

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
HRS-2020-0002

**AKUT PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE BİPOLAR
BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İLAÇ UYUMU,
SOSYAL İŞLEVSELLİK, SOSYAL DESTEK VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

Nazlı ZEMEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

AYDIN-2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda; öncelikle hiçbir zaman yardımını, desteğini esirgemeyen bana önderlik eden, son ana kadar pes etmeden devam etmemi sağlayan, gösterdiği sabır, özveri ve desteği için değerli danışmanım Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'A ve her konuda yardımcı olan hocalarım Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER ALTIOK'a, değerli hocam Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Filiz ADANA'ya, hiçbir zaman ilgi ve yardımını esirgemeyen, başta Araştırma Görevlisi Orkun ERKAYIRAN'a olmak üzere Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalındaki tüm değerli araştırma görevlilerine çok teşekkür ederim.

Ayrıca eğitime olan duyarlılığı ve desteği için Bakırköy Prof.Dr Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi 15.Psikiyatri Kliniği Klinik Şefi Doçent. Dr. Erkan AYDIN, gerektiğinde nöbet listemdeki değişiklikleri onaylayan, her zaman hemen her konuda destekçim olan, eğitime her daim önem veren 15. Psikiyatri kliniği Sorumlu Hemşiresi Satı KİŞİOĞLU ve bu süreçte beni destekleyen, gerek iş yerinde gerekse iş dışında her zaman yardımcı olan başta Nimet Bircan olmak üzere tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

En çok da beni bugünlere getiren, her konuda benim destekçim olan canım annem Meral Hacıhalil'e kardeşim Ezgi Zemen'e, sevgili dayılarım Nihat Hacıhalil ve Murat Hacıhalil'e, anneannem Gülter Hacıhalil'e ve bizi her zaman izlediğine inandığım canım dedem Ahmet Hacıhalil'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi.....	5
2.2. Tanı ve Sınıflandırma	6
2.3. Epidemiyolojisi.....	14
2.4. Etyolojisi.....	16
2.4.1. Genetik Faktörler.....	16
2.4.1.1. Aile çalışmaları.....	16
2.4.1.2. İkiz çalışmaları	17
2.4.1.3. Evlat edinme çalışmaları	17
2.4.1.4. Moleküler genetik araştırmalar.....	17
2.4.2. Nörotransmitter Çalışmaları	18
2.4.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	18
2.4.4. Endokrin Dizge.....	18
2.4.5. Nörofizyolojik Sebepler	19
2.4.6. Kindling (Ateşleme) Modeli.....	19
2.4.7. Psikososyal Etkenler.....	19
2.5. Klinik Seyir ve Görünüm	20
2.6. Hastalığın Sağaltımı	21
2.6.1. Farmakoterapi.....	21
2.6.2. Elektro-Konvülsif Terapi.....	22
2.6.3. Psikososyal Müdahaleler	22
2.7. İlaç/Tedavi Uyumu.....	23

2.8. Sosyal İşlevsellik	24
2.9. Sosyal Destek	25
2.10. İlişkili Faktörler	25
2.11. Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.3. Araştırmanın Örnekleme	28
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	29
3.3.2. Aratırmaya Alınmama Kriterleri	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	29
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.4.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	30
3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	30
3.4.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği.....	31
3.5. İstatistiksel Analizler	31
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
3.7. Araştırmanın Sınırlıkları.....	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA.....	87
5.1. Hastaların İlaç Uyumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	87
5.2. Hastaların Sosyal Desteğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	92
5.3. Hastaların Sosyal İşlevselliğine İlişkin Bulguların Tartışılması	97
5.4. İlaç Uyumunun Sosyal Destek Ve Sosyal İşlevsellik İle İlişkisinin Tartışılması	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	100
6.1. Sonuçlar	100
6.2. Öneriler	101
KAYNAKLAR.....	102
EKLER	117
Ek 1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu	117
Ek 2. Anket Formu.....	118
Ek 3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	121
Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	122
Ek 5. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği.....	124

Ek 6. ADÜ Etik Kurul İzni	125
Ek 7. ADÜ Ölçek Değişikliği Etik Kurul Onayı	126
Ek 8. Kurum İzni.....	127
Ek 9. Ölçek Sahiplerinin İzinleri.....	128
ÖZGEÇMİŞ	130

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	: Elektro-Konvülsif Terapi
KİDÖ	: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
KW	: Kruskal- Wallis
MARS	: Medication Adherence Rating Scale
MTDÖ	: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
MWU	: Mann-Whitney U

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo İsmi	Sayfa
Tablo 1.	Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	33
Tablo 2.	Hastaların sigara, alkol, madde kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı özelliklerinin dağılımı	34
Tablo 3.	Hastaların hastaneye yatma ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklerin dağılımı	35
Tablo 4.	Morisky Tedavi Uyum Ölçeğine göre hastaların tedavi uyumlarının dağılımı	36
Tablo 5.	Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 6.	Hastaların sigara, alkol, madde kullanım durumlarına göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 7.	Hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 8.	Hastaların cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durumu, eğitim durumu ve gelir durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları ve sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	41
Tablo 9.	Hastaların çalışabilirlik durumu, sosyal güvencesi, sahip olunan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan aile türüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 10.	Hastaların sigara, alkol ve madde kullanımına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları ve sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 11.	Hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	52
Tablo 12.	Hastaların cinsiyet, beden kitle indeksi ve medeni durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	56
Tablo 13.	Hastaların eğitim durumu ve gelir durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	60

Tablo 14.	Hastaların çalışabilirlik durumu, sosyal güvencesi, sahip olunan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan aile türüne göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	63
Tablo 15.	Hastaların sigara, alkol ve madde kullanımına göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	68
Tablo 16.	Hastaların hastaneye yatışa karar verme durumu, ailede psikiyatrik öykü olma durumu ve son 1 yılda hastaneye yatış sayısına göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	72
Tablo 17.	Hastaların başka hastanede tedavi olma durumu, ekt tedavisi görme durumu ve özkıyım girişimi durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması	76
Tablo 18.	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sıra Ortalaması puanı ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanı arasındaki ilişki	79
Tablo 19.	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği regresyon analizi	80
Tablo 20.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği regresyon analizi	82
Tablo 21.	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği regresyon analizi	84

ÖZET

AKUT PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İLAÇ UYUMU, SOSYAL İŞLEVSELLİK, SOSYAL DESTEK VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zemen, N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2020.

Bu çalışma, bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla analitik ve kesitsel tipte bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırma, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Ağustos 2019 -Eylül 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastaları oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü ise G power istatistik analizinde, güven aralığı %95 etki büyüklüğü 0,3, alfa 0,05, güç 0,80 olarak alındığında 82 olarak belirlenmiştir. Araştırmada desen etkisi 1,1 olarak hesaplandığında ulaşılabilecek hasta sayısı 90 olarak hesaplanmıştır. Veriler, sosyodemografik bilgileri içeren tanıtıcı bilgi formu, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa İşlevsellik Değerlendirilme Ölçeğinden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, bağımsız gruplarda puan ortalamalarının karşılaştırılması için Student's-t-testi, Anova testi, Regresyon analizi ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Hastaların % 48,9'unun ilaç tedavisine uyumunun düşük, %27,8'i orta derecede uyumu ve %23,3'ünün ise uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir. İlaç tedavisi uyumu ile sosyal işlevsellik arasında düzeyde ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). İlaç tedavisine uyum ile sosyal destek aile, arkadaş alt boyutu ve sosyal destek toplam puanı puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuçta, kadınların, obez hastaların, üniversite mezunlarının, geliri giderden fazla olan hastaların, alkol/madde kullanmayanların, hastaneye kendi istemiyle atışı olanların, son

1 yılda 1 kez yatışı olanların ve EKT görmeyen hastaların ilaç uyumu daha yüksektir. Obez hastaların aile sosyal desteği, evlilerin aile ve toplam sosyal desteği, geliri giderden fazla olanların aile sosyal desteği, üç ve üzeri sayıda çocuğu olan ve çekirdek ailede yaşayan hastaların aile sosyal desteği, kendi istemiyle yatışı olan hastaların arkadaş ve ve toplam sosyal desteği, özkıyım girişimi olmayanların ise özel bir insan sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur. Kadınların, obezlerin, ilköğretim mezunlarının geliri giderden fazla olan hastaların, sosyal güvencesi olmayan hastaların, alkol kullanmayanların son 1 yılda 1'den fazla yatışı olan hastaların işlevselliği düşük bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi uyumlarının artırılması için eğitim programları oluşturulması, randevuların takibi ve hatırlatılması gibi girişimlerin planlanarak tedaviye devam etme oranını artırılması bununla birlikte sosyal işlevselliğinin artırılması için psikoeğitim programlarının uygulanması ve bu programlara ailelerin de dâhil edilmesi, ihtiyaç duydukları sosyal desteğin önemi ile ilgili hasta yakınlarına eğitim programlarının düzenlenmesi ve gerektiğinde danışmanlık verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, ilaç uyumu, sosyal destek, sosyal işlevsellik, uyumsuzluk.

ABSTRACT

DRUG COMPLIANCE, SOCIAL FUNCTIONALITY, SOCIAL SUPPORT AND RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER IN ACUTE PSCHIATRY CLINICS

Zemen, N. Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Psychiatric and Mental Health Nursing, Nursing Program Master Thesis, Aydın, 2020.

This study was conducted as an analytical and cross-sectional study in order to determine the treatment compliance of patients with bipolar disorder, to find out their social functioning and social support level and to determine the relationship between each other.

