



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA İÇGÖRÜ, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMANIN İLAÇ UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem GÖKALP

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA İÇGÖRÜ, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMANIN İLAÇ UYUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem GÖKALP

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlaç
Uyumu Üzerine Etkisi

Gizem GÖKALP

Yüksek Lisans Tezi

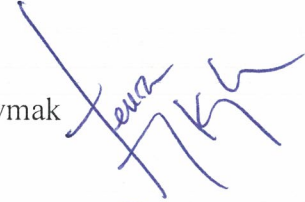
21.06.2017

Yrd. Doç. Dr. Birgül Özkan



Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Semra Ulusoy Kaymak



Doç. Dr. Satı Demir



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken
tüm kapsam ve kalite şartlarını kapsadığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

21.06.2017

Gizem GÖKALP



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden bu yana beni her anlamda destekleyen, fikir, görüş ve önerileri ile yönlendiren, sabır ve özveri ile aşama kaydetmeme sebep olan, bir öğrencisi gibi görmeyip meslektaşısı olarak gören, bana inanan ve güvenen değerli hocam ve danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN 'a sonsuz teşekkürler.

Tezimin gerçekleşmesine olanak sağlayan, tez çalışmam boyunca bana zaman ayırıp yardımcı olan ve desteklerini esirgemeyen Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü İdari ve Eğitim Sorumlusu sayın Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ 'ye, sayın Doç. Dr. Semra ULUSOY KAYMAK hocalarıma ve ekibine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışmam sürecinde de beni hiç yalnız bırakmayan, manevi desteklerini her zaman hissettiğim annem Birsen GÖKALP 'e, babam Ertuğrul GÖKALP 'e, kardeşlerime çok teşekkür ederim. Ayrıca bu süreçte her zaman yanımda var olan, bana her zaman kendimi şanslı hissettiren biricik eşim Ömer Faruk GÖLLÜ 'ye en derin teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam boyunca kaygılarımı dindirip beni motive eden, yardımlarını esirgemeyen sevgili dostum Özlem Ümran UYANIK 'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1.Şizofreni.....	9
2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi	9
2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi	9
2.1.3. Şizofrenin Etiyolojisi.....	10
2.1.3.1. Şizofrenin Kalıtsal Nedenleri	10
2.1.3.2. Beyindeki Yapısal Değişiklikler.....	11
2.1.3.3. Beyindeki Kimyasal Maddelerdeki Değişiklikler	11
2.1.4. Şizofrenide Klinik Belirtiler.....	12
2.1.5. Şizofrenide Prognoz	14
2.1.6. Şizofrenide Tedavi	15
2.2. Bipolar Bozukluk.....	15
2.2.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi	16
2.2.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi.....	16
2.2.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi.....	17
2.2.3.1. Bipolar Bozuklukta Kalıtsal Nedenler.....	17
2.2.3.2. Bipolar Bozuklukta Beyindeki Yapısal Değişiklikler	18

2.2.3.3. Bipolar Bozuklukta Beyindeki Kimyasal Maddelerdeki Değişiklikler	18
2.2.3.4. Bipolar Bozuklukta Psikososyal etmenler	18
2.2.4. Bipolar Bozuklukta Klinik Belirtiler.....	18
2.2.5. Bipolar Bozuklukta Prognoz	20
2.2.6. Bipolar Bozuklukta Tedavi	21
2.3. İçgörü.....	22
2.3.1. Şizofrenide İçgörü Kavramı	24
2.3.2. Bipolar Bozuklukta İçgörü Kavramı	25
2.4. İçselleştirilmiş Damgalanma	26
2.4.1. Damgalama.....	26
2.4.2. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma	28
2.4.3. Bipolar Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma	29
2.5. İlaç Uyumu	31
2.5.1. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler	33
2.5.2. Şizofrenide İlaç Uyumu	33
2.5.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumu	34
2.6. Konunun Hemşirelikle İlişkisi Ve Önemi	35
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	37
3.1.Araştırmanın Tipi.....	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
3.3.Araştırmanın Evreni.....	38
3.4. Araştırmanın Örneklemi	38
3.4.1. Örneklem seçim kriterleri;	38
3.4.2. Araştırmanın dışlama kriterleri:	39
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.6. Veri Toplama Araçları	40

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	40
3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	40
3.6.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ).....	41
3.6.4 Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ).....	42
3.6.5. İlaç Tutum Envanteri(İTE).....	43
3.6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)	43
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	44
3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulanması.....	44
3.7.2. Araştırmanın Uygulanması	44
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi.....	45
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	46
3.9.1. Bağımsız Değişkenler	46
3.9.1.1. Sosyodemografik değişkenler.....	46
3.9.1.1.1. Hastalıkla ilgili değişkenler.....	47
3.9.2. Bağımlı Değişkenler.....	47
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	48
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA.....	74
5.1. Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ ve KGİÖ genel puan ortancalarının dağılımlarının tartışılması.....	74
5.2. Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması	81
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	83
6.1. Araştırmanın Sonuçları.....	83
6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler	87

7. KAYNAKLAR	88
8. EKLER.....	109
EK-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	109
EK-2. Sosyodemografik Veri Formu.....	112
EK-3. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)	114
EK-4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) .	117
EK-5. Morisky Uyum Ölçeği	122
EK-6. İlaç Tutum Envanteri	123
EK-7. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ).....	124
EK-8. İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi-1	125
EK-9. İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi-2	126
EK-10. Etik Kurul Raporu.....	127
EK-11. ÖZGEÇMİŞ	128

ÖZET

Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlaç Uyumu Üzerine Etkisi

Amaç: Bu çalışma, psikiyatri polikliniğine gelen, ayaktan takip edilen bir grup şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastanın içgörü, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin ilaç uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve yöntem: Araştırma Türkiye’de bir hastanede Mayıs 2015-Mart 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma psikiyatri polikliniğine başvuran ,18-65 yaşları arasında, DSM-V’ e göre şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış ve ayaktan takip edilen 100 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verileri araştırmacıların geliştirdiği Sosyodemografik Veri Formu, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği ,Morisky Uyum Ölçeği, İlaç Tutum Envanteri ,Klinik Global Değerlendirme Ölçeği ile toplandı.

Bulgular:Çalışma gruplarında hastaneye yatış nedeni, ilacı kendilerinin kullanma durumu, ilaç alma konusunda desteklenmeleri ve hatırlatmaya ihtiyaç duymaları durumlarının dağılımları farklılık göstermemektedir. BBİÖ kendinden eminlik alt ölçek skorları şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında benzerdir. RHİDÖ toplam ölçek skoru şizofren grubunda bipolar bozukluk olanlarda elde edilen skordardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.İTE skorlarının şizofren grubunda anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. KGIÖ hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki sorularına ait yanıt kategorilerinde grupların dağılımı benzerdir.

Sonuç: Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri bipolar bozukluğu olan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca ilaç uyum düzeyleri bipolar bozukluğu olan hastalara göre daha düşük saptanmıştır. Bu nedenle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin bu iki kavramı algılayıp, benimseyerek ilaç uyumu üzerine etkilerini incelemeleri ve toplum ruh sağlığı alanında yeni programlar oluşturup uygulamaları önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, İçgörü, İçselleştirilmiş Damgalanma, İlaç Uyumu, Şizofreni.

ABSTRACT

Effect of Insight-oriented Internalized Stigmatization on Drug Compliance in Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder

Purpose: This study was conducted to determine the effect of insight-oriented internalized stigmatization level on drug compliance in a group of patients with schizophrenia and bipolar disorder that were followed up at the psychiatric outpatient clinic.

Materials and methods: The study was conducted at a hospital in Turkey between May 2015-March 2016. The study was conducted with 100 patients who were admitted to the psychiatric outpatient clinic between the ages of 18 and 65 who had been diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder according to DSM-IV and followed up. The Sociodemographic Data Form has been developed by the researchers of the study by using the Beck Cognitive Insight Scale Internalized Stigmatization Scale in Mental Illness, Morisky Compliance Scale, Drug Attitude Inventory and Clinical Global Assessment Scale.

Findings: In study groups, the reasons for hospitalization, medication usage, support for taking medication, and the need to remind were found not to be different. BBIO Self-efficacy subscale scores are similar in patients with schizophrenia and bipolar disorder. The total scale score of RHIDS was found to be significantly higher than the scores obtained with bipolar disorder in the schizophrenic group. ITE scores were found to be significantly lower in the schizophrenic group. The distribution of the groups is similar in the response categories for the severity of KGIÖ disease, recovery and adverse effects.

Conclusion: Internalized stigmatization levels of schizophrenia patients participating in the study were found to be higher than patients with bipolar disorder. In addition, drug compliance levels were lower than patients with bipolar disorder. Therefore, it can be suggested that psychiatric nurses to perceive and adapt these two concepts to examine their effects on drug compliance and to create and implement new programs in the community mental health field.

Keywords: Bipolar Disorder, Drug Compliance, Insight, Internalized Stigma, Schizophrenia.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BB	: Bipolar Bozukluk
BBİÖ	: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
DSM-IV	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatiksel El Kitabı- IV
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
İTE	: İlaç Tutum Envanteri
KGİÖ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
Max	: Maximum
Min	: Minumum
MUÖ	: Morisky Uyum Ölçeği
n	: Örneklemdeki BireySAyısı
p	:Anlamlılık Düzeyi
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SPSS	:Statistical PackageForSocial Sciences
SS	: Standart Sapma
t, Z, χ^2	: Test Sonucu
\bar{X}	: Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. DSM V şizofreni tanı kriterleri	13
Tablo 2.2. Şizofrenide iyi ve kötü prognoz kriterleri	14
Tablo 2.3. DSM V Bipolar Bozukluk tanı kriterleri.....	19
Tablo 2.4. Bipolar Bozuklukta iyi ve kötü prognoz kriterleri	21
Tablo 4.1. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=100).. ..	49
Tablo 4.2. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, İTE ölçek puanlarının karşılaştırılması. 54	
Tablo 4.3. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin MUÖ ve KGIÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.....	55
Tablo 4.4. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, İTE ölçek puanlarının karşılaştırılması. 56	
Tablo 4.5. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin cinsiyetlerine göre BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	57
Tablo 4.6. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin aile tiplerine göre BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	60
Tablo 4.7. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü durumuna göre BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	63
Tablo 4.8. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin intihar girişiminin olup olmaması durumuna göre BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	66
Tablo 4.9. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma durumuna göre BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.	69

Tablo 4.10. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBiÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGiÖ ölçeklerinden elde edilen puan ortancalarının ilişkisi..... 72



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni, gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere düşünme, duygulanım ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı gidiş ve sonlanışı hastadan hastaya ve süreç içinde değişen sadece kişide değil kişinin ailesi ve sosyal çevresinde de güçlüklerle, çok yönlü yıkımlara yol açan her toplum ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilen bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır (1, 2).

Şizofreni, prognozunun diğer ruhsal bozukluklara göre daha olumsuz olması ve yakın zamanlara kadar tedavi imkânlarının kısıtlılığı sebebiyle sosyal ve psikolojik yeti yitiminin en çok görüldüğü ruhsal bozuklukların başında yer almaktadır (3, 4). Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (5). Dünyada yaklaşık 40 milyon, Türkiye’de ise 650 bin şizofreni hastası bulunmaktadır (6).

Şizofrenik bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklardan biriside bipolar bozukluktur. Bipolar Bozukluk ise (BB) belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan manik, depresif ya da ikisini de kapsayan karma epizotlarla giden ve bu epizotlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline dönebildiği kronik seyirli, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen, toplumda sık görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (4,7-11) Bipolar bozukluk, özellikle pek çok sakatlayıcı ve intihar girişiminde bulunan hastaların %25-50’sinde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bipolar affektif bozukluğu, şiddetli engelliliğe neden olan hastalıklar arasında sınıflandırmaktadır (12). Ömür boyu yaygınlık tahminleri Bipolar-I için % 0,6, Bipolar-II için % 0,4, eşik altı Bipolar bozukluk için % 1,4’tür (13).

Ruhsal hastalıklarda içgörü hastanın hastalığını anlamasını ve hastalığını yargılamasını belirtmektedir. İçgörü şizofreni ve bipolar bozukluk dâhil bazı ruhsal hastalıkların iyileşmesinde önemli bir işaret olarak görülmektedir.

İçgörü basitçe kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. İçgörü sözlük anlamında; ayırt etme, anlayış ve bilgelik (14), bir şeye verilen görme yetisi, ruhsal görüş ya da anlayış, psikolojik olarak çözümü hızla kavrama, biçimsel öğrenme, bireyin kendisini diğerlerinin gördüğü gibi görebilmesi, kendilik bilgisi, hasta kişinin ruhsal bir hastalığı olduğunu bilmesidir (15). Jaspers psikiyatride içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırmacılarından biridir, içgörüyü günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamaktadır. Jaspers'e göre psikotik hastalarda içgörü geçici olarak görülebilir, hastalar bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu fark edebilir, ancak bu sadece bir süre içindir sonra tekrar bu farkındalıklarını yitirebilmektedir (16, 17).

İç görü eksikliğinin şizofreni hastalarında yaygın olduğu belirtilmektedir. DSÖ'nün şizofrenler üzerinde yaptığı bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunda (%97) içgörünün olmadığı bildirilmektedir (18). Şizofrenlerle yapılan farklı çalışmalarda da, hastaların %50-80'inde tam olarak ya da kısmen içgörünün olmadığı saptanmıştır (19-21). İçgörünün az olması, hastaneye yatış sayısının fazla olmasına ve daha fazla relapsa sebep olmaktadır (22). Bu durum, psikopatolojinin ciddiyetini ve tedavi uyumunu etkilemektedir (22,23). Bu azalmış içgörü önemli ölçüde ilaç uyumsuzluğu, sık relapslar ve kötü prognoz ile ilişki olmaktadır (24,25). Ruhsal hastalıklarda içgörü genellikle aşağıdaki hususları içeren çok boyutlu bir kavramdır (24,26, 27). Ruhsal bozukluğu olan kişilerde bu kavramlar irdelenerek kişinin hastalığı hakkında içgörüye sahip olup olmadığı anlaşılmaktadır.

Yoğun farmakolojik ve psikososyal destek gerektiren ve kronik bir hastalık olan bipolar bozuklukta ise içgörü eksikliği sıkça görülmektedir (28-31). İçgörü eksikliği hastalığın klinik gidişine, tedavi uyumuna ve sosyal işlevselliğine olumsuz etki eden önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (32,33). Araştırmalar BB'a sahip olan hastaların düzelme döneminde sosyal işlevselliğinde düşüş olduğunu belirtmektedir (34,35). Yeterli tedavi almayan bipolar bozukluklu bir hastanın hastalığın ortaya çıkardığı psikososyal ve işlevsel kayıptan dolayı aktif yaşantısında önemli kayıplar

olabileceği belirtilmektedir (36,37). Şizofrenide karakteristik olan içgörü eksikliği (38), bipolar bozuklukta duruma bağlıdır (39).

BB olan kişilerde içinde bulunduğu duruma karşı içgörü eksikliği bulunmaktadır bu durum hastanın rahatsızlığının farkında olmayışına ve tedavi planına uymayarak tedavisini aksatmasına sebep olmaktadır. Şizofrenide ise hastalığın belirtilerine bağlı gelişen halüsinasyonlar nedeniyle kişi hasta olduğunu kabul etmeyebilir, verilen ilaçların ona zarar vereceğini düşünebilmektedir. Her iki hastalıkta da hastalığa karşı geliştirilecek iç görü, hastalığın farkında olunmasına, tedavinin etkin yürütülmesine böylelikle hem toplumsal hem de bireysel anlamda yaşanabilecek kayıpların azalmasına katkı sağlayacaktır.

Şizofreni ve bipolar bozuklukta içgörü geliştirme tedavi ve bakımın temel amaçları arasında sayılmaktadır. İçgörünün geliştirilmesi kişinin kendini stigmatize etmesini önlemektedir. Eğer kişi kendini stigmatize ederse bunun sonucunda içselleştirilmiş damgalanma oluşmaktadır. Bu nedenle sanrısız bozukluklarda kişinin kendini damgalama özelliği ile içgörü arasındaki ilişkinin saptanması oldukça önemli rol oynamaktadır. Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, toplum içerisinde çoğunlukla farklı olduklarını, konuşma ve hareketleri ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili bazı tutumların oluşmasına neden olmaktadır (40). Sonuç olarak ise ruhsal hastalığa sahip olan kişiler toplum tarafından stigmatize edilmektedir.

Damgalama(stigma) bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesi olarak tanımlanmaktadır (41). Damgalamanın en fazla etkilediği gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin damgalanması, bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüz yüze kalmalarına neden olabilmektedir (42-44). Damgalama, hastanın tedaviye başvurmasını ve rehabilitasyon programlarına katılmasını engellemekte ve dolayısıyla da onların toplum dışında kalmalarına yol açabilmektedir (45). Ülkemizde damgalanma üzerine yapılan çalışmalar da, ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalandığını ve dışlandığını göstermektedir (46-49).

Damgalama ve damgalanma konusundaki çalışmalar 1950’li yıllarda başlamış ve damgalanan kişilerin damgalanmaya ilişkin öznel yaşantıları ilk kez 1980’li yıllarda eşcinsel örneklem ile çalışılmıştır (50). Literatürde şizofreni hastalarında damgalanmanın içselleştirilmesinde içgörü düzeyi önemli bir değişken olarak vurgulanmaktadır (51) ve içselleştirilmiş damgalanmanın depresif semptomların oluşumunda ve intihar düşüncesi/ girişiminde etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir (52, 53).

Yanos ve ark. (54), çalışmalarında; şizofreni hastalarında damgalanma içselleştirildiğinde; benlik değerinde azalma, depresif semptomlar, sosyal geri çekilme ve psikiyatrik semptomlarda artış olduğunu ve bu noktada işlevsel olmayan düşünceleri değiştirmede ve sosyalleşmede psikoeğitim programlarının ve bilişsel davranışçı yaklaşımın etkili olacağını belirtmektedirler. Benlik değeri ise, içselleştirilmiş damgalama ile ilişkilendirilerek pek çok araştırmaya konu olan bir kavramdır. İçselleştirilmiş damgalanmanın benlik değerini azalttığı yönündeki çalışmaların yanı sıra, benlik değeri düşük olanların olumsuz toplumsal yargılardan daha çok etkilendiği de öne sürülmektedir (55).

Şizofreni tedavisinde başarının ve hastalığın yönetimindeki en önemli engellerden biri, hastalıkla ilişkili olan damga sorunudur bu bireylerin bazen toplum tarafından etiketleme, ayrımcılık ya da dışlanmaya maruz kalmadığı halde de kendilerini etiketlenmiş olarak algıladıkları görülmektedir. “İçselleştirilmiş damgalanma” diye tanımlanan bu kavram bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdaki geri çekmesi olarak tanımlanmaktadır. Bazen birey toplumun olumsuz kalıp yargılarına maruz kaldıktan sonra da bu durumu kabullenip, bu kalıp yargıların kendisi için geçerli “gerçekler” olarak algılamaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma, toplumun ruhsal hastalığı olanlara karşı damgalamasını hastanın algılama derecesi olarak açıklanmaktadır.

Kendisini etiketlenmiş olarak düşünen birey değersizlik, utanç, suçluluk gibi olumsuz duyguları yaşayarak kendisini toplumdaki geri çekmekte ve sosyal izolasyon yaşamaktadır. Bu, birey için toplumun bireye yaptığı etiketlemeden daha tehlikeli bir durumdur ve birey yoğun bir utanç yaşamaktadır. Çünkü etiketlenmeyi içselleştiren birey, yalnızca toplumun etiketleyici düşüncelerini kabul etmek ya da

içselleştirmekle kalmaz aynı zamanda kendini toplumdan çeker ve sonuç olarak toplumsal destek de azalmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalanmayla da baş etmelerini güçleştirmektedir (56,57).

Tanı grupları olarak şizofreni, affektif bozukluklara göre daha fazla damgalayıcı bulunmakla birlikte, toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar, toplum içinde yaygınlık oranı yüksek olan duygudurum bozuklukları için de geçerli olmaktadır. Chung ve ark (58) damgalanma algısının duygudurum bozuklukları üzerindeki etkilerinin yakın zamanda dikkati çeken bir konu olduğunu vurgulamaktadır. Konuyla ilgili az sayıda çalışma vardır. Bipolar bozukluklu (BB) hastaların % 54,6'sının damgalanma hissettiği bildirilmektedir (59). Bu damgalanma hissi toplumdan olduğu gibi, hastanın ailesinden de kaynaklanabilmektedir. Bu da hastalarda yaygın bir reddedilme algısına yol açmaktadır (60).

Sürekli ilaç kullanma gerekliliği (özellikle şizofreni ya da bipolar bozukluk tanımlı hastalarda) damgalanma algısının artmasına neden olmaktadır. Sürekli ilaç kullanmak zorunda kalan hastaların tedaviye uyumları uzun dönemde giderek bozulmaktadır ve bu durumun ilaçlara bağlı yan etkilere değil damgalanma algısına veya korkusuna bağlı olduğu görülmektedir (60).

Reçete edilen antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk şizofreni tanısı alan hastalarda yıllardır sık karşılaşılan ve araştırılan bir konu olmaktadır. Tedaviye uyum problemleri hastaneye zorla yatışların artmasına, yatış süresinin uzamasına, psikotik belirtilerin daha uzun sürede iyileşmesine, kötü prognoza ve intiharlara neden olmaktadır (61, 62). Yapılan bazı çalışmalarda antipsikotik ilaçlarını düzenli almayan şizofreni hastalarında relaps oranının, ilaçlarını düzenli alan hastalara göre beş kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (62-64). Tedaviye uyumsuzluk problemi olan hastalardaki bu durum ise, hastaların birlikte yaşadıkları kişileri de etkilemekte, tükenmişliğe neden olmakta ve sağlık bakımının maliyetini artırmaktadır (65, 66).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi uyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. İlaç yan etkileri bunlar içinde en çok bilinendir (65, 67). İlaç yan etkileri dışında hasta, hastalık, ilaçlar ve çevre ile ilişkili faktörler de tedavi uyumunu etkilemektedir (68, 69).

Hasta ile ilişkili faktörlerden hastalığa yönelik negatif tutum ve iç görünün az olması hastanın sağlığı geliştiren davranışlar sergilemesine engel olmaktadır (65,70,71). Şizofreni tanısı alan bireylerin belirtilerini algılayışları, bunları nasıl tanımladıkları, hastalıklarının seyrinden ve tedaviden neler bekledikleri araştırılarak iç görünün düzeyi dolaylı olarak ölçülebilmektedir. İç görü eksikliği, kişinin hastalığına karşı olan umutsuzluğu, depresyon riskini ve bilgilenme eksikliğini de beraberinde getirmektedir (70,72,73). Dilbaz ve ark. (74) şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, akut ve uzun dönemde tedavi uyumsuzluğu sebeplerinin başında hastalığın inkârı ve ilaç yan etkileri olduğu bulunmuştur.

İçselleştirilmiş damgalama hasta ile ilişkili bir diğer tedaviye uyumsuzluk nedenidir ve tedavi uyumunda önemli bir bariyer olarak belirtilmektedir. Hastalık belirtilerini kötüleştirerek iyileşmeyi geciktirmekte; kişinin benlik saygısını ve öz yeterliliğini etkilemektedir (55,65,69,75). İçselleştirilmiş damgalama hastaların tedaviye yönelik motivasyonunu azaltarak, gelecekle ilgili planlar yapmasını engellemektedir (73).

Bipolar bozuklukta ise ilaç uyumsuzluğu %20-60 arasında değişmektedir (76, 77). BB tanısı olan bireylerin üçte birinden fazlası kendi psikiyatristi ile işbirliği yapmadan ilaçlarını iki veya daha fazla kez bırakmaktadır. Her on bipolar bozukluğu olan hastadan dokuzu hayatlarında en az bir kez ciddi bir şekilde ilaçlarını kullanmayı bıraktığını kabul etmektedir. Ayrıca bipolar hastaların en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 başarısızdır (78, 79).

İlaç uyumsuzluğunun hastalık belirtilerinin tekrarlamasını, hastaneye yeniden yatışı ve yatışa bağlı sağlık maliyetini, intiharları, morbidite ve mortaliteyi arttırmak gibi önemli sonuçları olmaktadır (40, 80-87). Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (40, 87).

Psikiyatride, özellikle de BB gibi yineleyici ve aynı zamanda düzenli tedavi ve psikoterapi ile %60-80 oranında tamamen önlenebilen bir hastalıkta tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (85, 88).

Tedaviye uyum bağımsız yaşamayı kolaylaştırır, belirtilerin kontrolüne yardımcı olur ve relapsların önlenmesi için önemli olmaktadır (36, 89). Hemşirelerin

hastaları ilaçlar hakkında iyi bilgilendirmesi olumsuz etkilerin en aza inmesini sağlayarak tedavi planına uymaya yardımcı olur. Hastaların tedavi konusundaki kaygılarını tartışmak, tedavileri konusunda bilinçli karar vermelerini sağlamaktadır (90).

