



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRİ HASTALARININ ALGILADIĞI
DUYGU DIŞAVURUM DÜZEYİ VE ÖZ YETERLİLİĞİN
TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

EBRU ÖZCAN

DANIŞMAN
DR.ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİMDALİ
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HASTALARININ ALGILADIĞI
DUYGU DIŞAVURUM DÜZEYİ VE ÖZ YETERLİLİĞİN
TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

EBRU ÖZCAN

DANIŞMAN
DR.ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ
II. DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLİZ ÖZGEN HERGÜL

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİMDALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

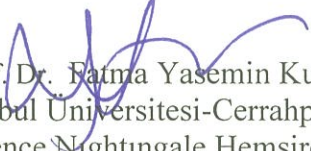
Bu çalışma 28.05.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağığı ve Psikiyatri Hemşireliğı Anabilim Dalı, Ruh sağığı ve Psikiyatri Hemşireliğı
Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Sevil Yılmaz
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Fatma Yasemin Kutlu
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Gül Ünsal
Marmara Üniversitesi
Sağık Bilimleri Fakültesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazıma kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

EBRU ÖZCAN



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ruhsal Bozukluklar.....	4
2.1.1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar.....	6
2.1.2. İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar.....	12
2.1.3. Depresyon Bozuklukları	19
2.2. Duygu Dışavurumu (DD)	25
2.2.1. Duygu Dışavurumu (DD) Kavramının Tanımı ve Gelişimsel Süreci.....	25
2.2.2. Duygu Dışavurumu (DD) Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar ile İlişkisi	28
2.3. Öz-Yeterlilik	29
2.4. Tedavi Uyumu	31
2.4.1. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk Nedir?.....	31
2.4.2. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum /Uyumsuzluk.....	32
2.4.3. Tedavi Uyumunu Değerlendirme Yöntemleri	34
2.4.4. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler ve Psikiyatrik Tanılara Göre Risk Faktörleri.....	35
2.4.5. Tedavi uyumu ve Duygu Dışavurumu	37
2.4.6. Tedavi Uyumu ve Özyeterlilik.....	38
2.4.7. Tedavi Uyumunda Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	41

3.2. Araştırma Soruları.....	41
3.3. Araştırmanın Evreni.....	41
3.4. Örneklem.....	41
3.5. İşleme Kriterleri.....	42
3.6. Dışlama Kriterleri	42
3.7. Çalışmada Kullanılan Gereçler	43
3.7.1. Bilgi Formu:.....	43
3.7.2. Duygu Dışavurum Ölçeği/Level Of Expressed Emotion (DDÖ/LEE):	43
Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖÖ):.....	45
3.7.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği:	47
3.8. İşlem.....	47
3.9. Araştırmanın Etik Yönleri.....	47
3.10. Verilerin İstatiksel Analizi	48
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
4. BULGULAR.....	50
4.1. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri (Sosyodemografik, Klinik, Sosyal Destek Özellikleri, Hastalık ve Tedaviye Dair Görüşleri) ile İlgili Bulgular	51
4.2. Psikiyatri Hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği'nden (DDÖ) Aldıkları Puanlar	59
4.3. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Ölçeği'nden (GÖÖ) Aldıkları Puanlar	60
4.4. Psikiyatri Hastalarının Tedavi Uyum Düzeyleri.....	61
4.5. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	62
4.6. Psikiyatri Hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	68
4.7. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Ölçeği Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	69
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine (Sosyodemografik, Klinik, Sosyal Destek Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Görüşleri) Yönelik Bulguların Tartışılması	71
5.2. Psikiyatri Hastalarının Algıladıkları Duygu Dışavurum Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması	78
5.3. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması	81

5.4. Psikiyatri Hastalarının Tedavi Uyum Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması	83
5.5. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisinin Tartışılması	84
5.6. Psikiyatri Hastalarının Algıladıkları Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Tedavi Uyumuna Etkisinin Tartışılması	88
5.7. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Düzeylerinin Tedavi Uyumuna Etkisinin Tartışılması	90
KAYNAKLAR	96
FORMLAR	125
ETİK KURUL KARARI	133
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	137
ÖZGEÇMİŞ	138

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4- 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)	51
Tablo 4- 2: Katılımcıların Klinik Özellikleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151).....	53
Tablo 4- 3: Katılımcıların Sosyal Destek Özellikleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151)	56
Tablo 4-4: Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye Dair Görüşleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151)	58
Tablo 4-5: Katılımcıların DDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları, Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151).....	59
Tablo 4-6: Katılımcıların GÖÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları, Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151).....	60
Tablo 4-7: Katılımcıların Tedavi Uyum Düzeyleri ve Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)	61
Tablo 4-8: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)	62
Tablo 4-9: Katılımcıların Klinik Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)	64
Tablo 4-10: Katılımcıların Sosyal Destek Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)	66
Tablo 4-11: Katılımcıların Hastalığa Dair Görüşleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)	67
Tablo 4-12: Katılımcıların DDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)	68
Tablo 4-13: Katılımcıların GÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)	69

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD:Amerika Birleşik Devletleri

DD: Duygu Dışavurumu

DDÖ: Duygu Dışavurum Ölçeği

DSÖ/WHO: Dünya Sağlık Örgütü

DSM 5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

GÖÖ: Genel Özyeterlilik Ölçeği

İUDB: İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu

MAOI: Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

SNRI: Serotonin Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü

SSRI:Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

VAS: Visual Analog Scale

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ÖZET

Özcan E. (2019). Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi Ve Öz-Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, psikiyatri hastalarının algıladığı duygu dışavurum düzeyi ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende gerçekleştirildi. Araştırma Ağustos 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri polikliniğinde takip edilen ve araştırma kriterlerine uyan 151 hasta ile yapıldı.

Veriler Bilgi Formu, Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ), Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖÖ), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği kullanılarak toplandı.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, karşılaştırmada Bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), ileri analizde Bonferroni Düzeltmesi ile birlikte Z testi ile Post-Hoc analizi (LSD) kullanıldı.

Çalışmada, psikiyatri hastalarının %48,3'ünün kadın, %51,7'sinin erkek; yaş ortalamasının $43,49 \pm 10,89$ olduğu bulundu. Hastalarının DDÖ toplam puan ortalaması $43,98 \pm 9,27$, GÖÖ toplam puanları ise $51,21 \pm 8,75$ olarak belirlendi.

Psikiyatri hastalarının %53'ünün tedavi uyumu yüksek, %43'ünün orta %4'ünün ise düşük olduğu görüldü. Tedavi uyumlarının artan yaş ve yan etki yaşama durumu tedaviyi uyumu düşürürken, hastalığı ve tedavi olmayı kabul etme durumunun tedavi uyumunu arttırdığı bulundu. Tedavi uyumu yüksek olan hasta grubunun DDÖ toplam puanı, Hastalığa Karşı Tutum ve Duygusal Tepki alt ölçek puanlarının tedavi uyumu orta-düşük olan gruba göre, anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. GÖÖ'den alınan toplam puana göre tedavi uyum düzeylerinin farklılık göstermediği, Başlama alt ölçeğinden alınan puanların tedavi uyumu düşük-orta grupta daha yüksek olduğu saptandı.

Sonuç olarak tedavi uyumu yüksek grubun daha fazla olumsuz duygu ifadesi algıladığı fakat bu durumun hastaların tedavi uyumlarını bozmadığı saptandı. Toplam Genel Öz Yeterlilik düzeyinin tedavi uyumunu etkilemediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Duygu Dışavurumu, Öz Yeterlilik, Tedavi Uyumunu, Tedavi uyumsuzluğu, Psikiyatri Hastaları,

ABSTRACT

Özcan E. (2019). Level Of Expressed Emotion and Self Efficacy Of Psychiatric Patients Effect on Medication Adherence. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Mental Health and Psychiatric Nursing. Postgraduate Thesis. İstanbul.

This study was a cross-sectional, explanatory design, aimed to investigate level of expressed emotion and self-efficacy of psychiatric patients effect on their medication adherence. Study was conducted with 151 patients who fit inclusion criteria and followed in outpatient clinic of a research hospital between dates August 2018-November 2018.

Demographic Form, Level Of Expressed Emotion Scale, General Self-Efficacy Scale and Morisky Medication Adherence Scale were used to obtain data from patients.

To analyze the data, descriptive statistics, independent t test, Mann Whitney U Testi, one way ANOVA and for post-hoc test Z test with Bonferroni correction and LSD in ANOVA stats.

Study was consisted 48,3 % women and 51,7 % men psychiatric patients. Average age was $43,49 \pm 10,89$. Level Of Expressed Emotion Scale mean was found as $43,98 \pm 9,27$ whereas General Self-Efficacy Scale mean was found as $51,21 \pm 8,75$. In terms of medication adherence, 53% of patients who have high adherence levels, 43 % medium and 4 % have low adherence levels.

It has found that increasing age and experiencing side effects resulted in lower adherence level whereas accepting medical treatment resulted in higher adherence. Level of Expressed Emotion Scale total, Attitude Toward Illness and Emotional Response Subscale scores of patients who have higher adherence levels, found significantly higher than low-medium adherence group of patients' scores. General Self-Efficacy total scores was not found significantly different in adherence groups. "Beginning" sub-category scores was found significantly higher in low-medium adherence group than high adherence group.

In conclusion, it could be concluded that high medication adherence group experienced more negative emotion expression than other groups however this result did not interfere with their medication adherence. Level Of total general self-efficacy of patients has found that no significant effect on medication adherence.

Keywords: Emotion Expression, Self-Efficacy, Medication Adherence, Nonadherence Psychiatric Patients

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatrik hastalıklar, toplumda yaygın olarak görülen, kronikleşen ve hastada yeti yitimine neden olan ele alınması zorunlu hastalıklar arasındadır (Ocaktan ve ark. 2004). Ruhsal hastalıkların yükü, tüm dünya ülkelerinde önemli etkilerle büyümeye devam etmektedir (WHO 2017). Bunlardan biri olan tıbbi tedaviye uyumsuzluk modern halk sağlığı sistemlerine hatırı sayılır ölçüde maddi yük getiren önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır. Bu yük ABD’de ortalama 100 milyar dolara mal olmaktadır (Vermeire ve ark. 2001). Hipokrat’tan bu yana tedavi rejimlerine uyumu izlemenin önemi bilinmektedir. Tedavi rejimine uyum, hastanın sağlık bakım sağlayıcıları tarafından reçetelenen şekilde tedavisini alma ölçüsü olarak tanımlanmıştır. Bu veriler her gün reçetelenen sayı kadar ilaç alımı ve dozların reçetelenen periyotta alınmasını içerir. Tedaviye uyumsuzluk ise hastanın hekiminin klinik önerilerini uygulamama derecesidir (Taj ve ark. 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzun süreli tedavi uyumunu, kişinin ilacı alma, bir diyeti izleme ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının önerdiği yaşam tarzı değişikliklerini yürütme davranışının ölçüsü olarak ifade etmiştir (Brown ve Bussel 2011). Ayrıca DSÖ uyumsuzluk kriterlerini; kişinin üç kez art arda, bir haftada iki kez, bir ayda beş kez tedavi alımını unutmaması ya da hekim tarafından reçetelenmeksizin tedavinin dozunu değiştirmesi olarak tanımlamıştır (Taj ve ark. 2008).

Psikiyatri hastalarının tedavi rejimine katılımları ve tedaviyi sürdürmeleri hastalık prognozunun olumlu ilerlemesini ve tedavi programlarının daha etkin olmasını sağlarken, tedavi uyumsuzluğu tedavi sürecini olumsuz olarak etkilemektedir (Bahar ve ark. 2015). Hastaların tedavi uyumsuzluğunun olması, hastalık belirtilerinin artmasına neden olur. Bu durum da acil psikiyatriye başvurma ve hastaneye yatma sayılarının artışına sebebiyet verir. Yatış sayılarının artması ve hastalık relapsı ekonomik kayıplara neden olur (Ertem ve Duman 2018).

Hastalığın doğası, kişisel özellikler, bazı klinik durumlar, uygulanan tedavi programının özellikleri tedaviye uyum davranışını etkiler. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk problemi diğer tıbbi sorunlara oranla daha fazla görülür (Ervatan ve ark. 2003; Akt Kaplan ve ark. 1994).

İlaç uyum oranlarına bakıldığında DSÖ 2003 verilerine göre kronik rahatsızlığı olan hastaların %50'si reçetelenen tedaviyi almamaktadır (Brown ve Bussel 2011). Mibel ve ark. (2013)'ün yaptıkları çalışmaya göre depresif belirtileri olan hastaların tedavi başladıktan sonraki üç ay içerisinde reçetelenen dozların neredeyse yarısını almadıkları görülmüştür. Aynı çalışmada şizofreni hastalarında %50-%60, bipolar hastalarda %35 uyum oranına rastlanılmıştır (Semahegn ve ark. 2018). Ervatan ve ark. (2003)'e göre majör depresyonlu hastaların sadece %10'u yeterli dozda tedaviyi yeterli sürede almaktadır. Ateş ve Algül (2006)' ya göre bipolar hastalar için uyumsuzluk oranının %20-%60 arasında değiştiği belirtilmiştir. Olfson ve ark. (2000), şizofreni ve şizoafektif tanısı ile takip edilen hastaların taburculuktan sonraki ilk üç ay içinde yaklaşık %50'sinin kısmi uyumsuzluk %20' sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiğini tespit etmiştir (Demirkol ve Tamam 2016).

Kronik psikiyatrik hastalar için aile üyelerinin desteği oldukça önemlidir, Aile faktörü, hastanın fiziksel ve duygusal olarak işlevselliğini sağlarken tedavi sürecine katılma ve uygun sağlık davranışlarının benimsenmesini sağlar (Ertem ve Duman 2018). Kronik psikiyatrik hastaların birçoğunun aileleriyle yaşadığı ve ailelerin bakımda sorumluluk üstlendikleri bilinmektedir. Son zamanlarda aile ve sosyal çevrenin psikiyatrik bozuklukların gidişatını etkilediği düşünülmeye başlanmıştır. Hastalığın seyrini etkilediği düşünülen aile faktörlerinin büyük bir kısmı "Duygu Dışavurumu-Expressed Emotion" kavramı içinde incelenmektedir (Kocabıyık ve ark. 2002). Duygu Dışavurumu bakım veren kişinin ruhsal bozukluğu olan bir kişiye yönelik tutumunu ifade eder. Yüksek düzeyde duygu dışavurumunun olması, hastaya karşı büyük oranda "düşmanlık oluş", "duygusal aşırı ilgi", "aşırı müdahalecilik", "eleştirelilik" davranışları ifade etmektedir (Ertem ve Duman 2018). Aile ilişkilerinin kalitesi birçok psikiyatrik bozukluğun gelişimi, tedavisi ve tedaviye cevabı ile yakından ilişkilidir (Deniz ve ark. 1998; Demir ve ark. 2016).

Sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde etkili faktörlerden biri de kişinin sahip olduğu öz yeterlilik düzeyidir. Özyeterlilik kavramı Bandura tarafından kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olacak şekilde bir eylemi başlatıp sonuçlanana kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır. Öz yeterlilik yetenekli olmak değil kişinin kendi kaynaklarına güvenmesidir. Güçlü bir öz yeterlilik, başarı ve iyilik halinin oluşumunu, kişisel gelişimi ve becerilerin

çeşitlenmesini sağlar (Yıldırım ve İlhan 2010). Öz yeterlilik hastanın kendi kendine bakım motivasyonunun ve sağlık davranışının başlatma performansı ile ilişkilidir (Cutler 2005). Ayrıca literatürde duygu dışavurumu ve öz yeterlilik kavramlarının direkt olarak birbiri üzerine etkisini inceleyen çalışmalar olmasa bile ailenin bireye karşı aşırı eleştirel, müdahaleci ve olumsuz tutumunun bireyin kendi yeteneklerine inancının göstergesi olan öz yeterliliğini etkileyebileceği, bu durumda bireyin tedaviyi sürdürmesi, önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesinde engel teşkil edebileceği düşünüldü. Bu nedenle tedavi uyumunu değerlendirirken bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisi olan öz yeterlilik algısının da göz önüne alınması önemli görünmektedir. Algılan duygu dışavurumunun ve Öz yeterlilik kavramının psikiyatrik hastaların tedaviye uyma ve sürdürme davranışları üzerinde etkisi olacağı varsayımından yola çıkarak bu çalışma planlandı.

Buradan yola çıkarak “Psikiyatri hastalarının algıladığı duygu dışavurum düzeyi ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini” araştırmak amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Bozukluklar

Psikiyatrik hastalıklar, toplumda yaygın olarak görülen, kronikleşen ve hastada yeti yitimine neden olan, ele alınması zorunlu hastalıklar arasındadır (Ocaktan ve ark. 2004). Ruhsal hastalıkların yükü, tüm dünya ülkelerinde önemli etkilerle büyümeye devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 verilerine göre 300 milyon insan depresyon, 60 milyon insan bipolar affektif bozukluk ve 23 milyon insan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile mücadele etmektedir (WHO 2017). ABD’de ruhsal bozukluklar üzerine yapılan en kapsamlı epidemiyolojik alan araştırması (ECA) verilerine göre, 18 yaş ve üstü toplumda ortalama altı aylık periyotta her beş kişiden biri; yaşam boyunca ise her üç kişiden biri ruhsal bozukluklarla mücadele etmektedir. 18 yaş ve üstü tüm toplumdaki bireylerin %32,7’sinde yaşam boyu herhangi bir ruhsal bozukluk görülmektedir. Hastalık düzeyinde yaşam boyu prevelans oranlarına bakıldığında ise şizofreni/şizofreniform bozuklukları %1,5, depresif bozukluklar %8,3, bipolar bozukluk (manik epizod) %0,8, majör depresyon %5,9 oranında görüldüğü ifade edilmiş olup, bu hastalıklarla yaşam boyu mücadele eden kişi sayısının tahmini 11,2 milyon olduğu belirtilmiştir (Bourdon ve ark. 1992).

Global hastalık yükü çalışması (2010) verilerine göre, ruhsal ve davranışsal bozukluklar dünya çapında yeti yitimine sebep olan nedenler arasında %22.7’lik orana sahiptir. 1990-2010 yılları arasında yeti yitimiyle geçirilen yaşam yıllarının %37 oranında arttığı majör depresif bozukluk ve distiminin %9.6’lık oranla en yüksek oranda yetiyitimine sebep olan hastalıklar olduğu ifade edilmiştir. Şizofreni ve bipolar bozukluğun da yetiyitimine sebep olan hastalıklar içerisinde büyük pay sahibi olduğu bildirilmiştir (Vos ve ark. 2012).

Ülkemizde 18 yaş üstü 7479 kişi ile görüşülerek yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre ise 12 aylık ruhsal hastalık yaygınlığının %17,2 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Bu da son bir yıl içinde toplumda her altı kişiden bir kişinin ruhsal hastalık sahibi olduğu anlamına gelmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; kadınlarda herhangi bir ruhsal bozukluk görülme oranı %22,4’tür. Depresif nöbet %5,4, distimi %2,2 oranı ile en çok görülen psikiyatrik rahatsızlıklar arasındadır. Erkeklerde ise herhangi bir ruhsal bozukluk görülme oranı %10,9’dur. Depresif nöbet görülme

oranı, %2,3, distimi ise %0,8 oranında görülmektedir. Şehirlerde ve ülkenin batı kesimlerinde ruhsal hastalık görülme oranları kırsal kesimlere ve diğer bölgelere göre daha fazladır. Ayrıca ruhsal hastalıkların belirgin iş gücü kaybı ve yeti yitimine yol açtığı, kadınlarda erkeklere oranla yetiyitiminin daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre eğitim seviyesi yükseldikçe ruhsal hastalık oranının azaldığı, boşanmış ya da dul bireylerde ruhsal hastalık oranlarının arttığı ifade edilmiştir (Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu).

Hıfzıssıhha Mektebi'nin yaptığı ulusal hastalık yükü çalışması sonuçlarına göre, özürüllükle yaşam yılı kaybettiren ilk 20 sebep içinde psikiyatrik hastalıkların oranı erkeklerde %16,2, kadınlarda %15,3 olarak bulunmuştur. Hastalık düzeyinde bakıldığında ise özürüllükle yaşam yılı kaybettiren nedenler içinde depresif bozukluklar erkeklerde % 6,4 kadınlarda %10,7 ile birinci sırada yer almıştır. Özürüllükle yaşam yılı kaybettiren nedenler arasında şizofreni erkeklerde %2,5, kadınlarda %2,1, bipolar affektif bozukluk erkeklerde ve kadınlarda %1,3'lük paya sahip olduğu belirtilmiştir. Buradan yola çıkarak ruhsal bozuklukların ülkemizde önemli oranda hastalık yükü oluşturduğu görülmektedir (Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004, <https://sbu.saglik.gov.tr>)

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, Eskişehir'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında 1475 kişi ile görüşülerek gerçekleştirilen bir çalışmada ruhsal bozuklukların yaygınlığının %43 olduğu ve görüşmecilerin, %37,1'inde duygudurum bozukluğu tespit edilmiş, %24,9'luk oran ile kişilerin en çok majör depresif bozukluk tanısına sahip olduğu belirtilmiştir (Keskin ve ark. 2013). Psikiyatri polikliniğine başvuran olguların incelendiği bir çalışmada 1073 olgudan %20,6'sını depresif bozuklukların %4,7'sini duygudurum bozukluklarının ve %11,2'sini psikotik bozuklukların oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca olguların %67,4'ünü kadın cinsiyetten oluştuğu ifade edilmiştir (Öyekçin 2008).

Dünya çapında ve ülkemizde en sık görülen ve en çok yeti yitimine sebebiyet veren, kronikleşerek giden psikiyatrik hastalıklar arasında olan şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları aşağıda daha ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

2.1.1. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

Şizofreni, halüsinasyon, sanrı ve sıra dışı davranışlarla giden bireyin düşüncelerini, hislerini, ruh halini, ve genel fonksiyonlarını etkileyen tedavi edilebilir, ciddi zihinsel/ ruhsal bir hastalıktır (<https://www.apa.org/topics/schiz>). Şizofreni, kişinin biliş, düşünme, davranış, algı ve duygu alanlarında değişime yol açan, belirti ve bulguların hastadan hastaya değişiklik gösterdiği; genellikle erken başlangıçlı ve yaşam boyunca devam eden topluma sosyal ve ekonomik olarak ciddi oranda yük getiren dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur (Sadock, Sadock ve Ruiz 2016 p.301). Hastalarda sosyal ve bilişsel yeti yitimine sebep olan bu hastalık kişiye iletişim, günlük yaşam aktiviteleri, toplumsal hayata uyum, üretim, baş etme ve problem çözme gibi alanlarda sıkıntılar getirmektedir (Altun ve Olçun 2018). Şizofreni, hastalık yükü açısından ruhsal rahatsızlıklar içinde dördüncü sırada yer almaktadır (Knapp ve ark. 2004; Yağcıoğlu ve Ayhan 2018). DSM 5'e göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar aşağıdaki başlıklar altında sınıflandırılmıştır

- Şizotürü(Şizotipal) kişilik bozukluğu,
- Kısa psikoz bozukluğu,
- Şizofrenimsi bozukluk,
- Şizofreni,
- Şizoduygulanımsal bozukluk(Şizoaffektif) bozukluk,
- Maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu,
- Başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni,
- Tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden

diğer bozukluk (DSM 5 Tanı Ölçütleri El Kitabı)

Yapılan çalışmalarda şizofreninin bir yıllık yaygınlığının %1, yaşam boyu yaygınlığının ise %1,5 olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca kadın ve erkeklerde görülme oranlarının eşit olduğu bildirilmiştir (Kocal ve ark. 2017; Gültekin ve ark.2018). Şizofreni ile ilgili insidans, prevalans ve mortalite araştırmalarının incelendiği bir çalışmada, şizofreni insidansının ortalama her 100.000'de 15,2 ve yaşam boyu hastalık riskinin 1000'de 7,2 olduğu tahmin edilmiştir. Ayrıca erkeklerde görülme sıklığının

kadınlarda görülme sıklığına oranı 1,4/1 olduğu moratalite oranlarının da sağlıklı bireylere oranla şizofrenide 2 ile 3 kat arttığı ifade edilmiştir (McGrath ve ark. 2008).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreni yaygınlığının her 1000 kişide 8,9 olduğu, İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaygınlığının araştırıldığı diğer bir çalışmada, şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının %2,62 olduğu ifade edilmiştir (Binbay ve ark. 2010; Binbay ve ark. 2012)

Şizofreni genellikle geç ergenlik ile otuzlu yaşlar aralığında başlangıç gösterir. İlk psikotik atak, erkeklerde yirmili yaşların ortasında, kadınlarda ise yirmili yaşların sonlarında görülür. Kadınlarda klinik belirtiler daha az şiddetlidir (Ayano 2016). Yapılan çalışmalarda şizofrenide cinsiyete bağlı farklılıkların olduğu, kadın hastalarda tedaviye cevabın ve uyumun çelişkili sonuçlara rağmen daha iyi olduğu ve kadın hastaların daha düşük doz antipsikotik ile tedavi edilebildiği görülmüştür (Güz 2000). Ülkemizde yürütülen çalışmalarda şizofrenide başlangıç yaşı ve tedaviye başvuru yaşının erkeklerde daha erken, alevlenme oranları ve yatış sayılarının kadınlara göre daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Karamustafalıoğlu ve ark. 2000;Amuk ve ark. 2004). İspanya’da 1998 yılında şizofreni hastalarında cinsiyet farklılıklarını incelemek üzere 239 hasta ile yapılan bir çalışmada, kadınların erkeklere göre evlilik oranlarının daha fazla, sosyal fonksiyonlarının daha iyi ve bağımsız yaşamaya daha fazla meyilli olduğu erkeklerde ise işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Usall ve ark. 2001). Angermeyer ve ark. tarafından yapılan bir gözlem çalışmasında ise, erkek şizofreni hastalarının hastanede yatış sürelerinin daha fazla olduğu ve tekrar hastaneye yatma risklerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu sonuçlar çalışma durumu, eğitim, yaş, medeni hal gibi sosyal faktörler ile açıklanamamıştır (Angermeyer ve ark. 1990).

Şizofreni etiyolojisine bakıldığında, nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Ailede şizofreni öyküsünün varlığı şizofreni gelişimi için büyük risk etkenidir. Şizofreni riski birinci derece akrabalarında şizofrenisi olanlarda %10, her iki ebeveyninde de şizofrenisi olanlarda %48’e çıktığı ifade edilmiştir (Can ve ark. 2018 p.217). Genetik yakınlık ne kadar fazla ise şizofreniye yakalanma oranı o kadar yüksektir. Kendler ve Diehl (1993)’e göre, tek yumurta ikizlerinde şizofreni görülme olasılığı %50’iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %15’e denk gelmektedir (Mohammadi ve Akhondzadeh 2001).

Beyindeki yapısal ve fonksiyonel anormallikler, ayrıca beyin biyokimyası ile ilgili yapılan çalışmalarda dopamin aktivitesinin artışının şizofreniye sebep olduğu bunun yanında serotonin işlevinin ve Gama aminobütirik asit (GABA)'ın hücre yoğunluğunun azalmasının şizofreniye yol açtığı bildirilmiştir. Dopaminerjik nöronların aşırı aktivasyonu sonucunda, psikozun pozitif belirtileri, dopamin aktivitesindeki defisit sebebiyle psikozun negatif belirtilerinin oluştuğu ve dopamin salınımındaki düzensizliğin hastalık belirtilerini ortaya çıkardığı düşünülmüştür. GABA beyinde inhibitör olarak görev alan nörotransmitterdir. GABA'nın hücre içerisinde azalması, dopaminerjik ve glutamaterjik nöronlar üzerindeki etkisinin azalmasına bu durumda dopamin aktivitesine yol açarak şizofreni belirtilerine yol açtığı düşünülmektedir. Bünyesel olarak yatkın kişilerde stresli bir durumla karşılaşıldığında şizofreni ortaya çıkabilir. Stres beynin fonksiyonlarını etkileyerek böbrek üstü bezlerinden kortizol salgılanmasına neden olur. Kortizol hormonundaki yükselmelerin şizofrenide görülen şiddetli semptomlar ve bilişsel bozukluklarla ilişkili olduğu görülmüştür (Stres-Diatez modeli).

Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, şizofreni hastalarında lateral ventriküllerde genişleme, kortikal atrofi, temporal lobda diğer bölgelere oranla daha fazla hacim kaybı olduğu ifade edilmiştir. Beynin bilişsel alanlardan sorumlu bölgelerinde yoğunluk azalması, şizofrenideki bilişsel yıkım ve duygusal küntlük ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (Can ve ark. 2018 p. 221).

Obstetrik komplikasyonlar da gelişmekte olan fetal beyin üzerinde olumsuz etkilere sahiptir, yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının obstetrik komplikasyon öyküsüne sahip olduğunu göstermiştir. Toksemi, preeklampsi, maternal enfeksiyon gibi gebelik problemleri, doğum sırasında görülen komplikasyonlar şizofreni riskini arttırmaktadır. (Walker ve ark. 2004; Dülgerler 2014 pp.414-415; Kocal ve ark. 2017). Perrin ve ark. (2007)'ye göre, ileri baba yaşının şizofreni için bir risk etkeni olduğu ifade edilmiştir (Binbay, Ulaş ve Alptekin 2010). Yapılan çalışmalar ergenlikte esrar kullanımının yetişkinlikte psikoz geliştirme riskiyle ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca madde kullanımının varlığı şizofreni hastalarında tedavi uyumsuzluğuna sebep olan bir faktör olduğu ve hastalığın relaps riskini arttırdığı ifade edilmiştir (Chaudhury ve ark. 2016).

Şizofreninin düşük sosyoekonomik toplumlarda, yüksek sosyoekonomik toplumlara oranla daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Bu duruma açıklama getirmek için kalabalık aile ortamı, bireyin olaylarla başedebilmek için kaynaklarının yetersiz olması, yetersiz beslenme, kişinin yaşadığı ümitsizlik duyguları gibi sebepler bildirilmiştir (Towsend 2016 p.342). Elazığ'da 463 şizofreni hastasıyla yürütülen bir çalışmada, hastaların büyük bir kısmının eğitim seviyesi ve yaşam kalitelerinin düşük, sosyoekonomik düzeylerinin yetersiz, %87,5'inin işsiz olduğu görülmüştür (Belli ve ark. 2007). Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu şehirlerde yaşayan ve şizofreniye genetik yatkınlığı olan bireylerde kırsal kesimde yaşayan, şizofreniye aynı ölçüde genetik yatkınlığı olan bireylere göre hastalık gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir. Bu durum sosyal yaşamdaki stres faktörlerinin hastalık gelişimi için bir etken olabileceğini göstermiştir (Sadock, Sadock ve Ruiz 2016 p. 302).

Psikanalitik kurama göre, şizofreni narsistik döneme gerileme olarak görülmektedir. Yani erken çocukluk dönemlerindeki gibi, ilgi ve sevgiyi kişinin kendi benliğine yönlendirmesidir. Bu gerilemenin sebebi kişiler arası ilişkilerde bozukluk, düş kırıklıkları ve güven duygusunun sağlanamaması olarak ifade edilmiştir. Psikanalitik kuram günümüzde zayıflamıştır (Öztürk ve Uluşahin 2015 p. 228). Şizofreniyi, tam olarak açıklayan bir teori ya da hipotez bulunmamaktadır. En güncel teoriye göre şizofreni biyolojik temelli bir hastalıktır (Townsend 2016 p. 342)

Şizofrenide klinik belirtilere bakıldığında ise algıda değişim, bilişsel ve düşünce süreçlerinde bozulma, apatik hal, duygu dışavurumunda ve iletişimde problemler görülebilir. Ayrıca hastada pozitif belirtiler olarak adlandırılan, halüsinasyonlar, yanılsamalar, düşünce süreci ve içeriğinde bozulmalar, mantıksal muhakeme yapamama, ajitasyon; negatif belirtiler olarak da isteksizlik, sosyal çekilme, yalnız kalmayı isteme, kimseyi görmek istememe, ilgisizlik, zevk alamama ve duygularda küntleşme gibi sorunların ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Dülgerler 2011 p. 415-417; Kocal ve ark. 2017, Klinik Psikiyatri). Ayrıca hastalarda depresif belirtiler ve içgörü eksikliğinin de görüldüğü bildirilmiştir. Aykut tarafından yapılan şizofreni hastalarında hastalık süresinin klinik özelliklere etkisinin incelendiği çalışmada, hastalık süresi uzadıkça hastaların ilaca uyumlarının ve içgörü düzeylerinin arttığı bununla birlikte negatif ve depresif belirtilerde de artma olduğu saptanmıştır (Aykut 2017).

Şizofreni genellikle kronik ve yetiyitimiyle giden bir hastalıktır.Yineleyen hastane yatışları, belirtilerde alevlenme, duygudurum epizodları ve bazı olgularda öz kıyım girişimleri ile kötü sonlanım görülebilir. İyileşme oranları %10-60 arasında olduğu, hastaların %20-30'unun normal yaşam sürdürebildiği tahmin edilmektedir. Hastaların %45'inde ise belirgin yıkım olduğu ifade edilmiştir (Kültür ve ark. 2007 p.197). Şizofreni değişken gidişat ve sonlanım göstermektedir. Bazı hastalarda, haftalarca ya da aylarca süren ve tam remisyona sonlanan psikotik ataklar görülebilir. Bazılarında ise semptomların sürekli olduğu fakat alevlenme ve yoğunluğun azaldığı dalgalı bir seyir gösterebilir. Şizofreni tanısı konulduktan 10 yıl sonra kişilerin %25'inin tamamen iyileştiği, %25'inin kısmen bağımsız yaşayabildiği, %25'nin yoğun destek alarak yaşamını sürdürebildiği, %15'nin hospitalize olduğu ve bağımsız yaşayamadığı ve %10'luk kesimin ise çoğunlukla intihar sebebiyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir (<http://www.schizophrenia.com/szfacts>). Psikoz tanılı 82 hastayla yapılan bir izlem çalışmasında, hastalardan 27'sinin sadece bir psikotik atak geçirdiği: bu grupta, 10 tanesinin tam remisyonda, 8'inin kısmi remisyonda kaldığı, 9 hastanın ise psikotik özelliklerinin devam ettiği, buna göre ilk atak itibariyle 17 hastada kronikleşme geliştiği ve hastaların üçte ikisinde bir ya da birden fazla nüks görüldüğü belirtilmiştir. Hastaların %36'sı bir yıl içinde ilk relapsını geçirmiş, bununla birlikte ilk bir yılda dördüncü relapsını geçiren hastaların oranının % 12 olduğu görülmüştür. 15 yıllık süreçte, 82 hastadan 9 tanesinin intihar girişiminde bulunduğu, dört hastanın ilk ya da ikinci psikotik atakta kendini öldürdüğü, diğer hastaların ise kısmi remisyonda kaldığı depresyon ve anksiyete belirtileri ile takip edildiği ifade edilmiştir (Wiersma ve ark. 1998).

Şizofrenide , kanıta dayalı uygulamalara dayanarak çağdaş tedavi yöntemi, ilaç, psikososyal yöntemler ve toplum desteğinin birleşimidir. Ancak gerçek uygulamada durumun öyle olmadığı ve daha çok ilaç tedavisinin ilk ve tek tedavi yöntemi olduğu gözlenmektedir (Walker ve ark. 2004). Tedavide, standart bir sağaltım planı yoktur, hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hasta yakınlarından oluşan bir ekip oluşturularak hasta ile işbirliği içerisinde tedavi uygulanır (Kültür ve ark. 2007 p.197).

Şizofreni tedavisinde 1950 yılında ilk antipsikotik olan klorpromazin klinikte kullanılmaya başlanmıştır. Daha sonra da çeşitli antipsikotikler üretilmesine karşın, tipik antipsikotiklerin yan etkilere sebebiyet vermesi ve negatif belirtiler üzerindeki

etkinliğinin az olması nedeniyle klozapin geliştirilmiş atipik antipsikotik dönemine girilmiştir (Öncü ve ark. 1998). Tipik antipsikotiklerin temel özelliği, dopaminerjik D2 reseptörlerine yüksek ilgi göstermeleridir. Bu grup ilaçların tedavi ediciliği, D2 reseptörlerine bağlanma oranları arasında olumlu ilişki olduğu ifade edilmiştir. Bu ilaçlar akut olarak postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eder ve akabinde presinaptik dopamin etkinliğinde artış izlenir Bunun sonucunda presinaptik dopamin etkinliği baskılanır ve hastada beklenen klinik cevap görülür (Yağcıoğlu 2007). Atipik antipsikotiklerde ise, etki mekanizması tipik antipsikotikler ile aynı olmasına karşın, antidopaminerjik etkinliği daha az, antiserotonerjik ve antiadrenerjik etkinliği daha yüksek ilaçlardır (Öncü ve ark. 1998). Bu nedenle hem pozitif hem de negatif semptomlar üzerinde etkilidirler. Prolaktin düzeylerini etkilememesi, düşük EPS ve tardif diskinezi oranları ve daha az metabolik yan etkiler gibi özellikleri ile ön plana çıkmaktadırlar. Ayrıca şizofreni tedavisinde, Elektro-Konvülsif terapi (EKT) affektif belirtileri olan ya da katatonik tablo gösteren hastalarda, ilaç tedavisine yanıt vermeyen, veya yan etki problemi yaşayan olgularda kullanılmaktadır (Dülgerler 2014 pp. 419-420). EKT, Pozitif belirtili (Tip 1) şizofrenide etkili olmasına karşın negatif belirtili (Tip 2) şizofrenide etkisizdir. Tip 1 hastalarda ilaç tedavisi ile birlikte 8-12 seans EKT ile tedaviye yanıt alındığı bildirilmiştir. Depresif belirtilerin olması, atak süresinin kısa olması EKT'ye iyi yanıt alınabileceğini göstermektedir (Evlice ve Tamam 2007 pp. 718-719).

Farmakolojik tedavi dışında ise, hastaların bilişsel becerilerini, iletişim ve sorun çözme becerilerini geliştirmek, tedavi sürecini ve yan etkileri, psikoz ve şizofreniyi öğretmek amacıyla psikososyal tedaviler önerilir. Böylece tıbbi tedavinin niteliği ve hastanın yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenir. Tedaviye eklenen bilişsel davranışçı terapilerin de nüks ve tekrar hastaneye yatış oranlarını düşürdüğü ifade edilmiştir. Bunun yanında aile eğitimleri ile aileye de iletişim, stresle başa çıkma vesorum çözme teknikleri öğretilerek ailenin iyilik halinde olması sağlanır (Dülgerler 2014 pp. 419-420).