Research; Ministry of Health Public Hospitals Authority Turkey Istanbul Province Bakırköy District Public Hospitals Association General Secretary Prof. Bakirkoy Dr. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital between June 2019 - July 2019. universe of the research was published by T.C. There are patients of Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The sample size in G power statistical analysis, confidence interval 95% effect size 0.3, alpha 0.05, power 0.80 can be taken as comprehensive 82. In the study, the pattern effect was calculated as 1.1 and the number of patients to be reached was calculated as 90. The study consists of 4 forms as a data collection tool. The descriptive information form, which includes sociodemographic information of the patients, consists of Morisky Treatment Compliance Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Brief Functionality Assessment Scale. The data of the study were analyzed using SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) program. In addition to descriptive statistics, t test, Anova test and Pearson correlation analysis were used to compare mean scores in independent groups and $.P < 0.05$ was considered statistically significant. It was determined that 48.9% of patients had low compliance, 27.8% had moderate compliance and 23.3% had high compliance. No correlation was found between drug treatment compliance and social functionality ($p > 0.05$). A weak positive correlation was found between compliance with drug therapy and social support family, friend sub-dimension, and social support total score scores ($p < 0.05$). As a result, drug compliance is higher for women, obese patients, university graduates, patients with higher

income, those who do not use alcohol / substance, those who have been thrown into the hospital voluntarily, who have been hospitalized once in the last 1 year, and those who have not seen ECT. Family social support of obese patients, family and total social support of married people, family social support of those with more than income, family social support of patients who have three or more children and living in the nuclear family, friends and and total social support of patients who are voluntarily admitted, suicide attempt those who do not have a high level of human social support. The functionality of women, obese, elementary school graduates, patients with more than income, patients with no social security, and those who did not use alcohol were found to have low functionality in the last 1 year.

In line with this results, the establishment of training programs to increase the treatment compliance of patients with bipolar disorder, increasing the rate of continuing treatment by planning and reminding appointments, as well as implementing psychoeducation programs to increase social functionality and including families in these programs, It has been suggested that educational programs and consultancy should be provided to patients' relatives about the importance of social support they need.

Key Words: Bipolar disorders, drug compliance, non compliance, social support, social functionality

1. GİRİŞ

Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilen bipolar bozukluk hemen her alanda işlev kaybına sebep olan yaşam boyu süren ciddi ruhsal bir bozukluktur (Turhan, 2007; Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017; Uğur ve ark, 2019). Bireyde yoğun mutsuzluk duygularından ya da aşırı enerjik durumdan taşkınlıklara kadar gidebilen, çaresizlik, umutsuzluk, intihar girişimleri, değersizlik, karamsarlık duygularının da eşlik edebildiği karma duyguduruma yol açmaktadır (Mengi ve Aygür, 2018). Başta yüksek oranlarda intihar girişimi olmak üzere, kişilerarası iletişim sorunları, akademik başarısızlık, madde kötüye kullanımı gibi riskli davranışlar, insanların hayatlarına ciddi zarar vermektedir hatta ölümlerle sonuçlanabilmektedir (Hoccoğlu, 2013; Aksoy ve Kelleci, 2016; Uğur ve ark, 2019).

Amerika, Avrupa ve Asya'daki 11 ülkenin dahil edildiği bir çalışmada bipolar spektrum bozuklukları için yaşam boyu yaygınlık %2,4 olarak bulunmuştur (Merikangas ve ark, 2011). Hastalığın başlangıç yaşı için Amerika'da yapılan bir çalışmada belirtilerin ilk olarak 15 yaşından önce %33 oranında, 15-19 yaş arasında % 27 oranında, 20 yaş ve sonrasında ise %39 oranında görüldüğü belirtilmiştir (Hirschfeld ve ark, 2003). Ülkemizde İzmir kentinde yapılan bir çalışmada DSM-IV e göre bipolar I bozukluğu yaygınlığı %0,37 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark, 2012). Ülkemizde yapılan çalışmalarda hastalığın başlangıç yaşı ortalamasına bakıldığında 3,8 ile 27,7 yıl arasında değiştiği görülmektedir (Aydemir ve ark, 2007; Gültekin ve ark, 2008; Bilici, 2010; Kesebir ve ark, 2012; Doğanavşargil ve ark, 2013).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda görülen en önemli sorunlardan biri de hastalığı tekrarlamasıdır. Hastalığın iki yıl içinde yineleme oranı %60 civarındadır (Fagiolini ve ark, 2015). Geçirilen her hastalık dönemi hastalığın yineleme riskini daha fazla arttırmakta ve her atak hastalığın yıkıcı etkilerini daha da belirginleştirmektedir. Bunun yanı sıra, yinelemeler hastaya ve aileye ciddi toplumsal, ekonomik, iş ve okul yaşamı ile ilgili riskler yaratır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Yüksel ve ark, 2010). Hastaların en az %25-50 sinde intihar girişimi olduğu belirtilmektedir (Jamison, 2000). Sosyal bir olgu olarak bipolar bozukluk, bireyin yaşantısıyla birlikte onun ailesini, arkadaşlarını ve yakın sosyal çevresini de olumsuz yönde etkilemektedir (Mengi ve Aygür, 2018).

Bipolar bozuklukta yinelemeleri kontrol altına almak, hastalığın olumsuz psikososyal sonuçları önlemek, ölüm oranlarını azaltmak ve ataklar arası işlevselliği artırmak için

öncelikle uygun tedavi tedavisi gereklidir (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Aksoy ve Kelleci, 2016). Ayrıca taburculuk sonrasında ilaç tedavisine uyum ve izlemin sağlanması, hasta ve ailesi tarafından hastalığın tanınması ve hasta, yeni bir atak dönemine girmeden önce eşikaltı belirtilerin tanımlanması ve buna ilişkin gerekli önlemlerin alınması için hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereklidir. Hastanın uygun bir şekilde tedavisinin yapılabilmesi için hastanın tedaviye uyumu en önemli koşullardan biridir (Mahmood ve ark, 2010; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi, sadece reçete edilen ilaçların kullanımını ile sınırlı kalmayıp, hastanın kontrollere düzenli gelmesi, tedavi programını tamamlaması ve önerilen davranış değişikliklerine uyum göstermesi demektir (Çakır ve ark, 2010; Demirkol ve Tamam, 2016; Tezcan, 2017). Tedaviye uyumsuzluk ise, ilacın doktorun önerdiği dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi anlamına gelmektedir. İlaç tedavisine uyumsuzluk bipolar bozukluğu olan hastalarda görülen önemli bir sorundur. Bu hastalarda ilaç tedavisine uyumsuzluk oranı %20-%60 arasında olduğu belirtilmektedir (Aksoy ve Kelleci, 2016). İlaç uyumsuzluğu, tedavi etkinliğini olumsuz yönde etkilemekte ve hastaneye yeniden yatışları, morbidite ve mortaliteyi arttıran problemlerin başında gelmektedir (Çakır ve ark, 2010; Özdemir ve ark, 2018). Bunların yanında, ilaç uyumsuzluğu; semptomların artmasına, depresif ataklara, işlevselliğin bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, intihar girişimlerine dolayısıyla bakım masraflarının artmasına neden olmaktadır, (Karaytuğ, 2015). Bu nedenlerle bipolar bozukluğu olan hastaların ilaca ve tedaviye uyumlarının sağlanması hem akut dönemde hem de tedavinin devam ettirilmesi sürecinde ayrı bir öneme sahiptir.

Bipolar bozukluğu olan hastaların akut dönemde tedavilerinin yapılmasından sonra toplum içinde yaşamlarını verimli bir şekilde sürdürmelerinde en önemli etkenlerden birisi de hastaları işlevselliğidir. İşlevsellik; özerk davranabilme, çalışma, eğitim alma, yaratıcı aktivitelerde bulunabilme ve diğer insanlarla romantik ya da sosyal ilişkiler kurabilme gibi farklı alanlarında görev ve aktiviteleri etkili bir şekilde sürdürebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Rosa ve ark, 2007). Geniş anlamıyla sosyal işlevsellik ise çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme olarak tanımlanabilmektedir (Şirin, 2008; Ateş Budak, 2011). Bipolar bozuklukta, hastalığın kronik seyirli olması ve dalgalanmalarla giden bir hastalık olması sebebiyle düzelme döneminde dahi hem bilişsel işlevlerde, hem de sosyal işlevsellikte bozulma olduğu belirtilmektedir (Canbazoğlu, 2010; Şahin ve ark, 2019). İşlevsellikteki bozulma hasta bireylerin yaşamının her alanına yayılmaktadır (Aydemir, 2013). Sosyal işlevselliğin; hastaların sosyal desteğini, aktivite düzeyini ve genel yaşam işlevselliğini etkilediği belirtilmektedir (Can, 2012). Sosyal

işlevsellikte yaşanan sorunlar, hastaların kişilerarası ilişkilerinde tutarlı davranışlar sergilemesinde, sosyal ve mesleki rollerini yerine getirmesinde, kendi bakımlarını yapabilmesinde, boş zaman aktivitelerine katılmasında ve tıbbi tedavilerine uymaları konusunda güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (Kargın ve Hiçdurmaz, 2018; Kaya ve Öz, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre sakatlığa sebep olan hastalıklar arasında 6. sırada yer alması, işlevselliği önemli ölçüde etkilediğinin kanıtı olarak gösterilebilmektedir (Murray ve Lopez, 1997). Bu nedenle işlevselliğin korunması ve sürdürülmesi bipolar bozuklukta en önemli hedeflerden biridir (Şahin ve ark, 2019).

Bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç ve tedavi uyumları, işlevselliklerinin artırılması dolayısıyla hastaların hastalıklarının yinelenmelerinin azalması, tekrarlı yatışlarının önlenmesinde ve hastaların yaşam kalitesinin arttırılmasında en önemli faktörlerden birisi de sosyal destektir (Balaban ve ark, 2016). Sosyal destek bireyin güvенеbileceği ilişkiler yoluyla sosyal kaynaklardan yararlanabilme derecesidir ve güç durumda olan ya da stres altındaki bireye eş, aile, arkadaşlar gibi yakın çevresi tarafından sağlanan bilişsel, manevi veya maddi yardım olarak tanımlanabilir (Ardahan, 2006; Aras ve Tel, 2009; Selçuk, 2010; Yıldırım, 2010; Sarı ve ark, 2011). Sosyal desteğin, pek çok fiziksel ya da ruhsal hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu ve psikososyal iyilik halini etkileyen önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (Ardahan, 2006, Arslantaş ve Ergin, 2011). Ruhsal durumu sağlıklı olmayan bireylerin ise sosyal ilişkilerinin oldukça kısıtlı olduğu belirtilmektedir (Sayın, 2018). Yalçın'ın belirttiğine göre 2013'te yapılan bir meta-analiz çalışmasında iyi oluş ile sosyal destek arasında pozitif yönde bir ilişkinin varlığı belirtilmiştir (Yalçın, 2015). Sosyal desteğin olmaması ya da azlığı, ruhsal bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumsuzluğunun nedenleri arasında yer almaktadır (Kelleci ve Ata, 2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla yapılan bir çalışmada arkadaş ya da özel birisinin desteğinin varlığı ile hasta ilaç uyumu arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Kelleci ve Ata, 2011). Ayrıca sosyal desteğin yeterli olmasının, sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Hutchison, 1999; Aras ve Tel, 2009; Sarı ve ark, 2011).

Günümüzde tedavi ve bakım maliyetlerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi yönünden hastaların ilaç uyumlarının arttırılmasına ilişkin çalışmalar önem kazanmıştır. Bu sebeple ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olarak ele alınabilecek bipolar bozukluğa sahip bireylerin ilaç uyumu ile ilgili yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi uyumu ve sosyal desteklerine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Aksoy ve Kelleci, 2016). Ayrıca

Bipolar bozuklukta en önemli hedeflerden biri olan işlevsellik ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğu düşünülmektedir (Cerit ve ark, 2012; Çam ve Çuhadar, 2013).

Bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumlarını etkileyebilecek sosyal işlevsellik ve sosyal desteklerinin belirlenmesi ve etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi, hastalara verilecek olan hizmetlerde önceliklerin belirlenmesinde önem kazanmaktadır. Bu araştırmadan elde edilecek olan sonuçların özellikle psikiyatri hemşirelerinin gerek tedavi sürecinde, gerekse rehabilitasyon sürecinde hastalara verecekleri bakım için hazırlayacakları bakım planına kaynaklık etmesi beklenmektedir. Ülkemizde hemşirelik alanında bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellik ve sosyal destek durumlarına ve bu parametreler ile ilişkili olabilecek faktörlerin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenlerle bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumları, sosyal işlevsellikleri, sosyal destekleri ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmaktadır.

Araştırma soruları:

Bipolar hastalarının ilaç uyum düzeyleri nasıldır?

Bipolar hastaların İşlevsellikleri nasıldır?

Bipolar hastaların sosyal destek düzeyleri nasıldır?

Bipolar hastaların ilaç uyumları, işlevsellikleri ve sosyal destekleri arasında ilişki var mıdır?

Hastaların ilaç uyum düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

İnsanlık tarihi boyunca, değişik çağlarda, toplumlarda ve dinlerde duygudurum bozuklukları gözlenmiştir (Taşdelen, 2014). Yaklaşık olarak 2500 yıldır duygudurum bozuklukları en sık görülen hastalıklar arasında yer almıştır. Depresyon ve maninin tarihçesinin antik Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzandığı bilinmektedir (Işık, 2013). Mani ve melankoli kavramları ilk kez sistematik olarak Hipokrat tarafından tanımlanmıştır ve duygudurum bozukluklarından ilk kez bu terimlerle bahsedilmiştir (Angst ve Marneros, 2001). Günümüzde de kullanılan melankoli kelimesinin kökeni “melasl” yani “siyah”, ve “kole” yani “safra” kelimelerinden gelmekte olup Hipokrat zamanında uykusuzluk, yememe, keder, umutsuzluk gibi olumsuz duyguların bir arada görüldüğü klinik durumu ifade etmek için kullanılmıştır (Yeloğlu ve Hocoğlu, 2017). Antik Yunan’lı Homeros’un Troya Savaşı’ını anlatan İlyada Destanı’nda “mani” sözcüğü öfke, gazap anlamında kullanmıştır. (Mengi ve Aygür, 2018). Eski Yunanca’daki büyük ruhsal ızdırıp anlamına gelen “Ania” ya da ruh ve akılda aşırı rahatlama, gevşeme anlamına gelen “Manos” kelimelerinden türemiş olabileceği düşünülmekte olan “mani” ilk olarak mitolojide ve şiirlerde farklı durumları tanımlarken kullanılmıştır (Angst ve Marneros, 2001).

Milattan sonra birinci yüzyılda Efesli Soranus taşkın ve dalgalı duygudurumla seyreden ruh halinin melankoli ile ilişkisine dikkat çekmiştir (Akiskal, 2002) . Milattan sonra birinci yüz yılın ortalarında ise Kapadokyalı Areatus, melankoli ve mani arasında bir ilişki olduğunu düşünmüş ve gözlemlendiği hastaların bu iki durumu farklı zamanlarda yaşadıklarını ifade etmiştir (Angst ve Marneros, 2001).

Tıp tarihçileri bipolar bozukluk kavramının 19. yüzyılda geliştiğini öne sürmektedir (Kurdal, 2011). Angst ve Marneros (2001)’ un belirttiğine göre W. Griesinger 1845 yılında, melankoliden maniye geçişte mevsimsel değişikliklerin rolünü vurgulamıştır. 1854 yılında Jules Falret hastalığın atak ve iyileşme dönemlerini ayırmış ve bu duruma sirküler delilik anlamına gelen “Folie Circulaire” ismini vermiştir, Jules Baillarger ise aynı durumu tanımlamak için “iki şekilli delilik” terimini kullanmıştır (Angst ve Sellaro, 2000; Goodwin ve Jamison, 2007; Kurt, 2019).

1896 yılında manik-depresif bozukluk ilk defa Emil Kraepelin tarafından tanımlanmıştır (Kurt, 2019). Psikiyatri alanındaki en ilerleyici araştırma Kraepelin'in "dementia precox" ve "manik-depresif hastalık" arasındaki ayrımı belirginleştiren hipotezi olmuştur ve bugünkü bipolar bozukluğu kavramının temelleri atılmıştır (Craddock ve Owen, 2005). 1930'lu yıllarda Bleuler bu klinik tabloları "affektif bozukluklar" olarak adlandırmıştır (Işık, 2003).

Amerika Psikiyatri Birliği tarafından 1952'de geliştirilen DSM-I'de "manik depresif reaksiyon" tanımlaması kullanılmıştır (Goodwin ve ark, 1990). 1980 yılında "affektif bozukluklar" tanımı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) III sınıflama sistemi ile kullanılmıştır ve majör depresyon ve bipolar bozukluk ayrımı yapılmıştır. DSM III-R'de ise affektif bozukluklar tanımı, daha kapsayıcı ve genel bir durumu ifade etmesi için duygudurum bozuklukları olarak yeniden isimlendirilmiştir. DSM-IV'ün kullanıma girmesi ile Bipolar Bozukluk; Bipolar Bozukluk I, Bipolar Bozukluk II, Siklotimi ve Başka Türli Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk olarak tanımlanmıştır. DSM-IV ve DSM-IV-R'de duygudurum bozuklukları içinde yer alan Bipolar Bozukluk, 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ele alınmıştır (Köroğlu, 2014; Kurt, 2019).

2.2. Tanı ve Sınıflandırma

Psikiyatrik hastalıklara tanı koymak amacıyla güncel olarak dünyada kullanılan ve kabul gören 2 adet sınıflama sistemi bulunmaktadır (Sağlam, 2018).

1. ICD (International Classification of Diseases) : Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından oluşturulmuştur. En son 2018 yılında halen geliştirilmekte olan ICD-11 tanı ölçütleri yeni sürümü yayımlanmıştır.

2. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) : Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulmuştur. En son 2013 yılında DSM-5 tanı ölçütleri yayımlanmıştır (Köroğlu, 2014).

ICD-11 e göre Bipolar ve İlişkili bozukluklar;

- **6A60**-Bipolar Tip 1 Bozukluk
- **6A61**-Bipolar Tip 2 Bozukluk
- **6A62**-Siklotimik Bozukluk
- **6A6Y**-Tanımlanmış Diğer Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

- **6A6Z**-Tanımlanmamış Bipolar veya İlişkili Bozukluklar şeklindedir.

DSM-5'e göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar bölümünde kapsanan tanılar;

Bipolar I Bozukluğu

- Mani Dönemi
- Hipomani Dönemi
- Major Depresyon Dönemi
- Hipomani Dönemi
- Major Depresyon Dönemi

Bipolar II Bozukluğu

- Hipomani Dönemi
 - Major Depresyon Dönemi
- Siklotimi Bozukluğu
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk

Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk şeklindedir (Köroğlu, 2014).

