinin altında yer almadığı tespit edilmiştir ancak yapılan eleştiriler ve bazı soruların birbirine olan benzerliği nedeniyle hasta ve ebeveyn PİTY Ölçeklerinden 5'er soru

çıkarılmıştır (PİTY ölçeklerinden; 1 soru genel düşünceler, 2 soru gereklilik, 2 soru endişe boyutlarından çıkarılmıştır), öneriler doğrultusunda ifadelerde değişiklik yapılması gereken sorular düzeltilmiştir ve ikinci tur gönderimi için hazırlanmıştır. İkinci turda da güncellenmiş aday sorular aynı uzmanlara gönderilmiştir. İkinci turda da tüm sorular için kapsam geçerlilik indeksinin 0,80'nin üzerinde olduğu hesaplanmıştır. Uzmanların puanlaması ve önerileri doğrultusunda ölçeklere son hali verilmiş ancak 2. turda ölçeklerden soru çıkarılması gerekmemiştir. PİTU ölçeği için birinci ve ikinci tur değerlendirildiğinde Ö-KGİ/UA ve Ö-KGİ/Ort değerlerinde hem hasta hem de ebeveyn için 0,03'lük bir artış gözlemlenmiştir (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. PİTU Ölçeklerinin Kapsam Geçerlilik İndeksi Puanları.

PİTU (H/E) Ölçek Soruları	1. Tur		2. Tur	
	S-KGİ (H)	S-KGİ (E)	S-KGİ (H)	S-KGİ (E)
1	0,86	0,93	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	0,93	1
4	0,93	1	1	1
5	0,86	0,93	0,86	1
6	0,93	1	1	1
7	0,86	1	1	1
8	1	0,93	0,86	0,93
9	0,93	0,93	1	1
10		0,86		0,93
Ö-KGİ/ UA	0,93	0,96	0,96	0,99
Ö-KGİ/ Ort	0,93	0,96	0,96	0,99

Ö-KGİ/Ort: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi/ Ortalama, Ö-KGİ: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi, Ö-KGİ/ UA: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi/ Uzman anlaşması, PİTU: Pediyatrik İlaç Tedavisi Uyuş, S-KGİ (E): Soru- Kapsam geçerlilik indeksi (Ebeveyn), S-KGİ (H): Soru- Kapsam geçerlilik indeksi (Hasta).

PİTY ölçeği için ise Ö-KGİ/UA ve Ö-KGİ/Ort değerlerinde birinci ve ikinci tur değerlendirildiğinde hastalara yönelik ölçekte her iki değerde de 0,008 artış gözlemlenmiş olup ebeveynlerde bu değerler sırasıyla; 0,01 ve 0,02 olarak rapor edilmiştir (Tablo 4.9.)

Tablo 4.9. PİTY Ölçeklerinin Kapsam Geçerlilik İndeksi Puanları.

PİTY Ölçek Soruları	1. Tur		2. Tur	
	S-KGİ (H)	S-KGİ (E)	S-KGİ (H)	S-KGİ (E)
1	0,93	1	1	1
2	0,8	1	1	1
3	0,8	1	0,93	1
4	1	1	1	1
5	0,8	1	0,8	0,86
6	0,93	1	1	1
7	1	1	0,93	1
8	0,8	0,86	1	1
9	0,93	0,93	1	1
10	0,93	1	1	1
11	0,8	0,93	1	1
12	0,86	1	1	1
13	0,86	1	1	1
14	1	1	0,93	0,93
15	0,86	0,93	1	0,93
16	0,93	1	1	1
17	0,86	1	1	1
18	0,86	0,93	1	1
19	0,93	0,93	1	1
20	1	1	1	0,93
21	1	1	1	0,93
22	1	0,93	1	1
23	0,86	0,93	1	0,93
24	0,86	0,86	1	0,93
25	0,93	0,86	1	1
26	0,86	0,86	1	1
27	1	1	0,8	0,93
28	0,93	1	0,93	0,93
29	1	0,93	1	0,93
30	0,93	1	1	1
31	1	0,86	1	1
32	0,86	0,8		
33	0,86	1		
34	0,93	1		
35	0,86	1		
36	0,86	0,93		
Ö-KGİ/ UA	0,90	0,96	0,98	0,97
Ö-KGİ/ Ort	0,90	0,96	0,98	0,98

Ö-KGİ/Ort: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi/ Ortalama, Ö-KGİ: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi, Ö-KGİ/ UA: Ölçek- Kapsam geçerlilik indeksi/ Uzman anlaşması, PİTU: Pediatrik İlaç Tedavisi Uyunc, S-KGİ (E): Soru- Kapsam geçerlilik indeksi (Ebeveyn), S-KGİ (H): Soru- Kapsam geçerlilik indeksi (Hasta).

4.3.2. PİTU-H Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Uzman değerlendirmesinden sonra PİTU ölçeğinde hasta için 9 soru bulunmaktadır ve bu ölçek 288 hastaya araştırmacı tarafından yüzyüze uygulanmıştır.

PİTU-H Ölçeği Geçerlilik Analizleri

PİTU-H ölçeğini 288 hasta tamamlamıştır. Ölçeğin KMO değeri 0,863 olarak tespit edilmiş ve bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için “iyi” bir değer olarak yorumlanmıştır. Barlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde $p < 0,001$ değeri anlamlı olarak bulunmuştur. Bu değerler ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Tablo 4.10.).

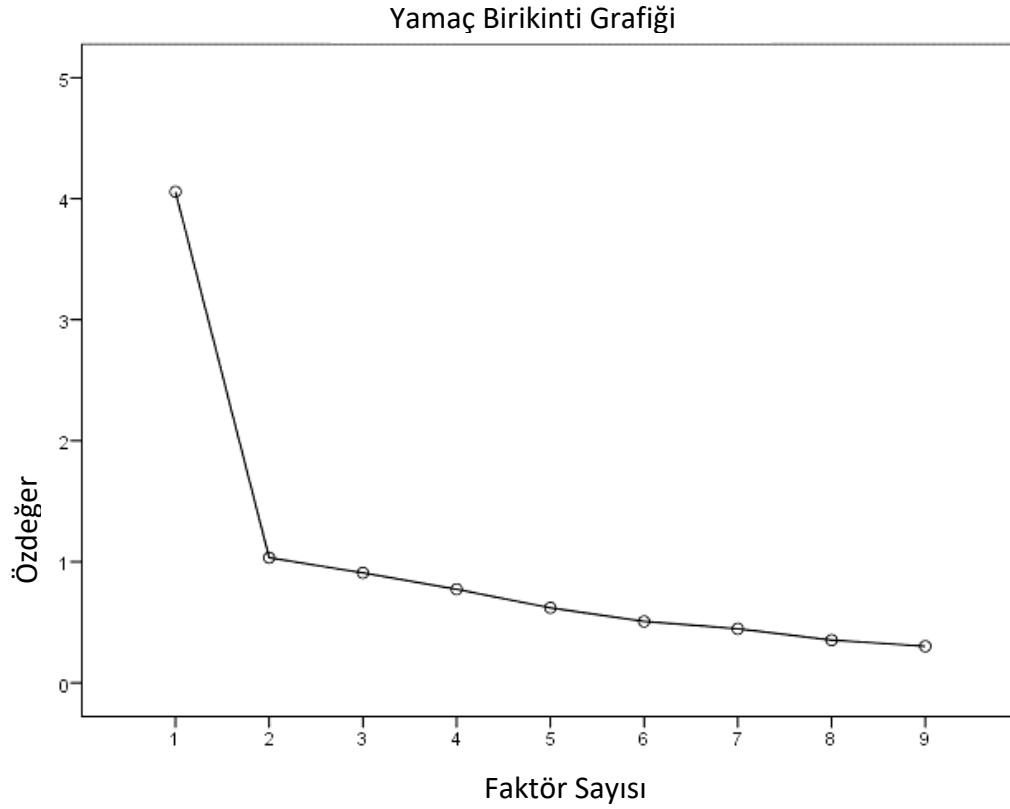
Tablo 4.10. PİTU-H Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler (n=288).

Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) Katsayısı		0,863
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-Kare	884,514
	df	36
	p	<0,001

AFA değerlendirmesinde 9 maddeden oluşan PİTU-H ölçeğinin yamaç serpinti grafiğinin 1. boyuttan sonra kırılım göstermesi ile tek boyuttan oluştuğu ve toplam varyansın % 45,087'sini açıkladığı tespit edilmiştir (Şekil 4.3. ve Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. PİTU-H Varyans Değerleri.

Faktör	PİTU-H Varyans Değerleri		
	Özdeğer	Varyans %	Toplam Varyans %
1	4,058	45,087	45,087



Şekil 4.3. PİTU-H Ölçeğinin Faktör Sayısına İlişkin Yamaç Birikinti Grafiği.

PİTU-H ölçeğinin faktör yükleri 0,492 ile 0,807 arasında değiştiiğinden, hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek olmadığı gözlenmiştir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. PİTU-H Ölçeğinin Faktör Yük Değerleri.

Soru No	Değerler
1	0,543
2	0,686
3	0,794
4	0,719
5	0,807
6	0,492
7	0,538
8	0,714
9	0,672

PİTU-H Ölçeği Güvenirlik Analizi

PİTU-H ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,839 olarak bulunmuş ve bu değerin 0,80 ile 1,00 arasında yer alması, ölçeğin yüksek güvenirlikte olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik analizlerinde düzeltilmiş madde toplam korelasyonu değerleri 0,384 ile 0,701 arasında değişmektedir. Soruların silinmesi durumunda Cronbach alfa katsayısı 0,805 ile 0,839 arasında değişmektedir. Soruların silinmesinin mevcut Cronbach alfa katsayısını arttıran bir değer bulunmaması nedeniyle hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. PİTU-H Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.

Cronbach Alpha	Soru Sayısı	
0,839	9	
Soru No	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Soru Silinirse Cronbach Alfa Katsayısı
1	0,444	0,834
2	0,561	0,821
3	0,689	0,806
4	0,630	0,813
5	0,701	0,805
6	0,384	0,839
7	0,441	0,839
8	0,588	0,819
9	0,582	0,819

Ölçeğin zamana bağlı olarak değişmezliğini, kararlılığını değerlendirmek için hastalara ve ebeveynlere 2-4 hafta içerisinde test-retest yöntemi uygulanmıştır. Yapılan iki ölçek için sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Bulunan korelasyon katsayısı ölçeğin güvenirlik, kararlılık katsayısıdır. Test-retest için görüşülen 97 hastanın verilerine göre sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmış ve ortalama ölçümler için değer 0,826

olarak bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.14.). Bu değer 0,75 ile 0,9 arasında olduğundan, ölçeğin güvenilirliğinin iyi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.14. PİTU-H Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.

	%95 Güven Aralığı					
	Sınıf İçi Korelasyon	Alt Sınır	Üst Sınır	Değer	p	Cronbach alpha
Tek Ölçüm	0,704	0,588	0,792	5,756	<0,001	0,826
Ortalama Ölçüm	0,826	0,740	0,884	5,756	<0,001	

4.3.3. PİTU-E Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Uzman değerlendirmesinden sonra PİTU ölçeğinde ebeveyn için belirlenen 10 soru 255 ebeveyne yüzyüze uygulanmıştır. Ancak, 2. sorunun faktör yükünün 0,30 değerinin altında kalması ve güvenilirlik testlerinde sorunun silinmesi halinde Cronbach alfa değerinin ciddi bir artış sağlamasını göstermesi üzerine bu soru ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca 10. sorunun faktör yükünün 0,30'un altında kalması, 7. ve 9. Soruların ise 0,30 sınırında yer alması ve güvenilirlik testlerinde sorunun silinmesi halinde Cronbach alfa değerinin artış göstermesi nedeniyle bu sorular da ölçekten çıkarılmıştır. Analizler kalan 6 soru ile yapılmıştır.

PİTU-E Ölçeğinin Geçerlilik Analizleri

PİTU-E ölçeğinin faktör analizinde KMO değeri 0,766 olarak tespit edilmiş ve bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için "orta" bir değer olarak değerlendirilmektedir. Barlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde $p < 0,001$ değeri anlamlı olarak bulunmuştur. Bu değerler ile örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Tablo 4.15.).

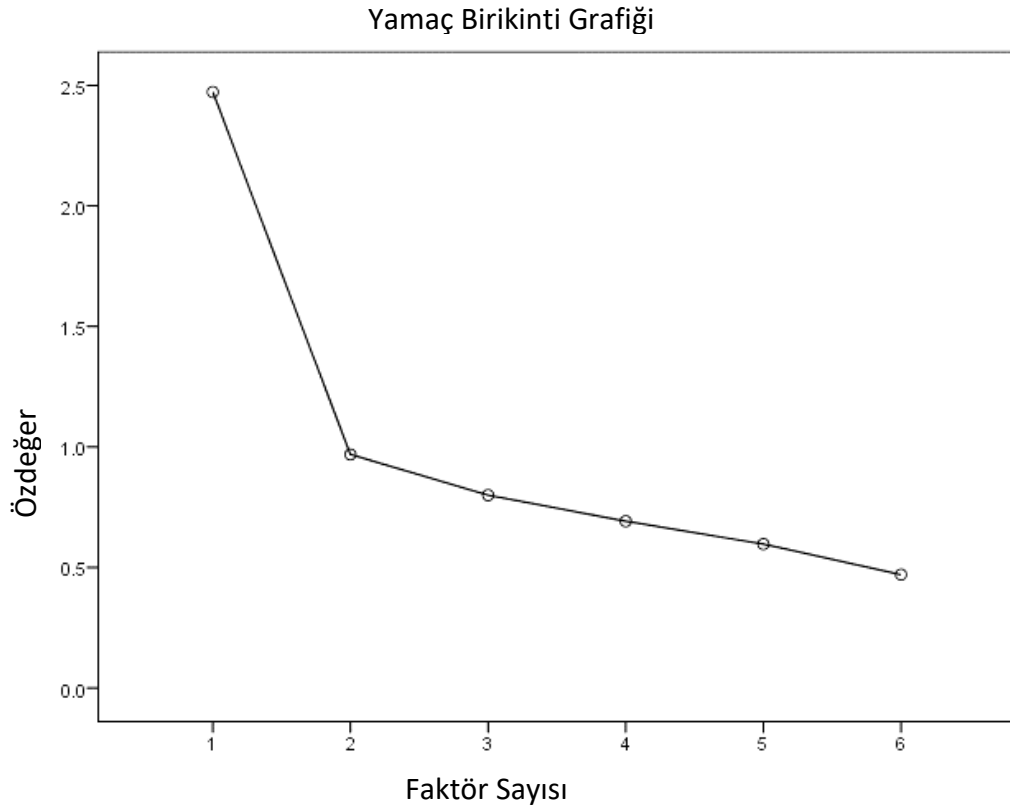
Tablo 4.15. PİTU-E Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) Katsayısı		0,766
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-Kare	248,330
	df	15
	p	<0,001

Özdeğerlerin dikey ekseninde, faktörlerin/boyutların yatay ekseninde yer aldığı yamaç birikinti grafiği üzerinden yorum yapıldığında, yüksek ivmeli düşüşün ilk noktadan itibaren azaldığı görülmektedir. İlk noktadan itibaren gözlenen düşüş varyansa yapılan katkı derecesini göstermek üzere noktalarla belirtilmiştir ve her iki nokta arası bir faktör anlamına gelmektedir. AFA değerlendirmesinde 6 maddeden oluşan PİTU-E ölçeğinin yamaç serpinti grafiğinin 1. boyuttan sonra kırılım göstermesi ile tek boyuttan oluştuğu ve toplam varyansın %41,204'ünü açıkladığı tespit edilmiştir (Şekil 4.4. ve Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. PİTU-E Varyans Değerleri.