2.1.2. İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar

Bipolar bozukluk, duygudurum dalgalanmalarının, bir ya da birden fazla mani ve depresyon epizodlarının olduğu hayat boyu süren, yinelemeler ve remisyonlarla giden bir psikiyatrik hastalıktır (Dick ve ark. 2003; Özcan ve Abay 2004; Engin ve Çuhadar 2014 p.369). Ösby ve ark. (2001)'e göre, bipolar bozukluk, majör depresyona göre, daha şiddetli, yaşam boyu tekrarlama oranlarının daha yüksek olduğu anksiyete, madde kullanım bozukluğu gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklarının daha fazla eşlik ettiği, diyabet, hipertansiyon ve kalp rahatsızlıkları gibi somatik hastalıkların birlikte görüldüğü ve bu sebeple mortalite oranlarının yüksek olduğu bir hastalıktır (Angst 2007). Bipolar bozukluk küresel hastalık yükü çalışmasına göre ruhsal bozukluklar arasında en çok yeti yitimine sebep olan hastalıklar içinde altıncı sırada yer almaktadır (Vos ve ark. 2012).

DSM 5'e göre Bipolar bozukluk kendi içinde

- Bipolar bozukluk 1,
- Bipolar bozukluk 2,
- Siklotimi bozukluğu,
- Maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu ve ilişkili bozukluk,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı iki uçlu ve ilişkili bozukluk,
- Tanımlanmamış iki uçlu ve ilişkili bozukluk

olarak sınıflandırılmıştır.

Bipolar 1 bozuklukta bir ya da daha fazla manik veya karma dönem, bipolar 2 bozuklukta ise en az bir majör depresif dönem en az bir hipomanik dönem vardır. Manik ya da karma dönem bulunmamaktadır. Siklotimi ise, en az iki yıl süreyle yükselmiş mood ve depresif epizodlar ile karakterize, kronik mood bozukluğunun olmasıdır. (Yazıcı 2007; DSM 5 Tanı Ölçütleri El Kitabı).

Bipolar bozukluğun yaşam boyu prevalansı ortalama %1'dir (Dick ve ark. 2003; Özcan ve Abay 2004; Çam ve Engin 2014). DSÖ 2017 verilerine göre dünya çapında 60 milyon insanın bipolar bozukluğa sahip olduğu ifade edilmiştir (ibpf.org/about-bipolar-disorder). Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'na göre, bipolar bozukluk, bipolar 1 ve bipolar 2 bozukluğun yaşam boyu prevalansı sırasıyla %2,4,

%0,6 ve %0,4 ve bir yıllık prevalansı ise sırasıyla %1,5, %0,4 ve %0,3 olarak bulunmuştur (Merikangas ve ark. 2011). Bipolar bozukluk, genellikle erken yetişkinlik ya da adölesan dönemde ortaya çıkmaktadır. Fakat çocukluk ya da geç yetişkinlik döneminde de başlayabilir (Vega ve ark. 2011). Ortalama başlangıç yaşı, 20'li yaşların başlarıdır. Cinsiyet açısından görülme sıklığı kadın erkek oranı 1,2/1 'dir ve kabaca eşit olduğu söylenebilir (Townsend, 2016 p. 429). Bipolar bozukluğun kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmesine rağmen, hastalığın klinik özellikleri ve gidişatında cinsiyet açısından bazı farklılıklar bulunduğu ifade edilmiştir (Karamustafalıoğlu ve ark. 2004; Akarsu ve ark. 2012). Hastalığın kadınlarda erkeklere oranla daha geç başlangıçlı olduğu belirtilmiştir (Arnold 2003; Vega ve ark. 2011). Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'na göre, eşikaltı bipolar bozukluk ve bipolar 1 bozukluğunun yaşam boyu görülme oranlarının erkeklerde kadınlara oranla, bipolar 2 bozukluğun ise kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Hastalığın başlangıç yaşı, bipolar bozukluk 1 için 18,4, bipolar bozukluk 2 için 20, eşikaltı bipolar bozukluk için ise ortalama 21,9 olarak ifade edilmiştir (Merikangas ve ark. 2011).

Sivas'ta bipolar bozukluğun yaygınlığını araştırmak üzere yapılan bir çalışmada, iki uçlu duygudurum bozukluğunun (İUDB) yaşam boyu yaygınlığı %0,71, İUDB 1'in %0,43, İUDB 2 ve siklotiminin %0,14 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada hastalığın ortalama başlangıç yaşının, 19,6 olduğu ve boşanmış bireylerde İUDB yaygınlığının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca hastaların %50'sinde, kişilik bozuklukları %30'unda anksiyete bozuklukları eş tanısı saptandığı ifade edilmiştir (**Özdemir ve Doğan 2015**). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, hastalığın ortalama başlangıç yaşının 23,9 olduğu, hastaların %68'inin ilk dönem tanısının mani olduğu ve hastalığın seyrinde manik dönemlerin daha fazla olduğu, hastaların %22'sinde intihar girişimi öyküsü olduğu ifade edilmiştir (Turhan 2007).

Nivoli ve ark. tarafından 604 (272 erkek, 332 kadın hasta) bipolar bozukluk hastasıyla yürütülen 10 yıllık izlem çalışmasında, bipolar erkeklerin daha çok (hipo)manik özellikler (%55,2) gösterdiği Kadınlarda ise depresif belirtilerin daha baskın olduğu (%65,9) ifade edilmiştir. Erkeklerin %64,9'unun kadınların ise %73,6'sının hastalığın ilk epizodunun depresyon ile başladığı, kadınlarda, psikotik depresyon ve hastalık öncesi yaşam olayı öyküsünün daha fazla olduğu, intihar girişimi ve hastane başvurusu oranlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ayrıca erkeklerde alkol ve madde kullanım oranının kadınlara göre belirgin olarak daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Nivoli ve ark. 2011). Ayrıca Faedda ve ark. (1993)'e göre, kadınların erkeklere oranla daha fazla mevsimsel duygudurum değişimleri yaşadığı, depresif atakların kışın diğer mevsimlere oranla daha sık görüldüğü ifade edilmiştir (Arnold 2003). İngiltere'de yürütülen 35 yıllık bir izlem çalışmasında, erkeklerde bipolar bozukluğun çocukluk çağı antisosyal davranışlarıyla ilişkili olduğu, mani ataklarıyla ve daha erken başladığı, bipolar bozukluk insidansının erken yetişkinlik döneminde daha yüksek olduğu, kadınlarda ise bipolar bozukluk insidansının geç yetişkinlikte daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Kennedy ve ark.2005). Avusturalya'da bipolar bozukluk epidemiyolojisinin araştırıldığı bir çalışmada, ICD 10'a göre bipolar bozukluk tanı kriterlerini taşıyan 112 kişiden %69,6'sının tekrarlayan epizodik bir hastalığı olduğu bildirilmiştir. Hastaların %25'inde belirgin remisyon olmadan kronik seyir olduğu, %5,4'ünde ise tek bir mani atağı olduğu görülmüştür. Çalışmanın sosyodemografik verilerine bakıldığında ise, hastaların yaklaşık yarısının erkek olduğu, yaş ortalamasının erkeklerde 42 kadınlarda 43 olduğu, erkeklerin yarısının, kadınların da dörtte birinin bekar olduğu, erkeklerin, %49,2, kadınların %34'ü yalnız yaşadığı tespit edilmiştir. %80,4'ünün, kendine ait ya da kiralık evlerinde yaşadığı ve kadınların erkeklere oranla daha fazla kendi evinde yaşamaya meyilli olduğu ifade edilmiştir. Görüşme sırasında hastaların %67'sinin işsiz olduğu, kadınlara göre erkeklerin işsizlik oranlarının daha yüksek ve ücretli iş gücü dışında günlük yaşamda daha pasif oldukları bildirilmiştir. Hastaların tedavi ile ilgili düşünceleri sorulduğunda katılımcıların %93,8'i semptomların ilaç tedavisine yanıt verdiğini, ayrıca %67'si, günlük aktivitelerinde, ekstrapramidal semptomlar (%58,9),antikolinergik yan etkiler (%50,9), sedasyon (%42,9), akatizi (%42), yutma güçlükleri (%10,7), tardiv diskinezi(%6,3) sebebiyle günlük işlerinde bozulma tariflemişlerdir (Morgan ve ark. 2005).

Hastalık belirtilerine bakıldığında mani döneminde bireyde, fikir uçuşmaları, grandiyözite, azalmış uyku ihtiyacı, normalden daha fazla konuşkan olma veya konuşmaya devam etmek için baskı hissetme, dikkat dağınıklığı, psikomotor, ajitasyon görülebilir. Majör depresif epizotta ise, depresif duygudurum, belirgin kilo kaybı ya da kilo alımı, aşırı uyuma veya uykusuzluk, yorgunluk, enerji kaybı, ilgisizlik, değersizlik ya da suçluluk hissi, kararsızlık ve tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi belirtiler oluşabilir (Vega ve ark. 2011).

Bipolar bozukluk etiyolojisine bakıldığında ise hastalığın geçişinde genetik faktörlerin önemli olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında, bu hastalığın görülme riski %3-8 arasında değişir. İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde %60-80, çift yumurta ikizlerinde %10-20 arasında eş hastalanma oranının olduğu bildirilmiştir. Aile çalışmalarına göre ise, anne ya da babadan birinde bipolar bozukluk varsa çocukta da bu hastalığın gelişme riskinin yaklaşık %28 olduğu ifade edilmiştir. (Engin ve Çuhadar 2011 pp. 369-370; Yazıcı 2007; Townsend 2016 p. 432). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %68'inin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu bildirilmiştir (Turhan 2007). Yapılan genom boyu çalışmalarında, ANK3 proteininden bahsedilmiştir. Bu protein aksonun ilk bölümünde yer alır ve nöronun kontrolünden sorumludur. Çalışmalar, manik atak tedavisi ve önlenmesinden sorumlu lityum karbonatın, ANK3'ün salgılanmasını azalttığını göstermiştir. CANA1C ise, hücrelerde kalsiyum salınımını düzenleyen proteindir. Bu protein bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan kalsiyum kanal blokerlerinin etki alanına girmektedir (Townsend 2016 p.432). Duygudurum bozukluklarında, genel olarak beynin duygularla ilgili bölgelerinde etkinlik artışı, bilisle ilgili bölgelerinde ise etkinlik azalması olduğu ifade edilmiştir (Engin ve Çuhadar 2011 p.370; Savaş ve Aksoy 2018 p.297). Beyin görüntüleme çalışmalarında, ön singulat, amigdala, üst temporal girus, korpus kallosum, dorsalateral prefrontal korteks gibi alanlarda yapısal ve işlevsel anormallikler olduğu görülmüştür (Engin ve Çuhadar 2011 p. 370). Hastalığın biyokimyasal sebeplerine bakıldığında, araştırmacılar arasında, beyin kimyasal ileticileri arasındaki dengenin bozulmasının duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğu düşüncesi kabul görmektedir (Yazıcı 2007 p.274). Yapılan çalışmalarda biyojenik aminlerin düzeylerindeki değişimin ve dengesizliklerin bipolar bozukluğun epidemiyolojisinde etken olabileceği düşünülmüştür. Uyku, mizaç ve nöroendokrin fonksiyonlar üzerinde etkili olan kolinerjik ajanların transmisyonunun manide yetersiz, depresyonda ise aşırı olabileceği bildirilmiştir. Norepinefrin ve dopamin eksikliğinin depresyon belirtileri, aşırılığının ise mani ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Towsend 2016 p.433). Dopamin üzerine etki eden amfetaminin mani oluşturması ve dopamin D2 antagonistlerinin mani tedavisinde etkili olması, bu görüşü desteklemektedir. Bipolar bozukluğun etiyolojisinde Glutamaterjik sistemin rolü araştırılmıştır. Lamotrijin gibi duygudurum düzenleyicilerinin glutamat düzeyini ayarlayarak terapötik etki gösterdikleri ifade edilmiştir (Savaş ve Aksoy 2018 p.296-

297). Serotonin, merkezi sinir sisteminde uyku, iştah ve dürtü kontrolü gibi davranışları düzenlemektedir. Bipolar bozuklukta oluşan davranışsal değişimlerin serotonin salınımının azalması sebebiyle oluştuğu düşünülmüştür (Akdemir 2002). Hipotalamus-hipofiz-böbreküstü bezi üzerinde yapılan çalışmalarda, bipolar bozukluğu olan hastalarda, kortikotropin (CRH), adrenokortikotropin(ACTH) ve kortizol yanıtlarında düzensizlik olduğu, manik hastalarda CRH ve ACTH yanıtının, normal kontrollere göre artmış olduğu ifade edilmiştir (Engin ve Çuhadar 2014 p. 370).

Çalışmalarda hastalığın başlangıcı ve seyrinde, çevresel etkenlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Örneğin, çocukluk çağı travmalarının hastalığın daha erken yaşta başlamasına ve hastalığa daha fazla eş tanıların eşlik etmesine sebep olduğu ifade edilmiştir (Kesebir ve ark. 2013). En ağır çevresel etkenler arasında, ebevenler ya da büyükler tarafından, duygusal cinsel istismar, şiddete maruz kalma veya tanık olma olduğu, bunların stres duyarlılığını, ve beyin gelişimini etkilediği ifade edilmiştir. Ayrıca, ailelerde ya da bakımverendeki yüksek duygu dışavurumu hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilir ve depresif dönemlerin oluşumuna zemin hazırlayabilir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının ilk başlangıcında yaşam olayı varlığı %60 oranında bildirilmiştir. En sık görülen yaşam olayı, iş-egitim sorunları, ayrılık ve yakın ölümü olarak ifade edilmiştir (Turhan 2007). Bipolar bozuklukla ilgili yapılan çalışmalarda yaşam olaylarının tedaviye cevabı normalden üç kat geciktirebileceği belirtilmiştir (Savaş ve Aksoy 2018 p.293-294).

Bipolar bozuklukta psikodinamik etkenlere bakıldığında, çoğu teorisyene göre, manik ataklar altta yatan depresyona karşı bir savunma mekanizması olarak görülür. Kişide görülen grandiyözite hezeyanları omnipotans gibi savunma mekanizmalarını kullanması sonucu oluşur. Bertram Lewin manik hastanın egosunun haz veren (cinsel ilişki) ya da korkulan dürtülerle (saldırganlık) sarılmış olduğunu ifade eder. Melanie Klein ve Freud depresyon dönemini sevilen kişilere karşı saldırganlık olarak görmüşlerdir. John Bowlby çocukluktaki bağlanma sorunlarının, travmatik ayrılıkların depresyona yol açtığını ifade eder. Yetişkinlikte yaşanan kayıplar, geçmişte yaşanan kayıpları canlandırır ve yetişkinlik depresif nöbetlerine sebep olur (Sadock, Sadock ve Ruiz 2016 p.354).

Bipolar bozukluk yineleyen, depresif, hipomanik, manik dönemlerin olduğu ve bu dönemler arasında iyilik halleriyle seyreden bir hastalıktır. Semptomlar ve klinik

seyir genelde farklılık gösterir. Manik dönem yaşayan hastaların %90'ında hastalığın tekrarladığı ifade edilmiştir. Dönemler , bir iki ay ile bir yıldan daha uzun sürebilmekte ve depresif dönemler manik dönemlerden daha uzun seyretmektedir (Akdeniz 2018 p.288). Sadock ve Sadock (1999)'a göre, hastalığın gidişinin genel olarak kötü olduğu hastaların %40'ının 10'dan fazla atak geçirdiği ve ortalama atak sayısının dokuz olduğu ifade edilmiştir (Tütüncü ve ark. 2007). 25 yıl süren bir izlem çalışmasında, depresif epizotların ortalama, 5.2 ay, (hipo)manik epizotların ise ortalama 3.5 ay sürdüğü, depresif epizotların belirgin şekilde mani ataklarına göre daha uzun olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte, manik ya da depresif her bir polarite için nüks oranlarının birbirine benzer olduğu, ayrıca psikotik belirtileri olan bipolar hastalarda relaps oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Hastalık depresyon- mani- ötimik epizod ya da mani- depresyon-ötistik epizod şeklinde seyretmektedir (Tondo ve ark. 2017). Kupfer ve ark. 3000 bipolar bozukluğu olan hastayla yaptıkları çalışmada, bipolar hastaların yaşamlarının büyük bir kısmını orta derecede depresif evrelerle geçirdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların sosyodemografik özelliklerini incelediklerinde bu gidişatın yüksek işsizlik oranları, komorbid hastalıklar, ailede ruhsal hastalık öyküsü gibi faktörler ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir (Kupfer ve ark. 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bir yıl boyunca 48 bipolar bozukluğu olan hasta incelenmiş ve hastaların %22.9'unda ilk altı ayda %12.5'inde ikinci altı ayda ve toplam %31.2'sinde bir yıl sonunda hastalığın tekrarladığı görülmüştür. Hastalar iyi ya da kötü gidişli olarak gruplara ayrılmış fakat gruplar arasında cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal, yatış süresi, sosyal ilişki düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmediği ifade edilmiştir (Saka ve ark. 2001). Suominen ve ark. (2007)'ye göre, komorbid kişilik bozuklukları, madde kullanımı, psikotik özelliklerin varlığı kötü prognoz göstergelerindedir (Yeloğlu ve Hocaoğlu 2017).

Bipolar bozukluğun ilk basamak tedavisinde, geleneksel duygudurum düzenleyicileri (lityum, valproik asit, karbamazepin vb.) ya da atipik antipsikotikler (olanzapin, ketiapin, risperidon, aripirazole vb.) ile monoterapi uygulanmaktadır. Monoterapi başarısız olduğunda ikinci bir ilaç takviye edilmektedir (Townsend 2016 p.434).

Manik epizot tedavisinde kullanılan ilaçlar aşağıda verilmiştir:

Duygudurum dengeleyicileri (Lityum): Mani nöbetlerinin tedavisinde kullanılan ve bipolar bozuklukta koruyucu etkisi bilinen bir tuzdur. Lityum dopamin reseptör aşırı duyarlılığını ve GABA katekolaminerjik sistem etkisini azaltır. Alyuvarlarda asetilkolin düzeyini bazı beyin beyin bölgelerinde serotonin salınımını artırır. Lityum tedavisinde hastanın aylık olarak kan düzeyi kontrolleri yapılır.

Antikonvülzanlar (Valproat, Karbamazepin, Okskarbazepin, Lamotrijin): Hücre zarında, sodyum, potasyum ve kalsiyum kanallarını etkilerler. İyon kanallarının inaktivasyonu ile nöral iletişimi değiştirirler. Lityuma yanıt vermeyen olgular valproata yanıt verebilmektedir. Karbamazepin ise, hem akut tedavide hem de korunmada etkilidir. Etkisi lityum ile benzerdir.

Lamotrijin: Parsiyel nöbetlerde önerilen bir antiepileptiktir. Antimanik etkinin yanında antidepresan etkisi de vardır. Glutamat ve aspartat gibi nörotransmitterlerin salınımını inhibe eder.

Antipsikotikler: Sanrılar, varsanılar, insomnia, hiperaktivite, anksiyete, negativizm üzerinde etkiidirler. Sürdürme tedavisinde kesin zorunluluk olmadıkça kullanımı önerilmez. Ağır vakalarda tek ya da lityumla birlikte başlanabilen ilaçlardır.

Benzodiazepinler: Akut dönemde kullanılabilirler. Ajitasyon üzerinde etkilidirler.

Ayrıca, yeme içme reddi olan, saldırgan davranabilen hastalarda EKT etkili bir yöntem olabilir (Engin ve Çuhadar 2014 pp. 374-377). Ayrıca İlaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda EKT uygulanabilir. Başlangıç olarak hastaya 6-8 seans EKT uygulanarak yatışması sağlanır ve ilaç tedavisine devam edilir, hastanın durumuna göre EKT sayısı 10-12 seansa çıkartılabilir (Öztürk 1997 p. 249). Bipolar bozukluk büyük oranda tekrarlayan ve bu sebeple koruyucu tedaviye gerek duyulan bir hastalıktır. Koruyucu tedavide ilk seçenek lityum, karbamazepin ve valprot da direnç durumunda kullanılabilir. Hastanın huzursuzluğunu azaltmak, oluşabilecek atakların şiddetini azaltmak, hastayla işbirliği yapmak amacıyla psikoterapi uygulanabilir. Hasta ve ailesini hastalık hakkında bilgilendirmek, tedaviye aktif katılım sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, başa çıkma stratejileri kazandırmak amacıyla psikoeğitim verilebilir (Engin ve Çuhadar 2014 p. 374-377).

2.1.3. Depresyon Bozuklukları

Dünya çapında her yaştan 300 milyondan fazla insan, depresyonla mücadele etmektedir. Depresyon küresel boyutta, hastalık yüküne büyük oranda katkı sağlayan ve yeti yitiminin önde gelen sebepleri arasındadır. Kişinin tüm hayatında yetersizlikler hissetmesine, en kötüsü de intihar düşüncelerine neden olan psikiyatrik bir hastalıktır (WHO 2018). Amerikan İntihar Derneği (American Association Of Suicidology) 2014 verilerine göre, genel popülasyona oranla depresyonla mücadele eden kişilerde intihar riski 25 kat artmaktadır. Depresyon intihara sebep olan risk faktörlerinin %50'sini oluşturmaktadır. Tedavi edilmeyen depresyonlu hastalarda yaşam boyu intihar riski %2,2 ile %15 arasındadır. Depresyon hastalarının %15'inin intihar sonucu öldüğü bildirilmiştir (www.suicidology.org)

Depresyon, üzüntülü duygudurum içerisinde olma, durgunluk, konuşma, motor faaliyetlerde ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, değersizlik duyguları, anhedoni, karamsar duygu düşünceler, cinsel isteksizlik, uyku, iştahta bozulma, yaşam enerjisinin azalması gibi belirtilerle ortaya çıkan bir sendromdur. Bu durum bireyin işlevselliğinde kayıplara neden olabilmektedir (Ergün ve Engin 2014 p. 335). Bu belirtiler birkaç gün ya da birkaç hafta arasında ortaya çıkar. Majör depresyonun ortalama başlangıç yaşı 27'dir, fakat her yaşta başlayabilir (Köroğlu 2007 p. 240). 1996- 2002 yılları arasında yürütülen bir çalışmada, depresyon başlangıç yaşı ortalama kadınlarda, 32 erkeklerde, 34 olarak bulunmuştur (Elbozan ve ark. 2003).

Majör depresyonda, kişinin hareketlerinde yavaşlama, künt ifade, göz hareketlerinde azalma, genel bir durgunluk, hastanın yüzünde tedirginlik, elem ifadesi, özbakımda azalma, konuşma hızı ve miktarında azalma, düşünce içeriğinde suçluluk, ölüm ve pişmanlık düşünceleri, umutsuzluk, kendisine yönelik olumsuz algılar, hiçbir faaliyetten zevk alamama gibi bulgular görülür (Köroğlu 2007 p. 240). Distimi ise, inatçı depresif bozukluk olarak ifade edilmiştir. Majör depresif bozukluktan farkı hastanın daima depresif olmaktan şikayet etmesidir. Distimide en az iki yıldır devam eden günün büyük bir kısmında depresif duygudurum içerisinde olma hali mevcuttur. Çoğunlukla erken başlangıçlıdır (20'li yaşlar). Genel nüfusta insanların %5,6'sında görülebilir. Cinsiyet arasında insidans oranları arasında fark yoktur. Bekar ve gençler ile düşük gelirli bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Sadock, Sadock, Ruiz 2016 p.380).

ABD’de yapılan ulusal komorbidite araştırmasında, Majör depresyonun en sık görülen psikiyatrik hastalıklar arasında olduğu katılımcıların %17’sinden fazlasının geçmişlerinde depresif epizod öyküsüne sahip olduğu görülmüştür (Kessler ve ark. 1994). 10 ülke (ABD, Kanada, Porto Riko, Fransa, Batı Almanya, İtalya, Lübnan, Tayvan, Kore, Yeni Zellanda) arasında majör depresyon ve bipolar bozukluk epidemiyolojisinin araştırıldığı diğer bir çalışmada ise ülkeler arasında yaşam boyu majör depresyonun görülme oranlarının %1,5 ile %19 arasında olduğu bildirilmiştir (Weissman et al 1996). Ayrıca tüm ülkelerde majör depresyon yaygınlığı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir (Weissman ve ark. 1996; Kessler ve ark. 2003; Önal ve ark. 2001; Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2004).

Kessler ve ark. tarafından 2001- 2002 yılları arasında yapılan başka bir araştırmada ise, majör depresif bozukluğun ABD’de yaşam boyu prevalansı, %16,2 bir yıllık prevalansı ise %6,6 olarak bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışmada da majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir. Herhangi bir işte çalışanlarda ve ev hanımlarında, boşanmış ya da hiç evlenmemiş kişilerde evlilere oranla majör depresyon yaygınlığının arttığı ifade edilmiştir. Şehirde ve büyükşehirlerde yaşayanların kırsal kesimde yaşayanlara göre, eğitim seviyesi 13 yıl ve üzeri olanların eğitim seviyesi düşük olanlara göre daha fazla majör depresyon tanısına sahip olduğu görülmüştür. Majör depresif bozukluğa sahip olan hastaların, %59,2’si anksiyete bozukluğu, %24’ü madde kullanım bozukluğu,%30’u ise dürtü kontrol bozukluğu eş tanılarına sahiptir (Kessler ve ark. 2003).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’na göre, ülkemizde en sık görülen ruhsal bozukluk majör depresyondur (Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması 1998/www.scribd.com). Özürlülükle yaşam yılı kaybettiren nedenler içinde depresif bozukluklar erkeklerde %6,4 kadınlarda %10,7 ile birinci sırada yer almıştır (Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004). 15-49 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada 232 kadından 60’ında (%25,8) görüşme sırasında depresyon tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre, son 1 yıl içinde depresyon geçirmiş olma, evlilik sorunları yaşama ile depresyon şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu ifade edilmiştir (Kayahan ve ark. 2003). Yapılan bir çalışmada, psikiyatrik yatış sayılarının kadın ve erkeklerde eşit olduğu belirtilmiştir. Hastaların %24,1’inde depresyona eşlik

eden başka bir hastalığın olduğu bu hastalıkların büyük bir kısmını somatoform bozukluklar ve distimik bozuklukların oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada hastalar uyku bozukluğu, iştah kaybı, yorgunluk, baş ağrısı, cinsel isteksizlik ve ani kilo kaybı gibi bedensel yakınmalar tariflediği ifade edilmiştir (Elbozan ve ark. 2003). 40 yaş üstü bireylerde depresyon prevalansının araştırıldığı bir çalışmada ise, görüşülen 157 bireyin %40,1'inde, orta ya da ciddi depresyon belirtileri olduğu, kadınların (%46,4) erkeklere (% 25,5) oranla daha fazla depresif belirtiler taşıdığı ifade edilmiştir (Önal ve ark. 2001).

Depresif Bozukluklar DSM 5'te aşağıda verilen şekilde alınmıştır:

- Yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu,
- Yeğin majör depresyon bozukluğu,
- Süregiden depresyon bozukluğu (Distimi),
- Premenstrüel disfori bozukluğu,
- Maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu,
- Tanımlanmamış depresyon bozukluğu

(DSM 5 Tanı Ölçütleri El Kitabı)

Depresif bozuklukların etiolojisine bakıldığında, tek bir neden den bahsetmek yerine genetik, biyolojik ve psikososyal faktörlerin kompleks rolleri olduğu görülmüştür.

Genetik çalışmalar majör depresyonun geçişinde genetik faktörlerin önemli rolünü göstermiştir. Tek yumurta ikizlerinde hastalık görülme oranının %37 ve çift yumurta ikizlerine göre 2-4 kat daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Engin ve Ergün 2014 p. 336). Majör depresyonun genetik aktarımıyla ilgili aile çalışmalarının incelendiği bir çalışmada, major depresyonun %31-42 oranında genetik yolla aktarıldığı ifade edilmiştir (Sullivan ve ark. 2000). Biyolojik faktörlere bakıldığında nöronlar arasındaki iletişimden sorumlu olan nörotransmitterlerin anormal aktivitesi depresyon oluşumunda rol oynamaktadır (Engin ve Ergün 2014 p. 336). Norepinefrin stresli durumlarla başetmede görevlidir. Serotonin duygudurum, anksiyete, düşünme, biliş, iştah agresyon

gibi birçok işlevin düzenlenmesinden sorumludur. Beynin mezolimbik sistemindeki dopamin düzeyinin mizaç ve davranış üzerinde etkisi olduğu düşünüldüğü ifade edilmiştir. Bu biyogenik aminlerin azalması, bir nörondan diğer nörona impulsların iletiminin bozulmasına neden olur. Son çalışmalarla asetilkolinin de depresyon etiolojisinde etken olabileceği ifade edilmiştir. Kolinerjik ajanlar duygudurum, uyku ve nöroendokrin işlev üzerinde etkilidirler. Kolinerjik geçişin manide yetersiz, depresyon da aşırı olduğu düşünülmektedir (Townsend 2016 p. 384-385). Endokrin sistem üzerindeki değişikliklerin de depresyon üzerinde etkileri çalışılmış ve hipotroidizm ve hiperkortikolizmin depresyona sebep olabileceği ifade edilmiştir (Köroğlu 2007 p. 243). Stresli durumlarda, glukokortikoid aktivite ve kortizol sekresyonunun artışı ileri yaş depresyon tanısı alan bireylerin %40'ında görüldüğü ifade edilmiştir. Ayrıca psikiyatrik hastalıklarda prolaktin metabolizmasının da değiştiği, hiperprolaktinemik hastalarda anksiyete, irritabilite, libidoda azalma, depresyon gibi şikayetlerin olduğu bildirilmiştir (Engin ve Ergün 2014 P. 337).

Depresyon etiolojisinde psikososyal faktörlere bakıldığında, kişiliği inciten, küçük düşüren olaylarla karşılaşmak, sevgi nesnesinin yitimi, iş hayatındaki problemler, ailevi sorunlar, ekonomik sıkıntılar hastalığın ortaya çıkmasında ve kronikleşmesinde etkili olabilir (Öztürk ve Uluşahin 2015 p. 284). Çocukluk çağında yaşanan stresli yaşam olaylarının bireyde depresyon gelişme olasılığını arttırdığı ve depresyon gelişen kişilerde hastalığın klinik seyrini etkilediği ifade edilmiştir. Bu kişilerde remisyon ve iyileşme oranlarının daha düşük olduğu, epizotların daha uzun sürdüğü, kronikleşme oranının daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (Saveanu ve Nemeroff 2012). Yaşam olaylarının tek başına depresyona neden olmadığı diğer etkenlerle birleşerek depresyonun gelişmesinde rol aldığı belirtilmiştir. Depresyon gelişiminde düşük sosyo-ekonomik durumun etken olabileceği ifade edilmiştir (Townsend 2016 p. 380). Ayrıca, psikiyatrik ve bedensel hastalık varlığı, toplumsal destek azlığı depresyon başlangıcına ve hastalığın olumsuz gidişatına sebep olabilmektedir (Ünal ve Özcan 2000).

Freud'a göre, melankoli, sevilen bir nesnenin kaybı, duygusal reddedilme, ölüm yada soyut değerlerin kaybı sebebiyle oluşmaktadır (Townsend 2016 p. 387). Kişinin nesne kaybı sonrası oluşan kin ve nefret duygularını katı üstbenlik sebebiyle dışarı yansıtamayıp, kendine yönlendirmesi, benlik saygısını düşürür ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur (Balcıoğlu 1999). Beck ise depresyon

gelişiminin en temel sebebinin bilişsel işlev bozukluğu olduğunu ifade etmiştir. Çocukluk çağındaki yaşantılar, bazı temel düşünce ve yargıların gelişimine sebep olur ve bunlara ‘şema’ denir. Depresyonda değersizlik, başarısızlık, yetersizlik ve sevilme şemaları oluşur. Yaşamın bir döneminde bu şemalara uygun bir olay yaşandığında olumsuz şemalar etkin duruma gelerek algılama ve yorumlamadaki bozulmaların sonucu olarak bilgiler yanlış işlenir. Bunun sonucunda bireyde çevresine, kendisine, geleceğine yönelik olumsuz düşünceler oluşur. Sonuç olarak bireyde depresyon gelişir. Bilişsel teoriye göre depresyon olumsuz düşünmenin sonucu olarak gelişir (Balcıoğlu 1999; Townsend 2016 p. 388). Depresyon gelişimiyle ilgili ortaya atılan diğer bir görüş ise davranışçı görüştür. Seligman’ın “öğrenilmiş çaresizlik” görüşü köpeklere yapılan deneyler sonucu ortaya çıkmıştır. Köpeklere elektrik akımı verilmiş ve kaçmaları engellenmiştir, daha sonra köpeklere kaçmaları için olanak sağlandığında, köpekler kaçmak yerine çaresizlik ile cevap vermişlerdir. Bu görüşe göre depresyon uzun süredir maruz kalınan olumsuz olaylardan kaçmayı bilmeme ve çaresiz kalma durumudur. Öğrenilmiş çaresizlik yaşayan kişiler olumsuz durumlar karşısında ne yaparlarsa yapsınlar asla bu durumdan kurtulamayacaklarına inanırlar ve çaresizlik düşünceleri sebebiyle depresyona girerler (Öztürk 1997 p. 234; Townsend 2016 p. 387).

Depresif bozuklukların gidiş ve sonlanımına bakıldığında, majör depresif bozukluk, kronikleşen ve tekrarlayıcı özelliklere sahip bir hastalıktır. Taburculuktan sonra, ilk altı ayda hastaların %25’inde ilk iki yılda %30-50’sinde, ilk beş yıl içinde ise %50-75 tekrarlama görüldüğü bildirilmiştir. Hastaların %50’sinde ilk depresif atağın 40 yaş öncesi olduğu bildirilmiştir. Tedavi edilmeyen depresif ataklar, 6-13 ay sürerken, tedavi başlandığında bu süre yaklaşık olarak 3 aydır. Hastalık süresi uzadıkça hastaların geçirdiği atak sayısı artar ve ataklar daha uzun sürmeye başlar. Hastaların 20 yılda ortalama beş, altı atak geçirildiği ifade edilmiştir. Majör depresif bozuklukta iyi prognoz göstergeleri, hastalığın geç başlaması, atağın hafif geçirilmesi, psikotik özelliklerin olmayışı, hastanede kısa süre yatış, eştanıların olmayışdır. Alkol madde kullanımı, birden fazla depresif atak, anksiyete bozukluğu belirtilerinin varlığı ise kötü prognoza sebebiyet verebilmektedir (Sadock, Sadock, Ruiz 2016, p.370-371).

Depresif bozuklukların tedavisinde farmakolojik olarak, hastanın, uyku, iştah, yorgunluk şikayetlerini gidermek, kederli düşüncelerinden uzaklaştırmak, ve kendini

daha iyi hissetmesini sağlamak amacıyla antidepresanlar kullanılır. Antidepresan etki 2-4 hafta arasında ortaya çıkmakta, 4-6 hafta sonunda ise tam olarak etki etmektedir.

Antidepresan olarak kullanılan ilaçlar:

- **Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI):** Serotoninin geri alımını bloke ederek, serotonin aktivitesini arttırmaları (Fluoksetin, Sertralin, Essitalopram, Fluvoksamin, Sitalopram, Paroksetin).
- **Trisiklik Antidepresanlar:** Serotonin ve noradrenalin geri alım pompalarını çok az da dopamin geri alım pompalarını inhibe ederek etki ederler. Anksiyolitik etkileri de vardır. (İmipramin, Desipramin, Amitriptilin).
- **Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI):** İlk geliştirilen ve monoamin A, B enzimlerini geri dönüşümsüz inhibe eden ilaçlardır. Noradrenalin ve serotoninin aktivitesini arttırmaları (Fenelzin, Selegilin, Moklobemid).
- **Yenikuşak Antidepresanlar**

Mirtazapin: Noradrenerjik ve spesifik serotonerjik antidepresan (NaSSA) olan yeni bir antidepresandır. Norepinefrin ve serotonin salınımını birlikte artırır ve aynı zamanda noradrenerjik ve serotonerjik nörotransmisyonu güçlendirici özelliğe sahiptir.

Venlafaksin: Çift etkili antidepresanlar sınıfındadır. Serotonin norepinefrin geri alım inhibitörü (SNRI)'dür. Ayrıca yüksek dozlarda dopamin geri alımını inhibe etme özelliği mevcuttur.

Bupropion: Dopamin geri alımını selektif bir şekilde inhibe eder.

Nefazodon: Serotonin reseptör blokörü ve aynı zamanda orta düzeyde norepinefrin geri alım inhibitörü özellikleri olan bir antidepresandır. Nefazodon'un serotonin geri alımını inhibe etme oranı eski antidepresanlara göre en az on kez daha yüksektir. Farmakolojik olarak SSRI'lerden, trisiklik antidepresanlardan, MAO inhibitörlerinden ve bupropiondan farklıdır (Özbek ve Ağargün 2001).

Diğer bir tedavi seçeneği ise, EKT'dir. Nörotransmitterlerin değişimini sağlayarak depresif belirtileri ortadan kaldırdığı ifade edilmiştir. Fakat EKT kullanımı antidepresanların keşfi ve geliştirilmesiyle azalmıştır (Ergün ve Engin 2014 p. 340-343). EKT, intihar eğilimli hastalarda ve psikomotor gerileme (uyku, iştah, enerji) gösteren psikotik özellikli ağır depresyonu olan hastaların tedavisinde endikedir (Townsend 2016 p. 406). Genellikle 8-10 EKT ile olumlu sonuç alınabileceği bildirilmiştir (Öztürk 1997, p. 253). Ayrıca antidepresan tedaviye ek olarak, hastanın sorunlarını anlaması, sorunların sebepleri hakkında içgörü kazanması ve çözüm yolları üretebilmesi için psikoterapiler kullanılır. Depresif bozuklukların tedavisinde kullanılan en yaygın terapi bilişsel davranışçı terapidir (BDT). BDT ile hastanın hastalık ve yaşadığı güçlükler ile baş etme becerileri kazanması hedeflenir (Ergün ve Engin 2014 pp. 340-343).