DSM V'e göre bipolar bozukluk sınıflandırması için tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (Köroğlu, 2014).

Bipolar I Bozukluğu

Bipolar I bozukluğu tanısı koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da yeğin (majör) depresyon dönemleri bulunabilir (Köroğlu, 2014).

• Mani dönemi

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 (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn: yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- 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 (Köroğlu, 2014).

• Hipomani dönemi

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn: yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.

5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, 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 ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (Koroğlu, 2014).

• **Yeğın (Majör) depresyon dönemi**

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.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümün de 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).

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama 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.

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız 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.

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 etkilerine bağlanamaz (Köroğlu, 2014).

Bipolar II Bozukluğu

Bipolar II bozukluğu tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan yeğin (majör) depresyon dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir (Köroğlu, 2014).

• Hipomani dönemi

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.

2. Uyku gereksiniminde azalma (örn: yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
 4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbirleriyle yarışıyor gibi birbiri ardı sıra geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn: aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.
- E. Bu dönem, 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 ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak, mani dönemidir.
- F. Bu dönem, bir maddenin (örn: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (Koroğlu, 2014).

• Yeğın (Majör) depresyon dönemi

- 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.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn: üzüntülü, boşlukta ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn: ağlamaklı görünür). (Not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama 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, psikodevinsel kıskırma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız 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.

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 etkilerine bağlanamaz (Koroğlu, 2014).

Siklotimi bozukluğu

A. En az iki yıl süreyle (çocuklarda ve ergenlerde en az bir yıl süreyle), hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğu birçok dönem ve yeğin (majör) depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönem olmuştur.

B. Yukarıda sözü edilen iki yıllık dönemin (çocuklar ve ergenler için bir yıllık dönemin) en az yarısında hipomani ve depresyon dönemleri olmuştur ve kişinin, bir kezde, belirtisiz kaldığı iki aydan daha uzun bir süre olmamıştır.

C. Yeğin depresyon, mani ya da hipomani dönemi için tanı ölçütleri hiçbir zaman karşılanmamıştır.

D. A tanı ölçütündeki belirtiler şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

E. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertirodi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (Köroğlu,2014).

Maddenin/İlacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk

A. Klinik görünümüne belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu egemendir ve bu klinik durum, çökkün duygudurum ile birlikte ya da olmadan, kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan bir duygudurum ya da bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalmaya da bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esikliği (entoksikasyonu) ya da yoksunluğu sırasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ilacı, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk, maddenin/ilacın yol açmadığı bir iki uçlu ya da ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir iki uçlu ya da ilişkili bozukluk olduğunun kanıtları şunlar olabilir. Belirtiler, madde/ilacı kullanımından önce de vardır. Belirtiler, akut yoksunluğun ya da ağır esikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da ayrı bir maddenin/ilacın yol açmadığı iki uçlu ya da ilişkili bozukluğun başka kanıtları vardır (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin olduğuna ilişkin bir öykü).

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur (Köroğlu,2014).

Başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk

A. Klinik görünümüne egemen olan, kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artış durumunun olduğu belirgin bir dönemin olması.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun, başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

C. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirir ya da psikoz özellikleri vardır (Köroğlu, 2014).

Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk

Kişide klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, iş ve diğer yaşam fonksiyonlarıyla ilgili alanlarda ve işlevsellikte kayıplara yol açan iki uçlu ve ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların iki uçlu ve ilişkili bozukluklar tanı kümesindeki herhangi bir rahatsızlığın tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır (Köroğlu, 2014).

ICD-11 ve DSM-V sınıflandırması dışında Akiskal 2000 yılında, DSM'deki Bipolar Bozukluk sınıflandırmasının genel anlamda yetersiz olması, bazı noktalarda ise tutucu olması nedeniyle eleştirmiş ve Bipolar Spektrum kavramını gündeme getirmiştir (Uyanık, 2010; Kurt, 2019). Akiskal'ın sınıflama sistemlerinden farklı olarak öne sürdüğü bipolar spektrum sınıflandırması aşağıdaki gibidir;

- * BAB-½: Şizobipolar bozukluk
- * BAB-I: Manik-Depresif hastalık.
- * BAB-I ½: Uzamış hipomani ve depresyon.
- * BAB-II: Spontan hipomanik dönemler ve depresyon.
- * BAB-II ½: Siklotimiye eklenmiş depresyon.
- * BAB-III: Depresyon ve antidepresan ya da somatik sağaltımla ilişkili hipomani.
- * BAB-III½: Madde ve/veya alkol kullanımıyla ilişkili duygudurum dalgalanmaları.
- * BAB-IV: Hipertimiye eklenen depresyon (Akiskal, 1999).

2.3. Epidemiyolojisi

Bipolar Bozukluk önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye sebep olan ciddi bir hastalıktır (Gökdemir, 2011). Uyrak, etnik köken veya sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak dünya nüfusunun % 1'inden fazlasını etkiler (Grande ve ark, 2016). Son 20-30 yılda

yapılan çalışmalar tüm dünyada bipolar bozukluk sıklığının arttığını göstermektedir (Doğan, 2011).

Bipolar spektrumun yaşam boyu prevalansı ile ilgili literatür % 3-6,5 oranlarını göstermektedir (Angst, 1998; Kurdal, 2011; Tezcan 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan ulusal epidemiyolojik izlem çalışmasında bipolar bozukluk manik epizod için yaşam boyu yaygınlık %0,8, hipomani için %0,5, eşikaltı manik ve hipomanik semptomlar için ise %5,1 şeklinde oranlar verilmiştir (Judd ve Akiskal, 2003). Dünya çapında bipolar bozukluk tanısı almış kişilerle yapılmış ruh sağlığı çalışmalarında, Bipolar Bozukluk-I için yaşam boyu yaygınlık oranı %0,6, Bipolar Bozukluk -II için %0,4 ve Bipolar Bozukluk spektrum bozuklukları için ise %2.4 olarak bulunmuştur (Merikangas ve ark, 2011). 2000 yılında yapılan bir çalışmaya göre bipolar bozukluk spektrum olarak ele alındığında; yaşam boyu yaygınlık oranı %5'i geçmektedir (Akiskal ve ark, 2000). 2017'de yapılan bir çalışmada ise DSM 5'e göre bipolar bozukluk -I'in 12-aylık yaygınlığı %1,5, yaşam boyu yaygınlığı ise %2,1 olarak saptanmıştır (Blanco ve ark, 2017). Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde, Sivas il merkezinde yapılan çalışmada, Bipolar-1 bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0,43, Bipolar-2 bozukluğun yaygınlığı %0,14 oranında bulunmuştur (Özdemir ve Doğan, 2015). İzmir kent merkezinde 2012 yılında yayınlanan bir çalışma da DSM-IV tanı ölçütlerine göre, iki uçlu-I bozukluğu için yaygınlık oranını %0,37 olarak bulunmuştur (Binbay ve ark, 2012).

Bipolar bozuklukta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7,4-30/100.000 oranında saptanmıştır (Canbazoglu, 2010; Öztürk, 2015). Yapılan bir çalışmada çökkünlük dönemi olmadan sadece manik dönemleri olan erkeklerin oranı %38,9 iken, kadınlarda bu oran %4,1 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark, 1997). Buna göre erkeklerde manik kadınlarda depresif epizodlar daha sıktır (Maçkalı, 2017). Ayrıca bipolar bozukluğun ilk nöbetinin erkeklerde mani kadınlarda depresyon olarak ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir (Işık ve Işık, 2013). Aynı zamanda hızlı siklus oranı ve mevsimsel özellik de kadınlarda daha yüksek olarak saptanmıştır (Yüksel 2006; Yüksel Öksüz, 2018).

Bipolar Bozukluk herhangi bir yaşta başlayabilmektedir (Tatlı Çardak, 2013). Ancak genel olarak hastalık belirtilerinin 20'li yaşlarda başladığı söylenebilir. Hastaların %20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, %10'unda 50 yaşından sonra başladığı bildirilmektedir (Kurt, 2019). Hastalığın yaklaşık olarak üçte bir oranında erken başlangıç (18 yaştan önce) gösterdiği belirtilmektedir (Suominen ve ark, 2007).

Bipolar bozukluğun boşanmış ya da ayrı yaşayan bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Doğan, 2011).

Bipolar Bozuklukta yaşam boyu eştanı alma olasılığı %50 Bipolar bozukluk-II için ise %60 kadardır (Yüksel, 2006).

2.4. Etyolojisi

Öyküsü uzun zaman öncelere dayanan bipolar bozukluk, yapılan birçok çalışmaya rağmen tek bir nedenle açıklanamamaktadır. Biyolojik ve psikososyal bir çok faktörün hastalığa neden olabileceği düşünülmektedir (Türkegün, 2017; Kurt, 2019).

2.4.1. Genetik Faktörler

Bipolar bozukluk tanılı hastalar ile yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları hastalığın genetik temelleri olduğunu düşündürmektedir (Taner ve Yüksel, 1998; Özcan ve Abay, 2004; Uyanık 2010).