Faktör	Toplam	% Varyans	Toplam Varyans %
1	2,472	41,204	41,204



Şekil 4.4. PİTU-E Ölçeğinin Faktör Sayısına İlişkin Yamaç Birikinti Grafiği.

PİTU-E ölçeğinin faktör yükleri 0,415 ile 0,747 arasında değiştiiğinden, hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek olmadığı gözlenmiştir (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. PİTU-E Ölçeği Faktör Yük Değerleri.

Soru Numarası	Değerler
1	0,415
2	0,747
3	0,621
4	0,722
5	0,597
6	0,692

PİTU-E Ölçeği Güvenirlik Analizleri

PİTU-E Ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek için yapılan analizde ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,702 olarak bulunmuştur (Tablo 4.18.). Bu değerlerin 0,75 ile 0,9 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.18. PİTU-E Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.

Cronbach Alpha	Soru Sayısı	
0,702	6	
Soru No	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Soru Silinirse Cronbach Alfa Katsayısı
1	0,250	0,708
2	0,558	0,626
3	0,439	0,660
4	0,531	0,628
5	0,401	0,681
6	0,491	0,646

PİTU-E ölçeği güvenilirlik analizleri için 79 ebeveyne test-retest uygulanmıştır. Verilerine göre sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmış ve ortalama ölçümler için değer 0,736 olarak bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.19.). Bu değer 0,5 ile 0,75 arasında olduğundan, ölçeğin güvenirliliği 'orta' olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 4.19. PİTU-E Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.

	%95 Güven Aralığı					
	Sınıf İçi Korelasyon	Alt Sınır	Üst Sınır	Değer	p	Cronbach alfa
Tek Ölçüm	0,582	0,415	0,711	3,785	<0,001	0,736
Ortalama Ölçüm	0,736	0,587	0,831	3,785	<0,001	

4.3.4. PİTY-H Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Uzman değerlendirmesinden sonra 4 boyuttan (genel düşünceler, gereklilik, güven ve endişe) oluşan PİTY hasta ölçeğinden 5 soru çıkarılmış ve 31 adet soru içeren taslak PİTY ölçeği 288 hastaya uygulanmıştır.

PİTY-H Ölçeğinin Geçerlilik Analizleri

Açıklayıcı faktör analizi ve güvenirlilik katsayıları değerlendirildiğinde ‘genel düşünceler’ boyutunun maddelerinin güvenirlilik katsayısının diğer boyutlara göre daha düşük (Cronbach alfa: 0,648) bulunması nedeni ile ölçekten çıkarılmıştır. Kalan maddeler ile AFA yapılmış; temel bileşenler (*principal components*) ve dik döndürme (Varimax) yöntemleri kullanılmıştır.

PİTY-H ölçeğinin yamaç birikinti grafiğine (Şekil 4.5.) ve döndürülmüş korelasyon katsayılarına bakıldığında ‘gereklilik’ ve ‘güven’ boyutlarının tek boyutta toplanması uygun bulunmuştur. Bu boyuta ‘gereklilik’ ismi verilmiştir.

Gereklilik boyutunda 17., 18., ve 19. soruların korelasyon katsayılarının 0,30’un altında kalması; endişe boyutundaki 27. sorunun ise iki boyuta yüklenmesi (aralarındaki fark 0,1’den büyüktür) nedeni ile ölçekten çıkarılmıştır. PİTY-H ölçeğinden çıkarılan maddelerden sonra 18 soru ile faktör analizine devam edilmiştir. Ölçeğin son halinde gereklilik boyutunda 7 soru, endişe boyutunda ise 11 soru yer almaktadır (EK 11, EK 12).

PİTY-H Ölçeğinin KMO değeri 0,850 olarak tespit edilmiştir ve bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için “iyi” olarak değerlendirilmektedir. Barlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde $p < 0,001$ değeri anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 4.20.). Bu değerler ile PİTY-H ölçeği için örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 4.20. PİTY-H Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.

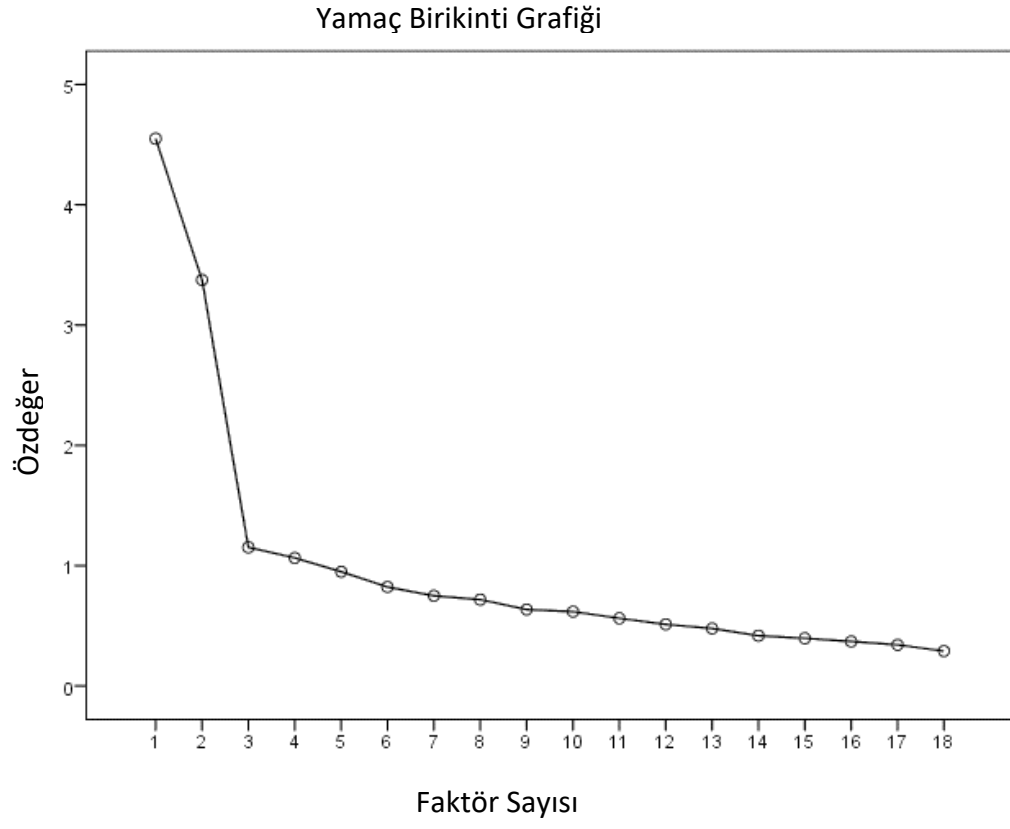
Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) Katsayısı		0,850
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-Kare	1669,221
	df	153
	p	<0,001

AFA değerlendirmesinde 18 maddeden oluşan PİTY-H ölçeğinin iki boyutlu bir yapıda olduğu ve toplam varyansın %44,025'sini açıkladığı tespit edilmiştir. Birinci boyut varyansın %25,275'ini, ikinci boyut ise %18,75'ini açıklamaktadır (Tablo 4.21.). Yamaç serpinti grafiğinde 2. boyuttan sonra kırılım göstermesi PİTY-H ölçeğinin 2 boyuttan oluştuğunu göstermektedir (Şekil 4.5.)

Tablo 4.21. PİTY-H Varyans Değerleri.

Faktör	Toplam	% Varyans	Toplam Varyans %
1	4,550	25,275	25,275
2	3,375	18,750	44,025

PİTY-H ölçeğinin ilk 7 sorusu bir boyut altında toplanırken geri kalan 11 soru farklı bir boyut altında toplanmıştır. Faktör yükleri 0,455 ile 0,829 arasında değişmektedir (Tablo 4.22.). Tüm maddelerin 0,40 değerinin üstünde yer alması maddelerin boyutlara ve ölçeğe önemli katkıda bulunduğu ve hiçbir maddenin çıkarılmasına gerek olmadığı gözlemlenmiştir. Faktörler sırası ile 'gereklilik' ve 'endişe' boyutları olarak adlandırılmıştır.



Şekil 4.5. PITY-H ölçeği Yamaç Birikinti Grafiği

Tablo 4.22. PİTY-H Ölçeği Faktör Analizi Bulguları.

Maddeler	Faktör Yükleri	
	Faktörler	
	1	2
1		0,533
2		0,690
3		0,763
4		0,829
5		0,562
6		0,455
7		0,617
8	0,589	
9	0,645	
10	0,774	
11	0,512	
12	0,519	
13	0,547	
14	0,536	
15	0,459	
16	0,512	
17	0,506	
18	0,683	

PİTY-H Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri

PİTY-H Ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek için bakılan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı değeri 0,820 olarak bulunmuştur. Boyutların da ayrı ayrı güvenilirlik katsayılarına bakıldığında, 7 soruluk 'gereklilik' boyutu için ve 11 soruluk 'endişe' boyutu için Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,824 ve 0,841 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin ve boyutlarının yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Sorulardan herhangi birinin silinmesi halinde Cronbach alfa değeri artış göstermeyeceği için sorulardan hiçbiri ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 4.23.).

Tablo 4.23. PİTY-H Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.

Soru No	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Soru Silinirse Cronbach Alfa Katsayısı
1	0,292	0,817
2	0,240	0,820
3	0,305	0,817
4	0,380	0,813
5	0,307	0,817
6	0,270	0,818
7	0,405	0,812
8	0,410	0,812
9	0,460	0,808
10	0,571	0,801
11	0,509	0,806
12	0,393	0,812
13	0,398	0,812
14	0,460	0,809
15	0,409	0,812
16	0,484	0,807
17	0,441	0,809
18	0,534	0,804

PİTY-H ölçeği için 97 hastaya test-retest uygulanmıştır ve hem ölçeteki boyutlar için hem de toplam ölçek skorları sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach alfa değeri 'gereklilik' boyutu için 0,803, 'endişe' boyutu için 0,779 ve toplam için 0,851 olarak bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.24.). Gereklilik, endişe boyutları ve toplam skor katsayısı 'iyi' olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 4.24. PİTY-H Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.

		%95 Güven Aralığı					Cronbach alfa
		Sınıf İçi Korelasyon	Alt Sınır	Üst Sınır	Değer	p	
Gereklilik	Tek Ölçüm	0,670	0,544	0,767	5,069	<0,001	0,803
	Ortalama Ölçüm	0,803	0,705	0,868	5,069	<0,001	
Endişe	Tek Ölçüm	0,637	0,502	0,742	4,516	<0,001	0,779
	Ortalama Ölçüm	0,779	0,669	0,852	4,516	<0,001	
Toplam	Tek Ölçüm	0,740	0,635	0,818	6,695	<0,001	0,851
	Ortalama Ölçüm	0,851	0,777	0,900	6,695	<0,001	

4.3.5. PİTY-E Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

PİTY-E ölçeğini 255 ebeveyn tamamlamıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için AFA kullanılmıştır. Temel bileşenler (*principal components*) ve dik döndürme (Varimax) yöntemleri kullanılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi ve güvenirlilik katsayıları değerlendirildiğinde ‘genel düşünceler’ boyutu maddelerinin büyük çoğunluğunun madde korelasyon katsayılarının 0,4’ün altında kalması, soruların farklı boyutlara yüklenmesi ve güvenirlilik katsayısının düşük bulunması (Cronbach alfa: 0,290) nedeni ile ölçekten çıkarılmıştır.

Gereklilik boyutunda ise 18. soru ve endişe boyutundaki 27. soru, faktör yükleri tablosunda 2 boyuta yüklenmesi nedeni ile (iki değer arasındaki fark 0,10 dan fazladır) ölçekten çıkarılmıştır. PİTY-E ölçeğinden çıkarılan maddelerden sonra 20 soru ile faktör analizine devam edilmiştir. Ölçeğin son halinde gereklilik boyutunda 9 soru endişe boyutunda ise 11 soru yer almaktadır.

PİTY-E ölçeğinin KMO değeri 0,858 olarak tespit edilmiş ve bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizi için “iyi” olarak değerlendirilmektedir. Barlett küresellik testi

sonuçları incelendiğinde $p < 0,001$ değeri anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 4.25.). Bu değerler ile PİTY-H ölçeği için örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

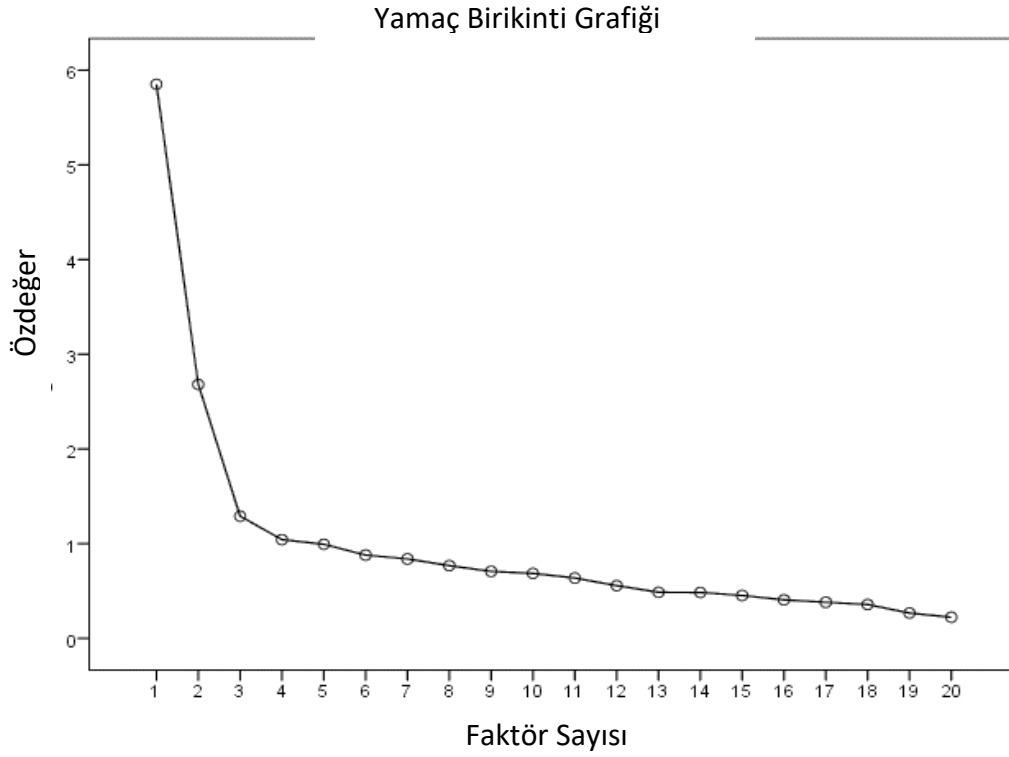
Tablo 4.25. PİTY-E Ölçeğinin Faktör Analizine Uygunluğuna İlişkin Değerler.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) Katsayısı		0,858
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-Kare	1779,360
	df	190
	p	<0,001

Açıklayıcı faktör analizi değerlendirmesinde 20 maddeden oluşan PİTY-E ölçeğinin iki boyutlu bir yapıda olduğu ve toplam varyansın %42,67'sini açıkladığı tespit edilmiştir. Birinci boyut varyansın %29,254'ini, ikinci boyut ise %13,411'ini açıklamaktadır (Tablo 4.26.). Şekil 4.6.'da yamaç serpinti grafiğinin 2. boyuttan sonra kırılması ölçeğin 2 boyuttan oluştuğunu göstermektedir.

