



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**BİPOLAR VE ŞİZOFRENİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
HASTALARDA İÇGÖRÜ, TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM
KALİTESİ**

MERİH GÜRMEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**BİPOLAR VE ŞİZOFRENİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ
HASTALARDA İÇGÖRÜ, TEDAVİ UYUMU
VE YAŞAM KALİTESİ**

MERİH GÜRMEN
20165715

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. EBRU ÇAKICI

LEFKOŞA
2018

KABUL VE ONAY

Merih Gürmen tarafından hazırlanan “Bipolar ve Şizofrenik bozukluk tanısı almış ayaktan tedavi gören hastalarda İlgörü, Tedaviye Uyum ve Yaşam kalitesi arasındaki İlişkinin İncelenmesi” 11/06/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Ebru ÇAKICI (Danışman)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü Bölüm Başkanı

Yard. Doç. Dr. Deniz ERGÜN (Başkan)

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi

Yard. Doç. Dr. Ayhan EŞ

Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü
Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Mustafa SAĞSAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad, Soyad

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın oluşum aşamasında ve gerçekleştirilmesinde bilgi, tecrübe, zaman ve desteğini esirgemeyen, mesleki gelişim sürecimde bana yol gösterici olan Saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Ebru ÇAKICI'ya sonsuz teşekkür ederim.

Bu çalışmanın uygulama aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Barış Ruh ve Sinir hastalıkları Hastanesi Değerli Psikiyatristlerine , Sevgili Meslektaşlarıma ve çalışan tüm Personel'e sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca bu çalışmanın asıl kahramanları olan tüm hastalara sonsuz teşekkür ediyorum.

Araştırmanın istatistiksel analiz sürecinde yardımları ve desteği için Sayın Sedat Yüce'ye teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca bana olan inançları, destekleri ve cesaretlendirmeleri ile daima koşulsuz yanımda olan Sevgili Annem'e ve Babam'a ayrıca teşekkürü bir borç biliyor, sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

ÖZ

BİPOLAR VE ŞİZOFRENİK BOZUKLUK TANISI ALMIŞ HASTALARDA İÇGÖRÜ, TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ

Bu araştırmanın amacı bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış ayaktan tedavi gören remisyonda olan hastalarda içgörü, tedavi uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik ve klinik faktörlerin belirlenmesi ve içgörü, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmaya 50 hasta (34 bipolar ,16 şizofrenik bozukluk) alınmıştır. Hastalar İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) ,Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği (MTUÖ) ,Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Sosyodemografik Bilgi Formu (SDBF) ile değerlendirilmiştir

Çalışmaya alınan hastaların %68,0'i bipolar, %32,0'si şizofren tanısı almıştır. Hastaların 27'si (%54) kadın, 23'ü (%46) erkektir. Şizofreni tanılı hastaların bipolar tanılı hastalara göre İÜBDÖ puanları istatistiksel olarak yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek hastaların kadın hastalara göre yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Tedaviye düzenli gelen hastaların yaşam kalitesi ruhsal alt boyutundan aldıkları puan ortalaması tedaviye düzenli gelmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tedavi uyumu ve yaşam kalitesi alt boyutları fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü arasında pozitif ve orta kuvvetli ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçek puan ortalamaları arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

Bu değişkenler arasındaki kompleks ilişkinin anlaşılması için uzun süreli boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler

Bipolar Bozukluk, Şizofreni Bozukluk , İçgörü, Tedavi Uyumu, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

INSIGHT, TREATMENT ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR DISORDER

The purpose of this study is to explore the sociodemographic and clinical factors impacting on the insight, treatment adherence and the quality of life (QOL) in outpatients with bipolar and schizophrenia disorder who were in remission and to examine the relationship among insight, treatment adherence and QOL. Fifty patients (34 diagnosed with bipolar, 16 diagnosed with schizophrenia) were included in this study. Patients were assessed by the Schedule for Assessing the Three Components of Insight(SAI), Morisky Treatment Adherence Scale(MTA), Quality of Life Scale(SF-36) and the Sociodemographic information Form was administered.

68% of the patients had diagnosed with bipolar, 32% had diagnosed with schizophrenia. 27 of the patients were female (54%) and 23 (46%) were male. There was a statistically significant difference between the SAI scores of schizophrenic patients compared to bipolar patients. The scores of the male patients were significantly higher in the physical function subscale of SF-36 compared to the female patients ($p < 0,05$). Patients, participated in treatment regularly has higher scores in psychological subscale of SF-36 compared to irregularly participated ones. Between the groups, the differences between the scores of SF-36 psychological subscale scores was statistically significant ($p < 0,05$).

There was no statistically significant correlation found between the scores of SAI, MTA and SF-36 scales ($p > 0,05$). Positive and moderate correlations were found between MTA and the Sf-36 physical and emotional role strength subscales ($p < 0,05$). Also between the SAI and MTA, no statistically significant correlation was found ($p > 0,05$).

To understand the complex relationship between these variables, long-term longitudinal research is needed.

Keywords

Bipolar disorder, Schizophrenia, Insight, Treatment adherence, Quality of life

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3.Araştırmanın Önemi.....	2
1.4. Sınırlılıklar.....	3
1.5. Varsayımlar.....	3
1.6. Tanımlar.....	4
1.6.1.Bipolar Bozukluk.....	4
1.6.1.1.Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri.....	4
1.6.1.2.Bipolar Bozukluk Ayırıcı Tanı.....	7
1.6.2.Şizofrenik Bozukluk.....	7
1.6.2.1.Şizofrenik Bozukluk Tanı Kriterleri.....	8
1.6.2.2.Şizofrenik Bozukluk Ayırıcı Tanı.....	9

1.6.3.İçgörü.....	10
1.6.4.Tedavi Uyumu.....	11
1.6.5 Yaşam Kalitesi.....	13
 2.BÖLÜM	
KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	14
 3.BÖLÜM	
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	19
3.1.Araştırmanın Modeli.....	19
3.2.Evren ve Örneklem.....	19
3.3.Verilerin Toplanması.....	20
3.4.Veri Toplama Araçları.....	20
3.4.1.Sosyodemografik Bilgi Formu(SDBF).....	20
3.4.2.İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği(İÜBDÖ).....	21
3.4.3.Morisky İlaç Uyumu Ölçeği(MTUÖ).....	21
3.4.4.Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36 Kısa-Form).....	21
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	22
 4.BÖLÜM	
BULGULAR.....	23
 5.BÖLÜM	
TARTIŞMA.....	51

6.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1.SONUÇ.....	56
6.2.ÖNERİLER.....	57
KAYNAKÇA.....	58
EKLER.....	67
EK 1.Aydınlatılmış Onam.....	67
EK 2.Bilgilendirme Formu.....	68
EK 3.Sosyodemografik Bilgi Formu.....	69
EK 4.İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği.....	71
EK 5.Morisky İlaç Uyumu Ölçeği.....	73
EK 6.SF-36 Kısa-Form.....	74
EK 7. ÖZGEÇMİŞ.....	76
EK 8. İZİNLER.....	77
EK 9.ETİK KURUL ONAYI.....	78
EK10.İNTİHAL RAPORU.....	79

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 2. Hastaların Yaş gruplarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	24
Tablo 3. Hastaların Cinsiyetlerine göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4. Hastaların Çalışma durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 5. Hastaların Medeni durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 6. Hastaların Eğitim durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 7. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 8. Hastaların Psikiyatriye başvuru yaşlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. Hastaların Tanılarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 10. Hastaların Tanı aldıkları sürelerle göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 11. Hastaların hastaneye Yatış yapma durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Hastaların Tedavi sürelerine göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 13. Hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçeği puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 14. Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler.....	48
Tablo 15. Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanları arasındaki korelasyonlar.....	49

KISALTMALAR

APA: American Psychiatry Association

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICD-10: International Classification of Diseases

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

MTUÖ: Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği

SDBF : Sosyodemografik Bilgi Formu

SF-36KısaForm: Yaşam Kalitesi Ölçeği

1.BÖLÜM

GİRİŞ

Psikiyatride klinik içgörünün anlamı, kişinin ruhsal hastalığı tanınması ve kabul etmesi, semptom belirtilerini farkında olma ve tedaviyi kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır. (Reddy,2015;Semple ve Smyth, 2013). David (1990) ise içgörüyü üç ayrı boyut olarak tanımlamıştır. Bu boyutlar: belirtileri tanıma, ruhsal hastalığı kabullenme ve önerilen tedaviye uyumdur. Buna ek olarak, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), psikiyatrik tanı almış popülasyonda içgöründe bozulmanın yaygın ve ayırt edici bir semptom olduğunu belirtmiştir. Literatür incelendiğinde içgörü kavramı tanım olarak kompleks bir kavramdır. Birçok bileşen içermekte, ölçümler genellikle subjektif hastanın sözel bildirimine dayalı olduğundan geçerlilik ve güvenilirliği kritik edilen bir kavram olmasına karşın psikiyatrik hastalıklarda ve tedavide önemli bir bileşendir.

Araştırmalar, içgörü varlığının veya kısmi oluşunun tedaviye uyumunu bozarak yaşam kalitesine etki edebileceğini vurgulamıştır. Buna ek olarak, içgörü düzeyi terapi ve ilaç tedavilerinin etkilerini izlemek adına bir yöntem olarak kullanılabileceği önerilmiştir (Henry ve Ghaemi, 2004). Bununla birlikte, içgörü yoksunluğu hospitalizasyon oranının artması, olumsuz klinik sonlanım, psikososyal işlevsellikte azalma ve tedavi işbirliğinde bariyer oluşturması açısından önemlidir (Margariti, Ploumpidis, Economou, Christodoulou,ve Papadimitriou, 2015).

Araştırmacılar, farmakoterapi becerisi yanında hastalara semptomlarını tanıma, içgörü kazandırılması ve başa çıkma becerilerinin artırılmasının nüksleri önlemede başarı sağlayacağını vurgulamışlardır. Bunun yanında içgörü eksikliği ile tedavi uyumsuzluğu paralellik göstermekte ve hastalığın kötü seyrine sebep olmaktadır. Yapılan bir çalışmada şizofrenide hastaların %50 -80 aralığında düşük içgörü düzeyine sahip oldukları ve tedaviyi olumsuz etkilediğini belirtmiştir (Cuesta ve Peralta 1994). Buna ek olarak psikotik bozukluğu olan hastaların zayıf içgörü düzeyi olduğunu diğer bir çalışmada vurgulamaktadır (Amador ve Strauss, 1993). Yapılan diğer bir çalışmada hastalık şiddeti ile içgörü arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Markova ve Berious,1992) buna karşın yapılan diğer

araştırmada belirti şiddeti ve içgörü düzeyi araştırılmıştır. İçgörü düzeyi ile psikopatoloji şiddetinin pozitif ve negatif belirtilerle ters bağıntılı olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlılık taşımadığı belirtilmiştir (Mintz, Dobson ve Romney, 2003). Ayrıca şizofrenide içgörü eksikliğinin şiddet davranışı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcut olmasına karşın (Buckley, Hasan, Friedman ve Cerny, 2001; Ekinci ,2012) bağıntılı olmadığını gösteren araştırmalarda mevcuttur (Yen ve diğerleri.,2002; Lincoln, 2007).

İçgörü sadece tek bir psikopatoloji(şizofreni)ile ilişkili olmamakla birlikte duygudurum bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmalarda bipolar bozuklukta içgörü azalması bilinen bir durumdur ve bipolar bozuklukta kötü prognoz ile bağıntılıdır (Amador ve Strauss.,1993). Yapılan araştırmalar manik atakta olan hastaların depresif atakta olan hastalara göre daha ağır içgörü kaybı olduğunu göstermiştir (Ghaemi, Stoll ve Pope, 1995). İçgöründe bozulma manik dönemdeki hastalarda depresif hastalara göre daha ağır seyrettiği çalışmalarla desteklenme birlikte ,başka bir araştırmada manik grupta içgörü gelişme gösterirken depresif tanılı grupta içgörü minimal düzeydedir (Michalakaes ve diğerleri, 1994).

Ruhsal bozukluklarda iyileşmenin yada semptom remisyonunun sağlanabilmesi için , öncelikle kişinin farmakolojik tedavide işbirliği ve uyum içerisinde olması ve hastalığını kabul etmesi gerekmektedir bunun sağlanabilmesi ise içgörü kazandırılması ile mümkündür (Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps ve Vohs, 2018).

İçgörüyü arttırmanın tedavi uyumunu arttırmak, relaps oranını azaltmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Mevcut yazında bu konuda yapılan araştırmalar artmakla birlikte bazı çalışmalar bu ilişkiyi desteklememektedir. Bu değişkenlerin arasındaki kompleks ilişki, yapılan çalışmalarda çelişik sonuçlar bulunması bu araştırmanın yapılmasında etkindir.

1.1 Problem Durumu

Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu diğer kronik hastalıklara oranla daha yüksek orandadır (Velligan ve diğerleri, 2010). Literatürde, tedavi uyumsuzluğunu yordayan en önemli faktörlerden birinin içgörü kavramı olduğu vurgulanmaktadır. İçgörü geniş bir kavram olmakla birlikte, kısaca hastanın hastalığını ve tedaviyi kabul etmesi olarak tanımlanabilir. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi sürecinde karşılan en önemli sorunlardan

biride hastaların çoğunlukla, tedaviyi yarım bırakmasıdır. Bunun sonucu olarak, relaps oranı artmakta, tedavi maliyetleri yükselmekte, suisid riski artmakta, yaşam kalitesi düşmekte ve en önemlisi hastanın işlevselliğinde bariyer oluşmaktadır.

İyileşmenin veya remisyon sürecinin sağlanabilmesi için öncelikle kişinin hastalığını kabul etmesi ve tedavi sürecinde işbirliği içerisinde olması gerekmektedir. Farklı tanı gruplarında, içgörü ve tedavi uyumunu etkileyen olası risk faktörleri ve değişkenleri belirleme, tedavi sürecinde hastaların tedaviye katılımını sağlama ve yaşam kalitesini arttırmak açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın birincil amacı, bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış ayakta tedavi gören remisyonda olan hastalarda içgörü, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik değişkenlerin ve klinik faktörlerin belirlenmesidir. İkincil amacı ise içgörü tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin araştırılmasıdır.

1.3 Araştırmanın Önemi

İçgörü terapi ve ilaç tedavisinin etkisini izlemek açısından önemli ve kötü prognoz ile ilişkilidir. İçgörü hastanın tedaviyi kabul etmesi ile ilişkili olduğundan hastalığın tedavi seyri açısından önemlidir. Yapılan bazı çalışmalar içgörünün tedaviye uyum ile istatistiksel olarak ilişkili olduğunu bulmuştur ,buna karşın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi tedaviye uyum ile bağıntılı olabileceği vurgulanmıştır. İçgörü, kavram olarak tartışmalı, kompleks bir fenomendir. Literatürde bu değişkenleri yordayıcı sosyodemografik ve klinik faktörlerin farklı tanı gruplarında belirlenmesinin klinik pratikte önemine vurgu yapılmıştır, buna karşın bu üç değişkenin araştırıldığı bilinen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Buna ek olarak bazı çalışmalar bu ilişkiyi desteklememektedir, birçok değişkenin rol oynayabileceğine vurgu yapılmaktadır. Bu araştırma ileri ki çalışmalara ışık tutması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu çalışma kesitsel korelasyon çalışmasıdır .Örneklem amaca dönük ölçüt örneklem yöntemi ile oluşturulduğundan örneklem büyüklüğü sınırlı, poliklinik koşullarında yapılmış olup, kesitsel olarak değerlendirilmiş olması, uzun süreli izlem çalışmasının yapılmaması bu çalışmanın bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış tüm hastalara genellenmesini kısıtlamaktadır. Buna ek olarak bu çalışmaya sadece remisyonda olan hasta grubu alınmıştır. Ayrıca çalışmanın tek merkezli olmasıda sınırlılıkları arasındadır.

1.5 Varsayımlar

- 1.Bipolar ve Şizofrenik bozukluk tanısı almış hastalarda içgörüyü etkileyen sosyodemografik değişkenler ve klinik faktörlerin belirlenmesi.
- 2.Bipolar ve Şizofrenik bozukluk tanısı almış hastalarda tedaviye uyumu etkileyen sosyodemografik değişkenlerin ve klinik faktörlerin belirlenmesi.
- 3.Bipolar ve Şizofrenik bozukluk tanısı almış hastalarda yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik ve klinik faktörlerin belirlenmesi.
- 4.İçgörü , tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması.