2.2. Duygu Dışavurumu (DD)

2.2.1. Duygu Dışavurumu (DD) Kavramının Tanımı ve Gelişimsel Süreci

İnsan hayatında büyük yer tutan duygu ifadesi, duygularla baş edebilme insan ilişkilerinde ve ruh sağlığında önemli bir kavramdır (Kışlak ve Göztepe 2012). Duygu dışavurumu kavramı aile ortamında gösterilen duygu ifadesini nicel olarak tanımlamak üzere kullanılan bir terimdir. Hasta olan bireye karşı, ailenin kötü duygular beslemesi, duygusal olarak aşırı müdahaleci tutumları ve eleştirel davranışları ailenin yüksek duygu dışavurumuna sahip olduğu anlamına gelir. Bu durum bireyin ruhsal sorununun prognozunu, sonlanımını ve tedavisini etkileyebilir (DSM-5, Tanı Ölçütleri El Kitabı). Vaughn ve Leff (1976)'ya göre, Duygu dışavurumu, psikiyatri hastasının akrabalarının hastadan nasıl bahsettiklerine dayanan bir aile ortamının ölçüsü olarak ifade edilmiştir (Butzlaff ve Hooley 1998). Yüksek duygu dışavurumu kavramı DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı'nda, Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar'da İlişki Sorunları alt başlığında incelenmiştir. Klinisyenlerin üzerinde durması gereken önemli bir kavramdır.

Duygu dışavurumu kavramı ile ilgili 1958 yılı itibariyle 1980'li yıllara kadar birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalarda hasta birey ve aile arasındaki etkileşimlerin ve duygusal unsurların önemi açığa çıkmıştır. Hasta ve aile arasındaki ölçülebilen duygusal etkileşimlerin psikiyatrik hastalıkların özellikle şizofreninin gidişatını etkileyebileceği belirlenmiştir (Berkun 1992). Ailelerin çeşitli hastalık ve sağlık durumlarını anlaması ve buna tepkisi, hastalığın aileler üzerindeki etkisi ve

ailelerin hastalık yönetimine yaklaşımları incelenmesi sonucu kişiler arası ilişkilerin önemli yönlerini temsil eden “Duygu Dışavurumu” (Expressed Emotion) kavramı ortaya çıkmıştır (Wearden ve ark. 2000). Vaughn ve Leff (1976)’ya göre, duygu dışavurumu, hasta yakının şizofrenik aile üyesinin patolojik davranışlarına karşı ortaya çıkan tutum ve tavırları ve başa çıkma tepkilerinin bir göstergesidir

Duygu Dışavurumu (DD) kavramı ilk olarak şizofreni hastalarında taburculuk sonrası relapsların nedenini araştırmak üzere Brown ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalar sonucu ortaya atılmıştır. Brown ve arkadaşları uzun süreli yatışları olan psikiyatri hastalarının hastaneden taburcu olduktan sonra yaşadıkları sosyal çevreyi incelemişler bunun sonucunda, hasta ve ailesi arasındaki ilişkinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir (Rabstejnek 2015). Brown ve arkadaşları, aileleri ya da eşleriyle yaşayan psikiyatri hastalarının pansiyonda kalan veya kardeşleri ile yaşayan hastalara göre, taburculuk sonrası daha fazla şizofreni semptomları ve relaps deneyimlediklerini belirlemişlerdir (Wearden ve ark. 2000).

Psikolojik, ailevi ve sosyal faktörlerin, hastalığa adapte olma, sağlık hizmetlerinin kullanımı, özür lülük durumu ve yaşam kalitesi üzerine etkileri ile iyileşmeyi etkilediği kabul edilmiştir (Wearden ve ark. 2000). Kronik ve ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin birçoğunun aileleriyle yaşadığı bilinmektedir. Aile faktörü, hastanın fiziksel ve duygusal olarak işlevselliğini sağlarken tedavi sürecine katılma ve uygun sağlık davranışlarının benimsenmesinde de etkilidir (Ertem ve Duman 2018). Kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ailelerinde, şaşkınlık, utanç, suçluluk, korku, endişe, hayal kırıklıkları gibi duygular sıklıkla yaşanmakta ve ifade edilmektedir Bu ifadeler ailenin duygu dışavurum düzeyini göstermektedir (Gülseren 2002; Arslantaş ve Adana 2012). Aynı zamanda aile ilişkilerinin kalitesinin birçok psikiyatrik bozukluğun gelişimi, tedavisi ve tedaviye cevabı ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Deniz ve ark. 1998; Demir ve ark. 2016).

Duygu dışavurumu kavramı kişiler arası ilişkilerde eleştirelilik, düşmanlı tutumlar, aşırı duygusal müdahalecilik (aşırı duygusal ilgi), sıcaklık ve pozitif yorumlargibi alt boyutlardan oluşmaktadır (Wearden ve ark. 2000).

Eleştirelilik: Hastanın davranışlarını ya da karakterini can sıkıcı bulan ve sinirlendirici olduğunu söyleyen yorumlardır. Hastayla hoşnutsuzluğun ve hastayı beğenmemenin göstergesidir.

Düşmancıl Tutumlar: Hastaya karşı reddedici davranışların vurgulanması ya da eleştirel tutumların sergilenmesi anlamına gelmektedir.

Aşırı Duygusal Müdahalecilik: Abartılı duygusal cevap, müdahale, fedakarlık ve hastayla aşırı özdeşim kurma olarak tanımlanmıştır.

Pozitif Yorumlar ve Sıcaklık: İlişkinin olumlu yanlarını ifade etmektedir. Ailenin anlayışlı ve destekleyici yanını göstermektedir.

Eleştirelilik, düşmancıl tutumlar, aşırı duygusal müdahalecilik boyutları yüksek ya da düşük duygu dışavurumunu tanımlamak üzere kullanılır. Bir ya da birden fazla boyutun eşik değerinde olması, yüksek duygu dışavurumuna işaret eder (Barrowclough ve Hooley 2003).

Bu boyutlar ilk olarak yarı yapılandırılmış bir görüşme aracı olan Camberwell Aile Görüşmesi (CAG) ile değerlendirilmiştir (Wearden ve ark. 2000). Duygu Dışavurumu'nu değerlendirmede ikinci araç olarak "Beş Dakikalık Konuşma Örneği" kullanılmıştır. Bu araç hasta yakınının hasta hakkında beş dakika konuşmasının bant kaydına alınarak sonrasında kaydın yorumlanmasıyla sonuçların değerlendirildiği bir ölçüm aracıdır. Üçüncü araç olarak da duygu dışavurumunu ölçen ölçekler geliştirilmiştir (Berksun ve ark. 1993). Duygu dışavurumu ölçeği Cole ve Kazarian tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Hastanın algıladığı duygu dışavurum düzeyini ölçmektedir. 60 maddelik "doğru", "yanlış" cevaplarından oluşmaktadır. Shields ve ark. tarafından da 1992 yılında Aile Duygusal Müdahalecilik ve Eleştirelilik Ölçeği (Family Emotional Involvement And Criticism Scale) geliştirilmiştir. 23 madde ve iki alt ölçekten oluşmaktadır. Fakat bu ölçeğin daha çok ileri yaş grubunda kullanılması önerilmiştir (Shields ve ark. 1992). Literatürdeki diğer ölçekler ise Algılanan Eleştirelilik Ölçeği (Perceived Criticism) hastaya "Yakınınızın size karşı ne kadar eleştirel olduğunu düşünüyorsunuz?" 10 puanlık likert tipi ölçekte puan vermesi istenir. Aile Tutum Ölçeği (Family Attitude Scale) ise, 30 maddelik puanların 0-4 arası verildiği ailenin hastaya karşı eleştirel ve düşmancıl tutumunu değerlendiren bir ölçme aracıdır (Amaresha ve Venkatasubramanian 2012). Ülkemizde duygu dışavurumu ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

2.2.2. Duygu Dışavurumu (DD) Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar ile İlişkisi

Kişiler arası ilişkiler, psikolojik rahatsızlıklardan ya da hastalık sürecinden etkilenerek değişebilir. Bazı durumlarda ilişkiler psikiyatrik bozukluğun bir parçası haline gelebilir. Örneğin depresyondaki kişiler kendilerini eleştirilmeye açık hale getirirler; bir bakıma diğer kişilerin kendilerini eleştirmesine davetiye çıkarırlar. Diğer kişilerden algılanan eleştiriler de depresyon açısından relapsı yordayan önemli faktörlerden biridir. Depresyonda olan bireyler, kişiler arası stresi arttıran davranışlarda bulunabilirler ki daha sonra bu durum depresyonun sürmesinde veya şiddetlenmesinde rol oynamaktadır. Bu şekilde, hasta için önemli ve anlamlı kişiler, hastalığın ilerlemesine dahil edilir. Sonuç olarak, yakın ve samimi ilişkiler genellikle psikiyatrik bozukluğu devam ettiren kısır döngünün bir parçası haline gelir. Eleştirelilik işlevsel olan veya işlevselliği bozulmuş aile ilişkilerinin günlük ilişkilerinin doğal bir parçasıdır (Beach ve ark. 2006).

Duygu dışavurumu şizofreni ve diğer psikiyatrik hastalıklar için kötü prognoz ve klinik sonuçların olumsuz olması (daha fazla semptom ve relaps oranı) ile ilişkilidir (Butzlaff ve Hooley 1998). Brown ve arkadaşları'nın şizofrenide duygu dışavurumu ile birlikte relapsları etkileyen diğer faktörleri inceledikleri çalışmada, hastaların akrabaları ile haftada 35 saatin üzerinde vakit geçirmeleri, cinsiyetin erkek olması, düzenli ilaç kullanımının olmaması, şizofrenik semptomların varlığı gibi faktörlerin relaps ile ilişkili olduğu, fakat yüksek duygu dışavurumunun bu faktörlerden bağımsız olarak relaps oranlarını arttırdığı tespit edilmiştir (Brown, Bırley ve Wing 1972). Sürdürüm tedavisi alan 25 şizofreni hastasıyla yapılan iki yıllık izlem çalışmasında duygu dışavurumu yüksek ve düşük ailelerle yaşayan hastaların nüks oranları incelenmiştir. Bu çalışmaya göre, duygu dışavurumu yüksek ailelerle yaşayan hastaların iki yıl sonunda %62'sinde düşük duygudışavurumu olan ailelerle yaşayan hastaların ise %20'sinde relaps görülmüştür. Düşük duygu dışavurumu olan ailelerle yaşayan hastalar üzerinde sürdürüm tedavisinin daha fazla profilaktik etki gösterdiği görülmüştür (Leff ve Vaughn 1981). Bununla birlikte, ilerleyen yıllarda yapılan bazı çalışmalarda hastaların tedavi kullanımları ve ailelerin duygu dışavurumu düzeyleri arasında ilişki bulunamamış fakat duygu dışavurum düzeyinin ve ailelerin hastalara karşı duygusal tutumunun şizofreninin tekrarlamasında ve gidişatında en önemli faktör olduğu ifade edilmiştir (Bertrando ve ark. 1992; Linszen ve ark.1997). Ülkemizde şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, düşük duygu dışavurumuna sahip ailelerle yaşayan hastaların, aileleriyle daha iyi ilişki

kurduğu, ve bu ailelerin daha az müdahaleci olduğu, hastaya karşı daha az olumsuz ve suçlayıcı tutumlar gösterdiği ve daha hoşgörülü davrandığı ifade edilmiştir (Ebrinç ve ark. 2001). Şizofreni hastaları ile yapılan başka bir çalışmada ise, algıladıkları duygu dışavurum düzeyi yüksek olan hastalarda relaps oranı %63, düşük olan hastalarda ise %46 olduğu; ayrıca yüksek DD'li grupta şizofrenik semptom düzeyinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Deniz ve ark. 1998).

Duygu dışavurumu ve relaps ilişkisi şizofreni dışı diğer psikiyatrik hastalıklarda da araştırılmıştır. Depresif hastalarla yapılan çalışmalarda yüksek duygu dışavurumunun hastalığın kötü prognoz göstermesine sebep olduğu ifade edilmiştir (Vaughn ve Leff 1976; Hooley ve ark. 1986). Şizofrenide yüksek duygu dışavurumu hastalığın başlangıcını ve relaps oranlarını daha fazla etkilerken, depresif hastalarda ise hastalığın başlangıcında yaşam olaylarının varlığı, hastalığın seyrinde ise akrabaların eleştirel tutumlarının etkili olduğu bildirilmiştir (Leff ve Vaughn 1980; İnem ve ark. 1998).

Bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, duygu dışavurumu kavramının hastalığın prognozunu etkileyen önemli bir faktör olduğu, ayrıca yüksek duygu dışavurumunun hastada depresif semptomların şiddetini artırarak, yaşam kalitesini etkilediği işlevsel bozulmalara sebep olduğu ifade edilmiştir. Hastanın akrabalarının hastaya karşı eleştirel tutumu hastada duygusal dalgalanmalara sebep olabilecek bir stresör olarak görülmüştür (Kim ve Miklowitz 2004). Bipolar bozukluk hastalarında duygu dışavurumunun relaps üzerine etkisinin araştırıldığı 60 hastayla yapılan bir çalışmada, yüksek DD'li grubun, %58'i beş ya da daha fazla yatış öyküsü %42,5'i beş ya da daha fazla relaps sayısına sahipken; düşük DD'li grubun %68'inin bir ya da iki kez yatış öyküsü, %5'i beş ya da daha fazla relaps sayısına sahip olduğu görülmüştür. Buna göre, yüksek DD'li ailelerle yaşayan hastaların farmakolojik tedaviye uyumlarının daha kötü olduğu relaps sayılarının ise daha yüksek olduğu ve bunun hasta yakınlarının eleştirel-düşmanlık tutumlarıyla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Kocabıyık ve ark. 2005).

2.3. Öz-Yeterlilik

İnsan davranışları üzerinde etkili olduğu bilinen özyeterlilik kavramı Sosyal-Bilişsel Kuramın bir parçası olarak Albert Bandura tarafından tanımlanmıştır (Yıldırım ve İlhan 2010; Karadağ ve ark 2012). Bandura'ya göre, özyeterlilik, kişinin olası durumları yönetmek için gerekli eylemleri düzenleme ve yürütme yeteneklerine olan

inançlarını ifade eder. Bu inançlar, insanların nasıl düşündüklerini, nasıl hissettiklerini, kendilerini nasıl motive edip harekete geçtiklerini belirler (Bandura 1994 <https://www.uky.edu>; Bandura 1995). Ayrıca insanların algıladıkları özyeterlilikleri ne kadar güçlü ise kendilerine koydukları hedeflere bağlılıkları da o kadar yüksek olur (Bandura 1993). Özyeterlilik bir davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili motivasyon seviyesini etkiler. Engeller karşısında harcanan emeğin miktarı ve harcanan süre kişinin özyeterlilik düzeyi tarafından belirlenir. Özyeterlilik seviyeleri, performans ve davranış için motivasyon seviyelerini arttırabilir veya azaltabilir. Yani özyeterliliği yüksek olan bir birey yalnızca daha yüksek performans hedefleri getirmeyecek aynı zamanda sayısız aksamaya rağmen bu hedeflere ulaşmak için çaba göstermeye devam edecektir (Hevey ve ark. 1998).

İnsanların özyeterlilik inançları dört ana kaynak tarafından şekillendirilir

- Başarı/başarısızlık deneyimleri,
- Diğer insanların deneyimleri,
- Sosyal ikna (Kişinin sözel olarak belirli faaliyetlerde ustalaşabilme yeteneğine sahip olduğuna ikna edilmesi),
- Fiziksel durumlarıyla ilgili yanlış algıları, duygudurum ve stres

Kişinin, motivasyonunu, duygusal hallerini, düşünce süreçlerini, yönetmede başa çıkma yeteneklerinin ve becerilerinin geliştirilmesi algılanan öz yeterlilik düzeyini arttırır (Bandura 1994 ,<https://www.uky.edu>).

Sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve sürdürülmesinde özyeterlilik kavramının önemli bir gösterge olduğu bilinmektedir (Strecher ve ark 1986). Özyeterlilik, bir davranışın bireyin kendi kontrolünde olup olmadığına dair inancıdır. Örneğin, bireyin düzenli egzersiz yapmak gibi belirli bir davranışı gerçekleştirme yeteneğine sahip olmadığına dair inancı böyle bir özyeterlilik beklentisi doğurabilir (Conner ve Norman 2005). Özyeterlilik kişinin istenilen sağlık davranışını kendi becerileriyle edinebileceğini ifade eder. Davranış değişikliği kişinin durumsal talepleri karşılamak için gerekli olan stres, sıkıntı ile başa çıkma ve kaynaklarını harekete geçirme yeteneğine bağlı olarak görülür. Özyeterlilik inancı, motivasyonu etkileyebilecek engellere rağmen davranış değişimi için harcanan çabanın sürekliliğini etkiler (Conner ve Norman 1995).

Yüksek özyeterlilik düzeyine sahip bireylerin daha çok sağlıklı yaşam biçimlerini uyguladıkları ifade edilmiştir (Özpulat 2016). Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığa sahip bireylerin önerilen tedavi rejimleri ve diyetle uyum, kontrollere düzenli gelme, genel klinik durumları, iyileşme oranları ve özyeterlilik düzeyleri arasında doğru orantı olduğu ifade edilmiştir (Zrinyi ve ark. 2003; Vatansever 2011; Yanık 2011; Boothby ve Salmon 2013; Kavradım ve Özer 2018). Özyeterlilik düzeyi ile kişinin ruhsal , fiziksel sağlığı ve yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu, bipolar hasta grubuyla yapılan bir çalışmada klinik ve sosyodemografik verilerden bağımsız olarak özyeterlilik düzeyi yüksek olan hasta grubunun ruhsal ve fiziksel sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, başka bir çalışmada ise bipolar bozukluk hastalarının sosyal hayata uyumları ve özyeterlilik düzeyleri arasında %50 oranında olumlu ilişki olduğu bildirilmiştir (Cutler 2005; Abraham ve ark 2014). Ayrıca düşük özyeterliliğin, bireyde depresif semptomların sıklığını arttırdığı ifade edilmiştir (Maciejewski ve ark. 2000). Şizofreni hastalarında, sosyal yaşantıya uyum sağlamak, çalışmak ve hayatta sorumluluklar almak gibi konularda sıkıntılar yaşanabilir. Bireyin, işlevsel performansı sergilemek için kapasitesi olabilir. Fakat bu performansı gerçekleştirmek için yeterli güveni olmayabilir. Bu durum işlevsel kapasite ve performans açığı arasında özyeterliliğin önemli bir gösterge olduğu ifade edilmiştir. Özyeterliliği yüksek olan şizofreni hastalarının günlük hayatta istenilen davranışları gerçekleştirme oranlarının daha fazla ve sosyal hayattaki bozulma oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Cardenas ve ark. 2013).

Psikiyatri hastalarının özyeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi ve özyeterlilik düzeylerini geliştirici uygulamaların planlanması hastaların tedaviye uyum oranlarını, kontrollere düzenli gelme düzeylerini arttırabilir, taburculuk sonrası sosyal hayata daha kolay adapte olarak, iyilik hallerinin sürdürülmesini sağlayabilir.

2.4. Tedavi Uyumu

2.4.1. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk Nedir?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzun süreli tedavi uyumunu, kişinin ilacı alma, bir diyeti izleme ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının önerdiği yaşam tarzı değişikliklerini yürütme davranışının ölçüsü olarak ifade etmiştir (Brown ve Bussel 2011). Tedaviye uyum kavramı, tedavi sürecini etkileyen, tedaviye istekli olma, planlanan tedaviye ve tedavi randevularına uyma gibi tüm faktörleri kapsamaktadır. Tedavi uyumu, hem

hastalığın gidişatını hem de tedavi maliyetini etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir (Sofuoğlu ve Turan 2000). Literatürde tedavi uyumunu ifade etmek üzere ‘‘Uyum’’(Compliance), ‘‘Bağlılık’’(Adherence) terimleri kullanılmaktadır. ‘‘Uyum’’ (Compliance) kavramı, hastanın, reçetelenen ve tavsiye edilen tedaviye ne ölçüde uyduğunu tanımlamak üzere kullanılırken; ‘‘Bağlılık’’ (Adherence) ise, hastanın planlanan tedavi rejimini ne kadar iyi uyguladığını ifade eder (Hugtenburg ve ark. 2013). DSÖ uyumsuzluk kriterlerini; kişinin üç kez art arda, bir haftada iki kez, bir ayda beş kez tedavi alımını unutması ya da hekim tarafından reçetelenmeksizin tedavinin dozunu değiştirmesi olarak tanımlamıştır (Taj ve ark. 2008).

Hastalıklarda tedavi sürecinin etkin olabilmesi ve hastalık prognozunun iyiye gitmesi hastanın tedaviye uyumlu olmasıyla ilişkilidir (Tel ve ark. 2010). Reçetelenen tıbbi müdahalelere uyumun düşük olması, kronik hastalığa sahip hastalar için daima var olan karmaşık bir problemdir. Tıbbi uyumsuzluk modern halk sağlığı sistemlerine hatırı sayılır ölçüde maddi yük getiren önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmıştır. Bu yük Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de ortalama 100 milyar dolara mal olmaktadır (Vermeire ve ark. 2001). Dünya Sağlık Örgütü (2003) verilerine göre hastaların yaklaşık % 50’si ilaçlarını reçete edildiği gibi almamaktadır (Brown ve Bussell 2011).

Hastanın kontrollere düzenli gelmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmesi, planlanan tedavi programını tamamlaması tedavi uyumunun göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Tedavi uyumsuzluğu ise ilacın alındığı saatlere uyulmaması ve hekim tarafından tavsiye edilen dozda alınmaması ya da tedavinin vaktinden önce kesilmesi sebebiyle gelişebilir (Demirkol ve ark. 2015).

2.4.2. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum /Uyumsuzluk

Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranı diğer tıbbi sorunları olan hastalara kıyasla daha yüksektir (Kelleci ve Ata 2011; Demirkol ve ark. 2015). Literatürde psikiyatri hastalarının tedavi uyum oranlarını değerlendirmeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Psikiyatri hastalarında tedaviyi sürdürmeme, randevulara gelmeme oranı %20-50 arasında bildirilmiştir (Ünal ve ark. 2006).

2016 yılında Güney Hindistan’da psikiyatri hastalarının tedaviye karşı tutumları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi inceleyen 176 hasta ile yapılan kesitsel bir çalışmada 110 hastanın tedaviye karşı olumlu tutum (Farmakofili), 54 hastanın ise olumsuz tutum

(Farmakofobi) geliştirdiği görülmüştür. Tedaviye karşı olumlu tutum geliştiren hastaların tedavi uyum oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Christudas ve ark. 2016). Vergouwen ve ark. (2002) antidepresan reçete edilen majör depresyon tanılı hastaların yarısının tedavi başladıktan 3 ay sonra ilaç almayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca yapılan başka ęalıřmalarda şizofreni hastalarında tedavi uyum oranlarının %50 ile 60 arasında, bipolar duygudurum bozukluğu olan hastalarının tedavi uyumunun ise %35 gibi düşük bir orana sahip olduğu ifade edilmiştir (Osterberg ve Blaschke 2005). 1975- 1996 yılları arasında psikiyatri hastalarının tedaviye rejimlerine uyum oranlarını belirlemek üzere yapılmış literatürdeki ęalıřmaları taranmış ve bu ęalıřmaya göre antipsikotik kullanan hastaların ortalama %58, antidepresan kullanan hastaların ise ortalama %65 oranında tedaviyi tavsiye edilen miktarda aldıklarını ifade etmişlerdir (Cramer ve Rosenheck 1998).

Demirkol ve ark. tarafından yapılan hastaların tedavi uyumlarının ölçüldüğu retrospektif bir ęalıřmada hastalık tanısına göre değişen oranlarda (%16,7- %68,8) uyumsuzluk saptanmıştır. Majör depresyon tanılı hastaların %52,5, bipolar bozukluk tanılı hastaların %16,7, psikotik bozukluk tanılı hastaların ise %34 oranında tedaviye uyumsuz olduğu ifade edilmiştir (Demirkol ve ark. 2015). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumunu değerlendirmeye yönelik 73 hasta ve yakını ile yapılan bir ęalıřmada hastaların üçte ikisinin ilaçlarını düzenli kullanmadıkları ve kontrollere düzenli gitmedikleri ortaya çıkmıştır. Bu ęalıřmaya göre şizofreni hastalarının %42,9, bipolar bozukluk hastalarının %30,6, depresyon hastalarının % 26,5 oranında düzensiz ilaç kullanımı olduğu görülmüştür (Tel ve ark. 2010). 140 hasta ile psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisini değerlendirmeye yönelik yapılan bir ęalıřmada ise hastaların ilaç uyumlarının, %20'sinin iyi, %48,6'sının orta ve %31,4'ünün kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Kelleci ve Ata 2011).

Yılmaz ve Buzlu'nun antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumunu değerlendirdikleri ęalıřmada %47,9'unun ilaç uyumlarının yüksek düzeyde, %43,6'sının uyumlarının orta düzeyde, %8,5'inin ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Buzlu 2012). Ayrıca antipsikotik kullanan hastaların ilaç uyumlarıyla ilgili yapılan biręok ęalıřmada hastaların üçte birinin tedaviye tamamen uyumlu, üçte birinin kısmen uyumlu geri kalan hastaların ise tamamen uyumsuz olduğu

ifade edilmiştir (Sofuoğlu ve Turan 2000). 1500 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların tedavi uyum oranları %55,1 olarak bulunmuştur (Gültekin ve ark. 2018).

İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının %32,2'sinin ilaç uyumu yüksek düzeyde, %40,7'sinin ilaç uyumu orta düzeyde ve %27,1'inin ilaç uyumu ise düşük düzeydedir (Bahar ve ark. 2015). 1975 -2001 yılları arasında ingilizce dergilerde basılan makaleler Unipolar ve bipolar bozukluk hastalarının tedavi uyumsuzluğunu belirlemek üzere incelenmiş, ve bu çalışmada unipolar ve bipolar bozukluk hastalarının tedavi uyumsuzluk oranlarının %10-60 arasında (ortalama %40) değiştiği görülmüştür (Lingam ve Scott 2002). Başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan 147 bipolar bozukluk hastasının, 108'i (%73,5) tedaviye uyumlu, 39'u (%26,5) tedaviye uyumsuz olduğu ifade edilmiştir (Savaş ve ark. 2011).

Majör depresyon hastasıyla 6 aylık bir izlem çalışması yapılmıştır, çalışmanın sonunda çalışmaya katılan 97 hastanın %73,2'nin tedaviye uyumlu olduğu, %26,8'nin ise uyumsuzluk gösterdiği bulunmuştur (Ervatan ve ark. 2003).

2.4.3. Tedavi Uyumunu Değerlendirme Yöntemleri

Tedaviye uyumu ve uyumsuzluğu değerlendirme yöntemleri, objektif ve subjektif yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. Subjektif yöntemler, tekrarlanan reçetelerin dağıtılma oranlarının incelenmesi, hastaların ilaç kullanımlarıyla ilgili öz bildirimlerinin alınması, vaka kayıtlarının incelenmesi; Objektif yöntemler ise kalan ilaçların tek tek sayılması, serum ilaç seviyelerinin izlenmesi, verilen dozun ve plazma ilaç seviyesinin oranının karşılaştırılması, idrarda ya da kanda ilaç metabolitlerinin analizidir. Objektif yöntemler güvenilir ve tercih edilen yöntemler olmasına karşın maliyet, hasta izni alma zorunluluğu, ilaçların etki mekanizmalarının değişkenliği ve ölçüm zamanı gibi sorunlar yaratmaktadır (Lingam ve Scott 2002; Demirkol ve ark. 2015). Ayrıca ilaçları saymak, ilaç kullanıp kullanmadığını hastaya sormak da sık kullanılan yöntemler arasındadır. Fakat hasta kalan ilaç miktarlarını değiştirebilir ya da kendisine ilaç uyumu sorulduğunda uyumsuzluğu gizleyebilir, muayenelere gelmeyebilir (Yılmaz 2004; Ostereberg ve Blaschke 2005).

Tedaviye uyumsuzluk riski taşıyan hastaları tespit etmek üzere bir takım dolaylı yöntemler de geliştirilmiştir. Bu yöntemler, hastaların ilaç tedavisine yönelik tutumlarını ve uyumsuzluk ile ilgili risk faktörlerini değerlendirmektedir (Lingam ve

Scott 2002). Bunlardan birkaçı, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (Koç 2006), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (Yılmaz 2004; Bahar ve ark. 2014), İlaç Tutumu Ölçeği-10 (Aydın ve Ark 2018)'dir.

2.4.4. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler ve Psikiyatrik Tanılara Göre Risk Faktörleri

Literatürde psikiyatrik hastalıklarda tedavi uyumunu etkileyen faktörler genel olarak başlıklar altında incelenmiştir:

- **Hasta ile ilişkili faktörler:** Genç yaş, içgörü yoksunluğu, grandiyözite, yan etkiler ile ilgili düşünceler, tedavinin kullanımı ile ilgili verilen talimatları yanlış anlama, unutkanlık, stigma, tedavinin maliyeti ve ulaşılabilirliği ile ilgili düşünceler, ilacın bağımlılık yapacağı düşüncesi,
- **Hastalıkla ilişkili faktörler:** Hastalığın şiddeti, bilişsel bozulmanın olması, depresyon ya da psikoz varlığı, kişilik bozuluklukları,
- **Sağlık profesyonelleri ile ilişkili faktörler:** Empati yoksunluğu, zayıf hekim-hasta ilişkisi, düzensiz takip, iletişim problemleri,
- **Çevresel faktörler:** Ekonomik sıkıntılar, sosyal desteğin yetersiz olması, sosyal güvencenin olmaması, sağlık kuruluşuna ulaşamamak, evsiz olmak, çevrenin tedaviye karşı tavrı ve tutumu, kültürel inançlar, hastanın algıladığı duygu dışavurumunun yüksek olması,
- **İlaçla ilişkili faktörler:** ilaç kullanımına bağlı oluşan nörolojik, antikolinerjik, endokrin yan etkiler. Sedasyon, libido kaybı, cinsel disfonksiyon, kilo alımı, akut distoni, akatizi. Ayrıca tedavi süresi ve ilaç rejiminin karmaşıklığı da uyumu etkilemektedir (Mitchell ve Selmes 2007; Yılmaz ve Buzlu 2012; Demirkol ve Tamam 2016; Demirkol ve ark. 2015).

Sajatovic ve Levin (2011)'e göre bipolar bozukluk hastalarında, hastalığa yönelik içgörünün az olması, bekar olmak, tek başına yaşamak, erkek olmak gibi özelliklere sahip hastalarda ilaç bırakma oranı daha yüksektir. Ayrıca ilaca yönelik çevrenin olumsuz tutumları, hastanın korkuları ve etiketlenme ile ilgili kaygıları ilaç kullanımını negatif yönde etkilemektedir (Soykan 2013). Bipolar hasta gruplarıyla yapılan diğer çalışmalarda, kişilik bozuklukları, madde kullanımı, yetersiz sosyal ve

duygusal destek, yan etkiler, içgörü eksikliği, uzun süre ilaç kullanımıyla ilişkili endişeler tedavi uyumunu etkileyen risk faktörleri olarak ifade edilmiştir (Bulteau ve ark. 2018). 78 hasta ile yapılan bir çalışmada ise kadın hastaların erkek hastalara göre tedaviye uyumsuzluk oranlarının daha yüksek olduğu, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, meslek, medeni durum, çevre ve sağlık sigortasının varlığı yokluğu gibi faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı oranda tedavi uyumunu etkilemediği görülmüştür. Ayrıca tedaviye uyumlu olan grubun daha önce hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Çöl ve ark. 2014). İki uçlu bozukluk tanısıyla takip edilen 147 hasta ile yapılan diğer bir çalışmada ise tedaviye uyumsuz grupta hastaneye yatış oranlarının ve ilaç kullanmaktan hoşnutsuz olmanın uyumlu gruba göre daha fazla olduğu, eğitim düzeyi ve içgörü varlığının ve tedavi ile ilgili bilgilendirilme oranının tedaviye uyumlu grupta daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Savaş ve ark. 2011). Taburculuk sonrası kontrole gelmeyen psikotik hastaların özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların düzensiz ilaç kullanma ya da hiç kullanmama nedenlerinin yan etkiler ve ilaç yararına inanmamak olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tedavi sürecinde ailenin rolüne bakıldığında hastayı hastaneye getirecek kimsenin olmaması ya da hastanın evde problem çıkartmaması hastanın kontrole getirilmemesinin sebepleri olarak ifade edilmiştir (Ünal ve ark. 2006). Şizofreni hastaları için kadın olmak, gelir seviyesinin iyi olması ve eğitim düzeyinin yüksek olması tedavi uyumunu arttıran faktörler arasındadır (Gültekin ve ark. 2018). 2016 yılında ABD’de 250 hasta ile şizofreni tedavisinde etkinlik ve yan etki profiline ilişkin hasta tercihlerinin araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, tedavinin etkinliği (Düşünebilme yeteneği, paranoya ve sesler gibi pozitif semptomların azalması), yan etkilerin varlığı gibi faktörlerin tedavi uyumunu en büyük oranda etkilediği (sırasıyla, %93,6 ve %83,6 oranlarıyla hastalar tedavi etkinliği ve yan etkilerin önerilen tedaviyi sürdürmede çok önemli olduğu cevabını vermiştir) ve hastanın reçetelenen tedaviyi almasında yönlendirici olduğu görülmüştür (Achtys ve ark.2018).

Depresif hastaların tedaviye uyumunun araştırıldığı, doğal izlem çalışmasında, kadın hastalarda tedavi uyum oranının daha yüksek olduğu, yaş ortalaması, eğitim süresi ve ilaca bağlı yan etkilerin tedavi uyumuyla arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada tedaviye uyumsuz olan 19 hastaya ilaç kesme nedenleri sorulmuş, altı hastanın iyileştiğini düşündüğü için, üç hastanın yan etki sebebiyle, beş hastanın neden belirtmeksizin, bir hastanın ise ilaçlarını hiç

kullanmadığı öğrenilmiştir (Ervatan ve ark. 2003). Anksiyolitik ve antidepresan kullanan hastaların tedavi ile ilgili düşüncelerinin tedaviyi bırakma ile ilişkisinin incelendiği 112 hasta ile yürütülen bir çalışmada ise hastaların %60,7'sinin daha önce tedaviyi bırakma öyküsünün olduğu, bu grubun %14,3'ünün yan etkiler sebebiyle %29,5'inin "ilaçsız başarabilirim" düşüncesiyle ilaç bıraktıkları görülmüştür. Eğitim durumu, medeni hal, yaş, cinsiyet ve tedaviyi bırakma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmiştir (Meriç ve Oflaz 2010). Antidepresan tedavi alan 155 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise hastaların %28'inin ilk 1 ayda %44'ünün tedavi başladıktan 3 ay sonra antidepresan tedaviyi kestikleri, yan etkiler tedavinin başlangıcında tedaviyi sürdürme konusunda caydırıcı bir sebep olarak görülmüştür. Tedaviyi bırakan hastaların %45,8'i tedaviye ihtiyacı olmadığını, %52'si ise tedavinin işe yaramadığını düşündükleri için tedaviyi kestiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimlerinden tedavi sürecine ilişkin bilgi alan ve davranışsal stratejiler geliştirmek üzere hekimleriyle iletişim halinde olan hastalarını antidepresan tedaviye bağlanma oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Lin ve ark. 1995).

Kronik psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin tedavisinde aile faktörünü de göz önünde bulundurmak önemli görülmektedir. Ailelere yönelik müdahaleler ile aile işlevselliğinin iyileştirilmesi, hastalığın seyrini etkilediği bilinen ailenin yüksek duyu dışavurumunun değerlendirilmesi ve kişiler arası ilişkilerin iyileştirilmesi, ailenin tedavi sürecine katılması, hastaların tedaviye ve randevulara uyumu arttırabileceğini ifade edilmiştir (Duman ve Bademli 2013).

2.4.5. Tedavi uyumu ve Duygu Dışavurumu

Duygu dışavurumu, Brown ve arkadaşları'na göre, psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin aile ortamındaki duygusal havanın göstergesidir (Bertrando ve ark. 1992). İşlevsel olmayan ailevi ilişkilerin ya da yüksek duyu dışavurumunun psikiyatrik hastalıkların klinik gidişatını olumsuz yönde etkilediği ve relapları yordadığı ifade edilmiştir (Vaughn ve Leff 1976; Hooley ve ark. 1986; Bertrando ve ark. 1992; Beach ve ark. 2006). Hastanın önerilen tedaviye uyumunun da hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkileyen bir faktör olduğu bilinmektedir (Sofuoğlu ve Turan 2000; Tel ve ark. 2010).

Hastalığın klinik seyrini önemli ölçüde etkileyen bu iki önemli faktörün birbiriyle ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında ise kısıtlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Epilepsi hastalığı olan çocukların annelerinin duygu dışavurumunun çocuklardaki tedavi uyumuna etkisinin incelendiği bir çalışmada, tedavi uyumunun iyi olduğu grupta, annelerin çocuklarına karşı daha az düşmancıl ve eleştirel tutum sergilediği görülmüştür (Otero ve Hodes 2000). Bipolar bozukluk hastalarıyla yürütülen bir çalışmada ise, hastanın duygusal çevresinden algıladığı eleştirelliğin bipolar bozukluğun klinik seyrini etkilediği ve düşük tedavi uyumuna sahip olan bireylerin çevrelerinden algıladıkları eleştirel ifadelerin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Scott ve ark. 2012). Şizofreni hastalarıyla yürütülen yedi yıllık bir izlem çalışmasında ise duygu dışavurumu ve tedavi uyumu arasında neden-sonuç ilişkisine bakılmazken, tedavi uyumsuzluğu ve ailedeki eleştirel tutumların etkileşiminin şizofreninin olumsuz gidişatının güçlü bir göstergesi olduğuna vurgu yapılmıştır (Marom ve ark. 2005). Başka bir çalışmada ise, şizofreni hastalarının tedavi uyumlarının yüksek ya da düşük duygu dışavurum düzeyinden etkilenmediği ifade edilmiştir (Bertrando ve ark. 1992). Ülkemizde, bakım vericilerin duygu dışavurumunu etkileyen etmenleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmada hastanın tedaviye uyumlu ya da uyumsuz olmasının bakım vericinin duygu dışavurum düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (Arslantaş ve Adana 2012).