Tablo 4.26. PİTY-E Varyans Değerleri.

Faktör	Toplam	% Varyans	% Toplam Varyans
1	5,851	29,254	29,254
2	2,682	13,411	42,665



Şekil 4.6. PİTY-E ölçeği Yamaç Birikinti Grafiği.

Tablo 4.27.'de görüldüğü üzere ilk 9 soru bir boyut altında toplanırken geri kalan 11 soru ikinci boyutun altında toplanmıştır. Faktör yükleri 0,472 ile 0,780 arasında değerler almaktadır. Tüm soruların 0,40 değerinin üstünde yer alması soruların boyutlara ve ölçeğe önemli katkıda buldukları söylenebilmektedir.

Tablo 4.27. PİTY-E Ölçeği Faktör Analizi Bulguları.

Maddeler	Faktör Yükleri	
	Faktörler	
	1	2
1		0,648
2		0,544
3		0,780
4		0,744
5		0,595
6		0,676
7		0,695
8		0,552
9		0,529
10	0,626	
11	0,690	
12	0,656	
13	0,613	
14	0,643	
15	0,631	
16	0,476	
17	0,472	
18	0,713	
19	0,682	
20	0,640	

PİTY-E Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri

PİTY-E Ölçeğinin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alfa güvenilirlik analizi yapılmış ve ölçeğin Cronbach-alfa değeri 0,865 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Boyutların da ayrı ayrı güvenilirlik katsayılarına bakılmış ve 9 soruluk 'gereklilik' boyutu ve 11 soruluk 'endişe' boyutu için Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,830 ve 0,852 olarak bulunmuştur.

Sorulardan herhangi birinin silinmesi halinde Cronbach alfa değeri artış göstermeyeceği için sorulardan hiçbiri ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 4.28.).

Tablo 4.28. PİTY-E Ölçeğinin Güvenirlik Analizi.

Soru No	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Soru Silinirse Cronbach Alfa
1	0,327	0,863
2	0,269	0,865
3	0,446	0,860
4	0,483	0,858
5	0,341	0,863
6	0,444	0,860
7	0,516	0,859
8	0,477	0,859
9	0,312	0,864
10	0,497	0,858
11	0,560	0,855
12	0,538	0,856
13	0,528	0,856
14	0,516	0,857
15	0,442	0,860
16	0,461	0,859
17	0,459	0,859
18	0,575	0,854
19	0,564	0,854
20	0,470	0,859

PİTY-E ölçeği için 79 ebeveyne test-retest uygulanmıştır ve hem ölçeteki boyutlar için hem de toplam ölçek skorları sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Gereklilik boyutu, endişe boyutu, toplam skor katsayıları sırasıyla 0,607, 0,819 ve 0,812 olarak bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.29.). Gereklilik boyut katsayısı 'orta', endişe boyutu ve toplam skor katsayısı 'iyi' olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 4.29. PİTY-E Ölçeğinin Test-retest Güvenirlik Katsayıları.

		%95 Güven Aralığı					
		Sınıf İçi Korelasyon	Alt Sınır	Üst Sınır	Değer	p	Cronbach alpha
Gereklilik	Tek Ölçüm	0,436	0,239	0,599	2,546	<0,001	0,607
	Ortalama Ölçüm	0,607	0,386	0,749	2,546	<0,001	
Endişe	Tek Ölçüm	0,693	0,558	0,792	5,512	<0,001	0,819
	Ortalama Ölçüm	0,819	0,716	0,884	5,512	<0,001	
Toplam	Tek Ölçüm	0,683	0,546	0,785	5,318	<0,001	0,812
	Ortalama Ölçüm	0,812	0,706	0,880	5,318	<0,001	

4.4. PİTU ve PİTY Ölçek Skorlarının Kendi Aralarında ve Katılımcıların Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkileri

Ebeveynlere uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları ile hastalara uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları arasındaki korelasyona Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. PİTU-E ve PİTU-H ölçekleri pozitif ve anlamlı düzeyde korelasyon göstermiştir. Ebeveynin gereklilik skorları; hastanın uyunç skorları, hastanın gereklilik, endişe ve tedavi yaklaşım skorları ile anlamlı düzeyde korelasyon göstermektedir (Tablo 4.30.).

Tablo 4.30. PİTU-H/E ve PİTY-H/E Ölçek Skorlarının Korelasyon Değerleri.

Parametre		PİTU-H Ölçeği	Gereklilik-H	Endişe-H	PİTY-H Ölçeği
PİTU-E Ölçeği	Korelasyon	0,461**	0,002	-0,018	-0,015
	p	<0,001	0,980	0,781	0,809
Gereklilik-E	Korelasyon	0,165**	-0,183**	-0,163**	-0,219**
	p	0,009	0,004	0,010	<0,001
Endişe-E	Korelasyon	-0,115	-0,081	0,064	0,090
	p	0,069	0,202	0,317	0,157
PİTY-E Ölçeği	Korelasyon	-0,240**	-0,197**	0,890**	0,826**
	p	<0,001	0,002	<0,001	<0,001

**Korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Hastalar erken adolesan ya da orta-geç adolesan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. PİTU-H ve PİTY-H ölçek skorları erken adolesan ya da orta-geç adolesan arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ancak yaşın artması ile birlikte endişe skorlarında artış görülmesi PİTY-H ölçek skorunda artışa neden olmakta ve ilaç tedavisine negatif yönde yaklaşım artmaktadır. Ancak bu korelasyon değerinin istatistiksel olarak 'zayıf' düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31.). Cinsiyete göre ölçek skorları karşılaştırıldığında, PİTY-H toplam ve endişe boyutu skorlarında anlamlı fark görülmüştür ($p<0,01$). Kadınların ortalama \pm SS toplam PİTY-H skorları (2,51 \pm 0,69) ve endişe skorları (2,77 \pm 0,92) erkeklere göre (sırasıyla 2,25 \pm 0,60 ve 2,31 \pm 0,80) daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.31. PİTU-H, PİTY-H Ölçek Skorları, Hasta Demografik Bilgileri Korelasyon Değerleri.

Parametre		PİTU-H Ölçeği	Gereklilik-H	Endişe-H	PİTY-H Ölçeği
PİTU-H Ölçeği	Korelasyon	1	0,332**	-0,206**	-0,326**
	p		<0,001	<0,001	<0,001
Gereklilik-H	Korelasyon	0,332**	1	-0,124*	-0,571**
	p	<0,001		0,035	<0,001
Endişe-H	Korelasyon	-0,206**	-0,124*	1	0,886**
	p	<0,001	0,035		<0,001
PİTY-H Ölçeği	Korelasyon	-0,326**	-0,571**	0,886**	1
	p	<0,001	<0,001	<0,001	
Yaş	Korelasyon	-0,089	-0,072	0,248**	0,239**
	p	0,133	0,226	<0,001	<0,001
Teşhis süresi	Korelasyon	-0,012	-0,007	-0,052	-0,040
	p	0,839	0,908	0,380	0,501
İlaç Kullanım süresi	Korelasyon	-0,041	0,032	-0,062	-0,066
	p	0,485	0,591	0,296	0,265
İlaç Sayısı	Korelasyon	-0,171**	-0,053	0,135*	0,137*
	p	0,004	0,375	0,022	0,020
Toplam GGA skor	Korelasyon	-0,283**	-0,128*	0,333**	0,326**
	p	<0,001	0,041	<0,001	<0,001

*Korelasyon $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. **Korelasyon $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Hastaların ilaç tedavisinde yan etki deneyimleri sorgulanmış ve hastaların yan etki gözlemlenmesi ilaç tedavisi uyuncu ile negatif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur ($p < 0,05$). Yan etki varlığı, ilaç tedavisine duyulan endişe ve PİTY-H ölçek skoru ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p < 0,05$). İlaç sayısı ile anlamlı bir korelasyon bulunmamasına rağmen monoterapi alan hastaların PİTY-H toplam skorları ve endişe boyut skorları birden fazla ilaç alan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0,01$). Ancak uyunç skorları ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p = 0,067$).

Farklı primer psikiyatrik tanıya sahip hastaların PİTY-H skorları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Hiperkinetik bozukluklar-yeme bozuklukları ve yeme bozuklukları-obsesif-kompulsif bozukluk primer tanıları ve PİTY-H skorları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Yani yeme bozuklukları tanısına sahip hastalar, hiperkinetik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk tanılı hastalara göre ilaç tedavisine daha negatif bir yaklaşım göstermektedir. Yeme bozuklukları tanılı hastaların, hiperkinetik bozuklukları tanılı hastalara göre ilaç tedavisine daha endişeli yaklaştığı tespit edilmiştir ($p = 0,028$). Ancak, farklı primer hastalık tanılarına sahip hastaların PİTU-H ölçek skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.32.).

Tablo 4.32. Primer Hastalık Tanısına Göre PİTY ve PİTU Ölçek Skorlarının Değerlendirilmesi.

Primer Hastalık Tanısı	n -n	PİTY-H Ortalama±SS	p
Yeme bozuklukları - Hiperkinetik bozukluklar	26-115	2,81± 0,5 - 2,31±0,71	0,007
Yeme bozuklukları - Obsesif-kompulsif bozukluk	26-17	2,81±0,5 - 2,17±0,54	0,023
Primer Hastalık Tanısı	n-n	PİTY-H (Endişe) Ortalama±SS	p
Yeme bozuklukları - Hiperkinetik bozukluklar	26-115	3,02±0,69 - 2,44±0,95	0,028

Hastaların ilaç kombinasyon türleri ile PİTU-H, PİTY-H ölçekleri ve boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Antidepresan-antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların (n= 62) sadece stimulan alan hastalara (n= 58) göre PİTY-H ölçeğinde anlamlı olarak daha yüksek skora sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Ayrıca endişe skoru da bu ilacı alan grupta daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Farklı sosyoekonomik profile sahip hastaların PİTY-H ve PİTU-H skorları değerlendirildiğinde ise sosyoekonomik profil ile PİTY-H gereklilik boyut ve toplam ölçek skorları arasında anlamlı derecede farklılık gösterilmiştir. Düşük SED, yüksek SED'e göre daha düşük gereklilik ve toplam PİTY-H skorları ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Yani sosyoekonomik düzey arttıkça tedavi gerekliliği yaklaşımı ve ilaç tedavisine olan negatif yaklaşım ilişkili bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatrik hastalık tanısına sahip 12-18 yaş arasındaki adolesanların tedaviye olan uyuncunu ölçmek için PİTU, tedaviye olan yaklaşımlarını değerlendirmek için PİTY ölçeklerinin geliştirmesi amaçlanmıştır. Yapılan araştırmalarda ebeveyn yaklaşımının çocukların sağlık durumlarının yönetiminde etkili olduğu, olumsuz ve yanlış görüşlerin ya da yaklaşımların yetersiz ya da uygunsuz ilaç kullanımına yol açabileceği (93), klinisyenlerin pediatrik tedavide ebeveyn yaklaşımını gözardı etmemesi gerektiği (94) raporlanmıştır. Mevcut literatür incelendiğinde psikiyatrik hastalığa sahip pediatrik popülasyona ve ebeveynlerine uygulanan tedavi uyuncunu ve tedavi yaklaşımını değerlendiren Türkçe bir ölçek bulunamamıştır. Bu tez çalışmasında da ebeveyn bakış açısının hastanın tedaviye yaklaşımını ve tedavi uyuncunu etkileyebileceği düşüncesi ile PİTU ve PİTY ölçeklerinin ebeveyn versiyonu da geliştirilmiştir.

Ölçek geliştirme süreci literatür temel alınarak yapılmış olup 12 adım izlenmiştir. Bu adımlar sırasıyla; gözlem süreci ve sorun tespiti, literatür taranması ve soru havuzu oluşturulması, uzman görüşleri ile kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi, ölçek nihai formunun oluşturulması, pilot uygulama, büyük örneklem grubuna ölçeğin uygulanması, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması, yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi için açıklayıcı faktör analizi yapılması, iç tutarlılık analizlerinin yapılması ve ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi, katılımcılara test-retest uygulanması, ölçeğe son halinin verilmesi ve sonuçların raporlanmasıdır.