1.6 Tanımlar

1.6.1 Bipolar bozukluk

Manik depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu yada bipolar spektrum bozukluk olarak adlandırılan mani/hipomani atakları ile depresif ve psikotik semptomların eşlik ettiği veya etmediği dönemlerle karakterize farklı şiddette seyreden mortalite ve komorbidin yüksek risk olduğu, disabiliteye yol açan affektif bozukluktur (Semple ve Smyth, 2013). Bipolar bozukluk hastalık ve iyilik dönemleri ile giden, uzun süreli, psikososyal işlevsellikte bozulma ve yeti yitimine yol açmaktadır (Vieta,2014).Yükselmiş ve iritabl duygudurum mani olarak adlandırılır, benlik saygısında abartılı artış uykuda azalma ,artmış libido, grandiyozite, fikir uçuşmaları hızlı konuşma ile karakterizedir (Semple ve Smyth, 2013). Hastalar genellikle remisyon yaşayabilirler fakat düşünce içeriğinde bozulma ve psikotik özellikler gösteren vakalar daha ağır seyredebilmektedir. İntihar riski yüksek, sıklıkla alkol-madde bağımlılığı ve anksiyete eşlik etmektedir (Semple ve Smyth, 2013).

1.6.1.1 Bipolar bozukluk tanı kriterleri

DSM-V bipolar bozuklukları dört alt tip olarak sınıflandırmıştır:

1.Bipolar I bozukluk

En az bir mani dönemi yada karma dönem bulunmalıdır, depresif ataklar görülebilir fakat mutlak değildir. Daha şiddetli çoğunlukla yatış gerektirmektedir.

Mani dönemi sırasında aşağıdaki tanı ölçütlerinden en az üçünün bulunması gerekir.

Manik Dönem Ölçütleri

- 1.Benlik saygısında abartılı artış ,büyüklük düşünceleri.
- 2.Uyku gereksiniminde azalma.
- 3.Daha konuşkan olma.

- 4.Düşünce uçuşması.
- 5.Distraktibilite (Dikkat dağınıklığı).
- 6.Amaca yönelik etkinliklerde artma.
- 7.Kötü sonuçlar doğuracak etkinliklere katılma.
- 8.Bu belirtiler mikst epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- 9.Mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açar, hastaneye yatış gerektirecek denli ağır olabilir ve psikotik özellikler gösterebilir.
- 10.Bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Karma Dönem Ölçütleri

En az bir hafta boyunca manik ve depresif semptomlar ile karakterizedir, disforik manik epizotlar ve en iki dönem tipik semptomlar eşlik eder (Vieta, 2014).

Major depresif atak döneminde ise iki haftalık dönem süresince çökkün duygudurum, ilgi kaybı yada zevk almama (anhedoni) gibi belirtilerden en az birinin olması ve aşağıdaki belirtilerden en az beşinin bulunması gerekir.

Depresif Dönem Ölçütleri

- 1.Günün çoğunluğunda çökkün duygudurum.
- 2.Etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma.
- 3.Değersizlik aşırı suçluluk duyguları.
- 4.Bitkinlik,halsizlik, içsel gücün azalması.
- 5.Aşırı uyuma yada uyumama.
- 6.Ajitasyon yada yavaşlama.
- 7.Kronik ağrı yada fiziksel hastalığın eşlik etmediği bedensel semptomlar.
- 8.Çok kilo verme yada alma.

9.Odaklanmada güçlükler.

10.Yineliyici ölüm ve intihar düşünceleri.

2.Bipolar II bozukluk

En az bir hipomanik ve major depresif belirtiler bulunmalıdır. Manik ve karma ataklar görülmez.

Hipomani dönemi en az dört gün sürmelidir ve mani döneminde görülen semptomlar hafif ve orta şiddette eşlik eder.

Hipomani Ölçütleri

- 1.En az dört gün süren sürekli taşkın ya da irritabl döneminin olması.
- 2.Epizod sırasında işlevsellikte belirgin farklılıklar görülebilir fakat hastaneyi yatış gerektirecek kadar ağır değildir.
- 3.Mani epizotları ile aynı seyrederek.
- 4.Bir maddenin yada tıbbi durumun fizyolojik etiklerine bağlı değildir.

3.Siklotomik bozukluk:

En az iki yıl boyunca depresif(hafif şiddette) ve hipomanik semptomlar ile karakterizedir. Major depresif belirtiler yada mani görülmez.

4.Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk:

Semptomlar bipolar ve ilişkili bozukluklara benzemekle birlikte tanı ölçütlerini karşılamaz (Nussbaum, 2015; Vieta, 2014).

1.6.1.2 Bipolar bozukluk Ayırıcı tanı

Mani dönemine benzeyen semptomlar başka ruhsal hastalıklarda görülebilmektedir. Şizofreni ve şizofreniform bozukluklar, şizoaffektif bozukluk, paranoid bozukluklar, deliryum, psödopsikoz, dikkat eksikliği yada davranım bozuklukları, alkol madde kötüye kullanım, ve kişilik bozukluklardır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Ruhsal hastalıkları sınıflama sisteminden bir diğeri olan ICD-10 sınıflama sisteminde ise bipolar tanısı için en az bir mani yada hipomani dönemi (her iki dönemde) görülmelidir. Buna ek olarak ICD-10 bipolar bozukluğu alt tiplere (bipolar I ve II) ayırmamıştır.

Buna ek olarak genellikle erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar ve 15-25 yaş aralığında artış gösterir (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Vieta, 2014). Yaşam boyu prevalans oranı bipolar I bozuklukta %0.8 ,bipolar II için ise %0.5’ dir. Kadınlarda bipolar II bozukluk tanısı daha sık görülebilmektedir (Vieta, 2014). Buna ek olarak ,ruhsal hastalıklar içinde alkol madde kullanımının en fazla komorbid olduğu bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016) .En yaygın görülen ek tanılar ise anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobiler ve obsesif kompulsif bozukluktur.

1.6.2 Şizofrenik Bozukluk

Delüzyon ve halüsinasyonların varlığı ile gerçeği değerlendirme yetisinin ve kognisyonların bozulduğu, disorganize düşünce, duygu ve konuşma ile karakterize kronik seyreden ağır yeti yitimini yol açan psikotik bozukluktur (Nussbaum, 2015).

1.6.2.1 Şizofrenik bozukluk tanı kriterleri

DSM-V şizofreni kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar başlığı altında şizofreni tanı kriterlerini aşağıdaki gibi tanımlamıştır.

DSM-V Şizofreni tanı ölçütleri

- 1.Ayırdedici belirtilerden: sanrılar, varsanılar ,dağınık konuşma yada sapmalar ,katatonik davranış ve duygusal katılımda azalma pasivite gibi negatif belirtilerin bulunması iki yada daha fazla belirtinin sanrı varsanı yada darmadağın konuşma olması koşuluyla en az bir ay süreyle sürmüş olması. Belirtiler sağaltımla düzelirse en az bir ay koşulu geçerli olmayabilir.
- 2.Hastalık semptomları en az 6 ay sürmelidir. En az bir ayında ayırdedici belirtilerden en az ikisi vardır ve bu belirtilerden en az biri sanrı ,varsanı yada darmadağın konuşma olmalıdır.
- 3.Klinik açıdan belirgin bir sıkıntı sosyal işlevsellik, kendine bakım, iş gibi işlev alanlarında bozulmalar olmalıdır.
- 4.Şizoafektif yada başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır.
- 5.Belirtiler bir maddenin(ilaç yada kötüye kullanılan bir madde) yada tıbbi bir duruma bağlı fizyolojiyle ilgili bir duruma bağlanabiliyorsa tanı dışlanır.
- 6.Otistik spektrum bozukluğu varsa en az bir ay süre ile sanrı ve varsanıların bulunması ile şizofreni tanısı konabilir (Nussbaum, 2015; Öztürk ve Uluşahin,2016).

Diğer bir sınıflama sistemi olan ICD-10 ise aşağıdaki gibi tanımlamıştır.

ICD -10 Şizofreni tanı ölçütleri

A. Aşağıdaki kriterlerden en az biri olmalıdır;

- 1.Düşünce sokulması, çekilmesi, yankılanması.
- 2.Hastanın davranışlarını kontrol eden işitsel varsanılar.
- 3.Mümkün olmayan kültüre uygunsuz nitelikte devamlı sanrılar.
- 4.Kontrol edilme etkilenme sanrıları .

B, Aşağıdaki kriterlerden en az ikisi olmalıdır;

1. En az bir ay süreyle sanrı ve sürekli aşırı değerlilik fikirleriyle giden işitsel, görsel, dokunsal varsanılar .

2. Negativizm , stupor ,balmumu esnekliği, postur alma ile giden katatonik davranış .

3. Neolojizm ,enkoheran konuşmaya neden olan düşünce kopuşları.

4. Apati emosyonel uygunsuzluk veya körelme gibi negatif belirtiler.

C. Semptomların bir ay yada bir aydan fazla devam ediyor olması ve semptomların bir yıl süregelen olması.

D. Dışlama kriterleri; Manik yada depresif semptomların varlığında affektif bozulmalar gözönünde bulundurularak şizoaffectif tanısı düşünülmelidir. Bozukluk organik beyin hasarı ,alkol ilaç entoksikasyonu yoksunluğu yada bağımlılığına bağlı değildir (İnternational Classification of Mental and Behavioural Disorders,1992).

Ayırıcı tanı aşağıda gösterilmiştir.

1.6.2.2 Şizofrenik bozukluk Ayırıcı tanı

1.Psikotik veya katatonik özellikli Major Depresif ve Bipolar bozukluk

2.Şizoaffectif bozukluk

3.Kısa Psikotik bozukluk ve Şizofreniform bozukluk

4.Hezeyanlı bozukluk

5.Şizotipal Kişilik bozukluğu

6.Obsesif Kompulsif ve Beden Dismorfik bozukluk

7.Posttravmatik Stres bozukluğu

8.Otistik Spektrum bozukluk

9.Psikotik semptomların eşlik ettiği diğerk mental bozukluklar(delirium ve benzeri)

(DSM-V, 2013)

DSM-V sınıflama sisteminde alt türler kaldırılmıştır. Belirleyici tanı olarak eşlik eden katatoni belirtileri varsa katatoni tanısı eklenebilmektedir. Ayırıcı tanı ölçütlerine ek olarak uygunsuz duygulanım, disforik duygudurum, anksiyete, uykuda bozulmalar, yemeyi

reddetme gibi belirtiler mevcuttur. Depersonalizasyon, derealizasyon veya somatik belirtiler ortaya çıkabilir. Kognitif defisitler sonucu bellekte bozulmalar ve sosyal kognitif defisitler sonucu başkalarının davranışlarını farklı anlamlandırma görülebilmektedir (DSM-V, 2013).

Buna ek olarak yaşam boyu prevalans oranı yaklaşık olarak %0.3-0.7'dir. Başlangıç yaşı geç ergenlik veya otuz yaş civarındadır. Suisid riski yüksektir. Komorbid tanı genellikle eşlik etmektedir. Madde kullanımı, depresif semptomlar, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk yaygın eşlik eden tanılardır (Tandon ve diğerleri, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Şizofrenide içgörü yoksunluğu yada hastalığı farkında olmama yaygındır (Lysaker, 2018). Hastalığı farkında olmama şizofrenide başa çıkma stratejisinden çok semptom olarak değerlendirilmektedir. İçgörü yoksunluğu tedavi uyumsuzluğunu, istek dışı tedaviler, yüksek relaps oranını azaltmak açısından önemlidir.

1.6.3 İçgörü

Lewis içgörüyü 'kişinin kendinde ortaya çıkan morbid değişkenleri doğru biçimde algılayabilmesi' olarak tanımlamıştır (aktaran, Altınöz ve Aslan, 2010). David (1990) ise üç ayrı boyut olarak ele almıştır. Bu boyutlar:

1. Mental bir hastalığı olduğunu bilme ,tanıma (farkındalık).
2. Hezeyan yada halüsinasyonlar gibi zihinsel durumları olağandışı olarak yeniden değerlendirebilme (kendinin yada başkalarının davranışlarının nedenlerini tekrar yorumlayabilme süreci ,*aktif*).
3. Tedaviye ihtiyacı olduğunu kabul etme (aktaran, Reddy, 2015).

Buna ek olarak, içgörü kavramı şizofrenik bozuklukta daha geniş değerlendirilmesi gerektiği vurgulanarak beş boyut olarak genişletilmiştir. Bu boyutlar:

- 1 Mental bir hastalığı olduğunu farkına varma.
- 2 Bu ruhsal hastalığın sonuçlarını farkına varabilme.
- 3 Hastalığın semptomlarını tanıma ve farketme.

4 Semptomları hastalığa atfedebilme.

5 İlacın etkilerini farkında olma olarak tanımlanmıştır (Amador ve David, 2004).

İçgörü yoksunluğuna, neuropsikolojik defisitler, psikiyatrik hastalığın bir semptomu olarak yada savunma mekanizması (inkar, stigma yada hastalığın yarattığı stres) gibi etkenlerin yol açtığı vurgulanır (Reddy, 2015). Bununla birlikte, içgörünün içsel ve dışsal faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir. Ayrıca sosyokültürel farklılıklardan etkileneceği vurgulanmıştır. Klinik uygulamada mental durum değerlendirmesinde ise, hastalığı tam inkar, kısmi olarak hastalığı olduğunu ve tedavi ihtiyacını olduğunu farkında olmasına rağmen aynı zamanda reddetme, hastalığı farkında olup başkalarını suçlama eğilimi (dışsal atfetme), entellektüel içgörü yada emosyonel içgörü olarak tanımlanmaktadır (Reddy, 2015).

Entellektüel içgörü, hastanın ruhsal bir hastalığı farkında olması ve semptomlarının ruhsal hastalıktan dolayı olmasına bilmesine karşın içsel olarak hezeyanın gerçekliğine inanmasını tanımlamaktadır (Altınöz ve Aslan, 2010). Daha çok bilgi düzeyinde bilmektedir fakat içsel olarak inanmamaktadır. Emosyonel içgörü ise, içsel dünyaya atıf yapar.

Buna ek olarak DSM-IV, şizofreni bozuklukta zayıf içgörünün, hastalığın inkarından çok hastalığın manifestosu olarak tanımlamıştır. Buna karşın DSM-V içgörü kavramını boyutsal olarak değerlendirmeye almamıştır (Fıstıkçı, Keyvan ve Cesur, 2016).

Bipolar bozuklukta içgörü “*duruma bağlılık*” fenomeni ile açıklanmaktadır ve hasta epizodik olarak tam bir iyileşmeden sonra içgörü kazanabileceği vurgulanmaktadır. Buna karşın şizofreni bozuklukta içgörü kavramı “*özellik*” olarak değerlendirilmekte, remisyon sürecinde görülebileceği vurgulanmaktadır (Reddy, 2015).

1.6.4 Tedavi Uyum

DSÖ, tedavi uyumunu kısaca “Sağlık profesyonellerinin tedaviye yönelik önerilerini, kişinin doğru bir şekilde takip etmesi ve uygulaması’ olarak tanımlamıştır (“Adherence to Long term Therapies”, 2003).

Tedavi uyumu (ilaca uyum) kısaca , önerilen ilaç dozunun uygun oranda kullanılması, düzenli tedavi kontrollerine katılımı, ve tedaviyi kabul etmeyi içermektedir

Uyumsuzluk, önerilen tedaviye uymama, ilacın kesilmesi veya dozunun kötüye kullanımı olarak tanımlanabilir (Demirkol ve Tamam, 2016).

Tedaviye uyumsuzluk ise literatürde genellikle istemli ve istemsiz uyumsuzluk olarak iki grupta incelenmiştir. İstemli uyumsuzluk hastanın kendi seçimine vurgu yapmakla birlikte ,istemli uyumsuzluk genellikle tedavi sürecindeki objektif bariyerlere vurgu yapmaktadır (Velligan vd., 2010).