2.4.6. Tedavi Uyumu ve Özyeterlilik

Özyeterlilik kavramı bireyin davranışları üzerinde etkili olduğu bilinen bilişsel algılama faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Gözüm ve Aksayan 1999; Vatansever 2011). Bu kavram bireyin sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve sürdürülmesinde etkilidir ve bireyin davranış değişiminin kendi kontrolünde olup olmadığına dair inancının göstergesidir (Strecher ve ark 1986; Conner ve Norman 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımında uyum; kişinin ilacı alma, bir diyeti izleme ve önerilen yaşam tarzı değişikliklerini yürütme davranışının ölçüsü olarak ifade edilmiştir (Brown ve Bussel 2011; Vatansever 2011). Özyeterliliğin kişinin davranış değişimi için gerekli motivasyonu etkilediği bildirilmiştir (<http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>). Bu noktada psikiyatri hastalarının kontrollere düzenli gelme, önerilen tedavilere uyma, ilaçları kullanma gibi uyumun göstergeleri olan eylemleri yerine getirebilmesi için uyumu etkileyen diğer faktörler ile birlikte özyeterlilik düzeylerinin de değerlendirilmesi ve özyeterliliği arttırmaya yönelik girişimlerin planlanması önemli görülmektedir. Literatürde psikiyatri hastalarının

özyeterlilik düzeyleri ve tedavi uyumu ilişkisine yönelik yapılan çalışmalara ulaşılamamıştır. Genellikle yapılan çalışmalar kronik rahatsızlığı olan bireylerin özyeterlilik düzeyleri, önerilen rejime uyum, genel klinik durumları ve iyileşme oranları arasındaki ilişkilere bakılmış ve özyeterliliğin bu faktörleri etkilediği vurgulanmıştır (Zrinyi ve ark. 2003; Vatansever 2011; Yanık 2011; Boothby ve Salmon 2013; Kavradım ve Özer 2018).

Romatoid Artritli hastaların tedavi uyumunu belirlemede özyeterliliğin önemini incelemek üzere yapılan bir çalışmada, hastaların özyeterlilik düzeylerinin tedaviye uyumu belirleyen önemli bir gösterge olduğu hastaların özyeterlilik düzeyleri ve tedavi uyumları arasında olumlu bir ilişki saptandığı bildirilmiştir. Bu durumda hastaların özyeterlilik düzeylerine göre eğitim programlarına alınması hastaların gelecekte tedaviye uyumlarını arttırabileceği ifade edilmiştir (Brus ve ark. 1999). Psikiyatri hastalarının özyeterlilik ve tedavi uyumu düzeylerini değerlendiren çalışmaların olmaması sebebiyle psikiyatri hastalarının da özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi, hastalar için özyeterlilik düzeylerini arttırmaya yönelik eğitimlerin planlanması hastaların tedavi uyumlarını arttırabiliceği düşünülmüştür.

2.4.7. Tedavi Uyumunda Hemşirenin Rolü ve Sorumlulukları

Tedavi sürecinin etkisiz olmasının temel nedeninin, hastanın tedaviye kötü uyum göstermesi olduğu bilinmektedir. Hemşireler, uyumsuzluğun sebep olduğu tedavi başarısızlıkları, kötü sağlık sonuçları ve buna bağlı hasta memnuniyetsizlikleri ile sık sık karşı karşıya kalmaktadır. Bu sebeple hemşireler için hastayı değerlendirmek ve olası uyumsuzluğun nedenlerini öngörmek oldukça önemlidir (Kalogianni 2012).

Hemşirelerin şizofreni hastalarında tedavi uyumu ile ilgili algılarını değerlendirmek üzere yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastanın klinik gidişatındaki değişimleri izleme ve uzun süreli tedavi uyumunu sağlamada önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir (Emsley ve ark. 2015)

Hemşirenin tedavi yönetimini sağlamadaki temel sorumlulukları:

- Hastanın tedavi rejimlerine uyumsuzluğa sebep olabilecek bariyerlerin belirlenmesi (hasta ve hastalıkla ilişkili faktörler, ilaca bağlı faktörler, sağlık ekibiyle ilişkili faktörler vb.)
- Hastaya ve ailesine tedavi süreci hakkında eğitim verilmesi,

- Hasta ve ailesinin tedavi sürecinde desteklenmesi ve güveninin kazanılması,
- Diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde hastanın tedavi sürecinin yönetilmesi (Happell ve ark. 2002).

Hastanın hastanede yattığı süreçte, hemşire tarafından hastalığı ile baş edebilme ve hastalık sürecini yönetebilme konusunda cesaretlendirilmesi, hasta ile güven veren ilişki kurulması, hastanın ilaçlarını doğru kullanmasının sağlanması tedavi uyumunu arttırmada önemli uygulamalardır. Hastalara ve ailelerine tedavinin olumlu yanlarını gösteren, tedavinin yararına ilişkin eğitimler vermek, olası yan etkiler hastalık semptomları ile ilgili bilgilendirme yapmak, hastaların içgörülerini geliştirmelerine yardımcı olmak ve aileleri ile sağlıklı bir ilişki kurmalarını sağlamak hastaların tedavi uyumlarını arttırmak üzere hemşirelerin yerine getirmesi gereken önemli görevlerdir (Uslu ve Buldukoğlu 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Tanımlayıcı-kesitsel desende gerçekleştirilmiş olan bu araştırmanın amacı “Psikiyatri hastalarının algıladığı duygu dışavurum düzeyi ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini” incelemektir.

3.2. Araştırma Soruları

- 1.Psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özellikleri (sosyodemografik, klinik ve sosyal destek özellikleri, hastalık ve tedavi ile ilgili görüşleri) nedir?
2. Psikiyatri hastalarının algılanan duygu dışavurum düzeyleri nedir?
3. Psikiyatri hastalarının öz yeterlilik düzeyleri nedir?
- 4.Psikiyatri hastalarının tedavi uyum düzeyleri nedir?
- 5.Psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre tedavi uyumları farklılık göstermekte midir?
- 6.Psikiyatri hastalarının algıladığı duygu dışavurum düzeyine göre tedavi uyumu farklılık göstermekte midir?
- 7.Psikiyatri hastalarının öz yeterlilik düzeylerine göre tedavi uyumu farklılık göstermekte midir?

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmada İstanbul’da bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği’ne başvuran ve takip edilen Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, iki uçlu (Bipolar) ve ilişkili bozukluklar ve Depresyon bozuklukları tanısı almış hastalar çalışmanın evrenini oluşturdu.

3.4. Örneklem

İstanbul’da bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği’nde Ağustos 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında aşağıda tanımlanmış işleme ve dışlama kriterleri gözetilerek belirlenmiş, ardışık olarak polikliniğe başvuran 151 hasta bu araştırmanın örneklemini oluşturdu. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken G POWER programı kullanılarak kesme noktası .05, gücü 0.95 olarak girilerek kritik F değeri 3.04 olarak

bulunmuştur. Buna göre 177 kişi (min. 120- max.180 kişi) oldukça güçlü bir ANOVA yapılması için uygun bir değer olarak hesaplandı. Buna göre 3 gruplu ANOVA için her tanı grubundan yaklaşık 50'şer kişi alınarak minimum 150 hastanın çalışmanın örneklemini oluşturması planlandı. Çalışma görüşmeyi kabul eden, işleme, dışlama kriterlerini sağlayan depresyon bozuklukları tanılarında birine sahip 47, Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarında birine sahip 53, iki uçlu (Bipolar) ve ilişkili bozuklukları tanılarında birine sahip 51 toplam 151 hasta araştırmaya alındı. Depresyon grubunda üç hasta çalışmaya katılmayı reddettiği için çalışmaya alınamadı. Araştırmaya katılmaya gönüllülük esası dikkate alındı. Araştırma Psikiyatri Polikliniği'nde uygun bir odada hastalar ile birebir görüşülerek yapılmıştır.

3.5. İşleme Kriterleri

- 1.Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, iki uçlu (Bipolar) ve ilişkili bozukluklar ve Depresyon bozuklukları tanılarında birine sahip olmak.
- 2.18-65 yaş aralığında olmak.
3. Okuma yazma bilmek.
- 4.Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak.
- 5.En az 3 aydır tedavi görüyor olmak.
- 6.Seçtiği anahtar yakını ile birlikte yaşıyor ya da her gün görüşüyor olmak.
- 7.Hastalığın akut döneminde olmamak.

3.6. Dışlama Kriterleri

- 1.Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olması
- 2.Mental Retardasyon, demans, amnestik ve diğer kognitif bozuklukların olması

3.7. Çalışmada Kullanılan Gereçler

3.7.1. Bilgi Formu: Hastalarla ilgili tanımlayıcı bilgileri içeren formdur. Literatür taraması ile hastaya ait sosyodemografik özellikler, klinik özelliklerini değerlendirmeye yönelik 20 adet soru hazırlandı. Hastaların algıladıkları sosyal destek durumunu belirlemek için Görsel Analog Testi (Visual Analog Test) kullanılarak kişilerin algıladığı sosyal desteği 0 ile 10 arasında puanlamaları istendi. Ayrıca, hastaların hastalık ve tedaviye yönelik düşüncelerini değerlendirmek üzere de soru soruldu.

3.7.2. Duygu Dışavurum Ölçeği/Level Of Expressed Emotion (DDÖ/LEE): 1988 yılında Cole ve Kazarian tarafından hasta için önemli olan bir kişiyle arasındaki duygusal ilişkiyi anlamak ve derecelendirmek üzere geliştirilmiştir. Hastalara uygulanır, hastanın algıladığı duygu dışavurum düzeyini ölçer. Hasta için önemli olan bir yakını ile arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin özelliklerini derecelendirmek üzere kullanılır. 60 maddeden oluşmaktadır ve öz değerlendirmeye yönelik bir ölçektir. Maddeler doğru yanlış biçiminde hastanın yakınıyla son bir yıl içindeki ilişkisi göz önüne alınarak işaretlenir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması ise Berksun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (**Berksun ve ark 1993**). Doğru-Yanlış olarak doldurulan ölçekte puanlar 0-1 arası verilmektedir. (**Kocabıyık ve ark.2005**). 30 soruda 'doğru' cevabına, diğer 30 soruda ise 'yanlış' cevabına 1 puan verilmektedir. Ölçekte puanlar yükseldikçe hastanın algıladığı duygu dışavurum düzeyi de yükselmektedir. Ölçeğin herbiri 15 madde içeren müdahalecilik (intrusiveness), duygusal tepki (Emotional Response), hastalığa karşı tutum (attitude toward illness), hoşgörü-beklenti (tolerance-expectation) başlıklarını taşıyan dört alt ölçeği vardır (**Çağlar 2018 Uzmanlık Tezi; Hatipoğlu Uzmanlık Tezi 2018**).

Müdahalecilik (intrusiveness):Hastayla iletişimde eleştirel davranmak, istenmeyen tekrarlayan müdahalelerde bulunmak. "Hakkımda herşeyi mutlaka öğrenmek ister", "Ben konuşurken müdahale eder."

Duygusal Tepki (Emotional Response):Hastayı üzecek şekilde öfke ileani, kırıcı tepkiler vermek. "Kendimi iyi hissetmediğim zaman öfkelenir öfkelenir", "İşler iyi gitmediği zaman huzursuz olur."

Hastalığa Karşı Tutum (Attitude Toward İllness): Hastanın hastalığından ve hastalık belirtilerinin hastanın kontrolünde olmadığından şüphe duymak. "İyi değilim

dediğimde, benim ilgi çekmek istediğimi söyler”, “Keyifsiz olduğumda bana yardımcı olmaz”.

Hoşgörü-Beklenti (Tolerance-Expectation):Hastaya karşı tolerans eşiğinin düşük olması ve hastadan beklentileri hastanın kapasitesi üzerinde tutmak.”Beklentilerini doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur”, “Benden çok fazla şey bekler”(Nural 2002, Uzmanlık Tezi)

Alt ölçek puanları 0-15, toplam puan 0-60 arasında değişir. Ölçekten alınan puanların artması olumsuz bir göstergedir. Hastanın yakınlarından negatif tutum ve davranış algıladığı anlamına gelmektedir. Alt ölçeklerin ve ters kodlanan maddelerin numaraları aşağıda verilmiştir:

Müdahalecilik alt ölçeği:1., 5., 9., 13., 17., 21., 25., 29., 33., 37., 41., 45., 49., 53., 57.maddeler

Duygusal tepki alt ölçeği: 2., 6., 10., 14., 18., 22., 26., 30., 34., 38., 42., 46., 50., 54., 58. maddeler

Hastalığa karşı tutum alt ölçeği: 3., 7., 11., 15., 19., 23., 27., 31., 35., 39., 43., 47., 51., 55., 59. maddeler

Hoşgörü-beklenti alt ölçeği: 4., 8., 12., 16., 20., 24., 28., 32., 36., 40., 44., 48., 52., 56., 60. maddeler

(Çağlar 2018, Uzmanlık Tezi; Hatipoğlu 2018, Uzmanlık Tezi)

“Doğru” cevabının 1 puan aldığı maddeler:3, 7, 8, 10, 13, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 36, 37, 39, 41, 42, 45, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60 numaralı maddelerdir.

“Yanlış” cevabının 1 puan aldığı maddeler: 1, 2, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 28, 30, 31, 32, 34, 38, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 59 numaralı maddelerdir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.93 (Kuder-Richardson 20 formülü ile), test-tekrar test güvenilirliği ise 0.84 bulunduğu, müdahalecilik ve duygusal tepki alt ölçekleri için güvenilirlik katsayıları 0.80, karşı tutum alt ölçeği için 0.82 ve beklenti alt ölçeği için katsayının 0.83 olarak hesaplandığı ifade edilmiştir (Berksun ve ark 1993).

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖÖ): Ölçeğin 23 maddelik orjinal formu Sherer ve ark. tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Özgün ölçek Genel Öz Yeterlilik ve Sosyal Öz Yeterlilik olarak iki faktörlü yapıdan oluşmaktadır. Özgün hali 14 dereceli olan ölçek daha sonra Sherer ve Adams (1983) tarafından 5 dereceli likert tipi ölçeğe çevirilmiştir. Yazarlar tarafından, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin kendi başına kullanılması önerilmiş, ayrıca ölçeğin İspanyolca versiyonu için yapılan çalışmada, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin Sosyal Öz Yeterlilik Ölçeği'ninkinden daha iyi olduğu bildirilmiştir. Ölçek bir çok kez yeniden gözden geçirilerek temel bileşenlere katkıda bulunmayan maddeler çıkarılmış ve soru sayısı azaltılmıştır. Bu çalışmalara göre, ölçeğin değerlendirmesinin alt boyutlara (Genel Öz Yeterlilik, Sosyal Öz Yeterlilik) göre değil toplam puana göre yapılması önerilmiştir. Ölçeğin yaygın olarak kullanılan şekli Magaletta ve Oliver (1999) tarafından düzenlenen 17 maddelik olandır. Mevcut çalışmada da ölçeğin 17 maddelik olan formu kullanılmıştır. Ölçek''Sizi ne kadar tanımlıyor?'' sorusuna beş dereceli olarak ''hiç'' ve ''Çok iyi'' arasında değişen yanıtların verilebildiği likert tipi bir ölçektir (Yıldırım ve İlhan 2010).

Ölçekte yer alan 11 soru (2., 4., 5., 6., 7., 10., 11., 12., 14., 16. ve 17. sorular) ; 6 soru (1., 3., 8., 9., 13. ve 15. sorular) düz puanlanmaktadır. Her sorunun puanı 1 ile 5 arasında değişmekte olup ölçek toplam puanı ise, 17 ile 85 arasında değişmektedir. Ulaşılan puanların yüksek olması genel özyeterliliğin arttığını göstermektedir. Ölçek dokuz maddelik ''Başlama'', beş maddelik ''Yılmama'', üç maddelik ''Sürdürme çabası/İsrar'' alt boyutlarından oluşmaktadır.

Başlama Alt Boyutu: 2., 4., 5., 6., 7., 10., 11., 12. ve 17. sorular başlama alt boyutunu değerlendirmeye yönelik sorulardır. Bu alt boyut, Karışık ve zorlu işlere, ani gelişen durumlara karşı bir işe zamanında başlayabilmeyi ifade etmektedir. Güçlükler karşısında işe başlamak için özyeterliliğin ne düzeyde olduğunu belirlemek üzere bu alt boyut kullanılır.

Yılmama Alt Boyutu:3., 13., 14., 15. ve 16. sorular yılmama alt boyutunu değerlendirmeye yönelik sorulardır. Kişinin olumsuzluklar karşısında göstermiş olduğu tutumu, mücadele çabasını ve kendine olan inancını ifade etmektedir. Kişinin yeteneklerine olan güveninin ve başarısızlığa karşı mücadele gücünü değerlendirmek üzere bu alt boyut kullanılır.

Sürdürme Çabası/Israr Alt Boyutu: 1., 8. ve 9.sorular sürdürme çabası/Israr alt boyutunu değerlendirmeye yönelik sorulardır. Bireyin başladığı işi devam ettirebilmesi, başladığı işi bitirmek konusundaki kararlılığı, planlarını kendi özyeterlilik düzeyine uygun olarak yapması ve beklenmedik durumlar karşısında işi sürdürme çabasını ifade etmektedir. Bu alt boyut, bireyin başladığı işi sürdürmek konusundaki özyeterliliğini ölçmektedir (**Tırpan 2016**).

Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve İlhan tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.69 olarak bulunmuştur (**Yıldırım ve İlhan 2010**).



3.7.3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği: Morisky tarafından geliştirilmiş 1986'da geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek ilaç uyumunu ölçmektedir, hastanın kendisi tarafından kullanılmaktadır. İki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşur. Sorular "evet/hayır" şeklinde yanıtlanmaktadır. Üç veya Dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük, bir veya iki soruya "evet" denmişse ilaç uyumu orta, soruların tamamına "hayır" denmişse ilaç uyumu yüksektir anlamına gelir (**Bahar ve ark. 2014**). Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz tarafından antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek yapılmıştır (**Yılmaz 2004**). İki uçlu duygu durum bozukluğu hastalarında ilaç uyumunu ölçmek üzere Bahar ve Ark. (2014) tarafından da geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.62, test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.64-0.96 arasında bulunmuştur (**Bahar ve ark. 2014**).

3.8. İşlem

Çalışmanın yapıldığı İstanbul'da bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nden etik kurul ve kurum izni alındı. Veri toplama metotları olarak bilgi formu ve ölçekler kullanıldı. Ayrıca hastanın tanısı ve diğer bilgiler hasta dosyasından ve doktorundan alınan bilgilerle doğrulandı. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan izin alınmıştır. Hastalara kullanılan veri toplama metotları hakkında açıklama yapıldı ve hastanın aydınlatılmış onamı (**EK-8**) alındı.. Araştırmaya alınacak hastalar ise yukarıda belirtilen tanı grubuna sahip içleme ve dışlama kriterlerini sağlayan kişilerden seçildi. Üç tanı grubundan da birbirine yakın sayılarda toplam 151 hasta araştırmaya alındı.

3.9. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, araştırma başlangıcından önce İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve çalışma aynı kurumda yürütüleceği için bu kurumdan kurum izni alınmıştır.

Araştırma'da kullanılan ölçekler :

- Duygu Dışavurumu Ölçeği için, Prof. Dr Oğuz Erkan Berksun'a mail yolu ile ulaşılmadığı için telefon ile görüşülerek,
- Genel Özyeterlilik Ölçeği için, Dr. Fatma Yıldırım'dan mail yolu ile (**EK-7**)

- Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ise şizofreni hastaları için, Yılmaz ve Buzlu bilgisi dahilinde kullanılmış olup, bipolar bozukluk ve depresyon hastalarında da kullanımı için Öğr. Gör. Güven Bahar'dan mail yolu ile izin alındı (**EK-6**).

Katılımcılara veri toplama öncesinde araştırma açıklanarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu doldurtulmuştur. Katılımcıların sordukları sorulara açıklayıcı biçimde yanıt verilmiş, iletişim adresi iletilmiştir.

3.10. Verilerin İstatiksel Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı ile analiz edildi. Çalışmada kullanılan ölçeklere dair ortalama, standart sapma, minimum-maksimum skorlar ve güvenilirlik katsayıları belirlendi. Çalışmadan elde edilen devamlı ve kategorik verilerin açıklayıcı bilgileri ile ilgili katılımcıların özellikleri belirlendi. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki grup için Bağımsız t testi, frekanslar ve yüzdelerde Ki-Kare analizi, ikiden fazla bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U Testi, iki gruptan fazla olan karşılaştırmalar için Tek Yönlük Varyans Analizi (ANOVA) testi ileri analizde Bonferroni Düzeltmesi ile birlikte Z testi ile Post-Hoc analizi (LSD) kullanıldı. Analizlerde güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir ($p < .05$). Analizlerden elde edilen veriler "Bulgular" kısmında belirtildi.

Çalışmada uygulanan Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı .739 olarak belirlendi, alt ölçeklerinin Cronbach's Alfa katsayılarının ise .695-.746 arasında değiştiği saptandı. Çalışmada uygulanan Duygu Dışavurum Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı ise .761 olarak belirlenirken, alt ölçeklerinin Cronbach's Alfa katsayılarının ise .722-.802 arasında değiştiği saptandı. Bu sonuçlar dâhilinde, kullanılan ölçeklerin uygulanan popülasyonda güvenilir sonuçlar sağladığı düşünüldü.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Ağustos-Kasım 2018 tarihleri arasında İstanbul'da bir Eğitim Araştırma Hastanesi'ne ardışık olarak başvuran çalışmayı katılmayı kabul eden 151 hasta ile yürütülmüş olması, araştırmadan elde edilen bilgilerin katılımcıların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, DDÖ ve GÖÖ'ye verdikleri yanıtlardan elde edilmiş olması bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmadan elde edilen sonuçların

yalnızca bu popülasyondaki değerler üzerinden yorumlanması ve genellenebilirliğinin bu çerçevede değerlendirilmesi gerekliliği de bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.



4. BULGULAR

Psikiyatri hastalarının algıladığı duygu dışavurum düzeyi ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini' incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları yedi bölüm halinde sunuldu:

Birinci bölümde, psikiyatri hastalarının tanımlayıcı (Sosyodemografik, klinik ve sosyal destek özellikleri, hastalık ve tedaviye dair görüşleri) özellikleri ile ilgili bulgular,

İkinci bölümde, psikiyatri hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği'nden (DDÖ) aldıkları puanlar,

Üçüncü bölümde, psikiyatri hastalarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nden (GÖÖ) aldıkları puanlar,

Dördüncü bölümde, psikiyatri hastalarının tedavi uyum düzeyleri,

Beşinci bölümde, psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile tedavi uyum düzeylerinin karşılaştırılması,

Altıncı bölümde, psikiyatri hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) puanları ile tedavi uyum düzeylerinin karşılaştırılması,

Yedinci bölümde, psikiyatri hastalarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖÖ) puanları ile tedavi uyum düzeylerinin karşılaştırılması

4.1. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri (Sosyodemografik, Klinik ve Sosyal Destek Özellikleri, Hastalık ve Tedaviye Dair Görüşleri) ile İlgili Bulgular

Tablo 4- 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler			Tanı Grubu			Toplam (n=151)	X ² (p)
			Depresyon	Şizofreni	Bipolar		
Cinsiyet	Kadın	n	36 ^a	17 ^b	20 ^b	73	22,341 (,000)
		%	76,6	32,1	39,2	48,3	
	Erkek	n	11 ^a	36 ^b	31 ^b	78	
		%	23,4	67,9	60,8	51,7	
Medeni Hal	Bekâr/Dul	n	11 ^a	40 ^b	20 ^a	71	28,992 (,000)
		%	23,4	75,5	39,2	47	
	Evli	n	36 ^a	13 ^b	31 ^a	80	
		%	76,6	24,5	60,8	53	
Eğitim Seviyesi	İlkokul	n	29 ^a	27 ^a	20 ^a	76	7,737 (,758)
		%	61,7	50,9	39,2	50,3	
	Ortaokul	n	7 ^a	12 ^a	10 ^a	29	
		%	14,9	22,6	19,6	19,2	
	Lise	n	8 ^a	8 ^a	16 ^a	32	
		%	17,0	15,1	31,4	21,2	
	Lisans ve Üstü	n	3 ^a	6 ^a	5 ^a	14	
		%	6,4	11,3	9,8	9,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	10 ^a	13 ^a	15 ^a	38	,993 (,911)
		%	21,3	24,5	29,4	25,1	
	Çalışmıyor	n	28 ^a	29 ^a	27 ^a	84	
		%	59,6	54,7	52,9	55,6	
	Emekli	n	9 ^a	11 ^a	9 ^a	29	
		%	19,1	20,8	17,6	19,2	
Gelir Seviyesi	Gelir Giderden Az	n	20 ^a	22 ^a	23 ^a	65	2,410 (,661)
		%	42,6	41,5	45,1	43	
	Gelir Gidere Eşit	n	23 ^a	23 ^a	19 ^a	65	
		%	48,9	43,4	37,3	43	
	Gelir Giderden Fazla	n	4 ^a	8 ^a	9 ^a	21	
		%	8,5	15,1	17,6	13,9	
Sosyal Güvence	Yok	n	9 ^a	9 ^a	8 ^a	26	,209 (,901)
		%	19,1	17,0	15,7	17,2	
	Var	n	38 ^a	44 ^a	43 ^a	125	
		%	80,9	83,0	84,3	82,8	

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
X²: Ki-Kare Analizi Değeri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların, %48,3'ünün (n=73) kadın, %51,7'sinin erkek (n=78) ve %53'ünün (n=80) evli olduğu belirlendi. Ayrıca, %50,3'ünün ilkokul mezunu (n=76), %55,6'sının (n=84) bir işte çalışmadığı, %13,9'unun gelirinin giderlerinden fazla olduğu, geri kalan katılımcıların eşit olarak gelirinin giderine eşit olduğu ya da gelirinin giderinden az olduğu (%43, n=65) saptandı. Çalışmadaki katılımcıların %82,8'inin (n=125) sosyal güvencesi bulunmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin tanı gruplarına göre farklılıklarını belirlemek için ki-kare analizi uygulandı. Yapılan analiz sonucunda, cinsiyet ve medeni duruma dair frekans dağılımlarının, tanı grupları arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı saptandı. Gruplar arasındaki frekans dağılımlarının hangilerinin birbirlerinden farklı olduğunu belirlemek adına yapılan Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Z testine göre, Depresyon tanısı olan kadınların oranının (%76,6; n=36), Şizofreni (%32,1; n=17) ve Bipolar Bozukluk tanısı olan (%39,2 n=20) kadınlara göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı [$X^2(2)=22.321, p<.01$]. Medeni duruma göre tanı grupları arasındaki farka bakıldığında ise Şizofreni tanısı olan kişiler arasında Bekâr/Dul olanların (%75,5; n=40) oranının, Depresyon (%23,4 n=11) ve Bipolar Bozukluk tanısı olanlara(%39,2 n=20) göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı [$X^2(2)=28.992, p<.01$]. Ayrıca, Şizofreni tanısı olan evli kişilerin (%24,5 n=13), Depresyon (%76,6 n=36) ve Bipolar Bozukluk tanısı olan (%60,8 n=31) evli kişilerden anlamlı düzeyde düşük oranda olduğu saptandı. Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>.05$). (Tablo 4-1)

Tablo 4- 2: Katılımcıların Klinik Özellikleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler		Tanı Grubu			Toplam (n:151)	X ² (p)			
		Depresyon	Şizofreni	Bipolar					
Kontrol Sıklığı	Kendini kötü hissettiğinde	N	11 _a	8 _a	8 _a	27	3,117 (,529)		
		%	40,8	29,6	29,6	17,9			
	Düzenli geliyor	N	35 _a	43 _a	39 _a	117			
		%	29,9	36,8	33,3	77,5			
	Ailesi istediğinde	N	1 _a	2 _a	4 _a	7			
		%	14,3	28,6	57,1	4,6			
Hastalık/Tedavi Konusunda Bilgisi	Yok	N	22 _{a, b}	32 _b	15 _a	69	13,888 (,008)		
		%	31,9	46,4	21,7	45,7			
	Biraz	N	17 _a	17 _a	20 _a	54			
		%	31,5	31,5	37,0	35,8			
	Var	N	8 _{a, b}	4 _b	16 _a	28			
		%	28,6	14,3	57,1	18,5			
Psikiyatri Dışı Hastalık	Yok	N	22 _a	38 _b	37 _b	97	9,033 (,011)		
		%	22,7	39,2	38,1	64,2			
	Var	N	25 _a	15 _b	14 _b	54			
		%	46,3	27,8	25,9	35,8			
	Kaç farklı ilaç kullandığı	3 ve daha az	N	25 _a	22 _a	12 _a		59	9,264 (,055)
			%	42,4	37,3	20,3		39,1	
4-7 arası		N	15 _a	21 _a	27 _a	63			
		%	23,8	33,3	42,9	41,7			
8 ve üzeri		N	7 _a	10 _a	12 _a	29			
		%	24,1	34,5	41,4	19,2			
Günde Kaç Kez İlaç Kullandığı	3 ve daha az	N	45 _a	49 _a	46 _a	140	1,123 (,570)		
		%	32,1	35,0	32,9	92,7			
	4 ve üzeri	N	2 _a	4 _a	5 _a	11			
		%	18,2	36,4	45,5	7,3			
	Yan etki problemi yaşama durumu	Hayır	N	34 _a	23 _b	37 _a		94	12,356 (,002)
			%	36,2	24,5	39,4		62,3	
Evet		N	13 _a	30 _b	14 _a	57			
		%	22,8	52,6	24,6	37,7			
Tedaviyi karşılamada ekonomik olarak sıkıntı yaşama durumu		Hayır	N	35 _a	44 _a	40 _a	119	1,097 (,558)	
			%	29,4	37,0	33,6	78,8		
	Evet	N	12 _a	9 _a	11 _a	32			
		%	37,5	28,1	34,4	21,2			
	Tıbbi olmayan /alternatif yöntemleri kullanım durumu	Hayır	N	45 _a	45 _a	48 _a	138		4,447 (,108)
			%	32,6	32,6	34,8	91,4		
Evet		N	2 _a	8 _a	3 _a	13			
		%	15,4	61,5	23,1	8,6			

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır

X²: Ki-Kare Analizi Değeri

Tablo 4-2: Devam: Katılımcıların Klinik Özellikleri ve Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler		n	Ort.	SS	F	Farklılık (LSD)
Yaş	Depresyon ¹	47	47,46	11,03	4,788*	1>2
	Şizofreni ²	53	41,45	10,45		
	Bipolar ³	51	41,96	10,44		1>3
	Toplam	151	43,49	10,89		(Min-Max:20-65)
Hastalık Başlangıç Yaşı	Depresyon ¹	47	39,89	12,24	21,213*	1>2
	Şizofreni ²	53	27,09	8,61		
	Bipolar ³	51	29,41	10,08		1>3
	Toplam	151	31,86	11,65		(Min-Max: 14-63)
Hastalık Süresi (Yıl)	Depresyon ¹	47	7,63	8,11	7,589*	1<2
	Şizofreni ²	53	14,41	10,46		
	Bipolar ³	51	12,58	7,79		1<3
	Toplam	151	11,68	9,29		(Min-Max:1-44)
Yatış Sayısı	Depresyon ¹	47	,40	1,19	10,640*	1<2
	Şizofreni ²	53	2,13	2,08		
	Bipolar ³	51	3,17	4,53		1<3
	Toplam	151	1,94	3,18		(Min-Max:0-27)
En Son Yatış Zamanı (Ay)	Depresyon ¹	47	10,25	38,60	14,126*	1<2
	Şizofreni ²	53	91,43	103,29		
	Bipolar ³	51	60,21	70,00		3<2
	Toplam	151	55,62	83,03		(Min-Max:0-480)

Not. F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Değeri, *df*: (148, 2),

*: $p < .01$

Katılımcıların, klinik özellikleri incelendiğinde, %77,5'inin (n=117) kontrollerine düzenli geldiği, %45,7'sinin (n=69) hastalık ve tedavisi konusunda bilgisi olmadığı, %35,8'inin psikiyatrik hastalığının dışında başka bir hastalığının (Diyabet, Hipertansiyon vb.) olduğu, %92,7'sinin günde 3 veya daha az kez ilaç kullandığı ve %41,7'sinin 4-7 arası farklı ilaç kullandığı ve %37,7'sinin (n=57) ise yan etki problemi yaşadığı belirlendi. Katılımcıların %21,2'si (n=32) tedavisini karşılamada ekonomik olarak sıkıntı yaşadığını, %91,4'ü (n=138) tıbbi tedavisinin dışında tıbbi olmayan /alternatif yöntemleri kullanmadığını ifade etti. Katılımcıların, klinik özelliklerin tanı gruplarına göre farklılıklarını belirlemek için yapılan analiz sonucunda hastalık bilgisi, psikiyatrik bozukluğun dışında hastalık olması, yan etki yaşıyor olma durumuna dair frekans dağılımlarının, tanı grupları arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı saptandı. Gruplar arasındaki frekans dağılımlarının hangilerinin birbirlerinden farklı olduğunu

belirlemek adına yapılan Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Z testine göre, şizofreni tanıılı hastalar arasında hastalık bilgisi olmayanların oranı (%46,4 n=32) bilgisi olmayan bipolar bozukluk tanıılı kişilere göre (%21,7 n=15) anlamlı olarak daha yüksek bulundu [$X^2(2)=13.888, p<.01$]. Depresyon tanısı olan kişiler (%22,7 n=22) arasında psikiyatrik bozukluk dışında başka hastalığı olmayanların oranı şizofreni (%39,2 n=38) ve Bipolar Bozukluk tanısı olan kişilere (%38,1 n=37) göre anlamlı olarak daha düşük bulundu [$X^2(2)=9.033, p<.05$]. Yine yan etki problemi yaşamadığını belirten şizofreni tanısı olan kişilerin oranı yan etki problemi yaşamayan depresyon ve bipolar bozukluk tanısı olanların oranından anlamlı düzeyde düşük bulundu [$X^2(2)=12.256, p<.05$] (Tablo4-2).