Kapsam geçerliliği değerlendirme sürecinde her bir maddenin ve boyutların KGİ'leri hesaplanmıştır. Literatüre göre kapsam geçerliliği için danışılan uzman sayısının 3-20 kişi arasında yer alması gerekmekte ve KGİ indeksi 0,80'den büyük olduğu saptanan ölçeklerin kapsam geçerliliği yeterli kabul edilmektedir (67). Yapılan bir tez çalışmasında geliştirilen Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği'nin (AİKYETÖ) KGİ değerini 0,71 olarak hesaplamıştır ve KGİ değerinin 0,67'den büyük olmasının yeterli olduğu kabul edildiği için kapsam geçerliliğini sağladığı belirtilmiştir (95). Ancak bazı

çalışmalarda uzman görüşü alınıp KGİ hesaplanmadığı da gözlemlenmiştir. Örneğin, pediatrik popülasyonda ve ebeveynlerine uygulanmak üzere geliştirilen DEHB tedavisine yönelik QATT leği 6 adet uzmana uygulanıp, görüşleri ve nerileri ile ölçek madde havuzunda değişiklikler yapılmıştır (21). Bu bilgiler ışığında PİTU ve PİTY leklerinin kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

Yüzey geçerliliği olarak da ifade edilen pilot uygulama, bu çalışmada araştırmacı tarafından 30 hasta ve 30 ebeveyne yüzyüze olarak uygulanmış ve pilot uygulamadaki katılımcı sayısı literatüre göre yeterli bulunmuştur (57). QATT leği geliştirilirken 20 (21), AİKİYETÖ'da 50 (95), BMQ-Arapça leği için 42 (2), Ailevi Akdeniz Ateşine Sahip Pediatrik Popülasyonda Tedavi Uyunç leği'nde (MASİF) 15 (82), DAI'de 41 katılımcı ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot uygulama yapılmadan ölçek geliştiren çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (17, 20, 22).

Pilot alışma sonrasında esas örneklem grubunda, dahil edilme kriterlerine uyan 288 hasta ve 255 ebeveyn yer almaktadır. Örneklem büyülüğünün değerlendirilmesinde farklı görüşler mevcuttur. Her bir ölçek maddesi için en az 5 katılımcı gerektiği rapor edilirken (58) en az 10 katılımcı gerektiğini (96) söyleyen çalışmalar da mevcuttur.. Ancak bazı çalışmalar örneklem büyüklüğünü madde sayısından bağımsız değerlendirip 300 katılımcının örneklem büyüklüğü için yeterli olduğunu söylerken (96), farklı araştırmacılar 200-300 katılımcının faktör analizi için yeterli olacağını belirtmişlerdir (97, 98). Yüz kişinin zayıf, 200'n orta, 300'n iyi, 500'n çok iyi, 1000 kişi ve üzerinin ise mkemmell olduğu da görüşler arasındadır (99). QATT leğinde 120 adolesan (>12 yaş) ile, İlaçla İlgili İnançlar leği'nde (BAMS) 133 adolesan ile (11-18 yaş) (100), DAI leği geliştirilirken ise 150 kişi ile ölçek geliştirme çalışması yapılmıştır (16). BMQ geliştirilirken farklı kronik hastalıklara sahip olan hastalara ölçek uygulamıştır (kategorik kronik hastalıklarda n= 47-116 kişi, toplam n=524 kişi) (4). Bu tez çalışmasında örneklemdeki ebeveyn ve ocuk sayılarının raporlanan görüşlere ve yapılan araştırmalara göre yeterli olduğu düşünülmüştür. En çok soru içeren ölçek (20 soru) göz önünde tutulduğunda her madde

için 10 katılımcı üzerinden hesap yapıldığında bile yeterli sayıların fazlasıyla sağlandığı görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda ölçeğin uygulandığı kişinin daha özgür cevap verebilmesi ve dış faktörlerden etkilenmemesinin önemi belirtildiğinden (22, 101), ölçek uygulama esnasında araştırmacı ve katılımcı ayrı bir odada özel olarak görüşme yapmış ve ebeveyn ile çocuğun birbirinden ve hekimden bağımsız şekilde ölçekleri doldurmalarına dikkat edilmiştir.

Örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olup olmadığı KMO değeri ile değerlendirilmektedir. KMO testi için 0,50 değeri alt sınırdır ve $KMO \leq 0,50$ için veri kümesinin faktörlenemeyeceği (boyutlara ayrılamayacağı) belirtilmiştir. KMO'daki 0,50-0,59 kötü; 0,60-0,69 zayıf; 0,70-0,79 orta; 0,80-0,89 iyi ve 0,90 ve üzerindeki değerler mükemmel örneklem büyüklüğü şeklinde kategorilere ayrılmıştır (85). Bu doğrultuda Barlett testinin anlamlı ($p < 0,05$) (86) ve KMO testinin ise 0,50'den büyük çıkması beklenmektedir. QATT adolesan ve ebeveyn ölçeklerinin KMO değerleri sırasıyla 0,66 ve 0,57 olarak bulunmuştur (Barlett küresellik değeri $< 0,05$) (21), PİTU-H, PİTY-H, PİTY-E ölçeklerinin KMO değerleri örneklem büyüklüğünün faktör analizi için 'iyi' ($KMO > 0,85$), PİTU-E için 'orta' (0,76) (102) olarak yorumlanmıştır. Barlett küresellik testi sonuçları incelendiğinde tüm ölçekler için $p < 0,001$ değeri anlamlı olarak bulunmuştur. Bu değerler göz önünde tutulduğunda, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

AFA değerlendirmesinde PİTU-H ve PİTU-E ölçeğinin tek boyutlu bir yapıda olduğu ve toplam varyansın sırasıyla %45,09'unu ve %41,20'sini açıkladığı tespit edilmiştir. PİTY-H ve PİTY-E ölçeklerinin 2 boyutlu bir yapıda olduğu ve sırasıyla toplam varyansın %44,03'sini ve %42,67'sini açıkladığı gösterilmiştir. Toplam varyans değerinin tek boyutlu ölçeklerde en az %30, çok boyutlu ölçeklerde ise %40 ve üzerinde olmasının yeterli olduğu (102) göz önüne alındığında geliştirilen tüm ölçeklerin toplam varyans değerinin yeterli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklı ölçek geliştirme çalışmalarında toplam

varyansın açıklanma yüzdeleri farklılık göstermektedir. Örneğin; QATT-adolesan ölçeği toplam varyansın %37,1'ini (4 boyut); QATT-ebeveyn ölçeği, %44'ünü (6 boyut) (21), MASİF ölçeği %58'ini (82); AİKİYETÖ %28'ini (95); BMQ ise %51'ini açıklayabildiği not edilmiştir (22).

Ölçekteki soruların faktör yük değerleri değerlendirildiğinde; 0,30 ve daha yüksek değerlerin katılımcıları iyi ayırt ettiği, 0,40 ya da daha yüksek olmasının ise soruların seçimi için daha iyi bir ölçü olduğu ve maddelerin boyutlara ve ölçeğe önemli katkıda bulunduğu yorumu yapılmıştır (85, 88, 89). Bu çalışmada son hali verilen ölçeklerdeki soruların faktör yükleri ise 0,4 ve üstünde değer almaktadır. Hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek olmadığı gözlenmiştir. Sonuç olarak, PİTU-H ve PİTU-E ölçeğinde sırasıyla 9 ve 6; PİTY-H ve PİTY-E ölçeğinde ise sırasıyla 18 ve 20 soru yer almaktadır.

Geçerlilik testlerinin ardından ölçeklerin güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçek iç tutarlılık analizleri literatürde en sık kullanılan güvenilirlik analizidir. PİTU-H, PİTY-H ve PİTY-E ölçeklerinin (Cronbach alfa değerleri sırasıyla: 0,839, 0,820 ve 0,865) 'yüksek güvenilirlik'te olduğu, PİTU-E (Cronbach alfa: 0,702) ölçeğinin ise literatüre göre 'oldukça güvenilir' olduğu rapor edilmiştir (103). Literatürdeki ölçek geliştirme çalışmaları değerlendirildiğinde; BAMS ölçeğinin Cronbach alfa skorları ölçek ve boyutları için 0,79 ile 0,87 arasında değişmekteyken (100), ilaç MARS'ın 0,89 (20); Morisky Ölçeği-4 ve Morisky Ölçeği-8 için sırasıyla 0,61 (17) ve 0,83 (104) olarak not edilmiştir. BMQ ölçeğinin gereklilik ve endişe boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0,86 ve 0,65 iken (22); MASİF ölçeği 0,728 (82); AİKİYETÖ 0,887 (95); Çocuk Uyunç Anketi (CAQ) ve Anne Uyunç Anketi (MAQ) ölçeklerinin değerleri ise 0,76 ve 0,72 olarak bulunmuştur (105). İlgili alanlarda geliştirilen bu ölçeklerin değerleri göz önüne alındığında PİTU ve PİTY ölçeklerinin yeterli güvenilirlik değerlerine sahip olduğu gösterilmiştir.

Güvenirlik değerlendirmesinde ölçeğin zaman içinde değişmediği, ölçeğin kararlı olduğu kanıtlanması gerekmektedir. Bu tez çalışmasında zamana bağlı değişmezliğin değerlendirilmesinde test-retest uygulanmıştır. Ölçekler, 2-4 hafta içinde 97 hastaya ve

79 ebeveyne tekrar uygulanmış ve sınıf içi korelasyon katsayısına bakılmıştır. Ölçeğin kararlı olarak değerlendirilebilmesi için test-retest güvenilirlik katsayısının yüksek çıkması beklenmekte ve bu katsayının 0,70'in üzerinde olması önerilmektedir (106). Başka bir kaynakta, sınıf içi korelasyon katsayısı 0,5'ten küçük ise zayıf, 0,5 ile 0,75 arasında ise orta, 0,75 ile 0,9 arasında iyi ve 0,90'dan büyük ise mükemmel güvenilirlik gösterdiği şeklinde değerlendirilmiştir (90). PİTU-H (0,826), PİTY-H (0,851), PİTY-E (0,812) değerleri literatüre göre 'iyi', PİTU-E ölçeği (0,736) ise 'orta' olarak değerlendirilmektedir (90).

Literatürdeki ölçek geliştirme çalışmalarında farklı sayıda katılımcıyla, farklı zaman aralıklarında test-retest uygulamaları yapılmıştır. Test-retest güvenilirliğinin değerlendirilmesinde sınıf içi korelasyon katsayısı ya da iki farklı zamanda uygulanan ölçek skorları arasındaki korelasyon değerleri kullanılmıştır. Örneğin: BMQ ölçeği 31 astım grubundaki hastalara 2 hafta içerisinde tekrar uygulanmış olup korelasyon katsayısının >0,60 olduğu raporlanmıştır (22). QATT ölçeğinin test-retest uygulaması 34 adolesan ve ebeveyn ile 2-4 hafta içinde yapılmış olup sınıf içi korelasyon katsayısı 3 boyut için 0,55-0,60 aralığında bulunmuştur (21). BMQ ve MARS ölçeklerinin Arapça validasyonlarında ise 209 ebeveyne ve 198 çocuğa 2-4 hafta aralığında ölçekler tekrar uygulanmış ve sınıf içi korelasyon katsayıları ebeveyn ve çocuk BMQ ölçeği için >0,70, MARS ölçeği için >0,78 olarak bulunmuştur (2). BAMS ölçeğinde 3 hafta, DAI ölçeğinde 4 hafta aralıklarla ölçek 27 hastaya tekrar uygulanmış, ölçeğin ve boyutlarının katsayıları BAMS için 0,71 ve üzerinde, DAI için önce-sonra uygulanan ölçekler arasındaki korelasyon 0,82 bulunmuştur (16, 100). 5 soruluk MARS'ta ise 2 hafta aralıkla 43 hastaya uygulanmış ve ilk uygulama ile korelasyonu 0,97 olarak bulunmuştur. (10 soruluk MARS'ta da 0,85 olarak bulunmuştur) (20).

Önceki araştırmalar, ilaç uyunç düzeylerinin, reçete edilen ilaçların kişisel gerekliliği hakkındaki inançlarla ve ilaçları alma konusundaki endişelerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Daha güçlü gereklilik inançları daha yüksek uyunç ile, daha büyük endişeler daha düşük uyunç ile bağlantılı bulunmuştur (22, 107). Bu tez çalışmasında, PİTU-H

ölçeğinin PİTY-H ölçeğiyle ve boyutlarıyla anlamlı ancak 'zayıf' bir ilişkide olduğu gösterilmiştir. PİTY-H ölçeğinin boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonuna bakıldığında ise endişe skorlarının PİTY-H toplam skorları ile pozitif, anlamlı ve güçlü bir korelasyon gösterdiği, gereklilik skorlarının ise PİTY-H skorları ile orta derecede negatif bir korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Hastaların ilaç tedavisine duyduğu endişenin, ilaç tedavisine olan yaklaşımını ilacı gerekli görmesinden daha fazla etkileyebileceği düşünülmektedir.

İlaç uyuncunun, ilaç tedavisine olan yaklaşımın ve bunların arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde farklı yorumlar karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, QATT adolesan ve ebeveyn ölçeklerinde genel inançlar, doktorla olan ilişki ve ilaçtan yararlanma boyutları anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (21). Aynı çalışmada, adolesanlar tedavinin kendilerine yardımcı olduğuna inanmazlarsa tedaviye devam etmeyeceklerini belirtmiş, ayrıca, tedavi devamlılığında yan etkilerin oluşma ihtimali/korkusu, gerçekte olan yan etkilerden daha etkili bulunmuştur. Bu nedenle algılar, ilaçlarla yaşanan gerçek olumlu veya olumsuz etkilerden daha önemli olabilmektedir yorumu yapılmıştır (21). BAMS ölçeğinde ise ilacı kullanmaya niyetli olma ve tedavi sonrası pozitif sonuç beklentisi ilaç uyuncu ile anlamlı olarak pozitif korelasyon gösterirken; olumsuz sonuç beklentisinin negatif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (100).

BMQ ve MARS ölçeklerinin Arapça validasyon çalışması adolesanlara ve ebeveynlerine uygulanmıştır. Ebeveynler, çocuklarının ilaçlarının gerekliliği konusunda orta düzeyde inanca sahipken, potansiyel yan etkiler konusunda güçlü endişeleri olduğu gösterilmiştir. Çocuklarda da bu tez çalışmasına benzer olarak endişe skorları, ilaçların gerekliliği ile kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak, uyunç skoru daha yüksek olan çocuklar, uyunç skoru düşük olan çocuklara göre daha yüksek gereklilik puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, iyi uyunç gösteren çocukların

ebeveynlerinin de gereklilik skorları daha yüksek bulunmuştur, ancak herhangi bir korelasyon ya da anlamlılık değeri belirtilmemiştir (2).