Literatürde uyumu etkileyen faktörler aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

- 1.Hastanın özellikleri (hastalığa ve ilaca karşı tutumlar).
 - 2.Tedavi yeri ,ortam (özel klinik ,hastane ,yatarak veya ayaktan tedavi görme gibi).
 - 3.İlaça bağlı özellikler (yan etkiler ,karmaşık ilaç rejimi).
 - 4.Hastalığın klinik özellikleri (kronik seyreden).
 - 5.Klinisyenin özellikleri (farmakoloji bilgisi, empati, terapötik işbirliği)
- (Fawcett, 1995).

Tedaviye uyum prognozu ve tedavi maliyetlerini düşürmesi açısından önem arz etmektedir. Buna ek olarak, literatürde klinik pratikte subjektif değerlendirmeler (öznel iyilik algısı, hekimin gözlemi ,hastanın ifadesi gibi) ile hastanın uyumu ölçüldüğünden kritik edilen bir kavram olmasına karşın subjektif faktörlerin belirlenmesinin hastanın motivasyonunu sağlamak adına daha efektif olduğu vurgulanmaktadır (Beck ve diğerleri, 2011). Objektif ölçümler için, ilacın plasma seviyesi, elektronik kayıtlar, laboratuvar testleri gibi ölçümlerin yapılmasının gerekliliği vurgulanırken pratik zorluklardan dolayı gözlemsel ölçümler ve ölçekler ile değerlendirmeye çalışılmaktadır. Bununla birlikte, tedavi uyumsuzluğu yüksek hospitalizasyon, yüksek tedavi maliyetine, intihar riskine ve yaşam kalitesinde azalma gibi faktörlerle korele olduğu vurgulanmaktadır Buna ek olarak Bipolar bozuklukta uyumsuzluk %20-50 aralığında, Şizofrenide ise, %20-72 aralığında seyretmektedir (Dubin, Julius ve Novitsky, 2009).

1.6.5.Yaşam Kalitesi

Yaygın anlamıyla yaşam kalitesi tanımı “bireylerin yaşadıkları kültürel ve değerler sistemi içerisinde amaçlarını ,beklentilerini, standartlarını ve ilgi alanlarına ilişkin yaşamdaki pozisyonların algılamalarıdır“ (Who, 1995). Diğer araştırmacıların sağlıkla ilişkili yaşam tanımı ise, hastanın sağlık yada hastalığının fiziksel, mental ve sosyal hali üzerindeki etkisine ilişkin görüşüdür (Testa ve Simonson, 1996). Yaşam kalitesi geniş bir kavramdır. DSÖ , kısaca “fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlamıştır ve fiziksel, psikolojik, sosyal işlevsellik, çevre, maneviyat ve bağımsızlık düzeyi gibi bileşenleri içine alan bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (aktaran, Top, Özden ve Efe Sevim, 2003). Buna ek olarak kişinin hastalığa yönelik subjektif algısı ve objektif algıları (yaşam standardı gibi) olarak da tanımlanabilir. Klinikte yaşam kalitesi, tedavinin sonuç ölçütü, sağlık ihtiyaçlarını değerlendirme, bireysel tedavi planı oluşturmada bir ölçüt olarak kullanılabileceği vurgulanmaktadır (Albrecht ve Fitzpatrick, 1994).

Ruhsal hastalıklarda yaşam kalitesi iyilik hali ve hastalık hali, semptomun yarattığı stres, depresif duyguduruma bağlı enerji ve motivasyonda azalma gibi semptom belirtilerinden etkilenmekle birlikte, sosyal ilişkiler ve psikopatolojide yaşam kalitesini etkilemektedir. Sosyal ilişkiler, aidiyet duygusu, destekleyici bir çevre, sosyal etkileşimler ve aktiviteler otonomi, umut ve umutsuzluk gibi faktörlerin yaşam kalitesi algısında önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Connell, Cathain ve Brazier, 2014).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Psikiyatride içgörü ruhsal hastalığı tanıma ve belirtilerini farkında olmadır (Jaspers, 1990; Semple ve Smyth, 2013). DSM-IV ve ICD-10 ruhsal hastalıklarda sınırlı farkındalık ve klinik içgörü kaybı görülebileceğini vurgulamıştır (APA, 2013). İçgörü bütünsel bir kavram olmamakla birlikte birçok bileşen içermektedir ve üç ayrı boyut olarak tanımlanmıştır (David,1990). Bu boyutlar: ruhsal hastalığı kabullenme ve farkında olma, belirtileri tanıma ve değerlendirebilme yetisi ve tedaviye uyumdur. Jaspers (1997) içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk araştırmacılardan biridir. Diğer bir araştırmacı içgörüyü “kişinin kendinde ortaya çıkan morbid değişkenleri algılayabilmesi” olarak tanımlamıştır (aktaran, Aslan ve Altınöz, 2010). Bunun dışında içgörü kavramı tek bir model ile açıklanamayacağı vurgulanmıştır (Cooke, Peters, Kuipers ve Kumari, 2005).

Hastalığa içgörü daha çok psikotik bozukluk tanısı için önem taşıdığı düşünülürken diğer birçok psikiyatrik bozukluk için önem arz ettiği ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak hastalığa içgörü klinik olarak yaşam kalitesi, psikososyal işlevsellik, semptomoloji, iyi bir terapötik uyum ve düşük tekrar yatış ile ilişkilidir (Dias, Brissos, Frey ve Kapsinzi,2008). Tedavi boyunca temel hedeflerden birinin içgörü kazandırılması olması gerektiği ayrıca araştırmacılar tarafından vurgulanmıştır (Lincoln, 2003).

Literatür araştırmaları incelendiğinde öncü bir araştırmada, şizofreni hastalarında içgörü derecesi ile psikopatoloji şiddeti arasında bir ilişki bulunmamıştır (aktaran:Aslan ve Altınöz,2010) buna karşın, diğer bir çalışmada semptom şiddeti arttıkça içgörünün azaldığı entellektüel düzey, kişilik özellikleri, geçmiş yaşantıların içgörüyü etkileyen faktörler olduğu sonucuna varılmıştır (Markova ve Berrios,1992). Bazı çalışmalar aslında içgörü yoksunluğunun hastanın savunma mekanizması olan inkarı kullanarak hastalıkla başetme şekli olduğu görüşündedir(aktaran, Margariti vd., 2015). Buna ek olarak yapılan araştırmalar hastalığın farkında olmamanın tedavi uyumu, sosyal ve mesleki işlevselliği, prognozu ve tedavi sonucunu olumsuz etkilediği görüşündedir (Amador ve Strauss,1993; David,1990 Lincoln, 2007). Bunun yanında içgörünün yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çelişkili görünmekte ve bu “*İçgörü paradox*” olarak tanımlanmaktadır (Lysaker, Roe ve Yanos, 2009) örneğin; depresif belirtiler gösteren hastalar yaşam kalitelerini düşük olarak değerlendirebilir

bunun yanında manik belirtiler gösteren hastalarda olduğundan daha fazla olarak değerlendirilebilirler. Diğer bir çalışmada akut, kronik ve stabil psikoz hastalarında iyi içgörünün pozitif olarak depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur(Cooke, Peters, Kuipers ve Kumari, 2005). Bununla birlikte yapılan bir başka çalışmada bu ilişkiyi desteklemektedir (Mintz, Dobson ve Romney, 2003). Depresyonun psikopatolojik parametre olarak en fazla öne çıkan bozukluk olduğu da araştırmalar ile desteklenmiştir. Buna ek olarak yapılan diğer bir çalışma azalmış içgörünün zayıf kognisyon ve tedavi uyumu ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Nair, Palmer, Aleman ve David, 2014). Buna ek olarak neurokognisyon klinik içgörü, semptom şiddeti ile güçlü şekilde bağıntılı bulunmuştur (Chan, 2016). Ayrıca, semptom tedavisi ve tedavi uyumunun içgörüyü arttırabileceğini böylece kişinin yaşam kalitesinde düzelmeler görülebileceğini vurgulanmaktadır.

Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu diğer kronik hastalıklara göre daha yüksek orandadır (Velligan ve diğerleri, 2010). Psikofarmakolojik tedaviye kısmi yada tam uyumsuzluk değişkenlik göstermekle birlikte %40-50 gözlenmektedir (Velligan, Sajatovic, Hatch, Kramata ve Docherty, 2017). Tedaviye uyumu inceleyen bazı araştırmalar istemli ve istemsiz uyumsuzluk olarak iki grupta incelemiştir. İstemli uyumsuzluk hastanın kendi seçimine vurgu yapmakla birlikte ,istemli uyumsuzluk genellikle tedavi sürecindeki objektif bariyerlere vurgu yapmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk(ilacı bırakma yada tam doz almama) şizofren hastalarda hospitalizasyonu arttırmaktadır. Buna ek olarak şiddet, tutuklanmalar sosyal kayıplar ile birlikte hastaların yaşam kalitesi düşmektedir (Velligan vd., 2017).

Yapılan sistematik bir çalışmada ruhsal bozukluklarda ilaç tedavisine karşı uyumsuzluk nedenleri ile ilişkili literatüre taranmıştır ve %55.6 içgörü neden olarak saptanmıştır (Velligan vd, 2017). Buna ek olarak madde kullanımı, ilaca karşı negatif tutum, ve ilaca bağlı yan etkilerin yordayıcı olduğu bulunmuştur. Özellikle ilaca karşı negatif tutum ve madde kullanımı çalışmalarda tutarlı şekilde tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili bulunmuştur. Buna ek olarak içgörü ile ilgili yapılan çalışmalar şizofrenik bozuklukta zayıf içgörünün tedavi uyumsuzluğunu yordayıcı olduğunu bulmuştur .Ayrıca ilaca karşı tutumlar, terapötik işbirliği, ilaca bağlı yan etkiler, özellikle kilo alımı, kognitif defisitler gibi nedenlerinde tedavi uyumunu yordayabileceği bulgulanmıştır (Velligan vd., 2017).

Yapılan diğer bir takip çalışması bipolar bozuklukta zayıf içgörünün tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Novick ve diğerleri, 2015). Şizofren ve bipolar bozukluk karşılaştırıldığında bipolar bozuklukta tedavi uyumu daha yüksek

bulunmuştur. Buna ek olarak içgörü, terapötik işbirliği ve tedavi uyumu yüksek oranda ilişkili olduğu saptanmıştır (Novick vd., 2015). Bunu destekler çalışmalarda ise bipolar ve şizofreni bozuklukta zayıf içgörü, „zayıf terapötik ilişki ile tedavi uyumunun ilişkili olduğunu bulmuştur (Karaytuğ ve diğerleri,2017 ; Sendt, Tracy ve Bhattacharyya, 2015). Bununla birlikte, şizofren hastalarında yapılan diğer bir çalışmada ise zayıf içgörü, sosyal işlevsellikte bozulmalarla ilişkili olduğunu ve klinik içgörünün sosyal bağları yordayıcı olduğunu vurgulamıştır (Montemagni ve diğerleri, 2014). Buna ek olarak tedavi uyumunu inceleyen bir araştırmada ise kişilik bozukluğunun olmaması, günlük ilaç doz sayısının az olması gibi etkenlerin uyum üzerinde etkili olduğu, tedavi uyumunu azaltan etmenlerin ise major depresif bozukluk terapötik işbirliği olmayışı, sosyal çevre desteğinin minimal olması, olumsuz bakan eş varlığı gibi faktörlerin uyumsuzluğu arttırdığı vurgulanmıştır (Demirkol ve Tamam, 2016). Buna ek olarak, uyumsuzlukta risk faktörler olarak genç yaş, ilaç tedavisinin ilk yılı olması, geçmişte tedaviye direnç, yükselmiş duygudurum olarak bulunmuştur. Bunun yanında psikotik bozuklukta uyumu etkileyen faktörlerin bakıldığı bir çalışmada hastalık şiddeti, içgörü, kognitif bozukluk gibi nedenlerin uyumu etkileyebileceği vurgulanmıştır (Fenton, Blyler ve Heinssen, 1997). Hastaların yarısının tedaviyi tamamlamadan sona erdikleri bilinmektedir ve uyumu etkileyen faktör olarak depresif bulgular ön plana çıkmaktadır ve tedaviye uyumu bozan etkenin içgörü olduğu vurgulanmıştır (Lincoln, 2007). Buna karşın, içgörü ve tedavi uyumu arasındaki ilişki araştırmalarla desteklenmesine ve örtüşen yanları olmasına karşın „David (1990) , içgörü düzeyi yüksek olan bir kişinin tedaviye uyuma direnç gösterebileceğinin altını çizmiştir. Buna ek olarak „içgörü düzeyi düşük olmasına karşın tedavi uyumu görülebilmektedir (aktaran, David, 1990).

Bunun yanında şizofreni bozuklukla ilgili yapılan bir araştırmada, içgörü kaybı yada kısmi içgörü oranı yaklaşık 50%' dir (Lincoln, Lullmann ve Rief, 2006). Yapılan birçok çalışma içgörü düzeyinin yaşam kalitesini etkilediğini vurgulamış, içgöründe iyileşmenin sosyal işlevselliği arttırabileceğinin altına çizmiştir(Yen ve diğerleri , 2002). Buna ek olarak içgörü azlığı yada kaybı tedaviye uyumu bozduğu, hospitalizasyon oranını arttırdığı „psikososyal işlevsellikte düşüş ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu bir çok araştırma tarafından belirtilmiştir.(Yen vd.,2002 ; Buckley ve diğerleri, 2007). Buna ek olarak yapılan diğer bir araştırmada şizofreni tanısı almış hastalarda hastalık süresi uzadıkça belirtiler artmakla birlikte , özellikle depresif ve negatif belirtiler, buna karşın içgörü ve ilaç uyumu pozitif bulunmuştur. (Sağlam Aykut, 2017). Literatür incelendiğinde, duygudurum bozukluklarında içgörünün araştırıldığı bir çalışmada manik veya depresif atakta olan

hastaların içgörü değerlendirmesinde, manik atakta olan hastaların depresif hastalara oranla daha ağır içgörü kaybı olduğu, remisyon sürecinde bile içgörü gösteremeyebileceği (Ghaemi, Stoll ve Pope, 1995) bunun yanında psikotik özellikli depresif hastaların psikotik semptomların eşlik etmediği hastalara göre daha ağır seyrettiği çalışmalarla desteklenmesine karşın, başka bir araştırmada ise manik tanılı grupta içgörü gelişme gösterirken depresif tanılı grupta içgörü minimal düzeyde korunmuştur (Michalakaes ve diğerleri, 1994). Buna ek olarak bipolar hastalarda içgörüsü olan hasta grubunun remisyona girme oranı daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, bipolar bozuklukta relapse sebebi genellikle tedaviye uyum ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır ve en önemli faktörlerden birinin içgörü fenomeni olduğu belirtilmiştir. Buna ek olarak içgörü azlığının kötü prognozla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Ghaemi, Boiman ve Goodwin, 2000). Araştırmalar benzer sonuçları göstermesine karşın özellikle bipolar bozuklukta içgörüyü etkileyen sosyodemografik değişkenlerle ilişkili yazın artmakla birlikte sonuçlar değişkendir.

Bunun yanında, yaşam kalitesine ilişkin literatür incelendiğinde yaşam kalitesi tedavinin sonucunu değerlendirme açısından önemlidir. Klinik araştırmalarda artan şekilde yaşam kalitesi sonuç değişkeni olarak ele alınırken özellikle somatik tıpta yaşam kalitesi ölçümü güvenilir bir ölçüm olabileceği vurgulanırken, mental bozukluklarda hastanın subjektif perspektifindeki bozulmalardan ötürü kritik edilen bir kavramdır, örneğin :depresif hasta iyilik halini depresif duygudurum sonucu olarak daha kötü değerlendirebilirken, manik hasta için tam tersi endikedir. Bu ölçümlerin tek başına yeterli olmayacağı hasta yakınlarının ve klinisyenlerin değerlendirmeleri gerektiği üzerinde vurgu yapılır (Katschnig, 2006). Literatür incelendiğinde, bireyin kendi algısının rolü üzerine vurgu yapılmıştır. Duyguduruma ilişkin en çok atıf yapılan kavram olan "affektif bias" semptomların abartılı yaşam kalitesi algısına yol açabileceğine vurgu yapar. Bununla birlikte bipolar bozuklukta yaşam kalitesinde iyileşme ve sosyal işlevsellikteki artış tedavi sonucunu değerlendirme açısından önemli bir göstergedir (Gitlin ve Miklowitz, 2017). Yapılan diğer bir çalışmada öyküde mental bozukluğun varlığı yaşam kalitesi ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur, bunun yanında, şimdiki semptomoloji ve işlevselliğin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Schechter, Endicott ve Nee, 2007). Semptomatik gelişme ve iyileşmenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu araştırmalar ile desteklenmiştir (Ruta ,Garratt, Leng, Russell ve MacDonald, 1994). Yapılan diğer bir çalışmada ise depresif duygudurumun şizofren hasta grubunda olumsuz şekilde yaşam kalitesini etkilediğini bulmuştur (Margariti vd., 2015).