Yapılan literatür taramalarında hem ülkemizde hem de dünyada yapılan çalışmalarda şizofeni veya bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma, iç görü ve tedaviye uyum değişkenleri ele alınmış ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma ve iç görünün önemi ortaya konulmuştur. Yapılan taramalar sonucunda şizofreni ve bipolar bozukluk araştırmalarda ayrı ayrı ele alınıp değişkenler arasında farklar incelenmiştir. Bu çalışmada ise şizofreni ve bipolar hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve iç görünün tedaviye uyumda etkisi istatistiksel karşılaştırılacaktır bu sayede bu konudaki eksiklikler giderilmeye çalışılarak tedaviye uyumu etkileyen faktörler belirlenecek, hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın farkına varılacak, iç görü eksikliği belirlenip tedavi planı bu değişkenler doğrultusunda planlanarak literatüre katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Tedaviye uyumsuzluk sadece hasta ve ailesinin sorunu değildir. Hemşireler bu konuda önemli rollere sahiptir. Hemşire, hastanın ilaç yan etkilerini tolere edip edemeyeceğini ve ilacın hastayı nasıl etkilediği konusunda hassas olmalıdır. Hastanın tedaviye devam etmesinde ilaç seçimi, doz programı çizelgeleri, yan etkilerin zamanında giderilmesi etkili olmaktadır. Hasta ve ailesi ile terapötik ilişki kurma, güçlü bir güven sağlama ile yan etkiler ve diğer zorluklar azaltılabilir (91). Bu nedenle hastaların ilaç uyumunu ve ilaç uyumu üzerine etki eden faktörleri değerlendirerek ilaç uyumsuzluğunu önceden tanıyabilmek ve önleyebilmek özellikle hastaya bakım verme sürecinde sürekli hasta ile iletişim halinde olan hemşireler için son derece önemli hale gelmektedir. Bu sebeplerden dolayı bu çalışma psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin içgörü, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin saptanması ve ilaç uyumu üzerine ilişkilerinin analiz edilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve ilaç uyumu arasında bir ilişki var mı?
- şizofreni hastalarında içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ile ilaç uyumu arasında bir ilişki var mı?
- BB hastalarında içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ile ilaç uyumu arasında bir ilişki var mı?
- Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin arasında içgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve ilaç uyumu karşılaştırılmasında bir ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Şizofreni

Şizofreni, her toplum ve coğrafi bölgede görülen, genellikle genç yaşlarda başlayıp kronik gidiş gösteren, ileri derecede yeti yitimine yol açan, çok fazla tedavi masrafına ve iş gücü kaybına sebep olan önemli bir toplum ruh sağlığı sorunudur (92, 93).

Şizofreni ayrıca gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere bireyde düşünme, algılama, duygulanım, davranış, iş yaşamı, toplumsal ilişki gibi alanları olumsuz olarak etkileyen, sosyal geri çekilmenin görüldüğü relapslarla giden kronik belirtiler kümesidir (94, 95).

Şizofreni görülme sıklığının sosyodemografik faktörlerle çok fazla değişiklik göstermediği göz önüne alındığında her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardan olduğu bildirilebilir (96). Dünya sağlık örgütü verilerine göre bütün hastalıklar arasında en çok yeti yitimine ve kayba yol açan 10 hastalıktan biridir (93). Şizofreni ruhsal hastalıklar içinde birey, aile ve toplum açısından en yıkıcı olanıdır (97).

2.1.1. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni tanımı ilk olarak 19. yüzyılın sonunda Alman psikiyatrist Emil Kraepelin tarafından açıklanmıştır. Kraepelin psikozları periyodik seyredenler ve bunamaya gidebilenler olmak üzere ikiye ayırmıştır. Bleuler ise 20.yüzyılın başlarında ilk kez “şizofreni” terimini kullanmıştır. Günümüzde bütün dünyada kabul gören bu terim Latince schism (yarılma), phren (zihin, akıl) sözcüklerinden oluşmakta ve kişilik bölünmesi anlamında kullanılmaktadır (98-100).

2.1.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Karşılaştırmalı verilerin toplanmasındaki zorluklara karşı, şizofreni sıklığının ve yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenebilir. Hastalığa yakalanma oranı, her iki cinsiyette de aynıdır ve %1 olarak belirtilmiştir (93, 101-103).

Dünyada yaklaşık 40 milyon, Türkiye’de ise 650 bin şizofreni hastası bulunmaktadır (104). Ülkemizdeki yıllık prevalansı %0,9, yaşam boyu prevalansı %1,5 olarak açıklanan şizofreniye her yıl altı binden fazla yeni şizofreni vakası eklendiği ve 200 binden fazla ailenin bu hastalıktan etkilendiği açıklanmaktadır (105).

Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 15-40 yas arasında değişmektedir ve hastaların %90’ı 15-25 yas grubundadır. Başlangıç yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş arasındadır (106). Şizofreni prevalansı, sosyoekonomik durumu düşük olanlarda %2,5, yüksek olanlarda ise %0,5, olarak verilmektedir (104, 107).

2.1.3. Şizofrenin Etiyolojisi

Şizofreninin belirti kümelerinin kişiden kişiye değişmesi nedeniyle tek bir hastalıktan çok bir sendrom gibi değerlendirilmesine sebep olmuştur. Belirtilerdeki çeşitliliğin yanında, klinik gidiş, hastalığın başlangıç yaşı, farmakolojik tedaviye yanıtlar nöroanatomik bulgular arasında da farklılıklar görülmektedir. Bu nedenle şizofreni tek tip bir hastalık değildir. Birçok oluş nedeni ve birçok tipi bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı etiyolojisi henüz kesin olarak belirlenememiştir (100). Tüm hastalar için geçerli olan tek bir sebep bulunmamakla birlikte şizofrenin ortaya çıkmasında rol oynayan başlıca etkenler dört başlık altında toplanabilir (108).

- Kalıtsal nedenler,
- Beyindeki yapısal değişiklikler,
- Beyindeki kimyasal maddelerdeki değişiklikler,
- Psikososyal etmenler.

2.1.3.1. Şizofrenin Kalıtsal Nedenleri

Şizofreni hastalarının ailelerinde hastalığın toplum ortalamalarına göre daha sık görülmesi şizofrenide ailesel geçişin önemine işaret etmektedir. Örneğin, anne ya da babasından biri şizofreni hastası olan çocukta hastalığın görülme olasılığı %12’dir. Kardeşlerden biri şizofreni hastası ise diğer kardeşlerde hastalık görülme olasılığı %8’dir (108, 109).

Şizofreni ile ilgili olan çok sayıda gen belirtilmiştir ve genetik geçiş basit Mendel kurallarına göre tek gen kalıtımına uymamaktadır. Bir başka deyişle, elde edilen sonuçlar şizofreniden tek bir geni sorumlu tutmak yerine birden fazla genin rolü olduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle hastalığın geni tam olarak bilinmemektedir [17,18,(110)].

2.1.3.2. Beyindeki Yapısal Değişiklikler

Tomografi gibi yapılan görüntüleme çalışmalarında şizofreni hastalarının beyinlerinde normalde görülmeyen bazı değişiklikler olduğu belirlenmektedir. Beyinde normalde bulunan boşlukların hasta kişilerde daha geniş olduğu ve bazı beyin bölümlerinin normalden daha küçük olduğu görülmüştür [17,18,19].

Örneğin duygusal düzenleme ve hafıza fonksiyonundan sorumlu olan Talamus ve Temporal Lob'da, belirgin bir küçülme olduğu ortaya konulmaktadır (111). Pozitif psikotik belirtiler ile temporal lobda kanlanma artışı arasında ilişki olması en sık bildirilen bulgular arasındadır. İşitme varsanıları olan hastalarda ise medyal temporal bölgelerde kanlanma artışı olduğu gösterilmiştir (112).

2.1.3.3. Beyindeki Kimyasal Maddelerdeki Değişiklikler

Beyinde milyarlarca sinir hücresi bulunur. Her hücrenin ucundan salgılanan bazı kimyasal maddeler vardır beyin hücreleri arasında haberleşmeyi sağlayan bu maddelere nörotransmitter denilmektedir (adrenalin, dopamin, serotonin gibi). En yaygın olarak kabul gören hipotez dopaminin aracılık ettiği haberleşmede bir bozukluk olmasıdır. Dopamin hastaların beyinde bazı bölgelerde fazla miktarda salgılanmaktadır. Dopamin aracılığıyla haberleşmedeki bozukluk; hezeyan ve halüsinasyonlar, dağınık davranış ve konuşma gibi hastalık bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır (108, 109). Serotoninin etkisi ise; postsinaptik serotonin reseptörlerindeki duyarlılık artışının bilişsel süreçte etkili olduğu şeklinde açıklanmaktadır (108, 113).

2.1.4. Şizofrenide Klinik Belirtiler

Genellikle hastaneye ilk yatış zamanı, şizofreni başlangıcı olarak kabul edilmekle birlikte hastalığın belirti ve bulgularının sıklıkla aylar yâda yıllar öncesinden ortaya çıktığı belirtilmektedir. Kişilerde hastalığa yönelik prodramal belirtiler görülmeden önce, güç fark edilen, sinsi ve ilerleyici bir dönem olan premorbid dönem görülmektedir. Bu dönemde, bireylerde genellikle karakteristik olarak şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin bulunduğu sessiz, içe dönük ve edilgen bir zaman dilimi bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında hastalık öncesi dönemde, bedensel yakınmalar bulunabilir (2, 114, 115).

Şizofrenide görülen bilişsel bozukluklar pozitif ve negatif belirtiler gibi hastalığın diğer belirtiler basamaklarını oluşturmaktadır. Normalin dışında fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak görülen belirtiler pozitif, normal işlevlerde eksiklik ya da yokluk olarak görülen belirtiler negatif olarak adlandırılmaktadır. Pozitif ve negatif belirtiler, hastaların çeşitli yaşam alanlarının olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

- Pozitif belirtiler (delüzyonlar, halüsünasyonlar, dezorganize konuşma, katotoni),
- Negatif belirtiler (duygusal küntlük, alogia, avoliation, anhedoni, sosyal çekilme),
- Komorbid durumlar (mood bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, anksiyete, agresyon)
- Bilişsel yetersizlikler (dikkat, hafıza, yönetimsel işlevler) hastada kendine bakımın ve sosyal işlevselliğinin bozulmasına, aynı zamanda da psikososyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin belirgin olarak azalmasına neden olmaktadır (2, 109).

Tablo 2.1. DSM V şizofreni tanı kriterleri (116).

A:Karakteristik Semptomlar:	Aşağıdaki belirtilerden ikisinden(ya da daha çoğundan)her biri, bir aylık(ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa)bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur.Bunlardan en az birinin(1),(2) ya da (3)olması gerekir.
1) Sanrılar	
2) Varsanılar	
3) Darmadağın konuşma	(örn; sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma
4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranış	
5)Silik(negatif) semptomlar,(duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).	
B:Bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zamanın önemli bir kesiminde,iş,kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi,bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi,bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişiler arası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez.	
C:Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık süre, A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) semptomları (açık evre belirtileri) kapsamalıdır ve prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ve rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk,prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif semptomlarla ya da bu hastalığın A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun eşik altı biçimleriyle (örn: yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.	
D:Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır,çünkü ya (1) açık evre semptomları ile birlikte eş zamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da (2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile,bunlar hastanın açık ve reizdüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.	
E:Bu bozukluk bir maddenin (örn:kötüye kullanılabilen bir madde,bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanmaz.	
F:Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa,şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanısıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık(başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa ayrıca şizofreni tanısı da konur.	

2.1.5. Şizofrenide Prognoz

Şizofreni, genel olarak kronik tabloya akut alevlenmeler ve remisyonların eşlik etmesiyle seyreder. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Daha sonra, yine çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu, rezidüel şizofreni türüne dönüşebilir (109).

Şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalarda iyileşme oranlarının %10 ile %60 arasında değiştiği, hastaların ortalama %20- %30'nun toplumsal normlara uygun bir yaşam sürebildikleri, %40-%60'ının ise hastalığın yıkımla giden etkisi altında sosyal ve mesleki yeti yitimi yaşadıkları belirtilmektedir (99). Şizofreninin prognozu kişisel değişiklikler gösterdiğinden, prognozu öngörmede olumlu ve olumsuz prognoz göstergelerini göz önüne almak gerekmektedir.

Tablo 2.2. Şizofrenide iyi ve kötü prognoz kriterleri (117).

İyi prognoz	Kötü prognoz
Geç başlangıç Belirgin presipite edici etkenler Akut başlangıç İyi premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü Duygudurum bozukluğu belirtileri (Özellikle depresif bozukluk) Evlilik Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü İyi destek sistemleri Pozitif belirtiler	Genç başlangıç Presipite eden etkenin olmaması Sinsi başlangıç Kötü premorbid sosyal,cinsel ve meslek öyküsü Çekilme ve otizm Bekarlık, boşanma,ayrılma Ailede şizofreni öyküsü Kötü destek sistemleri Negatif belirtiler Nörolojik bulgu ve belirtiler Perinatal travma öyküsü 3 yıl içinde remisyon olmaması Birçok atak olması Saldırganlık öyküsü

2.1.6. Şizofrenide Tedavi

Şizofrenide ilaç tedavileri (antidepresanlar, anksiyolitikler, antipsikotikler=nöroleptikler, duygu durum düzenleyicileri , antikolinerjikler,) ve diğer tedavi yöntemleri (Elektro Konvulzif Tedavi (EKT), bireysel psikoterapiler, grup terapileri) kullanılmaktadır (108, 109, 118-120).

Günümüzde pratik ve odaklı psikososyal müdahalelerle kombine edilmiş psikofarmakolojik müdahalelerin şizofreni hastaları için en yararlı tedavi olduğuna dikkat çekilmiştir. Diğer bir deyişle ilaç tedavisi şizofreni hastalarının tedavisinin temel taşıdır fakat yalnızca ilaçlar yeterli değildir.

Şizofreni Tedavisinde amaçlar şu şekilde sıralanabilir;

- Belirtileri iyileştirmek,
- Akut alevlenme dönemlerini önlemek ya da geciktirmek,
- Aile üyeleri, bakım verici ve diğer bireylerin baş etme becerilerini güçlendirmek,
- Aile ve toplum için tolere edilemeyen davranışları ortadan kaldırmak,
- Bireysel işlevselliğe olanak sağlayan sosyal hizmet ve toplum desteğini sağlamak.

Şizofreni tedavisi ve rehabilitasyonunda hedef; bireye uygun, gerçekçi ve istendik amaçlar edindirmek, relapsları önlemek ya da geciktirmek, şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarını iyileştirmek, aile veya toplum tarafından kabul edilmesi güç olan davranışları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın baş etme becerilerini ve baş etme kapasitesini güçlendirmek, hastanın, bireysel fonksiyonlarından en üst düzeyde yararlanabilmesi için toplum desteğini ve buna yönelik servisleri sağlamaktır (121).

2.2. Bipolar Bozukluk

Psikiyatrik bozukluklar arasında kronik gidiş gösteren bir diğer rahatsızlık ise bipolar bozukluktur. Bipolar bozukluk belli bir düzen olmaksızın kişinin kendini çok durgun veya aşırı coşkulu hissetmesine yol açan, duygudurumun çok düştüğü ya da çok yükseldiği ve ya her ikisini de kapsayan karma epizotlarla giden ve bu epizotlar

arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline dönebildiği bir rahatsızlıktır (122). Ciddi, kronik, relapslarla giden ve devamlı tedavi gerektiren bir durumdur. Özkıyım riski, işlevsellikte kronik, relapslarla giden ve devamlı tedavi gerektiren bir durumdur. Özkıyım riski, işlevsellikte bozulma ve sık yinleme gibi sebeplerle hasta ve yakınlarının yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Uzun dönemde ruhsal ve bedensel ek hastalıklara, yüksek morbiditeye, belirgin yeti yitimine, hastanede yatışlara, madde kullanımına ve özkıyım nedeniyle ölümlere neden olabilmektedir. (123, 124). Dünya Sağlık Örgütü bipolar bozukluğu, şiddetli engelliliğe sebep olan hastalıklar arasında sınıflandırmaktadır (12).

2.2.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Duygudurum bozukluklarında melankoli ve mani sözcüklerini kullanarak bahseden Hipokrat, sonrasında melankoliye kara safranın neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat" tan sonra Areatus ise Manik-Depresif durumların birbirleriyle ilişkili olduklarına dikkat çekmiştir. 1800" lü yıllarda ise Falret, melankoli ve mani aynı hastalığın farklı türevleri olarak tarif etmiştir. Kahlbaum ise melankoli–mani hastalığını; paranoya dışı akıl hastalıklarının farklı hali olarak tanımlayarak "Siklotimi" ismini kullanmıştır (125).

Baillarger yapmış olduğu araştırmaların sonucunda bu hastalığı farklı mizaç ve düşünce bozukluklarının oluşturduğundan bahsetmektedir. 19. yüzyılın sonlarında ise Kraepelin; hastalığın seyirinin ve belirtilerinin "Demantia Preacox" tan farklı olduğundan bahsetmiştir. DSM-IV tanı kriterleri oluşturulana dek farklı biçimlerde açıklanmaya çalışılan hastalık; bu kriterlerle birlikte son şeklini de almıştır (125).

2.2.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluk toplumda sık olarak görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir rahatsızlıktır. Yaşam boyu yaygınlık tahminleri Bipolar-I için %0,6 (%0,4), Bipolar-II için %0,4 (%0,3), eşik altı Bipolar bozukluk için %1,4'tür (%0,8) (13).

Bipolar bozukluk 5-6 yaştan 50 yaşına kadar (nadiren daha ileri yaş) her yaşta görülmekle birlikte ortalama başlangıç yaşı 30, erken başlangıç yaşı 17dir (126).

Bipolar bozukluğun prevalansı cinsiyet arasında farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın fenomonoloji ve seyrinde çeşitli cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Erkeklerde manik epizodlar, kadınlarda ise depresif epizodlar daha siktir. İlk başlangıç epizodu erkeklerde daha çok manik, kadınlarda ise depresyondur (125, 127-130).

Yapılan araştırmalarda bir yılda görülen hastalık tekrarlama oranları %35,7 ile %55 arasında değişmekte olup, 5 yılda görülen tekrarlama oranı ise %73 olarak bildirilmektedir (131-134).

2.2.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

Bipolar bozukluğun etyolojisi hakkında kesin ortaya konulmuş bilgiler olmamasına rağmen yapılan çalışmalar hastalığın genellikle beyindeki sinir uyarılarının iletilmesindeki düzensizlik ve genetik geçiş ile ilişkili olduğunu göstermektedir (135). Tüm hastalar için geçerli olan tek bir sebep bulunmamakla birlikte bipolar bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynayan başlıca etkenler dört başlık altında toplanabilir;

- Kalıtımsal nedenler,
- Beyindeki yapısal değişiklikler,
- Beyindeki kimyasal maddelerdeki değişiklikler,
- Psikososyal etmenler.

2.2.3.1. Bipolar Bozuklukta Kalıtımsal Nedenler

Bipolar bozukluğun genetik geçişinde X kromozomunun muhtemel önemine vurgu yapılmış ve yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun geçişinde X kromozomuna bağlı dominant kalıtımın rol oynadığı izlenmiştir (136).

Aile araştırmalarına göre Bipolar bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarının Bipolar bozukluğa yakalanma olasılığı 8–18 kat artmaktadır (126). Ebeveynlerinde bipolar bozukluk olması halinde çocukta ortaya çıkma olasılığı %75'tir. Bipolar bozukluk tanısı olan hastaların 1.derece akrabalarında Bipolar bozukluk riski % 4,5 normal popülasyonda ise bu oran %0,4–1,6'dır (127, 137).

Biyolojik anne-babasinda bipolar bozukluk öyküsü olan çocuklar, sağlıklı anne-babaya evlatlık verilseler bile, çocuklardaki bipolar bozukluk oranının yüksek olduğu görülmektedir (127, 138, 139).

2.2.3.2. Bipolar Bozuklukta Beyindeki Yapısal Değişiklikler

Bipolar bozukluğu olan hastaların beyin görüntüleme araştırmalarında dorsolateral prefrontal korteks, ön singulat, amigdala, üst temporal girus ve korpus kallosum gibi beyin özellikle bilişsel fonksiyonlarının yürütüldüğü ve duygudurum ile ilgili alanlarında işlevsel ve yapısal anormallikler görülmektedir (127, 138).

2.2.3.3. Bipolar Bozuklukta Beyindeki Kimyasal Maddelerdeki Değişiklikler

Bipolar bozukluğun biyolojik kaynaklı olduğunu düşündüren çeşitli teoriler vardır. Bu teorilerden en yaygın olanları nörotransmitterler, dopamin serotonin, norepinefrini içerir (140). Manik atak sırasında beyin omurilik sıvısında dopamin, serotonin ve sodyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Depresif atak sırasında ise bu nörotransmitterler tersine azalmaktadır. Karma epizodlarda ise bazı olgularda yükselme, bazı olgularda ise azalma gözlenmiştir (127, 138, 139).

2.2.3.4. Bipolar Bozuklukta Psikososyal etmenler

Bipolar bozukluğun oluşmasında genetik faktörlerin önemi olduğunun öğrenilmesine rağmen psikososyal çevre de hastalığın prognozunu öngörmede önemli rol oynar (141). Bipolar bozuklukta ilk depresif ya da manik atak stresli yaşam olaylarıyla tetiklenir ve sonraki ataklarda kişinin beyinde birtakım biyokimyasal değişikliklere yol açar. Bu modele Kindling Modeli adı verilmektedir (127, 137, 138).

2.2.4. Bipolar Bozuklukta Klinik Belirtiler

Bozukluğun tedavisini, başlangıcını ve prognozunu , genel sağlık durumu, stres düzeyi gibi psikolojik faktörler, hastalığın tedavi edilebilir olduğuna inanma ,aile ilişkileri ve ilaçlarla olumlu sonuçlara ulaşmanın etkileme olasılığı vardır (135).

Tablo 2.3. DSM V Bipolar Bozukluk tanı kriterleri (116).

MANİ DÖNEMİ
A:Kabarmış,taşkın ya da çabuk kızan,olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin,en az bir hafta süreyle (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre),neredeys her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
C:Duygudurum bozukluğu,toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.
D:Bu dönem,bir maddenin (örn;kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için, dolayısıyla bipolar bozukluk tanısı için yeterli bir kanıttır.
MAJÖR DEPRESYON DÖNEMİ
A:Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır. Not:Açıkça belli bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.
1.Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn; üzüntülüdür,kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn;ağlamaklı görünür).(Not:Çocuklardave ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).
2.Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk alamama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3.Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn; bir ay içinde ağırlığının % 5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma (Not:Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).
4.Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5.Neredeyse her gün ajitasyon ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir;yalnızca, öznel, dinginglik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6.Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücü kalmaması (enerji düşüklüğü).
7.Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8.Neredeyse her gün,düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9.Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

Tablo 2.3. (Devam). DSM V Bipolar Bozukluk tanı kriterleri (116).

MAJÖR DEPRESYON DÖNEMİ
B:Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
C:Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkileriyle bağlanamaz. Not: A-C tanı ölçütleri bir majör depresyon dönemini oluşturur. Bipolar bozukluğunda majör depresyon dönemleri sık görülür ancak majör depresyon bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.
Not:Önemli bir yitim (kayıp) (örn;yas,batıklılık[parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütlerinde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama,yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlarda bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanısıra bir majör depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışa vurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

2.2.5. Bipolar Bozuklukta Prognoz

Ciddi bir mani nöbeti en az bir hafta sürer. Bazı hastalarda aylarca devam ettiği görülmektedir. Ortalama süre dört altı hafta arasındadır. Fakat mani, kişinin uyumunu çok bozan, kendisini ve çevresini çok zor durumda bırakan bir rahatsızlık olduğu için daha sıklıkla hekime ve hastaneye götürülür. Mani nöbeti toplum içinde ve evde kolay atlatılamayacak bir durumdur. Hafif derecelerdeki hipomani durumları ise tedavi almadan geçebilir. Hastaların büyük bir çoğunluğunda birkaç haftadan birkaç aya kadar değişen zaman dilimi içinde nöbet yatıştır. Hastalığı tek mani nöbeti ile atlatan azdır. Çoğu hasta iyileşme döneminden sonra ya yeniden bir depresyon ya da mani nöbeti geçirir. Erken yaşta başlayan bipolar bozuklukta ilk nöbetten sonra uzun yıllar nöbet olmayabilir. Orta ve geç yaşlarda ise nöbet araları daha kısadır (138).Bipolar bozukluk gösteren hastalarda iyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlık belirtisi bulunmaz. Hastalar az çok normal uyum yaparlar. Fakat bipolar bozukluğun çok ağır ve koruyucu tedaviye yanıt vermeyen türlerinde zamanla nöbetler sıklaşabilir, depresyon ve mani belirtileri birbiriyle iç içe geçer ve aynı zamanda birlikte bulunabilir (138).

Tablo 2.4. Bipolar Bozuklukta iyi ve kötü prognoz kriterleri (7, 138).

İyi prognoz	Kötü prognoz
Mani nöbetlerinin hafif geçmesi, Depresyon nöbetlerinin çok uzun olması, Remisyon dönemlerinin uzun sürmesi, Hastalığın unipolar tipten çok bipolar türde olması, Nöbetlerin çevresel koşullara çok bağlı olmaması, Olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları, Alkol ve ilaç alışkanlıklarının bulunmaması, Yaşın çok ilerlememiş olması	Geçirilmiş mani dönemi sayısının 10'dan fazla olması, Hastaneye yatış sayısı, Erken başlangıç, Hastalık döneminin depresyonla başlaması, Karışık hastalık dönemleri olması, Manik hastalık dönemleri sırasında depresyon belirtilerinin olması, Hastalık dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunması, Duygu durumu uyumlu olmayan psikotik belirtilerin bulunması Alkol-madde kullanım bozuklukları ek tanısı olmasıdır

2.2.6. Bipolar Bozuklukta Tedavi

Bipolar bozukluğun tedavisinde antidepresanlar, duygudurum düzenleyicileri ve atipik antipsikotikler kombine olarak kullanılmaktadır. Hastalığın tedavisinde ilk seçenek duygudurum düzenleyicisi lityum veya antikonvülsan bir ilaç olan valproatın tek başına kullanılmasıdır. Bu uygulamalara yanıt vermeyenlerde ikinci seçenek atipik antipsikotik ilaçlar olanzapin, risperidon, aripiprazol, ketiapin gibi ilaçların kullanılmasıdır. Üçüncü seçenek ise antikonvülzanlar karbamazepin, lamotrijin, gabapentin, topiramet gibi ilaçlar veya bu ilaçların kombinasyonlarıdır (142, 143).

Tedavide ilaçlar ve psikoterapiler önemli bir yer tutmaktadır. Bipolar bozukluğun kontrolü için devamlı ilaç tedavisi gereklidir. Kullanılan ilaçlar olmadan, hastalar yaşamlarının dörtte birini hastanede yatarak ve yarısını ciddi fonksiyonel sınırlılıklar içerisinde geçirirlerdi. Kullanılan etkili ilaçlar, psikoterapi ile birlikte bipolar bozukluğu olan hastaların %75–80 normal bir hayat geçirmelerine olanak sağlamaktadır (85).