Ebeveynlere uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları ile hastalara uygulanan PİTU ve PİTY ölçek skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında; PİTU-E ölçek skoru ile PİTU-H ölçek skoru arasında pozitif yönde 'orta' düzeyde (106) anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Bu sonuca bakarak, ebeveynin çocuğunun tedavisindeki uyunç davranışı ile hastanın uyunç davranışının orta düzeyde benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Ebeveyn gereklilik skorları hastaya uygulanan PİTU, PİTY ölçeği ve boyutlar arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur ancak bu ilişki 'zayıf' düzeydedir ($p < 0,01$) (106). PİTY-E ölçeği ile PİTU-H, PİTY-H ve boyutlar arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur, ancak ebeveyn tedaviye yaklaşım skorları ve hastanın uyunç skoru arasındaki korelasyon negatif yönde 'zayıf' düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$) (106). PİTY-E skorları PİTY-H skorları ile endişe boyut skorları ile pozitif yönde 'kuvvetli' düzeyde (106) anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Analizlere bakılarak, ebeveynin ilaca yönelik negatif tutumu, hastanın da ilaç tedavisine yönelik endişesi ve ilaç tedavisine yönelik negatif yaklaşımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak, Alsous ve arkadaşları (2), ilaç tedavisine ilişkin ebeveynlerin ve çocukların endişeleri ile, tedavi uyuncu olan ya da olmayan çocuklar arasında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir. Both ve arkadaşları (5) da ebeveynlerin çocuklarının tutumlarına ilişkin değerlendirmelerinin adolesanlar tarafından sağlanan bilgilerle uyuşmadığını göstermiştir. Bu nedenle, klinisyenlerin ebeveynlerin değerlendirmelerini bu konuda yeterince güvenilir bir bilgi kaynağı olarak görmemeleri önerilmektedir.

Ebeveynler, çocuklarının tedavisini ve ilaç kullanımını denetlemekten sorumludur. Annelerin çocuklarının ilaca olan ihtiyacını anlatan müdahalelerin, çocuğun ilaç uyuncunu iyileştirebileceği; ebeveyn-çocuk ilişkisinin geliştirilmesinin, ilaca olan uyuncun ve tutumun pozitif yönde artıracığı rapor edilmiştir. Klinisyenlerin adolesanları

ve ebeveynlerini birlikte takip etmeleri, birlikte çalışmaları, hastalıkları hakkında ve ilaç tedavisi konusunda eğitim vermeleri gerektiği de önerilmiştir (105).

Hasta demografik özellikleri, PİTU ve PİTY ölçekleri arasında korelasyon analizlerine bakıldığında, yaşın artması ile birlikte endişe skorlarında artış ($r= 0,248$), buna bağlı olarak da PİTY-H ölçek skorunda artışa neden olmakta, ilaç tedavisine negatif yönde yaklaşım ($r=0,239$) artmaktadır, ancak bu korelasyon değeri istatistiksel olarak 'zayıf' düzeyde anlamlı bulunmuştur (106).

PİTU-H ve PİTY-H ölçek skorları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, erken adolesan ya da orta-geç adolesan grupları arasında da anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Cinsiyete göre ölçek skorları karşılaştırıldığında PİTY-H toplam ve endişe boyutu skorlarında anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0,01$). Kadınların endişe skorları ve toplam PİTY-H skorları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Uyunç skorlarında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Yapılan çalışmalarda da cinsiyetin uyunç değerlendirmesinde anlamlı bir faktör olmadığı belirtilmiştir (5, 108).

İlaç sayısı sorgulandığında, sayının artması ile ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmasa da hastaları tek ilaç ve çoklu ilaç kullanan hastalar olarak sınıflandırdığımızda tek ilaçla tedavi gören hastaların PİTY-H toplam skorları ve endişe boyut skorları çoklu ilaç tedavisi alan hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuş, ancak uyunç skorları ile anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Hastaların tamamen uyunçlu ve tamamen uyunçlu olmayan şeklinde sınıflandırıldığı bir çalışmada tek ilaçla tedavi gören hastalar çoklu ilaç tedavisi alanlara göre anlamlı olarak tamamen uyunçlu olarak sınıflandırılmıştır. Ancak bu çalışmada da belirtildiği gibi, bu sonuçların uyunç ile polifarmasi arasındaki ilişkinin doğrudan nedensel mi yoksa potansiyel olarak semptomların şiddeti, yan etkiler, kullanılan ilaçlar, tanı türü gibi diğer eşlik eden faktörlerle ilişkili olduğu bilinmemektedir. Aynı çalışmada; yaş, yatarak veya ayakta tedavi olma durumu, primer tanı, psikiyatrik çoklu hastalık veya sosyoekonomik parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (5).

Bu tez çalışmasında, sosyoekonomik durum Hollingshead-Redlich ölçeği ile belirlenmiş olup, analizlerde yüksek SED grubu ile düşük SED grubunun gereklilik boyutu ve PITY-H toplam skorları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. Yüksek SED grubundakilerde daha yüksek gereklilik skoru (gereklilik az) ve daha yüksek toplam PITY-H skoru (negaif yaklaşım) gözlemlenmiş, ancak uyunç ve endişe skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada, birçok çalışmanın sosyoekonomik düzey ile uyunç arasında herhangi bir ilişki gözlemlenmediği belirtilirken (108), aile gelirinin uyunç ile olumlu ilişkide olduğu, ancak genel sosyo-ekonomik durumla olmadığı belirtilmiştir (6). Olfson ve arkadaşları (109) ise antidepresan tedavisinin erken kesilmesi riskinin, özellikle sosyoekonomik olarak dezavantajlı bireyler arasında önemli olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Psikotrop ilaçların yan etkileri her hasta için mevcuttur ancak pediatrik popülasyonun yan etkilere daha duyarlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda (110, 111) bu çalışmada hastaların yan etki deneyimi sorgulanmıştır ve yan etki gözlemleyen hastaların (%28,13) ilaç tedavisi uyunç skorları daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca, yan etki gözlemlenmesi ilaç tedavisine duyulan endişeyi ve tedaviye olan negatif yaklaşım skorları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki göstermiştir ($p<0,05$). Sonuç olarak, yan etki varlığı ilaç tedavisine negatif yaklaşıma, endişe düzeyinin artmasına ve tedavi uyuncunu olumsuz yönde etkileyebileceği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da yan etkilerin ilaç alımı ve ilaç uyuncunun potansiyel engellerinden biri olduğu belirtilmiştir (12, 112). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre, hızlı kilo alımı ile uyunçsuzluğun ilişkili olduğu; yan etkisini bildiren adolesanların bildirmeyenlere göre 3 kat daha fazla uyunçsuz oldukları bildirilmiştir. Ancak bu çalışmalar spesifik bir ilaç grubuna özgü değildir (113).

Farklı hastalık grupları ve kullanılan ilaçlar, ilaç tedavisine olan uyuncu ve yaklaşımlarını etkileyebilmektedir. Örneğin, yetişkinlerde farklı kronik hastalık gruplarında yapılan MARS-5'in validasyon çalışmasında astımlı hastalarda BMQ-Gereklilik puanları ile MARS-5 arasında anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur. Yani

ilaç kullanmayı gerekli gören hastalar daha yüksek uyunç skoruna sahiptir; ancak bu çalışmada diyabet grubu için bu korelasyon anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Astım ve diyabet gruplarında daha yüksek endişe skoru daha düşük uyum ile ilişkili bulunmuştur (114). Bu tez çalışmasında psikiyatrik hastalıklar değerlendirilmiş ve yeme bozukluğu tanısına sahip hastalar hiperkinetik bozukluklar ve obsesif-kompulsif bozukluk tanılı hastaların PİTY-H ölçek skorları karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Yeme bozukluğu tanılı hastaların, hiperkinetik bozukluk tanılı hastaya göre endişe skorları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Ancak, farklı primer hastalık tanılarında sahip hastaların PİTU-H ölçek skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu alanda yapılan çalışmalardan bir tanesi tedaviye yönelik negatif tutumlar ile DEHB ile ilişkili farklı komorbiditeler veya klinik durumlar arasında spesifik bir ilişki bulamamıştır (21). Hodgkins ve arkadaşları (115) ise komorbid tanıya sahip DEHB hastalarının tedaviyi değiştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve bu nedenle uyumsuzluk riskinin daha yüksek olabileceğini bildirmiştir.

Çalışmanın popülasyonunda en sık kullanılan ilaç grupları antidepresan ve antipsikotik (%21,53) olarak not edilmiştir. Antidepresan-antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların PİTY-H ölçek ve endişe boyut skorları sadece stimulan alan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Ancak PİTU-H skorları ile anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan araştırmalarda kullanılan ilaç ve ilaç tedavisine olan tutum arasındaki ilişki bulunamamıştır ancak tedavi uyuncu ve reçetelenen ilaçların uyunca etkisi üzerine bazı çalışmalar mevcuttur. Örneğin antidepresan kullanan hastaların tedavi devamlılığını değerlendiren bir çalışmada selektif serotonin geri alım inhibitörü veya serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörü antidepresanlar ile tedavi edilen hastaların, trisiklik antidepresanlar ve daha eski ilaçlarla tedavi edilen hastalara göre tedavilerine devam etme olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu raporlamışlardır. Ayrıca, antidepresan seçiminin ilacın bırakılması üzerindeki önemli etkileri, tedavinin ilk ayında değil, tedavinin 2. ayında belirgin bulunmuştur (109). Başka bir çalışmada ise ketiapin ile tedaviye başlama, tedavinin daha erken kesilmesi ile ilişkili

bulunmuştur (110). Yapılan bir çalışmada, psikotrop ilaç grupları ile uyunç arasındaki ilişkiyi araştıran makalelerden 4 tanesinin anlamlı bir ilişki saptayamadığı, DEHB ilaçları alan hastalarda yapılan araştırmada ise sadece uzun etkili metilfenidat kullanımının uyunç oranları ile ilgili olduğu bilgisi verilmiştir (113). Yapılan başka bir çalışmada ise majör depresif bozukluğu olan ve komorbid tanısı DEHB olan ve psikostimulanlar reçete edilen hastaların uyunçsuz olma ihtimalinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (116).

Yapılan bu tez çalışması Türkiye’de yaşayan psikiyatrik tanıya sahip ve psikotrop ilaç kullanan adölesanlara yönelik kullanılabilir ilaç tedavisine uyunç gösterme davranışını ve ilaç tedavisine olan yaklaşımı değerlendirilmesine yardımcı olacak geçerli ve güvenilir araçların geliştirilmesi açısından önemlidir. Ayrıca, uyunç davranışının ve ilaç tedavisi yaklaşımının değerlendirilmesi açısından demografik, primer tanı, ilaç grupları bilgisi ve ebeveyn etkisinin değerlendirilmesi bu çalışmayı değerli kılmaktadır.

Gelişim evresindeki bu hassas popülasyonda uyunçsuzluğun ve tedaviye olan negatif yaklaşımın azaltılması, ilaç tedavisinde yararın görülmesi, hastalıkların tekrarlanmaması açısından önem arz etmektedir. Bu yüzden çeşitli öneriler ve müdahaleler farklı çalışmalarca önerilmiştir. Floersch ve arkadaşları, 12- 17 yaş aralığında psikotrop ilaç alan adölesanların ilaç alma nedenlerini, ilacın etkilerini ve yan etkilerini ayrıca ilaç yönetimini bilmek istediklerini saptamıştır (117). Charch ve arkadaşları, klinik kararlar alırken ergenlerin tedavi sürecine dahil edilmesini ve onlardan alınan bilgileri de göz önüne almanın yani tedavi sürecine hastanın da dahil olmasının DEHB tedavisinin sürekliliğini potansiyel olarak iyileştirebileceğini öne sürmüştür (118). Adölesanların zihinsel ve sosyal gelişim konusundaki farkındalıklarındaki değişikliklere yanıt olarak, klinisyenlerin bu hastalara ilaçları ve tedavi süreci hakkında gerekli bilgilerin sağlanması ve tedavi sürecine dahil edilmesi gerektiği önerilmiştir (105).

Bu tez çalışmasının kısıtlılıkları aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- Çalışmaya yalnızca gönüllü olarak katılmayı kabul eden adolesanlar ve ebeveynler katıldığı için, motivasyonu yüksek bir grup olarak düşünülebilir, bu yüzden uyunç ve tedavi yaklaşım skorları rutin klinik uygulamadaki hastalara kıyasla daha yüksek olması olasıdır.
- Geliştirilmek istenen ölçekler ile aynı davranış/ ilişkili davranış ölçen başka bir ölçek, ölçüt geçerliliği kapsamında araştırmaya katılan katılımcılara tez dönemi için ayrılan zamanın kısıtlılığı nedeniyle uygulanmamıştır.
- PİTU ve PİTY ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarından sonra farklı soru sayılarına sahip olmaları kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Ancak, skor hesabında toplam puanların soru sayısına bölünerek ortalama alınması ile bu kısıtlılığın önüne geçilmeye çalışılmıştır.
- Test-retest uygulamasını kabul eden hastalar ve ebeveynler ile görüşmelerin bazıları telefon yolu ile yapılırken 2-4 hafta içerisinde hastaneye gelen katılımcılarla yüz yüze uygulanmıştır.
- Çalışmadaki tüm katılımcıların psikiyatrik tanıya sahip olmasına rağmen belirli bir primer tanı belirlenmemiştir. Primer hastalık gruplarına göre dağılımı ya da kullandıkları ilaç gruplarına göre sınıflandırıldığında eşit sayıda olmadığı ve bazı grupların diğerlerine göre daha az kişiye sahip olduğu gözlemlenmektedir. Bu sınıflandırmalara göre ölçeklerin değerleri karşılaştırıldığında daha büyük örneklem büyüklüğüne ve eşit sayıya sahip grupların bulunması daha iyi yorum yapılmasına neden olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında psikiyatrik tanıya sahip psikotrop ilaç kullanan adolesanların ilaç tedavisine olan uyuncunu değerlendirmek için tek boyutlu yapıya sahip, hasta için 9, ebeveyn için 6 sorudan oluşan "Pediatrik İlaç Tedavisine Uyunç-PİTU" ölçeği ve uyunç üzerine etkili olabilecek faktörleri içeren gereklilik ve endişe boyutlarına sahip, hasta için 18, ebeveyn için 20 sorudan oluşan 'Pediatrik İlaç Tedavisine olan Yaklaşım-PİTY" ölçeği ve aynı zamanda bu ölçeklerin ebeveyn versiyonları geliştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda geliştirilen ölçeklerin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir.

Ölçekler arasında yapılan analiz sonuçlarına göre endişe skorlarının, ilaç tedavisine olan yaklaşım skorlarını gereklilikten daha anlamlı düzeyde etkilediği, ebeveynin uyunç skorları ile hastanın uyunç skorlarının benzerlik gösterdiği, ebeveynin tedaviye olan negatif tutumu ile hastanın uyuncunun ilişkide olduğu, ebeveyn ve hastanın ilaç tedavisine olan negatif yaklaşımlarının benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, kadınlarda erkeklere göre endişe ve ilaç tedavi yaklaşım skorlarının daha yüksek bulunduğu, tek ilaç tedavisi alan hastaların daha düşük endişe skorlarına ve ilaç tedavisine daha pozitif yaklaşabileceği, yan etki varlığının uyuncu azaltabileceği ve tedaviye negatif yaklaşım ile ilişkili olabileceği, yeme bozukluğu tanılı hastaların tedaviye daha negatif yaklaşabileceği, antidepresan-antipsikotik kombinasyonu kullanan hastaların stimulan tedavisi gören hastalara göre tedaviye daha negatif yaklaşabileceği sonucuna varılmıştır.