Literatürde, şizofreni ve diğer mental bozukluklarda yaşam kalitesini etkileyen değişkenlere ilişkin birçok bilimsel çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmada şizofreni hastalarının yaşam kalitesi skorlarının duygudurum ve nevrotik bozukluklara göre daha lehinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve bütün tanı gruplarında yaşlı ve çalışan popülasyonun yüksek yaşam kalitesi olduğu saptanmıştır. Bunun yanında semptom düzeyi, duygudurum bozuklukları ve şizofreni hasta grubuna göre nevrotik hasta grubunda güçlü düzeyde yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca şizofreni hasta grubunun diğer tanı gruplarına göre pozitif yaşam kalitesi skorları olduğu, bu sonucun şizofreni tanılı hasta grubunun hastalıkları ile yaşamaya daha farklı adapte oldukları düşük beklenti düzeyinin yüksek doyuma yol açabileceği duygusal geri çekilme ve kognitif defisit sonucu yaşam kalitesi skorları artabileceği belirtilmiştir (Atkinson, Zibin ve Chuang, 2018). Birçok çalışma sosyodemografik özellikler ve klinik faktörler ile yaşam kalitesini ölçmüştür (Sullivan, Wells ve Leake, 1992; Lehman Rachuba ve Postrado, 1995). Eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur buna ek olarak şizofreni ve duygudurum bozukluklarında yaşam kalitesi üzerinde yapılan çalışmalarda çelişik sonuçlar bulunmuştur (Atkinson vd., 1997) buna karşın bütün tanı gruplarında semptom derecesinin düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada bipolar bozuklukta psikopatolojinin şiddeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (Dias, Brissos, Frey ve Kapszinski, 2008). Tüm tanı gruplarında benzer sosyodemografik ve klinik faktörlerin etkileyebileceği vurgulanırken bu değişkenlerle ilişkili mevcut literatür çalışmalarını sınırlı, çelişik sonuçlar bulgulamıştır. Buna karşın yaşam kalitesi klinikte önemli bir tedavi ölçümü olarak değerlendirilebileceği bazı araştırmalarla desteklenmektedir.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma bipolar ve şizofreni bozukluk tanısı almış ayaktan tedavi gören hastalarda içgörü, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmış, nicel bir yöntem olan tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma deseni 'kesitsel korelasyon yöntemi'dir. Zaman, maliyet açısından düşük kısa sürede yapılabilir ve sonuçlanabilir olması, tüm toplum yerine belirlenen örneklemde tanı yöntemleri ve ölçekler kullanılarak bir sağlık durumunun boyutunu değerlendirmek, çoklu değişkenler arasındaki ilişkiye bakmaya olanak sağlamasından dolayı bu yöntem seçilmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın çalışma evrenini, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesine 2017-2018 tarihleri arasında polikliniğe başvuran, 18-65 yaş aralığında, bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış ayaktan tedavi gören hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, amaca dönük örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Yapılan araştırmaya bağlı olarak belirli ölçütleri karşılayan veya belirli özelliklere sahip bireyler araştırmaya alınmıştır. Karşılaştırma olanağı sağlaması, bir durum hakkında detaylı bulgu edinme gibi nedenlerle örneklem seçilimi bu yöndedir.

Araştırmanın örneklemini 01 Eylül 2017-15 Nisan 2018 tarihleri arasında polikliniğe başvuran, psikiyatri uzmanı tarafından bipolar bozukluk veya şizofrenik bozukluk tanısı verilmiş, çalışmaya alınma kriterlerine uyan gönüllü hastalar oluşturmaktadır. Alınma kriterleri : DSM-V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk veya şizofrenik bozukluk tanısı almış olmak, en az ilkokul mezunu olmak, yaş aralığı 18-65 yaş aralığı olarak belirlenmiştir ve bilgilendirme sonucunda çalışmaya onam vermesi gerekmektedir. Mental retardasyon tanısı, okuma-yazma bilmemek, DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir kognitif bozukluk

tanısı almak, alkol ve madde kullanımı eşlik eden ve çalışmaya katılma esnasında akut dönemde olan hastalar dışlanmıştır.

3.3 Verilerin toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Yakın Doğu Üniversitesi etik kurulundan onay alınmıştır. Ayrıca KKTC Sağlık Bakanlığı'ndan ve Barış Ruh ve Sinir hastalıkları Hastanesi başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam ile hastalar klinik çalışmaya alınmadan önce araştırmanın amacı ve koşulları açıklanmıştır ve yazılı onam alınmıştır. Araştırma sırasında etik kurallar gözetilerek hastanın herhangi bir tereddütünde araştırmadan çekilebileceği belirtilmiştir.

Araştırma verileri Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesi 01 Eylül 2017-15 Nisan 2018 tarihleri arasında polikliniğe başvuran alınma ölçütlerine uyan Bipolar ve Şizofren tanıli hastalardan araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya 50 hasta alınmıştır. 34 hasta bipolar bozukluk tanısı almıştır, 16 hasta ise şizofreni bozukluk tanısı almıştır. Araştırmacı tarafından 40 dakika süren görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği olmak üzere 4 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır.

3.4.1 Sosyodemografik Bilgi Formu(SDBF)

Araştırmaya dahil edilen hastaların, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum çalışma durumu gibi bilgilerin sorulduğu tanıtıcı bilgiler ile psikiyatriye ilk başvuru yaşı yakınmalar, tedavi süresi, hastaneye yatış sayısı, tedaviye düzenli devam etme gibi klinik faktörlerin saptanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.4.2 İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

Bu araştırma da araştırmacı tarafından uygulanan içgörüyü niceliksel olarak ölçen İÜBDÖ kullanılmıştır. Tedaviye uyum, hastalığı farkında olma, psikotik yaşantıları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden oluşmaktadır. Sekiz sorudan oluşmaktadır ve yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru , hipotetik olarak eklenmiştir, sorunun sorulması araştırmacıya bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Bu ölçek David tarafından geliştirilmiştir (David,1990). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

3.4.3 Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği (MTUÖ)

Donald E. Morisky (1986) tarafından geliştirilmiştir. İlaç uyumunu ölçen hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Ölçek dört adet iki seçenekli evet/hayır şeklinde kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Evet 0 ,hayır ise 1 olarak değerlendirilmektedir .Soruların tümüne hayır cevabı verilmişse ilaç uyumu yüksek bir yada iki soru evet ise uyum orta, üç yada dört soruya evet olarak cevaplandırılmış ise uyum düşüktür. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (2004)tarafından antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için yapılmış daha sonra Muslu (2010) şizofreni hastalarında tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla kullanmıştır. İki uçlu bozuklukta ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar (2014) tarafından yapılmıştır.

3.4.4 Yaşam kalitesi (SF-36)

Bu araştırmada hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesinde Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF 36) kullanılmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeği fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/ vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve

sağlığın genel algılanması (5 madde) olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte O-100 puan aralığında değerlendirme sağlanır ve yüksek puan daha iyi sağlık düzeyini göstermektedir.

Araştırmacı tarafından yapılan iç tutarlılık testi sonuçlarına göre ölçekte yer alan alt boyutlara ait Cronbach alfa değerlerinin 0,71 ile 0,79 arasında değiştiği tespit edilmiştir.

3.5 . Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel olarak analiz edilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 paket programından yararlanılmıştır.

Araştırmaya dahil edilen bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış ve ayaktan tedavi gören hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerine göre dağılımı frekans analizi ile belirlenmiş olup, sonuçlar frekans dağılım tabloları ile gösterilmiştir.

Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanlarına ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değeri gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanıtıcı ve klinik özelliklerine göre Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanlarının karşılaştırılmasında kullanılacak hipotez testlerinin saptanması amacıyla veri setinin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Buna göre hastaların ölçeklerden aldıkları puanların normal dağılıma uymadığı saptanmış ve araştırmada parametrik olmayan hipotez testleri kullanılmıştır.

Hastaların cinsiyet, çalışma durumu, hastaneye yatma durumu ve tedaviye düzenli olarak gelme durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanları Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Hastaların yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatriye başvurma yaşı, yakınmaları, tanı süresi ve tedavi süresine göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasın Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testi sonucunda gruplar arası fark çıkması halinde farkın hangi gruplardan kaynaklandığının saptanmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon analizi ile belirlenmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
40 yaş ve altı	13	26,0
41-50 yaş arası	20	40,0
51 yaş ve üstü	17	34,0
Cinsiyet		
Kadın	27	54,0
Erkek	23	46,0
Çalışma durumu		
Çalışan	10	20,0
Çalışmayan	40	80,0
Medeni Durum		
Bekar	17	34,0
Evli	25	50,0
Boşanmış/Dul	8	16,0
Eğitim durumu		
İlkokul	19	38,0
Ortaokul/Lise	23	46,0
Üniversite	8	16,0

Tablo 1.'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo 1. incelendiğinde, hastaların %26,0'sının 40 yaş ve altı, %40,0'ının 41-50 yaş arası ve %34,0'ünün 51 yaş ve üstü yaş grubunda yer aldığı, %54,0'ünün kadın ve %46,0'sının erkek olduğu görülmüştür. Hastaların %80,0'inin çalışmadığı, %34,0'ünün bekar, %50,0'sinin evli ve %16,0'sının boşanmış/dul olduğu saptanmıştır. Hastaların %38,0'nin ilkokul mezunu, %46,0'sının ortaokul/lise ve %16,0'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır

Tablo 2*Hastaların yaş gruplarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanlarının karşılaştırılması*

	Yaş Grubu	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	X ²	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	40 yaş ve altı	13	10,38	2,69	10	29,88	3,228	0,199
	41-50 yaş arası	20	9,70	2,58	10	26,73		
	51 yaş ve üstü	17	8,59	2,48	9	20,71		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	40 yaş ve altı	13	3,15	1,28	4	27,23	0,486	0,784
	41-50 yaş arası	20	2,90	1,33	3	23,98		
	51 yaş ve üstü	17	3,24	0,83	3	25,97		
Fiziksel Fonksiyon	40 yaş ve altı	13	86,54	16,38	95	31,35	3,140	0,208
	41-50 yaş arası	20	72,02	22,18	67,5	22,33		
	51 yaş ve üstü	17	75,00	22,84	85	24,76		
Fiziksel Rol Güçlüğü	40 yaş ve altı	13	44,23	50,16	0	27,23	0,598	0,742
	41-50 yaş arası	20	30,00	44,87	0	23,90		
	51 yaş ve üstü	17	39,71	49,26	0	26,06		
Emosyonel Rol Güçlüğü	40 yaş ve altı	13	41,03	49,35	0	28,54	1,574	0,455
	41-50 yaş arası	20	21,67	40,86	0	23,18		
	51 yaş ve üstü	17	33,33	47,14	0	25,91		
Enerji / Canlılık / Vitalite	40 yaş ve altı	13	44,62	14,78	45	25,96	0,117	0,943
	41-50 yaş arası	20	42,75	11,86	45	24,65		
	51 yaş ve üstü	17	44,12	13,95	45	26,15		
Ruhsal Sağlık	40 yaş ve altı	13	55,69	9,01	60	27,35	0,313	0,855
	41-50 yaş arası	20	52,60	13,06	54	25,20		
	51 yaş ve üstü	17	52,71	12,27	56	24,44		
Sosyal İşlevsellik	40 yaş ve altı	13	56,73	24,27	62,5	30,65	2,735	0,255
	41-50 yaş arası	20	49,38	20,87	50	25,10		
	51 yaş ve üstü	17	44,12	18,28	50	22,03		
Ağrı	40 yaş ve altı	13	67,12	21,26	67,5	33,42	5,299	0,071
	41-50 yaş arası	20	50,25	26,79	55	22,33		
	51 yaş ve üstü	17	51,91	16,97	55	23,18		
Genel Sağlık Algısı	40 yaş ve altı	13	46,54	7,18	50	25,58	0,007	0,996
	41-50 yaş arası	20	47,25	5,95	47,5	25,30		
	51 yaş ve üstü	17	47,35	7,73	50	25,68		

Tablo 2.'de araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 2. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). 40 yaş ve altı yaş grubunda yer alan hastaların İÜBDÖ puanları diğer yaş gruplarındaki hastalara göre yüksek olsa da anlamlı düzeyde değildir.

Hastaların yaş gruplarına göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). 41-50 yaş grubunda yer alan hastaların tedavi uyum puanları diğer hastalara göre düşük bulunsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre SF-36'da yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3*Hastaların cinsiyetlerine göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanlarının karşılaştırılması*

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	Z	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Kadın	27	9,33	2,20	10	24,93	-0,305	0,760
	Erkek	23	9,70	3,08	9	26,17		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Kadın	27	2,89	1,28	3	23,59	-1,078	0,281
	Erkek	23	3,30	0,97	4	27,74		
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	27	69,64	23,22	60	20,67	-2,564	0,010*
	Erkek	23	85,22	15,99	90	31,17		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kadın	27	36,11	46,68	0	25,37	-0,079	0,937
	Erkek	23	38,04	48,77	0	25,65		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Kadın	27	29,63	44,66	0	25,22	-0,176	0,861
	Erkek	23	31,88	46,58	0	25,83		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Kadın	27	42,22	10,86	45	23,81	-0,896	0,370
	Erkek	23	45,43	15,44	50	27,48		
Ruhsal Sağlık	Kadın	27	53,04	12,58	56	25,48	-0,010	0,992
	Erkek	23	53,91	10,85	60	25,52		
Sosyal İşlevsellik	Kadın	27	49,07	19,59	50	24,87	-0,339	0,735
	Erkek	23	50,00	23,23	50	26,24		
Ağrı	Kadın	27	55,19	23,83	55	25,43	-0,039	0,969
	Erkek	23	55,22	22,79	55	25,59		
Genel Sağlık Algısı	Kadın	27	46,11	6,25	45	23,50	-1,092	0,275
	Erkek	23	48,26	7,33	50	27,85		

* $p < 0,05$

Tablo 3.'de hastaların cinsiyetlerine göre İÜBDÖ, MTUÖ VE SF-36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney testi sonuçları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyetlerine göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Kadın ve erkek hastaların İÜBDÖ puanları benzer bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetlerine göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Erkek hastaların MTUÖ aldıkları puanlar kadın hastalara göre yüksek olsa da, bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Hastaların cinsiyetlerine göre SF-36 yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya dahil edilen erkek hastaları ölçekte yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan kadın hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların cinsiyetlerine göre SF'da yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kadın ve erkek hastaların bu alt boyutlardan aldıkları puanlar benzer bulunmuştur.