2.4.1.1. Aile çalışmaları

Bipolar hastalarla yapılan aile çalışmaları hastalığın genetik temelleri olduğu tezini desteklemektedir ancak genetik ve epigenetik etkenlerin kompleks bir rol oynadığı düşünülmektedir (Taner ve Yüksel, 1998; Işık ve Işık, 2013).Yapılan aile çalışmalarında bipolar bozukluk hastalarının akrabalarında benzer hastalık görülme riskinin topluma göre 5-10 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Arısoy Oral, 2009). Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarında, bipolar I riski, %5.7 olarak bulunmuştur ve başka bir çalışmada ise bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme riski %8,7 olarak belirtilmiştir (Gershon ve ark, 1982; Smoller ve Finn, 2003). Her iki ebeveynde bipolar bozukluk olması halinde ise çocukta ortaya çıkma olasılığı %75'tir (Işık ve Işık, 2013).

2.4.1.2. İkiz çalışmaları

Eğer bir hastalık çevreden bağımsız olarak genetik nedenlere bağlı gelişmiş ise, tek yumurta ikizlerinin her ikisinde birden aynı hastalığın ortaya çıkma olasılığının % 100'e yakın olması, gen ve çevre faktörleri etiyolojide birlikte rol oynarsa bu oranın düşmesi beklenmektedir (Arısoy ve Oral, 2009). Bunu araştırmak için monozigotik (tek yumurta) ve dizigotik (çift yumurta) ikizler karşılaştırılmış ve monozigotiklerde hastalığa dizigotlardan 3 kat daha fazla rastlandığı öne sürülmüştür (Işık ve Işık, 2013). Son 30 yılda yapılan farklı çalışmaların sonuçlarına göre bipolar bozukluğu olan hastaların tek yumurta ikiz eşlerinde yaşam boyu hastalanma riski % 45-75 arasında saptanmıştır ayrıca ikiz çalışmalarından elde edilen kalıtılabilirlik oranları % 89-93 olarak bildirilmektedir (Craddock ve Jones, 2001; Craddock ve Sklar, 2013).

2.4.1.3. Evlat edinme çalışmaları

Biyolojik anne babada bipolar bozukluk öyküsü olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verilseler bile; bu çocuklarda bipolar bozukluk oranının yüksek olduğu belirtilmektedir ancak sağlıklı anne babadan doğup, bipolar bozukluğu olan aileye verilen çocuklarda hastalık oranı yüksek değildir bu durum da genlerin rol oynadığını destekler (Taner ve Yüksel, 1998; Işık ve Işık, 2013).

2.4.1.4. Moleküler genetik araştırmalar

Moleküler genetik araştırmalar bağlantı (linkage) ve ilişkilendirme analizlerini içermektedir. Bağlantı (linkage) analizleri BB'ta 2p, 4p, 4q, 6q, 8q, 11p, 12q, 13q, 16p, 16q, 18p, 18q, 21q, 22q ve Xq kromozomal bölgelerine işaret etmektedir. İlişkilendirme analizleri ile de COMT, DAT, HTR4, DRD2, DRD4, HTR2A, 5-HTT, G72/G30 kompleksi, DISC1, P2RX7, MAOA ve BDNF gibi bazı aday genlerin Bipolar Bozuklukla ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (Hayden ve Nurnberger, 2006).

Moleküler genetik araştırmalarla birçok önemli veri elde edilmiş olsa da bipolar bozukluk gelişiminde rol oynayan özgül mutasyonlar belirlenebilmiş değildir (Arısoy ve Oral, 2009).

2.4.2. Nörotransmitter Çalışmaları

Biyokimyasal çalışmalar genellikle biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Turhan, 2007). Bipolar bozuklukta monoamin nörotransmitterlerden öncelikle noradrenalin ve serotoninin etkinlik düzeninin bozulduğu ileri sürülmüştür (Çam ve Engin, 2014). Dopamin aktivitesinin depresyon durumunda düşerken, manik durumda yükseldiği varsayılmaktadır (Turhan, 2007). Manik epizod sırasında beyin omurilik sıvısında dopamin metaboliti olan homovalinik asit, serotonin metaboliti 5-Hidroksi indol asetik asit ve sodyum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Depresif epizodda ise bu metabolitler tersine azalmaktadır. Karma epizodlarda ise bazı olgularda yükselme, bazı olgularda ise azalma gözlemlendiği belirtilmektedir (Karaytuğ, 2015). Bununla birlikte dopamin gerilim agonistleri olan amfetamin, kokain gibi uyarıcıların manik belirtileri tetiklemekte olduğu belirtilmektedir (Murphy ve ark, 1971; Maçkalı, 2017).

2.4.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Bipolar bozukluğu olan hastalarda duygudurum ve bilişsel işlevlerin düzenlenmesinde rol oynayan özgül beyin bölgelerinin yapısal ve işlevsel olarak etkilendiği gösterilmiştir ancak bu anormalliklerin ne kadarının hastalığının birincil etkilerine bağlı olduğu tam olarak bilinmemektedir ve yapılan araştırmalar; hipokampus, amigdala, anterior singulat girus gibi limbik yapılar ve beyaz cevher ile ilgili anormalliklerin varlığına işaret etmektedir (Kara ve ark, 2013; Harrison, 2000). Bipolar bozuklukta MRI çalışmalarında; ventriküler genişleme, singulat korteksin hacminde ve glial hücrelerinde azalma, amigdala hacminde artış, bazal gangliada hiperintens lezyon artışı, hipokampal alandaki hücre gruplarında atrofi ve yoğunluk azalması olduğu belirtilmektedir (Harrison, 2000).

2.4.4. Endokrin Dize

Son zamanlarda bipolar bozuklukta hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi ekseninde araştırmalar artmıştır (Çam ve Engin, 2014). Bipolar bozukluğu olan hastalarda kan, idrar ve BOS kortizol düzeylerinde yükselme ile kortizol salgılanmasının sirkadiyen ritminde anormallik görülebilmektedir. Duygudurum düzenlenmesini özellikle serotonin ve norepinefrin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesi aracılığıyla gerçekleştirdiği belirtilen

tiroid hormonunun disfonksiyonu hızlı döngülü ve diğer tedaviye direçli bipolar olgularda daha sık olduğu belirtilmektedir (Bauer ve ark, 2003 ve Chakrabarti, 2011). Bununla birlikte gonadal hormonlar bipolar bozukluk açısından önem taşımaktadır (Harkın, 2009). Ayrıca Bipolar bozuklukta iyon sistemlerinin de rolü olduğu düşünülmektedir. Manik epizod sırasında hücre içi sodyum değerinin arttığı belirtilmiştir. Trombosit, lenfosit, nötrofillerde uyarılma ya da dinlenme durumunda ise hücre içi kalsiyum miktarlarında artış olduğu saptanmıştır (Işık ve Işık, 2013).

2.4.5. Nörofizyolojik Sebepler

Uyku düzeninin bozulması, duygudurumda gün boyu dalgalanmaların olması, kimi hastalarda belirgin mevsimsel döngülerin olması gibi nedenlerle biyolojik beden saati ve bipolar bozukluk arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır (Çam ve Engin, 2014). Ani uyku yoksunluğu kimi hastalarda mani döneminin başlamasına sebep olabilmektedir (Öztürk, 2015).

2.4.6. Kindling (Ateşleme) Modeli

Bu modele göre; ilk depresif ya da manik atak; önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen durumlar gibi stresli yaşam olaylarıyla ortaya çıkmaktadır ve daha sonraki ataklarda hastanın beyinde bir takım biyokimyasal değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler hastalardaki duyarlılığı arttırarak onları diğer stresör etkenlere karşı yatkın hale getirmektedir (Çam ve Engin, 2014; Karaytuğ, 2015). Bu süreç hastalık ataklarının kendiliğinden oluşmasına kadar devam etmektedir ve hastalığın ilerlemesine ve sıklığının artmasına sebep olmaktadır (Öztürk, 2015).

2.4.7. Psikososyal Etkenler

Psikososyal etkenlerin bipolar bozukluğun başlangıcı ve seyrinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Post ve Leverich, 2006). Stresli yaşam olayları, sosyal destek ve duygu dışavurumu gibi çevresel faktörler bipolar bozukluğun gidişini etkilemektedir (Tatlı

Çardak, 2013). Ayrıca çocukluk çağında yaşanan travmatik durumların bipolar bozukluk ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Işık ve Işık, 2013).

2.5. Klinik Seyir ve Görünüm

Bipolar bozuklukta mani ve çökkünlük dönemindeki belirtilerin hemen hemen birbirinin karşıtı olduğu görülmektedir (Öztürk, 2015). İlk dönemler genelde depresiftir. Depresif dönemlerin 2 ila 5 ay, manik dönemlerin ortalama 2 ay ve karma dönemlerin 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun süren dönemler olduğu belirtilmektedir (Turhan, 2007). Hızlı döngülülük, erken başlangıç, hastalık öncesi düşük işlevsellik düzeyi, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması, ailede bipolar bozukluk öyküsünün varlığı, ayrılmış ya da hiç evlenmemiş olm, madde kötüye kullanımı kötü prognozu öngörmektedir (Uyanık, 2010). Hastaların %7'sinin tam iyileştiği, %45'inin birden fazla dönem geçirdiği ve %40'ının süregenleştiği ve hastaların 2 ile 30 arasında manik dönem yaşayabildiği bildirilmiştir (Harkın, 2009).