Sonuçlar göz önüne alındığında klinisyenlerin belirtilen parametrelere dikkat etmesi, özellikle endişe algısı, yan etki profili, ve polifarmasinin tedaviye olan uyuncu ve yaklaşımını etkileyebileceği göz önünde bulundurması önem taşımaktadır. Hasta ve ebeveynlere hem birlikte hem de ayrı olarak psikiyatrik tanı ve psikotropik ilaçlar hakkında eğitim verilmesinin ve tedavi sürecine aktif katılım göstermesi konusunda desteklenmesinin tedaviye olan yaklaşımı iyileştirebileceği ve uyuncu arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca günümüzde adolesanların teknoloji ile yakın ilişkileri

düŖünüldüğünde, tedavinin takip edilmesi için tele-sağlık sistemi, endiŖelerin azaltılmasına yönelik teknolojik uygulamalar, bilimsel kaynaklar, tedavi devamlılığı açısından; elektronik günlükler, hatırlatıcılar hem ebeveyn hem de ocuk için kullanılabilir.

DavranıŖ, yaklaŖım, uyunç gibi parametreler birçok faktörden etkilenebilmekte ve zaman içerisinde deęiŖebilmektedir. Faktörlerin belirlenmesi ve hangi müdahalelerin bu alanda fayda göstereceğine dair yapılacak geniŖ örneklem büyüklüğüne sahip, çok merkezli, hasta ve ebeveyn takibinin yapıldığı daha uzun dönem alıŖmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. McQuaid EL, Landier W. Cultural issues in medication adherence: disparities and directions. *J Gen Intern Med.* 2018;33(2):200-6.
2. Alsous M, Alhalaiqa F, Abu Farha R, Abdel Jalil M, McElnay J, Horne R. Reliability and validity of Arabic translation of Medication Adherence Report Scale (MARS) and Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ)-specific for use in children and their parents. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171863.
3. Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):207.
4. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health.* 1999;14(1):1-24.
5. Both C, Mechler K, Niemeyer L, Jennen-Steinmetz C, Hohmann S, Schumm L, et al. Medication adherence in adolescents with psychiatric disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2021;49(4):295-306.
6. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A, et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. London: NCCSDO. 2005;2005(40):6.
7. World Health O. Adherence to long-term therapies : evidence for action / [edited by Eduardo Sabaté]. Geneva: World Health Organization; 2003.
8. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health.* 2008;11(1):44-7.
9. De las Cuevas C. Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses. *Curr Clin Pharmacol.* 2011;6(2):74-7.
10. Şekerci B, Bildik Ö. Compliance, adherence and concordance: a conceptual evaluation. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History.* 2020;28:279-84.
11. Sabaté E, World Health Organization. Noncommunicable D, Mental Health C. Adherence to long-term therapies : policy for action : meeting report, 4-5 June 2001. Geneva: World Health Organization; 2001.
12. Dikec G, Kardelen C, Pilz González L, Mohammadzadeh M, Bilaç Ö, Stock C. Perceptions and experiences of adolescents with mental disorders and their parents about psychotropic medications in Turkey: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19,9589.

13. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
14. Stewart S-JF, Moon Z, Horne R. Medication nonadherence: health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health.*2022;Nov 29:1-40.
15. Bahar G, Savaş H A, Ünal A, Savaş E, Kaya H, ve Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014;15(2), 141-149.
16. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med.* 1983;13(1):177-83.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.
18. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research.* 2000;42(3):241-7.
19. Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research.* 2008;100(1):53-9.
20. Chan AHY, Horne R, Hankins M, Chisari C. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;86(7):1281-8.
21. Ferrin M, Ruiz-Veguilla M, Blanc-Betes M, Abd SE, Lax-Pericall T, Sinclair M, et al. Evaluation of attitudes towards treatment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(7):387-401.
22. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res.* 1999;47(6):555-67.
23. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Gözüm S, Çapık C, Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2014;14(8):692-700.
24. Arıkan H, Duman D, Kargın F, Ergin G, Horne R, Karakurt S, et al. Cross-cultural adaptation and validation of Beliefs about Medicines Questionnaire on asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients. *Turk Thorac J.* 2018;19(1):36-40.
25. Aydın E, Aydın E, Balaban Ö D, Yumrukçal H, Erkiran M. The validity and reliability of the turkish version of Drug Attitude Inventory-10. *Noro Psikiyatr Ars.* 2018;55(3):238-42.

26. Temeloğlu-Şen E, Sertel-Berk Ö, Sindel D. The validity and reliability study of the Turkish adaptation of the medical adherence report scale. *J Ist Faculty Med* 2019;82(1):52-61.
27. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1653-64.
28. Edwards AM, Petitt JC, Kumar S, Levin JB, Sajatovic M. Pre COVID-19 Pandemic use of telemedicine for adherence promotion in patients with psychotic disorders: A Literature Review. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:2559-65.
29. Costello I, Wong IC, Nunn AJ. A literature review to identify interventions to improve the use of medicines in children. *Child Care Health Dev*. 2004;30(6):647-65.
30. Martin CB, Hales CM, Gu Q, Ogden CL. Prescription drug use in the United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief*. 2019(334):1-8.
31. Franke C, Fegert JM, Krüger U, Kölch M. Prescriptions of psychotropic drugs to children and adolescents in Germany. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2016;44(4):259-74.
32. Hsia Y, Maclennan K. Rise in psychotropic drug prescribing in children and adolescents during 1992-2001: a population-based study in the UK. *Eur J Epidemiol*. 2009;24(4):211-6.
33. Kovess V, Choppin S, Gao F, Pivette M, Husky M, Leray E. Psychotropic medication use in French children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015;25(2):168-75.
34. Lopez-Leon S, Lopez-Gomez MI, Warner B, Ruitter-Lopez L. Psychotropic medication in children and adolescents in the United States in the year 2004 vs 2014. *Daru*. 2018;26(1):5-10.
35. Skaer TL, Sclar DA, Robison LM. Trends in prescriptions for antidepressant pharmacotherapy among US children and adolescents diagnosed with depression, 1990 through 2001: an assessment of accordance with treatment recommendations from the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Clin Ther*. 2009;31 Pt 1:1478-87.
36. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
37. Chapman SC, Horne R. Medication nonadherence and psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(5):446-52.
38. Sun SX, Liu GG, Christensen DB, Fu AZ. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2007;23(10):2305-12.

39. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011;378(9801):1515-25.
40. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, Gardner JF, Boles M, Lynch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*. 2000;283(8):1025-30.
41. Aydin N, Cetin M, Kurt E, Savas H, Acikel C, Kilic S, et al. A report by Turkish association for psychopharmacology on the psychotropic drug usage in Turkey and medical, ethical and economical consequences of current applications. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2013;23(4):390-402.
42. Baykara A, Miral S, Boztok A. Drug use in child psychiatry. *Medical Journal of Izmir State Hospital* 1992; 3:449-454.
43. Aras S, Tas FV, Unlu G. Alterations in medication in a child and adolescent psychiatric outpatient clinic. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2005; 15:127-133.
44. Karaman D, Koray K, Durukan I. Drug use in patients presenting to a child and adolescent polyclinic. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2012; 6:225-230.
45. Piovani D, Clavenna A, Bonati M. Prescription prevalence of psychotropic drugs in children and adolescents: an analysis of international data. *Eur J Clin Pharmacol*. 2019;75(10):1333-46.
46. Sanchez RJ, Crismon ML, Barner JC, Bettinger T, Wilson JP. Assessment of adherence measures with different stimulants among children and adolescents. *Pharmacotherapy*. 2005;25(7):909-17.
47. Staples B, Bravender T. Drug compliance in adolescents: assessing and managing modifiable risk factors. *Paediatr Drugs*. 2002;4(8):503-13.
48. Brinkman WB, Baum R, Kelleher KJ, Peugh J, Gardner W, Lichtenstein P, et al. Relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder care and medication continuity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(4):289-94.
49. Buitelaar JK. Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise 'lost in transition' to adulthood. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2017;26(5):448-52.
50. Christie D, Viner R. Adolescent development. *BMJ*. 2005;330(7486):301-4.
51. Charach A, Fernandez R. Enhancing ADHD medication adherence: challenges and opportunities. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(7):371.
52. Gajria K, Lu M, Sikirica V, Greven P, Zhong Y, Qin P, et al. Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder - a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1543-69.

53. Niemeyer L, Schumm L, Mechler K, Jennen-Steinmetz C, Dittmann RW, Häge A. "When I Stop My Medication, Everything Goes Wrong": Content analysis of interviews with adolescent patients treated with psychotropic medication. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2018;28(9):655-62.
54. Akincigil A, Bowblis JR, Levin C, Walkup JT, Jan S, Crystal S. Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. *Med Care.* 2007;45(4):363-9.
55. Zolezzi M, Alamri M, Shaar S, Rainkie D. Stigma associated with mental illness and its treatment in the Arab culture: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry.* 2018;64(6):597-609.
56. Crocker L, Algina J. Introduction to classical and modern test theory. Fort Worth [etc.]: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. 1986.
57. Erkuş A. Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-1: Temel kavramlar ve işlemler. Ankara: Pegem Akademi.2012
58. Karakoç FY, Dönmez L., Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2014;13, 39–49.
59. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel yayınevi, 2002.
60. Deryakulu, D. The Relationships among elective computer courses, perceived computer self-efficacy and the career aspirations of eight-graders. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2007; 40(2): 1-16.
61. Torgerson, W. S. *Theory and Methods of Scaling.* New York: John Wiley. 1958
62. McGartland, R. D., Berg-Weger, M., Tebb, S., Lee, E. S., ve Rauch, S. "Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research". *Social Work Research.* 2003;27(2): 94 - 104.
63. Sağkal AS. Ölçek geliştirme ilkeleri. içinde: ölçek geliştirme: kuram ve uygulamalar. Scale development: theory and applications, , DeVellis RF. 3. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017: 73-114.
64. Atılğan H, Kan A, Aydın B. Eğitimde ölçme ve değerlendirme, 10. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2017:50-59.
65. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research.* 1986;35(6),382–385.
66. Waltz, C.F., & Bausell, R.B. *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis.* Philadelphia: F. A. Davis. 1981.
67. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research.* 1992;5(4):194-7.

68. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
69. Yaşlıoğlu M. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017; 46(0): 74-85.
70. Hendrickson AR, Massey PD, Cronan TP. On the test-retest reliability of perceived usefulness and perceived ease of use scales. *MIS Quarterly*. 1993;17(2):227-30.
71. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
72. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(3):125-30.
73. Black L, Mansfield R, Panayiotou M. Age Appropriateness of the Self-Report Strengths and Difficulties Questionnaire. *Assessment*. 2021;28(6):1556-69.
74. Goodman R, Renfrew D, Mullick M. Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9(2):129-34.
75. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar A ve Şentürk B. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008;15(2): 65-74. .
76. Mental Health National Outcomes and Casemix Collection: Overview of Clinician-Rated and Consumer Self-Report Measures V1.50, Mental Health & Suicide Prevention Branch, Department of Health and Ageing.
77. Pols H. August Hollingshead and Frederick Redlich: poverty, socioeconomic status, and mental illness. *Am J Public Health*. 2007;97(10):1755-.
78. Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness: a community study. 1958. *Am J Public Health*. 2007;97(10):1756-7.
79. Hur JW, Choi SH, Yun JY, Chon MW, Kwon JS. Parental socioeconomic status and prognosis in individuals with ultra-high risk for psychosis: A 2-year follow-up study. *Schizophr Res*. 2015;168(1-2):56-61.
80. Plakas S, Mastrogiannis, D. , Mantzorou, M. , Adamakidou, T. , Fouka, G. , Bouziou, A. , Tsiou, C. and Morisky, D. Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in chronically ill ambulatory patients in rural greece. *Open Journal of Nursing*. 2016;6:158-69.
81. Çelebi A. Akilci ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutum ölçeğinin geliştirilmesi [Doktora Tezi]. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı. 2018.


82. Yesilkaya S, Acikel C, Fidanci BE, Polat A, Sozeri B, Ayaz NA, ve ark. FMF arthritis vasculitis and orphan disease research in paediatric rheumatology (FAVOR). Development of a medication adherence scale for familial Mediterranean fever (MASIF) in a cohort of Turkish children. *Clin Exp Rheumatol*. 2015 Nov-Dec;33(6 Suppl 94):S156-62.
83. Syofyan S, Dachriyanus D, Masrul M, Rasyid R. Children's perception and belief about medicines: effectiveness and its autonomy. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(15):2556-62.
84. Dawood OT, Mohamed Ibrahim MI, Abdullah AC. Children's knowledge and beliefs about medicines. *J Child Health Care*. 2015;19(1):73-83.
85. Field, A. *Discovering statistics using SPSS for Windows*. London, Thousand Oaks, Sage Publications, New Delhi.2008.
86. Gürbüz S. Şahin F. *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.2015
87. Saraçlı S. Faktör analizinde yer alan döndürme metotlarının karşılaştırmalı incelenmesi üzerine bir uygulama. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013; 1(3): 22-26.
88. Büyüköztürk Ş. *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı : İstatistik, araştırma deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*, Pegem Akademi, Ankara.2010.
89. Büyüköztürk Ş. Kılıç Çakmak E. Akgün Ö. E. Karadeniz Ş. Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Pegem Akademi, Ankara.2015
90. Koo TK, Li MY. A Guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155-63.
91. Ates C, Öztuna D, Genç Y. Sağlık araştırmalarında sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı/the use of intraclass correlation coefficient (ICC) in medical research: review. *Türkiye Klinikleri Biyoistatistik*. 2009;1(2):59-64.
92. Alpar R. *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik: Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle*, 3. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, 434-527.2014.
93. Siponen S, Ahonen R, Kiviniemi V, Hämeen-Anttila K. Association between parental attitudes and self-medication of their children. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(1):113-20.
94. Rony RY, Fortier MA, Chorney JM, Perret D, Kain ZN. Parental postoperative pain management: attitudes, assessment, and management. *Pediatrics*. 2010;125(6):e1372-8.
95. Sarılioğlu A, Çelebioğlu A. Development of a Parental Attitude Scale for Rational Drug Use. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2022; 12(2): 352-359.