Tablo 4

Hastaların çalışma durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması

	Çalışma durumu	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	Z	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Çalışan	10	10,70	1,95	10	32,05	-1,607	0,108
	Çalışmayan	40	9,20	2,70	9	23,86		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Çalışan	10	3,30	0,67	3	26,05	-0,143	0,886
	Çalışmayan	40	3,03	1,25	3,5	25,36		
Fiziksel Fonksiyon	Çalışan	10	86,00	17,61	92,5	31,70	-1,518	0,129
	Çalışmayan	40	74,51	21,96	80	23,95		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Çalışan	10	47,50	50,62	37,5	28,05	-0,714	0,476
	Çalışmayan	40	34,38	46,58	0	24,86		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Çalışan	10	33,33	47,14	0	26,70	-0,350	0,726
	Çalışmayan	40	30,00	45,17	0	25,20		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Çalışan	10	42,50	18,45	45	23,75	-0,429	0,668
	Çalışmayan	40	44,00	11,72	45	25,94		
Ruhsal Sağlık	Çalışan	10	52,40	13,26	58	24,85	-0,159	0,873
	Çalışmayan	40	53,70	11,45	56	25,66		
Sosyal İşlevsellik	Çalışan	10	51,25	25,31	56,25	26,90	-0,348	0,728
	Çalışmayan	40	49,06	20,29	50	25,15		
Ağrı	Çalışan	10	68,00	21,92	61,25	32,25	-1,649	0,099
	Çalışmayan	40	52,00	22,54	55	23,81		
Genel Sağlık Algısı	Çalışan	10	46,00	7,75	47,5	24,35	-0,290	0,772
	Çalışmayan	40	47,38	6,60	50	25,79		

Hastaların çalışma durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 3.'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumlarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışan hastaların İÜBDÖ'den almış oldukları puanlar, çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş ancak bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya dahil edilen hastaların çalışma durumlarına göre MTÜÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışan hastaların SF-36 puanları, çalışmayan hastalara göre yüksek bulunmasına rağmen bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan hastaların çalışma durumlarına göre SF-36'da yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5

Hastaların medeni durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 ölçeklerin puanlarının karşılaştırılması

	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	X ²	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Bekar	17	9,00	3,35	8	22,74	2,925	0,232
	Evli	25	10,12	2,05	10	28,92		
	Boşanmış/Dul	8	8,63	2,26	9	20,69		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Bekar	17	3,41	1,06	4	30,15	3,153	0,207
	Evli	25	2,88	1,30	3	23,58		
	Boşanmış/Dul	8	3,00	0,76	3	21,63		
Fiziksel Fonksiyon	Bekar	17	77,94	18,21	85	24,82	0,929	0,628
	Evli	25	74,02	24,60	80	24,52		
	Boşanmış/Dul	8	83,13	18,11	87,5	30,00		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Bekar	17	39,71	49,26	0	26,06	2,219	0,330
	Evli	25	30,00	45,07	0	23,38		
	Boşanmış/Dul	8	53,13	50,78	62,5	30,94		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Bekar	17	31,37	46,35	0	25,82	0,035	0,983
	Evli	25	30,67	46,07	0	25,18		
	Boşanmış/Dul	8	29,17	45,21	0	25,81		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Bekar	17	41,76	10,45	40	22,44	1,757	0,415
	Evli	25	43,40	13,21	45	25,98		
	Boşanmış/Dul	8	48,75	17,88	47,5	30,50		
Ruhsal Sağlık	Bekar	17	54,82	9,36	60	26,85	0,231	0,891
	Evli	25	52,96	13,18	56	24,90		
	Boşanmış/Dul	8	52,00	12,47	60	24,50		
Sosyal İşlevsellik	Bekar	17	45,59	20,22	50	22,50	4,606	0,100
	Evli	25	47,50	20,09	50	24,44		
	Boşanmış/Dul	8	64,06	22,60	68,75	35,19		
Ağrı	Bekar	17	56,03	20,92	55	26,38	2,037	0,361
	Evli	25	50,60	23,72	55	23,06		
	Boşanmış/Dul	8	67,81	23,51	60	31,25		
Genel Sağlık Algısı	Bekar	17	47,06	6,86	50	25,76	0,044	0,978
	Evli	25	47,20	7,37	50	25,62		
	Boşanmış/Dul	8	46,88	5,30	47,5	24,56		

Tablo 5.'de araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 5. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Hastaların medeni durumlarına bakılmaksızın İÜBDÖ'den benzer puanlar aldığı görülmüştür.

Hastaların medeni durumlarına göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bekar olan hastaların SF-36 puanları diğer hastalara göre yüksek bulunmuştur ancak bu fark anlamlı değildir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların medeni durumlarına göre SF-36'da yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6

Hastaların eğitim durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 ölçeklerinin puanlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	X²	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	İlkokul	19	8,95	2,99	9	23,13	3,592	0,166
	Ortaokul/Lise	23	9,48	2,11	9	24,41		
	Üniversite	8	10,88	2,85	11	34,25		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	İlkokul	19	3,37	0,96	4	29,05	2,681	0,262
	Ortaokul/Lise	23	3,00	1,21	3	24,41		
	Üniversite	8	2,63	1,41	3	20,19		
Fiziksel Fonksiyon	İlkokul	19	67,92	24,43	65	20,13	5,955	0,051
	Ortaokul/Lise	23	78,91	19,19	85	26,78		
	Üniversite	8	91,88	7,53	95	34,56		
Fiziksel Rol Güçlüğü	İlkokul	19	31,58	47,76	0	24,03	1,199	0,549
	Ortaokul/Lise	23	45,65	49,23	0	27,59		
	Üniversite	8	25,00	40,09	0	23,00		
Emosyonel Rol Güçlüğü	İlkokul	19	28,07	44,81	0	24,89	0,447	0,800
	Ortaokul/Lise	23	34,78	46,58	0	26,65		
	Üniversite	8	25,00	46,29	0	23,63		
Enerji / Canlılık / Vitalite	İlkokul	19	43,42	11,91	45	25,39	0,036	0,982
	Ortaokul/Lise	23	43,70	15,17	45	25,28		
	Üniversite	8	44,38	10,84	47,5	26,38		
Ruhsal Sağlık	İlkokul	19	53,89	11,73	60	26,42	0,295	0,863
	Ortaokul/Lise	23	54,09	11,24	56	25,57		
	Üniversite	8	50,50	14,01	58	23,13		
Sosyal İşlevsellik	İlkokul	19	49,34	20,19	50	25,08	0,041	0,980
	Ortaokul/Lise	23	50,00	20,98	50	25,93		
	Üniversite	8	48,44	26,25	50	25,25		
Ağrı	İlkokul	19	50,26	24,68	55	22,05	1,839	0,399
	Ortaokul/Lise	23	57,50	21,62	55	27,13		
	Üniversite	8	60,31	24,33	61,25	29,00		
Genel Sağlık Algısı	İlkokul	19	46,58	5,54	50	25,03	0,117	0,943
	Ortaokul/Lise	23	47,61	8,24	45	26,22		
	Üniversite	8	46,88	5,30	47,5	24,56		

Araştırmaya dahil edilen hastaların eğitim durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanların karşılaştırılması amacıyla yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları Tablo 5.'de verilmiştir.

Hastaların eğitim durumlarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Üniversite mezunu olan hastaların ölçekten almış oldukları puanlar ilkokul mezunu ve ortaokul/lise mezunu hastalara göre yüksek bulunsa da, bu fark anlamlı düzeyde değildir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların eğitim durumlarına göre MTUÖ aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Üniversite mezunu olan hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar diğer eğitim düzeylerindeki hastalara göre düşük puan olsa da, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Hastaların eğitim durumlarına göre SF-36'da yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Eğitim durumlarına bakılmaksızın hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 7*Hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı*

Klinik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatriye başvuru yaşı		
30 yaş altı	24	53,33
30-39 yaş arası	16	35,56
40 yaş ve üzeri	5	11,11
Tanı (n=50)		
Bipolar	34	68,00
Şizofren	16	32,00
Tanı yıl		
10 yıl ve altı	13	29,55
11-20 yıl arası	21	47,73
21 yıl ve üzeri	10	22,73
Yatarak Tedavi		
Yatış var	23	57,50
Yatış yok	17	42,50
Tedavi süresi		
10 yıl ve altı	11	26,19
11-20 yıl arası	21	50,00
21 yıl ve üzeri	10	23,81
Tedaviye etki eden faktörler		
İlaç	11	22,91
Doktor	15	31,25
Aile üyeleri	12	25,00
Diğer	10	20,83
Tedaviye düzenli gelme durumu		
Düzenli gelen	45	90,00
Düzenli gelmeyen		
Toplam-50	5	10,00
Sosyal destek alınan kişiler		
Aile üyeleri	19	61,29

Eş/Partner	10	32,26
Arkadaşlar	2	6,45

Tablo 7.'de araştırmaya dahil edilen hastaların klinik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir Tablo 7. incelendiğinde araştırmaya katılan hastaların %53,33'ünün 30 yaşından önce psikiyatri kliniğine başvuruda bulunduğu, %35,56'sının 30-39 yaş arasında ve %11,11'nin 40 yaşından sonra psikiyatri kliniğine başvurduğu saptanmıştır. Hastaların %68,0'inin bipolar, %32,0'sinin şizofreni tanısı aldığı saptanmıştır Araştırmaya dahil edilen hastaların %29,55'i 10 yıl ve daha kısa süre önce, %47,73'ü 11-20 yıl arası süre önce, %23,81'i 21 yıl ve daha uzun bir süre önce tanı almıştır. Hastaların %22,91'i ilaçların, %31,25'i doktorun, %25,0'i aile üyelerinin tedavilerine etki ettiğini ifade etmiştir. Araştırmaya dahil edilen hastaların %90,0'ının tedaviye düzenli olarak geldiği, %10,0'unun ise düzenli olarak gelmediği saptanmıştır. Hastaların %61,29'u aile üyelerinden, %32,26'sı eş/partnerinden ve %6,45'i arkadaşlarından sosyal destek aldıklarını belirtmiştir.

Tablo 8

Hastaların psikiyatriye başvuru yaşlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Psikiyatriye başvuru yaşı	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	X ²	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	30 yaş altı	24	10,21	2,64	10	25,23	1,672	0,434
	30-39 yaş arası	16	9,50	2,61	9,5	21,06		
	40 yaş ve üzeri	5	9,20	0,84	9	18,50		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	30 yaş altı	24	3,04	1,20	3	22,15	1,464	0,481
	30-39 yaş arası	16	3,00	1,26	3,5	22,34		
	40 yaş ve üzeri	5	3,60	0,89	4	29,20		
Fiziksel Fonksiyon	30 yaş altı	24	80,83	23,58	90	25,81	2,512	0,285
	30-39 yaş arası	16	70,96	18,86	65	19,25		
	40 yaş ve üzeri	5	74,00	19,81	65	21,50		
Fiziksel Rol Güçlüğü	30 yaş altı	24	35,42	47,16	0	21,94	3,301	0,192
	30-39 yaş arası	16	51,56	50,39	62,5	26,59		
	40 yaş ve üzeri	5	15,00	33,54	0	16,60		
Emosyonel Rol Güçlüğü	30 yaş altı	24	30,56	46,02	0	22,48	0,937	0,626
	30-39 yaş arası	16	41,67	49,44	0	24,81		
	40 yaş ve üzeri	5	20,00	44,72	0	19,70		
Enerji / Canlılık / Vitalite	30 yaş altı	24	45,42	12,76	45	23,52	1,680	0,432
	30-39 yaş arası	16	41,56	13,38	45	20,41		
	40 yaş ve üzeri	5	51,00	8,94	45	28,80		
Ruhsal Sağlık	30 yaş altı	24	52,50	12,33	56	22,85	1,515	0,469
	30-39 yaş arası	16	52,00	10,63	54	21,22		
	40 yaş ve üzeri	5	58,40	12,52	64	29,40		
Sosyal İşlevsellik	30 yaş altı	24	47,92	21,39	50	22,23	0,605	0,739
	30-39 yaş arası	16	48,44	20,85	50	22,88		
	40 yaş ve üzeri	5	55,00	6,85	50	27,10		
Ağrı	30 yaş altı	24	55,83	22,43	55	24,48	1,033	0,597
	30-39 yaş arası	16	48,13	22,52	55	20,34		
	40 yaş ve üzeri	5	54,50	19,87	55	24,40		
Genel Sağlık Algısı	30 yaş altı	24	46,04	7,07	47,5	22,19	5,249	0,072
	30-39 yaş arası	16	45,94	6,38	45	20,44		
	40 yaş ve üzeri	5	54,00	6,52	50	35,10		

Tablo 8.'de araştırmaya alınan hastaların psikiyatri kliniğine başvurma yaşlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların psikiyatri kliniğine başvurma yaşlarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Psikiyatri kliniğine 30 yaş ve daha önce başvuru yapan hastaların İÜBDÖ puanları diğer hastalara göre yüksek olsa da bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Araştırma katılan hastaların psikiyatri kliniğine başvurma yaşlarına göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Psikiyatri kliniğine 40 yaş ve daha sonra başvuru yapan hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar diğer hastalara göre yüksek olsa da bu fark anlamlı değildir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların psikiyatri kliniğine başvurma yaşlarına göre SF-36'da yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 9*Hastaların tanılarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçek puanlarının karşılaştırılması*

	Tanı	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	Z	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Bipolar	34	8,76	2,49	9	21,16	-3,102	0,002*
	Şizofren	16	11,06	2,24	10,5	34,72		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Bipolar	34	3,09	1,08	3	25,19	-0,235	0,814
	Şizofren	16	3,06	1,34	3,5	26,16		
Fiziksel Fonksiyon	Bipolar	34	75,60	20,01	80	24,35	-0,819	0,413
	Şizofren	16	79,38	24,89	90	27,94		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Bipolar	34	38,97	48,92	0	26,28	-0,636	0,525
	Şizofren	16	32,81	44,46	0	23,84		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Bipolar	34	32,35	46,05	0	25,87	-0,313	0,754
	Şizofren	16	27,08	44,25	0	24,72		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Bipolar	34	42,79	14,52	45	24,50	-0,715	0,474
	Şizofren	16	45,63	9,64	47,5	27,63		
Ruhsal Sağlık	Bipolar	34	53,65	12,02	56	25,81	-0,221	0,825
	Şizofren	16	53,00	11,36	56	24,84		
Sosyal İşlevsellik	Bipolar	34	48,90	17,78	50	24,50	-0,725	0,469
	Şizofren	16	50,78	27,56	56,25	27,63		
Ağrı	Bipolar	34	55,07	21,98	55	25,37	-0,094	0,925
	Şizofren	16	55,47	26,13	56,25	25,78		
Genel Sağlık Algısı	Bipolar	34	46,47	6,57	45	23,68	-1,339	0,181
	Şizofren	16	48,44	7,24	50	29,38		

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanılarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları Tablo 9.'da verilmiştir.

Hastaların tanılarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Şizofreni tanısı konan hastaların İÜBDÖ puanları bipolar tanısı konmuş hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanılarına göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Şizofreni tanısı alan hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar bipolar hastalara göre yüksek olsa da, bu fark anlamlı düzeyde değildir.

Hastaların tanılarına göre SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Yakınmalarına bakılmaksızın hastaların SF-36 ölçeğinde yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar benzerdir.