Bipolar bozuklukta manik epizod genellikle birkaç gün içinde ve ani başlamaktadır (Turhan, 2007). Manik epizod için en belirgin öncül belirtinin uyku düzeninde bozulma olduğu belirtilmiştir (Jackson ve ark, 2003). Uyku düzenleri bozulmuştur genelde 3-4 gün uyumamış olabilirler, iştahlarında artma olsa bile yemek yemeğe vakit bulamadıklarından kilo kaybı söz konusu olabilir (Çam ve Engin, 2014; Özdoğan, 2017). Hastanın hareketleri artmış ve hızlanmıştır, abartılı-gösterişli giyimi dikkat çekmektedir. Konuşması artmıştır, yüksek sesli, hızlıdır. Duygulanımı aşırı neşeli (öforik) olabilir fakat sıklıkla öfke egemendir. Duygudurumu buna paralel olarak yüksek-coşkuludur. Hasta dikkatini odaklamada güçlük çeker, düşünce süreci yani çağrışımları hızlanmıştır ve fikirler hızla birbirini izlemektedir. Hastanın benlik duygusu ve kendine güveni artmıştır. Düşünce içeriğinde benlik kabarmasını yansıtan büyüklük düşünceleri ve büyüklük sınırları olabilmektedir. Manik dönem hastalarının hemen hemen yarısında psikotik belirtiler görülebilmektedir (Çam ve Engin, 2014; Öztürk, 2015; Maçkalı, 2017). Hasta aşırı alkol alma, kavga etme, riskli cinsel ilişkiler, aşırı para harcama gibi riskli davranışlarda bulunabilmektedir. Giyimleri sosyal ve ekonomik konumlarıyla uyumsuz olabilir. Manik dönemdeki hastalar genelde kendi istekleri dışında hastaneye getirilirler (Harkın, 2009).

Bipolar bozukluk ile ilişkili depresif dönem semptomları genel olarak bipolar olmayan depresyonla benzer şekilde seyreder (Tekin, 2018). Bipolar bozuklukta depresif dönemde

psikomotor yavaşlama, durgunluk, çökkün duygudurum, umutsuzluk, karamsarlık, hiçbir şeyden zevk almama, aşırı uyuma hali ya da uykusuzluk, iştahsızlık, gibi belirtiler görülmektedir (Yüksel, 2006; Özdoğan, 2017). Algı bozukluğu görülmez, ancak unutkanlık sık görülür. Cinsel isteksizlik ve uyarılma sorunları görülebilmektedir (Harkın, 2009). Genel olarak ilgileri azalmıştır, dikkatlerinin kolay dağılması, bununla birlikte umutsuzluk, kötümserlik, benlik saygısında düşme, suçluluk duyguları, intihar düşünce ve eylemlerinin olması depresif dönemde yaygın olarak görülmektedir (Bowden, 2001; Yüksel, 2006; Harkın, 2009).

Bipolar Bozuklukta karma dönem belirtilerine bakıldığında karma dönem mani hastalarının depresif mizaç özellikleri daha fazladır. Karma mani; öfori, irritabilite, insomni, ajitasyon gibi manik belirtiler, en az 2 depresif belirtiyi izlenmektedir. Kadınlarda siktir, geç iyileşir, yineleme, özkıyım, madde kötüye kullanımı ve süregenleşme olasılığı çoktur. Konfüzyon ve duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler daha sık görülür. Özkıyım davranışı karma dönemde ciddi bir risk oluşturmaktadır (Turhan, 2007; Harkın, 2009).

2.6. Hastalığın Sağaltımı

Bipolar bozukluk sağaltımında amaç akut dönemleri yatıştırmak, yinelemeleri önlemek ve işlevselliği arttırmak olarak sayılabilmektedir (Öztürk, 2015). Hastalığın sağaltımında çoklu tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Farmakoterapi temel tedavi yöntemi olmakla birlikte psikoeğitim, psikoterapi ve hayat şartlarını iyileştirmek de tedavide önemli role sahiptir (Er, 2015).

2.6.1. Farmakoterapi

Bipolar bozukluk tedavisinde ilk şart ilaç tedavisidir. Farmakolojik tedavinin amaçları, depresyon ve maninin akut belirtilerini gidermek, döngülülüğü- nöksleri önlemek ve işlevselliği arttırmaktır (Bilik, 2008; Öztürk, 2015). Hastalığın dönemine ve klinik özelliklerine bağlı olarak duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler, antidepresanlar ve anti epileptikler tek başına veya bir kaçını birlikte kullanılabilirler (Bilik, 2008).

Bipolar bozukluğun uzun dönemde koruyucu tedavisinde ise çoğu zaman duygudurum düzenleyiciler ya da benzer etki gösteren antipsikotik ilaçlar tek başına kullanılmamakta, hastalara genellikle kombinasyon tedavisi uygulanmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

Bipolar bozukluğun sağaltımında temel ilaçların duygudurum dengeleyiciler, antiepileptikler ve antipsikotikler olduğu belirtilmektedir (Özdoğan, 2017). Genel olarak lityum, klasik belirtileri olan ve hafif şiddetteki olgularda ilk seçenektir. Karma manide, psikotik manide ve daha ağır mani formlarında sodyum valproat, lityuma tercih edilebilmektedir. Hızlı döngülü olgularda sodyum valproat veya lamotrijin tercih edilirken özellikle hızlı kontrolün gerektiği şiddetli ajitasyonu olan hastalarda antipsikotikler ve benzodiyazepinler sağaltıma eklenebilmektedir. Yemeyen, içmeyen, tedaviye dirençli hastalarda ve gebelikte elektrokonvulsif terapi önerilmektedir (Turhan, 2007; Öztürk, 2015).

2.6.2. Elektro-Konvulsif Terapi

Elektrokonvulsif terapi (EKT) beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak genelleşmiş (jeneralize) konvülsiyonlar oluşturma işlemi olarak adlandırılmaktadır (Zeren ve ark, 2003). EKT, bipolar bozuklukta hem manik hem depresif atakta, hem de hastalığın idame dönemi tedavisi için en etkili seçeneklerden birisidir. Genellikle ilaçların etkili olmadığı durumlarda, özkıyım riski yüksek olan olgularda, dehidratasyon belirtileri gösteren olgularda, özellikle hızlı yanıt istenen durumlarda ve gebelikte tercih edilmektedir (Harkın, 2009; Özalp ve Karşlıoğlu, 2015; Öztürk, 2015; Tezcan, 2017).

2.6.3. Psikososyal Müdahaleler

Bipolar bozuklukta sadece ilaç kullanımı yetersiz kalmaktadır ve psikososyal müdahalelerin hem atak hem de sürdürüm tedavisinde oldukça önemli olduğu belirtilmektedir. Psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, kişiler arası ilişkiler terapisi, aile odaklı psikoterapi ilaç tedavisi yanında kullanılan psikososyal girişimlerdir (Öztürk, 2015; Tezcan, 2017; Sağlam, 2018). Çakır ve Özerdem'in 2010 yılında yapmış olduğu sistematik gözden geçirme çalışmasında bipolar bozuklukta ilaç sağaltımına eklenen psikososyal yaklaşımların yinelemeleri önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (Çakır ve Özerdem, 2010).

2.7. İlaç/Tedavi Uyumu

Uyum, sözcük anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen şekilde davranışı ifade etmektedir. Tedaviye uyum ise hastanın kendisine önerilen ilaç tedavisine, sağlıkla ilgili önerilere uyması ve beslenme rejimine, yaşam biçimine yönelik davranış değişikliklerini yerine getirebilmesidir (Osterberg ve Blaschke, 2005; Çakır ve ark, 2010; Tezcan, 2017). Tedaviye uyum ilaçları düzenli kullanmayı, kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir (Demirkol ve Tamam, 2016). Uyum, tüm tedavilerde başarının ana unsurudur (Dikeç ve Kutlu, 2015).

Tedaviye uyumsuzluk; reçete edilen ilacın önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması veya tedavinin erken kesilmesi nedeni ile ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca reçete edilmeyen ilacı kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek de tedavi uyumsuzluğunu göstermektedir (Çakır ve ark, 2010; Demirkol ve Tamam, 2016). Ruhsal sorunlar nedeni ile tedavi gören bireylerde ilaç uyumsuzluğu sık görülen bir sorundur (Terakye ve Demirkıran, 2003). Akut durumda olan hastaların kronik durumda olan hastalara göre daha fazla uyumlu olduğu, kronik hastalarda ise sürekliliğin düştüğü belirtilmektedir (Osterberg ve Blaschke 2005). Bipolar bozuklukta da ilaç tedavisi için bildirilen uyumsuzluk oranları %20 ile %60 arasında değişmektedir. Ortalama uyumsuzluk yaygınlığı %41 oranındadır (Ateş ve Algül, 2006).

Tedaviye uyumsuzluğun nedenleri şu başlıklar altında toplanabilir:

- Hastalığa Bağlı Etkenler
- İçgörü Eksikliği
- İlaçla İlgili Etkenler
- Hastaya ve hastanın ailesine ilişkin etmenler
- Tedavi ekibine bağlı etmenler
- Çevresel etkenler ve sosyal destek eksikliği
- Psikoaktif madde kullanımı şeklindedir (Çakır ve ark, 2010).

Yapılan bir çalışmada ise uyumsuzluk nedenleri şöyle sınıflandırmıştır:

- Tedaviye bağlı rahatsızlıklar nedeniyle meydana gelen uyumsuzluk,
- Tedaviyi kavramadaki zayıflıklar nedeniyle meydana gelen uyumsuzluk
- Doktor- hasta arasındaki zayıf iletişime bağlı uyumsuzluk (Taj ve Khan 2005).