Bipolar bozukluk tedavisinde amaçlar şu şekilde sıralanabilir;

- Epizodların sıklığı ve şiddetini kontrol altına almak,

- Olumsuz psikososyal sonuçları önlemek,
- Eşlik eden morbidite ve mortaliteyi azaltmak,
- Epizodlar arası işlevselliği düzeltmek,
- Tedavi sürecinde oluşabilecek döngüleri engellemektir (11, 127, 135, 144, 145).

Elektro Konfulsif Terapi (EKT): EKT genellikle hasta farmakoterapiye yanıtızsızsa, farmakoterapiyi tolere edemiyorsa, klinik durum çok şiddetli ise kullanılır. Hasta 6-8 EKT ile yatışınca antipsikotiklerle veya lityumla devam edilir. Gerekirse 10-12, hatta daha fazla sayıda EKT yapılabilir (138, 146).

Psikoterapi: Bilişsel terapi, davranış terapisi, kişilerarası terapi, psikoanalitik yönelimli terapi ve aile terapisi kullanılmaktadır (146).

2.3. İçgörü

İçgörü kavramının varlığı ya da yokluğu şizofreni ve bipolar bozukluk dâhil olmak üzere bazı ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir işaret olarak görülmektedir.

İçgörü sözlük anlamında; ayırt etme, anlayış ve bilgelik olarak tanımlanmaktadır (14). Ayrıca bir şeye verilen görme yetisi, ruhsal görüş ya da anlayış, psikolojik olarak çözümü hızla kavrama, biçimsel öğrenme, bireyin kendisini diğerlerinin gördüğü gibi görebilmesi, kendilik bilgisi, psikiyatrideki özgül anlamı ise hasta kişinin ruhsal bir hastalığı olduğunu bilmesidir (15). İçgörü basitçe kişinin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir.

Jaspers psikiyatride içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk klinik araştırmacılarından biridir, içgörüyü günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers'e göre psikotik hastalarda içgörü geçici olarak görülebilir, hastalar bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu fark edebilir, ancak bu sadece bir süre içindir sonra tekrar bu farkındalıklarını yitirirler (16, 147). Temel psikiyatri kitapları içgörüyü ruhsal muayenenin hastanın ruhsal durumu hakkında bilgi veren önemli bir bölümü olarak tanımlamaktadır.

İçgörü psikiyatride dar anlamı ile kullanıldığında içgörü değerlendirmesinin gerçeği değerlendirme ile doğrudan ilgili olduğu (148) içgörünün nevrozu psikozdan ayıran anahtar bir özellik olduğuna inanılmıştır. Nevrotiklerin hastalığının farkında olduğu ancak piskotiklerin farkında olmadığı ayrımı Jaspers'tan kaynaklanmaktadır. Jaspers (16) ve sonrasında Lewis (148) içgörüyü “uniter” tek bir özellik olarak ele almış, hastanın içgörüsü olduğunu ya da olmadığını kabul etmişlerdir. İçgörünün olmayışı psikoz için olmazsa olmaz bir özellik olarak değerlendirilmiştir. Lewis’e göre içgörü “kişinin kendinde ortaya çıkan morbid değişiklikleri doğru biçimde algılayabilmesidir.”

Bu görüş yakın zamandaki çalışmalarda eleştirilmiş, bunun yerine içgörünün tek bir olgu değil bir kaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri ağırlık kazanmıştır (38, 149).

Greenfeld ve arkadaşları içgörüyü geleneksel bakış açısı ile değerlendirmenin yetersizliğini vurgulayarak 5 ana bölüme ayrılarak incelenmesi gerektiğini önermiştir. Bunlar (150) ;

- Hastalığın belirtileri hakkındaki görüşleri
- Hastalığın varlığı ve kabullenme hakkındaki görüşleri
- Hastalığın etiyojisi hakkındaki görüşleri
- Hastalığın belirtilerinin yinelenmesi ile ilgili duyarlılık
- Tedavinin değeri ve gerekliliği hakkındaki görüşleri

Beck'e göre içgörü emosyonel düzeye inebilirse önemlidir ve bugüne kadar geliştirilmiş ölçekler hastanın hatalı bilişsel çıkarımlarını incelememektedir, bilişsel noksanlıkları gözardı etmektedirler, bu nedenle yetersizdirler. Psikotik bir hasta yüzeyde kazandığı entellektüel içgörü ile bu nedenle derinlere yerleşmiş olan hezeyanlı inanç sistemini değiştirememekte emosyonel bir içgörü kazanamamaktadır (151).

İçgörü yoksunluğunun, görsel ve motor yetenekte, dikkati sürdürmede, yürütücü işlevlerde bozuklukla ilişkili olduğu fakat bunun yanı sıra; yenilik arama davranışını, görev ve duygu odaklı başa çıkma biçimlerini arttırdığı, daha yüksek benlik saygısı ve daha yüksek benlik yeterliliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte hastalığın daha fazla farkında olma; nörobilişsel ölçeklerde daha iyi

performansla, ödüle dayalı davranışla ve kaçınma tarzı başa çıkmayla bağlantılı bulunmuştur (152).

2.3.1. Şizofrenide İçgörü Kavramı

Yapılan çeşitli araştırmalara göre şizofreni hastalarının %50- %80 arası bir akıl hastalığı olduğunun farkında değildir. Dünya Sağlık Örgütü'nün şizofreni üzerine gerçekleştirdiği uluslararası pilot çalışmada psikotik hastaların büyük çoğunluğunda (%97) içgörünün olmadığı bulunmuştur (153). Psikotik bozukluğu olanların büyük çoğunluğunun zayıf içgörüsü olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (24, 154).

İçgörü düzeyi şizofreninin klinik belirtilerinin şiddetinden de etkilenmektedir. İçgörü düzeyini şizofrenideki klinik belirtilerin şiddeti ile karşılaştıran birçok çalışma yapılmıştır. Kimi çalışmalar içgörü düzeyi ile sadece pozitif belirtilerin şiddeti arasında doğrusal bağlantı olduğunu gösterirken (155), kimi çalışmalar içgörü düzeyi ile hem pozitif hem negatif belirtilerin şiddeti arasında doğrusal bağlantı olduğunu saptamıştır (156). Kimi çalışmalarda ise içgörü düzeyi ile pozitif ve negatif belirtiler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (157).

İçgörü biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir. Araştırmacılar şizofreni hastasının hastalığını değerlendirmesini etkileyen birçok nörobilişsel ve sosyokültürel etken olduğunu belirtmektedirler (158, 159). İçgörü düzeyinin düşüklüğü şizofreni hastasının ve hastalığının çeşitli özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Bunlar kadın cinsiyet (160), zayıf işlevsellik (161), premorbid öykü (156), hastalık süresinin uzunluğu (109)(162), depresif belirti sayısının azlığı (163)ya da çokluğudur (164). İçgörünün çeşitli klinik, sosyodemografik ve kognitif faktörlerle ilişkisini araştıran çalışma sonuçları tutarsızdır.

Psikotik semptomu olan ve olmayan şizofreni hastalarının bilişsel içgörüsünün değerlendirildiği bir çalışmada (165) akut psikotik belirtileri olanların kendi yargılarına daha fazla güvendiği ve daha zayıf kendini inceleme özelliğine sahip oldukları görülmüştür. Yatarak tedavi gördükleri dönemde zayıf bulunan kendini inceleme özelliklerinde bir azalma görülse de kendi yargılarına olan güvenleri değişmemiştir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarında aile öyküsü olmasının düşük içgörü düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Şizofreni tanısı olan hastalarda pozitif ve genel psikopatoloji belirti şiddeti ile içgörü düzeyi arasında ters bağlantı saptanırken, negatif belirti şiddeti ile içgörü düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (166).

Psikoterapi ya da eğitim uygulanmadan sadece antipsikotik ilaç kullanan hastaların içgörülerinin geliştiği ve hastalıklarını kabullendikleri gözlenmektedir. İçgörü ve ilaç tedavisi ilişkisini inceleyen araştırmalardan birinde uzun dönem risperidon düzenli kullanımı, içgörü ve yaşam kalitesinde düzelme sağladığını gösterilmiştir (167)

2.3.2. Bipolar Bozuklukta İçgörü Kavramı

Yoğun farmakolojik ve psikososyal tedavi gerektiren ve kronik bir hastalık olan bipolar bozuklukta içgörü eksikliği sıkça görülür (28, 29) (30, 31). İçgörü eksikliği tedavi uyumuna, hastalığın klinik gidişine ve sosyal işlevselliğine olumsuz etki eden önemli bir faktördür (32, 33). Yapılan çalışmalar bipolar bozukluklu hastaların remisyon döneminde sosyal işlevselliğinde düşüş olduğunu belirtmektedir (34, 35). Yeterli tedavi almayan bipolar bozukluklu bir hastanın hastalığın ortaya çıkardığı psikososyal ve işlevsel kayıptan dolayı aktif yaşantısında önemli kayıplar olabileceği belirtilmektedir (36).

Şizofrenide karakteristik olan içgörü eksikliği (38), bipolar bozuklukta duruma bağlıdır (39). Duruma bağlılık kavramı belirti şiddetindeki değişiklik ile ilişkilidir. Aktif hastalık döneminde içgörü eksikken, belirtisiz dönemde içgörüde iyileşme gözlenen izlem çalışmaları bulunmaktadır (39, 168). Buna karşın belirtisiz dönemde hastaların hastalıklarına, ilaç tedavilerine ve hastalıklarının sosyal sonuçlarına yönelik içgörülerini değerlendiren, bunlardan biri veya bir kaçının eksik olduğunu gösteren araştırmalar son zamanlarda dikkat çekmektedir (169, 170) (171, 172).

Bir toplum sağlığı sorunu olan şizofreni ve bipolar bozukluk toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan hastalıklardır. Şizofreni ve bipolar bozuklukta içgörü geliştirme tedavi ve bakımın temel amaçları arasında

sayılmaktadır. İçgörünün geliştirilmesi kişinin kendini stigmatize etmesini önlemektedir. Eğer kişi kendini stigmatize ederse bunun sonucunda içselleştirilmiş damgalanma oluşmaktadır.

2.4. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanmanın daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle damgalamadan bahsetmek gerekmektedir.

2.4.1. Damgalama

Damga (Stigma), yara, iz, delik, delmek anlamına gelmektedir (173).

Erwing Goffman'a göre damga, "derin bir utanç veren, kişiyi değersiz kılan ve saygınlığı azaltan bir durumdur". Damgalama (stigmatization) ise, kişinin içinde yaşadığı toplumun "normal" saydığı ölçütlerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığını azaltıcı davranışlarda bulunulmasıdır (174, 175).

Damgalama, bir kişinin, etnik grup, ilaç kötüye kullanımı, ruhsal hastalık veya fiziksel yetersizlik gibi özelliklerine bakılarak kusurlu veya gözden düşmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir. Bu önyargılar, damgalanmış insanlar için, önemli olumsuz ekonomik, sosyal, politik ve psikolojik sonuçlara neden olmaktadır. Ruhsal hastalıklı bireyler "normal" insanların onları nasıl kabul edeceği ya da nasıl tanımladığı ile ilgili belirsizlik hissederler, sürekli içe kapanık olurlar ve diğer insanlar üzerinde nasıl bir etki oluşturdukları hakkında düşünürler (176).

Damgalamanın en fazla etkilediği grupların başında psikiyatri hastaları gelmektedir. Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavilerinin önündeki en önemli engellerden birisi toplumun ruhsal bozukluklar karşısında önyargılı düşünme/davranma, damgalama, ruhsal bozukluğu olanlara karşı ayrımcılık uygulaması ve stereotipik davranışlar sergilemedir. Tüm hastalar içinde, ruhsal bozukluk tanısı konulmuş olan hastalar damgalanmanın olumsuz sonuçlarına en çok maruz kalan ve zarar gören bireyler olarak nitelenebilir (177).

Ruh sağlığında belirgin bozukluğu olan insanlar, toplum içerisinde çoğunlukla farklı olduklarını, hareketleri ve konuşmaları ile ortaya koyarken, bu farklılık toplumda onlarla ilgili farklı tutumların oluşmasına sebep olmuştur (178). Toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarını belirleyen en önemli dűřünceler hastaların “tehlikeli” ve “ne zaman ne yapacağı bilinmeyen kişiler” olarak algılanmasıdır. Hastaların önceden kestirilemeyen alişılmışın dışında davranışları, dűzeni bozmaları, toplumda kaygı uyandırmaktadır. Birey ya da toplum kendisini rahatsız eden, őrksuten bir durumla karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gider. Bu da ayrımcılığın başlangıcıdır. Toplum açısından dűzeni bozan, huzursuzluk yaratan ve toplumsal yaşantı için tekin olmayan kişiler damgalanıp toplum dışına itilirler (178, 179).

Ruhsal hastalıđa sahip bireylerin psikiyatriye bařvurduktan ve tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da ktű davranıřa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmıř olarak hissettikleri grűlműřtűr. Bu hastalarda, durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik dűřüncelerde artma, sosyal iliřkilerden kaçınma, kendilik deđerinde dűřme olduđu grűlműřtűr. Kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcı içeriđi ne kadar fazla ise bu belirtilerin řiddeti de o kadar artmaktadır (60).

Damgalama sűreci kişinin bir ruhsal hastalık tanısı alması ile başlar. Böylece bu kişide daha önceden var olan ruhsal olarak hasta kiři stereotipi canlanır. Kiřinin bu stereotipi ne kadar olumsuzsa, algıladığı damgalanma da o kadar yűksek olmaktadır. Diđer bir deyişle, hasta olan kişide ruhsal hastalığı olan kişileri damgalama eğilimi ne kadar yűksek ise, kendisini o kadar damgalanmış hissetmektedir. Bu bulgular sonucunda öncelikle hastalarda saptanan ama aslında toplumun tűm bireylerinde olduğu bilinen bir tanıma ulaşılmıştır. İselleřtirilmė damgalama olarak isimlendirilen bu kavram, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı ya da etiketi alma ile birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (60).

Ruhsal hastalığı olan kişiler bir kez “akıl hastası” olarak etiketlendiklerinde, istemeyerek de olsa kendilerini yetersizlikleri olan ve dışlanan grubun bir űyesi olarak görmeye başlarlar (50). Bu durumda ortaya çıkan iselleřtirilmė damgalanma;

genel halkın inandığı tehlikelilik, yetersizlik gibi damgalayıcı ve basmakalıp görüşlerin ruhsal hastalığı olan kişi tarafından benimsenmesidir (180).

Başka bir tanıma göre ise; bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir (50). Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte toplumun olumsuz kalıp yargıları, bireyin kendileri için de geçerli “gerçekler” haline gelmektedir (181). Kendisini etiketlenmiş olarak düşünen birey değersizlik, utanç, suçluluk gibi olumsuz duyguları yaşayarak kendisini toplumdan geri çekmekte ve sosyal izolasyon yaşamaktadır. Bu, birey için toplumun bireye yaptığı etiketlemeden daha tehlikeli bir durumdur ve birey yoğun bir utanç yaşar. Çünkü etiketlenmeyi içselleştiren birey, yalnızca toplumun etiketleyici düşüncelerini kabul etmek ya da içselleştirmekle kalmaz aynı zamanda kendini toplumdan çeker ve sonuç olarak toplumsal destek de azalır (56, 57).

Damgalanma karşısında belirgin bir duygusal zedelenme yaşayan hasta ve yakınlarının benlik saygıları azalır, aile ilişkileri zarar görür. Toplumsal ilişkiler, arkadaş edinme ve sürdürme güçlükleri ortaya çıkar. Çalışmak için motivasyonu ve gücü olan hasta bile engellerle karşılaşır. Tüm bunların bir sonucu olarak hasta ve yakınları hastalığı kabul etmekte isteksiz davranırlar ve tedavi ya gerçekleştirilemez ya da aksar (45).

İçselleştirilmiş damgalanma, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumda var olan damgalanmayla da baş etmelerini güçleştirmektedir (56, 57).

İD, tedavi sürecinde üzerinde durularak, elimine edilmesi gereken önemli bir sorundur (182).

2.4.2. Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma

Şizofreni ise değişik çalışmalarda en fazla damgalanan ruhsal hastalık olarak gösterilmiştir (183). Bugüne kadar yapılmış birçok araştırmanın sonuçları gözden geçirildiğinde, toplumun şizofreniyi olumsuz olarak algıladığı görülmektedir. Bu saptamadan özellikle sorumlu tutulan, toplumun gözünde şizofreni hastalarının saldırgan ve tehlikeli olarak algılanmalarıdır.

Türkiye’de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada halkın %76.5’i şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır. Örneklemde dörtte biri şizofreninin tehlikeli olduğuna ve toplum içinde serbest bırakılmamaları gerektiğine inanmaktadır. Katılımcıları %46.8’ i şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %69.9’u şizofreni hastası ile evlenmeyeceğini, %33.22’ si şizofren komşusunun olmasından rahatsız olacağını, % 43’ü evi olsa bir şizofreni hastasına kiraya vermeyeceğini, % 25.7’si şizofreni hastalarının toplum içinde serbestçe dolaşmamaları gerektiğini, %58.6’sı şizofreni hastalarının hayatları ile ilgili doğru kararlar alamayacaklarını belirtmişlerdir. Eğitim ve sosyodemografik düzey düşükçe bu hastalara yaklaşım daha olumsuz olmaktadır (184). Şizofreniye bağlı damgalama, sadece hastanın kendisi ile sınırlı olmayıp, hastalık, hastalığın tedavi yöntemleri, aile üyeleri ve hastanın yakınları, sağlık çalışanları ve ruh sağlığı çalışanları ile de bağlantılıdır (185).

Şizofreniye sahip kişiler genellikle tehlikeli, ucu kestirilemez, sorumsuz ve çocuk gibi algılanmaktadırlar. Ayrıca şizofreni hastalığının kendisi ve kullanılan bazı ilaçların yan etkileri hastalarda toplumdaki diğer insanların dikkatini çeken görünüme ve farklı davranışlara yol açmaktadır. Şizofreni tedavisinde başarının ve hastalığın yönetimindeki en önemli engellerden biri, hastalıkla ilişkili olan damga sorunudur bu bireylerin bazen toplum tarafından etiketleme, ayrımcılık ya da dışlanmaya maruz kalmadığı halde de kendilerini etiketlenmiş olarak algıladıkları görülmektedir.

Ruhsal hastalıklar içerisinde damgalanmaya en çok maruz kalan diğer bir grup ise bipolar bozukluğa sahip olan hastalardır.

2.4.3. Bipolar Bozuklukta İcselleştirilmiş Damgalanma

Tanı grupları olarak şizofreni, affektif bozukluklara göre daha fazla damgalayıcı bulunmakla birlikte, toplumda ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar, toplum içinde yaygınlık oranı yüksek olan duygudurum bozuklukları için de geçerlidir (58). Chung ve ark (58) damgalanma algısının duygudurum bozuklukları üzerindeki etkilerinin yakın zamanda dikkati çeken bir konu olduğunu vurgulamışlardır

Bipolar bozukluklu (BB) hastaların %54.6'sının damgalanma hissettiği bildirilmiştir (186). Bu damgalanma hissi toplumdan olduğu gibi, hastanın ailesinden de kaynaklanabilmektedir. Bu da hastalarda yaygın bir reddedilme algısına yol açmaktadır (59).

Bir duygudurum atağının geçmesiyle hastalarda ortaya çıkan en çarpıcı izlenim kendilerinin büyük bir başarısızlık gösterdikleri ve herkesi hayal kırıklığına uğrattıkları için güvenilmez oldukları yönündedir. Bipolar bozukluk hastalarının hastalıklarına yönelik tutumları için en çarpıcı belirleyici geçirdikleri rahatsızlık sonucu ortaya çıkan kendilik saygısındaki azalmadır (59).

Sarısoy ve ark. bipolar bozukluklu hastaların içselleştirilmiş damgalama ve çok boyutlu yakın ilişki özelliklerini saptamak için yaptıkları çalışmada, içselleştirilmiş damgalama ile yakın ilişkilerin birbirinden etkilendiklerini saptanmıştır (187).

Perlick ve ark. çalışmasında ise bipolar bozukluklu hastaların damgalama endişelerinin, hastaların aile üyeleri dışındaki kişilerle anlamlı sosyal etkileşimlerine engel olduğu saptanmıştır (188).

Hastaların bipolar bozukluğa yönelik tutumları içinde, hastalığın kendisi kadar tedavisinde kullanılan ilaçlar da önemli bir yer tutmaktadır. Hastalar ilaç tedavisini etkili bulsalar bile gerek yan etkiler, gerekse her gün hiç unutmadan ilaç alma zorunluluğu nedeniyle ilaç tedavisi bir sorun haline gelmektedir. Kullanmak zorunda oldukları ilaç tedavisi de hastaların kendilerini damgalamasına yol açmaktadır. Böylece hastaların, ilaç tedavisine uyumları bozulmakta ve bunun nedenlerinin başında da hastaların bu tedaviye yönelik tutumları ve inançları yer almaktadır (59).

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi'nin çatısı altında yürütülen bipolar bozukluğu olan hastaların işlevselliğini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada damgalanma hissi alt başlığı yer almaktadır. Burada hastaların %46'sını kendilerini tam ya da kısmen yetersiz ya da eksikmiş gibi hissettikleri saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %40'ının çevresindeki kişiler tarafından tam veya kısmen yetersiz veya eksikmiş gibi görüldüklerini düşündükleri bildirilmiştir. Bu iki sorunun yanıtı değerlendirildiğinde hastaların çevrelerinden çok

kendilerinin damgaladıkları görülmektedir. Hastaların %60'ı hastalıklarının evlenme konusunda olumsuzluk yaratacağı görüşündedir. Mesleki işlevsellik açısından, hastaların yaklaşık %55'i hastalıklarını iş bulma konusunda zorluk yaşatma nedeni olarak bildirmişlerdir.

Hastaların yaklaşık yarısı toplumsal ilişkilerde hastalıklarının kendilerine olumsuz etki yaptığını algılamaktadır. Hastalar topluma göre kendilerini daha fazla damgalamaktadırlar ve toplumsal ilişki düzeyi yakınlaştıkça, kendilerini damgalama artmaktadır (59).

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik gidişli ve hastaların sürekli ilaç kullanması gereken ruhsal bozukluklarda ilaç uyumu incelenmesi gereken önemli bir kavramdır.

2.5. İlaç Uyumu

Uyum, kelime anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen tarzda davranışı ifade etmektedir. Sağlık personelinin tavsiyeleri ile hastanın davranışı arasındaki birlikteliğin bir boyutudur. Uyum, vücutta etki yapan biyolojik bir faktör değildir; ancak uyum sağlanamazsa tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olan önemli bir etkidir. Hastalıklarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi, hastaların uygulanan tedaviye uyumlu ve bağlı olmaları ile doğrudan ilişkilidir (74, 189).

Tedaviye uyum, hastanın hekimi tarafından kendisine önerilenleri yapması, yapmaması gerekenlerden kaçınmasıdır. Başka bir deyişle, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması veya yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü uyumu, 'tedavi gören, diyet uygulayan ve/veya yaşam biçimi değişiklikleri yapan bir kişinin davranışlarının bir sağlık profesyonelinin kabul görmüş önerilerine uyma derecesi' olarak tanımlanmaktadır.5 Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme gibi tedaviye uyumsuz davranış oranı %20-50 olarak bildirilmiştir (190-192).

Tedaviye uyum ise hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır (193).

Hastalıkların tedavisinde, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması ve tıbbi önerilere uyması, tedavinin başarısı için birinci derecede önem taşımakta olup; hasta açısından son derece önemlidir. Hastanın tedaviye uyup uymaması birçok değişkene bağlıdır (193).

Hastanın yaşı, kültür düzeyi, eğitimi, tedavinin karmaşıklığı, maliyet durumu, kullandığı ilaç çeşidi, sayısı, sıklığı, ilacın yan etkileri, ilaç hakkında kendisine verilen bilginin yeterliliği ve bu bilgiyi anlayıp anlamama durumu, hastalığın ve tedavinin kişiye etki ve yan etkileri, hasta ve sağlık personelinin arasındaki güvene dayalı işbirliğinin yeterliliği, hastanın sağlık inanç ve tutumları, sağlığı ve hastalığına verdiği önem bu değişkenlerdendir. Bütün bu faktörler, üzerinde durulması gereken ve tedaviye uyumu sağlayıcı etkenlerdir (61, 194).

Tedaviye uyum hem prognozu etkileyen hem de tedavi maliyetini düşüren bir faktör olarak kabul edilmekte, fakat tedaviye uyumsuzluk bütün hastalıklarda, özellikle kronik hastalıklarda tedavinin başarısını engelleyen önemli bir sorun olarak görülmektedir (77, 195, 196).Tedaviye uyum özellikle psikiyatrik hastalarda ilaç tedavisi için çok önemli bir konudur. İlaçlar tavsiye edildiği doğrultuda alınmadığı takdirde olumlu klinik sonuçlar alınmaz ve hastalık belirtileri ve atak sayısı, hastanede yatış sayısı, intihar oranı ve hastalık maliyeti artar. Dolayısıyla ilaç uyumsuzluğu psikiyatri hastalarında olumsuz klinik sonuçların en önemli risk faktörüdür (77, 145). Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranı %20–50 olarak bildirilmekte iken psikotik hastalarda bu oran %70-80'e kadar çıkabilmektedir (196). Taj ve ark. (197) yaptıkları araştırmada tedaviye uyum oranlarını depresif hastalarda %53–61, psikotik hastalarda %58–82, BB tanısı olanlarda %73–91 olduğunu; uyumsuzluk nedenlerinin ise sedasyon (%30), ilaç maliyeti (%22), ilaç almayı unutmak (%36); doz ve zamanlarını açıklamak için hekimlerin yetersizliği (%92) ve ilaç yararına inanmama (%76) şeklinde sıralamışlardır.