96. Nunnally, J.C. Psychometric theory. 2nd Edition, McGraw-Hill, New York. 1978.
97. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull.* 1988;103(2):265-75.
98. Comrey AL. Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(5):754-61.
99. Comrey, A. L., Lee, H. B., A First Course in factor analysis, 2nd ed., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1992.
100. Riekert KA, Drotar D. The Beliefs About Medication Scale: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* 2002;9(2):177-84.
101. Yilmaz O, Eroglu N, Ozalp D, Yuksel H. Beliefs about medications in asthmatic children presenting to emergency department and their parents. *J Asthma.* 2012;49(3):282-7.
102. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve lisrel uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara. 2012.
103. Alpar R, Uygulamalı çok değişkenli istatistik yöntemler, Dördüncü Baskı, Detay Yayıncılık, 2013.
104. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008;10(5):348-54.
105. Nagae M, Nakane H, Honda S, Ozawa H, Hanada H. Factors affecting medication adherence in children receiving outpatient pharmacotherapy and parental adherence. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2015;28(2):109-17.
106. Alpar R. Spor sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenirlik spss de çözümleme adımları ile birlikte. Ankara: Detay Yayıncılık; 2020. 664 p.
107. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *PLoS One.* 2013;8(12):e80633.
108. Timlin U, Hakko H, Heino R, Kyngäs H. Factors that affect adolescent adherence to mental health and psychiatric treatment: a systematic integrative review of the literature. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology.* 2015;3(2):99-107.
109. Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):101-8.

110. Varimo E, Aronen ET, Mogk H, Rättö H, Saastamoinen LK. Antipsychotic treatment duration in children and adolescents: A register-based nationwide study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2021;31(6):421-9.
111. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017;16(2):163-80.
112. McMillan SS, Wilson B, Stapleton H, Wheeler AJ. Young people's experiences with mental health medication: A narrative review of the qualitative literature. *J Ment Health*. 2022;31(2):281-95.
113. Häge A, Weymann L, Bliznak L, Märker V, Mechler K, Dittmann RW. Non-adherence to psychotropic medication among adolescents - A systematic review of the literature. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2018;46(1):69-78.
114. Cohen JL, Mann DM, Wisnivesky JP, Home R, Leventhal H, Musumeci-Szabó TJ, et al. Assessing the validity of self-reported medication adherence among inner-city asthmatic adults: the Medication Adherence Report Scale for Asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2009;103(4):325-31.
115. Hodgkins P, Sasané R, Christensen L, Harley C, Liu F. Treatment outcomes with methylphenidate formulations among patients with ADHD: retrospective claims analysis of a managed care population. *Curr Med Res Opin*. 2011;27 Suppl 2:53-62.
116. Woldu H, Porta G, Goldstein T, Sakolsky D, Perel J, Emslie G, et al. Pharmacokinetically and clinician-determined adherence to an antidepressant regimen and clinical outcome in the TORDIA trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(5):490-8.
117. Floersch J, Townsend L, Longhofer J, Munson M, Winbush V, Kranke D, et al. Adolescent experience of psychotropic treatment. *Transcult Psychiatry*. 2009;46(1):157-79.
118. Charach A, Yeung E, Volpe T, Goodale T, dosReis S. Exploring stimulant treatment in ADHD: narratives of young adolescents and their parents. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):110.

8. EKLER

EK -1: Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1972
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02 KASIM 2021 SALI
Toplantı No : 2021/18
Proje No : GO 21/1095(Değerlendirme Tarihi: 19.10.2021)
Karar No : 2021/18-05

Üniversitemiz Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. S. Kutay DEMIRKAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Ecz. Nadir YALÇIN, Prof. Dr. Ebru Çengel KÜLTÜR, Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN, Öğr. Gör. Dr. Kevser NALBANT, Prof. Dr. Erdem KARABULUT ile birlikte çalışacakları ve Ecz. İzgi BAYRAKTAR'ın yüksek lisans tezi olan, GO 21/1095 kayıt numaralı "**Çocuklar ve Ebeveynleri İçin Kullanılacak 'İlaç Tedavisine Uyunc' ve 'İlaça İlişkin Hasta/Hasta Yakını Yaklaşımı' Ölçeklerinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi**" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 20 Ekim 2021-20 Ekim 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	İZİNLİ	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK	(Üye)
2. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	İZİNLİ	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)		10. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)		11. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)		12. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
KATILMADI				
6. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)		13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Doç. Dr. Nüket Paksoy EKBYADAR	(Üye)	İZİNLİ	14. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK -2: Aydınlatılmış Onam Formu (Hasta)

ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK ‘İLAÇ TEDAVİSİNE UYUNC’ VE ‘İLACA İLİŞKİN HASTA/ HASTA YAKINI YAKLAŞIMI’ ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ ADLI ARAŞTIRMANIN AYDINLATILMIŞ-ÇOCUK VE ERGEN ONAM FORMU

(10-18 yaş arası katılımcılar için) (Araştırmacı Açıklaması)

Sevgili Kardeşim,

Ben Ecz. İzgi Bayraktar, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği’ne başvuran çocuk ve ergenler ve aileleriyle bir araştırma yapıyoruz.

Araştırmayı ben, Prof.Dr. S. Kutay Demirkan, Prof. Dr. Ebru Çengel Kültür, Öğr.Gör.Dr. Kevser Nalbant ile birlikte yapıyoruz. **Bu araştırmaya katılacak olursan seninle ve annen ve/veya baban ile Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı’nda ayrı ayrı toplamda 40 dakika kadar sürecek olan bir görüşme yapacağız. Ailenden ve senden ilaç kullanımına ilişkin düşüncelerinizi soran iki anket formu doldurmasını isteyeceğiz.**

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana numaralı telefonda veya sorumlu araştırmacı Prof.Dr. S. Kutay Demirkan’a numaralı telefonda arayarak sorabilirsin. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çalışmada kullanılan anketin güvenilirliği için muayene tarihinden 2- 4 hafta sonra Ecz. İzgi Bayraktar tarafından eğer sen ve ailen onay verirse size telefonla arayacağım ve aynı iki anketi tekrar yanıtlamanızı isteyeceğim.

Araştırmamız bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için son görüşme tarihinden 2- 4 hafta sonra seninle tekrar görüşülecektir. Eğer onay verirsen araştırmacı Ecz. İzgi Bayraktar tarafından telefonla aranacaksın ve ‘İlaça İlişkin Hasta/ Hasta Yakını Yaklaşımı’ ve ‘İlaç Tedavisi Uyuncu’ ölçeklerindeki sorular sana tekrar sorulacaktır.

Kabul Ediyorum (...)

Kabul etmiyorum (...)

Araştırmamız bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için ölçek geliştirme tamamlandıktan sonra, ölçeğin ileri bilimsel değerlendirmesinin yapılacağı yeni bir çalışma planlanması durumunda kimliğimin gizli kalması koşuluyla ölçek bilgilerimin kullanılmasına izin veriyorum.

Evet (...)

Hayır (...) Tarafıma telefon ile ulaşılarak tekrar sorulmasını istiyorum (...)

Çocuğun adı, soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı, soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı, soyadı, ünvanı: Ecz. İzgi Bayraktar

Adres: Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı

Tel:

İmza:

Tarih:

EK -3: Aydınlatılmış Onam Formu (Ebeveyn)

ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK ‘İLAÇ TEDAVİSİNE UYUNÇ’ VE ‘İLACA İLİŞKİN HASTA/ HASTA YAKINI YAKLAŞIMI’ ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ ADLI ARAŞTIRMANIN AYDINLATILMIŞ-EBEVEYN ONAM FORMU

(10-18 yaş arası katılımcılar için) (Araştırmacı Açıklaması)

Yapılacak araştırmanın ismi “Çocuklar ve Ebeveynleri İçin Kullanılacak ‘İlaç Tedavisine Uyunc’ ve ‘İlaç Tedavisine İlişkin Hasta/ Hasta Yakını Yaklaşımı’ Ölçeklerinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi” dir.

Kronik ilaç kullanan, kronik hastalığa sahip olan çocuklar yetişkinlerin aksine tedaviye uyunc, yaşam tarzı değişikliği ve hastalığı kabul etme gibi farklı zorluklarla daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. İlaç uyuncunun az olması, hastalarda hedeflenen tedavi sonuçlarına ulaşılmasını engellemekte ve özellikle psikiyatrik bozukluklarda sorun yaratabilmektedir. Kronik pediatrik hastalıklarda tedaviye uyunc, yalnızca çocuğu değil, tüm aileyi de etkileyebileceğinden, birçok düzeyde ele alınması gereken zor bir süreçtir. İlaçların kontrolünden, uygulanmasından ve çocuğun hastalığının uygun şekilde yönetilmesinden sorumlu olan genellikle ebeveynlerdir. Hem ebeveyn hem de çocuk söz konusu olduğunda, tedaviye uyunc değerlendirilirken genellikle her iki taraftan da geri bildirim alınmaktadır. Bu çalışmada hastanın ilaç tedavisine olan uyuncunu ölçmek için ‘İlaç Tedavisine Uyunc’ ölçeği geliştirmek, hastaların tedaviye olan uyuncunu/uyumsuzluğunu daha iyi anlamak için ise ‘İlaça İlişkin Hasta/ Hasta Yakını Yaklaşımı’ ölçekleri geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu ölçeğin hastaların ilaçlar hakkında genel düşüncelerini, ilacın gerekliliği hakkındaki yaklaşımlarını, ilaca ilişkin endişelerini/çekincelerini, ilaca olan güvenlerini ölçmesi amaçlanmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ortak çalışmasına katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Sizin ve çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursanız çocuğunuz ve sizinle Hacettepe Üniversitesi Erişkin Ruh Sağlığı Anabilim Dalı’nda ayrı ayrı toplam olarak 1 saat süren bir görüşme yapılacaktır. Sizden 4 adet anket formu (Sizinle ilgili demografik bilgilerin sorgulandığı 1 adet form, çocuğunuz hakkında Güçler ve Güçlükler Anketi, İlaça İlişkin Yaklaşımlar Ölçeği, İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği) doldurmanızı isteyeceğiz. Çocuğunuz ile de kısa bir görüşme yaparak İlaça İlişkin Yaklaşımlar Ölçeği ve İlaç Tedavisine Uyunc ölçeğinin çocuk formlarını doldurmasını isteyeceğiz. Araştırmamız bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için görüşme tarihinden 2- 4 hafta sonra izniniz olur ise sizinle tekrar telefonda görüşülmesi gerekecektir. Eğer onay verirsiniz çocuğunuz ve siz araştırmacı Ecz. İzgi Bayraktar tarafından telefonla aranacaksınız ve ‘İlaça İlişkin Hasta/ Hasta Yakını Yaklaşımı’ ve ‘İlaç Tedavisine Uyuncu’ ölçeklerindeki sorular çocuğunuza ve size tekrar sorulacaktır. Konuya ilişkin onay seçeneği belgenin sonunda bulunmaktadır.

Çalışma kapsamında dolduracağınız anketler dışında herhangi bir işlem ya da girişim yapılmayacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmaya psikiyatrik tanı ile izlenen 10-18 yaş arası yaklaşık 250 kişi ve bakımverenlerinin katılımı beklenmektedir. Çalışma kapsamında kullandığınız ilaçlara ek olarak başka bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bu uygulamalar sırasında sizin ve çocuğunuz için herhangi bir rahatsızlık veya risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimler gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız durumunda size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma süresinde ya da sonrasında konu ile ilgili ihtiyaç duyduğunuzda sorumlu araştırmacı Prof.Dr. S. Kutay Demirkan veya Ecz.İzgi Bayraktar ile bağlantı kurabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmayı kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, kabul ettikten sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin araştırmadan çıkabilirsiniz. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanması gereken tedavileri değiştirmeyecektir.

(Hasta yakınının Beyanı)

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde Ecz. İzgi Bayraktar tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı tarafıma belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben ve çocuğum böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildik.

Eğer bu araştırmaya katılırsak hekim ile aramda kalması gereken bana ve çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Bu bir ölçek geliştirme çalışması olduğundan bu çalışmanın çocuğum açısından herhangi bir riskinin bulunmadığı bildirildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden ben ve çocuğum araştırmadan çekilebiliriz. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca çocuğumun tıbbi durumuna herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından çocuğum ve ben araştırma dışı tutulabiliriz.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma süresinde ya da sonrasında konu ile ilgili ihtiyaç duyduğumuzda sorumlu araştırmacı Prof.Dr. S. Kutay Demirkan veya Ecz.İzgi Bayraktar ile bağlantı kurabileceğimizi biliyoruz.

Çocuğum ve ben bu araştırmaya katılmak zorunda değiliz ve katılmayabiliriz. Araştırmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırmamız bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları için son görüşme tarihinden 2- 4 hafta içinde sizinle tekrar görüşülmesi gerekecektir. Eğer onay verirsiniz çocuğunuz ve siz araştırmacı Ecz. İzgi Bayraktar tarafından telefonla aranacaksınız ve ‘İlaça İlişkin Hasta/ Hasta Yakını Yaklaşımı’ ve ‘İlaç Tedavisi Uyuncu’ ölçeklerindeki sorular çocuğunuza ve size tekrar sorulacaktır.

Kabul Ediyorum (...)

Kabul etmiyorum (...)

Kabul ediyorsanız ulaşılmasını istediğiniz telefon numarası:.....

Araştırmamız bir ölçek geliştirme çalışması olduğu için ölçek geliştirme tamamlandıktan sonra, ölçeğin ileri bilimsel değerlendirmesinin yapılacağı yeni bir çalışma planlanması durumunda kimliğimin gizli kalması koşuluyla ölçek bilgilerimin kullanılmasına izin veriyorum.

Evet (...)

Hayır (...) Tarafıma telefon ile ulaşarak tekrar sorulmasını istiyorum (...)

Ulaşılmasını istediğim telefon numarası:.....

SORUMLU ARAŞTIRMACILAR: Prof. Dr. Salih Kutay Demirkan

YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR: Ecz. İzgi Bayraktar, Uzm. Ecz. Nadir Yalçın, Prof. Dr. Ebru Çengel Kùltür,
Öğr.Gör.Dr. Kevser Nalbant

Katılımcının annesi / babası

Adı, soyadı: Adres: Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: İzgi Bayraktar, Eczacı

Adres: Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakùltesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı

Tel.