Katılımcıların yaşları, hastalık başlangıç yaşları, hastalık süreleri, yatış sayıları, en son hastaneye yatış zamanları incelendiğinde; incelendiğinde, hastaların ortalama yaşlarının $43,49\pm 10,89$, hastalık başlangıç yaşlarının $31,86\pm 11,65$ olduğu, hastalık sürelerinin ise $11,68\pm 9,29$ yıl olduğu belirlendi. Hastaların yatış sayıları ortalaması $1,94\pm 3,18$ ve ortalama en son yatış süresi zamanı (taburculuktan bu yana geçen süre) $55,62\pm 83,03$ ay olduğu saptandı. Katılımcıların yaş ve klinik özelliklerinin tanı gruplarına göre karşılaştırmalarına bakıldığında, katılımcıların yaşları, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı ve en son yatış zamanına göre gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu görüldü. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise depresyon tanısı olan kişilerin yaşlarının şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan grubun yaşlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi [$F(148, 2)=4.788, p<.01$]. Katılımcıların hastalık başlama yaşlarına göre hangi gruplar arasında fark olduğunu belirlemek için yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında, depresyon tanısı olan kişilerin hastalık başlama yaşlarının, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan grubun hastalık başlama yaşlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi [$F(148, 2)=21.213, p<.01$]. Katılımcıların hastalık sürelerine yönelik gruplar arasındaki farka bakıldığında ise depresyon tanısı olan kişilerin hastalık sürelerinin, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan grubun hastalık sürelerinden anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi [$F(148,2)=7.589, p<.01$]. Katılımcıların yatış sayılarının ve en son yatışından bu yana geçen sürenin hangi gruplar arasında farklılaştığına bakıldığında depresyon tanısı olan kişilerin yatış sayılarının, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan grubun yatış sayılarından anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi [$F(148,2)=10,640, p<.01$]. Katılımcıların en son yatış sürelerinin de gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir [$F(148,2)=14.126, p<.01$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD)

sonrasında ise depresyon tanısı olan kişilerin en son yatışından bu yana geçen sürenin, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan grubun en son yatışından bu yana geçen süredenden anlamlı düzeyde düşük olduğu, ayrıca bipolar bozukluk tanısı olan kişilerin en son yatışından bu yana geçen sürenin de şizofreni tanısı olan grubun en son yatışından bu yana geçen süreden anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>,05$). (Tablo4-2)

Tablo 4- 3: Katılımcıların Sosyal Destek Özellikleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler		Tanı Grubu			Toplam (n:151)	X ² (p)
		Depresyon	Şizofreni	Bipolar		
Çevrenin Hastalığa ve Tedaviye Karşı Tutumu	Hastalığının farkındalar ve destekleyiciler	n 41 _a	49 _a	44 _a	134	2,782 (,595)
		% 30,6	36,6	32,8	88,7	
	Hastalığıma inanmıyorlar. Numara yaptığımı düşünüyorlar	n 4 _a	1 _a	3 _a	8	
		% 50,0	12,5	37,5	5,3	
Yaşam Ortamı	Tıbbi tedavinin işe yaramayacağını düşünüyorlar	n 2 _a	3 _a	4 _a	9	46,829 (,000*)
		% 22,2	33,3	44,4	6,0	
	Yalnız	n 1 _a	0 _a	2 _a	3	
		% 33,3	0,0	66,7	2,0	
Yakın Aile Üyelerinden Başka Destek Olan Kişi/Kurum	Anne-Baba	n 6 _a	26 _b	19 _b	51	46,829 (,000*)
		% 11,8	51,0	37,3	33,8	
	Eş-Çocuklar	n 38 _a	13 _b	30 _a	81	
		% 46,9	16,0	37,0	53,6	
Yakın Aile Üyelerinden Başka Destek Olan Kişi/Kurum	Diğer	n 2 _a	14 _b	0 _a	16	46,829 (,000*)
		% 12,5	87,5	0,0	14,6	
	Yok	n 32 _a	39 _a	40 _a	111	
		% 29	35	36	73,5	
Yakın Aile Üyelerinden Başka Destek Olan Kişi/Kurum	Diğer Aile üyeleri	n 0 _a	1 _a	1 _a	2	6,083 (,414*)
		% 0	50	50	1,3	
	Kurum/Dernek	n 1 _a	3 _a	0 _a	4	
		% 25	75	0	2,6	
Yakın Aile Üyelerinden Başka Destek Olan Kişi/Kurum	Arkadaş/Akraba	n 14 _a	10 _a	10 _a	34	6,083 (,414*)
		% 42	29	29	22,5	

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
X²: Ki-Kare Analizi Değeri, *: Fischer Testi p değeri

Tablo 4-3 (Devam) : Katılımcıların Sosyal Destek Özellikleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151)

Özellik	Tanı Grubu			Toplam (n:151)	X ² (p)
	Depresyon	Şizofreni	Bipolar		
Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi (Aralık:0-10) (df: 2)	8,23 _a ±2,65	8,13 _a ±2,32	8,33 _a ±2,81	8,23±2,5	1,037 (,595)

X²: Ki-Kare Analizi Değeri, Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi (VAS) için Kruskal Vallis Testi, *Not*: Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır

Katılımcıların, sosyal destek özellikleri incelendiğinde, Hastaların % 53,6'sının Eş-Çocukları ile % 33,8'nin ise Anne-Baba ile yaşadığı saptandı. Çevrenin psikiyatrik rahatsızlığa ve ilaç tedavisine karşı tutumuna yönelik soruya katılımcıların % 88,7'si (n=134) "Hastalığının farkındalar ve destekleyiciler" yanıtı verirken %73,5'i (n=111) yakın aile üyeleri dışında kendilerine destek olan kişi veya kurum bulunmadığını ifade etti. Yaşam ortamı ve sosyal destek özelliklerinin tanı grubuna göre karşılaştırmasına bakıldığında, yaşam ortamı frekans dağılımlarının tanı grupları arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı saptandı [$X^2(8)=48.777$, $p<.01$]. Anne-Babası ile yaşayan Depresyon tanısı olan kişilerin (%11,8 n=6) oranının, şizofreni (%51 n=26) ve bipolar bozukluk tanısı olan (%37,3 n=19) kişilerin oranından anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Ayrıca, eşi ve çocuklarıyla yaşayan şizofreni tanısı olan kişilerin (%16 n=13) oranı, eşi ve çocuklarıyla yaşayan depresyon tanısı olan (%46,9, n=38) ve bipolar bozukluk tanısı olan (%37 n=30) kişilerin oranından anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Görsel Analog Testi (VAS) kullanılarak belirlenen katılımcıların, algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının $8,23 \pm 2,58$ olduğu ve tanı gruplarına göre farklılık göstermediği saptandı ($p>.05$). (Tablo 4-3)

Tablo 4-4: Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye Dair Görüşleri ve Tanı Grubuna Göre Karşılaştırılması (n:151)

Görüşler		Tanı Grubu			Toplam (n:151)	X ² (p)	
		Depresyon	Şizofreni	Bipolar			
Hasta değilim, tedavi almak istemiyorum.	Hayır	n	47 _a	51 _a	51 _a	149	
		%	31,5	34,2	34,2	98,7	3,748
	Evet	n	0 _a	2 _a	0 _a	2	(,154)
		%	0,0	100,0	0,0	1,3	
Evet, bazı sıkıntılarım var ama kendi kendime halledebilirim	Hayır	n	47 _a	49 _a	49 _a	145	
		%	32,4	33,8	33,8	96	3,719
	Evet	n	0 _a	4 _a	2 _a	6	(,156*)
		%	0,0	66,7	33,3	4	
Hasta olduğumu biliyorum ama bu hastalık hep hayatımdaki sıkıntılar yüzünden geldi başıma.	Hayır	n	23 _a	46 _b	40 _b	109	
		%	21,1	42,2	36,7	72,2	19,276
	Evet	n	24 _a	7 _b	11 _b	42	(,000)
		%	57,1	16,7	26,2	27,8	
Hastayım fakat neden hasta olduğumu bilemiyorum	Hayır	n	44 _a	49 _a	49 _a	142	
		%	31,0	34,5	34,5	94	,631
	Evet	n	3 _a	4 _a	2 _a	9	(,729)
		%	33,3	44,4	22,2	6	
Hasta olduğumu söylüyorlar, çevremden duyduğum kadarıyla hastalığım yüzünden hayatımda sıkıntılar yaşıyormuşum, ama bunlarla nasıl baş edeceğimi bilmiyorum.	Hayır	n	45 _a	51 _a	50 _a	146	
		%	30,8	34,9	34,2	96,7	,457
	Evet	n	2 _a	2 _a	1 _a	5	(,796*)
		%	40,0	40,0	20,0	3,3	
Hasta olduğumu kabul ediyorum, tedavi almak istiyorum, doktorumun benim için önerdiği tavsiyelere uyuyorum.	Hayır	n	10 _a	14 _a	8 _a	32	
		%	31,3	43,8	25,0	21,2	1,792
	Evet	n	37 _a	39 _a	43 _a	119	(,408)
		%	31,1	32,8	36,1	77,8	

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
X²: Ki-Kare Analizi Değeri, *: Fischer Testi p değeri

Katılımcıların, hastalığa ve tedaviye dair görüşlerini değerlendirmek amacıyla sorulan “Hastalığınız ve tedaviniz ile ilgili ne düşünüyorsunuz” sorusuna hastaların %77,8’i (n=119) “Hasta olduğumu kabul ediyorum, tedavi almak istiyorum, doktorumun benim için önerdiği tavsiyelere uyuyorum” yanıtını verdiği görüldü. Katılımcıların hastalığa dair görüşlerinin tanı grubuna göre farklılığını belirlemek için ki-kare analizi uygulandı. “Hasta olduğumu biliyorum ama bu hastalık hep hayatımdaki sıkıntılar yüzünden geldi başıma” sorusuna verilen yanıtların frekans dağılımlarının da tanı grupları arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı saptandı. [$X^2(2)=19.276, p<.01$]. Bu

soruya ‘‘Evet’’ yanıtı veren Depresyon tanılı (%57,1 n=24) kişilerin sayısının Şizofreni tanılı (%16,7 n=7), Bipolar Bozukluk tanılı (%26,2 n=11) kişilerin sayısından anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark elde edilmedi ($p>.05$). (Tablo 4-4)

4.2. Psikiyatri Hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği’nden (DDÖ) Aldıkları Puanlar

Tablo 4-5: Katılımcıların DDÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları, Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)

		N	Ort.	SS±	F	Farklılık (LSD)	
(DDÖ)	Müdahalecilik	Depresyon ¹	47	9,93	2,55	3,132*	1>3
		Şizofreni ²	53	9,24	2,89		
		Bipolar ³	51	8,49	3,08		
		<i>Toplam</i>	151	9,20	2,90		
	Duygusal Tepki	Depresyon	47	10,89	3,52	,521	-
		Şizofreni	53	11,41	2,96		
		Bipolar	51	11,54	3,52		
		<i>Toplam</i>	151	11,29	3,33		
	Hastalığa Karşı Tutum	Depresyon	47	11,63	2,44	,550	-
		Şizofreni	53	11,66	2,20		
		Bipolar	51	12,05	2,16		
		<i>Toplam</i>	151	11,78	2,26		
	Hoşgörü/Beklenti	Depresyon	47	11,55	3,07	,290	-
		Şizofreni	53	11,56	2,71		
		Bipolar	51	11,94	2,95		
<i>Toplam</i>		151	11,68	2,89			
Toplam	Depresyon	47	44,02	9,89	,004	-	
	Şizofreni	53	43,88	8,09			
	Bipolar	51	44,03	9,98			
	<i>Toplam</i>	151	43,98	9,27			

Not. F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Değeri, *df*:(148, 2),

*: $p<.05$

Katılımcıların Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) alt ölçeklerinden Müdahalecilik puan ortalaması $9,20\pm 2,90$, Duygusal Tepki puan ortalaması $11,29\pm 3,33$, Hastalığa Karşı Tutum puan ortalaması $11,78\pm 2,26$, Hoşgörü/Beklenti puan ortalaması $11,68\pm 2,89$ ve ölçek toplam puan ortalaması $43,98\pm 9,27$ olarak belirlendi.

Çalışmada uygulanan DDÖ alt ölçekleri ve toplam puanlarının tanılara göre farklılıklarını belirlemek için yapılan analizlerde, DDÖ alt boyutlarından *Müdahalecilik* puanlarının gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlendi. [$F(148, 2)=3.132$, $p<.05$]. Yapılan Post-Hoc analizi (LSD) sonrasında ise depresyon tanısı olan kişilerin *Müdahalecilik* puanlarının ($9.93\pm 2,55$), bipolar bozukluk tanısı olan grubun puanlarından ($8.49\pm 3,08$) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. Diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>.05$). (Tablo 4-5).

4.3. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Ölçeği'nden (GÖÖ) Aldıkları Puanlar

Tablo 4-6: Katılımcıların GÖÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları, Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)

		N	Ort.	SS±	F	Farklılık (LSD)	
(GÖÖ)	Başlama	Depresyon	47	23,48	6,95	1,241	-
		Şizofreni	53	25,45	8,22		
		Bipolar	51	23,31	8,63		
		<i>Min-Max(9-42)</i> Toplam	151	24,11	8,00		
	Yılmama	Depresyon	47	16,04	2,55	,251	-
		Şizofreni	53	15,67	3,04		
		Bipolar	51	16,01	3,08		
		<i>Min-Max(7-23)</i> Toplam	151	15,90	2,89		
	Sürdürme Çabası	Depresyon	47	11,57	2,63	2,198	-
		Şizofreni	53	10,56	2,74		
		Bipolar	51	11,49	2,73		
		<i>Min-Max(3-15)</i> Toplam	151	11,19	2,72		
Toplam	Depresyon	47	51,10	6,93	,134	-	
	Şizofreni	53	51,69	8,93			
	Bipolar	51	50,82	10,10			
	<i>Min-Max (33-78)</i> Toplam	151	51,21	8,75			

Not. F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Değeri, *df*: (148, 2)

Katılımcıların, Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ) puan dağılımları incelendiğinde, çalışmaya katılan hastaların Genel Özyeterlilik Ölçeği alt ölçeklerinden *Başlama* puan ortalamasının $24,11\pm 8,00$, *Yılmama* puan ortalamasının $15,90\pm 2,89$, *Sürdürme Çabası* puan ortalamasının $11,19\pm 2,72$ ve ölçek toplam puan ortalamasının ise $51,21\pm 8,75$ olduğu bulundu.

Çalışmada uygulanan GÖÖ alt ölçekleri ve toplam puanlarının tanılara göre farklılıklarını belirlemek için yapılan analizlerde, Genel Özyeterlilik Ölçeği alt ölçeği ve toplam puanlarında tanı gruplarına göre anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>.05$). (Tablo 4-6).

4.4. Psikiyatri Hastalarının Tedavi Uyum Düzeyleri

Tablo 4-7: Katılımcıların Tedavi Uyum Düzeyleri ve Tanı Gruplarına Göre Karşılaştırılması (n:151)

	Özellikler	Tedavi Uyumu			Toplam (n:151)	X ² (p)	
		Yüksek	Orta	Düşük			
Tanı Grubu	Depresyon	n	23 _a	22 _a	2 _a	47	1,144 (,887)
		%	48,9	46,8	4,3	100,0%	
	Şizofreni	n	27 _a	24 _a	2 _a	53	
		%	50,9	45,3	3,8	100,0	
	Bipolar	n	30 _a	19 _a	2 _a	51	
		%	58,8	37,3	3,9	100,0	
	Toplam	n	80	65	6	151	
		%	53,0	43,0	4,0	100,0	

Not. Aynı sütunda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır

X²: Ki-Kare Analizi Değeri

Katılımcıların, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'ne göre tedavi uyumları incelendiğinde (Tablo 4-7), hastaların %53'ünün (n=80) tedavi uyumu yüksek, %43'ünün (n=65) tedavi uyumu orta ve %4'ünün (n=6) tedavi uyumu düşük düzeyde olduğu belirlendi. Çalışmaya alınan hastaların tanılarına göre tedavi uyumu yüksek olanlar sıralandığında bipolar bozukluk tanılı hastaların %58,8'inin (n=30), şizofreni tanılı hastaların %50,9'unun (n=27) ve depresyon tanılı hastaların %48,9'unun (n=23) tedavi uyumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Tanı gruplarına göre tedavi uyum düzeylerinin karşılaştırılması için yapılan analizler sonucunda gruplar arasında anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p>.05$). Diğer tablolarda gösterilen karşılaştırmalarda uygun dağılım sağlamak adına, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nden alınan skora göre, Yüksek ve Orta-Düşük olarak iki şekilde incelemeler yapıldı.

4.5. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-8: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler			Tedavi Uyumu		Toplam (n:151)	X ² (p)
			Yüksek	Orta-Düşük		
Cinsiyet	Kadın	n	42 _a	31 _a	73	1,177 (,208)
		%	57,5	42,5	100,0	
	Erkek	n	38 _a	40 _a	78	
		%	48,7	51,3	100,0	
Medeni Hal	Bekâr/Dul	n	40 _a	31 _a	71	,607 (,436)
		%	56,3	43,7	100,0	
	Evlü	n	40 _a	40 _a	80	
		%	50,0	50,0	100,0	
Eğitim Seviyesi	İlkokul	n	34 _a	42 _a	76	6,261 (,100)
		%	44,7	55,3	100,0	
	Ortaokul	n	17 _a	12 _a	29	
		%	58,6	41,4	100,0	
	Lise	n	18 _a	14 _a	32	
		%	56,3	43,8	100,0	
	Lisans ve Üstü	n	11 _a	3 _b	14	
		%	78,6	21,4	100,0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	22 _a	16 _a	38	,495 (,781)
		%	57,9	42,1	100,0	
	Çalışmıyor	n	43 _a	41 _a	84	
		%	51,2	48,8	100,0	
	Emekli	n	15 _a	14 _a	29	
		%	51,7	48,3	100,0	
Gelir Seviyesi	Gelir Giderden Az	n	29 _a	36 _a	65	3,258 (,196)
		%	44,6	55,4	100,0	
	Gelir Gidere Eşit	n	39 _a	26 _a	65	
		%	60,0	40,0	100,0	
	Gelir Giderden Fazla	n	12 _a	9 _a	21	
		%	57,1	42,9	100,0	
Sosyal Güvence	Var	n	16 _a	10 _a	26	,923 (,337)
		%	61,5	38,5	100,0	
	Yok	n	64 _a	61 _a	125	
		%	51,2	48,8	100,0	

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
X²: Ki-Kare Analizi Değeri

Karşılaştırma için uygun dağılım sağlamak adına Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nden elde edilen skora göre Yüksek ve Orta-Düşük olarak iki grup incelendi. Katılımcıların, sosyodemografik özelliklerine göre tedavi uyum düzeylerinin karşılaştırılması için yapılan analiz sonucunda (Tablo 4-8) cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir seviyesi ve sosyal güvence gibi değişkenlere göre tedavi uyumunun farklılık göstermediği saptandı ($p>.05$).



Tablo 4-9: Katılımcıların Klinik Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler		Tedavi Uyumu		Toplam (n:151)	X ² (p)			
		Yüksek	Orta-Düşük					
Kontrol Sıklığı	Kendini kötü hissettiğinde	<i>n</i>	17 _a	10 _a	27	5,287 (,071)		
		%	63,0	37,0	100,0			
	Düzenli geliyor	<i>n</i>	62 _a	55 _a	117			
		%	53,0	47,0	100,0			
	Ailesi istediğinde	<i>n</i>	1 _a	6 _a	7			
		%	14,3	85,7	100,0			
Hastalık Bilgisi	Yok	<i>n</i>	30 _a	39 _a	69	4,606 (,100)		
		%	43,5	56,5	100,0			
	Biraz	<i>n</i>	33 _a	21 _a	54			
		%	61,1	38,9	100,0			
	Var	<i>n</i>	17 _a	11 _a	28			
		%	60,7	39,3	100,0			
Psikiyatri Dışı Hastalık	Yok	<i>n</i>	55 _a	42 _a	97	1,507 (,220)		
		%	56,7	43,3	100,0			
	Var	<i>n</i>	25 _a	29 _a	54			
		%	46,3	53,7	100,0			
	Kaç farklı ilaç kullandığı	3 ve daha az	<i>n</i>	32 _a	27 _a		59	3,510 (,173)
			%	54,2	45,8		100,0	
4-7 arası		<i>n</i>	37 _a	26 _a	63			
		%	58,7	41,3	100,0			
8 ve üzeri		<i>n</i>	11 _a	18 _a	29			
		%	37,9	62,1	100,0			
Günde kaç kez ilaç kullandığı	3 ve daha az	<i>n</i>	75 _a	65 _a	140	,270 (,604)		
		%	53,6	46,4	100,0			
	4 ve üzeri	<i>n</i>	5 _a	6 _a	11			
		%	45,5	54,5	100,0			
	Yan etki problemi yaşıyor olma	Hayır	<i>n</i>	74 _a	55 _b		129	4,347 (,037)
			%	57,4	42,6		100,0	
Evet		<i>n</i>	6 _a	16 _b	22			
		%	27,3	72,7	100,0			
Tedavinizi karşılamada ekonomik olarak sıkıntı yaşama durumu		Hayır	<i>n</i>	64 _a	55 _a	119	,145 (,704)	
			%	53,8	46,2	100,0		
	Evet	<i>n</i>	16 _a	16 _a	32			
		%	50,0	50,0	100,0			
	Tıbbi olmayan /alternatif yöntemleri kullanımı	Hayır	<i>n</i>	71 _a	67 _a	138		1,508 (,219)
			%	51,4	48,6	100,0		
Evet		<i>n</i>	9 _a	4 _a	13			
		%	69,2	30,8	100,0			

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
n: 151, X²: Ki-Kare Analizi Değeri

Tablo 4-9 (Devam): Katılımcıların Klinik Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler	Tedavi Uyumu	N	Ort.	SS±	T	P
Yaş	Yüksek	80	41,53	10,46	-2,381	,019
	Orta-Düşük	71	45,70	11,02		
Hastalık Başlangıç Yaşı	Yüksek	80	30,72	11,31	-1,273	,205
	Orta-Düşük	71	33,14	11,98		
Hastalık Süresi (Yıl)	Yüksek	80	10,87	8,97	-1,143	,255
	Orta-Düşük	71	12,60	9,62		
Yatış Sayısı	Yüksek	80	2,00	3,53	,217	,829
	Orta-Düşük	71	1,88	2,74		
En Son Yatış Zamanı (Ay)	Yüksek	80	53,26	76,53	-,370	,712
	Orta-Düşük	71	58,28	90,27		

T:bağımsız örneklem t testi

Katılımcıların, klinik verilerinin, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nden elde edilen tedavi uyumu düzeylerine göre farklılıklarını belirlemek için yapılan analiz sonucunda (Tablo 4-9), yan etki problemi yaşama durumu frekans dağılımlarının tedavi uyumu grupları arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı saptandı [$X^2(2)=4.347$, $p<.05$]. Gruplar arasındaki frekans dağılımlarının hangilerinin birbirlerinden farklı olduğunu belirlemek adına yapılan Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Z testine göre, yan etki problemi yaşayan ve tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin oranı (%72,7, n=16) tedavi uyumu yüksek olan kişilerin oranından (%27,3, n=6) anlamlı düzeyde fazla olduğu saptandı ($p>.05$)

Katılımcıların, yaş, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı, en son yatış zamanına göre tedavi uyum düzeylerine bakıldığında; tedavi uyumu yüksek olan kişilerin yaşlarının ($41.53\pm10,46$), tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin yaşlarından ($45.70\pm11,02$) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi [$t(149)=-2.381$, $p<.05$]. Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise hastalık süresi, yatış sayısı, hastalık başlangıç yaşı, en son yatış zamanı değişkenlerine göre tedavi uyum düzeylerinin farklılık göstermediği belirlendi ($p>.05$).

Tablo 4-10: Katılımcıların Sosyal Destek Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

Özellikler	Tedavi Uyumunu			Test	
	Yüksek	Orta-Düşük	Toplam	X ² (p)	
Çevrenin Hastalığa ve Tedaviye Karşı Tutumu	Hastalığının farkındalar ve destekleyiciler	<i>n</i> 74 _a % 55,2	60 _a 44,8	134 100,0	3,707 (,156*)
	Hastalığıma inanmıyorlar.	<i>n</i> 4 _a % 50,0	4 _a 50,0	8 100,0	
	Numara yaptığımı düşünüyorlar	<i>n</i> 2 _a % 22,2	7 _a 77,8	9 100,0	
	Tıbbi tedavinin işe yaramayacağını düşünüyorlar	<i>n</i> 1 _a % 33,3	2 _a 66,7	3 100,0	
	Yalnız	<i>n</i> 31 _a % 60,8	20 _a 39,2	51 100,0	
	Anne-Baba	<i>n</i> 39 _a % 48,1	42 _a 51,9	81 100,0	
Yaşam Ortamı	Eş-Çocuklar	<i>n</i> 9 _a % 56,3	7 _a 48,8	16 100,0	2,540 (,468)
	Diğer Yakınlar	<i>n</i> 62 _a % 56	49 _a 44	111 100,0	
	Yok	<i>n</i> 1 _a % 50	1 _a 50	2 100,0	
	Aile Üyeleri Dışında Destek Olan Kişi/Kurum	<i>n</i> 1 _a % 25	3 _a 75	4 100,0	
Aile Üyeleri	<i>n</i> 16 _a % 47	18 _a 53	34 100,0	2,111 (,550*)	
	Aile Üyeleri	<i>n</i> 47 % 47	53 53		100 100,0

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
X²: Ki-Kare Analizi Değeri, *: Fischer Testi p değeri

Tablo 4-10 (Devam): Katılımcıların Sosyal Destek Özellikleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

Özellik	Tedavi Uyumunu		Test	
	Yüksek	Orta-Düşük	U	Z(p)
Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi (Aralık:0-10) (df: 2)	8,47±2,48	7,95± 2,68	2496,50	-1,405 (,160)

U: Mann Whitney U testi

Katılımcıların, yaşam ortamı, çevrenin hastalık ve tedaviye yönelik tutumu, aile dışında destek olan kişi/kurum ve algıladıkları sosyal destek düzeyine göre tedavi uyum düzeyleri karşılaştırıldığında (Tablo 4-10), tedavi uyum düzeylerinin gruplar arasında farklılık göstermediği belirlendi (p>.05).

Tablo 4-11: Katılımcıların Hastalığa Dair Görüşleri ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

			Tedavi Uyumu		Toplam (n:151)	X ² (p)
			Yüksek	Orta-Düşük		
Hasta değilim, tedavi almak istemiyorum.	Hayır	N	80 _a	69 _a	149	2,284 (,131*)
		%	53,7	46,3	100,0	
	Evet	N	0 _a	2 _a	2	
		%	0,0	100,0	100,0	
Evet, bazı sıkıntılarım var ama kendi kendime halledebilirim	Hayır	N	77 _a	68 _a	145	,022 (,881*)
		%	53,1	46,9	100,0	
	Evet	N	3 _a	3 _a	6	
		%	50,0	50,0	100,0	
Hasta olduğumu biliyorum ama bu hastalık hep hayatımdaki sıkıntılar yüzünden geldi başıma.	Hayır	N	60 _a	49 _a	109	,671 (,413)
		%	55,0	45,0	100,0	
	Evet	N	20 _a	22 _a	42	
		%	47,6	52,4	100,0	
Hastayım fakat neden hasta olduğumu bilemiyorum	Hayır	N	75 _a	67 _a	142	,025 (,873)
		%	52,8	47,2	100,0	
	Evet	N	5 _a	4 _a	9	
		%	55,6	44,4	100,0	
Hasta olduğumu söylüyorlar, çevremden duyduğum kadarıyla hastalığım yüzünden hayatımda sıkıntılar yaşıyor muyum, ama bunlarla nasıl baş edeceğimi bilmiyorum.	Hayır	N	78 _a	68 _a	146	,350 (,554*)
		%	53,4	46,6	100,0	
	Evet	n	2 _a	3 _a	5	
		%	40,0	60,0	100,0	
Hasta olduğumu kabul ediyorum, tedavi almak istiyorum, doktorumun benim için önerdiği tavsiyelere uyuyorum.	Hayır	n	10 _a	22 _b	32	7,697 (,009)
		%	31,3	68,8	100,0	
	Evet	n	70 _a	49 _b	119	
		%	58,8	41,2	100,0	

Not. Aynı satırda aynı harfleri paylaşmayan sayılar birbirlerinden anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır
X²: Ki-Kare Analizi Değeri, *: Fischer Testi p değeri

Katılımcıların, hastalığa dair görüşlerine göre tedavi uyum düzeyleri karşılaştırıldığında; “Hasta olduğumu kabul ediyorum, tedavi almak istiyorum, doktorumun benim için önerdiği tavsiyelere uyuyorum” sorusuna verilen yanıt frekans dağılımlarının tedavi uyumu grupları arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı saptandı [$X^2(2)=7.697$, $p<.01$]. Gruplar arasındaki frekans dağılımlarının hangilerinin birbirlerinden farklı olduğunu belirlemek adına yapılan Bonferroni düzeltmesi ile birlikte Z testine göre, tedavi uyumu yüksek olan grupta bu soruya hayır yanıtı verenlerin oranı (%31,3, n=10), tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin oranından

(%68,8, n=22) anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü ($p>.05$). Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4-11).

4.6. Psikiyatri Hastalarının Duygu Dışavurum Ölçeği Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-12: Katılımcıların DDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

		Tedavi Uyumu	N	Ort.	SS±	T	P
(DDÖ)	Müdahalecilik	Yüksek	80	9,46	2,91	1,158	,249
		Orta-Düşük	71	8,91	2,87		
	Duygusal Tepki	Yüksek	80	12,08	3,08	3,185	,002
		Orta-Düşük	71	10,40	3,39		
	Hastalığa Karşı Tutum	Yüksek	80	12,28	2,01	2,954	,004
		Orta-Düşük	71	11,22	2,40		
	Hoşgörü/Beklenti	Yüksek	80	11,87	3,04	,838	,403
		Orta-Düşük	71	11,47	2,73		
	Toplam	Yüksek	80	45,71	9,15	2,478	,014
		Orta-Düşük	71	42,02	9,08		

T:bağımsız örneklem t testi

Çalışmada uygulanan Duygu Dışavurum Ölçeği alt ölçekleri ve toplam puanlarının Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinden elde edilen tedavi uyumu düzeylerinin gruplarına göre farklılıklarını belirlemek için yapılan analizler sonucunda, tedavi uyumu yüksek olan kişilerin DDÖ alt boyutlarından *Duygusal Tepki* puanlarının ($12,08\pm3,08$), tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin puanlarından ($10,40\pm3,39$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi [$t(149)=3.185$, $p<.01$]. Bunun yanında, tedavi uyumu yüksek olan kişilerin DDÖ alt boyutlarından *Hastalığa Karşı Tutum* puanlarının ($12,28\pm2,01$) da tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin puanlarından ($11,22\pm2,40$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi [$t(149)=2.954$, $p<.01$]. Tedavi uyumu yüksek olan kişilerin DDÖ toplam puanlarının ($45,71\pm9,15$) tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin puanlarından ($42,02\pm9,08$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi [$t(149)=2.478$, $p<.05$]. Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>.05$). (Tablo 4-12)

4.7. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Ölçeği Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 4-13: Katılımcıların GÖÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları ile Tedavi Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:151)

		Tedavi Uyumu	N	Ort.	SS±	T	P
Genel Özyeterlilik Ölçeği	Başlama	Yüksek	80	22,71	7,76	-2,326	,021
		Orta-Düşük	71	25,70	8,03		
	Yılmama	Yüksek	80	15,67	2,77	-1,045	,298
		Orta-Düşük	71	16,16	3,02		
	Sürdürme Çabası	Yüksek	80	11,56	2,54	1,785	,076
		Orta-Düşük	71	10,77	2,88		
	Toplam	Yüksek	80	49,95	7,91	-1,907	,058
		Orta-Düşük	71	52,64	9,46		

T: bağımsız örneklem t testi

Çalışmada uygulanan Genel Özyeterlilik Ölçeği alt ölçekleri ve toplam puanlarının Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinden elde edilen tedavi uyum düzeylerine göre farklılıklarını belirlemek için bağımsız örneklem t testi uygulandı (Tablo 4-13). Yapılan analizler sonucunda; tedavi uyumu yüksek olan kişilerin Genel Özyeterlilik Ölçeği alt boyutlarından Başlama puanlarının (22,71±7,76), tedavi uyumu düşük-orta olan kişilerin puanlarından (25,70±8,03) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi [$t(149)=-2.326$, $p<.05$].Yapılan diğer karşılaştırmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>.05$).

5. TARTIŞMA

DSÖ'ye göre sağlık kavramı, ‘‘Hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir’’ şeklinde tanımlanmıştır (Kesgin ve Topuzoğlu 2006). Bu tanıma göre ruh sağlığı genel sağlığı tamamlayan önemli bir parçadır. Günümüzde ruhsal hastalıklar oldukça sık görülen, en çok yeti yitimine sebep olan ve topluma önemli oranda yük getiren hastalıklar arasındadır (Ocaktan ve ark. 2004; Gültekin 2010).

Hastalığın klinik gidişatını olumsuz etkileyen tedavi uyumsuzluğu, acil psikiyatri başvurularının ve yatış sayılarının artmasına, hastalık relapslarına sebep olarak topluma önemli oranda ekonomik kayıplar getiren bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Vermeire ve ark. 2001; Bahar ve ark. 2015; Ertem ve Duman 2018). Ayrıca yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarının ciddi oranlarda tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri görülmüştür (Lin ve ark. 1995; Osterberg ve Blaschke 2005; Tel ve ark. 2010; Demirkol ve ark. 2015).

Psikiyatri hastalarının ailevi ilişkilerinin hastalığın klinik gidişatında önemli olduğu düşünülmektedir. Kişiler arası ilişkilerin önemli yönlerini temsil eden Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion) kavramı, kronik psikiyatrik hastalığı olan hastaların ailelerinin hastayla ilgili düşüncelerinin göstergesi ve aile ortamının bir ölçüsü olarak ifade edilmektedir (Butzlaff ve Hooley 1998; Wearden ve ark. 2000). Duygu dışavurumu psikiyatrik hastalıklar için kötü prognoz ve klinik sonuçların olumsuz olması (daha fazla semptom ve relaps oranı) ile ilişkilidir (Butzlaff ve Hooley 1998).

Sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli bir faktör olan özyeterlilik kavramı, bir davranışın bireyin kendi kontrolünde olup olmadığına dair inancıdır (Strecher ve ark 1986; Conner ve Norman 2005). Psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalarda sosyal hayata uyum, ruhsal ve fiziksel iyilik hali, yaşam kalitesi ve özyeterlilik düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Cutler 2005; Cardenas ve ark 2013; Abraham ve ark 2014).

Bu bağlamda, psikiyatri hastalarının ailevi ilişkilerinin değerlendirilmesi, özyeterlilik düzeylerinin ölçülerek hastaların düzenli tedavi kullanımına ilişkin sağlık

davranışlarının başlatılması, hastanın tam iyilik haline ulaşması ve iyilik halinin sürdürülmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatri hastalarında duygu dışavurumu ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini değerlendirmek üzere yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular yedi bölümde tartışılacaktır.

Birinci bölümde; Psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özelliklerine (sosyodemografik, klinik, sosyal destek özellikleri ve hastalığa ilişkin görüşleri) yönelik bulguların tartışılması,

İkinci bölümde; Psikiyatri hastalarının algıladıkları duygu dışavurumu düzeylerine yönelik bulguların tartışılması,

Üçüncü bölümde; Psikiyatri hastalarının genel özyeterlilik düzeylerine yönelik bulguların tartışılması,

Dördüncü bölümde; Psikiyatri hastalarının tedavi uyum düzeylerine yönelik bulguların tartışılması,

Beşinci bölümde; Psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin tedavi uyumuna etkisinin tartışılması,

Altıncı Bölüm; Psikiyatri hastalarının algıladıkları duygu dışavurum düzeylerinin tedavi uyumuna etkisinin tartışılması.

Yedinci Bölüm; Psikiyatri hastalarının genel özyeterlilik düzeylerinin tedavi uyumuna etkisinin tartışılması

5.1. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine (Sosyodemografik, Klinik, Sosyal Destek Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Görüşleri) Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $43,49 \pm 10,89$ olarak bulundu. Dep ve arkadaşları (2001)'in 16-64 yaş arası bir psikiyatrik hastalığa sahip bireylerle yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması $37,7 \pm 13,5$ olarak bulunmuş ve ilerleyen yaşla birlikte psikiyatrik hastalık gelişme riskinin arttığı ifade edilmiştir. Mevcut çalışma sonuçlarına göre hastalar orta yaş grubundadır. Bununla birlikte ilerleyen yıllarda yapılan çalışmalarda genç erişkinlikte ileri yaş grubuna göre psikiyatrik hastalıkların daha sık görülmeye başlandığı ifade edilmiştir (Cia ve ark. 2018);

<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>). Hastalık türlerine göre yaş ortalamasına bakıldığında, depresyon hastalarının yaş ortalamalarının şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının yaş ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Majör depresif bozuklukların orta yaş hastalığı olduğu ifade edilmiştir (Çelik ve Hocoğlu 2016). Bu çalışmada depresyon bozukluklarının diğer hastalıklara göre geç başlangıçlı olması ileri yaş grubunda daha fazla görülmesinin çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasını yükseltmiş olabileceği düşünüldü. Bu bulgu literatürle uyum göstermektedir (Weissman ve ark 1996; Güz 2000; Karamustafalıoğlu ve ark. 2000; Hirschfeld ve Weissmann 2002 (acnp.org); Ervatan ve ark 2003; Kessler ve ark. 2003; Turhan 200; O'Connor ve ark 2009; Olchanski ve ark 2012; Gültekin ve ark 2014).

Mevcut çalışmaya 73 kadın, 78 erkek katılımcı alındı. Cinsiyetle ilgili tanı grupları arasındaki farklılıklara bakıldığında depresyonu olan kadın hastaların sayısının şizofreni ve bipolar bozukluğu olan kadın hastaların sayısından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Erkek hastalarda ise durum tam tersidir. Depresyonu olan erkek sayısı, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan erkek sayısından anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Literatüre bakıldığında depresyon bozuklukları dünya çapında kadın cinsiyette erkeklere oranla daha yaygın (2 kat fazla) görülmektedir. Bu bulgu literatür ile uyum göstermektedir (Weissman ve ark. 1996; Önal ve ark. 2001; Kessler ve ark. 2003; O'Connor ve ark 2009; Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011). Şizofreninin cinsiyete göre görülme oranı erkek/kadın 1,4/1 (McGrath ve ark. 2008); Bipolar bozukluğun ise kadın erkek oranı 1.2/1 (Townsend, 2016 p.429), olarak ifade edilmiştir. Ülkemizde Akarsu ve ark. (2012) çalışmasında bipolar bozukluk tanı hastalarda erkek hastaların sayısı kadın hastalara oranla üç katından fazla (95 erkek, 30 kadın) bulunmuştur. Binbay ve ark. (2010)'a göre de şizofreninin erkeklerde kadınlara oranla (Erkeklerde 1000 kişide 11,6/Kadınlarda 1000 kişide 6,5 görülme oranı) daha sık görüldüğü ifade edilmiştir. Mevcut çalışmada da bipolar ve şizofreni tanı hastalarda erkek hastaların kadın hastalara oranı anlamlı olarak daha yüksektir.

Hastaların medeni durumları ile ilgili farklılıklara bakıldığında hastaların %53'ünün evli olduğu tespit edildi. Mevcut çalışmada psikiyatri hastalarının evlilik oranları yüksek bulundu. Yurtdışı çalışmalarında ise genel olarak hiç evlenmemiş ya da boşanmış bireylerde ruhsal bozukluk oranlarının daha yaygın görüldüğü ve evliğin ruh sağlığı için koruyucu bir faktör olduğu ifade edilmiştir (Williams ve ark. 1992; Alonso

ve ark. 2004; Vicente ve ark. 2004). Tanı gruplarına göre evlilik oranlarına bakıldığında, şizofreni hastalarının en düşük, depresyon hastalarının ise en yüksek evlilik oranlarına sahip olduğu görüldü. Şizofreninin bireyde sosyal ve bilişsel alanda yeti yitimi ve işlev kayıplarına sebep olduğu ve hastalara toplumsal hayata uymada zorluklar getirdiği bilinmektedir (Şahin Altun ve Olçun 2018). Bu sebeple hastaların evlilik oranlarının düşük olması beklenen bir durumdur. Literatürde de şizofreni hastalarının düşük evlilik oranlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Wiersma 1998; Belli ve ark 2007; Kocal ve ark 2017). Ülkemizde ise Özmen ve ark. (2002)'nin çalışmasında evliliğin distimik bozukluk için risk faktörü olduğu; Dığrak ve ark. (2014)'ün kırsal bölgede yaşayan yetişkinlerle yaptıkları çalışmaya göre de, depresyon, psikotik bozukluklar ve evli olma durumu arasında herhangi bir ilişki saptanmadığı bildirilmiştir. Kayahan ve ark. (2003)'e göre evlilik sorunları yaşamının depresyon gelişimi için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Türk kültürüne özgü olarak evlilik ve evliğin getirdiği problemlerin psikiyatrik hastalık gelişimi için risk faktörü olabileceği, depresyon hastalarının evlilik oranlarının yüksek olmasının toplam evlilik oranlarını yükseltmiş olabileceği düşünüldü.

Mevcut çalışmada, hastaların çoğunluğu (%50,3) ilkokul mezunudur. Tanı gruplarına göre eğitim seviyeleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Kessler (1995)'e göre erken başlangıçlı psikiyatrik bozuklukların eğitim seviyesi düşük bireylerde daha yüksek oranlarda görüldüğünü ifade edilmiştir. Ülkemizde ise psikiyatrik hastalıklar ve eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki bulunmadığını belirten çalışmalar vardır (Özmen ve ark. 2002; Turhan 2007; Dığrak ve ark. 2014). Özdemir ve Doğan (2015)'in çalışmasında ise bipolar bozukluk yüksek okul mezunlarında daha sık görülmektedir. Ülkemizde ortalama eğitim alma süresinin 7,8 yıl olduğu bildirilmiştir (<http://tucaum.ankara.edu.tr>). Buna göre, genel olarak ülkemiz nüfusunun eğitim seviyesinin düşük olmasının mevcut çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının da eğitim seviyelerinin düşük olmasını açıklayabileceği düşünüldü.