2.5.1. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

Yapılan bazı çalışmalarda hastaların ilaç uyumunu etkileyen çeşitli faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler;

- Tedavi rejimi,
- İlaça bağlı etkiler ve ilaç yan etkileri,
- Hastalığa bağlı etkenler,
- Bireysel etkenler,
- Tedaviye yönelik bilgi eksikliği,
- Sosyal çevreye ve aileye ilişkin etmenler,
- Tedavi ekibi ile ilgili etkenler,
- Ekonomik güçlükler,
- Hastane şartları ve sisteme yönelik sorunlar,
- Diğer faktörler.

2.5.2. Şizofrenide İlaç Uyumu

Ruhsal bozukluklar arasında tedavi uyumsuzluğunun en çok görüldüğü bozukluk şizofrenidir (198, 199). Hastaların tedaviye uyum göstermemeleri ve ilaçlarını almaması, psikotik belirtilerin ve (200) kendine ve başkalarına karşı şiddet riskinin artmasına (198, 201, 202), olumsuz prognoza, acil psikiyatriye başvurma ve hastaneye yatma sayılarında artışa ve yüksek maliyete neden olmaktadır (66, 74, 198-200, 203, 204). Şizofreni hastalarında görülen tedaviye uyumsuzluk durumu ise tekrarlayan yatış riskinin 3,7 ile 5 kat fazla olmasına neden olmakta (66, 201, 202, 205-207) ve tekrarlayan yatışlar hastaların sokaklarda yaşama riskini arttırmaktadır (66).

Şizofrenide tedaviye uyumsuzlukla ilgili oranların %10-80 arasında değiştiği bildirilmektedir (208). Byerly ve arkadaşları (66), şizofreni tanısı alan hastaların ortalama % 41'inin tedaviyi bıraktığı veya ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmadığını belirtilmiştir. Araştırmalar antipsikotiklere başlamayı izleyen ilk 7-10 gün içinde hastaların %25'inin verilen ilaçları almadığını, bir yılın sonunda bu oranın %50 (200, 205, 206), iki yılın sonunda ise %75 olduğunu göstermiştir (91, 200, 209, 210).

Bressington ve arkadaşları (62) Hong Kong'da yaptıkları çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların % 30'unun tedaviye uyumunun düşük olduğu saptanmıştır. Roberts ve Velligan (211) yayınladıkları Uzman Fikir Birliği Klavuz Serisi: Ciddi ve Ağır Ruhsal Hastalığı Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Problemleri (*The Expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness*) konsensusuna 41 uzman katılmış ve şizofrenide tedavi uyumsuzluk oranının % 51-70 oranında değiştiği ve hastaların sadece % 10'unun ilaçlarını % 80-100 oranında reçete edildiği gibi kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde Koç'un (212) yaptığı çalışmada şizofreni tanılı hastaların %74'ünün tedaviye uyumsuz olduğu; Dilbaz ve arkadaşlarının (74) Ankara'da yaptıkları çalışmada ise hastaların tedaviye uyumsuzluğunun uzun dönemde % 25, akut dönemde ise % 51 olduğu belirlenmiştir.

2.5.3. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumu

Psikiyatride, özellikle de BB gibi yineleyici ve aynı zamanda düzenli tedavi ve psikoterapi ile %60-80 oranında tamamen önlenebilen bir hastalıkta tedavi uyumu büyük önem taşımaktadır (85, 88).

Bipolar bozukluk kronik gidişi nedeniyle sürdürüm tedavisi gerektiren ve bu nedenle etkili bir tedavi için yüksek düzeyde hasta uyumunun zorunlu olduğu bir bozukluktur (213).

BB hastalarında tedavi uyumu, birçok hastalıktan, hastanın kendisinden, hasta bakımını üstlenen kişilerden, sağlık sistemi ile ilgili etkenlerden etkilenen karmaşık bir olgudur (88, 213). BB olan hastaların duygularının bir ilaç tarafından kontrol edildiği düşüncesinden rahatsız olması, lityumun geç etki eden bir ilaç olması, ilacın kesilmesi durumunda olumsuz etkinin geç ortaya çıkması, ilaç kullanırken verimli olamama, kendini iyi hissedip ilaca gereksinim duymama ve kendi kendilerine düzelebilecekleri inancı ilaç uyumunu önemli ölçüde etkilemektedir (214).

BB'ta ilaç uyumsuzluğu %20-60 arasında değişmektedir (76, 77). BB tanısı olan bireylerin üçte birinden fazlası kendi psikiyatristi ile işbirliği yapmadan ilaçlarını iki veya daha fazla kez bırakmıştır. Her on BB olan hastadan dokuzu hayatlarında en az bir kez ciddi bir şekilde ilaçlarını kullanmayı bıraktığını kabul

etmiştir. Ayrıca bipolar hastaların en az üçte biri kendi reçeteli ilaçlarını almada %70 başarısızdır (78, 79).

Svarstad ve arkadaşları (215) BB tanısı olan hastaların %33'ünün düzensiz ilaç kullandığını, hastaneye yatış oranının, düzensiz kullanıcılarda %73 iken düzenli kullananlarda %31 olduğunu, ortalama hastanede yatış süresinin düzensiz kullanıcılarda 37 gün iken düzenli kullanıcılarda 4 gün olduğunu ve hastane maliyetinin de düzenli kullanıcılarda ortalama 1657 dolar, düzensiz kullanıcılarda ise 9701 dolar olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Hong ve arkadaşları (216) yaptıkları 21 aylık izlem çalışması sonucunda hastaların %23,6'sının ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bulunmuştur. Uyumsuz bipolar hastaların iyileşme ve remisyonunda kalma oranının ilaç tedavisine uyumlu olan hastalardan daha düşük olduğu, atak geçirme, hastaneye tekrar yatma ve intihar girişimi riskinin ve maliyetin tedaviye uyumlu hastalardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Keck ve arkadaşları (217) yaptığı bir çalışmada manik atakla hastaneye başvuran hastaların %64'ünün hastaneye yatışından önceki ay duygudurum düzenleyici ilaçlarını kullanmayı bıraktığını bildirmiştir.

İlaç uyumsuzluğunun hastalık belirtilerinin tekrarlamasını, hastaneye yeniden yatışı ve yatışa bağlı sağlık maliyetini, intiharları, morbidite ve mortaliteyi arttırmak gibi önemli sonuçları vardır (40, 77, 79-87). Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (40, 87).

2.6. Konunun Hemşirelikle İlişkisi Ve Önemi

İçgörü, içselleştirilmiş damgalanma ve ilaç uyumu ile hemşirelik ilişkisine genel bilgilerde yer alan kavramlarda tartışılmasına rağmen konunun hemşirelik için önemi ayrıca tartışılarak ele alınmıştır.

Tedaviye uyumsuzluk sadece hasta ve ailesinin sorunu değildir. Hemşireler bu konuda önemli rollere sahiptir. Hemşire, hastanın ilaç yan etkilerini tolere edip edemeyeceğini ve ilacın hastayı nasıl etkilediği konusunda hassas olmalıdır. Hastanın tedaviye devam etmesinde ilaç seçimi, doz programı çizelgeleri, yan

etkilerin zamanında giderilmesi etkili olmaktadır. Hasta ve ailesi ile terapötik ilişki kurma, güçlü bir güven sağlama ile yan etkiler ve diğer zorluklar azaltılabilir (91).

İlaç yönetimiyle ilgili hemşirelere yararlı olabilecek bazı ilkeler belirlenmiştir: İlk olarak tedaviden yarar sağlama için tedavi edici etkiyi sağlayacak şekilde ilaçların dozunun düzenlendiğinden emin olunmalıdır. İkinci olarak, tedavi bir ekip çalışması olarak değerlendirilmeli ve seçimlerin içeriği oluşturulurken hastalarla gerçek ve güvene dayalı bir ilişki kurulmalıdır ve üçüncü olarak hastaların kendi belirtilerini yönetebilmeleri için öz yeterliliklerini geliştirmeye yardımcı olunmalıdır (218). Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde; tedavilerde hemşirenin ilaç sınıflandırmalarını bilme, ilacın beklenen ve beklenmeyen etkilerini bilme, ilacın etki, yan etki, toksisite semptomlarını bilme gözleme, hasta ve ailesini tedavi planına dahil etme, hastanın geçmişteki ilaç kullanımına dair veri toplama, tedavinin yarar ve zararlarını bilme gibi sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir (219).

Psikiyatri hemşireleri psikofarmakolojik alanda etkili bir bakım verebilmek için: Nöropsikiyatri alanındaki güncel bilgiler, psikofarmakolojinin ilkeleri ve ilaç kullanan hastaları değerlendirme, tanı ve tedavi ile etkili ve güvenli bir ilaç yönetimi sağlama, reçete edilen ilaçların etki mekanizmaları, terapötik dozları, yan etkileri ve ilaç ile ilgili özbakım gerektiren konularda bilgi sahibi olmalıdır (220, 221). Bu durum hastalarda ilaçların istenen–istenmeyen etkilerin oluşumunu gözlemek, ilaçları açıklamak, eğitim vermek ve ilaç uyumunu artırmak için gereklidir. Hemşirelerin hastaları ilaçlar hakkında iyi bilgilendirmesi olumsuz etkilerin en aza inmesini sağlayarak tedavi planına uymaya yardımcı olur. Hastaların tedavi konusundaki kaygılarını tartışmak, tedavileri konusunda bilinçli karar vermelerini sağlar (221).

Hasta bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve sürdürmek gibi rolleri olan hemşirelerin hastaların tedavi rejimlerini yönetmek dışında, tedaviye uyumu etkileyen faktörleri belirleme, uyumu engelleyen durumlara karşı hemşirelik girişimlerinde bulunma gibi görevleri bulunmaktadır. Bu çalışma ile şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde içgörü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisi belirlenerek kliniğe özgü değerlendirmede katkısı olacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin içgörü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde Mayıs 2015 -Mart 2016 tarihleri arasında, hafta içi çarşamba günlerinde 8.00-16.00 saatleri arasında araştırmacı tarafından yürütülmüştür.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara'nın Çankaya ilçesi, Bilkent yerleşkesinde bulunmaktadır.19.Şubat.2004 tarihinden itibaren sağlık hizmeti vermektedir. Psikiyatri Kliniği ise 2004 yılında poliklinik hizmeti vermeye başlamıştır.2005 yılında on altı yatak kapasitesi ile yarı açık özellikli yataklı klinik olarak hizmet vermeye başlamıştır. Poliklinikte duygudurum bozuklukları, şizofrenik bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları odaları bulunmakta olup gerekli görülen hastalara psikolog refakatinde çeşitli anket ve ölçekler uygulanmaktadır. Merkezde 18 yaş üzeri erişkin hastalara ayaktan poliklinik hizmeti verilmekte olup yatarak tedavi görmesi gereken hastalar kliniğe yönlendirilmektedir. Klinikte ise hastalar ile sabah toplantıları, bireysel ve grup terapileri, hasta ve/veya hasta yakınları psikososyal eğitim toplantıları yapılmaktadır. Uğraş odasında meşguliyet terapileri çerçevesinde hastalar el becerilerini geliştirmektedir.

Çalışmanın Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yapılmasının nedenleri; psikiyatri polikliniğinin bulunması, bu polikliniklere başvuran hasta sayısının fazla

olması, hastane personelinin işbirliğine açık olması, farklı sosyokültürel düzeyde hastaların başvurmasına olanak sağlaması, psikiyatri kliniği ile Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik bölümünün işbirliği şeklinde sıralanabilir.

3.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmada evreni, etik kurul formunda (Bkz.EK-8,9) açık ismi belirtilen Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne Mayıs 2015 – Mart 2016 tarihleri arasında başvuran daha önce şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış ayaktan tedavileri sürmekte olan 18 yaş üzeri 100 birey oluşturmaktadır. Araştırmaya 50 şizofreni, 50 bipolar tanılı hasta dahil edilmiştir. Ayrıca, araştırmaya dahil edilen kişiler ötimik olduklarına ve uygulanan ölçekleri anlayabilecek düzeyde bilişsel yeterliliğe sahip olduklarına karar verilen, bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan kişilerdir.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmada örneklemin belirlenmesinde evreni belli örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü 369 bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde izlenen yol aşağıda yer almaktadır.

Populaton size: 9208	Confidence level	Cluster size	Total sample
Expected frequency: %50	% 80	161	161
Acceptable margin of error: %5	% 90	263	263
Design effect:1,0	% 95	369	369
Clusters:1			

3.4.1. Örneklem seçim kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- 18 yaş ve üstü olma,
- Hastanın remisyonda olması,
- DSM-V'e göre şizofreni ya da bipolar bozukluk tanısı almış olma,

- Oral ya da parantral antipsikotik ilaç kullanması,
- Tanı aldıktan sonra en az 6 ay süre geçmiş olması,
- Ayaktan takip edilmesi,
- Psikiyatrist tarafından çalışmaya uygunluğunun onaylanmış olması,
- Ek psikiyatrik tanısı olmaması.

3.4.2. Araştırmanın dışlama kriterleri:

- Değerlendirme sırasında aktif psikotik semptomların olması,
- İşitme engelli olması,
- Akut ve aktif dönemde olan kronik hastalık olması (astım, multipl skleroz vb.),
- Kafa travması ve SSS enfeksiyonu öyküsü bulunması,
- Değerlendirmeden iki ay öncesine kadar madde bağımlılığının olması,
- Kişinin onam vermemesi.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için çalışma ile ilgili etik kurul onayı Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulundan alınmıştır (Bkz.EK-10). Araştırmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler alınmıştır (Bkz.EK-8,9). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve araştırma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Araştırmayı kabul eden bireylere anket formu ve ölçekler uygulanmadan önce araştırmanın amacı, anket ve ölçeklerin içerikleri hakkında açıklamalarda bulunulmuş, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konularında açıklama yapılmış olup, katılımları için onam formunu okumaları ve onaylamaları istenmiştir (Bkz.EK-1). Katılımcılara hem onam formundaki hem de araştırmada kullanılan anket formundaki özel bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirleyen bir anket formu, (Bkz. EK-2)', Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği(BBİÖ), (Bkz. EK-3)', Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ), (Bkz. EK-4)', Morisky Uyum Ölçeği(MUÖ), (Bkz. EK-5)', İlaç Tutum Envanteri(İTE), (Bkz. EK-6)', Klinik Global İzlenim Ölçeği(KGİÖ), (Bkz. EK-7)', kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Tanımlayıcı veri toplama formu literatüre uygun olarak hazırlanmış olup uzman görüşü olarak araştırmacı tarafından geliştirilen toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Anketteki ilk 12 soru katılımcıların sosyodemografik verilerini kalan sorular ise hastalığa ait özelliklerini belirlemek üzere hazırlanmıştır. Anket formunda ilaç uyumunu etkileyen faktörlerden, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, ekonomik durum, aile tipi, fiziksel hastalık öyküsü, hastalık süresi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastaneye yatış nedeni, hastaneye yatış sayısı, gibi maddeleri içeren toplam 21 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)

Beck ve arkadaşları (151) tarafından geliştirilen ölçek, 15 sorudan oluşan dörtlü likert tipi ("aynı fikirde değilim" 0 puan, "biraz katılıyorum" 1 puan, "çoğunlukla katılıyorum" 2 puan, "tamamıyla katılıyorum" 3 puan toplam puanlı bir öz bildirim ölçeğidir. Bileşik indeks (toplam puan) kendini ifade etme maddelerinden (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15) kendinden eminlik (2, 7, 9, 10, 11, 13) maddelerinin puanının çıkarılmasıyla hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puan aralığı (-18,27) , kendini ifade etme alt ölçeği puan aralığı (-12,18), kendinden eminlik alt ölçeği puan aralığı (-6, 9) olup ölçekten alınan yüksek puan içgörünün düşük, düşük puan ise içgörünün yüksek olduğunu gösterir (21). Kendini ifade etme alt ölçeği kabule yatkınlık, işlevsel olmayan çıkarımları tanıma, bireyin düşüncelerinin objektifliği ve geri bildirimlere açık oluşunu; kendinden eminlik alt ölçeği ise kişinin şimdiki inanç ve yargılarının doğruluğu konusunda kendinden emin olması, bireyin sonuca çabuk atlama, düşüncelerini değiştirmek istememesi ve geri bildirimlere dirençli olması

anlamına gelmektedir (151). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Aslan ve arkadaşları (21) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin Cronbach alfa katsayıları her bir alt grup için sırasıyla 0,56 ve 0,50 düzeyinde bulunmuştur (21). Bu araştırmada BBIÖ'nin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.727, BBIÖ'nin alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları sırasıyla: BBIÖ Kendini İfade Etme 0.656; BBIÖ Kendinden Eminlik 0.708 olarak bulunmuştur (Bkz. EK-3).

3.6.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Ritscher ve arkadaşları (222) tarafından geliştirilmiş olan ölçek içselleştirilmiş damgalanmayı değerlendiren, 29 maddeden oluşan dörtlü Likert tipi bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek, “Yabancılaşma”, “Kalıp Yargıların Onaylanması”, “Algılanan Ayrımcılık”, “Sosyal Geri Çekilme” ve “Damgalanmaya Karşı Direnç” olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin öznel damgalama yaşantılarını değerlendirmektedir. RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’nde yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ersoy ve Varan(182) tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçek için elde edilen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0,93, iki-yarım güvenilirliği 0,89, alt ölçekler için Cronbach alfa katsayısı sırasıyla yabancılaşma için 0,84, kalıp yargıların onaylanması için 0,71, algılanan ayrımcılık için 0,87, sosyal geri çekilme için 0,85 ve damgalanmaya karşı direnç için 0,63 olarak belirlenmiştir (182). Mevcut çalışmada alt ölçeklerin değerlendirilmesi ortalama puana göre yapıldı. Tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,903; alt ölçekler için sırasıyla yabancılaşma için 0,787, kalıp yargıların onaylanması için 0,727, algılanan ayrımcılık için 0,738, sosyal geri çekilme için 0,673 ve damgalanmaya karşı direnç için 0,722 olarak belirlendi (Bkz. EK-4).

RHİDÖ'nin alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

I. Yabancılaşma (6 madde); 1, 5, 8, 16, 17, 21

II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde); 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29

III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde); 3, 15, 22, 25, 28

IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde); 4, 9, 11, 12, 13, 20

V. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde); 7, 14, 24, 26, 27

Yabancılaşma alt ölçeği, bireyin sosyal çevresine yabancılaşması; kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği, toplumdaki yaygın olumsuz düşüncelerle bireyin hem fikir olması; algılanan ayrımcılık alt ölçeği, toplumdan algıladıkları ayrımcılık ve dışlanma; sosyal geri çekilme alt ölçeği, damgalanma nedeniyle bireyin toplumla arasına koymak istediği sosyal mesafe ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği ise, toplumdaki yaygın olumsuz düşüncelere rağmen bireyin kendi kendini damgalamasına engel olan direnç anlamına gelmektedir.

3.6.4 Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ)

Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş, Morisky ve arkadaşları tarafından geçerlilik çalışması yapılmıştır (223). Aktif tüberküloz tedavisindeki hastalar arasındaki grup tartışmalarına göre, suçlayıcı bulunduğu gerekçesiyle özgün ölçekteki 2. madde olan 'İlaçlarınızı almak konusunda ihmalkar mı davranırsınız?' sorusu değiştirilmiş; yerine kasıt içermeyen 'İlaçlarınızı almayı anımsamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?' maddesi konmuştur (224). Ölçek, ilaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Ölçek iki seçenekli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu soruların ardında yatan düşünce, bağlılıktan kopmanın unutkanlık, dikkatsizlik, kendini daha iyi hissedince ilacı bırakma veya ters bir olay yaşamaya bağlı olabileceği hipotezidir (225). Sorular 'evet/hayır' şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne 'hayır' denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya 'evet' denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya 'evet' denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için Yılmaz

tarafından gerçekleştirilmiştir (226). Ölçek kategorik değişken olduğu için toplam puan hesaplaması yapılamamış olup cronbach alfa değeri belirlenmemiştir.

3.6.5. İlaç Tutum Envanteri (İTE)

İlaç tutum envanteri 10 sorudan oluşmaktadır ve ilaca yönelik tutumları belirlemek amacıyla araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir ölçek türüdür. Hogan ve arkadaşları (227) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan DAI-30 (İlaç Tutum Envanterinin- 30 soru) un kısa versiyonudur. Ölçekte 10 madde bulunmaktadır. İlaç tedavisine uyumlu bir hastanın 6 maddeyi “doğru” 4 maddeyi ise “yanlış” olarak işaretlemesi beklenmektedir. Uyumu ifade eden her cevap +1 olarak değerlendirilirken, uyumsuzluğu ifade eden cevaplar ise -1 olarak puan alır. Sonuçlar -10 ile +10 arasında değişen puanlarla ifade edilir. Ölçek kategorik değişken olduğu için toplam puan hesaplaması yapılamamış olup cronbach alfa değeri belirlenmemiştir.

3.6.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)

Klinik global izlem ölçeği herhangi bir hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmelerin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir, her yaşta ve tüm psikiyatrik bozuklukların klinik araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. KGİÖ, üç boyutlu bir ölçektir ve psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin tedaviye yanıtlarını değerlendirmek amacıyla klinisyen tarafından yürütülen yarı yapılandırılmış görüşme sırasında doldurulur. Ölçeğin birinci bölümü hastalık şiddetini ölçmek için kullanılır ve toplam yedi puan üzerinden hesaplanır. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1 puan (normal, hasta değil), 2 puan (ruhsal hastalık sınırda), 3 puan (hafif derecede hasta), 4 puan (orta derecede hasta), 5 puan (belirgin derecede hasta), 6 puan (şiddetli derecede hasta), 7 puan (en ağır derecede hasta) olarak değerlendirilir. Ölçeğin ikinci bölümü psikiyatrik bozukluğu olan kişinin, çalışmaya girdiği zamanki durumuna göre ne kadar değiştiği 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1 puan (çok fazla iyileşti), 2 puan (oldukça iyileşti), 3 puan (minimal iyileşme), 4 puan (değişiklik yok), 5 puan (minimal kötüleşme), 6 puan (oldukça kötüleşti), 7 puan (çok fazla kötüleşti) olarak

değerlendirilir. Ölçeğin üçüncü bölümünde ilaç yan etkileri 1 ile 4 puan arasında değerlendirilir; 1 puan (hiç etkilemiyor),2 puan (hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor),3 puan (hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor), 4 puan (terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor) şeklinde değerlendirilir (228).Ölçek kategorik değişken olduğu için toplam puan hesaplaması yapılamamış olup cronbach alfa değeri belirlenmemiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

3.7.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Veri toplama formu uygulanırken anketteki tüm soruların herkes için aynı biçimde algılanıp algılanmadığını belirlemek amacıyla ön uygulaması yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde örneklem hacminin %20 unu oluşturan ayaktan tedavi gören 10 adet şizofreni ve 10 adet bipolar bozukluk tanısı olan bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama da katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, (Bkz. EK-2), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği(BBİÖ), (Bkz. EK-3),Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ), (Bkz. EK-4) ,Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ), (Bkz. EK-5) İlaç Tutum Envanteri(İTE), (Bkz. EK-6) Klinik Global İzlenim ölçeği(KGİÖ), (Bkz. EK-7),uygulanmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre veri formlarında anlaşılmakta güçlük çekilen bazı sorular olduğu, veri toplama sırasında hastaların oryantasyon ve konsantrasyon sorunu yaşadığı bu nedenle veri toplama süresinin yaklaşık 30 dakika sürdüğü belirlenmiştir. Veri toplama sırasında anlaşılmakta güçlük çekilen sorulara ilişkin anlatım bozuklukları giderilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.7.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya dahil olan şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı almış katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, (Bkz. EK-2), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), (Bkz. EK-3), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma

Ölçeği (RHİDÖ), (Bkz. EK-4) , Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ), (Bkz. EK-5), İlaç Tutum Envanteri (İTE), (Bkz. EK-6), Klinik Global İzlenim ölçekleri (KGİÖ), (Bkz. EK-7) kapsayan değerlendirme formları araştırmacı tarafından yüz yüze, birebir görüşme uygulanarak toplanmıştır. Veriler katılımcıların anlamasını kolaylaştırmak ve yanlış anlamaları önlemek amacıyla araştırmacı tarafından okunarak soru cevap şeklinde toplanmıştır. Görüşme sırasında bireyin dikkatini verebilmesi ve takip edebilmesi için boş bir veri toplama formu da katılımcıya verilmiştir. Bunun yanında bu yöntemin seçilme sebebi maliyetinin düşük olması, katılımcılar için hiçbir tıbbi, yasal risk içermemesi, formlarda bulunan soruların anlaşılabilirliğinin ve açıklanabilirliğinin gözlemlenebilmesi ve araştırma evreninde belirlenen katılımcı sayısındaki kayıpların engellenmesi olarak düşünülmüştür. Uygulama her birey için yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışmada yer alan sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gösteriminde ise ortanca (minimum; maksimum) değerleri kullanıldı. Kategorik değişkenlerin dağılımının gösteriminde ise sayı (n) ve yüzde (%) verildi.

Bireylerin kişisel bilgilerinin gruplarda dağılımının incelenmesinde Pearson Ki Kare, Fisher exact test ve Yates ki kare testlerinden uygun olan yöntem kullanıldı. Sayısal değişkenlerin gruplarda karşılaştırılmasında ise bağımsız iki örnek t testi ve Mann Whitney U testlerinden uygun olan yöntem uygulandı.

Uygulanan ölçeklere verilen yanıtlara ilişkin iç tutarlılık katsayıları (cronbach alfa) hesaplandı. Ölçek skorlarının gruplarda karşılaştırılması bağımsız iki örnek t testi ve Mann Whitney U testinden uygun yöntem ile yapıldı.

Cinsiyet, aile tipi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, genelde hastaneye yatış nedeni, ilacı kendi alma durumu, ilaç alma konusunda destek alma durumu, ilaç almasını birinin hatırlatma durumu alt gruplarında çalışma grupları için yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Benzer şekilde belirtilen değişken gruplarında ve çalışma gruplarında MUO ve

KGİÖ yan etki yanıtlarının dağılımının karşılaştırılmasında Pearson Ki kare testinden yararlanıldı.

İkiden çok grup karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmeli sonuçlar yorumlandı.