Hastalıkların tedavisinde, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması ve tıbbi önerilere uyması, tedavinin başarısı için birinci derecede önem taşımakta olmasının yanı sıra; hasta açısından büyük ölçüde önemlidir (Kılınç, 2015). Tedaviye uyum sorunları, hastaneye yeniden yatışı, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (Çakır ve ark, 2010). Tedaviye uyumsuzluğu önlemek amacıyla hastaya hastalığı hakkında bilgi verilmesi, ilaçların etki ve yan etkileri konusunda psiko eğitim verilmesi, tedavinin basitleştirilmesi ve ilaç uyumunun her görüşmede değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca tedaviye katılım sosyal destekle ilişkili olduğundan; ailenin de tedavi sürecine katılması ve aileye hastalıkla baş etme konusunda psiko eğitim uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (Tezcan, 2017).

2.8. Sosyal İşlevsellik

İşlevsellik, özerk davranabilme, çalışma, eğitim alma, yaratıcı aktivitelerde bulunabilme ve diğer insanlarla romantik ya da sosyal ilişkiler kurabilme gibi hayatın farklı alanlarındaki görev ve aktivitelere etkili bir şekilde devam edebilme becerisi olarak tanımlanmıştır (Türkegün, 2017). Sosyal işlevsellik ise çalışabilme, kendine bakabilme, kişilerarası ilişkileri ve boş zaman aktivitelerini sürdürebilme yeteneği olarak tanımlanabilmektedir (Kasper, 1999). Bipolar bozukluk büyük ölçüde psikososyal işlevsellikte bozulmalara sebep olmaktadır ve hastaların üçte ikisinde işlevsellik kaybı kalıcı olmaktadır (Goossens ve ark, 2007). Bipolar bozukluğa sahip hastaların işlevselliğindeki bozulma sadece belirtilerin olduğu dönemle kalmayıp remisyon döneminde de görülebilmektedir (Cerit ve ark, 2012). Bipolar bozukluk hastalarının iş hayatında güçlük yaşadıkları, aile ve arkadaşlarla sosyal etkileşimlerinin azalma olduğu, boş zaman aktivitelerine karşı ilgisiz oldukları, görevlerini sürdürmede yetersizlik ve kötü bilişsel işlevselliğe sahip oldukları belirtilmektedir (Vazquez ve ark, 2010). Ötimik durumdaki bipolar bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada; hastaların %60'ı, kontrol grubunun ise %13,1'i tüm işlevsellik alanlarında bozukluk göstermişlerdir ve bu farklılığın anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (Rosa ve ark, 2009). Bipolar bozukluğu olan hastaların ancak 1/3'ü sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyine ulaşabilmektedir (Huxley ve Baldessarini, 2007). Bu sebeple hastanın işlevselliğinin artması bipolar bozukluktaki tedavinin en önemli hedeflerinden biridir. (Cerit ve ark, 2012).

2.9. Sosyal Destek

Genel tanımıyla sosyal destek, güç durumda ya da stres içindeki bireye aileden, eşten, arkadaşlardan, komşulardan ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak ifade edilmektedir (Hutchison, 1999; Aksüllü ve Doğan, 2004). Sosyal desteğe sahip olmak, birey sağlığını olumlu etkilediği gibi, hasta bireyin direncini artırdığı sağlık çevrelerince kabul edilmektedir ve bireyin sosyal desteğinin güçlendirilmesi için politikalar üretilmeye çalışılmaktadır (Selçuk, 2010). Sosyal destek bileşenleri maddî, duygusal ve zihinsel destek şeklinde belirtilmektedir (Ardahan, 2006). Algılanan sosyal destek ise sosyal ağı yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, aranan, değer verilen ve gerektiğinde ihtiyacı olan yardımı bulan kişinin, yakın insan ilişkilerinden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınınca desteklendiği duygusunu taşıdığı öne sürülmektedir (Selçuk, 2010).

Sosyal destek bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamakta ayrıca fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Yeterli sosyal desteğin varlığı; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması konularında olumlu yönde etkilidir ve hastanın hastalık sürecine uyumunu destekleyerek yaşam kalitesini arttırmaktadır. Yetersiz sosyal destek ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olur (Aras ve Tel, 2009). Bu anlamda bireylere sosyal destek sağlanmasının, fiziksel ve ruhsal hastalıklarda sağlığın sürdürmesinde önemli olduğu anlaşılmaktadır (Selçuk, 2010).

2.10. İlişkili Faktörler

Bipolar bozukluk bireylerin yaşamını etkileyen ve işlevsellikte bozulmaya yol açan bir hastalıktır (Alpak, 2015). Yapılan çalışmalar bipolar bozuklukta ilaç/televi uyumunun önemine dikkat çekmektedir. Bipolar bozuklukta ilaç/televi uyumu ile ilgili yapılan çalışmalar hastaların yaşam kalitesi, içgörü, uyku örüntüsü ve stigma konuları üzerine yoğunlaşmaktadır. Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarıyla 2018’de yapılan bir çalışmada tedaviye düzenli gelen hastaların yaşam kalitesinin gelmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Gürmen, 2018). Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarıyla tedavi uyumu, içgörü

ve yaşam kalitesini inceleyen başka bir çalışmada ise içgörü ve tedavi uyumu arasında güçlü pozitif ilişki ayrıca iç görü ve yaşam kalitesi arasındaki pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Özdemir ve ark, 2018). Bu durum içgörüsü iyi olan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada ise tedavi uyumu olan hastaların daha iyi uyku kalitesine sahip olduğu, daha az uyku bozukluğu yaşadıkları, sosyal yaşamlarında daha işlevsel oldukları, biyoritimlerinin daha düzenli olduğu saptanmıştır (Yıldız ve Ünal, 2017). Bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ilişkisini inceleyen bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanmanın, yaşam kalitesi ve tedavi uyumunda fark yaratmakta olduğu belirtilmiştir (Üstündağ ve Kesebir, 2013) .

2.11. Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Bipolar bozukluk, hem hasta hem de aile üyeleri için stres yaratmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastalara ve yakınlarına, hastalık süreciyle ve tedavisiyle ilgili verilen bilgi ve destek oldukça önem taşımaktadır (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2019). Psikiyatri hemşirelerinin terapist, danışman, eğitmen, konsültan, araştırmacı, vaka yöneticisi gibi rolleri bulunmaktadır ve hastalara olan yaklaşım ve tutumları ile toplum için birer rol modelidir. Hastalarla doğrudan temas içinde olan, hasta ve hasta yakınları ile tedavisi arasında bir köprü olan hemşirelerin, halkın geniş kitlelerine ulaşacak şekilde eğitilmeleri önemlidir (Sarıkoç, 2011; Kök, 2014). Psikiyatri hemşirelerinin bipolar bozuklukla ilgili hastalığın doğası, hastalığın belirtileri, tedaviye uyum, düzenli doktor kontrolü, destek grupları, bireysel psikoterapiler gibi konularında hastaları bilgilendirilmeleri gerekmektedir (Çam ve Engin, 2014). Psikiyatri hemşiresi bipolar bozukluk hastalarının işlevselliğini arttırmaya yönelik politikalar geliştirilirken hem sağlık ekibiyle hem de hasta yakınlarıyla iş birliği yapmalı ve bu konuda öncü olmalıdır. Sosyal desteğin tedaviye uyumdaki işlevi konusunda, psikiyatri hemşirelerinin, tedaviye uyumu sağlamak amacıyla hasta bireye ve yakınlarına eğitim vermesi büyük önem taşımaktadır. Psikiyatri hemşiresinin hastanın yaşamını hastalığı ile nasıl devam ettireceği konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi, tedaviye uyumsuzluk açısından risk altında olabilecek hastaların dikkatli şekilde takip edilmesi, tedavi sırasında tedaviye uyumu arttırmaya yönelik eğitim verilmesi ve hasta ile ailesi/yakınlarının arasındaki

sosyal destek bağlarının güçlendirilmesi gibi görev ve sorumlulukları vardır. Bu sayede hastaların tedaviye uyumu artırılabilir (Kılınç, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellikleri, sosyal destek düzeyi ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla analitik-kesitsel tipte yapılan bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi akut kliniklerinde Ağustos 2019 -Eylül 2019 tarihlerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Bu çalışma TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Hastane 1333 yataklı olup, psikiyatri kliniklerine özel toplam 1243 yatak bulunmaktadır. Psikiyatri hastalarının tedavi olduğu akut psikiyatri, adli akut psikiyatri, kronik psikiyatri, ve adli kronik psikiyatri klinikleri bulunmaktadır. Araştırma akut kliniklerde tedavi gören hastalar ile yürütülmüştür. Hastanede toplam 374 hekim, 524 hemşire ve 80 sağlık teknikeri çalışmaktadır. Araştırmanın yapılacağı hastanenin belirlenmesinde mevcut hasta sayıları, ulaşılabilirlik durumu, ekibin işbirliği gibi kriterler göz önünde bulunduruldu. Örneklem büyüklüğü G power istatistik analizinde, güven aralığı %95 etki büyüklüğü 0,3, alfa 0,05, güç 0,80 olarak alındığında 82 olarak belirlenmiştir. Araştırmada desen etkisi 1,1 olarak hesaplandığında ulaşılacak hasta sayısı 90 olarak hesaplanmıştır. Hastaların klinik remisyonda olup olmadığı her kliniğin ekibi ile işbirliği yapılarak öğrenilmiştir. Hastaların

ortalama olarak hastaneye kabulleri yapıldıktan sonraki iki hafta içinde remisyona girdikleri öğrenilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Akut psikiyatri kliniğinde yatışının yapılması,
- Bipolar Bozukluk tanısı konulmuş olması,
- Araştırmaya katılmaya istekli olma
- Hastaların klinik remisyonda olması
- 18 yaş ve üzeri olma

3.3.2. Araştırmaya Alınmama Kriterleri

- İşitme anlama veya görme sorunları olması
- Bipolar Bozukluk dışında başka bir ruhsal bozukluk tanısı almış olma
- Bipolar bozukluk yanı sıra soruları anlamasını engelleyecek mental kapasite sorununun olmaması

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında hastaların sosyodemografik ve hastalık bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDO) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Hastaların yaşı, cinsiyeti, kilo ve boyu, kardeş sayısı, eğitim durumu, çalışabilirlik durumu, medeni durumu, sahip olunan çocuk sayısı, gelir durumu, sosyal güvencesi, birlikte yaşanan aile türü, sigara/alkol/madde kullanma durumu, hastaneye yatış şekli, ailede

psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı, hastalık başlangıç yılı, kaç yıllık hastalık öyküsü olduğu, son bir yılda ve son 6 ayda hastaneye yatış sayısı, başka hastanelerde tedavi olma durumu, EKT görüp görmediği, özkıyım girişimi olup olmadığı sorularını içeren 22 soruluk kişiyi tanıtıcı form ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur (Uğur, 2012; Karaaytuğ, 2015; Gürmen, 2018).