Mevcut çalışmada hastaların yarısından fazlası çalışmamaktadır ve hastaların sadece %13,9'luk kısmı gelirinin giderlerinden fazla olduğunu ifade etmiş, geri kalanlar ise gelirlerinin giderlerini ancak karşıladığını ya da daha az olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların büyük bir kısmının (%82,8) sosyal güvencesi mevcuttur. Düşük sosyoekonomik durumun psikiyatrik hastalıkların etiolojisinde rol oynayabileceği gibi,

psikiyatrik hastalıkların da yetiyitimi, sosyal hayata uyumda getirdiği güçlükler, damgalama gibi sorunlarla işsizlik ve güç kaybı sonucu düşük sosyoekonomik duruma sebep olma ihtimali vardır. Düşük sosyoekonomik durum da hastalığın klinik gidişatını etkileyebilir. İngiltere, Galler ve İskoçya’da yürütülen bir çalışmada işsizlik ve fakirliğin hastalığın başlangıcında etkili olmadığı fakat hastalığın seyrini etkilediği, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde hastalık ataklarının daha uzun sürdüğü ifade edilmiştir (Weich ve Lewis 1998). Bu çalışmada, şizofreni, depresyon ve bipolar bozukluk hastaları arasında, çalışma durumu, gelir seviyesi, sosyal güvence varlığı arasında anlamlı fark saptanmadı. Literatüre bakıldığında depresyon ve şizofreni etiyolojisinde düşük sosyoekonomik durumun etkili olabileceğini bildiren kaynaklar mevcuttur (Ünal ve Özcan 2006; Townsend 2016 pp. 342- 380; Kocal ve ark 2017). Hirschfeld ve Weissman (2002) ise depresyon etiyolojisinde düşük sosyoekonomik durumun güçlü bir risk faktörü olmadığını belirtmişlerdir. Ülkemizde Belli ve ark. 2007’de yaptığı çalışmada çalışmaya katılan 463 şizofreni hastasının, sosyoekonomik düzeylerinin yetersiz ve işsizlik oranlarının yüksek olduğunu saptamıştır. Turhan (2007) ve Özdemir ve Doğan (2015)’e göre, bipolar bozukluk ve sosyoekonomik düzey, arasında kesin bir ilişki belirtilmemiştir. İbiloğlu ve Çayköylü (2011)’in çalışmasında bipolar bozukluğun yüksek sosyoekonomik düzeyde daha fazla görüldüğü belirtilirken, Tsai ve ark. 2001 yılında yaptıkları çalışmada, 101 bipolar bozukluk hastasının %81,1’inin ise düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların çoğunun sosyal güvencelerinin olması yatarak ve ya ayaktan tedavilerin karşılanması ve sonrasında tedavi uyumu açısından önemli bir faktördür. Psikiyatrik hastalığı olan bireyler 30/03/2013 tarihli 28603 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmeliği’ne göre engellik oranlarına göre engelli maaşı alma, düzenli yardım bağlanması, ölen yakının SGK’sından faydalanma, istihdam edilme gibi imkanlardan yararlanabilmektedir. Sosyal güvencesi olmayan ve işsiz kişilerin haklarıyla ilgili bilgilendirilmesinde sağlık çalışanları ve sosyal çalışmacılara önemli görevler düşmektedir.

Mevcut çalışmada klinik özellikler ile ilgili bulgulara bakıldığında, psikiyatri hastalarının hastalık başlangıç yaşı ortalama $31,86 \pm 11,65$ bulundu. Literatürde Psikiyatrik hastalıkların ergenlikte ya da erken yetişkinlikte belirti vermeye başladığı bildirilirken (Girolamove ark. 2011); Kessler ve ark. (2007)’ye göre duygudurum bozuklukları için hastalık başlangıç yaş aralığının 25-45 arası; şizofreni için ise 15-35

yaş arasında olabileceği bildirilmiştir. Tanı gruplarına göre bakıldığında depresyon hastalarının hastalık başlangıç yaşlarının şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına oranla daha yüksek olduğu saptandı. Depresif bozuklukların orta yaş hastalığı olduğu ifade edilmiştir (Çelik ve Hocaoglu 2016). Buna göre depresyon hastaların ortalama hastalık başlangıç yaşlarının daha yüksek olması çalışmanın hastalık başlangıç yaş ortalamasını yükseltmiş olabileceği düşünüldü. Bu çalışmada, hastaların ortalama hastalık süreleri, $11,68 \pm 9,29$ yıl, yatış sayıları ortalama $1,94 \pm 3,18$ en son hastaneye yatış zamanının $55,62 \pm 83,03$ ay önce olduğu bulundu. Tanı grupların göre, depresyon hastalarının yatış sayıları ve hastalık süreleri, şizofreni ve bipolar bozukluk hasta grubuna göre anlamlı derecede az olduğu ve taburculuk tarihlerinin daha yakın bir zamanda olduğu görüldü. Hastaların yatış sayılarının az olması taburculuk tarihinin yakın olmasının hastalık süresinin kısa olmasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü. Şizofreni hastalarının ise bipolarlara göre daha uzun süredir ayaktan takip edildiği görülmüştür. Bipolar bozukluğun duygudurum dalgalanmaları, depresyon ve mani atakları şeklinde yinelemeler ve remisyonlarla giden bir hastalık olduğu bilinmektedir. (Dick ve ark. 2003; Özcan ve Abay 2004; Çam ve Engin 2014). ABD’de yapılan bir çalışmada şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları 9-12 aylık periyotlarda takip edilmiş ve hastaların relaps oranları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya göre şizofreni hastalarının %21’inde relaps görülürken aynı süre içinde bipolar bozukluk hastalarının %61’inde relaps geliştiği belirlenmiştir (Nuechterlein ve ark 2006). Bu sebeple bipolar bozukluk hastalarının şizofreni hastalarına göre daha kısa aralıklarla hastaneye başvurması ve yatarak tedavi görmesi beklenen bir durum olabilir. Ayrıca psikiyatri hastalarının ortalama en son hastaneye yatış zamanlarının yaklaşık 55 ay, bipolar bozukluk hastaları için bu sürenin yaklaşık 60 ay, Şizofreni hastaları için ise yaklaşık 91 ay önce olması hastaların akut alevlenme dönemi yaşamadan, ya da bu döneme erken müdahale edilerek yatarak tedavi görmelerini gerektirmeyecek şekilde, takip edildiklerini ve bunda da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin (TRSM) rolünün olabileceği düşünüldü. Ülkemizde, 16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Sağlık Bakanlığına ait yataklı sağlık tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri’nin kurulmasına yönelik yönerge yayınlanmıştır. Bu yönerge ile yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları olan bireylere toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda

sürdürülebilmesi amacıyla TRSM'lerin açılması planlanmıştır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>). Mevcut, çalışmanın yürütüldüğü hastaneye bağlı beş adet TRSM'nin olması, psikiyatri hastalarının takip ve tedavilerinin sürdürülmesinde aktif rol alması, ve ev ziyaretleri ile hastaların acil durumlarına erken müdahale edilmesi, bu çalışmada, hastaların ayaktan takip edilme süresinin uzamasında rol oynamış olabileceği düşünüldü.

Mevcut çalışmada, hastalara kontrollere ne sıklıkla geldikleri sorulduğunda, hastaların %77,5'i doktorun çağırdığı kontrollere düzenli geldiğini ifade etti, tanı grupları arasında kontrollere gelme sıklığı arasında fark saptanmadı. Bu çalışmada hastaların büyük bir kısmının düzenli takip altında olduğu ve bunun da hastalığın klinik seyri ve relapsları önleme adına önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Hastaların %45,7'si hastalıkları ile ilgili bilgilerinin olmadığını ifade ederken, bu grubun çoğunluğunu şizofreni hastaları oluşturdu. Şizofrenin bireyde algıda ve bilişsel düşünce süreçlerinde bozulmayla seyreden bir hastalık olmasının hastanın hastalığı ile ilgili bilgi sahibi olmasını engellemiş olabileceği düşünüldü. Sağlık çalışanlarının hastalara psikiyatrik hastalıklar ve tedavi süreci ile ilgili eğitimler planlaması ve uygulaması hastaların klinik gidişatında olumlu bir faktör olabilir. Katılımcıların yaklaşık üçte biri psikiyatrik hastalıkları dışında kronik bir hastalığa (Diyabet, Hipertansiyon, Kardiyak Problemler vb.) sahip olduğunu ve bu oranın depresyon hastalarında en yüksek olduğu saptandı. Araştırmalara göre, psikiyatrik ve kronik hastalıklar arasında belirgin bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca kronik hastalıkların kişiyi etkileyerek psikiyatrik hastalık gelişimine sebep olabileceği ifade edilmiştir. Amerika'da herhangi bir yılda nüfusun yarısının en az bir kronik hastalık tanısı dörtte birinin ise psikiyatrik hastalıktanısı aldığı ifade edilmiştir (Rubin 2015). Özellikle kronik hastalık varlığı depresyon gelişimi için risk faktörüdür (<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/chronic-illness-mentalhealth/index.shtml>). Mevcut çalışmada, Hastaların tamamına yakın kısmı günde üç kez ve daha az ilaç içmektedir. Hastaların Günde 3 adet ya da daha az sayıda ilaç kullandığını söyleyen hasta sayısı ve 4-7 adet arasında ilaç kullandığını söyleyen hasta sayısı birbirine yakın sayılarda bulundu. Tanı grupları arasında bu verilerle ilgili fark saptanmadı. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde çoklu ilaç kullanımı yan etki şikayetlerini de beraberinde getirebilir. İki duygudurum düzenleyicisinin kombinasyonu, ya da tedaviye anipsikotik ajanların eklenmesi yan etki şikayetlerini

arttırabilir. Araştırmalara göre, duygudurum düzenleyicisi kullanan hastalarda %75'e varan oranlarda kullanılan ilaç çeşidine bağlı olarak yan etki şikayeti belirtilmiştir (<https://www.medscape.org/viewarticle/703934>). 876 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların %86,19'u kullandıkları tedavi kaynaklı en az bir yan etki tariflemiştir (DiBonaventura ve ark. 2012). Yılmaz ve Buzlu (2012)'nin antipsikotik kullanan 117 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların tamamının en az bir yan etki tariflediği ifade edilmiştir. Mevcut çalışmada hastaların %37,7'si yan etki problem yaşadığını, tanı gruplarında ise en çok şizofreni hastaları yan etki şikayeti yaşadığını ifade etti. Literatüre bakıldığında mevcut çalışmada yan etki tarifleyen hastaların oranı daha azdır ve en çok yan etki tarifleyen grubun şizofreni hastaları olması beklenen bir durum olabilir. 250 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların %83,6'sı önerilen tedaviye devam etmede yan etki sorununun en önemli faktör olduğunu ifade etmiştir (Achtys ve ark. 2012). Bu sebeple hastaların yan etki şikayetlerinin değerlendirilmesi, uygun girişimlerin planlanması, tedavi sürecinin olumlu gidişatı ve tedaviye uyumsuzluk problemlerinin yaşanmaması için önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Mevcut çalışmada hastalara "Tedavinizi ekonomik olarak sıkıntı yaşıyor musunuz?" sorusu yöneltilmiş, hastaların %78,8'i bu soruya "Hayır" yanıtı vermiştir. Finansal kaynakların yetersizliği ya da önerilen tedavinin maliyeti hastaların tedaviye ulaşımını engelleyen ve tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilen bir faktördür (Kalogianni 2011). Mevcut çalışmada, hastaların çoğunluğunun sigortasının mevcut olması, ilaç raporu vb. düzenlemelerle ilaçlarını alabiliyor olmaları ekonomik sebeplerin tedaviye ulaşımında sıkıntı yaratmamasını açıklayabilir. Bu çalışmada hastalara tıbbi tedavinin yanı sıra tıbbi olmayan/alternatif yöntemler kullanıp kullanmadıkları sorulmuş hastaların sadece %8,6'sı alternatif yöntemleri olduğunu ifade etmiştir. Bu tarz yöntemlerin kullanımı ya da kişinin hastalığının tedavisinde alternatif yöntemlere tıbbi yöntemlerden daha fazla güvenmesi tedavi uyumsuzluğu için bir risk faktörü olabileceği düşünüldü.

Araştırmada, hastalara hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili düşüncelerini değerlendirmek amacıyla sorular soruldu. Hastaların büyük bir kısmının hastalıklarını ve tedavi sürecini kabullendiklerini, ifade ettikleri görülmüştür. Hastalık grupları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Ayrıca depresyon hastalarının %51,1'i hastalıklarının nedeni olarak hayatlarındaki sıkıntıları ve yaşam olaylarını sebep göstermişlerdir. Literatürde de çocukluk ya da yetişkinlik çağında yaşanan zorlu ve stresli yaşam olaylarının diğer faktörlerle birleşerek bireyde depresyon gelişimine sebep

olabileceği ifade edilmiştir (Kessler 1997; Saveanu ve Nemeroff 2012; Öztürk ve Uluşahin 2015 p. 284; Townsend 2016 p.380)

Son olarak mevcut çalışmada hastaların yaşam ortamlarını, çevrelerinin hastalıkları ve tedavilerine karşı tutumunu ve algıladıkları sosyal destek durumunu değerlendirmek üzere sorular soruldu. Buna göre; şizofreni hastalarının çoğunluğu anne-baba ile yaşarken, depresyon hastalarının büyük bir kısmının eş ve çocukları ile yaşadığı belirlendi. ABD ve Çin’de yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının %40-%60 arasında değişen oranlarda aileleri ile yaşadığı görülmüştür. Ülkemizde de bu oranın yüksek olduğu bildirilmiştir (Dixon 1999; Doğan ve ark. 2002; Marshall ve Solomon 2004; Chien ve Wong 2007; Eryıldız 2008; Kim ve Salyers 2008; Bovenkamp ve Trappenburg 2010; Gülseren ve ark. 2010). Kayahan ve ark. (2003)’e göre, evlilik sorunlarının depresyon gelişimiyle ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. Elbozan ve ark. (2003)’ün çalışmasında da depresyon tanısı almış bireylerin çoğunluğunun evli olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, depresyon hastalarının daha çok eşi ve çocuklarıyla yaşadığını bildirmesi bu grupta evlilik oranlarının bipolar ve şizofreni hastalarına göre daha fazla olması ile uyumludur. Ayrıca mevcut çalışmada, hastalara çevrelerinin tutumlarını değerlendirmek üzere ‘‘Psikiyatrik hastalığınıza ve ilaç tedavinize çevrenizin tutumu nasıl?’’ sorusu sorulmuş, hastaların %88,7’si çevrelerinin hastalıklarına inandığını destekleyici davrandıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların büyük çoğunluğunun, aile üyelerinden başka destek kaynağı bildirmemiş olduğu ve hastaların algıladıkları sosyal desteği değerlendirmek üzere Görsel Analog Cetveli (VAS)’dan aldıkları ortalama puanın 10 üzerinden $8,23 \pm 2,58$ olduğu bulundu. Bu sonuçlar birbiri ile uyum göstermektedir. Psikiyatri hastalarının hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili olumsuz tutum geliştirilmesi, dışlanmalarına, yaşam kalitelerinin bozulmasına ve hastada içselleştirilmiş damgalamanın gelişimine sebep olabilir. Bu da hastanın tedavi süreçlerine uyumunu bozabilir (Avcil ve ark. 2016). Ayrıca toplumda en çok ayrımcılığa ve damgalamaya maruz kalan kesimin ruhsal hastalığa sahip olan bireyler olduğu ifade edilmiştir (Çam ve Çuhadar 2011).

5.2. Psikiyatri Hastalarının Algıladıkları Duygu Dışavurum Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada, hastaların algıladığı duygu dışavurum düzeyini değerlendirmek üzere Duygu Dışavurumu Ölçeği’nin toplam puanları ve alt

boyutlarından aldıkları puanlar incelenmiştir. Buna göre, psikiyatri hastalarının ölçek toplam puanı $43,98 \pm 9,27$ olup, ölçekten alınabilecek en düşük değer 0, en yüksek değer ise 60 olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça algılanan duygu dışavurum düzeyi artmaktadır. Buna göre çalışmaya katılan psikiyatri hastalarının anahtar yakınından algıladığı duygu dışavurum düzeyinin yükseğe yakın olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar ise Hastalığa Karşı Tutum ($11,78 \pm 2,26$), Hoşgörü-Beklenti ($11,68 \pm 2,89$), Duygusal Tepki ($11,29 \pm 3,33$), Müdahalecilik ($9,20 \pm 2,90$) olmak üzere en yüksek puanı Hastalığa Karşı Tutum, en düşük puanı ise Müdahalecilik alt ölçeğinden aldıkları görüldü. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük değer 0 en yüksek değer 15 puan olduğu göz önüne alındığında, hastaların DDÖ tüm alt ölçeklerinden aldıkları puanların da yükseğe yakın olduğu söylenebilir. Hastalığa karşı tutum alt ölçeği, anahtar yakının hastanın gerçekten hasta olduğuna inanmaması bu konuda şüpheleri olması, bundan dolayı hastayı sorumlu tutması ve suçlamasına yönelik hastanın algısını; Hoşgörü/Beklenti alt ölçeği anahtar yakının hastaya karşı tolerans eşliğine, ve hastadan beklentilerine dair hastanın algısını; Duygusal Tepki alt ölçeği, anahtar yakının öfkeli, kırıncı yada ani tepkilerine yönelik hastanın algısını; Müdahalecilik alt ölçeği ise, hasta yakının hastaya karşı tekrarlayıcı gereksiz müdahalelerine ve eleştirel davranışlarına yönelik hastanın algısını ölçmektedir.

Literatüre bakıldığında hastaların duygu dışavurum düzeylerini ölçmek üzere yurtdışı çalışmalarında farklı ölçeklerin kullanıldığı ve genellikle bu ölçeklerin ailelerin duygu dışavurumu düzeyini ölçmekte olduğu görüldü. Bu çalışmalara göre, aile işlevselleşimini gösteren duygu dışavurumun psikiyatrik hastalıkların özellikle de şizofreninin, klinik gidişatını etkilediği, ailenin yüksek duygu dışavurumunun relapsı yordadığı ve hastalığın klinik sonuçlarının kötü olmasına sebebiyet verdiği bildirilmektedir (Vaughn ve Leff 1976; Karno ve ark. 1987; Uehara ve ark. 1996; Hayhurst ve ark. 1997; Honig ve ark. 1997; Butzlaff ve Hooley 1998; Kim ve Miklowitz 2004; Marom ve ark. 2005).

Ülkemizde ise genellikle mevcut çalışmada da kullanılmış olan Duygu Dışavurum Ölçeği'nin hem hastaya hem de anahtar yakına uygulanan formları kullanılarak çalışmalar yürütülmüştür. Tüzer ve ark. (2003), Deniz ve ark. (1998)'e göre, yüksek DD düzeyi ve hastalık belirtileri arasında pozitif bir ilişki olduğu duygu dışavurumunun hastalık şiddetini etkileyen aile ortamının önemli bir göstergesi olduğu

ifade edilmiştir. Baştuğ ve Karancı (2015)'in çalışmasında ise hastanın algıladığı duygu dışavurumunun anahtar yakının duygu dışavurumuna oranla hastalık şiddeti üzerinde daha önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte Özütek (2005)'in çalışmasında hastalık şiddeti ve duygu dışavurumu arasında olumlu ya da olumsuz ilişki bildirilmemiştir. Kara (2014)'e göre de, yüksek duygu dışavurumu hastalığın gidişatını olumsuz etkilemektedir. Kocabıyık ve ark. (2005)'e göre ise düşük duygu dışavurumunun daha az relaps ve hastaneye yatış sayıları ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Ebrinç ve ark. (2001)'e göre ise yüksek duygu dışavurumunun olduğu ailelerde aile işlevleri (Rol ve davranış kontrolü, duygusal tepki verebilme, ilgi gösterme) daha fazla bozulmuştur. Nural (2002)'ye göre, aile içi etkileşimin bozulması duygu dışavurumunu arttırmaktadır. Çağlar (2018)'e göre ise hastanın algılanan duygu dışavurum düzeyinin yüksek olması içselleştirilmiş damgalamayı arttırabileceği ifade edilmiştir.

Hooley ve Hiller (2000)'e göre, şizofreni hastalarının yüksek duygu dışavurumu olan bakım vericilerinde bireysel yaşantılarında memnuniyet düzeylerinin, gelecek ile ilgili iyimser düşüncelerinin ve öz yeterlilik düzeylerinin azaldığı daha az empatik, sert ve sabırsız davrandığı ifade edilmiştir (Amaresha ve Venkatasubramanian 2012).

Mevcut çalışmada, hastaların algıladığı duygu dışavurum düzeyinin yüksek olması, aile içi etkileşimde ve aile işlevselliğindeki problemlerin göstergesi olabileceği düşünüldü. Hasta açısında bakıldığında, ailenin, hastanın bireyselliğine izin vermeyen müdahaleci ya da aşırı korumacı tutumu, eleştirel davranışları; Aile açısından bakıldığında ise psikiyatrik hastalığı olan bireye yıllardır bakım vermenin getirdiği yük, hastalık belirtileri sebebiyle hastayla iletişim kurmada yaşanan güçlükler, ailenin bu konuda bilgisiz olması, sosyal destek kaynaklarının yetersizliği gibi sebeplerle ailenin hasta ile sağlıklı iletişim kurmasını güçleştirmiş ve mevcut çalışmada hastalar yüksek düzeyde duygu ifadesi algılamış olmasına sebep olabileceği düşünüldü.

Mevcut çalışmada, şizofreni, bipolar bozukluk, ve depresyon hastalarının DDÖ toplam puanları, alt maddelerinden aldıkları puanlara göre karşılaştırmaları yapılmıştır. Buna göre, hastaların dalıcılık/müdahalecilik alt ölçek puanları tanı gruplarına göre farklılaşırken diğer alt ölçeklerde farklılık saptanmamıştır. Depresyon hastalarının dalıcılık/müdahalecilik puanları bipolar bozukluk hastalarını puanlarına oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. Literatürde depresyonun prognozunda hasta yakınlarının

eleştirel tutumlarının etkili olduğu ve depresyon hastalarının en çok dalıcılık/müdahalecilik alt ölçeğine hassas olduğu ifade edilmiştir (Leff ve Vaughn 1980; İlnem ve ark. 1998). Uehara ve ark. (1996)'nın çalışmasında depresyonda özellikle hasta yakınlarının eleştirel tutumlarına bağlı olarak klinik sonuçların kötü etkilenebileceği ifade edilmiştir. Literatürde bipolar ve şizofrenin hasta yakınının en çok hangi davranışlarından etkilendiğine dair bilgi verilmemiştir. Mevcut çalışmada depresyon hastalarının dalıcılık/müdahalecilik alt ölçek puanlarının yüksek çıkması literatürle uyumlu bir sonuç olduğu düşünüldü.

5.3. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada, hastaların genel özyeterlilik düzeyleri, Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖÖ) toplam puanları ve alt ölçekleri olan Başlama, Yılmama ve Sürdürme Çabası'ndan aldıkları puanlara göre değerlendirilmiştir. Buna göre psikiyatri hastalarının GÖÖ toplam puanlarının $51,2 \pm 8,75$ olduğu, Başlama puanlarının $24,11 \pm 8,00$, Yılmama puanlarının $15,90 \pm 2,89$, Sürdürme Çabası puanlarının $11,19 \pm 2,72$ olduğu saptandı. Başlama alt ölçeği bireyin güçlükler karşısında bir işe başlamak için öz yeterliliğinin ne düzeyde olduğunu, Yılmama alt ölçeği, kişinin yeteneklerine olan güveninin ve başarısızlığa karşı mücadele gücü özyeterliliğini, Sürdürme Çabası alt ölçeği ise bireyin başladığı işi sürdürmek konusundaki özyeterliliğini ölçmektedir. GÖÖ'den alınabilecek maksimum puanın 85 olduğu düşünüldüğünde mevcut çalışmadaki hastaların genel özyeterlilik düzeylerinin orta olduğu, buna göre de hastaların güçlüklerle karşın bir amaç doğrultusunda eyleme geçme, mücadele edebilme ve amaca ulaşana kadar eylemi sürdürebilme inançlarının orta düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Literatürde psikiyatri hastaları ve Özyeterlilik kavramı ile ilgili kısıtlı çalışmalara ulaşıldı. Özyeterliliğin ruhsal hastalıkların iyileşmesinde iyilik halinin sürdürülmesinde, bireyin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemesinde ve topluma yeniden katılımının teşvikinde önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Mancini 2007; Schmutte ve ark. 2009). Schmidt ve ark. (2014)'ün psikoza yatkın olan ve ilk atak psikoza olan hastalarla yaptığı çalışmasında, psikoz riski taşıyan hastaların %81'inde ve ilk atak psikoza olan hastaların %64'ünde öz yeterliliklerinde problem olduğu saptanmıştır. Düşük özyeterliliğin ve uygun baş etme kaynaklarının olmayışının bireyde psikoz gelişiminde

bir risk faktörü olabileceği ifade edilmiştir. 2858 Depresyon hastasıyla yapılan bir çalışmada, yüksek özyeterlilik düzeyinin hastalığın semptom sıklığının ve şiddetinin daha az olmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Maciejewski ve ark. 2000). Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada ise hastaların yüksek özyeterlilik düzeyinin klinik ve demografik faktörler dışında ruhsal ve fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu ciddi ruhsal ve eşlik eden komorbid hastalıkların tedavisinde bireylerin özyeterlilik düzeylerinin dikkate alınmasının ve geliştirilmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir (Abraham ve ark. 2014). Berget ve ark. (2008)'e göre psikiyatri hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin geliştirilmesinin hastaların başatma yeteneklerinin de gelişmesine katkı sağlayacağı bildirilmiştir.

Ülkemizdeki çalışmalara bakıldığında Albal ve Kutlu (2010)'un Depresyonla Baş Etme Öz-Yeterlilik Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmaya göre, 105 depresyon hastasının hastalıkla baş etme öz yeterliliklerinin düşük olduğu algılanan sosyal destek düzeyi ve öz yeterliliğin hastalıkla baş etmede önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Üstün ve ark. (2018)'in Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin 23 maddelik formunu kullanarak kullanarak şizofreni hastaları ile yürüttükleri çalışmada rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan hastaların özyeterlilik düzeylerini değerlendirmişlerdir. Rehabilitasyon programlarına katılan hastaların öz yeterlilik ölçek puan ortalaması 61.28 ± 12.09 , katılmayanların ise 62.82 ± 11.16 olarak bulunduğu ifade edilmiştir. Rehabilitasyon programlarına katılıp katılmamanın bireyin özyeterlilik düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir.

Mevcut, çalışmada hastaların GÖÖ toplam puanları ve alt ölçekten alınan puanların tanı gruplarına göre farklılık göstermediği saptandı. Literatürde Şizofreni, Bipolar Bozukluk ve Depresyon hastalarının özyeterlilik düzeyleri arasındaki farka ya da benzerliğe işaret eden çalışmalara ulaşılamadı. Bu çalışmada bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasında, topluma yeniden katılımının sağlanmasında ve iyileşmelerinde önemli rolü olan özyeterliliğin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı. Psikiyatri hastalarının öz yeterlilik düzeylerini değerlendirmek üzere daha geniş örneklem grubunda ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

5.4. Psikiyatri Hastalarının Tedavi Uyum Düzeylerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Mevcut çalışmada, hastaların tedavi uyum oranlarına bakıldığında, psikiyatri hastalarının %53'ünün tedavi uyumu yüksek, %43'ünün orta, %4'ünün ise düşük olduğu saptandı. Tanılara göre tedavi uyum oranları ise bipolar bozukluk hastalarının %58,8'inin, şizofreni tanılı hastaların %50,9'unun, depresyon tanılı hastaların ise %48,9'unun, tedavi uyumlarının yüksek düzeyde olduğu görüldü. Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde tedavi uyumunun sürdürülmesi önemli ve aynı zamanda zorlu bir süreçtir. Literatürde depresif hastaların tedavi başlangıcından itibaren üç ay içerisinde reçetelenen ilaç dozlarının yarısını almayı bıraktıkları, şizofreni hastalarının %50-60, bipolar bozukluk hastalarının ise %35 oranında ilaç uyumuna sahip olduğu bildirilmiştir (Osterberg ve Blaschke 2005; Semahegn ve ark. 2018). Cramer ve Rosenheck (1998)'e göre, antipsikotik tedavi alan hastaların %58 (%24-%90), antidepresan tedavi alan hastaların ise %65 (%40-%90) oranında tedaviye uyum gösterdikleri ve genel olarak psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların fiziksel rahatsızlığı olan hastalara göre tedaviye daha uyumsuz olduklarını ifade etmişlerdir. Şizofreni hastalarının tedavi uyumlarının değerlendirildiği yurtdışı çalışmalarında şizofreni hastalarının %10-52,6 arasında değişen oranlarda tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri belirlenmiştir (Morken ve ark. 2008; Novick ve ark. 2010; Ngui ve ark. 2015; Hui ve ark. 2016). Bipolar bozukluk hastalarının tedaviye uyumsuzluk oranlarının araştırıldığı yurtdışı çalışmalarında %17,9-63 arasında farklı uyumsuzluk oranlarına ulaşıldığı belirlendi (Sajatovic ve ark. 2006; Baldessarini ve ark. 2008; Sajatovic ve ark. 2011; Berger ve ark. 2012). Depresyon hastalarının tedaviye uyum oranlarının ise %42-56,1 arasında değiştiği görülmüştür (Lın ve ark. 1995; Akıncıgil ve ark. 2007; Sawada ve ark. 2009; Tamburrino ve ark. 2009). Bu çalışmada bipolar bozukluk hastalarında tedavi uyumu düşük olanların oranı %3,9, şizofreni tanılı hastalarda %3,8, depresyon tanılı hastalarda ise %4,3 olarak bulundu. Morisky tedaviye uyum ölçeğinin puanlanmasında kişi, tedaviyi unutmama, ilaç almayı hatırlamada sorun yaşama, tedavisini doktora danışmadan kesme sorularının tümüne evet yanıtını verirse tedavi uyumu düşük olarak değerlendirilmektedir. Bu alanların bir veya ikisinde sorun yaşayanlar ise tedavi uyumları orta olarak değerlendiriliyor. Bu kapsamda orta ve düşük düzeyde olan kişilerin tedaviye uyumda sorun yaşadığı görülmektedir. Bu oran birlikte ele alındığında psikiyatri hastalarında tedaviye uyumsuzluk oranları literatürle benzerlik

göstermektedir. Ülkemizde psikiyatri hastalarının tedavi uyum düzeylerini araştıran çalışmalara bakıldığında Demirkol ve ark (2015)'nin çalışmasında majör depresyon tanılı hastaların %52.5, bipolar bozukluk tanılı hastaların %16.7, psikotik bozukluk tanılı hastaların ise %34 oranında tedaviye uyumsuz olduğu ifade edilmiştir. Antipsikotik kullanan hastaların ilaç uyumlarına bakıldığı bir çalışmada, hastaların %47,9'unun tedaviye uyumlu olduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve Buzlu 2012). Başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının sadece %23'ünün tedaviye yüksek uyum gösterdiği ifade edilmiştir (Gültekin ve ark 2018). Sofuoğlu ve Turan (2000)'e göre ise yapılan çalışmalarda antipsikotik tedavi alan hastaların üçte birinin tedaviye uyumsuzluk gösterdiği bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalarda ise Bahar ve ark. (2015)'e göre, hastaların sadece %32,2'sinin ilaç uyumlarının yüksek olduğu ifade edilirken, başka bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının %73,5'nin tedaviye uyumlu olduğu bildirilmiştir. Aksoy ve Kelleci (2016)'ya göre ise hastaların %55,3'ü tedaviye uyumsuzluk gösterdiği ifade edilmiştir. Majör depresyon hastalarının ilaç uyum oranlarına bakıldığında ise Ervatan ve ark. (2003)'e göre, hastaların %73.2'sinin tedaviye uyumlu olduğu belirtilmiştir. Demirkol ve ark. (2015)'e göre ise hastaların sadece %16,9'u tedaviye uyumlu olarak belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada bipolar bozukluk, depresyon ve şizofreni hasta grubunda tedavi uyum düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Aylaz ve Kılınç (2017)'nin psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada tanı grubuna göre tedavi uyum düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürdediğer sonuçlar incelendiğinde ise tedavi uyumuyla ilgili yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Tedavi uyumunu değerlendirmek üzere birçok farklı yöntemin olduğu bilinmektedir. Bu da literatürde birbirinden farklı sonuçların çıkmasına sebep olmuş olabilir. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin farklı olması da tedavi uyum düzeylerini etkileyebilir. Bu konu diğer bölümde ayrıca tartışılacaktır.

5.5. Psikiyatri Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Etkisinin Tartışılması

Mevcut çalışmada, hastaların sosyodemografik özelliklerinin tedavi uyumuna etkisine bakıldığında yaş faktörü dikkat çekmektedir. Tedavi uyumu yüksek olan grupta yaş ortalaması anlamlı olarak daha düşük bulundu. Literatüre bakıldığında yaşın tedavi uyumuna etkisine dair farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Mevcut çalışma sonuçları ile

uyumlu olarak yaş ortalaması arttıkça hastaların tedavi uyum oranlarının düştüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Mccann ve ark. 2008; Eticha ve ark. 2015). Bununla birlikte Hui ve ark (2006), Mullins ve ark. (2008), Novick ve ark. (2010), Sweileh ve ark. (2012), Leclerc ve ark. (2013)'e göre ise, genç yaşın tedavi uyumsuzluğu için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Lin ve ark. (1995)'nin yaptığı bir çalışmada ise tedavi uyumu ve yaş arasında ilişki bulunmamıştır. Ülkemizde Ervatan ve ark. (2003), Yılmaz (2004) ile Demirkol ve ark (2015)'in yaptığı çalışmalarda da yaşın tedavi uyumunu etkilemediği ifade edilmiştir.

Mevcut çalışmada, diğer sosyodemografik faktörler olan cinsiyet, medeni hal, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir seviyesi ve sosyal güvenceye göre tedavi uyum oranları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Literatüre bakıldığında, sosyodemografik özelliklerin, tedavi uyumuna etkisi ile ilgili farklı sonuçların olduğu görülmüştür. Jonsdottir ve arkadaşlarının şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada, cinsiyet, eğitim, medeni hal gibi faktörlerin tedavi uyumunu etkilemediği bildirilmiştir (Jonsdottir ve ark. 2013). Demirkol ve ark.'nın psikiyatri hastaları ile yürüttüğü çalışmada da sosyodemografik özelliklerin tedavi uyumunu etkilemediği bildirilmiştir (Demirkol ve ark 2015). Cinsiyetin tedavi uyumuna etkisinin incelendiği bazı çalışmalarda cinsiyetin tedavi uyumunu etkilemediği bildirilmiştir (Lin ve ark 1995; Hui ve ark 2006; Sajotovic 2006; Sweileh ve ark. 2012). Bu sonuçlar mevcut çalışma ile uyum göstermektedir. Bununla birlikte Ervatan ve ark.(2003)'e göre depresyon hastalarında kadınların tedaviye uyum oranlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ngui ve ark.(2015)'e göre, antipsikotik kullanan hastalarda kadın cinsiyetin ve evli olmanın tedavi uyumunu arttıran faktörler arasında olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan başka bir çalışmaya göre de erkek cinsiyet tedavi uyumsuzluğu için risk faktörüdür (Leclerc ve ark. 2013). Sajotovic ve ark. (2006)'nın yaptığı bir çalışmada, medeni durumun tedavi uyum düzeylerini etkilemediği bildirilmiştir. Lin ve ark.(1995)'nin antidepresan tedaviye uyum düzeylerini araştırmak üzere yaptıkları bir çalışmada göre eğitim seviyesinin tedavi uyum oranlarını etkilemediği saptanmıştır. Leclerc ve ark. (2013)'nin bir çalışmasına göre ise düşük eğitim seviyesine sahip olmak tedavi uyumsuzluğu için risk faktörüdür. Başka bir çalışmada ise çalışan psikiyatri hastalarının çalışmayan psikiyatri hastalarına göre daha fazla tedaviye uyumsuzluk gösterdiği bildirilmiştir (Adewuya ve ark. 2009). Mevcut çalışmada, gelir düzeyinin tedavi uyumunu etkilemediği saptandı. Mojtabal ve Olfson

(2003) ve Kalogianni (2011)'e göre, maliyetin tedavi uyumsuzluğuna sebep olan bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Gelir düzeyi bireyin sağlık hizmetleri ve tedavi olanaklarından yararlanmasıyla ilişkili olabilir. Ancak mevcut çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (ortalama %83'ünün) sosyal gúvencesinin olması tedaviye ulaşım açısından engeli ortadan kaldırmış olabileceği dűřünüldü.

Mevcut çalışmada, hastalık başlangıç yaşı, hastalık sűresi, toplam psikiyatrik yatış sayıları, en son yatış zamanı gibi hastalık sűreci ile ilgili faktörlerin tedavi uyum düzeylerini etkilemediği saptandı. Literatürde hastalık başlangıç yaşı, toplam yatış sayısı, hastalık sűresi gibi faktörlerin tedavi uyumuyla ilişkisi ile ilgili farklı sonuçlara ulaşıldı. Hui ve ark (2006) ve Aykut (2017)'e göre, hastalarda hastalık sűresinin kısa olması tedavi uyumsuzluğu için risk faktörü iken; Sweileh ve ark. (2012) ve Yen ve ark. (2005)'e göre hastalık sűresi tedavi uyum düzeyini etkilememektedir. Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastalığın erken başlangıçlı olmasının, atak sayılarının fazla olmasının tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Leclerc ve ark. 2013). Yang ve ark. (2012)'ye göre de hastaneye yatış sıklığı ve tedavi uyumu arasında ilişki olmazken, tedaviye uyumlu grupta hastalık başlangıç yaşı daha yüksek, doğal olarak da hastalık sűresi daha kısa bulunmuştur. Fakat bu faktörlerin istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği bildirilmiştir. Bařka bir çalışmada da hastane yatış sayıları ve tedavi uyum oranları arasında anlamlı ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Margetic ve ark. 2011).

Mevcut çalışmada, hastaların doktor kontrollerine gelme durumunun ve hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin tedavi uyumunu etkilemediği görüldü. Psikiyatri hastalarına ve ailelerine hastalık ve tedavi sűreleri ile ilgili eğitim verilmesinin bu hastalarda uyumu iyileştirebileceği ifade edilmiştir (McDonald ve ark. 2002). Bu çalışmada hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumuna veya kontrollere gitme durumuna göre tedavi uyumu arasında fark olmaması uzun yıllardır hasta olan bu bireylerde hastalık ve tedavi sűreci hakkındaki bilgilerin deneyim yoluyla öğrenilmesine bağlı olabilir.