Tablo 10

Hastaların tanı aldıkları sürelerle göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanlarının karşılaştırılması

	Tanı yıl	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	X ²	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	10 yıl ve altı	14	10,14	1,88	10	23,82	0,247	0,884
	11-20 yıl arası	21	9,71	2,53	10	21,98		
	21 yıl ve üzeri	10	9,70	3,27	10	24,00		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	10 yıl ve altı	14	3,14	1,29	4	24,39	0,880	0,644
	11-20 yıl arası	21	2,90	1,30	3	21,19		
	21 yıl ve üzeri	10	3,40	0,70	3,5	24,85		
Fiziksel Fonksiyon	10 yıl ve altı	14	79,29	19,40	85	24,25	0,194	0,907
	11-20 yıl arası	21	76,69	18,96	80	22,57		
	21 yıl ve üzeri	10	72,50	30,39	87,5	22,15		
Fiziksel Rol Güçlüğü	10 yıl ve altı	14	35,71	49,72	0	22,25	0,128	0,938
	11-20 yıl arası	21	38,10	47,84	0	23,05		
	21 yıl ve üzeri	10	45,00	48,30	37,5	23,95		
Emosyonel Rol Güçlüğü	10 yıl ve altı	14	30,95	46,16	0	22,79	0,215	0,898
	11-20 yıl arası	21	31,75	46,52	0	22,48		
	21 yıl ve üzeri	10	40,00	51,64	0	24,40		
Enerji / Canlılık / Vitalite	10 yıl ve altı	14	45,00	14,14	50	24,96	0,988	0,610
	11-20 yıl arası	21	43,81	13,50	45	20,95		
	21 yıl ve üzeri	10	46,00	9,66	47,5	24,55		
Ruhsal Sağlık	10 yıl ve altı	14	50,29	12,12	52	19,18	5,945	0,051
	11-20 yıl arası	21	56,76	10,55	60	28,02		
	21 yıl ve üzeri	10	48,80	11,90	52	17,80		
Sosyal İşlevsellik	10 yıl ve altı	14	46,43	22,16	50	22,07	0,853	0,653
	11-20 yıl arası	21	52,38	18,80	50	24,79		
	21 yıl ve üzeri	10	45,00	19,72	50	20,55		
Ağrı	10 yıl ve altı	14	54,46	23,78	60	24,21	0,700	0,705
	11-20 yıl arası	21	54,40	22,98	55	23,62		
	21 yıl ve üzeri	10	47,75	18,50	55	20,00		
Genel Sağlık Algısı	10 yıl ve altı	14	47,86	8,71	50	24,43	0,734	0,693
	11-20 yıl arası	21	46,19	5,46	45	21,26		
	21 yıl ve üzeri	10	47,00	8,23	50	24,65		

Tablo 10.'da araştırmaya dahil edilen hastaların tanı aldıkları sürelerle göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanı aldıkları sürelerle göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). 10 yıl ve daha kısa süre önce tanı alan hastaların İÜBDÖ'den almış oldukları puanlar diğer hastalara göre yüksek bulunmuş olsa da, bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların tanı aldıkları sürelerle göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). 21 yıl ve daha uzun bir süre önce tanı almış hastaların SF-36 puanları diğer hastalara göre yüksek olsa da, bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların tanı aldıkları sürelerle göre SF-36'da yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 11

Hastaların hastaneye yatış yapma durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve Yaşam SF-36 puanlarının karşılaştırılması

	Yatış	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	z	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Yatış var	23	9,83	2,79	10	22,57	-1,312	0,189
	Yatış yok	17	8,59	2,55	9	17,71		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Yatış var	23	3,13	1,10	3	20,63	-0,089	0,929
	Yatış yok	17	2,94	1,43	4	20,32		
Fiziksel Fonksiyon	Yatış var	23	73,26	22,84	75	18,41	-1,326	0,185
	Yatış yok	17	82,08	19,15	90	23,32		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Yatış var	23	28,26	42,17	0	20,52	-0,017	0,987
	Yatış yok	17	29,41	46,97	0	20,47		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Yatış var	23	26,09	44,90	0	20,35	-0,123	0,902
	Yatış yok	17	25,49	43,35	0	20,71		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Yatış var	23	46,74	11,24	45	21,15	-0,416	0,678
	Yatış yok	17	42,35	14,04	45	19,62		
Ruhsal Sağlık	Yatış var	23	54,61	11,79	60	20,83	-0,208	0,835
	Yatış yok	17	54,12	10,11	56	20,06		
Sosyal İşlevsellik	Yatış var	23	45,11	22,21	50	18,07	-1,572	0,116
	Yatış yok	17	55,88	20,31	50	23,79		
Ağrı	Yatış var	23	56,09	26,41	57,5	21,11	-0,386	0,699
	Yatış yok	17	54,12	23,03	55	19,68		
Genel Sağlık Algısı	Yatış var	23	48,04	7,94	50	20,87	-0,240	0,810
	Yatış yok	17	47,35	4,72	50	20,00		

Tablo 11.'de hastaların hastaneye yatış yapma durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 11 incelendiğinde, hastaneye yatış yapan ve yapmayan hastaların İÜBDÖ almış oldukları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Hastaneye yatış yapan hastaların İÜBDÖ puanları, hastaneye yatış yapmayan hastalara göre yüksek bulunmuş ancak bu farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Hastaların hastaneye yatış yapma durumlarına göre MTUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Daha önce hastaneye yatış yapmış olan hastaların SF-36 puanları, yatış yapmayanlara göre yüksek olsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Hastaların daha önce hastaneye yatış yapma durumlarına göre SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 12*Hastaların tedavi sürelerine göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanların karşılaştırılması*

	Tedavi süresi	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	X²	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	10 yıl ve altı	11	10,18	1,78	10	23,14	1,290	0,525
	11-20 yıl arası	21	9,38	2,52	9	19,40		
	21 yıl ve üzeri	10	10,10	3,14	10,5	24,10		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	10 yıl ve altı	11	2,73	1,35	3	18,68	2,044	0,360
	11-20 yıl arası	21	2,95	1,28	3	20,98		
	21 yıl ve üzeri	10	3,50	0,71	4	25,70		
Fiziksel Fonksiyon	10 yıl ve altı	11	80,45	19,03	90	23,64	0,534	0,766
	11-20 yıl arası	21	74,54	20,39	75	20,33		
	21 yıl ve üzeri	10	75,50	29,76	90	21,60		
Fiziksel Rol Güçlüğü	10 yıl ve altı	11	27,27	46,71	0	19,27	0,695	0,707
	11-20 yıl arası	21	38,10	47,84	0	22,00		
	21 yıl ve üzeri	10	45,00	48,30	37,5	22,90		
Emosyonel Rol Güçlüğü	10 yıl ve altı	11	21,21	40,20	0	19,82	0,620	0,733
	11-20 yıl arası	21	31,75	46,52	0	21,52		
	21 yıl ve üzeri	10	40,00	51,64	0	23,30		
Enerji / Canlılık / Vitalite	10 yıl ve altı	11	44,09	13,57	45	21,27	0,836	0,658
	11-20 yıl arası	21	44,29	12,97	45	20,21		
	21 yıl ve üzeri	10	47,00	11,11	50	24,45		
Ruhsal Sağlık	10 yıl ve altı	11	50,18	14,46	52	19,09	2,524	0,283
	11-20 yıl arası	21	56,19	8,44	60	24,45		
	21 yıl ve üzeri	10	48,40	14,54	54	17,95		
Sosyal İşlevsellik	10 yıl ve altı	11	43,18	23,96	50	19,00	2,389	0,303
	11-20 yıl arası	21	53,57	17,74	50	24,33		
	21 yıl ve üzeri	10	42,50	20,58	50	18,30		
Ağrı	10 yıl ve altı	11	50,23	27,78	55	20,73	0,155	0,925
	11-20 yıl arası	21	53,93	22,45	55	22,24		
	21 yıl ve üzeri	10	50,00	17,80	55	20,80		
Genel Sağlık Algısı	10 yıl ve altı	11	47,73	9,84	50	22,45	0,989	0,610
	11-20 yıl arası	21	46,19	5,22	45	19,76		
	21 yıl ve üzeri	10	47,50	8,25	50	24,10		

Araştırmaya dahil edilen hastaların tedavi sürelerine göre İÜBDÖ, MTUÖ ve Yaşam SF36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Kruskal-Wallis testi sonuçları Tablo 12.'de verilmiştir.

Hastaların tedavi sürelerine göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tedavi sürelerine bakılmaksızın, hastaların İÜBDÖ puanları benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yakınmalarına göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). 21 yıl ve üzeri süredir tedavi gören hastaların MTUÖ puanları diğer hastalara göre yüksek bulunmuştur ancak bu fark anlamlı düzeyde değildir.

Hastaların tedavi sürelerine göre SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 13

Hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Tedaviye düzenli gelme durumu	n	$\bar{x}$	s	M	Sıra Ort.	Z	p
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Düzenli gelen	45	9,31	2,62	9	24,43	-1,570	0,116
	Düzenli gelmeyen	5	11,20	2,17	10	35,10		
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Düzenli gelen	45	3,09	1,10	3	25,29	-0,330	0,741
	Düzenli gelmeyen	5	3,00	1,73	4	27,40		
Fiziksel Fonksiyon	Düzenli gelen	45	78,34	21,49	90	26,70	-1,762	0,078
	Düzenli gelmeyen	5	63,00	17,89	55	14,70		
Fiziksel Rol Güçlüğü	Düzenli gelen	45	39,44	48,11	0	26,22	-1,213	0,225
	Düzenli gelmeyen	5	15,00	33,54	0	19,00		
Emosyonel Rol Güçlüğü	Düzenli gelen	45	34,07	46,32	0	26,44	-1,654	0,098
	Düzenli gelmeyen	5	0,00	0,00	0	17,00		
Enerji / Canlılık / Vitalite	Düzenli gelen	45	43,44	13,77	45	25,29	-0,311	0,756
	Düzenli gelmeyen	5	46,00	4,18	45	27,40		
Ruhsal Sağlık	Düzenli gelen	45	54,49	11,67	60	26,96	-2,141	0,032*
	Düzenli gelmeyen	5	44,00	7,48	44	12,40		
Sosyal İşlevsellik	Düzenli gelen	45	50,56	19,76	50	25,88	-0,563	0,573
	Düzenli gelmeyen	5	40,00	32,36	50	22,10		
Ağrı	Düzenli gelen	45	56,56	22,99	55	26,18	-0,994	0,320
	Düzenli gelmeyen	5	43,00	22,94	35	19,40		
Genel Sağlık Algısı	Düzenli gelen	45	46,67	6,66	50	24,59	-1,377	0,169
	Düzenli gelmeyen	5	51,00	7,42	50	33,70		

Tablo 13.'de hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre İÜBDÖ, MTUÖ ve SF-36 puanların karşılaştırılmasına ilişkin yapılan Mann-Whitney testi sonuçları verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre İÜBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre MTUÖ'den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre SF-36 ölçeğinde yer alan ruhsal alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) Tedaviye düzenli gelen hastaların SF-36 Ölçeğinde yer alan ruhsal alt boyutundan aldıkları puanlar, tedaviye düzenli gelmeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 14*Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler*

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	50	9,50	2,62	3	14
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	50	3,08	1,16	0	4
Fiziksel Fonksiyon	50	76,81	21,50	15	100
Fiziksel Rol Güçlüğü	50	37,00	47,18	0	100
Emosyonel Rol Güçlüğü	50	30,67	45,10	0	100
Enerji / Canlılık / Vitalite	50	43,70	13,12	10	75
Ruhsal Sağlık	50	53,44	11,70	20	72
Sosyal İşlevsellik	50	49,50	21,12	0	87,5
Ağrı	50	55,20	23,12	10	100
Genel Sağlık Algısı	50	47,10	6,78	30	65

Tablo 14. Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ve SF36 puanlarına ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değeri gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 14. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hastaların İÜBDÖ'den ortalama $9,50 \pm 2,62$ puan aldıkları tespit edilmiştir. Hastaların İÜBDÖ'nden aldıkları en düşük puan 3 ve en yüksek puan 14'tür.

Araştırmaya katılan hastaların MTUÖ'den ortalama $3,08 \pm 1,16$ puan aldıkları ve bu ölçekten alınan düşük puanın 0, en yüksek puanın ise 4 olduğu saptanmıştır.

Hastaların SF36'dan aldıkları puanlar incelendiğinde, ölçekte yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan ortalama $76,81 \pm 21,50$ puan, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan ortalama $37,0 \pm 47,18$ puan, emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan ortalama $30,67 \pm 45,10$ puan, enerji/ canlılık / vitalite alt boyutundan ortalama $43,70 \pm 13,12$ puan almıştır. Hastaların ruhsal sağlık alt boyutundan ortalama $53,44 \pm 11,70$ puan, sosyal işlevsellik alt boyutundan ortalama $49,50 \pm 21,12$ puan ve ağrı alt boyutundan ortalama $55,20 \pm 23,12$ puan aldıkları saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların SF-36 yer alan genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $47,10 \pm 6,78$ 'dir.

Tablo 15*Hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ile SF-36 puanları arasındaki korelasyonlar*

	İç görünüm Değerlendirme Ölçeği	Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji / Canlılık / Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
İç görünüm Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	r 1 p										
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	r -0,034 p 0,817	1									
Fiziksel Fonksiyon	r 0,083 p 0,565	0,063	1								
Fiziksel Rol Güçlüğü	r -0,062 p 0,669	0,328	0,353	1							
Emosyonel Rol Güçlüğü	r -0,058 p 0,691	0,395	0,426	0,879	1						
Enerji / Canlılık / Vitalite	r 0,052 p 0,720	0,061	0,088	0,112	0,149	1					
Ruhsal Sağlık	r -0,144 p 0,319	0,172	0,135	0,064	0,126	0,342	1				
Sosyal İşlevsellik	r -0,189 p 0,189	0,169	0,277	0,198	0,195	0,338	0,511	1			
Ağrı	r -0,175 p 0,224	0,272	0,310	0,281	0,217	0,187	0,330	0,502	1		
Genel Sağlık Algısı	r 0,089 p 0,539	0,264	0,166	0,023	0,130	0,346	0,131	0,203	0,271	1	

Tablo 15.'te araştırmaya katılan hastaların İÜBDÖ, MTUÖ ile SF-36 puanları arasındaki korelasyonlar verilmiştir.

Tablo 15. incelendiğinde, hastaların İÜBDÖ puanları ile SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar ile SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu korelasyonlar pozitif yönlü ve orta kuvvetli korelasyonlardır. Hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar arttıkça, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanlarında artmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların MTUÖ'den aldıkları puanlar ile SF-36 ölçeğinde yer alan fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların İÜBDÖ aldıkları puanlar ile MTUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış remisyonda olan hastalarda içgörü, tedavi uyumu ve yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik ve klinik faktörlerin incelendiği ve içgörü, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışmada, hastaların tanılarına göre içgörü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların içgörü puanları, bipolar tanılı hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Buna karşın, bipolar ve şizofreni tanısı almış 903 hasta ile yürütülen bir izlem çalışmasında şizofren hastalarında içgörü düzeyi düşük bulunmuştur. Şizofren hasta grubunda içgörü düşüklüğünün temel bir özellik olmasına karşın, semptom şiddeti ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Novick ve diğerleri, 2015). Buna ek olarak terapötik işbirliğinin içgörüyü etkilediği vurgulanmıştır. Çalışmanın sonucunda her iki bozuklukta belirgin derecede içgörünün hasta-hekim ilişkisi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bununla paralel diğer bir araştırmada bipolar ve şizofreni hastalarda içgörü düzeyini semptom şiddeti ve terapötik uyum ile ilişkili bulmuştur (aktaran, Novick vd., 2015). Bipolar ve şizofreni hastalarının değerlendirildiğinde diğer bir kesitsel çalışmada içgörü farkının, hastanın antipsikotik ilaç kullanımına karşı tutumları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Maurino, Medina, Salva, Ampudia ve Larumbe, 2012). Diğer bir araştırmada şizofren hastaların 6 aylık izlem çalışmasında tedavi uyumu iyi olan hastaların içgörü düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Baloush- Kleinman ve diğerleri, 2011). Mevcut çalışmamızda tedavi uyumu açısından bipolar ve şizofreni hastaları arasında bir fark bulunmamıştır, semptom şiddeti ve ilaca karşı tutumlar gibi faktörler açısından gruplar karşılaştırılmamıştır. Diğer bir araştırmada şizofren hastalarında iyi içgörü düzeyi bulunmuştur. Metakognitif becerilerin, sosyal kognisyonların daha iyi olması ile ilişkilendirilmiştir (Lysaker ve diğerleri, 2011).