Ölçek skorları arasındaki ilişki Spearman rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Anlamlı ilişki belirlenmesi durumunda, korelasyon katsayısı 0.00 – 0.19 aralığında ise “ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki”, 0.20 – 0.39 aralığında ise “zayıf (düşük) ilişki”, 0.40 – 0.69 aralığında ise “orta düzeyde ilişki”, 0.70 – 0.89 aralığında ise “kuvvetli (yüksek) ilişki” ve 0.90 – 1.0 aralığında ise “çok kuvvetli ilişki” şeklinde yorumlandı.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımsız Değişkenler

3.9.1.1. Sosyodemografik değişkenler

- Yaş: Sürekli değişken olarak toplanmış, yüzde olarak sunulmuştur.
- Cinsiyet: Erkek/kadın olarak gruplanmıştır.
- Eğitim durumu: Okur yazar olmayan, okur yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olarak gruplanmıştır.
- Yasal medeni durumu: Evli, bekar, boşanmış şeklinde üç grupta toplanmıştır.
- İş durumu: Çalışan ve işsiz olarak gruplanmıştır. Emekli, ev hanımı, işçi, memur, serbest meslek ve öğrenciler çalışan grup içinde yer almışlardır
- Kiminle yaşadığı: Aile, yalnız, arkadaş ve diğer şeklinde gruplandırılmıştır.
- Sosyal güvencesinin olup olmaması: Var ve yok şeklinde gruplandırılmıştır.

- Gelir durumu: Asgari ücret altı, asgari ücret, orta, yüksek şeklinde sıralanmıştır.
- Fiziksel hastalık öyküsü: Var ve yok şeklinde gruplandırılmıştır.
- Aile tipi: Çekirdek, parçalanmış aile olarak gruplandırılmıştır.

3.9.1.1.1. Hastalıkla ilgili değişkenler

- Hastanede yatış sayısı: Sayı olarak sorulmuş ve sürekli değişken olarak kaydedilmiştir.
- En son kontrole gitme süresi: Ay olarak sorulmuş ve sürekli değişken olarak kodlanmıştır.
- Katılımcının ilacını kendisinin alıp almama durumu: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur.
- Katılımcının ilacını alması konusunda destekleyenlerinin olup olmaması: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur
- Katılımcının ilacını alması konusunda birinin hatırlatma yapması: Evet, hayır şeklinde sorulmuştur,
- Hastalık süresi (hastalık başlangıcından itibaren geçen süre): Ay olarak sorulmuş ve sürekli değişken olarak kodlanmıştır.
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olup olmaması: Var ve yok şeklinde gruplandırılmıştır.
- İntihar öyküsü: Var ve yok şeklinde gruplandırılmıştır.
- Genelde hastaneye yatış nedeni: İlaç kullanmamak, ilaç kullanmaya rağmen belirtilerin artması, yaşanan stres /problemlerden dolayı ve diğer olarak gruplandırılmıştır.

3.9.2. Bağımlı Değişkenler

- Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) toplam puan ortalaması,
- Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) toplam puan ortalaması,
- Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ) toplam puan ortalaması,
- İlaç Tutum Envanteri (İTE) toplam puan ortalaması,

- Klinik Global İzlenim ölçeği (KGİÖ) toplam puan ortalaması

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma danışmanlık hizmeti veren psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirilmiş olup çalışmadan elde edilen veriler bireylerin anket formu ve ölçeği değerlendirirken belirttikleri ifadeler ile sınırlıdır. Veri toplama süreci belirlenen hasta örneklem sayısına ulaşmak için uzatılmıştır. Bu durum sonucunda araştırma evreni genişlemiş, yapılan örneklem hesabına ulaşılammıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu hasta grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip olan hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=100).

Tanımlayıcı Özellik	Grup		Test İstatistiği	
	Bipolar bozukluk n (%)	Şizofren n (%)	Z, χ^2	P
Yaş				
20 - 28	15 (30.0)	7 (14.0)	$\chi^2= 4,372$	0,358
29 - 37	8 (16.0)	13 (26.0)		
38 - 46	15 (30.0)	18 (36.0)		
47 - 55	7 (14.0)	7 (14.0)		
56 ve üzeri	5 (10.0)	5 (10.0)		
Cinsiyet				
Kadın	31 (62.0)	25 (50.0)	$\chi^2= 1.015$	0.314 *
Erkek	19 (38.0)	25 (50.0)		
Öğrenim düzeyi				
İlkokul	8 (16.0)	16 (32.0)	0.314 *	0.303
Ortaokul	14 (28.0)	12 (24.0)		
Lise	14 (28.0)	10 (20.0)		
Üniversite	14 (28.0)	12 (24.0)		
Medeni durum				
Evli	20 (40.0)	14 (28.0)	$\chi^2= 1.959$	0.376
Bekar	17 (34.0)	23 (46.0)		
Boşanmış	13 (26.0)	13 (26.0)		
Mesleğiniz				
Ev hanımı	15 (30.0)	12 (24.0)	$\chi^2=11.410$	0.076
İşçi	8 (16.0)	5 (10.0)		
Memur	14 (28.0)	6 (12.0)		
Serbest meslek	3 (6.0)	10 (20.0)		
Emekli	3 (6.0)	8 (16.0)		
Öğrenci	4 (8.0)	3 (6.0)		
Öğretmen	3 (6.0)	6 (12.0)		

Tablo 4.1. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=100).

İş durumunuz				
İşsiz	30 (60.0)	37 (74.0)	$\chi^2=$ 1.628	0.202*
Çalışıyor	20 (40.0)	13 (26.0)		
Kiminle yaşıyorsunuz				
Aile	46 (92.0)	45 (90.0)	$\chi^2=$ 5.678	0.058
Yalnız	1 (2.0)	5 (10.0)		
Diğer	3 (6.0)	0 (0.0)		
Hastalık süresi(Ay)				
Ortanca (min; maks)	96 (1; 336)	108 (2; 540)	Z= 0.352	0.725
Ort±SS	128.1±95.6	128.6±116.5		

*Yates ki kare sonucudur. / Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin %30.0'u 20-28 ve 38-46 yaş aralığında, %62.0' si kadın, %28'i ortaokul, lise, üniversite düzeyinde eğitim almış, %40'ı evli, %30'u ev hanımı, %60'ı herhangi bir işte çalışmayan, %92'si ailesiyle birlikte yaşayan, hastalık süresi ortalaması 128.1±95.6 ay olan bireylerden oluşmaktadır. Şizofreniye sahip bireylerin %36.0'sı 38-46 yaş aralığında, %50.0' si kadın, %32'si ilkokul mezunu, %46'sı bekar, %24'ü ev hanımı, %74'ü herhangi bir işte çalışmayan, %90'ı ailesiyle birlikte yaşayan hastalık süresi 128.6±116.5 ay olan bireylerden oluşmaktadır. Çalışma gruplarında bireylerin yaşları, cinsiyet dağılımı, öğrenim düzeyi, medeni durum, meslek, herhangi bir işte çalışma durumu, kiminle yaşadığı, hastalık süresi tanımlayıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.1. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=100).

Tanımlayıcı Özellik	Grup		Test İstatistiği	
	Bipolar bozukluk n (%)	Şizofreni n (%)	Z, χ^2	P
Sosyal güvence durumu				
Var	48 (96.0)	46 (92.0)	-	0.678 *
Yok	2 (4.0)	4 (8.0)		
Aylık gelir				
Asgari Ücret Altı	19 (38.0)	21 (42.0)	$\chi^2=1.256$	0.740
Asgari Ücret	6 (12.0)	9 (18.0)		
Orta	20 (40.0)	16 (32.0)		
Yüksek	5 (10.0)	4 (8.0)		
Fiziksel hastalık				
Var	11 (22.0)	11 (22.0)	$\chi^2=0.000$	0.999**
Yok	39 (78.0)	39 (78.0)		
Aile tipi				
Çekirdek aile	38 (76.0)	36 (72.0)	$\chi^2=2.276$	0.320
Parçalanmış aile	12 (24.0)	14 (28.0)		
Ailede psikiyatrik hastalık				
Var	12 (24.0)	15 (30.0)	$\chi^2=0.203$	0.652**
Yok	38 (76.0)	35 (70.0)		
İntihar öyküsü				
Var	15 (30.0)	18 (36.0)	$\chi^2=0.181$	0.671**
Yok	35 (70.0)	32 (64.0)		
İntihar etme sıklığı (kez)				
Ortanca (min; maks)	1 (1; 6)	2 (1; 6)	Z= 0.039	0.986
Ort±SS	2 ± 2	2 ± 2		

Tablo 4.1. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=100).

Hastaneye yatış sıklığı(kez)				
Ortanca (min; maks)	2 (0; 8)	2 (0; 25)	Z= 0.672	0.502
Ort±SS	2 ± 2	3 ± 4		
Son kontrole gelme süresi (ay)				
Ortanca (min; maks)	2 (1; 8)	1 (0; 96)	Z= 0.909	0.363
Ort±SS	2 ± 2	5 ± 14		

*Fisher exact test sonucudur. / **Yates ki kare sonucudur. / Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin %96'sı sosyal güvenceye sahip, %38'inin gelir düzeyi asgari ücret ve altında, %76'sı çekirdek aileye sahip, %76'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, %78'inde fiziksel hastalık öyküsü, %70'inde intihar öyküsü yoktur. Hastanede yatış sıklığı ve en son kontrole gelme süresi ortalamaları 2 ± 2 dir. Şizofreni grubunda ise bireylerin %92'si sosyal güvenceye sahip, %42'sinin gelir düzeyi asgari ücret ve altında, %72'si çekirdek aileye sahip, %70'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, %78'inin fiziksel hastalık öyküsü, %64'ünün intihar öyküsü yoktur. Şizofreni grubunda hastanede yatış sıklığı ortalaması 3 ± 4 , en son kontrole gelme süresi ortalaması 5 ± 14 tür. Çalışma gruplarında sosyal güvence durumu, aylık gelir, fiziksel hastalık öyküsü, aile tipi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, intihar öyküsü, intihar etme sıklığı, hastaneye yatış sıklığı, son kontrole gelme süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.1. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=100).

Tanımlayıcı Özellik	Grup		Test istatistiği	
	Bipolar bozukluk n (%)	Şizofreni n (%)	χ^2	P
Hastaneye yatış nedeni				
İlaç kullanmamak	10 (23.3)	5 (14.7)	9.068	0.028
İlaça rağmen belirtinin artması	5 (11.6)	14 (41.2)		
Yaşadığı stresten dolayı	22 (51.2)	11 (32.4)		
Diğer	6 (14.0)	4 (11.8)		
İlacı kendisinin alma durumu				
Evet	47 (94.0)	42 (84.0)	1.634	0.201*
Hayır	3 (6.0)	8 (16.0)		
İlacını alma konusunda destekleyenlerin varlığı				
Evet	32 (64.0)	41 (82.0)	3.247	0.072*
Hayır	18 (36.0)	9 (18.0)		
İlaç almadığı zamanlarda birisinin hatırlatmasına gereksinim durumu				
Evet	16 (32.0)	26 (52.0)	3.325	0.068
Hayır	34 (68.0)	24 (48.0)		

*Yates ki kare sonucudur. / Sütun yüzdesi verilmiştir.

Bipolar bozukluğu olan bireylerde %51.2'sinin hastaneye yatış nedeni yaşadığı streslerden dolayı,%94'ü ilacını kendisi kullanan,%64'ü ilacını alma konusunda destek alan,%68'inin ilacını almadığı zaman birinin hatırlatmasına gerek olmayan bireylerden oluşmaktadır, şizofreni grubunda ise %41.2'sinin hastaneye yatış nedeni ilaca rağmen belirtilerinin artması,%84'ü ilacını kendisi kullanan,%82'si ilacını alma konusunda destek alan, %52'sinin ilacını almadığı zaman birisinin hatırlatmasına gerek olan bireylerden oluşmaktadır. Çalışma gruplarında hastaneye

yatış nedeni, ilacı kendilerinin kullanma durumu, ilaç alma konusunda desteklenmeleri ve ilaç almadığı zamanlarda hatırlatmaya ihtiyaç duymaları durumlarının dağılımları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, İTE ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	X±SS	Ortanc a	Min - Max	Ölçeği n Min- max	İç tutarlılı k
BBIÖ toplam	3.3±5.6	3.0	(-9;16)	(-18,27)	0.727
Kendini İfade Etme	13.4±5.3	14.0	(1; 24)	(-12,18)	0.656
Kendinden eminlik	10.0±4.1	10.0	(2; 18)	(-6, 9)	0.708
RHİDÖ toplam	59.8±16.2	58.5	(33;109)	(29-116)	0.903
Yabancılaşma	12.9±4.8	12.0	(6; 24)	(6-24)	0.787
Kalıp yargı onaylama	14.1±4.9	14.0	(7; 28)	(7-28)	0.727
Algılanan ayrımcılık	10.7±3.9	10.0	(5; 20)	(5-20)	0.738
Sosyal geri çekilme	11.3±3.7	11.0	(5; 20)	(6-24)	0.673
Damgalanmaya karşı direnç	10.8±3.7	10.5	(5; 20)	(5-20)	0.722
İTE toplam	4.6±4.0	6.0	(-6; 10)	(-10+10)	0.636

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ puan ortancası 3.0,BBIÖ alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; ‘kendini ifade etme’ alt ölçeği ortancası 14.0, ‘kendinden eminlik’ alt ölçeği ortancası 10.0 olarak; RHİDÖ puan ortancası 58.5,RHİDÖ alt ölçeklerinin puan ortancaları ise sırasıyla; ‘yabancılaşma’ alt ölçeği ortancası 12.0,’kalıp yargıları onaylama’ alt ölçeği ortancası 14.0,’algılanan ayrımcılık alt ölçeği ortancası 10.0 ,’sosyal geri çekilme’ alt ölçeği ortancası 11.0,’damgalanmaya karşı direnç’ alt ölçeği ortancası 10.5 olarak; İTE puan ortancası 6.0 olarak elde edilmiştir.

Tablo 4.3. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin MUÖ ve KGiÖ ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

	Bipolar bozukluk n (%)	Şizofren n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	P
MUÖ				
Yüksek	14 (28.0)	13 (26.0)	0.162	0.922
Orta	21 (42.0)	23 (46.0)		
Düşük	15 (30.0)	14 (28.0)		
KGiÖ Hastalık şiddeti				
Normal	1 (2.0)	2 (4.0)	8.307	0.140
Hastalık sınırında	6 (12.0)	2 (4.0)		
Hafif hasta	19 (38.0)	17 (34.0)		
Orta düzey hasta	17 (34.0)	12 (24.0)		
Belirgin düzey hasta	5 (10.0)	15 (30.0)		
Ağır hasta	2 (4.0)	2 (4.0)		
KGiÖ Düzeltme				
Çok düzeldi	4 (8.0)	6 (12.0)	5502	0.358
Oldukça düzeldi	22 (44.0)	15 (30.0)		
Biraz düzeldi	14 (28.0)	22 (44.0)		
Değişiklik yok	6 (12.0)	6 (12.0)		
Biraz kötüleşti	3 (6.0)	1 (2.0)		
Oldukça kötüleşti	1 (2.0)	0 (0.0)		
KGiÖ Yan etki				
Hiç yok	10 (20.0)	8 (16.0)	0.291	0.865
Etkilemiyor	31 (62.0)	32 (64.0)		
Etkiliyor	9 (18.0)	10 (20.0)		

MUÖ; Bipolar bozukluğa sahip bireylerin %42.0'sinin, şizofreni grubunda ise %46.0'sının ilaç uyumu orta düzeyde bulunmuştur.

Bipolar bozukluğa sahip bireylerin %38.0'ı hafif derecede hasta, %44'ünün oldukça düzeldiği, %62'sinin kullandıkları ilaçların yan etkilerinden etkilenmediği belirlenmiştir. Şizofreni grubunda ise %34.0'ünün hafif derece hasta, %44'ünün biraz düzeldiği, %64.0'ının kullandıkları ilaçların yan etkilerinden etkilenmedikleri belirlenmiştir. Çalışma gruplarında MUÖ toplam ve alt ölçek puanları, KGiÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, İTE ölçek puanlarının karşılaştırılması.

Ölçekler	Grup				Test istatistiği	
	Bipolar bozukluk		Şizofren		t, Z	p
	Ortanca (min; maks)	Ort±SS	Ortanca (min; maks)	Ort±SS		
BBIÖ toplam	2 (-9; 16)	2.2±5.5	5 (-8; 16)	4.4±5.6	t= 1.941	0.055
Kendini ifade etme	13 (3; 23)	12.6±4.8	14.5 (1; 24)	14.1±5.7	t= 1.347	0.181
Kendinden eminlik	11.5 (2; 18)	10.4±4	10 (2; 18)	9.7±4.1	Z= 1.017	0.309
RHİDÖ toplam	54.5 (33; 99)	55.8±14.6	62.5 (34; 109)	63.7±16.8	t= 2.497	0.014
Yabancılaşma	11.5 (6; 24)	12.2±4.7	13 (6; 24)	13.7±4.8	Z= 1.892	0.058
Kalıp yargı onaylama	12.5 (7; 25)	13.2±4.7	15 (7; 28)	15.0±5.0	Z= 1.860	0.063
Algılanan ayrımcılık	8.5 (5; 19)	9.6±3.8	11 (5; 20)	11.7±3.8	Z= 2.779	0.005
Sosyal geri çekilme	10 (5; 19)	10.4±3.7	12 (5; 20)	12.3±3.5	Z= 2.672	0.008
Damgalanmaya karşı direnç	10.5 (5; 17)	10.5±3.4	10.5 (5; 20)	11.0±4.1	Z= 0.405	0.685
İTE toplam	6 (-2; 10)	5.4±3.4	4 (-6; 10)	3.9±4.4	Z= 1.730	0.084

BBIÖ toplam ortalama puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 2.2±5.5, şizofreni grubunda ise 4.4±5.6 olarak elde edilmiştir. BBIÖ toplam ortanca puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 2.0, şizofreni grubunda ise 5.0 olarak elde edilmiştir. BBIÖ puanları çalışma gruplarında benzerdir (p>0.05) .

RHİDÖ toplam ortalama puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 55.8±14.6, şizofreni grubunda ise 63.7±16.8 olarak elde edilmiştir. RHİDÖ toplam ortanca puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 54.5, şizofreni grubunda ise 62.5 olarak elde edilmiştir. RHİDÖ toplam ölçek puanı şizofreni grubunda bipolar bozukluk olanlarda elde edilen puanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Bipolar bozukluğu olan bireylerle şizofreni tanılı bireylerin RHİDÖ alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıları onaylama, damgalanmaya karşı direnç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05). Ancak RHİDÖ alt ölçekleri olan algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının da şizofreni grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

Bipolar bozukluğu olan bireylerle şizofreni tanılı bireylerin BBIÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05).

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.5. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin cinsiyetlerine göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Bipolar Bozukluk				Şizofreni			
	Kadın* (n=31)	**Erkek (n=19)	Test Sonucu		Kadın* (n=25)	**Erkek (n=25)	Test sonucu	
	Ortanca (min;max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min;max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P	Ortanca (min;max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P
BBİÖ toplam	2.0 (-9; 16) 5.693	4.0(-6;12) 4.995	1.745	0.081	3.0 (-8;15) 5.380	5.0(-4;16) 5.435	2.080	0.038
Test sonucu	*Z= 1.082, p= 0,279				**Z= 1.521, p=0.128			
Kendini İfade Etme	13.0 (3;22) 4.915	13.0(4;23) 4.868	0.120	0.904	13.0 (1;21) 5.431	16.0 (5;24) 5.361	2.140	0.032
Test sonucu	*Z=0.140, p=0.888				**Z=2.008, p= 0.045			
Kendinden Eminlik	12.0(4;18) 3.712	8.0 (2;15) 4.036	2.129	0.033	10.0 (2;18) 4.655	10.0 (3;17) 3.655	0.380	0.704
Test sonucu	*Z=1.182, p=0.070				**Z=0.893, p=0.372			
RHİDÖ toplam	54.0(33;99) 14.986	55.0 (38;82) 13.695	1.350	0.177	59.0 (34;109) 17.474	65.0 (41;103) 16.235	1.019	0.308
Test sonucu	*Z=1.715, p=0.086				**Z=1.339, p=0.180			
Yabancılaşma	11.0(6;23) 4.513	12.0 (6;24) 5.033	1.125	0.261	13.0 (6;24) 5.227	13.0 (6;24) 4.320	0.604	0.546
Test sonucu	*Z=1.499, p=0.134				**Z=0.820, p=0.412			

Tablo 4.5. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin cinsiyelerine göre BİÖ, RHİÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Kalıp yargıları onaylama	12.0 (7;25) 4.583	14.0(7;22) 5.009	0.673	0.501	16.0 (7;28) 4.983	15.0 (80;26) 5.182	0.117	0.907
Test sonucu	*Z=1.655, p=0.098				**Z=0.809, p=0.419			
Algılanan ayrımcılık	8.0 (5;19) 3.377	10.0 (5;17) 4.323	0.876	0.381	11.0 (5;20) 3.908	13.0 (5;20) 3.616	1.728	0.084
Test sonucu	*Z=1.720, p=0.085				**Z=1.702, p=0.089			
Sosyal geri çekilme	10.0(5;19) 4.043	10.0 (5;17) 3.133	0.422	0.673	11.0 (5;20) 3.900	12.0 (7;20) 3.132	1.074	0.283
Test sonucu	*Z=1.391, p=0.164				**Z=2.334, p=0.020			
Damgalanmaya karşı direnç	10.0(5;17) 3.016	12.0 (5;17) 3.914	1.278	0.201	10.0 (5;18) $\bar{X} \pm SS = 4.138$	11.0 (5;20) $\bar{X} \pm SS = 4.082$	0.156	0.876
Test sonucu	*Z=0.582, p=0.561				**Z=0.261, p=0.794			
MUÖ toplam			Z=2.320	p=0.3			Z=1.879	p=0.391
Yüksek	11.0 (%35.5)	3 (%15.8)		13	8.0 (% 32)	5 (%20)		
Orta	12.0(%38.7)	9 (%47.4)			12.0 (%48)	11 (%44)		
Düşük	8.0(%25.8)	7 (%36.8)			5.0 (%20)	9 (%36)		
İTE	8.0(-2;10) 3.222	6.0 (2;8) 3.457	1.995	0.046	4.0 (-6;10) 4.772	4.0 (-6;10) 4.041	0.069	0.945
Test sonucu	*Z= 1.891, p=0.059				**Z= 0.145, p=0.885			
KGİÖ								
Hastalık şiddeti	4.0(1;6) 1.122	3.0(2;5) 0.905	0.200	0.842	4.0 (1; 6) 1.376	4.0 (3;5) 0.866	0.829	0.407
Test sonucu	*Z=0.054, p=0.579				**Z=1.832, p=0.067			
Düzelme	3.0 (1;6) 1.186	2.0(1;5) 0.964	1.006	0.314	3.0 (1;5) 0.995	3.0 (1;4) 0.866	0.248	0.804
Test sonucu	*Z=0.242, p=0.809				**Z=0.645, p=0.519			

*Z:İki hastalık arasında kadın bireylerde anlamlılığın karşılaştırılması, **Z:İki hastalık arasında erkek bireylerde anlamlılığın karşılaştırılması

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ alt ölçeği 'kendinden eminlik' ölçek puan ortancalarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasında bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). BBIÖ toplam puan ortancası cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında ise şizofreni grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmaya katılan bireylerde BBIÖ alt ölçeği 'kendini ifade etme' ölçek puan ortancası cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasında şizofreniye sahip bireylerde anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerde cinsiyet değişkenine göre RHİDÖ puan ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin İTE ölçek puan ortancalarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasında bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerde KGİÖ ve MUÖ ölçeklerinin cinsiyet değişkenine göre ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ alt ölçeği 'kendini ifade etme' ölçek puan ortancalarının erkek grubunda anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Benzer şekilde RHİDÖ alt ölçeği 'sosyal geri çekilme' ölçek puan ortancalarının erkek grubunda anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bipolar bozukluk				Şizofren				
	Çekirdek Aile* (n=38)	Parçalanmış Aile** (n=12)	Test Sonucu		Çekirdek Aile* (n=36)	Parçalanmış Aile** (n=14)	Test Sonucu	
Ölçekler ve Alt Boyutları	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P
BBİÖ toplam	3.0 (-7; 16) 5.645	2.5(-8;10) 6.029	1.363	0.177	4.5 (-8; 16) 5.879	10.5(-5;24) 9.910	0.396	0.709
Test sonuçları	*Z=0.490, p=0.624				**Z=0.785, p=0.433			
Kendini İfade Etme	13.5 (3;22) 4.833	23.0(19;37) 6.274	0.866	0.401	14.0 (1;24) 5.823	28.0(14;40) 9.787	1.037	0.314
Test sonucu	*Z=0.547, p=0.584				**Z=0.753, p=0.451			
Kendinden Eminlik	10.5(2;18) 4.113	13.0 (5;15) 3.765	1.492	0.139	10.(2;18) 3.973	17.0 (9;32) 9.028	0.825	0.427
Test sonucu	*Z=0.068, p=0.945				**Z=0.361, p=0.718			
RHİDÖ toplam	55.0(33;89) 13.294	92 (73;137) 19.439	0.318	0.755	61.0(34;109) 17.818	131.5 (100;178) 27.613	1.507	0.134
Test sonucu	*Z=0.068, p=0.946				**Z=1.228, p=0.219			
Yabancılaşma	12.0(6;24) 4.517	18.5 (12;32) 7.739	0.319	0.755	12.5(6;24) 4.837	28.0 (22;44) 7.842	1.848	0.065
Test sonucu	*Z=0.331, p=0.741				**Z=1.531, p=0.126			