Mevcut çalışmada kullanılan farklı ilaç sayısı ve günlük ilaç kullanım sıklığı gibi özellikler ile tedavi uyum oranları arasında fark bulunmadı. Çalışmanın bulgularıyla benzer olarak eş zamanlı farklı ilaç kullanımı ve tedavi uyumu arasında ilişki saptanmayan çalışmalar bulunmaktadır (Mullins ve ark. 2008; Sweileh ve ark. 2012;

Yang ve ark. 2012). Ancak bu çalışmalar şizofreni hastaları ve antipsikotik kullanan hastalarla yürütülmüştür. Serna ve ark'nın antidepresan kullanan hastalarda yaptıkları çalışmada ise çoklu ilaç kullanımının hastalarda ilaç uyumunu arttıran bir faktör olduğu bildirilmiştir (Serna ve ark 2010). Mevcut çalışmada psikiyatrik hastalık dışı kronik hastalık varlığının hastaların tedavi uyum düzeylerini etkilemediği belirlendi. Aylaz ve Kılınç (2017)'nin çalışmasında da tedavi uyumu ve psikiyatrik hastalık dışı kronik hastalık varlığı arasında ilişki bulunmazken, Demirkol ve ark. (2015)'in çalışmasında depresyon ve bipolar bozukluğu olan hastalarda tıbbi hastalık varlığının tedavi uyumsuzluğuna neden olan bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca kronik hastalık varlığının şizofreni hastaları için, tedavi uyumunu arttıran bir faktör olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Sweileh ve ark.(2012).

Bu çalışmada yan etki yaşama durumunun tedavi uyumuna etkisi incelendiğinde tedavi uyumu yüksek grubun yan etki şikayeti tarifleme oranı daha düşük iken tedavi uyumu orta-düşük grubun yan etki şikayeti tarifleme oranının daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgu literatürle uyumludur. Özellikle şizofreni tedavisinde farklı etkilere sahip birçok ilacın aynı anda kullanılması yan etki probleminin daha sık görülmesine yol açabilir (Çobanoğlu ve ark. 2003). Literatüre bakıldığında ise, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların yan etkilerin caydırıcı etkisi, yan etki oluşacağı korkusu sebebiyle tedaviye uyumsuzluk gösterdikleri bildirilmiştir (Mccann ve ark. 2008; Leclerc ve ark. 2013). Çalışmalarda yan etkinin hastaların tedaviye uyumsuzluk göstermesinde önemli faktörlerden biri olduğu ifade edilmiştir (Achtyses ve ark. 2012; Chaudhary ve ark. 2017). Mevcut çalışmada, tedavi uyumları oranları ve hastaların hastalıklarının tedavileri için kullandıkları ilaçlar dışında alternatif yöntemleri kullanıp kullanmamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Bu da alternatif yöntem kullandığını ifade eden az sayıdaki hastanın bu yöntemlere tıbbi yöntemlerden daha fazla güvenmediğinin gösteregesi olabilir.

Hastaların hastalık ve tedavi süreçleri ile ilgili düşüncelerinin tedavi uyumuna etkisine bakıldığında hastalığını ve tedavi sürecini kabul ettiğini söyleyen grubun tedavi uyumu daha yüksek bulundu. Literatürde tedavi ile ilgili olumlu düşünceleri olan ve tedavinin gerekliliğine inanan hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Horne ve Weinman 1998; Aikens ve ark. 2005). Mevcut çalışmadaki bulgu literatürle uyumludur.

Son olarak hastaların sosyal destek özelliklerinin tedavi uyum düzeylerine etkisine bakıldığında ise hastaların algıladığı sosyal destek düzeyi ve tedavi uyumu arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Hastaların çevrelerinden algıladığı sosyal desteği Görsel Analog Testi üzerinde 0'dan 10'a kadar puanlamaları istenerek değerlendirildiğinde sosyal destek puan ortalaması $8,23 \pm 2,58$ olarak bulundu. Buna göre hastaların algıladığı sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğu düşünülebilir. Ayrıca yakın çevresindeki kişilerin tutumunu değerlendirmek üzere de hastaya seçmeli sorular soruldu. Hastaların %88,7'si çevrelerinin olumlu tutum gösterdiğini düşünmektedir. Literatürde hastaların algıladıkları sosyal desteğin yetersiz olması tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilen bir faktör olarak görülmesine karşın yaşam ortamının tedavi uyum düzeylerini etkilemediği ifade edilmiştir (Mccann ve ark. 2008; Adewuya ve ark. 2009). Ülkemizde Aylaz ve Kılınç (2017)'nin psikiyatrik hastalarla sosyal destek durumu ve tedavi uyumu ilişkisini inceleyen çalışmalarında sosyal destek düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu ve tek başına yaşayan bireylerin tedaviye daha uyumsuz olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada bulunan sonuçlar literatürle uyum göstermemekte; sosyal destek özelliklerinin tedavi uyumunu etkilemediği görüldü. Bu sonucun hastaların büyük çoğunluğunun hastalıklarını ve tedavi süreçlerini kabul etmiş olmasına ve, kendi tedavi süreçlerinde daha fazla sorumluluk almalarına bağlı olabileceği düşünüldü.

5.6. Psikiyatri Hastalarının Algıladıkları Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Tedavi Uyumuna Etkisinin Tartışılması

Mevcut çalışmada, Morisky tedavi uyum ölçeğinden alınan puanlara göre tedavi uyum düzeyleri belirlenmiştir. Morisky tedavi uyum ölçeğinde tedavi uyumu "düşük" olduğu saptanan grubun kişi sayısı az olduğu için tedavi uyumu "orta" ve "düşük" olan gruplar birleştirilerek DDÖ puanları ile karşılaştırma yapılmıştır. Bu sonuçlara göre, hastaların duygusal tepki alt ölçeği, hastalığa karşı tutum alt ölçeği ve DDÖ'den aldıkları toplam puanların tedavi uyumu yüksek olan grupta, anlamlı olarak daha yüksek olduğu; bir başka deyişle tedavi uyumu yüksek olan grupta daha fazla duygu dışavurumu algılandığı yine duygu dışavurumun alt boyutu olarak çevrelerinden daha fazla olumsuz duygusal tepkiler ve hastalığa karşı olumsuz tepkiler algılandığı saptandı. Ayrıca hastalık tanılarına göre aileden algılanan duygudışavurum düzeyi arasında fark olmadığı bulundu.

Psikiyatri hastalarının ailevi ilişkilerinin hastalığın tedavisinde ve klinik gidişatında anahtar rol oynadığı bildirilmiştir (Beach ve ark. 2006; Miklowitz 2007; Miklowitz ve Johnson 2009; Gaudiano ve ark. 2011; Glick ve ark. 2011; Scott ve ark. 2012). Bununla birlikte, yapılan incelemerde hasta ve ailesi arasındaki duygusal atmosferi yansıtan hastanın algıladığı duygu dışavurumu ve tedavi uyumu ilişkisi ile ilgili kısıtlı çalışmalara ulaşıldı. Epilepsi hastalığı olan çocukların annelerinin duygu dışavurumunun (DD) çocuklardaki tedavi uyumuna etkisinin incelendiği bir çalışmada, tedavi uyumunun iyi olduğu grupta, annelerin çocuklarına karşı daha az düşmanlık ve eleştirel tutum sergilediği görülmüştür (Otero ve Hodes 2000). Psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalara bakıldığında, Scott ve ark. (2012)'nin çalışmasında hastaların tedavi uyumları ve ailelerinden algıladıkları eleştirelilik düzeyi arasında ilişki olduğu saptanmış; hastaların ailelerinden algıladığı eleştirelilik düzeyinin hastalığın gidişatını etkilediği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise DD düzeyi yüksek ailelerle yaşayan hastaların daha sık tedaviye uyum problemleri yaşadığı ve tedaviye direnç gösterdiği ifade edilmiştir (Tompson ve ark. 2000). Glick ve ark. (2011)'in çalışmasında ise doğrudan duygu dışavurumu kavramı incelenmemiş olsa bile destekleyici ailelerle yaşayan hastaların tedavilerine devam etmek konusunda daha başarılı oldukları vurgulanmıştır. Sellwood ve ark. (2003)'ün çalışmasında ise DD kavramının tedavi uyumuyla ilişkili bir kavram olduğu görüşü desteklenerek, algılanan DD düzeyinin yüksek olmasının tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilecek bir faktör olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda bu etkinin iki yönlü olması üzerinde durulmuş ve hastanın tedaviye uyumsuz olmasının da bakım vericide DD düzeyinin artmasına sebep olabileceği vurgulanmıştır. Ülkemizde, bakım vericilerin duygu dışavurumunu etkileyen etmenleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmada hastanın tedaviye uyumlu ya da uyumsuz olmasının bakım vericinin duygu dışavurum düzeyini etkilemediği bildirilmiştir (Arslantaş ve Adana 2012). Bertrando ve ark. (1992)'ye göre ise, hastaların tedavi uyumları yüksek ya da düşük duygu dışavurum düzeyinden etkilenmemektedir.

Mevcut çalışmada ise DDÖ, hastalığa karşı tutum ve duygusal tepki alt ölçeğinden yüksek puan alan hastaların tedavi uyum oranlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmada hastaların ailelerinden suçlayıcı eleştirel olumsuz duygusal tepkiler algılama düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşın hastaların tedavi uyumlarının

bunlardan etkilenmediği ya da tam tersi bir tepki olarak hastaların tedavileri konusunda daha dikkatli olmalarına yol açmış olabileceği düşünüldü. Ayrıca bu çalışmada hastaların yaklaşık %78'i hastalığını kabul ettiğini, tedavi olmak istediğini, kontrollerine düzenli geldiğini beyan etmiştir. Bu sonuçlara göre, hastalar tanı grubu farketmeksizin algılanan DD düzeyinden bağımsız olarak hastalık ve tedavi süreçlerinde tedavilerini devam ettirme konusunda daha fazla sorumluluk alıyor olabilir. Diğer bir bakış açısıyla hastaların ailerinden algıladıkları negatif tutumlar hastalarda bu davranışı geliştirmiş olabilir. Fakat mevcut çalışmada sadece hastaların algıladıkları DD düzeyi değerlendirilirken hasta yakınlarının DD düzeyine DD'yi etkileyen etmenlere bakılmamış olması sonuçların yorumlanmasını güçleştirmiştir. Duygu dışavurum düzeyi ve tedavi uyumu arasındaki nedensellik ilişkinin incelenebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.7. Psikiyatri Hastalarının Genel Özyeterlilik Düzeylerinin Tedavi Uyumuna Etkisinin Tartışılması

Mevcut çalışmada, Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puanları ve Başlama, Yılmama ve Sürdürme Çabası alt ölçeklerinden alınan puanlar tedavi uyumu yüksek ve tedavi uyumu orta-düşük düzey olan kişilere göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puanları, Yılmama ve Sürdürme Çabası Alt Ölçeği'nden alınan puanlar tedavi uyum düzeyine göre farklılık göstermezken, tedavi uyumu yüksek olan bireylerde Başlama Alt Ölçeği puan ortalamasının daha düşük olduğu saptandı. Başka bir deyişle kişilerin genel özyeterlilik düzeyleri, zorluklardan yılmama ve sürdürme çabaları gibi yeterliklerinin tedavi uyumunu etkilemediği bulunurken tedavi uyumu yüksek olan grubun zorlu şartlara rağmen bir işe başlayabilme yeterliklerinin daha düşük olduğu saptandı.

Literatürde psikiyatri hastalarının özyeterlilik düzeylerinin tedaviye uyumuna etkisini inceleyen çalışmalar yok denecek kadar azdır. Genellikle yapılan çalışmalar, kronik fiziksel hastalığı olan bireylerde özyeterlilik ve tedavi uyumu ilişkisi üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalara göre özyeterliliği yüksek olan Tip 2 Diyabet hastalarının daha yüksek tedavi uyum düzeylerine sahip olduğu (Sacco ve ark. 2005); hipertansiyon hastalarında ilaca bağlılık öz yeterlilik puanlarının tedavi uyumu yüksek grupta daha yüksek olduğu (Karadağ ve ark. 2012); diğer bir çalışmada diyetine uyum sağlayan hipertansiyon hastalarının ilaca bağlılık/özyeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu

(Vatansever 2011); bununla birlikte hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yapılan bir çalışmada ise, hastaların diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyma dereceleri ve özyeterlilik düzeyleri arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (Korkmaz 2016). Psikiyatri hastaları ile yapılan bir çalışmada ise hastalar özyeterlilik düzeylerini yükseltmeye yönelik bir eğitim programına alınmış ve hastaların tedaviye uyum düzeyleri ve tedavi sürecini yönetebilme özelliklerinin arttığı saptanmıştır (Shon ve Park 2002). Sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkili olduğu bilinen özyeterlilikle ilgili madde ve alkol kullanım bozukluğu olan psikiyatri hastalarıyla yapılan bir çalışmada yüksek özyeterlilik düzeylerinin daha az madde ve alkol kullanımı ve iyilik haliyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Warren ve ark. 2007).

Mevcut çalışmada ise hastaların genel özyeterlilik düzeyleri hastalığın gidişatı için önemli olan tedavi uyum düzeylerini etkilememiş gözükmektedir. Hastaların genel özyeterlilik toplam puanlarına bakıldığında $51,21 \pm 8,75$ olduğu görülmüştür. Bu puan GÖÖ'den alınabilecek maksimum puanın 85 olduğu düşünüldüğünde hastaların özyeterlilik düzeylerinin çok yüksek olmadığı söylenebilir. Bu çalışmadaki örneklem grubu için tedavi uyum düzeyleri genel özyeterlilik düzeylerinden etkilenmemiş olabilir. Örneklem sayısı genişletilerek özyeterliliğin tedavi uyumuna etkisine yönelik ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sonuç olarak;

Psikiyatri hastalarının duygu dışavurum düzeyleri ve genel özyeterliliklerinin tedavi uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada,

- ✓ Çalışmaya katılan 47 depresyon, 53 şizofreni, 51 bipolar bozukluk tanılı hastanın yaş ortalamasının $43,49 \pm 10,89$ olduğu ve en yüksek yaş ortalamasının depresyon tanılı grupta olduğu bulundu,
- ✓ Katılımcıların, %51,7'si kadın %48,3'ü erkek olarak saptandı. Depresyon tanılı hasta grubunda kadın cinsiyetin daha ağırlıklı olduğu görüldü,
- ✓ Katılımcıların,%53'ünün evli, %47'sinin bekar/dul olduğu saptandı. Depresyon tanılı hasta grubunun diğer gruplara oranla evlilik oranının yüksek olduğu saptandı,

- ✓ Katılımcıların, %50,3'ünün ilkökul mezunu olduğu ve tanı gruplarına göre eğitim seviyesinde fark olmadığı bulundu,
- ✓ Katılımcıların, %55,6'sının çalışmadığı ve tanı gruplarına göre bir fark olmadığı saptandı,
- ✓ Katılımcıların sadece %13,9'unun gelir seviyesini "Gelir Giderden Fazla" olarak tanımladığı %82,8'nin sosyal güvenceye sahip olduğu ve bu özellikler ile tanı grupları arasında fark olmadığı saptandı,
- ✓ Katılımcıların hastalık başlangıç yaşının $31,86 \pm 11,65$, hastalık süresinin $11,68 \pm 9,29$ yıl, yatış sayısının $1,94 \pm 3,18$, en son yatış zamanının $55,62 \pm 83,03$ ay önce olduğu; depresyon tanılı hastalarda hastalık başlangıç yaşının daha geç, hastalık süresinin daha kısa, yatış sayısının daha az, ve en son yatış zamanının daha yakın bir tarih olduğu bulundu,
- ✓ Katılımcıların %64,2'sinin psikiyatrik hastalık dışında hastalıklarının olmadığı; depresyon hastalarında psikiyatrik hastalık dışında bir hastalığı olma oranının daha yüksek olduğu görüldü,
- ✓ Katılımcıların %77,5'i düzenli kontrollere geldiğini ifade etti; bununla ilgili tanı gruplarına göre fark bulunmadı,
- ✓ Katılımcıların %45,7'si hastalık/tedavi süreçleri ile ilgili bilgileri olmadığını ifade etti; Hastalık/tedavi süreçleri ile ilgili bilgisi olmayan grupta en büyük oranın şizofreni hastalarına ait olduğu görüldü,
- ✓ Katılımcıların, %92,7'sinin günde 3 kez ve daha az, %41,7'sinin 4-7 adet ilaç kullandığı ve bu durumun tanı gruplarına göre farklılık göstermediği saptandı,
- ✓ Katılımcıların %37,7'sinin yan etki problemi yaşadığı, yan etki problemi yaşayan grupta şizofreni hastalarının oranının daha yüksek olduğu saptandı,
- ✓ Katılımcıların %78,8'inin tedaviyi karşılamada ekonomik sıkıntı yaşamadığı; %91,4'ünün hastalıklarının tedavisinde tıbbi

olmayan/alternatif yöntem kullanımlarının olmadığı ve bu özelliklere göre tanı grupları arasında fark olmadığı belirlendi,

- ✓ Katılımcıların, algıladıkları sosyal destek puanınının 10 üzerinden $8,23 \pm 2,58$ olduğu tanı gruplarına göre bu puanın farklılık göstermediği saptandı,
- ✓ Katılımcıların, %53,6'sının eş-çocuklar %33,8'inin anne-baba ile yaşadığı; tanı gruplarına göre ise depresyon hastalarının eş-çocuklar, şizofreni hastalarının ise anne-baba ile yaşayan grupta ağırlıklı olduğu görüldü,
- ✓ Katılımcıların, %88,7'si çevrelerinin hastalıklarının farkında ve destekleyici olduğunu düşündüğü, bunun tanı gruplarına göre farklılık göstermediği; %73,5'ine yakın aile üyelerinden başka destek olan kişi/kurum olmadığı saptandı,
- ✓ Hastaların %77,8'inin hastalıklarını ve tedavi süreçlerini kabul ettiği saptandı,
- ✓ Katılımcıların Duygu Dışavurum Ölçeği puan ortalamasının $43,98 \pm 9,27$, Duygusal Tepki alt ölçeği puanı, $11,29 \pm 3,33$, Hastalığa Karşı Tutum, $11,78 \pm 2,26$, Hoşgörü/Beklenti, $11,68 \pm 2,89$, Müdahalecilik, $9,20 \pm 2,90$ olduğu saptandı; DDÖ'den alınabilecek toplam puanın max. 60, alt ölçeklerden alınabilecek puanın ise max. 15 olması sebebiyle hastaların DDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının yüksek olduğu söylenebilir. Tanı gruplarına göre Depresyon hastalarının müdahalecilik alt ölçeği puanın Bipolar Bozukluk hastalarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü.
- ✓ Katılımcıların, Genel Özyeterlilik Ölçeği puan ortalamasının $51,21 \pm 8,75$, Başlama alt ölçeği puanının $24,11 \pm 8,00$, Yılmama alt ölçeği puanının $15,90 \pm 2,89$, Sürdürme Çabası alt ölçeği puanın $11,19 \pm 2,72$ olduğu saptandı; GÖÖ'den alınabilecek max. puanın 85 olduğu düşünüldüğünde hastaların Öz-yeterlilik düzeylerinin orta olduğu söylenebilir. Tanı gruplarına göre alınan puanların farklılık göstermediği görüldü,

- ✓ Katılımcıların %53'ünün tedavi uyumlarının yüksek, %43'ünün orta, %4'ünün düşük olduğu ve tedavi uyum oranlarının tanı grubuna göre farklılık göstermediği saptandı,
- ✓ Katılımcıların, demografik özelliklerinin tedavi uyumuna etkisi incelendiğinde sadece yaşın tedavi uyumunu etkilediği, tedavi uyumu yüksek grupta yaş ortalamasının düşük olduğu saptandı,
- ✓ Katılımcıların, klinik özelliklerinin tedavi uyumuna etkisine bakıldığında sadece yan etki yaşama durumunun tedavi uyumunu etkilediği tedavi uyumu yüksek grubun yan etki tarifleme oranının daha düşük olduğu saptandı,
- ✓ Katılımcıların sosyal destek düzeylerine ilişkin özelliklerinin tedavi uyum oranlarını etkilemediği saptandı,
- ✓ Katılımcıların, tedavi uyumlarının yüksek olduğu grupta hastalığını ve tedavi sürecini kabul ettiğini söyleyen hasta sayısının daha fazla olduğu görüldü,
- ✓ Katılımcıların, algıladığı duygu dışavurum düzeyinin tedavi uyumuna etkisine bakıldığında, tedavi uyumu yüksek grupta Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puanları ile Duygusal Tepki ve Hastalığa Karşı Tutum Alt Ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptandı,
- ✓ Katılımcıların, genel özyeterlilik düzeyinin tedavi uyumuna etkisine bakıldığında Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puanlarının ve Başlama Alt Ölçeği hariç diğer alt ölçek puanlarının tedavi uyum düzeylerine göre farklılık göstermediği, tedavi uyumu yüksek grupta Başlama Alt Ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptandı.

Öneri olarak;

- ✓ Psikiyatri hastalarının duygu dışavurum düzeyleri ve tedavi uyumuna etkisini inceleyen ileri çalışmaların yapılması,
- ✓ Psikiyatri hastalarının genel öz yeterlilik düzeyleri ve tedavi uyumuna etkisini inceleyen ileri çalışmaların yapılması,

- ✓ Psikiyatri hastalarının aile içi etkileşimlerinin değerlendirilmesi ve iyileştirici girişimlerin planlanması,
- ✓ Psikiyatri hastalarının yan etki şikayetlerinin tedavi uyum düzeylerini etkilemesi sebebiyle, yan etkinin değerlendirilmesi ve yan etki şikayetini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması,
- ✓ Psikiyatri hastalarının hastalığı ve tedaviyi kabullenme durumlarının tedavi uyumunu etkilemiş olması sebebiyle hastalarda hastalığın doğası ve gidişi hakkında eğitimlerin planlanması önerilebilir.



KAYNAKLAR

- About Bipolar Disorder*, ibpf.org/about-bipolar-disorder, Erişim:15.12.2018
- Abraham, KM., Miller, CJ., Birgenheir, DG., Lai, Z., Kilbourne, AM. (2014). Self-Efficacy and Quality of Life Among People With Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **202**(8):583-588, Erişim: 10.02.19, DOI: 10.1097/NMD.0000000000000165 ,
- Achtyes, E., Simmons, A., Skabeev, A., Levy, N., Jiang , Y., Marcy, P., Weiden, PJ. (2018). Patient preferences concerning the efficacy and side-effect profile of schizophrenia medications: a survey of patients living with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, **18**:292, Erişim:20.03.19, <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1856-y>
- Adewuya, AO., Owoeye,OA., Erinfolami, AR., Coker, A., Ogun, OC., Okewole, AO., ve ark. (2009). Prevalance and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *General Hospital Psychiatry*, **31**:167-174, Erişim:13.03.19, www.sciencedirect.com
- Aikens, JE., Nease, DE., Nau, DP., Klinkman, MS., Schwenk, TL. (2005). Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Annals of Family Medicine*, **3**(1):23-30
- Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Garip, B., Ak, M., Zincir, S. (2012). Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi* , **54**: 279-283
- Akdemir, D. (2002). Bipolar affektif bozukluğun nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* , **9**(2) 2002
- Akdeniz, F. Bipolar bozukluk. İçinde, Karamustafalıoğlu, KO., *Temel ve Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018, p. 288
- Akıncıgil, A., Bowblis, JR., Levin, C., Walkup, JT., Jan, S., Crystal, S. (2007). Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. *Medical Care*, **45**(4):363-369.Erişim: 09.03.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Aksoy, A., Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **29**:210-218, Erişim:13.04.19, DOI: 10.5350/DAJPN2016290302
- Albal, E., Kutlu, Y. (2010). The Relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, **1**(3):115-120
- Alonso, J., Angermeyer, MC., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, TS., Bryson, H., ve Ark. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **109** (420): 21–27
- Amaresha, AC., Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview, *Indian Journal of Psychological Medicine*, **34**(1):12-20
- Amuk, T., Varma, G., Oğuzhanoglu, NK., Ateşçi, F. (2004). şizofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **5**, 101-106
- Angermeyer, MC., Kühn, L., Goldstein, JM. (1990). Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, **16**(2):293-307, Erişim:21.11.18, <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin>
- Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *British Journal of Psychiatry*, **190**:189-192, Erişim:18.11.2018, doi:10.1192/bjp.bp.106.030957
- Arnold, LM. (2003). Gender differences in bipolar disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, **26**:595-620.
- Arslantaş, H., Adana, F., (2012). şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **13**:8-15
- Avcil, C., Bulut, H., Sayar, G., (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2**(2):175-202

- Ayano, G.,(2016). Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research*, **3**(2):1026, Erişim:30.10.2018, www.austinpublishinggroup.com,
- Aydın, E., Aydın, E., Balaban, ÖD., Yumrukçal, H., Erkıran, M. (2018). İlaç Tutumu Ölçeği-10'un Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **55**: 238-242
- Aykut, DS. (2017). Şizofreni hastalarında hastalık süresinin klinik özelliklere etkisi. *Klinik Psikiyatri*, **20**:301-307, Erişim:18.12.2018, DOI: 10.5505/kpd.2017.50479
- Aylaz, R., Kılınç, G., (2017). The relationship between treatment adherence and social support in psychiatric patients in the east of turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, **31**:157-163, Erişim:14.04.19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.008/>
- Bahar, G., Savaş H., Ünal A., Bahar A. (2015). İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Mood Disorder*, **5**(3), 95-103.
- Bahar, G., Savaş, HA., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H., Bahar, A. (2014). Morisky tedavi uyum ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **15**:141-149
- Balcıoğlu, İ. (1999). *Depresyonun Etyopatogenezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, Erişim:08.02.2019, www.ctf.edu.tr
- Baldessarini, RJ., Perry, R., Pike, J. (2008). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, **23**: 95–105 DOI: 10.1002/hup.908
- Bandura A. (Editör) . *Self -Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press; 1995
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, **28**(2),117-148
- Bandura, A. (1994) *Self Efficacy*, Erişim:10.01.2019, <https://www.uky.edu>

- Barrowclough, C., Hooley, JM. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, **23**:849-880 Erişim:26.12.2018, www.sciencedirect.com
- Baştuğ, G., Karancı, N. (2015). The impact of caregivers' expressed emotion and the patients' perception of expressed emotion on the positive and negative symptoms of patients with schizophrenia in a sample from Turkey. *The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, **28**:127-139, DOI: 10.5350/DAJPN2015280205
- Beach, SR., Wamboldt, MZ., Kaslow, NJ., Heyman, RE., Reiss, D. (2006). Describing relationship problems in Dsm-V: toward better guidance for research and clinical practice. *Journal of Family Psychology*, **20** (3):359-368, DOI: 10.1037/0893-3200.20.3.359
- Belli, H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, ÜK., Baykız, AF., Bayık, Y. (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**:102-112
- Berger, A., Edelsberg, J., Sanders, KN., Alvir, JM., Mychaskiw, MA., Oster, G.(2012). Medication adherence and utilization in patients with schizophrenia or bipolar disorder receiving aripiprazole, quetiapine, or ziprasidone at hospital discharge: A retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, **12**:99, <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-99> Erişim:09.03.2019
- Berget, B., Ekeberg, Q., Braastad, BO.,(2007). Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, **4**(9):2-7, Erişim:20.04.19, doi:10.1186/1745-0179-4-9/
- Bersun, OE. (1992). Şizofrenide aile faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

- Berksun, OE., Soykan, Ç., Soykan, A., Ünlüoğlu, G. (1993). Dışavurulan duygulanım ölçeği : Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, **8**(29):10-15
- Bertrando, P., Beltz, Z., Bressi, C., Clerici, M., Farma, T., Invernizzi, G., Cazzullo, CL.(1992). Expressed emotion and schizophrenia in Italy A study of an urban Population, *British Journal of Psychiatry*, **161**: 223-229
- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, FA., Özkınay, F., Onay, H., OS, JV.(2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **23**:1-12
- Binbay, T., Ulaş, H., Alptekin, K. (2010). Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye'den katkı yapmak: Nasıl ve Neden?. *Klinik Psikiyatri*, **13**:9-15
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, A. (2010). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi; Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**:1-14
- Boothby, MRT., Salmon, P.(2013), Öz Yeterlilik ve Hemodiyaliz Tedavisi: Nitel ve Nicel Bir Yaklaşım, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **24**(2): 84-93
- Bourdon, KH., Rae, DS., Locke, BZ., Narrow, WE., Regier, DA. (1992). Estimating the Prevalence of mental disorders in U.S. adults from the epidemiologic catchment area survey. *Public Health Reports*, **107**(6):663-668
- Bovenkamp, H.M. ve Trappenburg, M.J. (2010). The relationship between mental health workers and family members. *Patient Education and Counseling*, **80**:120-125.
- Brown, GW., Birley, JLT., Wing, JK. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A Replication. *British journal of Psychiatry*, **121**:241-258, Erişim:30.12.2018, <https://www.cambridge.org>
- Brown, M., Bussel, J. (2011). Medication adherence: who cares? *Mayo Clinic Proceedings*, **86**(4): 304-314.

- Brus, H., Laar, MV., Taal, E., Rasker, J., Wiegman, O. (1999). Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Education and Counseling*, **36**: 57–64
- Bulteau, S., Bronnec, MG., Yves Bars, P., Jules laforgue, E., Etcheverrigaray, F., Christophe Loirat, J., Vigneau, CV., Marie Vanelle, J., Sauvaget, A.(2018). Bipolar disorder and adherence: implications of manic subjective experience on treatment disruption. *Patient Preference and Adherence*, **12**: 1355–1361, Erişim: 31.11.2018, <https://www.dovepress.com/> by 176.55.223.41
- Butzlaff, RL., Hooley, JM., (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, **55**: 547-552
- Can, G., Mısır, E., Küçükçoban, O., Binbay, T., Alptekin, K. (2018). Şizofreni Etiyolojisi İçinde: Karamustafalıoğlu, KO. *Temel ve Klinik Psikiyatri*, Güneş Tıp Kitabevleri; 217-234
- Cardenas, V., Abel, S., Bowie, CR., Tiznado, D., Depp, CA., Patterson, TL.ve ark.. (2013). When functional capacity and real-world functioning converge: The role of self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, **39**(4): 908–916, doi:10.1093/schbul/sbs004
- Chaudhari, B., Saldanha, D., Kadiani, A., Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia, *Industrial Psychiatry Journal*, **26**(2): 215–222, Erişim: 14.04.19, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Chaudhury, S., Tikka, SK., Bakhla, AK. (2016). Impact of substance use disorder on presentation of schizophrenia. *iMedPub Journals*, **1**(2):1-7, Erişim: 20.02.19, <http://www.imedpub.com>, DOI: 10.21767/2472-5048.100007.
- Chien, W.T. ve Wong, K.F. (2007). A family psychoeducation group programme for Chinese people with schizophrenia in Hong-Kong. *Psychiatric Services*, **58**: 1003-1006.
- Christudas, MJ., Gupta, BS., Undela, K., Isaac, NM., Ram, D., Ramesh, M. (2016) Assessment of impact of Pharmacophilia and Pharmacophobia on Medication

Adherence in Patients with Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Pharmacology*, **48**:701-705,

Chronic Illness & Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/chronic-illness-mental-health/index.shtml> Erişim:20.04.19

Cia, AH., Stagnaro, JC., Gaxiola, SA., Vommaro, H., Loera, G., Mediana-Mora, ME., ve ark. (2018). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **53**:341–350 Erişim:13.04.19, <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>

Conner, M., Norman, P. (2005). (Editör). *Predicting Health Behaviour* (2. Baskı). Open University Press Erişim: 18.02.19, www.openup.co.uk

Conner, M., Norman, P., (1995). *Self-Efficacy and Health Behaviours*. Erişim:18.03.19, <http://userpage.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm>

Cramer, J., Rosenheck, R.(1998). Compliance With Medication Regimens For Mental And Physical Disorders. *Psychiatric Services*, **49**(2):196-201

Cutler, C. (2005). Self-Efficacy and social adjustment of patients with mood disorder. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, **11**(5), 283-289.

Çağlar, A. (2018). Şizofreni tanısı alan bireylerin algıladıkları duygu dışavurumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Çam, O., Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2**(3):136-140

Çelik, FH., Hocoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk' tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Journal Of Contemporary Medicine*, **6**(1): 51-66

Çobanoğlu, ZS., Aker, T., Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam Dergisi*, **16**(4): 211-218

Çöl, SE., Çayköylü, A., Karakaş Uğurlu, G., Uğurlu, M., (2014). Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar 1 disorder during prophylaxis: a

study from Turkey. *General Hospital Psychiatry*, **36**:208-213, Erişim:12.11.2018
<http://www.ghjournal.com>

Demir, M., Yıldız, M., Batmaz, S., Semiz, M., Songur, E., Çakmak, S., Demir, O. (2016). Expressed Emotion in panic disorder: Relationship with demographic and clinical variables and quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*: **62** (4): 394-399.

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

Demirkol, ME., Tamam L., Evlice, YE., Karaytuğ, MO. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Medical Journal*, **40**(3):555-568.

Demirkol, ME., Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **8** (1):85-93. doi: 10.18863/pgy.49806

Deniz, H., İnem, C., Yener, F. (1998). Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, **11**(3):5-15.