Mevcut çalışmamızla uyumlu olarak, başka bir araştırmada, bipolar bozuklukta remisyon döneminde içgörü düzeyini düşük bulmuştur (Dias, Brissos ve Carita, 2008). Bipolar bozuklukta içgörü eksikliği araştırmalarla desteklenmektedir (Amador, 1993; Michalakaes ve diğerleri, 1994). Literatürde şizofrenide içgörü kavramı incelendiğinde içgörü kavramı hastalığa özgü bir özellik olarak değerlendirilmiştir. Bipolar bozuklukta ise

“duruma bağıllık” belirti şiddeti ile değişkenlik gösterebileceği durumsal bir özellik taşıdığı vurgulanmaktadır (Ghaemi vd., 2004). Remisyonda olan bipolar hastalarında psikotik sanrı varlığında içgörü eksikliği görülebileceği vurgulanmıştır (Yen ve diğerleri, 2002). Bu çalışmada bipolar hasta grubu alt tiplerine göre ayrılmamıştır ve psikotik belirtilerin varlığı araştırılmamıştır . İçgörü düzeyi araştırmanın bu sınırlılıklarından dolayı bipolar bozuklukta düşük bulunmuş olabileceği düşünülmektedir. Buna karşılık, yapılan bir çalışmada bipolar ve şizofreni hastalarında içgörü düzeyleri karşılaştırılmıştır , bipolar bozuklukta içgörü düzeyi yüksek bulunmuştur (Novick vd.,2015). Bu çalışmada ise tam tersi bulunmuştur. Buna ek olarak tedavi süresi uzadıkça içgöründe artış olabileceği bazı araştırmalarda vurgulanmaktadır (Sağlam Aykut, 2017). Şizofrenik bozukluk tanılı hastalar ağır yeti yitiminden dolayı çoğunlukla uzun süre tedavi görmektedir bunun etkisi olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak literatürde depresif belirtilerin varlığının içgörüyü yordayabileceği vurgulanmıştır. Bu çalışmada ise remisyonda olan bipolar hastalar alınmıştır. Depresif ve psikotik belirtilerin varlığında bipolar bozuklukta içgöründe farklılıklar görülebileceği düşünülmektedir. İçgörü kavram olarak tartışmalıdır birçok değişkenin araştırılması gerektiği vurgulanmakta, dolayısıyla içgörüdeki değişim bu hasta gruplarında uzun süreli boylamsal ve daha büyük örneklemli çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Yaş gruplarına göre içgörü puanları arasında fark saptanmamıştır. 41-50 yaş aralığındaki hastalarda istatistik bir fark bulunmamasına karşın, tedavi uyumu 50 yaş üzeri ve 40 yaş altı gruba göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan sistematik bir çalışmada iyi bir terapötik ilişki ve sosyal desteğin genç hasta grubunda tedavi uyumunu yordayacağı bulunmuştur (Sendt, Tracy ve Bhattacharyya, 2015). Mevcut çalışmamızda tedaviye devam etmeyi etkileyen faktörlerde hastalar çoğunlukla hekimin ve aile üyelerinin etkisini vurgulamıştır. İlaça bağlı yan etkiler , yaşa bağlı neurokognitif defisitler ,uzun süreli ilaç kullanımına bağlı olarak ilaca karşı olumsuz tutumlar gibi faktörlerin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Yapılan diğer bir sistematik çalışmada ilaca karşı tutumlar terapötik işbirliği ve ilaca bağlı yan etkilerin tedavi uyumunu etkileyen değişkenler olduğu saptanmıştır (Velligan vd., 2017). Bu çalışmada bu değişkenler araştırılmamıştır, puanlar arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaşam kalitesi puanları değerlendirildiğinde, şizofren ve bipolar hastalarının yaşam kalitesi puanları arasında fark tespit edilmemiştir. Bununla birlikte, hastaların cinsiyetlerine göre SF-36 yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu farkın cinsiyet ile ilgili farklılıklardan

olabileceği düşünülmektedir. Erkek hastaların fiziksel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak yapılan bir çalışmada şizofren tanılı kadın hastaların tedavi uyumu daha yüksek bulunmuştur (Morken, Grawe ve Widen, 2007). Bu çalışmada ise cinsiyet ile tedavi uyumu arasında bir fark saptanmamıştır.

Çalışan hastalar, çalışmayan hastalara göre içgörü ve tedavi uyum puanları yüksek bulunsa da fark anlamlı bulunmamıştır. Bu bulguyla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada, çalışmayan grubun hastalığı farkında olma düzeyi (içgörü) düşük bulunmuştur (Güçlü ve diğerleri, 2011). Ayrıca çalışan hastaların uyumlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (aktaran, Bhattacharyya, Sendt ve Tracy, 2015). Bu bulgular ışığında çalışan grubun işlevselliğinin yüksek olması , sosyal desteği olması gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak, bu çalışmada medeni duruma göre puanlar açısından fark saptanmamıştır. Buna karşın yapılan bir çalışmada evli hasta grubunun tedavi uyumu daha iyi bulunmuştur (Morken vd., 2007). Bu çalışmada istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Üniversite mezunu hastaların (%18) içgörü puanları yüksek bulunmuştur. Bununla uyumlu olarak bazı çalışmalar hastalığı farkında olma ve eğitim durumu arasında ilişki bulmuştur (Sullivan, Wells, ve Leaker 1992). Literatürde şizofrenide içgörü ile eğitim seviyesinin ilişkili olduğunu gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (Wiffen, Rabinowitz Fleischhacker ve David, 2010). Buna ek olarak entellektüel düzeyin içgörüyü etkileyen bir faktör olduğu başka bir çalışmada vurgulanmıştır (Markova ve Berrious, 1992). Buna karşılık üniversite mezunu hastaların tedavi uyumu puanı düşüktür. Bununla birlikte, yüksek eğitim seviyesi, daha iyi bir uyum ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (aktaran, Bhattacharyya, Sendt ve Tracy, 2015). Bu çalışmada ise araştırmaya katılan örnekleme üniversite mezunu hastaların sınırlı olması sebebiyle bu sonucun çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada tanı süreleri puanları karşılaştırıldığında hastalık süreleri uzadıkça 21 yıl üzeri grubun tedavi uyumu anlamlı olmamakla birlikte yüksek bulunmuştur. Bu bulguyla uyumlu olarak yapılan bir çalışmada hastalık süresi uzadıkça içgörü ve ilaç uyumu pozitif bulunmuştur (Sağlam Aykut, 2017). Uzun süre tedavi gören grubun hastalıklarına daha farklı adapte oldukları, terapötik uyumu, öğrenme ve başetme becerileri gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak bu çalışmada , yatışı olan hastalar içgörü ve tedavi uyumu ölçeklerinden yüksek puan alsa da fark anlamlı değildir. Bununla paralel olarak yapılan çalışmalarda yatış sayısı ile içgörü arasında bir ilişki bulunmamıştır, buna karşın içgörüsü düşük olan hastaların yatış sayıları ve atak sayısının fazla bulunduğu çalışmalarda

mevcuttur (Kulhara, Basu, Mattoo, Sharan ve Chopra, 1999). Bu çalışmada hastaların yatış yapma durumlarına göre puanlarının karşılaştırılmasında herhangi bir fark saptanmamıştır. Hastaların tedaviye düzenli gelme durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan ruhsal alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Tedaviye düzenli gelen hastaların SF-36 yer alan ruhsal alt boyutundan aldıkları puanlar, tedaviye düzenli gelmeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Tedaviye düzenli gelme , semptomların iyileşmesini, düzenli ilaç reçete edilmesini, ilaca bağlı yan etkilerin tolere edilebilmesini, terapötik işbirliğinin iyi olmasını sağlıyor olabileceği düşünülmektedir. Bunun sonucu olarak hastalar yaşam kalitesi ölçeğinin ruhsal alt boyutundan daha iyi puan almış olabilirler .Bu bulguyla uyumlu olarak, düzenli ilaç kullanımının içgörü ve yaşam kalitesinde düzelme sağladığı bazı araştırmalarda vurgulanmıştır (Gharabawi, Lasser, Bossie, Zhu ve Amador, 2006). Tedaviye düzenli gelen hastaların, ilaca karşı tutumları, düzenli kullanımları, terapötik uyumun oluşu gibi faktörlerin tedavi uyumunu yordayabileceği vurgulanmaktadır (Velligan vd., 2017). Farmakolojik tedavi ile birlikte semptomlarda iyileşme görülme sonucu bu hastaların yaşam kalitesinde artış olabileceği düşünülmektedir.

İçgörü ve tedavi uyumları puanları arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın, içgörü ve tedavi uyumunu inceleyen başka bir araştırmada uzun dönem düzenli ilaç kullanımı sonucu, içgörü ve yaşam kalitesinde düzelmeler görüldüğü vurgulanmıştır (Gharabawi vd., 2006). Buna ek olarak bazı çalışmalar tedavi uyumu, içgörü eksikliğinin klinik göstergesi olabileceğini vurgulamıştır (Yen vd., 2002). Bununla birlikte, yürütülen sistematik bir çalışmada ilaca karşı pozitif tutum ve hastalığa içgörü gibi faktörlerin tutarlı şekilde daha iyi tedavi uyumu ile ilişkili bulunmuştur (Sendt, Tracy ve Bhattacharyya, 2015). Başka bir çalışmada ise tedaviye uyumu bozan etkenin içgörü olduğu vurgulanmıştır (Lincoln, 2007). Buna karşın, içgörü ve tedavi uyumu arasındaki ilişki araştırmalarla desteklenmesine ve örtüşen yanları olmasına karşın içgörü düzeyi yüksek olan bir hastada tedaviye uyuma direnç gösterebilmektedir. Tek başına içgörü düzeyinin tedavi uyumunu yordayabilmesi mümkün görünmemekte birçok farklı değişkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Metodolojik farklılıklardan dolayı çalışmalarda bu farklılıklar çıkmış olabilir. Bu çalışmada bir korelasyon saptanmamıştır.

Bu çalışmada, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvetli korelasyonlar saptanmıştır. Tedaviye uyum puanları arttıkça fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanları artmaktadır. İlaça bağlı yan etkilerin etkisi olabilir. Doz oranı ve ilaç sayısı gibi faktörlerin etkisi olabileceği düşünülmektedir.

İçgörü ve yaşam kalitesi puanları arasında ise istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulguyla uyumlu olarak yapılan bir araştırmada, şizofreni hasta grubunda içgörü ve yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır (Hasson Ohayan, Kravetz, Roe, David ve Weiser, 2006). Buna ek olarak, hastalığa olduğuna karşı iyi içgörüsü olanların yaşam kalitesi emosyonel iyilik hali düşük bulunmuştur. Buna karşın ilaç alması gerektiğine (tedaviyi kabul etme) karşı iyi içgörüsü olanların, emosyonel iyilik hali yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmanın sınırlılıkları olarak örneklem büyüklüğü sınırlı, poliklinik koşullarında yapılmış olup kesitsel olarak değerlendirilmiş olması, uzun süreli izlem çalışmasının yapılmaması, tek merkezli olması, bu çalışmanın bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış tüm hastalara genellenmesini kısıtlamaktadır. Uzun süreli boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir.

6. BOLUM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 SONUÇ

Bipolar ve şizofrenik bozukluk tanısı almış ayaktan tedavi gören hastalarda içgörü, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik özelliklerin ve klinik faktörlerin belirlenmesi ve bu değişkenlerin aralarındaki korelasyonun incelenmesi amacıyla 50 hasta ile yürütülen bu çalışmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Hastaların tanılarına göre içgörü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Beklenen aksine, Şizofreni tanısı konan hastaların içgörü puanları bipolar tanısı konmuş hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Erkek hastalar yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon alt boyutundan kadın hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır. Üniversite mezunu olan hastaların içgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeğinden ilkokul mezunu ve ortaokul/lise mezunu hastalara göre yüksek puan almış olsa da, bu fark anlamlı düzeyde değildir. Buna karşın tedavi uyumu ölçeğinden üniversite mezunu hastalar düşük puan alsa da fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yapılan korelasyon analizlerinde, hastaların içgörü düzeyi ile tedavi uyumu ve yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir korelasyon olmadığı saptanmıştır. Hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta kuvvette, pozitif yönlü korelasyonlar saptanmıştır. Hastaların tedavi uyumu ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanları da artmaktadır.

Sonuç olarak, içgörü ve tedavi uyumu arasındaki ilişki komplekstir. İçgörü yoksunluğu tedavide bariyer oluşturması açısından önemli, tedavi uyumsuzluğunu yordayıcı faktörlerden biri olmasına karşın birçok değişkenin rol oynadığı açıktır.

6.2 ÖNERİLER

Ruhsal sağlık alanında çalışan uzmanların, tedavi uyumsuzluğunu önlemek, uyumu arttırmak için psikoeğitim programları uygulaması, hastalık hakkında bilgiyi arttırma, tedaviye uyumda yaşanan güçlükleri belirleme, hastalığın belirtileri ile başetme becerilerinin kazandırılması ve iğörüü arttırmaya yönelik yapılandırılmış programlar geliştirmesi ve uygulamasının önemli olduğu düşünölmektedir. Bu doğrultuda farklı tanı gruplarında yordayıcı faktörleri belirlemek klinik pratikte önemlidir. Klinikte, İğörü odaklı çalışmaların yapılması ve düzenli tedavi uyum terapisi programlarının yaygınlaşması ve uygulanması önerilmektedir.

Çalışmamız sonucunda iğörü ile tedavi uyumu ve yaşam kalitesi arasında bir korelasyon bulunmamış olup, tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasında korelasyon saptanmıştır. Bu değişkenlerin örtüşen yanları olmasına karşın, kompleks doğasından ötürü daha spesifik değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. Sonraki araştırmalarda, nicel ve nitel yöntemler kullanılarak daha derinlemesine araştırılması önerilir.

Ayrıca, daha kapsamlı klinik değişkenlerin (ilaca karşı tutumlar, terapötik ilişki gibi) incelendiği, büyük örneklemlı, uzun süreli boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir. Böylece, farklı tanı gruplarında risk faktörleri belirlenerek hastalığın önlenmesinde ve hastaya özgü tedavi planlarının geliştirilmesi sağlanabilir.

KAYNAKÇA

Adherence to Long term Therapies. (2003). *Defining Adherence*.

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf

Erişim tarihi:16.04.2018.

Albrecht GL, Fitzpatrick R. A sociological perspective on health- related quality of life research. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R (eds). Quality of life in health care. Greenwich: Jai Press, 1994:1-21.

Altınöz, E., & Aslan, S. (2010). *İçgörü kavramı ve Şizofreni* [Pdf]. https://www.researchgate.net/publication/260986278_Icgoru_Kavrami_ve_Sizofreni

Erişim tarihi: 15.03.2018.

Amador, X., & Strauss, D. (1993). Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 64(4), 305-318. <http://dx.doi.org/10.1007/bf01064924>. Erişim tarihi:10.11.2017.

Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme. Ölçeği güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye'de Psikiyatri 2001; 3:17-24. 23.

Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (2018). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.1.99>. Erişim Tarihi:03.05.2018.

Bahar, G., Savas, H., nal, A., Savas, E., Kaya, H., & Bahar, A. (2014). Reliability and validity of the Morisky Medication Adherence Scale for bipolar mood disorder. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 15(2), 141.

- Baloush-Kleinman, V., Levine, S., Roe, D., Shnitt, D., Weizman, A., & Poyurovsky, M. (2011). Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: A six-month naturalistic follow-up study. *Schizophrenia Research*, 130(1-3), 176-181.
- Beck, E., Cavelti, M., Wirtz, M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2011). How do socio-demographic and clinical factors interact with adherence attitude profiles in schizophrenia? A cluster-analytical approach. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 55-61.
- Buckley, P., Hasan, S., Friedman, L., & Cerny, C. (2001). Insight and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 39-41.
- Buckley, P., Wirshing, D., Bhushan, P., Pierre, J., Resnick, S., & Wirshing, W. (2007). Lack of Insight in Schizophrenia. *CNS Drugs*, 21(2), 129-141.
- Chan, K. (2016). Associations of symptoms, neurocognition, and metacognition with insight in schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 65, 63-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.09.009>. Erişim tarihi: 08.02.2018.
- Connell, J., O'Cathain, A., & Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions?. *Social Science & Medicine*, 120, 12-20.
- Cooke, M., Peters, E., Kuipers, E., & Kumari, V. (2005). Disease, deficit or denial? Modelpoor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 4-17. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00537.x> . Erişim tarihi: 10.12.2017.
- Cuesta, M., & Peralta, V. (1994). Lack of Insight in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 359-366. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/20.2.359>. Erişim tarihi: 11.01.2018.
- David, A. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal Of Psychiatry*, 156(06), 798-808.
- Demirkol, M., & Tamam, L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyum. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar - Current Approaches In Psychiatry*, 8(1), 85.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2013) (5th ed., pp. 87-122). Arlington, VA.

- Dias, V., Brissos, S., Frey, B., & Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 110(1-2), 75-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.010>. Erişim tarihi:22.12.2017.
- Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 195-200.
- Ekinci, O., & Ekinci, A. (2012). Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 67(2), 116-123. <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2012.687767>. Erişim tarihi:04.02.2018.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: definitions and key issues. - PubMed - NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7836349>. Erişim tarihi:16.03.2018.
- Fenton, W., Blyler, C., & Heinssen, R. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Fistikci, N., Keyvan, A., & Cesur, E. (2016). The Concept of Insight in Psychiatric Disorders: A Review. *Yeni Symposium*, 54(2), 25.
- Güçlü, O., Karaca, O., Yıldırım, B., Özköse, M., & Erkıran, M. (2011). Bipolar Bozuklukta İğörü ile Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 230-38 <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C22S4/230-238.pdf> Erişim Tarihi: 22.04.2018
- Ghaemi, S., Boiman, E., & Goodwin, F. (2000). Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 167-171.
- Ghaemi, S., Stoll, A., & Pope, H. (1995). Lack of Insight in Bipolar Disorder The Acute Manic Episode. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 183(7), 464-467. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199507000-00007>. Erişim tarihi:03.11.2017.