Tablo 4.6. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin aile tiplerine göre BBİÖ, RHİDÖ, İTFE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Tablo 4.6. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin aile tiplerine göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Kalıp yargıları onaylama	13.0 (7;25) 4.631	22.0(14;35) 8. 108	0.433	0.680	15.0 (7;28) 5.066	30.0(19;46) 9.631	1.328	0.189
Test sonucu	*Z=0.708, p=0.479				**Z=0.170, p=0.865			
Algılanan ayrımcılık	9.0 (5;17) 3.064	15.5 (10;25) 6.360	0.601	0.556	11.0 (5;20) 3.992	25.0 (16;33) 6.280	2.020	0.045
Test sonucu	*Z=0.389, p=0.697				**Z=1.289, p=0.197			
Sosyal geri çekilme	10.0(5;19) 3.501	18.5 (12;28) 6.133	0.077	0.950	12.0(5;20) 3.591	25.5 (21;38) 6.330	1.715	0.092
Test sonucu	*Z=0.114, p=0.909				**Z=1.225, p=0.221			
Damgalanmaya karşı direnç	11.0(5;17) 3.135	17.0 (12;25) 5.140	0.895	0.387	11.0(5;20) 4.060	20.0 (10;31) 8.059	1.759	0.080
Test sonucu	*Z=0.743, p=0.457				**Z=0.830, p=0.407			
MUÖ toplam								
Yüksek	8.0 (%21.1)	5.0 (%50)	5.471	0.242	8.0 (%22.2)	3 (15.8)	8.511	0.075
Orta	17.0 (%44.7)	4.0 (%40)			20.0(%55.6)	9 (47.4)		
Düşük	13.0 (%34.2)	1.0 (%10)			8.0(%22.2)	7 (36.8)		
İTE	6.0(-2;10) 3.414	11.0 (-2;16) 9.030	0.208	0.851	4.0(-6;10) 4.545	11.0 (-2;20) 7.779	0.416	0.687
Test sonucu	*Z=0.605, p=0.545				**Z=0.247, p=0.805			
KGİÖ								
Hastalık şiddeti	3.0(2;6) 0.830	6.0(3;9) 2.89	0.709	0.507	4.0(1;6) 1.098	8.5(4;11) 2.728	0.668	0.540
Test sonucu	*Z=0.633, p=0.527				**Z=1.468, p=0.142			
Düzelme	2.50 (1;5) =1.016	4.0(3;8) 2.121	0.363	0.736	3 (1;4) 0.906	5.5(3;9) 1.941	1.006	0.846
Test sonucu	*Z=0.578, p=0.564				**Z=1.125, p=0.260			

*Z:iki hastalık arasında çekirdek aileye sahip bireylerde anlamlılığın karşılaştırılması, **Z:iki hastalık arasında parçalanmış aileye sahip bireylerde anlamlılığın karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerde aile tipi değişkenine göre BBİÖ puan ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin RHİDÖ alt ölçeği ‘algılanan ayrımcılık’ ölçek puan ortancalarının aile tipi değişkenlerine göre en az birinde şizofreniye sahip bireylerde anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ancak bonferroni düzeltmesi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerde İTE, KGIÖ ve MUÖ ölçeklerinin aile tip değişkenine göre ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin aile tiplerine göre karşılaştırılmasında anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Ölçekler ve Alt Boyutları	Bipolar Bozukluk				Şizofreni			
	Var* (n=12)	Yok**(n=38)	Test Sonucu		Var* (n=15)	Yok** (n=35)	Test sonucu	
	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P
BBİÖ toplam	2.0 (-4; 16) 6.230	2.0(-9;12) 4.766	2.051	0.040	4.00 (-4;10) 4.151	5.00 (-8;16) 6.316	0.618	0.537
Test sonucu	*Z=0.466, p=0.648				**Z=2.085, p=0.037			
Kendini İfade Etme	13.0 (4;23) 5.466	13.0(3;21) 4.241	0.637	0.524	14.00 (1;18) 4.638	15.00 (1;24) 6.126	1.124	0.261
Test sonucu	*Z=0.245, p=0.829				**Z=1.759, p=0.078			
Kendinden Eminlik	10.0(5;16) 4.448	12.0 (2;18) 3.095	2.596	0.009	9.0 (3;17) 3.290	10.0 (2;18) 4.567	0.893	0.372
Test sonucu	*Z=0.270, p=0.792				**Z=0.831, p=0.406			
RHİDÖ toplam	53.0(40;70) 10.308	54.5 (33;99) 13.723	0.116	0.907	67.0 (40;109) 18.588	61.00 (34;103) 12.470	3.266	0.001
Test sonucu	*Z=2.052, p=0.041				**Z=1.629, p=0.103			
Yabancılaşma	11.0(7;21) 4.252	12.0 (6;24) 4.369	0.596	0.551	18.0 (6;24) 4.817	13.00 (6;24) 3.979	3.187	0.001
Test sonucu	*Z=1.448, p=0.152				**Z=1.293, p=0.196			
Kalıp yargıları onaylama	11.5 (7;17) 3.397	13.0(7;25) 4.809	0.143	0.966	16.0(7;28) 5.953	15.0 (7;26) 4.060	2.088	0.037
Test sonucu	*Z=1.520, p=0.139				**Z=1.191, p=0.234			
Algılanan ayrımcılık	9.5 (5;17) 3.415	8.0 (5;19) 3.766	1.184	0.236	14.0 (5;20) 4.029	11.0 (5;20) 3.109	3.174	0.002
Test sonucu	*Z=1.914, p=0.059				**Z=2.049, p=0.040			

Tablo 4.7. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü durumuna göre BBİÖ, RHİDÖ, İTFE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Tablo 4.7. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü durumuna göre BİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Sosyal geri çekilme	10.0(5;14) 3.049	10.0 (5;19) 3.665	0.436	0.663	14.0 (5;20) 3.698	12.0 (6;20) 3.320	2.186	0.029
Test sonucu	*Z=2.147, p=0.032				**Z=1.803, p=0.071			
Damgalanmaya karşı direnç	10.0(5;17) 3.315	11.0 (5;17) 3.407	1.375	0.169	10.0 (5;18) 4.091	11.0 (5;20) 3.578	2.489	0.013
Test sonucu	*Z=1.009, p=0.323				**Z=0.316, p=0.752			
MUÖ toplam								
Yüksek	1.0 (%8.3)	13 (%34.2)	3.242	0.198	3.0 (% 20.0)	10(%28.6)	1.566	0.457
Orta	7.0(%58.3)	14(%36.8)			6.0 (%40.0)	17 (%48.6)		
Düşük	4.0(%33.3)	11(%28.9)			6.0 (%40.0)	8 (%22.9)		
İTE	6.0(-2;10) 3.303	6.0 (-2;10) 3.541	0.650	0.516	4.0 (-6;10) 3.956	6.0 (-6;10) 3.584	1.433	0.152
Test sonucu	*Z=1.287, p=0.217				**Z=1.282, p=0.200			
KGİÖ								
Hastalık şiddeti	3.5(2;5) 0.985	3.0(1;6) 0.973	1.270	0.204	3.0 (1; 5) 0.802	4.0 (1;6) 1.301	0.938	0.348
Test sonucu	*Z=0.359, p=0.755				**Z=2.205, p=0.027			
Düzelme	2.5 (1;5) 1.311	2.0(1;6) 0.917	0.931	0.352	2.0(1;4) 0.895	3.0 (1;5) 0.948	0.774	0.439
Test sonucu	*Z=0.872, p=0.427				**Z=0.782, p=0.434			

*Z:İki hastalık arasında ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığına göre anlamlılığın karşılaştırılması, **Z:İki hastalık arasında ailede psikiyatrik rahatsızlık yokluğuna göre anlamlılığın karşılaştırılması

Çalışmaya katılan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ toplam ve BBIÖ alt ölçeği 'kendinden eminlik' ölçek puan ortancalarının ailede psikiyatrik rahatsızlık değişkenine göre karşılaştırıldığında bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin RHİDÖ toplam ve RHİDÖ alt ölçekleri 'yabancılaşma', 'kalıp yargıları onaylama', 'algılanan ayrımcılık', 'sosyal geri çekilme', 'damgalanmaya karşı direnç' ölçek puan ortancalarının ailede psikiyatrik rahatsızlık değişkenine göre karşılaştırıldığında şizofreniye sahip bireylerde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık değişkenine göre MUÖ, İTE ve KGİÖ ölçek puan ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre karşılaştırılmasında ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olan bireylerde RHİDÖ toplam ve RHİDÖ alt ölçeği 'sosyal geri çekilme' puanları arasında istatistikler olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre karşılaştırılmasında ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olmayan bireylerde BBIÖ toplam, RHİDÖ alt ölçeği 'algılanan ayrımcılık' ve KGİÖ alt ölçeği 'hastalık şiddeti' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin intihar girişiminin olup olmaması durumuna göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarını karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Bipolar Bozukluk				Şizofreni			
	*Var (n=15)	**Yok(n=35)	Test Sonucu		*Var (n=18)	**Yok (n=32)	Test sonucu	
	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	p
BBİÖ toplam	-2.0 (-9; 16) 6.595	3.0(-6;13) 5.309	0.490	0.624	5.00 (-3;11) 5.380	4.50 (-8;16) 6.082	0.785	0.433
Test sonucu	*Z=2.702, p=0.006				**Z=0.560, p=0.576			
Kendini İfade Etme	12.0 (4;23) 6.193	13.0(3;21) 4.668	0.547	0.584	16.0 (3;24) 5.431	13.50 (1;23) 5.730	0.753	0.451
Test sonucu	*Z=1.668, p=0.100				**Z=0.440, p=0.660			
Kendinden Eminlik	14.0(6;16) 3.658	10.0 (2;18) 3.916	0.068	0.945	10.5(6;17) 4.655	9.0 (2;18) 4.398	0.361	0.718
Test sonucu	*Z=1.716, p=0.093				**Z=0.448, p=0.654			
RHİDÖ toplam	61.0(33;99) 16.859	54.0 (33;89) 15.773	0.068	0.946	75.5(40;109) 17.474	58.50 (34;83) 15.858	1.228	0.219
Test sonucu	*Z=2.840, p=0.004				**Z=1.005, p=0.315			
Yabancılaşma	12.0(6;23) 5.522	11.0 (6;24) =4.896	0.331	0.741	17.5(6;24) 5.227	13.00 (6;24) 4.505	1.531	0.126
Test sonucu	*Z=1.905, p=0.057				**Z=0.751, p=0.452			
Kalıp yargıları onaylama	13.0 (7;24) 4.667	12.0(7;25) 5.055	0.708	0.479	18.0(7;28) 4.983	13.55 (7;22) 4.746	0.170	0.865
Test sonucu	*Z=2.158, p=0.030				**Z=0.675, p=0.500			
Algılanan ayrımcılık	9.0 (6;17) 3.739	8.0 (5;19) 3.916	0.389	0.697	14.5 (5;20) 3.908	10.5 (5;17) =3.776	1.289	0.197
Test sonucu	*Z=2.327, p=0.020				**Z=1.638, p=0.101			

Tablo 4.8. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin intihar girişiminin olup olmaması durumuna göre BİİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Sosyal geri çekilme	10.0(5;19) 3.867	10.0 (5;19) 3.909	0.114	0.909	14.0 (5;20) 3.900	11.0 (6;19) 3.501	1.225	0.221
Test sonucu	*Z=2.312, p=0.020				**Z=1.672, p=0.095			
Damgalanmaya karşı direnç	9.0(5;17) 3.292	11.0 (5;17) =3.449	0.743	0.457	12.0 (7;20) 4.138	10.0 (5;18) 3.905	0.830	0.407
Test sonucu	*Z=2.313, p=0.020				**Z=1.338, p=0.181			
MUO toplam								
Yüksek	6.0 (%40.0)	8 (%22.9)	1.565	0.457	2.0 (% 11.1)	11 (%34.4)	11.006	0.004
Orta	5.0(%33.3)	16(%45.7)			6.0 (%33.3)	17 (%53.1)		
Düşük	4.0(%26.7)	11(%31.4)			10 (%56.6)	4 (%12.5)		
İTE	6.0(-2;10) 3.117	6.0 (-2;10) 3.465	0.605	0.545	4.0 (-6;8) 4.772	6.0 (-6;10) 4.043	0.247	0.805
Test sonucu	*Z=2.392, p=0.018				**Z=0.523, p=0.601			
KGİÖ								
Hastalık şiddeti	4(2;6) 1.146	3.0(1;6) 1.058	0.633	0.527	4.0 (3; 5) 1.376	3.5 (1;6) 1.138	1.468	0.142
Test sonucu	*Z=0.738, p=0.486				**Z=1.222, p=0.222			
Düzelme	3.0 (1;6) 1.464	2.0(1;5) 1.051	0.578	0.564	3.0(1;4) 0.995	3.0 (1;5) 0.957	1.125	0.260
Test sonucu	*Z=0.228, p=0.845				**Z=0.167, p=0.867			

*Z:İki hastalık arasında intihar girişiminin varlığına göre anlamlığın karşılaştırılması, **Z:İki hastalık arasında intihar girişiminin yokluğuna göre anlamlığın karşılaştırılması

Araştırmaya katılan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBİÖ toplam ve BBİÖ alt ölçekleri ‘kendini ifade etme’ ve ‘kendinden eminlik’, RHİDÖ toplam, RHİDÖ alt ölçekleri ‘yabancılaşma’, ‘kalıp yargıları onaylama’, ‘algılanan ayrımcılık’, ‘sosyal geri çekilme’, ‘damgalanmaya karşı direnç’, İTE ve KGİÖ puan ortancalarının intihar değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde şizofreni grubunda MUO puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin intihar girişimi durumuna göre karşılaştırılmasında intihar girişimi olan bireylerde BBİÖ toplam, RHİDÖ toplam ve RHİDÖ alt ölçekleri ‘kalıp yargıları onaylama’, ‘algılanan ayrımcılık’, ‘sosyal geri çekilme’ ve ‘damgalanmaya karşı direnç’, İTE puanları arasında istatistikler olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

İntihar girişimi yokluğunda ise şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma durumuna göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Ölçekler ve Alt Boyutları	Bipolar Bozukluk				Şizofreni			
	*Evet (n=47)	**Hayır (n=3)	Test Sonucu		*Evet (n=42)	**Hayır (n=8)	Test sonucu	
	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca (min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	P	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Ortanca(min; max) $\bar{X} \pm SS$	Z	p
BBİÖ toplam	2.0 (-9; 16) 5.409	1.0(-5;12) 8.622	0.123	0.908	5.00 (-8;16) 5.701	4.00 (-4;10) 5.365	0.239	0.825
Test sonucu	*Z=1.976, p=0.048				**Z=0.409, p=0.776			
Kendini İfade Etme	13.0 (3;23) 4.962	13.0(9;15) 3.055	0.143	0.908	14.00 (1;24) 5.022	16.00 (12;23) 3.420	1.194	0.244
Test sonucu	*Z=0.918, p=0.358				**Z=1.648, p=0.133			
Kendinden Eminlik	11.0(2;18) 3.944	12.0 (3;14) 5.859	0.205	0.848	9.0 (2;18) 4.041	13.0 (8;18) 3.583	2.192	0.027
Test sonucu	*Z=1.638, p=0.101				**Z=0.724, p=0.497			
RHİDÖ toplam	55.0(33;99) 14.186	39.0(38;79) 23.388	0.756	0.482	61.0 (34;103) 15.997	69.50 (47;109) 19.515	1.377	0.176
Test sonucu	*Z=1.833, p=0.067				**Z=1.429, p=0.194			
Yabancılaşma	12.0(6;23) 4.356	6.0 (6;24) 10.392	0.760	0.482	13.0 (6;24) 4.392 5.410	18.00 (10;24) 5.410	1.860	0.065
Test sonucu	*Z=1.258, p=0.208				**Z=1.035, p=0.376			
Kalıp yargıları onaylama	12.0 (7;25) 4.711	15.0(11;21) 5.033	0.862	0.409	14.5(7;26) 4.840	17.5 (11;28) 5.410	1.632	0.105
Test sonucu	*Z=1.480, p=0.139				**Z=0.617, p=0.630			
Algılanan ayrımcılık	9.0 (5;19) 3.815	8.0 (5;11) 3.000	0.638	0.560	11.0 (5;20) 3.714	14.0 (8;20) 4.276	1.229	0.233
Test sonucu	*Z=2.197, p=0.028				**Z=1.759, p=0.085			

Tablo 4.9. (Devam). Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma durumuna göre BBIÖ, RHİÖ, İTE, MUÖ, KGİÖ ölçek puan ortancalarının karşılaştırılması.

Sosyal geri çekilme	10.0(5;19) 3.717	9.0 (5;10) 2.646	1.108	0.284	12.0 (5;20) 3.435	14.0 (7;20) 3.854	1.584	0.117
Test sonucu	*Z=1.944, p=0.052				**Z=2.080, p=0.048			
Damgalanmaya karşı direnç	11.0(5;17) 3.352	7.0 (5;13) 4.163	0.926	0.387	11.0 (5;20) 3.766	7.5 (5;18) 5.566	1.064	0.302
Test sonucu	*Z=0.521, p=0.603				**Z=0.419, p=0.776			
MUÖ toplam								
Yüksek	13.0 (%27.7)	3 (%33.3)	0.101	0.951	13.0 (% 31.0)	0(%0.00)	6.674	0.036
Orta	20.0(%42.6)	4(%33.3)			20.0 (%47.6)	3 (%37.5)		
Düşük	14.0(%29.8)	1(%33.3)			9.0 (%21.4)	5 (%62.5)		
İTE	6.0(-2;10) 3.406	6.0 (0;8) 4.163	0.376	0.728	460 (-4;10) 3.484	-3.0 (-6;6) 4.870	3.162	0.001
Test sonucu	*Z=0.825, p=0.409				**Z=1.755, p=0.085			
KGİÖ								
Hastalık şiddeti	3.0(1;6) 1.061	4.0(3;4) 0.577	0.451	0.699	4.0 (1; 6) 1.122	4.5(2;6) 1.282	1.104	0.302
Test sonucu	*Z=1.332, p=0.183				**Z=0.952, p=0.376			
Düzelme	2.0(1;6) 1.088	1.0(1;3) 1.155	1.645	0.126	3.0(1;5) 0.936	3.0 (1;4) 0.916	0.113	0.928
Test sonucu	*Z=0.169, p=0.865				**Z=1.301, p=0.279			

*Z:İki hastalık arasında ilaçlarını kendileri alan bireylerde anlamlılığın karşılaştırılması,
**Z:İki hastalık arasında ilaçlarını kendileri kullanmayan bireylerde anlamlılığın karşılaştırılması

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ alt ölçeği 'kendinden eminlik' ölçek puan ortancalarının bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma değişkenine göre karşılaştırıldığında şizofreni grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma değişkenine göre karşılaştırıldığında RHİDÖ ve KGIÖ puan ortancalarının anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin İTE ve MUÖ ölçek puan ortancalarının bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma değişkenine göre karşılaştırıldığında şizofreniye sahip bireylerde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip ilaçlarını kendileri kullanan bireylerde BBIÖ toplam, RHİDÖ alt ölçeği 'algılanan ayrımcılık' ölçek puan ortancaları arasında şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip ilaçlarını kendileri kullanmayan bireylerde RHİDÖ alt ölçeği 'sosyal geri çekilme' ölçek puan ortancası arasında şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu bölümde psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçeklerinden elde edilen puan ortancalarına ilişkin korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.10. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBIÖ, RHİDÖ, ITE, MUÖ, KGIÖ ölçüklerinden elde edilen puan ortancalarının ilişikisi.

Gruplar	Ölçekler	RHİDÖ toplam	MUÖ	ITE toplam	KGIÖ Hastalık şiddeti	KGIÖ Düzeltme	KGIÖ Yan etki
		rho; p	rho; p	rho; p	rho; p	rho; p	rho; p
Bipolar bozukluk	BBIÖ toplam	0.052; 0.721	0.199; 0.166	0.280; 0.049	-0.403; 0.004	-0.003; 0.986	-0.047; 0.745
	RHİDÖ toplam	-	0.357; 0.011	-0.217; 0.130	0.301; 0.033	0.063; 0.662	0.172; 0.232
	MUÖ	-	-	-0.198; 0.168	0.066; 0.650	0.018; 0.903	0.044; 0.762
	ITE toplam	-	-	-	-0.088; 0.544	0.220; 0.124	0.035; 0.809
	KGIÖ Hastalık şiddeti	-	-	-	-	0.476; <0.001	0.389; 0.005
	KGIÖ Düzeltme	-	-	-	-	-	0.294; 0.039
Şizofren	BBIÖ toplam	0.530; <0.001	0.252; 0.077	-0.038; 0.795	0.013; 0.929	-0.083; 0.567	0.239; 0.095
	RHİDÖ toplam	-	0.375; 0.007	-0.229; 0.110	0.140; 0.331	0.054; 0.711	0.363; 0.010
	MUÖ	-	-	-0.496; <0.001	0.202; 0.159	0.017; 0.905	0.144; 0.318
	ITE toplam	-	-	-	-0.264; 0.064	0.006; 0.965	-0.075; 0.603
	KGIÖ Hastalık şiddeti	-	-	-	-	0.555; <0.001	0.213; 0.137
	KGIÖ Düzeltme	-	-	-	-	-	0.270; 0.058

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerde BBİÖ toplamı ile KGİÖ hastalık şiddeti toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiş olup ($\rho = -0.403$; $p = 0.004$) BBİÖ toplam puan ortancaları arttıkça KGİÖ hastalık şiddeti toplam puan ortancaları azalmaktadır. Şizofreni grubunda ise BBİÖ toplam puanı ile RHİDÖ toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($\rho = 0.530$; $p < 0.001$). BBİÖ toplam puan ortancaları arttıkça RHİDÖ toplam puan ortancaları da artmaktadır.



5. TARTIŞMA

Çalışma, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içgörü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkilerini ve aralarındaki ilişkinin analiz edilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaç ile çalışmaya Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne gelen 100 hasta birey alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır. Bunlar;

- Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ genel puan ortancalarının karşılaştırılmasının tartışılması,
- Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması.

5.1. Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ ve KGIÖ genel puan ortancalarının dağılımlarının tartışılması

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin yaş ortalaması 40.2 ± 10.2 , bipolar bozukluğa sahip bireylerin yaş ortalaması 38.2 ± 12.0 'dir (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre şizofreni ve bipolar bozukluğun genç erişkinlik yaşlarında ortaya çıktığı yorumlanabilir (106).

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin %32'si ilkokul, %24'ü ortaokul, %20'si lise, %24'ü üniversite mezunudur (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen verilere göre şizofreniye sahip bireylerin eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur. Durmaz'ın yaptığı çalışmada(104), hastaların %51.6'sının ilköğretim mezunu olduğu, Yıldırım'ın (57) çalışmasında hastaların %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Lüle'nin(231) yaptığı çalışmada da hastaların%, %54.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın bulguları bu bulgularla paralellik göstermektedir. Hastalığın erken başlaması ve hastalığın neden olduğu yeti yitimi nedeniyle hastaların çalışma hayatını sürdürmede ve eğitim hayatına devam etmede güçlük çektiği düşünülebilir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerin %28'i ortaokul, lise, üniversite mezunu %16'sı ilkökul mezunudur (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen verilere göre bipolar bozukluğa sahip bireylerin eğitim düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu durum hastalığın genç yaşlarda belirgin olması nedeniyle, kişinin üretken bir iş kariyeri kurmak için yeterli eğitimi ve beceriyi elde edememesi şeklinde açıklanabilir (232).

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin %28'i evli, %46'sı bekar, %26'sı boşanmıştır (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmadan elde edilen verilere göre şizofreniye sahip bireylerde evli olmama durumu yüksek bulunmuştur. Yapılan literatür araştırmasında şizofreni hastaları arasında evli olmayanların evli olanlara oranının 2.6 ile 7.6 arasında olduğu bildirilmektedir (233) , bu çalışmada da belirlenen bekar olma oranının yüksek bulunması literatürle uyumludur. Bu durum şizofreniye sahip bireylerde hastalığın negatif semptomlarından kaynaklanan sosyal ilişki kurmada ve sosyal ilişkileri sürdürmede yaşanan sorunlar nedeniyle hastalığa sahip bireylerin kişilerarası iletişim problemleri yaşamaları ve buna bağlı olarak da sosyal ilişki kurmada engellere neden olması olarak açıklanabilir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerin evli %40'i evli, %34'u bekar, %26'sı boşanmıştır (Bkz. Tablo 4.1). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin %78.9'unun evli olduğu bulunmuştur (234). Psikiyatrik hastalığı olan bireyler arasında evli olma durumu farklılık göstermektedir. Bu durum psikiyatrik tanıya, hastalığın şiddetine, farklı kültürel özelliklere göre açıklanabilir. Bazı kültürlerde psikiyatrik hastalığı olan bireyleri evliliğin iyileştirebileceğine olan inanç yaygın olup evlilik ile birlikte hasta bakımının da sağlanacağı düşünülmektedir.