Dep, S., Thomas, M., Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. : Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, **45**(6):495-505

Depression and Suicide Risk (2014). American Association of Suicidology, www.suicidology.org, Erişim:07.02.19

Depression, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim, 30.11.2018

Dıġrak, E., Koçoğlu, D., Akın, B. (2014). Kırsal bir bölgedeki yetişkinlerde ruhsal sorunların belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **5**(3):122-128

DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, **12**:20, Erişim:14.04.19, <https://www.researchgate.net>

- Dick, DM., Foroud, T., Flury, L., Bowman, ES., Miller, MJ., Rau, NL. Ve ark. (2003). Genomewide linkage analyses of bipolar disorder: A New sample of 250 pedigrees from the National Institute of Mental Health Genetics Initiative. *The American Society of Human Genetics*, **73**:107–114.
- Dixon, L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *Journal Of Mental Health Policy Econ*, **2**:3-8.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başeğmez, FD. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3**:133-139.
- DSM 5 Tanı Ölçütleri El Kitabı, (2014),Koroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Duman, ZÇ., Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemantik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **5**(1):78-94/ doi:10.5455/cap.20130506
- Dülgerler, Ş.(2014).Şizofrenik Bozukluklar.İçinde, Çam, O., Engin, E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Bakım Sanatı: İstanbul Tıp Kitabevi*, 411-447
- Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, MY., Seçil, M., Can, S., Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2**(1):5-14
- Elbozan, B., Kaya, B., Yalvaç D., Emul, HM., Kaya, M., Ünal, S. (2003). Bir üniversite psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören depresyon hastalarının bazı sosyodemografik ve klinik özellikler yönünden incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **4**:167-17
- Emsley, R., Alptekin, K., Azorin, JM., Cañas, F., Dubois, V., Gorwood P., Haddad, PM., Naber, D., Olivares, JM., Georgios Papageorgiou, JM., Roca, M., Thomas, P., Hargarter, L.(2015). Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, **5**(6): 339- 350, Erişim:08.04.19, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Engin, E., Çuhadar, D. (2014). Bipolar Bozukluk. İçinde: Çam, O., Engin, E., *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi; 367-391
- Engin, E., Ergün, G. (2014). Depresyon. İçinde: Çam, O., Engin E., *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Bakım Sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi; 333-367
- Ertem, M., Duman, Z. (2018). Ruhsal hastalık tanılı bireylerde tedaviye uyum ve aile. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, **4**(1):54-59
- Ervatan, S., Özel A. Türkçapar, H., Atasoy N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **6**:5-11
- Eryıldız, D. (2008). Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, Erişim:20.04.19, www.istanbulsağlık.gov.tr
- Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., Alemayehu, A. (2015). *Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia* Erişim:13.03.19, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0120560>
- Evlice, YE ve Tamam, L.(2007). Elektrokonvülsif Tedavi, İçinde: Köroğlu,E., Güleç, C. *Psikiyatri Temel Kitabı* (2. Baskı), Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 718-719
- Gaudiano, BA., Weinstock, LM., Miller, IV. (2011). Improving Treatment Adherence in Patients with Bipolar Disorder and Substance Abuse: Rationale and Initial Development of a Novel Psychosocial Approach. *Journal of Psychiatric Practice*, **17**(1): 5–20, doi:10.1097/01.pra.0000393840.18099.d6.
- Giralomo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., Mcgorry, PD. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, **21**(1):47-59, Erişim:13.04.19, www.researchgate.net

- Glick, ID., Stekoll, AH., Hays, S. (2011). The Role of the Family and Improvement in Treatment Maintenance, Adherence, and Outcome for Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **31**(1):82-85
- Gözüm, S., Aksayan, S., (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2**(1):21-34
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13**(2), 143-151
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13**(2):143-151
- Gültekin, A., Özdemir, A., Kavak, F. (2018). Determination of Compliance to Treatment of Schizophrenia Patients in Turkey. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, **5**(1) Erişim: 20.02.18, www.austinpublishinggroup.com
- Gültekin, BK. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2**(4):583-594, Erişim:22.04.19, <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076389/5000070446>
- Gültekin, BK., Kesebir, S., Tamam, L. (2014). Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **6**(2):199-209 doi: 10.5455/cap.20130920014550
- Güz, H., (2000). Şizofreni ve Cinsiyet: başlangıç yaşı ve sosyodemografik özellikler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **3**:27-33
- Happell, B., Manias, E., Pinikahana, J. (2002). The role of the inpatient mental health nurse in facilitating patient adherence to medication regimens. *International Journal of Mental Health Nursing*, **11**:251–259, Erişim: 08.04.10, <https://onlinelibrary.wiley.com>
- Hatipoğlu, Z. (2018). Ana-baba bağlanmasının duygu dışavurumu üzerindeki etkisinin uyuşturucu ve uyarıcı madde bağımlısı olan ve madde bağımlısı olmayan bireyler arasındaki farkı. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

- Hayhurst, H., Cooper, Z., Paykel, ES., Vearnals, S., Ramana, R. (1997). Expressed emotion and depression. A longitudinal study. *The British Journal Of Psychiatry*, **171**:439-443, Erişim:17.04.19, <https://www.researchgate.net/>
- Hevey, D., Smith, M., McGee, HM. (1998). Self-efficacy and health behaviour: A review, *The Irish Journal of Psychology*, **19** (2-3):248-273
- Hirschfeld, RMA., Weissman, MM. (2002). *Risk factors for major depression and bipolar disorder*, Erişim:24.02.19, <https://acnp.org>
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., Dingemans, P. (1997). Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, **72**:17-22, Erişim:17.04.19, <https://pdf.sciencedirectassets.com>
- Hooley, JM., Orley, J., Teasdale, JD.(1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, **148**:642-647
- Horne, R., Weinman, J. (1998). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence totreatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, **47**(6):555–567
- Hugtenburg, JG., Timmers, L., Elders, PJM., Vervloet, M., Dijk, LV.(2013). Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*, **7**: 675–682, Erişim:07.04.19, doi: 10.2147/PPA.S29549/ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Hui, CLM., Chen, EYH., Kan, CS., Yip, KC., Law, CW., Chiu, CPY.(2006). Antipsychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong Kong. *Keio Journal of Medication*, **55** (1): 9–14)
- Hui, CLM., Poon, VWY., Ko, WT., Miao, HY., Chang, WC., Lee, EHM., Chan, SKW., Lin, J., Chen, EYH. (2016). Risk factors for antipsychotic medication non-adherence behaviors and attitudes in adult –onset psychosis. *Schizophrenia Research*, **174**:144-149. Erişim:08.03.2019, <http://www.elsevier.com/locate/schres>
- İbiloğlu, AO., Çayköylü, A. (2011). bipolar-1, bipolar-2 ve majör depresif bozuklukta ayrışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **22**(3):159-65

- İlnem, C. Çete, T., Deniz, H., Yener, F. (1998). Şizofreni ve majör depresyonda yaşam olayları ile bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyi. *Düşünen Adam Dergisi*, **11**(4):12-20
- Jonsdottir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, AB., Simonsen, C., Engh, JA., Ringen, PA, Vaskinn, A. Ve ark. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **127**: 23–33 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01911
- Kabalıcı M., Metin. G. *İl Ve Bölgelere Göre Eğitim Düzeyi Göstergeleri*
Erişim:13.04.19, <http://tucaum.ankara.edu.tr>,
- Kalkan, E., (2018). Fiziksel engelli bireylerde öz yeterlilik, öfke ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişki. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- Kalogianni, A. (2012). Can Nursing Interventions increase adherence medication regimen?. *Health Science journal*, **6**(1):1-3, Erişim:08.04.2019 <http://www.hsj.gr>
- Kalogianni, A., (2011). Factors affect in patient adherence to medication regimen. *Health Science Journal*, **5**(3):157-158
- Kara, N. (2014). Şizofrenide duygu dışavurumu: sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, **31**:96-101
- Karadağ, E., Akkuş, Y., Karatay, G.(2012). Bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **28** (3) : 85-96,
- Karamustafalıoğlu, N., Atalay, H., Atalay, F., Alpay, N.,(2000). Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları.*Düşünen Adam Dergisi*, **13** (1): 4-11.
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, NB., Alpay, N., (2004). iki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **5**:28-36

- Karno, M., Jenkins, JH., Selva, A., Santana, F., Telles, C., Lopez, S., Mintz, J., (1987). Expressed Emotion and Schizophrenic outcome among Mexican-American Families. *The Journal Of Nervous and Mental Disease*, **175**(3):143-151
- Kavradım, ST., Özer, Z., (2018). Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **10**(3):324-335 doi: 10.18863/pgy.328723
- Kayahan, B., Altıntoprak, E., Karabilgin, S., Öztürk, Ö. (2003). On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **4**:208-219.
- Kelleci, M., Ata, EE. (2011). Psikiyatri Kliniği'nde Yatan Hastaların İlaç Uyumları ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2**(3):105-110
- Kennedy, N., Boydell, J., Kalidindi, S., Fearon, P., Jones, Pb., Van Os, J. Ve ark. (2005). Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *The American Journal of Psychiatry* **162**:257-262 Erişim:15.12.2018, ajp.psychiatryonline.org
- Kesebir, Ş., İnanç, L., Bezzin, ÇH., Cengiz, F. (2013). Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **5**(2):220-231 doi:10.5455
- Kesgin, C., Topuzoğlu, A., (2006). Sağlığın tanımı; Başaçıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, **3**:47-49
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., Yenilmez, Ç., (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi . *Nöropsikiyatri Arşivi* **50**: 344-351/ DOI: 10.4274/Npa.y6522
- Kessler, RC., (1997). The effects of stressfullife events on depression. *Annual Reviews*, **48**:191-214
- Kessler, RC., Amminger, P., Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Üstün, B., (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literatüre. *Current Opinion Psychiatry*, **20**(4).359-364,

- Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, KR., Rush, AJ., Walters, EE., Wang, PS. (2003). The epidemiology of major depressive disorder, results from the national comorbidity survey replication. *Journal Of American Medical Association*, **289** (23):3095-3105
- Kessler, RC., Foster, CL., Sauder, WB., Stang, PE. (1995). Social consequences of psychiatric disorders : Educational Attainment. *American Journal Of Psychiatry*, **152**:1026-1032
- Kessler, RC., McGonagle, KA., Zhao, S., Nelson, CB., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, HU., Kendler, KS. (1994). Lifetime and 12- month prevalence of DSM 3-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, **51**:8-19
- Kışlak, Ş., Göztepe, I. (2012). Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **3**(2):27-46 DOI: 10.1501
- Kim, EY., Miklowitz, DJ. (2004). Expressed emotion as a predictor of outcome among bipolar patients undergoing family therapy . *Journal of Affective Disorders* **82**: 343–352
- Kim, H.W., Salyers, M.P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Mental Health Journal*, **44**:337-345
- KM., Miller, CJ., Birgenheir, DG., Lai, Z., Kilbourne, AM. (2014). Self efficacy and Quality of Life among people with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. **202**(8):583–588, Erişim:16.01.2019, www.ncbi.nlm.nih.gov
- Knapp, M., Mangalore, R., Simon, J., (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **30**(2):279-293, Erişim,19.11.2018, <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin>
- Kocabıyık, A., Beştepe, E., Karşıdağ, Ç., Kükürt, R., Alpay, N.(2005). Bipolar bozuklukta duygu dışavurumunun relaps üzerine etkisi, *Düşünen Adam Dergisi*, **18** (1): 4-12

- Kocabıyık, A., Özer, D., Girgin, V., Atış, Y., Beştepe, E., Alpay, N. (2002). Bipolar bozuklukta duygu dışı vurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişkiler. *Düşünen Adam Dergisi*, **15**(2):77-84.
- Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi . *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **26**(2):251-267 doi:10.17827/aktd.303574
- Kocal, Y., Karakuş, G., Tamam, L. (2017). Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, **20**:104-113, DOI: 10.5505/kpd.2017.58077
- Koç A. (2006), Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Korkmaz, Y. (2016). Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik düzeylerinin incelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı , Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Köroğlu, E.(2007). Majör Depresyon. İçinde: Köroğlu, E., Güleç, C., (2.Baskı), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; 240-243
- Kupfer, DJ., Frank, E., Grochocinski, VJ., Cluss, PA., Houck, PR., Stapf, DA. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinic Psychiatry*, **63**:120-125
- Kültür, S., Mete, L., Erol, A.(2007). Şizofreni. İçinde: Köroğlu, E., Güleç, C., (2.Baskı). *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB Basım Yayın, Ankara; 197
- Leclerc, E., Mansur, RB., Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: A comprehensive review. *Journal of Affective Disorder*, **149**:247-252, Erişim:13.03.19, www.elsevier.com
- Leff, J., Vaughn, C. (1980). The interaction of life events and relatives' Expressed Emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, **136**:146-153

- Leff, J., Vaughn, C. (1981). The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: A Two-Year Follow-up. *British Journal Of Psychiatry*, **139**:102-104.
- Lin, EHB., Korff, MV., Katon, W., Bush, T., Simon, GE., Walker, E., Robinson, P.(1995). The role of the primary care physician in patients adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, **33**(1): 67-74, Erişim:12.11.2018, <https://www.jstor.org/stable/3766739>
- Lingam, R., Scott, J.(2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **105**: 164-172.
- Linszen, DH., Dingemans, PM., Nugter, MA., Van Der Does, AJW., Scholte, WF., Lenior, MA. (1997). Patient attributes and expressed emotion as risk factors for psychotic relapse. *Schizophrenia Bulletin*, **23**(1): 119-130,
- Maciejewski, PK., Prigerson, HG., Mazure, CM., (2000). Self efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms . *British Journal of Psychiatry*, **176**:373-378
- Mancini, MA. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities. *Qualitative Social Work*, **6**(1):49-74, Erişim:30.03.19, journals.sagepub.com
- Margetic, BA., Jakovljevic, M., Ivanec, D., Tosić, G.,Margetic, B. (2011). Novelty seeking and medication adherence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, **186**: 141-143, Eriřim:14.03.19, www.elsevier.com,
- Marom, S., Munitz, H., Jones, PB., Weizman, A., Hermesh, H.(2005). Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 Years. *Schizophrenia Bulletin*, **31**(3): 751–758, 2005 doi:10.1093/schbul/sbi016
- Marshall, T. ve Solomon, P. (2004). Confidentiality intervention: Effects on provider-consumer-family collaboration. *Research on Social Work Practice*, **14**(1): 3-13, Erişim 18.04.2011, <http://rsw.sagepub.com>.

- Mccann, TV., Boardman, G., Clark, E., (2008). Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **15**, 622–629
- McDonald, HP., Garg, AX, Haynes, RB., (2002). Interventions to enhance patients adherence to medication prescription. *Journal Of American Medical Association*, **288**(22):2868-2880
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, **30**:67-76, Erişim:11.12.2018, <https://academic.oup.com>
- Mental Disorders Linked With Chronic Diseases, (2015), **313**(2):125. <https://jamanetwork.com/journals>, doi:10.1001/jama.2014.17382, Erişim:13.04.19,
- Mental Disorders, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets>, Erişim:10.11.2018
- Mental Illness*, <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>, Erişim:13.04.19
- Meriç, M., Oflaz, F. (2010). Anksiyolitik ve Antidepresan kullanan hastaların sağlık inanç modeline dayalı tedaviyle ilgili düşüncelerinin tedaviyi bırakma ile İlişkisi . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **9**(5):441-452
- Merikangas, KR., Jin, R., He, JP., ve ark. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*, **68**(3):241-251, Erişim:25.11.2018, doi10.1001, <https://jamanetwork.com>
- Miklowitz, DJ. (2007). The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar. *Current Directions Psychological Science*, **16**(4): 192–196./ doi:10.1111/j.1467-8721.2007.0050
- Miklowitz, DJ., Johnson, SL. (2009). Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions. *Clinic Psychology*, **16**(2): 281–296, doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01166.x

- Mitchell, A.J., Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, **13**: 336–346
doi:10.1192/apt.bp.106.003194
- Mohammadi, MR., Akhondzadeh, S. (2001). Schizophrenia: Etiology and pharmacotherapy. *IDrugs*, **4** (10):1167-1172
- Mojtabal, R., Olfson, M. (2003). Medication costs, adherence, and health outcomes among medicare beneficiaries. *Health Affairs*, **22**(4):220-228
- Morgan, VA., Mitchell, PB., Jablensky, AV.,(2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders*, **7**: 326–337
- Morken, G., Widen, JH., Grawe, RW. (2008). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, **8**:32 doi:10.1186/1471-244X-8-32.Erişim:08.03.19
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/32>
- Mullins, CD., Obeidat, NA., Cuffel, BJ., Naradzay, J., LOebel, AD. (2008). Risk of discontinuation of atypical antipsychotic agents in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **98**:8–15, Erişim:13.03.19, <https://ac.els-cdn.com>
- Ngui, AN., Vasiliadis, HM., Tempier, R. (2015). Factors associated with adherence over time to antipsychotic drug treatment. *Clinical Epidemiology and Global Health* **3**:3-9
- Nivoli, AM. Pachiarotti, I., Rosa AR, Rapadovic, D., Murru, A., Valenti, M. Ve ark. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, **133**: 443-449.
- Novick, D., Haro, JM., Suarez, D., Perez, D., Dittmann, RW., Haddad, PM. (2010). Predictors and clinical consequences of nonadherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*, **176**: 109–113, Erişim: 08.03.19, www.elsevier.com/locate/psychres

- Nuechterlein, KH., Miklowitz, DJ., Ventura, J., Gitlin, MJ., Stoddart, M., Lukoff, D. (2006). Classifying episodes in schizophrenia and bipolar disorder: Criteria for relapse and remission applied to recent-onset samples., *Psychiatry Research*, **144**: 153-166. Erişim:03.03.19. www.sciencedirect.com
- Nural, HS. (2002). Şizofreni hastalarının ailelerinde duygu dışavurum ile aile y¼k¼ arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi . Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Psikiyatri Anabilim Dalı
- O'Connor, EA., Whitlock, EP., Bell, TL., Gaynes, BN.(2009). Screening for depression in adult patients in primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Annals of Internal Medicine*, **151**:793-803.
- Ocaktan ME., zdemir, O., Akdur, R., (2004). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz Dergisi*, **12** (2):63-73
- Olchanski, N., Myers, MM., Halseth, M., Cyr, PL., Bockstedt, L., Goss, TF.(2013). The economic burden of treatment-resistant depression. *Clinical Therapeutics*, **35**(4): 512-522
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal Of Medicine*, **353**:487-97.
- Otero, S., Hodes, M., (2000). Maternal expressed emotion and treatment compliance of children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* , **42**: 604–608
- nal, AE., T¼merdem, Y., Arı, D.(2001). İstanbul Halkalı'da 40 yaş ¼st¼ n¼fusta Beck Depresyon lçeği ile depresyon prevalansının saptanması ve ölçeğin iç tutarlılığının incelenmesi. *T¼rkiye Klinikleri*, **19**(2):94-99
- nc¼, F., Hariri, A., Ceylan, ME., Ceylan, N., Yazan, B.(1998). Atipik Nöroleptikler. *D¼ř¼nen Adam Dergisi*, **11** (4): 21-29
- yekin, DG. (2008). Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; **9**(1):39-43, Erişim:27.02.19, <http://psikiyatrizedini.net>

- Özbek, H., Ağargün, Y. (2001). Yeni Nesil Antidepresan İlaçlar ve Uyku Üzerine Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **11**:272-275
- Özcan, S., Abay, E.,(2004). Bipolar bozukluğun genetiği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **5**:163-178
- Özdemir, Ö., Doğan, O.(2015). Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **16**:85-94
- Özdemir, Ö., Doğan, O.(2015). Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,**16**: 85-94
- Özmen E., Ögel, K., Sağduyu, A., Boratav, C.(2002). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde distimik bozukluk. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13**(1):23-32
- Özpulat, F. (2016), Özyeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5**(3): 37-44
- Öztürk, M., Uluşahin A.(2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Baskı). Tuna Matbaacılık, Ankara
- Öztürk, MO. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (7. Baskı). Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Özütek, ZS. (2005). Şizofrenide Aile Ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Rabstejnek, CV. (2015). An Overview of expressed emotion. <https://www.researchgate.net/publication/10.13140/RG.2.1.3152.1447>, Erişim:20.03.19, DOI:
- Recognizing the signs of schizophrenia,* www.apa.org/helpcenter/recognizingschizophrenia, Erişim:11.12.1018

- Rubin, R. (2015). *News From the Centers for Disease Control and Prevention*, **313**(2):125, Erişim: 21.04.19, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2089364>
- Sacco, WP., Wells, KJ., Vaughan, CA., Friedman, A., Perez, S., Mathew, R. (2005). Depression in adults with type 2 diabetes: the role of adherence, body mass index, and self-efficacy. *Health Psychology*, **24** (6):630-634, Erişim:10.04.19, <https://www.researchgate.net>
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.(2016). *Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11.baskı), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, FC., Ganoczy, D., Ignacio, RV.(2006). Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, **8**: 232–241
- Sajatovic, M., Levin, J., Casiano, EF., Cassidy, KA., Tatsuoka, C., Jenkins, JH.(2011). Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorders who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry*, **52**:280-287, Erişim:09.03.19, www.sciencedirect.com
- Saka, MC., Özer, S., Uluşahin, A.(2001). Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**(4):283-292
- Savaş, HA., Aksoy, İ. (2018). Bipolar Bozuklukta Etyoloji: Çevresel risk, genetik, Nörobiyoloji ve Biyomarkerler .İçinde: Karamustafalıoğlu, KO., *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara; 297
- Savaş, HA., Ünal, A., Vırt, O. (2011). Treatment Adherence in Bipolar Disorder. *Journal of Mood Disorders* , **1** (3):95-102
- Saveanu, RV., Nemeroff, CB., (2012). Etiology of depression: Genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*, **35**:51-71.
- Sawada, N., Uchida, H., Suzuki, T., Watanabe, K., Kikuchi, T., Handa, T., Kashima, H.,(2009). Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review. *BMC Psychiatry* **9**:38, Erişim:20.03.19 doi:10.1186/1471-244X-9-38

Schizophrenia Facts and Statistics, <http://www.schizophrenia.com/szfacts>,
Erişim:13.12.2018

Schizophrenia, <https://www.apa.org/topics/schiz>, Erişim:22.04.19

Schmidt, SJ., Grunert, VM., Schimmelmann, BG., Lutter, FS., Michel, C. (2014). Differences in coping, self-efficacy, and external controlbeliefs between patients at-risk for psychosis and patients with first-episode psychosis. *Psychiatry Research*, **219**:95-102, Erişim:20.04.19, <http://www.elsevier.com/locate/psychres>

Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L., Ridgway, P., Sells, D., Styron, T., Davidson, L. (2009). Self-Efficacy and Self-Care: Missing Ingredients in Health and Healthcare among Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, **80**:1-8, Erişim:20.04.19, DOI 10.1007/s11126-008-9088-9

Scott, J., Colom, F., Pope, M., Reinares, M., Vieta, E. (2012). The prognostic role of perceived criticism, medication adherence and family knowledge in bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, **142**: 72–76

Sellwood, W., Tarrner, N., Quinn, J., Barrowclough, C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological Medicine*, **33**: 91–96.

Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., Ankamah, A. (2018). Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with majör psychiatric disorders. *SystematicRewievs*, **7**(10), DOI 10.1186/s13643-018-0676-y

Serna, MC., Cruz, I., Real, J., Gasco, E., Galvan, L.,(2010). Duration and adherence of antidepressant treatment based on prescription database. *European Psychiatry*, **25**:206-213, Erişim:09.03.19, www.sciencedirect.com

Shields, CG., Franks, P., Harp, JJ., McDaniel, SH., Campbell, TL. (1992). Development of the family emotional involvement and criticism scale (FEICS): Expressed emotion a self-report scale to measure. *Journal of Marital and Family Therapy*:**18** (4):395-407

- Shon, KH., Park, SS. (2002). Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: The effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Medical Journal*, **43**(5):579-589. Erişim:29.03.19, <https://synapse.koreamed.org>
- Side Effects of Antipsychotic Medications: Understanding the Variables*, <https://www.medscape.org/viewarticle/703934>, Erişim:22.04.19
- Sofuoğlu, S., Turan, T.(2000). Antipsikotik ilaç tedavisinde uyum problemleri: Bunların ekstrapiramidal yan etkilerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **1**(2):100-106
- Soykan, A. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Tedavi Uyumunu Arttırma Stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, **3**(1):9-10
- Strecher, VJ., De Vellis, BM., Becker, MH., Rosenstock, IM., (1986). The Role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, **13**(1):73-91
- Sullivan, PF., Neale, MC., Kendler, KS. (2000). Genetic Epidemiology of major depression : review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, **157**:1552-1562, Erişim:19.12.2018, www.researchgate.net
- Sweileh, WM., Inbeshe, MS., Jarar, IS., Sawalha, AF., Abu Taha, AS., Zyoud, SH., Morisky, DE. (2012). Antipsychotic Medication Adherence and Satisfaction Among Palestinian People with Schizophrenia. *Current Clinical Pharmacology*, **7**:49-55
- Şahin Altun, Ö., Olçun, Z., (2018). Şizofreni hastalığında umut kavramı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **5**(1):107-112, DOI: 10.17681/hsp.292987
- Taj, F., Tanwir, M., Aly, Z., Khowajah, A., Taria, A., Syed, F., Wagar, F., Shahzad, K. (2008). Factors associated with non-adherence among psychiatric patients at a Tertiary Care Hospital, Karachi, Pakistan: A questionnaire based cross-sectional study. *Journal of the Pakistan Medical Association*, **58** (8), 432-436.
- Tamburrino, MB., Nagel, RW., Chahal, MK., Lynch, Dj., (2009). Antidepressant medication adherence: a study of primary care patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **11**(5): 205–211, Erişim:09.03.19, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban, S.(2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,**1**(1):7-12
- Tırpan, MS., (2016). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin bireysel yenilikçilik ve genel özyeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Spor Yönetimi Bilimleri Anabilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Tompson, MC., Rea, MM., Goldstein, MJ., Miklowitz, DJ., Weisman, AG. (2000). Difficulty in Implementing a Family Interventionfor Bipolar Disorder: The Predictive Role ofPatient and Family Attributes, **39**(1):105-12
- Tondo, L., Vazquez, GH., Baldessarini, RJ., (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current Neuropharmacology*, **15**(3): 353–358, Erişim:16.12.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>, Güncellenme Tarihi:19.02.16, Erişim:14.06.19
- Townsend, MC. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri, Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları (6. Baskı). Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi
- Tsai, SM., Chen, C., Kuo, C., Lee, J., Lee, H., Strakowski, SM., (2001) 15-year outcome of treated bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, **63**:215–220
- Turhan, N.,(2007). Bipolar bozukluk: kesitsel bir değerlendirme, Çukurava Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ,Uzmanlık Tezi
- Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması 2004*, <https://sbu.saglik.gov.tr>, Erişim: 06.04.2019
- Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*, (1998), <https://www.scribd.com>, Erişim: 10.12.2018
- Tütüncü, R., Örsel, S., Özbay MH., (2007). Bipolar bozukluk başlangıç yaşının klinik ve gidiş özellikleriyle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, **10**:63-68

- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, AD., Aydemir, Ç., Kısa, C., Göka, E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **6**:198-203
- Uehara, T., Yokoyama, T., Goto, M., Ihda, S., (1996). *Comprehensive Psychiatry*, **37** (4): 299-304, <https://pdf.sciencedirectassets.com/> Erişim:17.104.19
- Usall, j., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A., Marquez, M. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, **42**(4): 301-305
- Uslu, E., Buldukoğlu, K. (2018). Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7**(1): 61-72
- Ünal, S., Çakıl, G., Elyas, Z.(2006). Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , **7**:69-75
- Ünal, S., Özcan, E., (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **1**(1):41-47
- Üstün, G., Küçük, L., Buzlu, S. (2018). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **9**(2):69-79, Erişim:21.04.19, DOI:10.14744/phd.2018.87699/
- Vatansever, Ö.(2011).Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeylerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
- Vaughn, CE., Leff, JP. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness, A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, **129**: 125-137
- Vega, P., Barbeito, S., Azua, SR., Cengotitabengoa, MM., Ortega, IG., Saenz, M., Pinto, AG.,(2011). *Women's Health*, **7**(6): 663–676, Erişim:24.11.2018, www.futuremedicine.com

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, P.V., Denekens, J.(2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, **26**, 331-342
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldıvia, S., Baker, C., Torres, S., (2004). Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6 -month and 1-month rate. *British Journal Of Pschiatry*, **184**: 299- 305 Erişim: 13.04.19, pdfs.semanticscholar.org
- Vos, T., Flaxman, AD., Naghavi,M. ve ark. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* **380**: 2163-96, Erişim: 01.12.2018, www.thelancet.com
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., Hochman, KM.(2004). Schizophrenia: etiology and course. *Annual Review of Psychology*, **55**:401-430.
- Warren, JI., Stein, JA., Grella, CE. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, **89**: 267–274
- Wearden , AJ., Tarrier, N., Barrowclough, N., Zastowny, TR., Rahill, AA. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, **20**(5): 633–666
- Weich, S., Lewis, G., Jenkins, SP.(2001). Income inequality and the prevalence of common mental disorders. *British Journal Of Psychiatry*; **178**:222-227
- Weich, S., Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*, **317**:115–9, Erişim:06.03.19, <http://www.bmj.com>
- Weissman, MM., Bland, RC., Canino, GJ., Farawelli, C., Greenwald, S., Hwu, HG. Ve ark. (1996). Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *The Journal of the American Medical Association*, **276**:293-299, Erişim:10.01.2019, DOI: 10.1001/jama.1996.03540040037030/ <https://www.researchgate.net>.

- Williams, DR., Takeuchi, DT., Adair, RK.(1992). Marital status and psychiatric disorders among black and whites. *Journal of Health and Social Behavior*, **33**:140-157, Erişim:13.04.19, <https://www.jstor.org>
- Wiersma, D., Nienhuis, FJ., Sloff, CJ., Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: A 15-year followup of a Dutch Incidence cohort. *Schizophrenia Bulletin*, **24**(1):75-85, Erişim:13.12.2018 <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/>
- Yağcıoğlu, EA., Ayhan, Y.(2018). şizofreni: Kavramın tarihęesi, epidemiyoloji, klinik özellikler ve seyir. İçinde: Karamustafalıoğlu, KO., *Temel ve Klinik Psikiyatri*, Güneş Tıp Kitabevleri; 201-216
- Yağcıoğlu, EA.,(2007). Antipsikotik ilaçların etki mekanizmaları: şizofreni tedavisinde “Atipiklik” Bir Üstünlük mü?. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **18**(4):364-374
- Yang, J., Ko, YH., Paik, JW., Lee, MS., Han, C., Joe, SH., ve ark. (2012). Symptom severity and attitudes toward medication: Impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **134**: 226–231, Erişim:14.03.19, www.elsevier.com
- Yanık, YT. (2011). Tıp 2 Diyabetlilerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi,
- Yazıcı, O. (2007). Bipolar 1 ve bipolar 2 bozuklukları. İçinde Koroğlu, E., Güleç, C., (2.baskı), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği; 265-275
- Yeloğlu, H., Hocaoğlu,. (2017).Önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, **8**(30): 41-54, Doi: 10.17944/mkutfd.323344
- Yen, CF., Chen, CS., Ko, CH., Yeh, ML., Yang, SJ., Yen, JY., ve ark. (2005). Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: Prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , **59**: 403 – 409, Erişim:14.03.19, <https://onlinelibrary.wiley.com>

- Yıldırım, F., İlhan, İ. (2010). Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **21**(4), 301-308.
- Yılmaz S.,Buzlu, S. (2012). Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florece Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **20**(2):93-103
- Yılmaz, S. (2004). Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu) İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
- Zrinyi, M., Juhasz, M., Balla, J., Katona, E., Ben, T., Kakuk, G., Pall, D., (2003). Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients, *Nephrol Dial Transplant* ,**18**: 1869–1873, Erişim:13.01.19 DOI: 10.1093/ndt/gfg30 [https://academic.](https://academic.oup.com/ndt/article/18/11/1869/1869)

FORMLAR**EK-1 Hasta Bilgi Formu****BİLGİ FORMU**

Anket No:

I-SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

- 1.)Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek
- 2.)Yaşı:
- 3.)Medeni durumu: 1. Bekar /Dul 2. Evli
- 4.)Eğitim düzeyi: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise
 4. Lisans 3.Lisans üstü
- 5.)Çalışma durumu: Tam zamanlı Yarı zamanlı çalışmıyor Emekli
- 6.)Gelir durumu: 1. Gelir giderden az gelir gidere eşit gelir giderden fazla
- 7.)Sosyal güvencesi: 1. Yok 2. Var

II-HASTALIK , TEDAVİ SÜRECİ VE SOSYAL DESTEK DURUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. Hastalık Tanısı:
2. Hastalığın başlangıç yaşı:
3. Hastalık süresi:
4. Psikiyatrik yatışların toplam sayısı:
- 5.En son hastaneye yatış zamanı:
- 6.Ne sıklıkla kontrollere geliyorsunuz ?
- Kendimi kötü hissettiğim zaman geliyorum,
- Doktorumun verdiği randevulara düzenli geliyorum,
- Ailem istediği zaman geliyorum,

7.)Hastalık / tedavisi hakkında bilgi durumu:

1. Yok 2. Biraz var 3. Var

8.)Psikiyatrik hastalık dışında başka bir hastalığınız var mı?/ Varsa nedir?

1. Yok 2. Var.....

9.)Şuan ki mevcut tedaviniz sebebiyle günde kaç tane ilaç içiyorsunuz?

- 3 tane ya da daha az 4-7 tane 8 tane ve üstü

10.)Günde kaç kez ilaç içiyorsunuz?

- 3 kez ya da daha az 4 kez ve üstü

11.)Doktorunuzun haberi olmadan ilacınızın dozunu değiştirdiniz mi?

1. Hayır 2. Evet

12.)Doktorunuzun haberi olmadan ilaç almayı bıraktığınız oldu mu?

1. Hayır 2. Evet

13.)Yan etki problemi yaşıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet

14.)Yan etkilerden dolayı tedaviyi hiç bıraktınız mı?

1. Hayır 2. Evet

15.)Tedavinizi karşılamada ekonomik olarak sıkıntı yaşıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet

16.)Hastalığınızın tedavisi için doktorunuzun reçete ettiği ilaçlardan başka kullandığınız tıbbi olmayan /alternatif yöntemler var mı? Varsa neler?

1. Var

2. Yok

17.)Yaşam koşulları/ yaşam ortamı :

1. Yalnız yaşıyor 2. Anne-baba ile 3.Eş ve çocukları ile

4. Diğer bir yakını ile 5.Diğer

EK-1 Hasta Bilgi Formu (Devam)

18.)Çevrenizin psikiyatrik rahatsızlığınıza ve ilaç tedavinize karşı tutumu sizce nasıl?

- ()1. Hastalığının farkındalar ve destekleyiciler
 ()2.Hastalığıma inanmıyorlar. Numara yaptığımı düşünüyorlar
 ()3. Tıbbi tedavinin işe yaramayacağını düşünüyorlar

19.)Hayatınızda size destek olan kişi/ kurum var mı?

- ()1. Yok ()2. Aile Üyeleri ()3. Kurum/Dernek ()4.
 Arkadaş/Akraba ()5. Diğer

20.)Çevrenizden gördüğünüz desteği nasıl algılıyorsunuz?(Cetvelde işaretleyiniz, YETERSİZ olduğunu düşünüyorsanız 0 ya da 0'a yakın; YETERLİ olduğunu düşünüyorsanız memnuniyet durumunuza göre 10 ya da yakın bir değer işaretleyin.)

0 X 10

III- Hastalık ve tedavi ile İlgili Görüşler
--

Hastalığınız ve tedaviniz ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

- ()1.Hasta değilim, tedavi almak istemiyorum.
 ()2. Evet bazı sıkıntıları var ama kendi kendime halledebilirim
 ()3.Hasta olduğumu biliyorum ama bu hastalık hep hayatımdaki sıkıntılar yüzünden geldi başıma.
 ()4.Hastayım fakat neden hasta olduğumu bilemiyorum
 ()5.Hasta olduğumu söylüyorlar , çevremden duyduğum kadarıyla hastalığım yüzünden hayatımda sıkıntılar yaşıyormuşum, ama bunlarla nasıl başedeceğimi bilmiyorum.
 ()6.Hasta olduğumu kabul ediyorum, tedavi almak istiyorum, doktorumun benim için önerdiği tavsiyelere uyuyorum.

EK-2 Duygu Dışavurum Ölçeği (Level of Expressed Emotion-LEE)**LEE ÖLÇEĞİ**

Adınız Soyadınız:

Yakınınız:

Yaşınız:

Yakınınızın Yaşı:

Eğitimiz:

Eğitimi:

Medeni Haliniz:

Mesleği:

Mesleğiniz:

Birlikte mi oturuluyor:

İlaç Kullanımı: Düzenli () Kısmen Düzenli () Düzenli Değil: ()

Yaşam Olayı: Var() Yok()

AÇIKLAMA:Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığınızı doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin.Bunu yaparken son 1 yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-Bazen konuşmak istemezsem eğer beni anlar (Zorlamaz).
- (D) (Y) 2-Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.
- (D) (Y) 3-Kontrolümü yitirdiğimi söyler.
- (D) (Y) 4-Beklentilerini doyuramadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.
- (D) (Y) 5-Ben konuşurken müdahale etmez.
- (D) (Y) 6-Benim sınırlarımı bozamaz.
- (D) (Y) 7-İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
- (D) (Y) 8-Beklentilerini doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur.
- (D) (Y) 9-Bana karşı aşırı bir koruyucu kollayıcılığı yoktur.
- (D) (Y) 10-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar öfkelenir.
- (D) (Y) 11-Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.
- (D) (Y) 12-Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- (D) (Y) 13-Her zaman müdahalecidir.
- (D) (Y) 14-Birşeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- (D) (Y) 15-Kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan yardım aramam için cesaret verir.
- (D) (Y) 16-Ona birçok sorun yarattığımı düşünmez.
- (D) (Y) 17-Birşeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- (D) (Y) 18-İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez.
- (D) (Y) 19-Keyifsiz huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.

- (D) (Y) 20-Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.
- (D) (Y) 21-Yanımdan ayrılmamak sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.
- (D) (Y) 22-Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar
- (D) (Y) 23-Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.
- (D) (Y) 24-Keyifsiz-huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.
- (D) (Y) 25-Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
- (D) (Y) 26-Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
- (D) (Y) 27-Sorunlarımı ondan öğ almak için yarattığımı söyler.
- (D) (Y)28-Benim özelliklerimi (Özelliklerimin sınırlarını), neyi becerip beceremeyeceğimi bilir.
- (D) (Y) 29-Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
- (D) (Y) 30-Zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
- (D) (Y) 31-Hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.
- (D) (Y) 32-Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
- (D) (Y) 33-Her zaman işlerime burnunu sokar.
- (D) (Y) 34-Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.
- (D) (Y) 35-Uzman yardımını aramanın doğru olmayacağını söyler.
- (D) (Y) 36-İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
- (D) (Y) 37-Hakkımda herşeyi mutlaka öğrenmek ister.
- (D) (Y) 38-O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
- (D) (Y) 39-İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.
- (D) (Y) 40-Birşeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.
- (D) (Y) 41-Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
- (D) (Y) 42-Bana sebepsiz yere öfkelenir.
- (D) (Y) 43-Hasta olduğum zaman ilgili birine dönüşür.
- (D) (Y) 44-Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
- (D) (Y) 45-Benim özel meselelerime karışır.
- (D) (Y) 46-Zor (Stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar.
- (D) (Y) 47-Kendimi iyi hissetmiyorsa durumu merak eder ve anlamak ister.
- (D) (Y) 48-Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
- (D) (Y) 49-Hayatıma burnunu sokmaz.

- (D) (Y) 50-İyi olmadığı zaman bana tahammülü yoktur.
- (D) (Y) 51-Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
- (D) (Y) 52-Benden çok fazla şey bekler.
- (D) (Y) 53-Şahsıma ait çok özel konularda çok soru sormaz.
- (D) (Y) 54-İşler yolunda gitmediği zamanlarda o işleri daha da kötüleştirir.
- (D) (Y) 55-Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
- (D) (Y) 56-Ben birşeyi beceremeyince zıvanadan çıkar, çok öfkelenir.
- (D) (Y) 57-Geliş-gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
- (D) (Y) 58-İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
- (D) (Y) 59-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
- (D) (Y) 60-Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.

EK-3 Genel Özyeterlilik Ölçeği (General Self-Efficacy Scale)

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Çok İyi		
	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarıya kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

EK-4 Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (Morisky Treatment Adherence Scale)

Psikiyatrik hastalığınız 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 ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bazen ilacınızı aldığımızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ETİK KURUL KARARI

EK-5 Etik Kurul İzni



İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



T.C. Sağlık Bakanlığı

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi ve Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi				
	BAŞVURU TARİH VE SAYISI	25.06.2018- 21946				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ebru ÖZCAN				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	S.B.Ü. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları SUAM				
	DESTEKLEYİCİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ					
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon				
		Yüksek Doz Araştırması				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz: Tanımlayıcı, Kesitsel Araştırma					
	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe X	İngilizce	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU		X	Türkçe	İngilizce	Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		X	Türkçe	İngilizce	Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-				
	DİĞER:	-				
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 14.08.2018	Karar No:189				
	Bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
BRSHH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI ADI- SOYADI:	Doç. Dr. Murat ERKIRAN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişkisi		İmza		
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU	Eğitim Koordinatörü	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Bekir TUĞCU	Beyin ve Sinir Cerrahisi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			
Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI	Nöroloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			
Doç. Dr. Gül KARAÇETİN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>			

EK-6 Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Selamlar;

Bu konuyla ilgilenmeniz ve ölçeği kullanmak istemenizden duyduğum memnuniyeti bildirmek istedim. Ölçeği ve değerlendirmesi konusundaki bilgiyi ekte gönderiyorum. Ekte yer alan şekliyle kaynak göstererek kullanmanızda hiç bir sakınca bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarınızdan haberdar ederseniz sevinirim.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.



EK-7 Genel Özyeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

Merhaba,

Genel Özyeterlilik Ölçeğini çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz.

Ters puanlanan maddeler, geçerlik ve güvenilirlik ile ilgili bilgilere makalede ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Puan arttıkça özyeterlilik inancı artıyor.

Ekte ölçek formunu ve makaleyi gönderiyorum.

Kolay gelsin

iyi çalışmalar

Fatma Yıldırım

EK-8 Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Ebru Özcan tarafından yürütülen “Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi, Öz yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Psikiyatri hastalarında algılanan duygu dışavurum düzeyi ve öz yeterliliğin tedavi uyumuna etkisini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 150 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ebru.ozcan19@hotmail.com e-posta adresi ve 0212 409 15 15 Dahili/2805 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-

Soyadı:.....

....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PSİKİYATRİ HASTLARININ ALGILADIĞI DUYGU DIŞAVURUM DÜZEYİ ve GENEL ÖZ YETERLİLİĞİN TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

ORIJİNALLIK RAPORU

%5 BENZERLİK ENDEKSİ	%4 İNTERNET KAYNAKLARI	%2 YAYINLAR	%3 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	issuu.com İnternet Kaynağı	<%1
2	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
3	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
4	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
5	terapist.biz İnternet Kaynağı	<%1
6	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<%1
7	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ebru	Soyadı	Özcan
Doğ.Yeri	Çatalzeytin	Doğ.Tar.	05.06.1992
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	47977380780
Email	ebru.ozcan19@hotmail.com	Tel	0537 347 00 51

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2014
Lise	Mustafa Kaya Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	2017-
2.	Hemşire	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi	2015-2017
3.	Hemşire	Amerikan Hastanesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	Orta	55	72,5(Yök Dil)

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Orta
Microsoft Word	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Kitap okumak, Müzik dinlemek, Sinema ve Tiyatroya gitmek