İmza

EK -4: Demografik Bilgiler Formu (Hasta)**Demografik Bilgiler Formu (Çocuk)**

Katılımcı Kodu:	
Doğum tarihi (gün.ay.yıl):	
Cinsiyet:	
Vücut ağırlığı (kg) / Boy (cm):	
Psikiyatrik hastalık teşhisi ve teşhis süresi:	
Mevcut kullanılmakta olan psikiyatrik ilaçlar:	
İlaç kullanım süresi:	
İlacı kendi mi kullanıyor?	Evet/ Hayır
Komorbid hastalıklar:	
Eş zamanlı kullanılan non- psikiyatrik ilaçlar:	
Eş zamanlı kullanılan gıda takviyeleri:	
Yan etki:	Var/ Yok

EK -5: Demografik Bilgiler Formu (Ebeveyn)**Demografik Bilgiler Formu (Ebeveyn)**

Katılımcı Kodu:	
Doğum tarihi (gün.ay.yıl):	
Cinsiyet:	
Hasta ile ilişkisi (Anne/ Baba/ Diğer)	
Eğitim durumu:	Anne: Baba:
Meslek:	Anne: Baba:
Kronik ilaç kullanım (>3 ay)	Evet/ Hayır
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet/ Hayır

EK -6: Güçler Ve Güçlükler Anketi (GGA) – Çocuk

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ) - Çocuk

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Kadın / Erkek

Katılımcı Kodu:.....

Tarih:

Doğum Tarihi:

Anne/Baba/ Diğer: (Lütfen belirtiniz).....

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK -7: Güçler Ve Güçlükler Anketi (GGA) – Ebeveyn

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ)- Ebeveyn

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Kadın / Erkek

Katılımcı Kodu:.....

Tarih:

Doğum Tarihi:

Anne/Baba/ Diğer: (Lütfen belirtiniz).....

Çocuğum,

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz ve aşırı hareketlidir, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayetleri olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyeceğini, oyuncaklarını, kalemini v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, büyüklerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağınık. Dikkatini toplamakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Büyüklerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-8: Hollingshead-Redich Ölçeği**Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi**

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redich Ölçeği'ni kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel ya da gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile	1
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba	4
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	5
Bilinmeyen	9

EK -9: İlaç Tedavisine Uyunç Ölçeği- Hasta

Doktor tarafından önerilen her gün düzenli olarak alman gereken bir ilaç tedavisi bulunmaktadır. Bazen ilaçlarımızı kendimize uygun olacak şekilde almak isteriz ve bu kullanım şekli doktorun ya da eczacının söylediğinden farklı olabilir. Aşağıda, kullanmakta olduğun ilaç tedavisine uyumun ve ilaca olan yaklaşımın ile ilgili bazı maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler için sana en uygun gelen kutucuğu işaretleyebilirsin.

İlaç Tedavisine Uyunç Ölçeği- Çocuk

	Çok sık	Sık	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
İLAÇ TEDAVİSİNE UYUNÇ- ÇOCUK	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Hergün kullanmakta olduğum ilacın miktarı (dozu) doktorun yazdığından farklıdır.					
2. Kendimi daha iyi hissettiğim zamanlarda ilacımı almadığım olur.					
3. İlacımı kullanmaya bir süre ara verdiğim olur.					
5. İlacımı kullanmam gerektiğini bildiğim halde ev dışı bir ortamda (okul, tatil gibi) isem ilacımı almadığım olur.					
5.Kullanmak istemediğim zamanlarda ilacımı almadığım olur.					
6. Doktorum çok sayıda ilaç verdiğinde bazılarını almayı bırakırım.					
7. İlacımı doktorun söylediği saatlerde almadığım olur.					
8. Kendimi kötü hissettiğimde ilacımı almam.					
9. İlacımı almayı unuttuğum zamanlar olur.					

EK-10: İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği- Ebeveyn

Doktor tarafından önerilen çocuğunuzun her gün düzenli olarak alması gereken bir ilaç tedavisi bulunmaktadır. Bazen ilaçları kendimize uygun olacak şekilde vermek isteriz ve bu kullanım şekli doktorun ya da eczacının söylediğinden farklı olabilir. Aşağıda çocuğunuza verdiğiniz ilaç tedavisine olan uyuncu ve ilaca olan yaklaşımınız ile ilgili bazı maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler için size en uygun gelen kutucuğu işaretleyebilirsiniz.

İlaç Tedavisine Uyunc Ölçeği- Ebeveyn

	Çok sık	Sık	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
İLAÇ TEDAVİSİNE UYUNÇ- EBEVEYN	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Çocuğuma günlük ilaç dozunu doktorun yazdığından farklı verdiğim olur.					
2. Çocuğum kendini daha iyi hissettiğinde ilacını vermediğim olur.*					
3. Çocuğumun ilaç kullanımına bir süre ara verip tekrar başladığım olur.					
4. Ev dışı bir ortamda (okul, tatil gibi) çocuğumun ilaç kullanması gerektiğini bildiğim halde ilacını vermediğim zamanlar olur.					
5. Çocuğum ilacını kullanmak istemediğinde ilacı vermem.					
6. Doktor çocuğuma çok sayıda ilaç yazdığında bazı ilaçlarını vermeyi bırakırım.					
7. İlacı çocuğuma doktorun söylediği saatlerde vermediğim olur.*					
8. Çocuğum kendini kötü hissettiğinde ilacını vermediğim olur.					
9. Çocuğuma ilacını vermeyi unuttuğum zamanlar olur.*					
10. İlaç maliyetini karşılayamadığımda, çocuğuma ilacını veremediğim olur.*					

*ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından sonra ölçekten çıkarılmıştır.

EK-11: İlaça İlişkin Hasta (Çocuk) Yaklaşımı Ölçeği

İlaça İlişkin Hasta (Çocuk) Yaklaşımı Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İLACA İLİŞKİN GENEL DÜŞÜNCELER	1. İlaçların fiziksel özellikleri (rengi, şekli, tadı, kokusu gibi) ilacın etkisini artırır ya da azaltır.*					
	2. Reçetesiz satılan gıda takviyeleri (vitaminler, balık yağı vb.) ilaçlardan daha güvenlidir.*					
	3. İlacın istenmeyen etkisi oluyorsa ilaç daha etkilidir.*					
	4. İlacı doktorun önerdiği şekilde (aç/tok, sabah/akşam gibi) almak tedavinin başarısını artırır.*					
	5. İlaçların fiyatı arttıkça etkinliği de artar.*					
	6. Basit rahatsızlıklarda (ateş, öksürük, mide bulantısı gibi) doktora danışmadan ilaç kullanılması uygundur.*					
	7. İlacı yutmada güçlük yaşandığında, doktora veya eczacıya danışmadan ilacı ezerek/kırarak/suya karıştırarak kullanmak gerekir.*					
	8. Kendini iyi hissettiğinde ilacı almayı bırakmak gerekir.*					
	9. İlaça bağlı istenmeyen etki görüldüğünde doktora danışmadan ilacı bırakmak gerekir.*					
İLACIN GEREKLİLİĞİ	10. Sağlıklı yaşamak için ilacımı almam gerekir.					
	11. İlacımı almayı bırakırsam hastalığım/rahatsızlığım kötüleşir.					
	12. İlacımı alınca kendimi daha iyi hissedirim.					
	13. İlacımı almak daha iyi yaşam sürmemi sağlar.					
	14. İlacımı almak hastalığımın süresini kısaltır.					
İLACA İLİŞKİN GÜVEN	15. İlacımın etkisi güçlüdür					
	16. Hastalığım/ rahatsızlığım için uygun ilacı kullandığımı düşünürüm.					
	17. Kullandığım ilaç güvenlidir.*					
	18. İlacımın yararı (etkisi) zararından (istenmeyen etkisi) fazladır.*					

	19. Yaşıma ve hastalığıma/rahatsızlığıma uygun ilaç formunu (tablet, şurup gibi) kullandığımı düşünüyorum.*					
İLACA İLİŞKİN ENDİŞE/ ÇEKİNCE	20. Kullandığım ilaca bağımlı olmaktan endişe duyarım.					
	21. İlacımın diğer ilaçlarla birlikte kullanımında ortaya çıkabilecek sorunlar beni endişelendirir.					
	22. İlacımın istenmeyen etkilerinden dolayı endişelenirim.					
	23. Uzun süre ilaç kullanımı yeni hastalıklara/rahatsızlıklara yol açar.					
	24. İlacımı besinlerle birlikte aldığımda ortaya çıkabilecek sorunlar beni endişelendirir.					
	25. İlacım hakkında yeterli bilgi sahibi olmamak beni endişelendirir.					
	26. İlacımın istenmeyen etkisi nedeniyle doktorumun yeni bir ilaç başlamasından endişe duyarım.					
	27. İlacım vücudumu savunmasız hale getirir.*					
	28. İlacımın kilo aldırmasından endişelenirim.					
	29. Sürekli ilaç almak iç organlarımı (böbrek, karaciğer gibi) olumsuz etkiler.					
	30. İlacımın uykumu etkilemesinden endişelenirim.					
	31. İlacımın vücudumda ani alerjik tepki (şiddetli kaşıntı, deri döküntüsü gibi) vermesinden endişe duyarım.					

*ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından sonra ölçekten çıkarılmıştır.

EK-12: İlaça İlişkin Hasta (Ebeveyn) Yaklaşımı Ölçeği

İlaça İlişkin Hasta Yakını Yaklaşımı Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İLACA İLİŞKİN GENEL DÜŞÜNCELER	1. İlaçların fiziksel özellikleri (rengi, şekli, tadı, kokusu gibi) ilacın etkisini artırır ya da azaltır.*					
	2. Reçetesiz satılan gıda takviyeleri (bitkisel ürünler, vitaminler, balık yağı vb.) ilaçlardan daha güvenlidir.*					
	3. İlacın yan etkisinin ortaya çıkması, ilacın işe yaradığını gösterir.*					
	4. İlacı doktorun önerdiği şekilde (aç/tok, sabah/akşam gibi) almak tedavinin başarısını artırır.*					
	5. İlaçların fiyatı arttıkça etkinliği de artar.*					
	6. Basit rahatsızlıklarda (ateş, öksürük, mide bulantısı gibi) doktora danışmadan ilaç kullanılması uygundur.*					
	7. İlacı yutmada güçlük yaşandığında, doktora veya eczacıya danışmadan ilacı ezerek/kırarak/suya karıştırarak kullanmak gerekir.*					
	8. Çocuğum kendini iyi hissettiğinde ilacını almayı bırakması gerekir.*					
	9. İlaça bağlı istenmeyen etki görüldüğünde doktora danışmadan ilacı bırakmak gerekir.*					
İLACIN GEREKLİLİĞİ	10. Çocuğumun sağlıklı kalması için ilacını kullanması gerekir.					
	11. Çocuğum ilacını kullanmayı bırakırsa hastalığı/rahatsızlığı kötüleşebilir.					
	12. Çocuğum ilacını kullanınca kendini daha iyi hisseder.					
	13. İlaç kullanmak çocuğumun yaşam kalitesini artırır.					
	14. İlaç kullanmak çocuğumun hastalığının rahatsızlığının süresini kısaltır.					
İLACA İLİŞKİN	15. Çocuğumun ilaçlarının etkisi güçlüdür.					
	16. Çocuğumun hastalığı/rahatsızlığı için uygun ilacı kullandığını düşünürüm.					
	17. Çocuğumun kullandığı ilaç güvenlidir.					

GÜVEN	18. Çocuğumun kullandığı ilaçların yararı (etkisi) zararından (yan etkisi) fazladır.*					
	19. Çocuğumun yaşına ve hastalığına/rahatsızlığına uygun ilaç formunu (tablet, şurup gibi) kullandığını düşünürüm.					
İLAÇ İLİŞKİN ENDİŞE/ ÇEKİNCE	20. Çocuğumun ilaca bağımlı olma ihtimali beni endişelendirir.					
	21. Çocuğumun ilacının diğer ilaçlarla etkileşmesi beni endişelendirir.					
	22. Çocuğumun ilacının yan etkileri beni endişelendirir.					
	23. Uzun süre ilaç kullanımı çocuğumda yeni hastalıklara/rahatsızlıklara yol açar.					
	24. Çocuğumun ilacının besinlerle etkileşmesi beni endişelendirir.					
	25. Çocuğumun ilacı hakkında yeterli bilgi sahibi olmamak beni endişelendirir.					
	26. Çocuğumunun kullandığı ilacın yan etkisi nedeniyle doktorun yeni bir ilaç başlamasından endişe duyarım.					
	27. Çocuğumun ilacı vücudunu savunmasız hale getirir.*					
	28. Kullandığı ilacın çocuğuma kilo aldırmasından endişelenirim.					
	29. Sürekli ilaç kullanması çocuğumun iç organlarını (böbrek, karaciğer gibi) olumsuz etkiler.					
	30. Çocuğumun kullandığı ilacın uyku veya sersermlik yapmasından endişelenirim.					
31. Çocuğumun vücudunun ilaca ani alerjik tepki (şiddetli kaşıntı, deri döküntüsü gibi) vermesinden endişe duyarım.						

*ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından sonra ölçekten çıkarılmıştır.

EK-13: Taslak Ölçeğin Değerlendirilmesinde Yardımcı Olan Uzmanlar

UZMANLAR	KURUM	ANABİLİM DALI
Prof. Dr. Mesut SANCAR	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Prof. Dr. Şule RABUŞ	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Doç. Dr. Betül OKUYAN	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aygin BAYRAKTAR EKİNCİOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Ayçe ÇELİKER	Lokman Hekim Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Nursel SÜRMEİİOĞLU	Çukurova Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Songül TEZCAN	Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Kamer TECEN YÜCEL	Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Aysu SELÇUK	Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Öğr. Gör. Zeynep Ülkü GÜN	İnönü Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ÜNAL	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğr. Gör. Dr. Cihan ASLAN	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Necati UZUN	Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Dr. Beyza ERGÜL	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Dr. Ayşe Selma YENEN	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

EK-14: Orijinallik Raporu**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: İzgi Bayraktar
Ödev başlığı: ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK İLAÇ TEDAVİ...
Gönderi Başlığı: ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK İLAÇ TEDAVİ...
Dosya adı: LC_EKLERI_NI_N_GELI_S_TI_RI_LMESI_VE_DEG_ERLENDI_RI_LM...
Dosya boyutu: 437.54K
Sayfa sayısı: 73
Kelime sayısı: 14,419
Karakter sayısı: 99,059
Gönderim Tarihi: 22-Ara-2022 04:24ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1985857017



Çocuklar Ve Ebeveynleri İçin Kullanılacak 'İlaç Tedavisine Uyunc' ve 'İlaca İlişkin Hasta/Hasta Yakını Yaklaşımı' Ölçeklerinin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesi

İzgi Bayraktar

Toplam sayfa sayısı: 73

ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİ İÇİN KULLANILACAK 'İLAÇ TEDAVİSİNE UYUNÇ' VE 'İLACA İLİŞKİN HASTA/ HASTA YAKINI YAKLAŞIMI' ÖLÇEKLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 10	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
5	214371a4-52b9-4cbc-86d2-f78c0a4d44d5.filesusr.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	aksos.akdeniz.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : İzgi BAYRAKTAR