Şizofreni, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan süregen bir hastalıktır (2, 108, 233, 235). Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin %24'ü ev hanımı, %20'si serbest meslekle uğraşan,

%16'sı emekli, %74'ü geliri olan herhangi bir işte çalışmamakta ve %42'sinin aylık geliri 400 TL ve altında olan bireylerden oluşmaktadır (Bkz. Tablo 4.1). Durmaz'ın(104) yaptığı çalışmada, %46.8'inin çalışmadığı bulunmuştur. Lüle'nin(231) yaptığı çalışmada da hastaların %90'ının çalışmadığı vurgulanmıştır. Araştırmanın bulguları literatürle paralellik göstermektedir ve literatürle uyumlu şekilde çalışmayanların oranı belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum şizofreninin kronik bir hastalık olması nedeniyle tedavi amaçlı kullanılan ilaçların bireylerin mesleki üretkenliğini azalttığı ve sonucunda hastalığa sahip bireylerin işlerini kaybetmesine neden olduğu bunun sonucunda da şizofrenisi olan hasta grubunun düşük gelir düzeyine sahip olma durumunu açıkladığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerin %30'u ev hanımı, %6'si serbest meslekle uğraşan ve emekli olan, %60'ı geliri olan herhangi bir işte çalışmamakta ve %38'inin aylık geliri 400 TL ve altında olan bireylerden oluşmaktadır (Bkz. Tablo 4.1). Morselli ve Elgie'nin çalışmasında(236), hastaların %55.5'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Kaçırılan iş, kötü iş kalitesi ve iş arkadaşlarıyla çatışmalar, duygudurumdaki stabiliteyi sürdüremeyen hasta için bu azalmaya katkıda bulunmaktadır. Bipolar bozukluğu olanlar çok uzun süre normal duygudurum işlevselliği gösterebilir bile mesleki işlevsellik, duygudurumdaki dalgalanmalar süresince ortaya çıkan davranışlar tarafından onarılamaz bir şekilde zarar görebilir (232). Yapılan çalışma ve literatür bulguları sonucunda bipolar bozukluğa sahip bireylerin herhangi bir işte çalışma durumu hastalığa sahip bireylerin azınlığını oluşturmaktadır. Bu durum bipolar bozukluğa sahip bireylerin yaşadıkları duygudurum değişiklikleri ve stabil olmayan duygudurumları nedeniyle yaşadıkları kişilerarası çatışmalar sonucunda hastaların mesleki işlevselliklerinde meydana gelen azalmaya bağlı olabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerde hastalık süresi (ay) 2 ile 540 arasında, hastaneye yatış sayısı ise 0 ile 25 arasında, ortalama hastalık süresi (ay) ise 128.6 ± 116.5 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). Benzer şekilde Narin' in (237) yaptığı çalışmada hastalık süresi 3 ile 44 yıl arasında değişmekte olup, hastaneye yatış sayısı ortalama $3,45 \pm 3,95$ arasında belirlenmiştir. Ortalama hastalık süresi ise $19,2 \pm 10,0$ yıl olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar şizofreninin kronik gidişli olduğunu, yaşam boyu sürdüğünü ve

hastaneye yatış oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durumda şizofreniye sahip bireylerin hastalıkla baş etme yeteneklerinin az olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerde hastalık süresi (ay) 1 ile 336 0 ile 8 arasında, hastaneye yatış sayısı ise 0 ile 8 arasında, ortalama hastalık süresi (ay) ise 128.1 ± 95.6 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin hastalık sürelerinin ortalama 5.7 ± 8.1 yıl olduğu, %85.4'ünün tedavi aldığı, %42.7'si hastalık nedeniyle hastanede yattıkları belirlenmiştir (236). Bir başka çalışmada hastalık nedeniyle hastaneye yatış sayısı ortalaması 2.10 ± 2.65 olarak belirlenmiştir (238). Çalışmadan elde edilen veriler literatürle paralellik göstermektedir. Bu durum bipolar bozukluğun kronik bir psikiyatrik rahatsızlık olduğunu, relapslarla gidebildiğini bunun sonucunda hastaneye yatışların olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin %36'sında intihar girişimi olduğu, intihar durumu ortancalarının ise 1 ile 6 arasında olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluğa sahip bireylerde ise %30'unun intihar girişimi olduğu, intihar durumu ortancalarının ise 1 ile 6 arasında olduğu belirlenmiştir. Neuer ve arkadaşlarının(239) ruhsal hastalığa sahip bireylerde intihara yönelik risk faktörlerini belirlemek için yürüttükleri çalışmalarda hastaların %39.0 'unun intihar girişimi öyküsü ve %26.8'inin intihar düşüncesine sahip olduğu, Deisenhammer ve arkadaşlarının (240) çalışmasında ise ruhsal hastalığa sahip bireylerin % 50'sinin intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığın özelliği, hastalığın akut veya kronik evresi, uzun süreli ilaç tedavisi, ruhsal hastalığa sahip bireyin toplum tarafından damgalanması, sosyal destek olmaması gibi faktörlerin bireyin intihar girişiminin oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin %50'si kadın, %50'si erkektir (Bkz. Tablo 4.1). Araştırmadan elde edilen bu bulgulara göre psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip kadın ve erkek sayısının eşit olduğu bulunmuştur. Benzer çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda ise şizofreni sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir (229), dağılımdaki bu fark kadınların şizofreni tanısı alma sıklığının arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerin %62'si kadın, %38'i erkektir (Bkz. Tablo 4.1). Araştırmadan elde edilen bu bulgulara göre psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip kadın sayısının fazla olduğu bulunmuştur. Bipolar bozukluk kadın erkekte görülme oranı 1.2/1 şeklinde oldukça yakındır (230). Çalışmamızda bayan hastaların çoğunlukta olmasının nedeni, bayanların şu an herhangi bir işte çalışmamaları nedeniyle araştırmaya daha kolay katılabilmeleri olabilir.

Yapılan çalışmalarda şizofrenide erkek ve kadın arasında fark olduğunu ve erkek/kadın oranının 1.4 olduğunu bildirmiştir (241). Aleman ve arkadaşları (242) 1980 öncesi yapılan çalışmalarda farkın daha küçük olduğunu, erkek ve kadın arasındaki farkın son 30-40 yılda belirginleşmeye başlamış olabileceği olasılığını vurgulamışlardır. Bu durum erkeklerin kadınlara oranla şizofreni tanısı alma oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBİÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGİÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde şizofreniye sahip olan bireylerde BBİÖ toplam ve BBİÖ alt ölçeği kendini ifade etme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$).

Şizofreni tanısı alan erkek hastalarda BBİÖ toplam, BBİÖ alt ölçeği kendini ifade etme, RHİDÖ toplam ve RHİDÖ alt ölçekleri algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek skorları erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (Bkz Tablo 4.5). Yapılan araştırmalarda erkeklerde şizofreni tanısı alanların daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sebepten dolayı ölçek puan ortancalarının erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek olduğu yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBİÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGİÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının cinsiyete göre değerlendirilmesinde bipolar bozukluğa sahip olan bireylerde BBİÖ alt ölçeği kendinden eminlik ve İTE arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Bipolar bozukluk tanısı alan erkek hastalarda BBİÖ toplam, RHİDÖ

toplam, RHİDÖ alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıları onaylama, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek ortanca skorları erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (Bkz Tablo 4.5). Bu durum neticesinde bipolar bozukluk tanısı almış erkeklerin kadınlara oranla kendilerini daha fazla damgalanmış hissettikleri yorumu yapılabilir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreniye sahip bireylerin %90'ı ailesiyle yaşamaktadır ve %72'si çekirdek aileye sahiptir (Bkz. Tablo 4.1). Yıldırım'ın (57) çalışmasında hastaların %44.4'ünün ailesiyle yaşadığı bulunmuştur. Lüle'nin (231) yaptığı çalışmada da hastaların %50.6'sının ailesiyle yaşadığı bulunmuştur. Araştırmanın bulguları bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu bulgular sonucunda ülkemizde hasta bireylerin yalnız bırakılmadığı ve aile üyeleri tarafından sosyal destek sağlandığı görülmektedir.

Çalışma kapsamında yer alan psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerin %92'si ailesiyle yaşamaktadır ve %76'si çekirdek aileye sahiptir (Bkz. Tablo 4.1).Yapılan araştırmayla benzer şekilde Morselli ve Elgie'nin çalışmasında (236) hastaların %50.8'inin ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda bu durum ülkemizde hasta bireylerin yalnız bırakılmadığı, aile bağlarının kuvvetli olduğu ve hastaların ailelerinin sosyal destek sağladığını göstermektedir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGIÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının bireylerin aile tipi değişkenine göre değerlendirilmesinde aile tipleri arasında şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonuçlar ışığında şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde ailenin birlikte yaşaması veya parçalanmış aileye sahip olma arasında fark olmadığı yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGIÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü durumuna göre değerlendirilmesinde şizofreniye

sahip olan bireylerde RHİDÖ toplam, RHİDÖ alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıları onaylama, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek ortanca skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Ülkemizde yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalama puanlarının 60 ile 76 arasında olduğu belirlenmiştir (75, 182, 243). Literatür çalışmalarından ve yapılan çalışmadan elde edilen bulgular birbirine paralellik göstermektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda şizofreni hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeninin hastaların damgalanma düzeylerine etki ettiği yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBİÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGİÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık öyküsü durumuna göre değerlendirilmesinde bipolar bozukluğa sahip olan bireylerde BBİÖ toplam ve alt ölçeği kendinden eminlik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailesinde psikiyatrik öykü değişkeninin hastaların içgörü seviyelerine etki ettiği yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde RHİDÖ toplam, RHİDÖ alt ölçeği sosyal geri çekilme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumda ise şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı nedeniyle damgalanma yaşadıkları, damgalanma nedeniyle sosyal ilişki kurmada ve sürdürmede zorluklarla karşılaştıkları yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olmayan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde BBİÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durumda ise şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması hastaların içgörü düzeylerine etki ettiği yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBİÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGIÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde intihar girişiminin olup olmaması durumuna göre değerlendirilmesinde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran intihar girişimi olan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde BBİÖ toplam, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri kalıp yargıları onaylama, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç, İTE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin intihar girişimi olmasının hastaların içgörü, damgalanma ve ilaç uyumu üzerine etki ettiği yorumu yapılabilir.

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBİÖ toplam ve alt ölçekleri, RHİDÖ toplam ve alt ölçekleri, İTE, MUÖ, KGIÖ toplam ve alt ölçeklerinin puan ortancalarının şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde ilaçlarını kendilerinin alma durumuna göre karşılaştırıldıklarında şizofreniye sahip bireylerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya alınan psikiyatri polikliniğine başvuran ilaçlarını kendileri kullanan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde BBİÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durumda bireylerin ilaçlarını kendilerinin alması, başkalarının desteğine ihtiyaç duymamasının hastaların içgörü seviyesiyle ilişkili olduğu yorumu yapılabilir.

5.2. Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin BBİÖ, RHİDÖ, İTE, MUÖ, KGIÖ ölçek puan ortancalarının dağılımları ve aralarındaki ilişkinin tartışılması

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBİÖ puan ortancası 3.0, BBİÖ alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; ‘kendini ifade etme’ alt ölçeği ortancası 14.0, ‘kendinden eminlik’ alt ölçeği ortancası 10.0 olarak; RHİDÖ puan ortancası 58.5, RHİDÖ alt ölçeklerinin

puan ortancaları ise sırasıyla; 'yabancılaşma' alt ölçeği ortancası 12.0,'kalıp yargıları onaylama' alt ölçeği ortancası 14.0,'algılanan ayrımcılık alt ölçeği ortancası 10.0 , 'sosyal geri çekilme' alt ölçeği ortancası 11.0,'damgalanmaya karşı direnç' alt ölçeği ortancası 10.5 olarak; İTE puan ortancası 6.0 olarak elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Bipolar bozukluğa sahip bireylerde, BBİÖ toplamı ile KGİÖ hastalık şiddeti toplam puan skorları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiş olup ($\rho = -0.403$; $p = 0.004$). Bireylerin BBİÖ toplam skoru arttıkça KGİÖ hastalık şiddeti toplam skoru azalmaktadır.

Şizofreni grubunda ise BBİÖ toplam puanı ile RHİDÖ toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($\rho = 0.530$; $p < 0.001$). BBİÖ toplam skoru arttıkça RHİDÖ toplam skoru da artmaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre bipolar bozukluğa sahip bireylerde içgörü düzeyi arttıkça bipolar bozukluğun şiddeti azalmaktadır. Yapılan benzer çalışmalarda da içgörü eksikliğinin tedaviye uyuma, hastalığın klinik gidişine ve sosyal işlevselliğine olumsuz etki ettiği belirtilmiştir (32, 33).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre şizofreniye sahip bireylerde ise hastaların içgörü düzeyleri azaldıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyi de artmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içgörü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

6.1. Araştırmanın Sonuçları

1. Araştırmaya psikiyatri polikliniğine başvuran 100 birey katılmıştır. Araştırmaya katılan bipolar bozukluğa sahip bireylerin %30.0'u 20-28 ve 38-46 yaş aralığında, % 62.0' si kadın, %28'i ortaokul, lise, üniversite düzeyinde eğitim almış, %40'ı evli, %30'u ev hanımı, %60'ı herhangi bir işte çalışmayan, %92'si ailesiyle birlikte yaşayan, hastalık süresi ortalaması 128.1 ± 95.6 ay olan, %96'sı sosyal güvenceye sahip, %38'inin gelir düzeyi asgari ücret ve altında, %76'sı çekirdek aileye sahip, %76'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, %78'inde fiziksel hastalık öyküsü, %70'inde intihar öyküsü olmayan bireylerden oluşmuştur (Bkz. Tablo 4.1).

Şizofreniye sahip bireylerin ise %36'sı 38-46 yaş aralığında, % 50.0' si kadın, %32'si ilköğretim mezunu, %46'sı bekar, %24'ü ev hanımı, %74'ü herhangi bir işte çalışmayan, %90'ı ailesiyle birlikte yaşayan hastalık süresi 128.6 ± 116.5 ay olan, %92'si sosyal güvenceye sahip, %42'sinin gelir düzeyi asgari ücret ve altında, %72'si çekirdek aileye sahip, %70'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, %78'inin fiziksel hastalık öyküsü, %64'ünün intihar öyküsü olmayan bireylerden oluşmuştur (Bkz. Tablo 4.1).

2. Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hasta bireylerin BBİÖ puan ortancası 3.0, BBİÖ alt ölçeklerinin ortancaları ise sırasıyla; 'kendini ifade etme' alt ölçeği ortancası 14.0, 'kendinden eminlik' alt ölçeği ortancası 10.0 olarak; RHİDÖ puan ortancası 58.5, RHİDÖ alt ölçeklerinin puan ortancaları ise sırasıyla; 'yabancılaşma' alt ölçeği ortancası 12.0, 'kalıp yargıları onaylama' alt ölçeği ortancası 14.0, 'algılanan ayrımcılık alt ölçeği ortancası 10.0, 'sosyal geri çekilme' alt ölçeği ortancası 11.0, 'damgalanmaya karşı direnç' alt

ölçeği ortancası 10.5 olarak; İTE puan ortancası 6.0 olarak elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.2) .

3. Bipolar bozukluğa sahip bireylerin %42.0'sinin, şizofreni grubunda ise %46.0'sının ilaç uyumu orta düzeyde bulunmuştur. Bipolar bozukluğa sahip bireylerin %38.0'ı hafif derecede hasta, %44'ünün oldukça düzeldiği, %62'sinin kullandıkları ilaçların yan etkilerinden etkilenmediği belirlenmiştir. Şizofreni grubunda ise %34.0'ünün hafif derece hasta, %44'ünün biraz düzeldiği, %64.0'mın kullandıkları ilaçların yan etkilerinden etkilenmedikleri belirlenmiştir. Çalışma gruplarında MUÖ toplam ve alt ölçek puanları, KGİÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.3).

4. BBİÖ toplam ortalama puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 2.2 ± 5.5 , şizofreni grubunda ise 4.4 ± 5.6 olarak elde edilmiştir. BBİÖ toplam ortanca puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 2.0, şizofreni grubunda ise 5.0 olarak elde edilmiştir. BBİÖ puanlarının çalışma gruplarında benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.4).

RHİDÖ toplam ortalama puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 55.8 ± 14.6 , şizofreni grubunda ise 63.7 ± 16.8 olarak elde edilmiştir. RHİDÖ toplam ortanca puanı bipolar bozukluğu olan bireylerde 54.5, şizofreni grubunda ise 62.5 olarak elde edilmiştir. RHİDÖ toplam ölçek puanı şizofreni grubunda bipolar bozukluk olanlarda elde edilen puanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4)

Benzer şekilde RHİDÖ alt ölçekleri olan algılanan ayrımcılık ve sosyal geri çekilme puanlarının da şizofreni grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.4).

5. Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğu sahip bireylerin BBİÖ alt ölçeği 'kendinden eminlik' ölçek puan ortancalarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasında bipolar bozukluğu sahip bireylerde anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin BBİÖ toplam puan ortancaları cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında şizofreni grubunda istatistiksel olarak

anlamli düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Çalışmaya katılan bireylerde BBIÖ alt ölçeği ‘kendini ifade etme’ ölçek puan ortancalarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasında şizofreniye sahip bireylerde anlamli düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Araştırmaya katılan bireylerde KGIÖ ve MUÖ ölçeklerinin cinsiyet değişkenine göre ortancalarının anlamli fark göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofeni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin BBIÖ alt ölçeği ‘kendini ifade etme’ ölçek puan ortancalarının erkek grubunda anlamli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

Benzer şekilde RHİDÖ alt ölçeği ‘sosyal geri çekilme’ ölçek puan ortancalarının erkek grubunda anlamli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.5).

6. Araştırmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofeni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin RHİDÖ alt ölçeği ‘algılanan ayrımcılık’ ölçek puan ortancalarının aile tipi değişkenlerine göre en az birinde bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamli düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.6). Benzer şekilde RHİDÖ alt ölçeği ‘algılanan ayrımcılık’ ölçek puan ortancalarının aile tipi değişkenlerine göre en az birinde şizofreniye sahip bireylerde de anlamli düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.6).

Bireylerin İTE ölçek puan ortancaları aile tipi değişkenine göre karşılaştırıldığında bipolar bozukluğa sahip bireylerde anlamli fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Aynı şekilde bireylerin İTE ölçek puan ortancaları ile aile tipi değişkenine göre karşılaştırıldığında şizofreniye sahip bireylerde de anlamli düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.6).

Araştırmaya katılan bireylerde KGIÖ ve MUÖ ölçeklerinin aile tip değişkenine göre ortancalarının anlamli fark göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.6).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofeni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin aile tiplerine göre karşılaştırılmasında anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). (Bkz.Tablo 4.6).

7. Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofeni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre karşılaştırılmasında ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olan bireylerde RHİDÖ toplam ve RHİDÖ alt ölçeği ‘sosyal geri çekilme’ puanları arasında istatistikler olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.7).

Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofeni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin ailede psikiyatrik rahatsızlık durumuna göre karşılaştırılmasında ailesinde psikiyatrik rahatsızlık olmayan bireylerde BBİÖ toplam, RHİDÖ alt ölçeği ‘algılanan ayrımcılık’ ve KGİÖ alt ölçeği ‘hastalık şiddeti’ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.7).

8. Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran şizofeni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin intihar girişimi durumuna göre karşılaştırılmasında intihar girişimi olan bireylerde RHİDÖ toplam ve RHİDÖ alt ölçekleri ‘kalıp yargıları onaylama’, ‘algılanan ayrımcılık’, ‘sosyal geri çekilme’ ve ‘damgalanmaya karşı direnç’, İTE puanları arasında istatistikler olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.8).

İntihar girişimi yokluğunda ise şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerde anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Bkz.Tablo 4.8).

Çalışmaya katılan psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerin MUO puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.8).

9.Araştırmaya katılan bireylerin İTE ve MUÖ ölçek puan ortancalarının bireylerin kullandıkları ilaçları kendilerinin alma değişkenine göre karşılaştırıldığında şizofreniye sahip bireylerde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.9).

Çalışmaya katılan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip ilaçlarını kendileri kullanan bireylerde BBİÖ toplam, RHİDÖ alt ölçeği ‘algılanan ayrımcılık’ ölçek

puan ortancaları arasında şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.9).

Çalışmaya katılan şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip ilaçlarını kendileri kullanmayan bireylerde RHİDÖ alt ölçeği 'sosyal geri çekilme' ölçek puan ortancası arasında şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.9).

10. Çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa sahip bireylerde BBİÖ toplamı ile KGİÖ hastalık şiddeti toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiş olup ($\rho = -0.403$; $p = 0.004$) BBİÖ toplam puan ortancaları arttıkça KGİÖ hastalık şiddeti toplam puan ortancaları azalmaktadır. Şizofreni grubunda ise BBİÖ toplam puanı ile RHİDÖ toplam puan ortancaları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($\rho = 0.530$; $p < 0.001$). BBİÖ toplam puan ortancaları arttıkça RHİDÖ toplam puan ortancaları da artmaktadır (Bkz.Tablo 4.10).

6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler

- Ruh sağlığı profesyonelleri tarafından ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve ilaç uyumsuzluğunu önlemeye yönelik girişimlerde bulunulması,
- Bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin ilaç uyumuna yönelik etkilerinin bilinmesi, sağlık profesyonellerinin buna yönelik hasta tedavi protokolleri geliştirmeleri,
- İçgörü ve içselleştirilmiş damgalanma kavramlarının anlaşılması, bu kavramların ilaç uyumu üzerine etkisinin bilinmesi ve bu duruma yönelik uygun terapötik ortamın oluşturulması ve sürdürülmesi,
- Şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip bireylerde ilaç uyumu etkileyen faktörlerin ayrı ayrı ele alınıp anlaşılması, her iki hastalıkta ilaç uyumunu etkileyen faktörlerin farklı olabileceğinin bilinmesi,
- Bu konuya yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Özütek Z. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.
2. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007: 184-205.
3. Kızıltoprak S. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
4. Öztürk M, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve bozuklukları I içinde*. 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008: 243-323.
5. A.P.B. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM-V-TR)*. Çeviri: Köroğlu E. *Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, 5.Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
6. Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
7. Saka MC, Özer S, Uluşahin A. Bipolar bozukluk bir yıllık izlem çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12:283-292.
8. Işık E. *Depresyon ve bipolar bozukluklar*. Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003: 5-11.
9. Bauer M, A Pfennig. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 2005:8-13.
10. Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. *Amerikan Journal Of Managed Care*, 2005, 11:80-84.
11. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2 :206-236.

12. Mathers C. The global burden of disease. *World Health Organization, 2004 update* 2008.
13. Merikangas KR. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives Of General Psychiatry*, 2011,3: 241-251.
14. Dictionary OE, *Oxford English dictionary online*.2007, JSTOR.
15. Lindberg C. The Oxford American College Dictionary. *New York: GP Putnam's Sons*, 2002.
16. Jaspers K. *General psychopathology*. Manchester University Press, 1963.
17. Jaspers K, Hoenig J. *General Psychopathology The Patient's attitude to his illness*. Chapter VII. Baltimore, The Johns Hopkins University Press Reprint edition, 1997:414-425.
18. Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A. The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1974:(11):21.
19. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 2007:(6) 1324-1342.
20. Aslan S, Altınöz AE. *İçgörü kavramı ve şizofreni*. *Psikiyatride Derlemeler Olgular Ve Varsayımlar*, 2010:(1-2):23.
21. Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 2005, 8:186-196.
22. Meier SM. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia a nationwide study. *JAMA Psychiatry*, 2014,11: 1215-1221.
23. Alvarado-Esquivel C. Socio-demographic, clinical and behavioral characteristics associated with a history of suicide attempts among psychiatric outpatients: a case control study in a northern Mexican City. *International Journal of Biomedical Science*, 2014, 1:61-8.
24. Amador XF. Assessment of insight in psychosis. *American Journal Of Psychiatry*, 1993,150: 873-873.

25. Goldberg RW. Correlates of insight in serious mental illness. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2001, 3:137-145.
26. Buckley PF. Lack of insight in schizophrenia. *CNS drugs*, 2007,2: 129-141.
27. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2003,1: 75-88.
28. Amador XF. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 1994,10: 826-836.
29. Michalakeas A. Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994,1: 46-49.
30. Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG. Lack of Insight in Bipolar Disorder The Acute Manic Episode. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 1995,7:464-467.
31. Cassidy F. Insight is greater in mixed than in pure manic episodes of bipolar I disorder. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2001,6 398-399.
32. Bauer M. NIMH Affective Disorders Workgroup. *Bipolar Disorder. Ment Health Serv Res*, 2002,4:225-229.
33. Fennig S. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 1996,3:257-263.
34. Bauwens F. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients. A comparison with age-and sex-matched controls. *The British Journal of Psychiatry*, 1991,2:239-244.
35. Serretti A. Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders. *European Psychiatry*, 1999, 3:137-142.
36. Copeland LA. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2008,1:16-21.
37. Department of Health, Welfare E. Policy Research *Medical Practice Project: A State-of-the-Science Report for the Office of the Assistant Secretary for the U.S. Baltimore, MD.* Department of Health, Education and Welfare, 1979.

38. McEvoy JP. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 1989,1:43-47.
39. Ghaemi SN, Rosenquist KJ. Is insight in mania state-dependent?: a meta-analysis. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2004,11:771-775.
40. Çobanoğlu ZS, Aker ÜT, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 2003(16):211-218.
41. Corrigan PW. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001,2: 219-224
42. Bhugra D. Attitudes towards mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 1:1-12.
43. Link BG. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997: 177-190.
44. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *The Sociological Quarterly*, 1992, 3:435-445.
45. Becker T. Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *The British Journal of Psychiatry*, 1997,1: 15-19.
46. Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 1991, 3: 6-9.
47. Arkar H. Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1992,4: 243-248.
48. Eker D, Arkar H. Attitudes towards mental illness: A review. *Living with differences, Turkish Publication of Turkish Psychological Association*, 1997:67-85.
49. Karanci A, Kokdemir D. Mentally ill: description, burden and coping with problems. *Crisis*, 1995,3:237-240.
50. Ersoy MA, Varan A. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, 2007.
51. Williams CC. Insight, Stigma, and Post-Diagnosis Identities in Schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 2008,3:246-256.

52. Mickelson KD, Williams SL. Perceived stigma of poverty and depression: examination of interpersonal and intrapersonal mediators. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 2008,9:903-930.

53. Sudak H Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*, 2008,2:136-142.

54. Yanos PT. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 2008,12:1437-1442.

55. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 2006,8: 875-884.

56. Corrigan P. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2003,8:1105-1110.

57. Yıldırım A. Psikoeğitimsel Yaklaşımın ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevleri Ve Hastaların Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi,Erzurum: Atatürk Üniversitesi,2007.

58. Chung KF, Chen EY, Liu CS. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 2001, 2: 63-72.

59. Aydemir Ö. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2007,12: 61-64.

60. Taşkın EO. İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 2007: 31-40.

61. Olfson M, Mechanic D, Hansell S. Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatry and Applied Mental Health*, 2001,1: 243-244.

62. Bressington D, Mui J, Gray R. Factors associated with antipsychotic medication adherence in community based patients with schizophrenia in Hong Kong: A cross sectional study. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 2013, 1:35-46.