- Gharabawi, G., Lasser, R., Bossie, C., Zhu, Y., & Amador, X. (2006). Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 233-240.
- Gitlin, M., & Miklowitz, D. (2017). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *Journal Of Affective Disorders*, 209, 147-154.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A., & Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 265-269.
- Henry, C., & Ghaemi, S. (2004). Insight in Psychosis: A Systematic Review of Treatment Interventions *Psychopathology*, 37(4), 194-199. doi:10.1159/000080131.
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Medical Journal*, 26(3), 155-159. <http://dx.doi.org/10.5001/omj.2011.38>. Erişim tarihi:10.02.2018.
- Julius, R., Novitsky, M., & Dubin, W. (2009). Medication Adherence: A Review of the Literature and Implications for Clinical Practice. *Journal Of Psychiatric Practice*, 15(1), 34-44.
- Karaytuğ, M., Keskin, N., Tamam, L., Ozpoyraz, N., Demirkol, M., & Gurbuz, M. (2017). Assessment of Treatment Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Journal Of Mood Disorders*, 1. 2017;7(4): 185-90.
- Katschnig , H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and practice. *World Psychiatry*.5(3):139-145.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636133/>. Erişim tarihi:03.05.2018.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmaz N, Memiş A. (1999) Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106 .

- Kulhara, P., Basu, D., Mattoo, S., Sharan, P., & Chopra, R. (1999). Lithium prophylaxis of recurrent bipolar affective disorder: Long-term outcome and its psychosocial correlates. *Journal Of Affective Disorders*, 54(1-2), 87-96.
- Lehman, A., Rachuba, L., & Postrado, L. (1995). Demographic influences on quality of life among persons with chronic mental illnesses. *Evaluation And Program Planning*, 18(2), 155-164.
- Lincoln, T. (2007). Insight in Psychiatry. *Journal Of Psychosomatic Research*, 63(1), 103.
- Lincoln, T., Lullmann, E., & Rief, W. (2006). Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1324-1342. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbm002>. Erişim tarihi:08.10.2017.
- Lincoln, T., Rief, W., Westermann, S., Ziegler, M., Kesting, M., Heibach, E., & Mehl, S. (2014). Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research*, 216(2), 198-205.
- Lysaker, P., Dimaggio, G., Buck, K., Callaway, S., Salvatore, G., & Carcione, A. et al. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 253-260.
- Lysaker, P., Pattison, M., Leonhardt, B., Phelps, S., & Vohs, J. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1), 12-23.
- Lysaker, P., Roe, D., & Yanos, P. (2006). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.

- Lysaker, P., Yanos, P., & Roe, D. (2009). The role of insight in the process of recovery from schizophrenia: A review of three views. *Psychosis*, 1(2), 113-121. <http://dx.doi.org/10.1080/17522430902948175>. Erişim tarihi:10.10.2017.
- Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G., & Papadimitriou, G. (2015). Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology. *Psychiatry Research*, 225(3)695-701, . <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.016> Erişim tarihi:10.10.2017.
- Marková, I., & Berrios, G. (1992). The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 159-164.
- Mauriño, J., Medina, Salvà, Ampudia, & Larumbe. (2012). Short-term clinical stability and lack of insight are associated with a negative attitude towards antipsychotic treatment at discharge in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Patient Preference And Adherence*, 623. doi: 10.2147/ppa.s34345.
- Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Keramari, E., & Theologou, A. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(1), 46-49.
- Mintz, A., Dobson, K., & Romney, D. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61(1), 75-88. [http://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00316-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00316-x) Erişim tarihi:10.12.2017.
- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A., & Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 102-111.
- Morken, G., Grawe, R., & Widen, J. (2007). Effects of Integrated Treatment on Antipsychotic Medication Adherence in a Randomized Trial in Recent-Onset Schizophrenia. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 68(04), 566-571.

Muslu S.(2010) Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye

Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. , Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri

Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, 80 sayfa, Ankara.

Nair, A., Palmer, E., Aleman, A., & David, A. (2014). Relationship between cognition,

clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta- analysis

Schizophrenia 152(1),191-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>.

Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. (2015).

Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*, 15(1).

Nussbaum, A. (2015). *DSM-V Yönelimli Tanısal Görüşme* (pp. 61-70). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Öztürk, M., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (14th ed., pp. 189-248;261-334). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Peralta, V., & Cuesta, M. (1998). Lack of insight in mood disorders. *Journal Of Affective Disorders*, 49(1), 55-58.

Reddy, M. (2015). Insight and psychosis. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 37(3), 257.

Ruta, D., Garratt, A., Leng, M., Russell, I., & MacDonald, L. (1994). A New Approach to the Measurement of Quality of Life. *Medical Care*, 32(11), 1109-1126.

Sağlam Aykut, D. (2017). The Influence of Duration of Disease on Clinical Characteristics in Schizophrenia Patients. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 20(4), 301-307.

Sajatovic, M., Velligan, D., Weiden, P., Valenstein, M., & Ogedegbe, G. (2010). Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal Of Psychosomatic Research*, 69(6), 591-599.

- Schechter, D., Endicott, J., & Nee, J. (2007). Quality of life of 'normal' controls: Association with lifetime history of mental illness. *Psychiatry Research*, 152(1), 45-54.
- Semple, D., & Smyth, R. (2013). *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford: OUP Oxford.
- Sendt, K., Tracy, D., & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 14-30.
- Sullivan, G., Wells, K., & Leake, B. (1992). Clinical Factors Associated With Better Quality of Life in a Seriously Mentally Ill Population. *Psychiatric Services*, 43(8), 794-798.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D., Bustillo, J., Gur, R., & Heckers, S. et al. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.028.
- Testa, M., & Simonson, D. (1996). Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *New England Journal Of Medicine*, 334(13), 835-840.
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. (1992) (pp. 86-111). Geneva.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Top, M., Özden, S., & Efe Sevim, M. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. <http://www.dusunenadamdergisi.com.tr> Erişim tarihi: 02.05.2018.
- Velligan, D., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Preference And Adherence, Volume 11*, 449-468.
- Velligan, D., Weiden, P., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., & Docherty, J. (2010). Strategies for Addressing Adherence Problems in Patients with Serious and

Persistent Mental Illness: Recommendations From the Expert Consensus Guidelines. *Journal Of Psychiatric Practice*, 16(5), 306-324.

Vieta, E. (2014). *Diagnosing Bipolar Disorder* (3rd ed.). London: Springer Healthcare. R http://ime.springerhealthcare.com/wp-content/uploads/CR-Diagnosing-Bipolar-Disorder_SALES.pdf_Erişim tarihi:10.04.2018.

Wiffen, B., Rabinowitz, J., Fleischhacker, W., & David, A. (2010). Insight: Demographic Differences and Associations with One-Year Outcome in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 4(3), 169-175.

World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403- 9.

Yen, C., Chen, C., Yeh, M., Yen, J., Ker, J., & Yang, S. (2002). Comparison Of Insight In Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder In Remission *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 190(12), 847-849.

Yılmaz S. (2004) Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. ,İstanbul

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek

Lisans Tezi,108 sayfa, İstanbul.

EKLER

Ek.1 Aydınlatılmış Onam

Bu araştırma Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji bölümü tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı bipolar ve şizofreni bozukluk tanısı almış ayakta tedavi gören hastalarda İçgörü, Tedaviye Uyum ve Yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik değişkenlerin ve klinik faktörlerin belirlenmesi ve içgörü, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisinin araştırılmasıdır.

Ölçekler tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızın içten ve doğru olarak vermeniz anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Telefon numaranız anketin denetlenmesi ve anketin uygulandığının belirlenmesi amacıyla istenmektedir.

Katılımınız için Teşekkürler,

Psikolog

Merih GÜRMEN

Yukarıdaki bilgileri tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

İsim :

İmza:

Telefon :

Ek 2.Bilgilendirme Formu

Bu çalışmanın amacı, Bipolar bozuklukta ayaktan tedavi gören hastalarda, içgörü tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak, etkileyen sosyodemografik değişkenlerin yada klinik faktörlerin yordayıcı olduğunu belirlemektir.

Bu çalışmada size bir sosyodemografik bilgi formu ve bir dizi ölçek sunduk. Demografik bilgi formu için yaş ,cinsiyet, eğitim gibi özellikleriniz hakkındaki sorular dışında tedaviye bakış açınız ve tedavi ile ilişkili klinik soruları içermektedir .Ölçekler ise içgörü ,tedaviye uyum , ve yaşam kalitesini ölçmektedir.

Belirtildiği üzere , ölçeklerde ve görüşmelerde verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Eğer bu çalışmayla ilgili herhangi bir şikayet ,görüş veya sorunuz varsa bu çalışmanın araştırmacılarından biri olan Merih Gürmen ile iletişime geçmekten lütfen çekinmeyiniz.

(merihgurmen@yahoo.com iletişim numarası 05338351406)

Eğer bu çalışmaya katılmak sizde belirli düzeyde bir stres yaratmışsa ve bir danışmanla görüşmek istiyorsanız ,ülkemizde ücretsiz /ücretli hizmet veren şu kuruluşlar bulunmaktadır.

Hastanelerin Psikiyatri Polikliniğine başvurabilirsiniz .Eğer üniversite öğrencisi iseniz devam ettiğiniz üniversitenin Psikolojik Danışmanlık ve Araştırma Merkezine başvurabilirsiniz.

Araştırmanın sonuçları ile ilgileniyorsanız ,Haziran 2018 tarihinden itibaren araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Katıldığınız için tekrar çok Teşekkürler

Psikolog

Merih Gürmen

Klinik Psikoloji Bölümü Yakındoğu Üniversitesi, Lefkoşa

Ek 3. Sosyodemografik Bilgi formu

1..Yasiniz:...

2.Cinsiyetiniz ☐Kadin ☐Erkek

3.Mesleginiz:...

4.Medeni Durumunuz...

☐Bekar ☐Evli ☐Bosanmis ☐Diger

5.Egitim Durumunuz

☐Okuryazar

☐Ilkokul

☐Ortaokul

☐Lise

☐Universite

☐Lisansustu

6.Psikiyatriye basvuru sekliniz ve yakinmalariniz nelerdi?

7.Kac yil once taniniz konu ?Yatarak tedavi gordunuzmu?

8.Kac yildir tedavi gormektesiniz ?Kullandinginiz ilaclar veya/ terapi yontemleri nelerdir?Lutfen aciklayiniz.

9.Tedavinize devam etmenizi veya/etmemenizi etkileyen faktorler nelerdir?Lutfen size uygun olanlari isaretleyiniz.

☐ zaman

☐ulasim

☐maddi sebepler

☐ ilaca bagli yan etkiler

☐Doktorunuz etkileri

☐ sosyal cevre

☐aile uyelerinin etkisi

☐diger (lutfen belirtiniz)

10.Tedavinize duzenli geliyormusunuz?

☐Düzenli geliyorum

☐Düzenli gelmiyorum .(eğer bu seçeneği işaretlediyseniz lütfen sebeplerini belirtiniz

11..Sosyal desteğinizin olduğunu düşünüyor musunuz?(aile üyeleri ,akrabalar,arkadaşlar,esdeğeri gibi..)...

Ek 4. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir) Sıklıkla = 2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular) Bazen = 1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular) Hiç bir zaman = 0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b.Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu? Sıklıkla = 2 (uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır) Bazen = 1 (Unutkanlık/organizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir) Hiç bir zaman = 0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş) Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş) Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş) Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa) **Eğer 2a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

2b. Hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a.nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş) Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş) Hiç bir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

2c. (2b. eğer 1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz. Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2 Kanşık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar =1 Delüzyonel açıklamalar =0 **3a.**(özgül hezeyan) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da "..... (özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?" Sıklıkla = 2 (Bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş) Bazen = 1 (Bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş) Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 3a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.) "Hastalığın bir parçası" =2 "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1 Dış güçlere bağlıyorsa (Delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken) 0= "Yalan söylüyorlar." 1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emir. hissederim." 2==""kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem." 3= "Bende bir hata olduğunu düşünürüm." 4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum

Ek 5. Morisky İlaç Uyumu Ölçeği

MORISKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ

İki Uçlu Bozukluk sorunuz için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (İki uçlu bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

KULLANDIĞINIZ İLAÇ/İLAÇLARIN ADI	☐ Lityum (Lithuril) ☐ Valproat (Depakin) ☐ Karbamazepin
---	--

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
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?	☐	☐

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

☐₁

Çok iyi

☐₂

İyi

☐₃

Orta

☐₄

Kötü

☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

☐₁

Biraz iyi

☐₂

Hemen hemen aynı

☐₃

Biraz daha kötü

☐₄

Çok daha kötü

☐₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çölmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Çok Az ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epeyce ☐₄ Çok Fazla ☐₅

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı ☐₁ Çok Az ☐₂ Hafif ☐₃ Orta ☐₄ Çok ☐₅ Pek Çok ☐₆

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi ☐₁ Biraz etkiledi ☐₂ Orta Derecede ☐₃ Epey Etkiledi ☐₄ Çok Etkiledi ☐₅

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli ☐₁ Çoğu zaman ☐₂ Bazen ☐₃ Ara sıra ☐₄ Hiç bir zaman ☐₅

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

EK 7. ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında İzmir’de doğdu. Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji bölümünden 2007 yılında mezun oldu. Mezun olduktan sonra aynı yıl Özel Eğitim ve Rehabilitasyon merkezinde ve sonrasında hastanede bir süre çalıştıktan sonra eğitim amaçlı yurtdışına gitmiştir. Klinik odaklı ve yetişkin odaklı birçok mesleki eğitime katılmıştır ve sertifikalandırılmıştır. 2014 yılında Cardiff Üniversitesi Psikiyatri yüksek lisans programını sertifika derecesi ile bitirmiştir. 2018 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programından mezun olmaya hak kazanmıştır.

Yüksek lisans döneminde Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde stajını tamamlamıştır ve gönüllü olarak çalışmaya devam etmiştir. Ayrıca Yakın Doğu Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık merkezinde gönüllü olarak çalışmıştır. Terapi ve Supervizyon eğitimlerine devam etmektedir.

İletişim Bilgileri

Merih GÜRMEN

E-mail: merihgurmen@yahoo.com

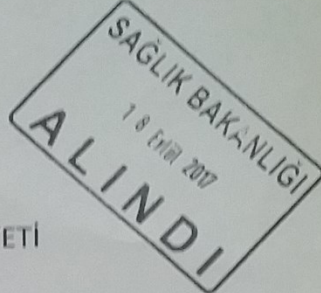
EK 8.İZİNLER

75/11





KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları
Hastanesi



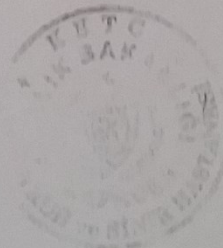
Sayı: YTKD. 1.02-B.2/83-17/579 Lefkoşa:15/09/2017

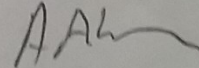
KKTC Sağlık Bakanlığı
Lefkoşa,

İlgi:SAB.0.00-5/75/11/17/3048 sayılı ve 12.09.2017 tarihli yazınız.

İlgi yazınızla Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı Doç. Dr. Ebru Çakıcı'dan alınan, Yüksek lisans öğrencisi Merih Gürmen'in Hastanemizde tez araştırması için talepte bulunan izni değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygı ile arz olunur.



Dr. Abidin Akbircün
Başhekim V.


EK 9. ETİK KURULU ONAYI

17.04.2018

Sayın Prof. Dr. Ebru Çakıcı

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/146 proje numaralı ve **“Bipolar ve Şizofreni Bozukluk Tanısı Almış Ayaktan Tedavi gören hastalarda İlgörü ,Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişkinin İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.

EK 10. İNTİHAL RAPORU

Psk. Merih Gürmen

ORIGINALITY REPORT

15%	13%	10%	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	docs.neu.edu.tr Internet Source	9%
2	SESLİOKUYUCU, Cem, ARI, Mustafa and ŞAHPOLAT, Musa. "Psöriazisli hastaların depresyon, anksiyete, çocukluk çağı ruhsal travması ve yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerinin araştırılması", Psikofarmakoloji Derneği, 2017. Publication	1%
3	library.neu.edu.tr Internet Source	1%
4	Abdulkadir YEKTAŞ. "Patients with Lumbar Black Disk Who Applied Intradiscal GelStix™	1%

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 5 words