63. Day JC. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives Of General Psychiatry*, 2005,7:717-724.
64. Üçok A. One year outcome in first episode schizophrenia. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 2006,1:37-43.
65. Tsang HW, Fung KM, Corrigan PW. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 2009,1:3-14.
66. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouflair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatric Clinics Of North America*, 2007,3:437-452.
67. Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik Kullanan Hastalarda İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012,2: 93-103.
68. Byrne MK, Deane FP. Enhancing patient adherence: outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 2011,4:284-295.
69. Gray R. Adherence therapy, working together to improve health. *A treatment manual for healthcare workers*, 2012.
70. Beck EM, Cavelti M, Kvrđic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research*, 2011,1:42-49.
71. Kousalya K, Vasantha J, Ponnudura R, Sumitkumar G. Study on nonadherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. *International Journal of Pharma and Bio Sciences*, 2012,1:102-109.
72. Mohamed S. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, 2:336-346.
73. Cavelti M. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 2012,5:468-479.

74. Dilbaz N. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinica Psychopharmacology*, 2006,4: 223-231.
75. Yılmaz E, Okanlı A. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalamanın tedaviye uyumuna etkisi. II. Uluslararası & VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Erzurum, 2012,*Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*:189.
76. Pompili M. Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 2009,7: 985-1004.
77. Riley W. Adherence to psychiatric treatments. *CML Psychiatry*, 2009,4:89-96.
78. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez- Moreno J, Scott J. Identifying and improving non adherence in bipolar disorders. *International Journal Of Psychiatry And Neurosciences* 2005,5:24-31
79. Sajatovic M. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Disease Management & Health Outcomes*,2007,3: 181-192.
80. Roy R. Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients:a centre based study. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 2005, (1-2):24-28.
81. Sajatovic M. Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2005,4: 272-277.
82. Clatworthy J, Bowskill R, Rank T, Parham R, Horne R. Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar disorders*, 20076: 656-664.
83. Johnson FR. Factors that affect adherence to bipolar disorder treatments: a stated-preference approach. *Medical Care*, 2007,6:545-552.
84. Miasso AI, Cassiani B, Pedrão LJ. Bipolar affective disorder and medication therapy: identifying barriers. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 2008,4:739-745.

85. Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 2009,4: 548-556.
86. Colom F. Achieving remission and recovery in bipolar disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 2010. 11: e32-e32.
87. Çakır F, İlhem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010, 23: 50-9.
88. Oral ET. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum:“Farz edelim ki, şeker hastasıym.” demek yeterli mi?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002,3: 212-22.
89. Gray R. Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 2004,2:157-162.
90. Hagerty BM, Fortinash KM, Patusky KL.Mood Disorders: Depression, Bipolar, and Adjustment Disorders. St. Louis.*Mood Disorders: Depression, Bipolar, and Adjustment Disorders* 2012.
91. Boyd MA. *Psychiatric nursing: Contemporary practice*, Williams& wilkins, 2008.
92. Yavaşçı EÖ, Akkaya C. Şizofrenide Serotonin Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 2:4.
93. Atmaca GD, Durat G. Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016,6: 51-55.
94. Yıldız M. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi: Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002,13(1):41-47.
95. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vols. 1-2, Williams & Wilkins Com, 1989.

96. APB. *DSM-IV-TR Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği,2007, 470-473.

97. Chien WT, Lee IFK. Educational needs of families caring for patients with schizophrenia. *Journal Of Clinical Nursing*, 2002,11(5): 695-696.

98. Ayhan AGY. Şizofreni Hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2013 .

99. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

100. Köroğlu E. *PsikoNozoloji: Tanımlayıcı klinik psikiyatri*, Hekimler yayın birliği, 2004.

101. Yüksel N. *Ruhsal hastalıklar*, Çizgi tıp, 2001.

102. Sayıl I. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı*, Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTIP AŞ Yayınları,1996.

103. Çam O, Engin E. *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2014:1078.

104. Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.

105. Doğan O Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında özgün bir örnek: Sivas’ ta yapılan araştırmaların önemli bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 2010,13(1):11-22.

106. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*.1997,26(1):71-80.

107. Kızıltoprak S. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

108. Sadock B. *Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri, 2. baskı*. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd Şti, 2005.

109. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 1. baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997:77-78.

110. Brown S, Birtwistle J. People with schizophrenia and their families, Fifteen-year outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 1998, 173(2):139-144.

111. McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children*, Elsevier Health Sciences, 2015.

112. Silbersweig DA. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature*. 1995, 378(6553):176.

113. Stahl S. *Temel psikofarmakoloji*. Taneli B, Taneli Y. (Çeviri editörleri) 1. baskı. İstanbul, Yelkovan Yayıncılık, 2003, 176:338-343.

114. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. *The American psychiatric publishing textbook of schizophrenia*, American Psychiatric Pub, 2007.

115. Deveci A, Danaci AE. Şizofrenide Erken Uyarıcı Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2006, 19(1):20-23.

116. Birliği AP. *Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000.

117. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları I.B.E. *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007:186- 384.

118. Corrigan PW. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*. 2002, 28(2):293.

119. Budd R, Oles G, Hughes I. The relationship between coping style and burden in the carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998, 98(4):304-309.

120. Demirel Ü, Biber B, Alptekin K, Kronik psikiyatrik hastalarının sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. *Sosyal Hizmetler Dergisi*. 1998, 7(1):30-35.

121. Liberman R, Kopelowicz A, Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*. 1995, 9:51-58.
122. Aydemir Ö. Bipolar bozukluğa yönelik tutumlar ve damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2004,12:61-64.
123. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 2000, 48(6):445-457.
124. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2008, 23(2):95-105.
125. Uğur M. *Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar*. Ü.C.T.F.S. Tıp Etkinlikleri STE sempozyum dizisi İstanbul. 2008, 62:59-84.
126. Gültekin BK. Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2008, 18(3).
127. Işık, E. *Duygudurum Bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, İntihar*. Görsel Sanatlar Matbaacılık. 2003:382-96.
128. Karamustafaloğlu N, Tomruk NB, Alpay N. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2004, 5(1): 28-36.
129. Davidson MR. *A nurse's guide to women's mental health*. Springer Publishing Company.2012.
130. Kesebir S. Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013,5(2).
131. O'Connell RA. Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *The British Journal of Psychiatry*. 1991,159(1):123-129.
132. Gitlin MJ. Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American Journal Of Psychiatry*. 1995, 152(11):1635.

133. Kora K. Predictive factors for time to remission and recurrence in patients treated for acute mania: health outcomes of manic episodes (HOME) study. *Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry*. 2008, 10(2): 114.
134. Tang CH. Oneyear post hospital medical costs and relapse rates of bipolar disorder patients in Taiwan: a population based study. *Bipolar Disorders*. 2010,12(8):859-865.
135. Darling CA. Bipolar disorder: medication adherence and life contentment. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2008. 22(3) 113-126.
136. Işık E. *Duygulanım bozuklukları: Depresyon ve mani*. Boğaziçi Matbaası,1991.
137. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme. Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi,2007.
138. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapları. 2011.
139. Shives LR. *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
140. Jones JS, Fitzpatrick JJ, Rogers VL. *Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach*. Springer Publishing Company, 2016.
141. Johnson SL. *Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania*. *Journal of Affective Disorders*. 2000, 58(1):79-86.
142. Yüksel N. *Psikofarmakoloji. 2. baskı*. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2003.
143. Nivoli AM. New treatment guidelines for acute bipolar mania: a critical review. *Journal Of Affective Disorders*. 2012,140(2):125-141.
144. Gönül AS. Tedaviye dirençli bipolar hastalarda lamotrijin kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2000, 10:171-175.
145. Mahmood K, Khalid N, Makhdum Z. Adherence TO Drug Therapy In Psychiatric Patients. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*.2010, 1(2): 700-703.

146. Kaplan HI, Sadock B. *Klinik psikiyatri*. Abay E (çeviren). I. Baskı İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2004:555-563.
147. *The Patient's attitude to his illness. Chapter VII. General Psychopathology*, by Karl Jaspers. J. Hoenig (translate). The Johns Hopkins University Press. Reprint edition. 1997:414-425.
148. Lewis A. The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*.1934.14(4): 332-348.
149. David AS. Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 1990, 156(6):798-808.
150. Greenfeld D. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 1989, 15(2):245.
151. Beck AT. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*. 2004, 68(2):319-329.
152. Ritsner MS, Blumenkrantz H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Research*. 2007, 149(1):59-69.
153. Sartorius N. WHO international pilot study of schizophrenia. *Psychological medicine*. 1972, 2(04):422-425.
154. McEVOY JP. Measuring chronic schizophrenic patients' attitudes toward their illness and treatment. *Psychiatric Services*. 1981, 32(12):856-858.
155. Baier M. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2000, 14(6):259-265.
156. Dębowska G, Grazwa A, Kucharska-Pietura K, Insight in paranoid schizophrenia—its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comprehensive Psychiatry*. 1998, 39(5): 255-260.
157. Schwartz RC, Petersen S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 1999, 187(6):376-378.

158. Townsend JM. Cultural conceptions and mental illness: a controlled comparison of germany and america. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 1975, 160(6): 409-421.
159. Perkins R, Moodley P, Perception of problems in psychiatric inpatients: denial, race and service usage. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1993, 28(4):189-193.
160. Peralta V, Cuesta M, *Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. Biological Psychiatry*. 1998, 44(2): 107-114.
161. Dickerson FB, Ringel N. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Service*. 1997;48:195-199
162. Drake RJ. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2000, 177(6):511-515.
163. Moore O. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*. 1999, 14(5):264-269.
164. Carroll A. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1999, 35(3):247-253.
165. Bora E. Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2000, 61(6):634-639.
166. Dankı D, Dilbaz N, Okay İ. Şizofreni tanısı olan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007, 18(2):129-136.
167. Gharabawi GM. Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving long-acting risperidone. *International Clinical Psychopharmacology*. 2006, 21(4):233-240.
168. Yen CF. Changes in insight among patients with bipolar I disorder: a 20 year prospective study. *Bipolar Disorders*. 2007, 9(3):238-242.
169. Yen CF. Comparison of insight in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. 2002, 190(12):847-849.

170. Yen CF. Relationships between insight and psychosocial adjustment in patients with bipolar I disorder. *Bipolar Disorders*. 2007, 9(7):737-742.
171. Jonsdottir H, Engh J ,Friis S. Measurement of insight in patients with Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2008,196(4).
172. Dias VV. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal Of Affective Disorders*. 2008, 110(1):75-83.
173. Taşkın EO. *Stigma, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama*. İzmir, Meta Yayınları, 2007.
174. Kocabaşoğlu N, Aliustaoğlu S. *Stigmatizasyon*. Yeni Symposium. 2003.
175. Sarıkoç G. Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlemeleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.Yüksek lisans tezi,Ankara: Hacettepe Üniversitesi,2011.
176. King M. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. 2007,190(3):248-254.
177. Hakan S. Ruh hastalığı damgası ve insanın değeri: Bir örnek şizofreniye bağlı damgalama ve ayrımcılık. *Bireyden Toplum Ruh Sağlığı*. 2004, İstanbul Erler Matbaacılık.141-150.
178. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(4):101-110.
179. Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. 2007:17-30.
180. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011, 2(3): 136-140.
181. Saillard EK. Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010, 21(1): p. 1.
182. Ersoy MA, Varan A, Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18(2):163-171.

183. Angermeyer MC, Matschinger H, Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999,34(5):275-281.

184. Sağduyu A. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001,12(2): p. 99-110.

185. Taşkın E. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 2004, 12: 5-12.

186. Ayhan AGY. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara:Gazi Üniversitesi,2013.

187. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Zabun-Korkmaz I, Kocamanoğlu B, Böke Ö,Pazvantoğlu O. Bipolar Bozukluk Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Çok Boyutlu Yakın İlişki Özellikleri, 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara, 2009,*Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*:98-99.

188. Perlick DA. Stigma As A Barrier To Recovery: Adverse Effects Of Perceived Stigma On Social Adaptation Of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services*. 2001, 52(12):1627-1632.

189. Aker T. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi,Antalya,2003,*Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*:20-22

190. Meriç M. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara:GATA, 2006.

191. Sajatovic M. Measurement Of Psychiatric Treatment Adherence. *Journal Of Psychosomatic Research*. 2010, 69(6):591-599.

192. Nosé M, Barbui C, Gray R. *Clinical Interventions for Treatment Non-adherence in Psychosis: Meta-analysis*, Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health, 2005: 202.

193. Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin Ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisinin Araştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi,2010.

194. Perkins DO. Predictors Of Noncompliance In Patients With Schizophrenia. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 2002.

195. Sofuoğlu S, Turan T. Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000. 1(2):100-106.

196. Süheyla Ü, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006,7:69-75.

197. Taj F. 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*. 2008,58(8):432.

198. Rungruangsiripan M. Mediating role of illness representation among social support, therapeutic alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2011, 25(4):269-283.

199. Bodén R. Early non-adherence to medication and other risk factors for rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*. 2011, 133(1):36-41.

200. Baloush-Kleinman V. Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: a six-month naturalistic follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2011, 130(1):176-181.

201. Zygumnt A. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2002, 159(10):1653-1664.

202. Staring A. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. *Schizophrenia Research*. 2009, 113(1):27-33.

203. Novick D. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2010, 176(2):109-113.

204. Kelleci M. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011, 2(3):128-135.
205. Barnes TR, Drake R, Pharmacological strategies for relapse prevention in schizophrenia. *Psychiatry*. 2007, 6(9):351-356.
206. Kao YC, Liu YP. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry*. 2010, 51(6):557-565.
207. Derin N. Tedavi İşbirliği Işığında Şizofreni Tedavisinde Tedavi Uyumu. İçinde Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği. *Sigma Publishing*. 2011:12-23.
208. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011, 2(3):105-10.
209. Barkhof E. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—a review of the past decade. *European Psychiatry*. 2012, 27(1): 9-18.
210. Sungur MZ. Şizofrenide tedavi işbirliğini artırmada teknikler (LEAP) ve tedavide bilişsel davranışçı yaklaşımlar. *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği Uzman Görüşleri*. 2011, 1:6-32.
211. Roberts DL, Velligan DI. Medication adherence in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*. 2011, 8(1):11-15.
212. Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, 2006.
213. Savas HA, Unal A, Virit O. Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal Of Mood Disorders*. 2011, 1(3): 95.
214. Sajatovic M. Factors associated with prospective long-term treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Psychiatric Services*. 2008, 59(7):753-759.

215. Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney J. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. *Psychiatric Services*. 2001, 52(6): 805-811.
216. Hong J. Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study. *Psychiatry Research*, 2011, 190(1):110-114.
217. Keck Jr PE, McElroy SL, Strakowski SM, Stanton SP, Kizer DL, Balistreri TM, Bennett JA, Tugrul KC, West SA. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *The Journal Of Clinical Psychiatry*. 1996, 57(7): 292-297.
218. Prymachuk S. *Mental Health Nursing: An Evidence Based Introduction*, Sage, 2011.
219. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*. 2001, 9: 29-39.
220. Kneisl C. *Complementary and alternative healing practices*, Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing, Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall, 2004: 900-21.
221. Hagerty BM, Patusky KL, Fortinash KM. *Mood Disorders: Depression, Bipolar, and Adjustment Disorders*, Fifth Ed. St. Louis, Elsevier, 2012.
222. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003. 121(1): 31-49.
223. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986. 24(1):67-74.
224. Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: response to authors. *Journal Of Clinical Epidemiology*. 2011, 64(3): 255.

225. Kelly B. Adherence assessment tools: Drugs don't work when they're not taken. *Australian Journal Of Pharmacy*. 2007: 32.

226. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu, in İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

227. Hogan TP, Awad A, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*. 1983,13(01):177-183.

228. Guy W, *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* National Institute of Mental Health. 1976.

229. Mcgrath J. Myths And Plain Truths About The Epidemiology Of Schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005, 39:A119.

230. Townsend MC. *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. 2014. FA Davis.

231. Lüle D. Şizofreni Hastalarının Umut Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi,2009

232. Walsh J. *Psychoeducation in mental health*. Lyceum Books,2010.

233. Soygür H.Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007:500.

234. Üçkardeş EA. Psychiatric diagnosis and sociodemographic characteristics of patients admitted to psychiatry clinic in a rural area. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2015, 28(1):8-16.

235. Işık E. *Güncel Şizofreni*, 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık, 2006: 18-19).

236. Morselli PL, Elgie R. Global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorders*. 2003, 5(4): 265-278.

237. Kartal NT. Şizofreni Hastalarında İçgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon ve Belirti Örüntüsü ile İlişkisi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul: 2013.
238. Goossens PJJ, T Van Achterberg. Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2008,22(5):245-253.
239. Neuner T. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data. *General Hospital Psychiatry*. 2008, 30(4):324-330.
240. Deisenhammer E. In patient suicide in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000, 102(4):290-294.
241. Jablensky A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement* .1992, 20:1-97.
242. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives Of General Psychiatry*. 2003, 60(6):565-571.
243. Havva T, Pınar ŞE. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2012,3(2):61-66.

8. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Bu çalışma şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda iç görü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisini karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmada size, sosyodemografik veri toplama formu (Ek 2), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği(BBİÖ)(Ek 3), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği(RHİDÖ)(Ek 4), Morisky Uyum Ölçeği(Ek 5),İlaç Tutum Envanteri (Ek 6) uygulanacaktır.

Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 10-15 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 100'dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak soruları eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurmak sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırma sizin ve hastanız için herhangi tıbbi bir risk içermemektedir. Araştırma hastanızın tedavisini etkilemeyecektir.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 315 53 48 no.lu telefonda Yüksek Hemşire Gizem Gökalp'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde yapılacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmemeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

2. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Sayın Katılımcı;

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde uygulanan bu anket, şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda iç görü, içselleştirilmiş damgalanmanın ilaç uyumu üzerine etkisini karşılaştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Verilen bilgiler istatistiksel olarak değerlendirilecek ve bilimsel amaç için kullanılacaktır. Elde edilecek sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kabul eden katılımcılardan soruları içtenlikle yanıtlamaları rica edilmektedir. Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

Evet

Hayır (neden?).....

Araştırmacı: Gizem Gökalp

Lösante Çocuk ve Yetişkin Hastanesi Cerrahi Anabilim Dalı

ggizem6@gmail.com

TEL: 312 315 53 48

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

- 1.) Yaşınız :
- 2.) Cinsiyetiz:
 - 1.Kadın
 - 2.Erkek
- 3) Öğrenim düzeyiniz:
 - 1.İlkokul
 - 2.Ortaokul mezunu
 - 3.Lise mezunu.
 - 4.Üniversite mezunu
- 4)Yasal medeni durumunuz:
 - 1.Evli
 - 2.Bekar
 - 3.Boşanmış
5. Mesleğiniz:
 - 1.Ev hanımı
 2. İşçi
 - 3 Memur
 - 4 Serbest meslek
 - 5 Emekli
 - 6.Öğrenci
 - 7.Öğretmen
- 6) İş durumunuz:
 - 1.İşsiz
 - 2.Çalışıyor
- 7) Kiminle yaşıyorsunuz?
 - 1.Aile
 - 2.Yalnız
 - 3.Diğer
- 8) Hastalık süreniz (AY)?
- 9)Sosyal güvenceniz:
 - 1.Var
 - 2.Yok
- 10)Toplam aylık geliriniz :
 - 1.Asgari ücret altı
 - 2.Asgari ücret
 - 3.Orta
 - 4.Yüksek

11. Fiziksel hastalık öykünüz (var ise belirtiniz)

1. Var.....(kronik,genetik,bedensel).....

2. Yok

12. Aile tipiniz:

1. Çekirdek aile

2. Parçalanmış aile

13. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (var ise belirtiniz)

1. Var (.....)

2. Yok

14. İntihar öyküsü:

1. Var (kaç kez)

2. Yok

15. Hastalık tipi:

1. Bipolar

2.Şizofreni

16. Hastanede yatış sayınız:

17. En son kontrole ne zaman gittiniz? (görüşme tarihine kadar olan süre).....

18. Genelde hastaneye yatış nedeniniz:

1. İlaç Kullanmamak

2.İlaç Kullanmama Rağmen Belirtilerin Artması

3. Yaşadığım Streslerden/ Problemlerden Dolayı

4. Diğer

19.İlacınızı kendiniz mi alıyorsunuz?

1.Evet

2.Hayır

20.İlacınızı almanız konusunda sizi destekleyenler var mı ?(Cevabınız evet ise belirtiniz)

1.Evet(....)

2.Hayır

21.İlacınızı almanızı zaman zaman birinin hatırlatması gerekiyor mu?

1.Evet

2.Hayır

EK-3. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana x işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Epeyce katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum				
2. Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
3. Diğer insanlar olağandışı yaşamalarının nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
4. Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5. Bana çok sahi görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				

6. Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7. Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissedersen o şey doğrudur.				
8. Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile yanılıyor olabilirim.				
9. Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10. İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11. Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenmem.				
12. Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				

13. Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
14. İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarını n akıllı birden fazla açıklaması vardır.				
15. Benim olağan dışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK-4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer “Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını ;“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını ;“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını ;“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4. Reddedilmeme için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşmaktan kaçınıyorum.				

5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir .				
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				

11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				

16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.				
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.				
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığım olduğunu anlayabilirler.				
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.				

23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.				
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.				
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.				
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımlı düşünöyorlar.				
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

EK-5. Morisky Uyum Ölçeği

Aşağıdaki soruları Doğru (D) Yanlış (Y) şeklinde cevaplayınız.

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

1.Evet ()

2.Hayır ()

2- İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

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

1. Evet ()

2. Hayır ()

EK-6. İlaç Tutum Envanteri

Aşağıdaki soruları Doğru (D) Yanlış (Y) şeklinde cevaplayınız.

1. İlaç kullanmaya ilişkin olumlu düşüncelerim daha fazladır.
 1. D ()
 2. Y ()
2. İlaç kullandığım zamanlarda kendimi uyuşturucu almışım gibi garip hissediyorum.
 1. D ()
 2. Y ()
3. İlacı kendi özgür iradem ile kullanıyorum.
 1. D ()
 2. Y ()
4. İlaç kullandığım zaman daha rahat hissediyorum.
 1. D ()
 2. Y ()
5. İlaç kullanmak beni yorgun ve uyuşuk yapıyor.
 1. D ()
 2. Y ()
6. İlacı yalnızca kendimi hasta hissettiğim zamanlarda kullanırım.
 1. D ()
 2. Y ()
7. İlaç kullanırken kendimi daha normal hissediyorum.
 1. D ()
 2. Y ()
8. Düşünce ve davranışlarımın ilaçlar tarafından kontrol edilmesi mümkün değil.
 1. D ()
 2. Y ()
9. İlaç kullandığım zaman düşüncelerim daha net oluyor.
 1. D ()
 2. Y ()
10. İlaç kullanmak beni hastalanmaktan korur.
 1. D ()
 2. Y ()

EK-7. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)

Hastalık Şiddeti

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

Düzelme

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

Yan Etki Şiddeti

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK-8. İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi-1



Ankara AtatürkEğitim ve Araştırma Hastanesi



SAYI : 28295788/

KONU : Araştırma İzni/Gizem GÖKALP

ATATURK E. A. H.
28295788
25-02-2015 16:01:00 / GİDEN 1906

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsüne

İlgi: Ankara İli 2. Bölge KHB Genel Sekreterliğinin 09/02/2015 tarih ve 744.99/202 sayılı yazısı.

Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Gizem GÖKALP'in araştırma izni hakkında Hastanemiz Psikiyatri Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'nün dilekçesi yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz ederim.

Doç. Dr. Murat AKÇAY
Hastane Yöneticisi

EK-9. İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi-2

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GÖKALP hk.

20.02.20

n Beyazıt Üniversitesi Rektörlüğünün 14.01.2015 tarih ve 75265783/18
ne Yöneticiliğimizin 11.02.2015 tarih ve 2133 sayılı yazısı

HASTANE YÖNETİCİLİĞİ MAKAMINA

ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İç Görü, İçselleştirmiş Dalgalar
i" başlıklı çalışmaya ilişkin görüşümüz aşağıdaki gibidir.

n araştırma örneklerinin "Şizofreni ve Bipolar Hastalar" dan oluştuğ
niğinde yapılmasının planlandığı bilgilerine rağmen ilgili bölümde
z ardi etmesi dikkat çekmektedir.

tür çalışmaların oluşturulması aşamasında bir psikiyatri uzmanı veya t
ide yer almasının gerektiği kanaatindeyiz.

lerin giderilmesi ve araştırma önerisinin sunulması mutakabat sağlanı
niğimizde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Soru

Prof.Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ

ATATURK E.A.H.

GELEN

PROF.DR.ALI ÇAYKÖYLÜ

YAZI YAZILACAK

20-02-2015 16:25:00 / 2949

11.02.2015 TARİH VE 2133 SAYILI

1 YAZI A DEVABEN-ARAŞTIRMA İZİN

DR.BİTİM GÖKALP-YBU SAĞLIK BİL

ENST.HEMSİRELİK ÖĞRENCİSİ GİZ

EM GÜKALP İN SIZOFRENI VE BİPO

LAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA

İÇ GÖRÜ İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGA

EK-10. Etik Kurul Raporu





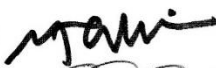



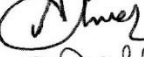



Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Gizem GÖKALP'in "Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Hastlarında İç Görü, İçselleştirilmiş Damgalanmanın İlaç Uyumu Üzerine Etkisi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

İmzalar:

Prof. Dr. S. Yavuz SANISOĞLU	Koordinatör	
Prof. Dr. Arif ERSOY	Koordinatör Yardımcısı	
Prof. Dr. Mehmet BARCA	Üye	
Prof. Dr. Mehmet AKKUŞ	Üye	
Prof. Dr. M. Fatih UŞAN	Üye	
Prof. Dr. Fatih Vehbi ÇELEBİ	Üye	
Prof. Dr. Erdal Tanas KARAGÖL	Üye	
Prof. Dr. Mustafa Sıtkı BİLGİN	Üye	
Prof. Dr. Ahmet KANKAL	Üye	
Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER	Üye	
Yard. Doç. Dr. Arif DEMİR	Üye	
Gülcan SERTÇELİK	Raportör	

EK-11. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	:Gizem GÖKALP
Doğum tarihi	:05.01.1989
Doğum yeri	:ANKARA
Medeni hali	:EVLİ
Uyruğu	:T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:05548186635
Faks	:
E-mail	:ggizem6@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Mustafa Kemal Lisesi
Lisans	: Fatih Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
Yüksek lisans	:Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Elementry