3.4.2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

İlaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu ölçek Morisky DE. tarafından geliştirilmiş, Morisky ve arkadaşları (1986) tarafından geçerlik çalışması yapılmıştır (Morisky ve ark, 1986). Ölçek dört adet iki seçenekli (evet/ hayır) kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. 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 değerlendirilmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için Yılmaz tarafından gerçekleştirilmiştir (Yılmaz, 2004). Ölçeğin İki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması da Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Bahar, 2013). Bu araştırmada Bahar ve arkadaşlarının iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) kullanılmıştır. Bu ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,62 olarak bulunmuştur (Bahar, 2013). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Amerika Birleşik Devletleri’nde Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 de geliştirilmiştir (Zimet ve ark, 1988). Ülkemizde uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995’te; Eker, Arkar ve Yıldız tarafından da 2001’de yapılan bir sosyal destek ölçeğidir (Eker ve Arkar,1995; Eker, Arkar ve Yıldız 2001). Ölçek üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan sosyal desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bu gruplar “aile”,

“arkadaş” ve “özel bir insan”dan alınan desteği içermektedir. Ölçekte her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır=1, Kesinlikle evet=7, arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu ölçeğin Cronbach’s alphası aile alt boyutu için 0,83, arkadaş alt boyutu için 0,84, özel bir insan alt boyutu için 0,88 ve toplam ÇBASDÖ puanı için ise 0,86 olarak bulunmuştur (Eker ve ark, 2001). Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

3.4.4. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Ölçek Bipolar bozuklukta işlevselliğin seri bir biçimde değerlendirilmesini sağlamak üzere Rosa ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve ülkemizde güvenilirlik-geçerlilik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır (Rosa ve ark, 2007; Aydemir ve Uykur, 2012). Hiç zorlanma yok, çok az zorlanma, orta derecede zorlanma, aşırı derecede zorlanma şeklinde dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlayan, 24 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Hiç zorlanma yok: 0, Aşırı derecede zorlanma: 3 şeklinde derecelendirilmiştir. Otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir. Bu ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,96 olarak hesaplanmıştır (Aydemir ve Uykur, 2012). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

3.5. İstatistiksel Analizler

Çalışma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS versiyon 22) programında oluşturulan veri tabanına yüklenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; öncelikle tanımlayıcı testler yapılmıştır ve normal dağılım gösteren bağımsız gruplarda Student’s-t testi, kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, Varyans Analizi ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır ve Regresyon analizleri yapılmıştır. Ayrıca ilişki analizleri Pearson korelasyon testi ile yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış, 2017/27 protokol numarası ile 18.08.2017 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için, 03.04.2018 tarihinde İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Kullanılan ölçeklerden Sevim Yılmaz tarafından geçerlik güvenilirliği yapılan Morisky Tedavi Uyum Ölçeği yerine geçerlik ve güvenilirliğini bipolar hastalarla yapmış olan Güven Bahar 'ın Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ile değişikliğe gidilmiştir. Ayrıca bipolar hastalarda işlevselliği ölçmek için Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği'nde 6 ay remisyon şartı olması sebebiyle o ölçek yerine akut hastalar için de uygun olan Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Belirtilen ölçek değişiklikleri için ise Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na ölçek değişikliği başvurusu yapılmış ve 07.08.2019 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Etik ilkeler doğrultusunda çalışmaya dahil olan katılımcıların yazılı onayını almak için Bilgilendirilmiş Onam Formu kullanılmış, etik ilkeler ve çalışmanın amacı da ayrıca sözlü olarak hastalara anlatılmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları olarak örneklem büyüklüğünün sınırlı olup kesitsel olarak değerlendirilmiş olması, uzun süreli izlem çalışmasının yapılmaması, tek merkezli olması, bu çalışmanın bipolar bozukluk tanısı almış tüm hastalara genellenmesini kısıtlamaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumları, sosyal işlevsellikleri, sosyal destekleri ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla akut kliniklerde yatan ve remisyon döneminde olan bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan kesitsel araştırmanın bulguları sunulmaktadır.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.

Sosyodemografik Özellikler	Min -Max	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	19-62	35,7±10,8
Cinsiyet	Sayı (n:90)	Yüzde (%)
Kadın	47	52,2
Erkek	43	47,8
Beden Kitle İndeksi		
Normal kilolu	37	41,6
Fazla kilolu	30	33,7
Obez	22	24,7
Medeni Durumu		
Evli	28	31,1
Bekar	62	68,9
Eğitim Durumu		
İlköğretim	47	52,2
Lise	23	25,6
Üniversite	20	22,2
Çalışabilirlik Durumu		
Çalışan	47	52,2
Çalışmayan	43	47,8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	41	45,6
Gelir gidere denk	44	48,9
Gelir giderden fazla	5	5,6
Sosyal Güvencesi		
Var	70	77,8
Yok	20	22,2
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
Yok	51	56,7
1-2 çocuk	24	26,7
3 ve üzeri sayıda çocuk	15	16,7
Sahip Olunan Kardeş Sayısı		
Yok	8	8,9
1-2 kardeş	38	42,2
3 kardeş	16	17,8
4 ve üzeri sayıda kardeş	28	31,1
Birlikte Yaşanan Aile Türü		
Çekirdek aile	47	52,2
Geniş aile	30	33,3
Yalnız	13	14,4

Tablo 1’de hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $35,7\pm 10,8$ olup, 47 (%52,2)’si kadın, 43 (%47,8)’ü erkektir. Ayrıca, hastaların 28 (%31,1)’i evli, 62 (%68,9)’si bekar olup 47 (%52,2)’si ilköğretim mezunu, 23 (%25,6)’ü lise mezunu, 20 (%22,2)’si üniversite mezunudur. Hastaların gelir durumları sorgulandığında 41 (%45,6)’i hasta gelirinin giderden az olduğunu, 44 (%48,9)’ü gelirinin gidere denk ve 5 (%5,6)’i gelirinin giderden fazla olduğunu belirtmişlerdir. Sosyal güvencesi olan hastalar 70 (%77,8) iken 20 (%22,2)’si sosyal güvencesinin olmadığını ifade etmiştir. Sahip olunan çocuk sayısına bakıldığında ise hastaların 51 (%56,7)’i çocuğu olmadığını, 24 (%26,7)’ü 1-2 çocuğa sahip olduğunu, 15 (%16,7)’i ise 3 ve üzeri çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Hastaların 8 (%8,9)’i hiç kardeşi olmadığını, 38 (%42,2)’i 1-2 kardeşe sahip olduğunu, 16 (%17,8)’sı 3 kardeşe sahip olduğunu, 28 (%31,1)’i ise 4 ve daha fazla sayıda kardeşe sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların 47 (%52,2)’si yaşadıkları aile türünü çekirdek aile olarak, 30 (%33,3)’u geniş aile olarak belirtirken, 13 (%14,4)’ü yalnız yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Hastaların sigara, alkol ve madde kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı özelliklerinin dağılımı.

Hastaların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ve Ailede psikiyatrik Hastalık Öyküsünün Varlığı	n	%
Sigara Kullanımı		
Hiç kullanmayan	18	20,0
Bazen kullanan	19	21,1
Sık sık kullanan	53	58,9
Alkol Kullanımı		
Hiç kullanmayan	44	48,9
Bazen kullanan	35	38,9
Sık sık kullanan	11	12,2
Madde Kullanımı		
Kullanan	14	15,6
Kullanmayan	76	84,4
Ailede Psikiyatrik Öykü Olma		
Var	46	51,1
Yok	44	48,9

Tablo 2’de hastaların sigara, alkol ve madde kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı özelliklerinin dağılımı verilmektedir. Hastaların 18 (%20) ’inin sigarayı hiçbir zaman kullanmadığı, 19 (%21,1)’unun bazen sigara kullandığı, 53 (%58,9)’ünün ise

sık sık sigara kullandığı belirlenmiştir. 44 hastanın (%48,9) hiçbir zaman alkol kullanmadığı, 35 (%38,9)'inin bazen alkol kullandığı, 11 (%12,2)'inin ise sık sık alkol kullandığı tespit edilmiştir. Madde kullanımına ise hastaların 14 (%15,6)'ü evet, 76 (%84,4)'sı hayır yanıtını vermiştir. Hastaların 46 (%51,1)'sında ailede psikiyatrik öykü olduğu, 44 (%48,9)'ünde ise olmadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Hastaların hastaneye yatma ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklerin dağılımı.

Hastaların Hastaneye Yatma ve Tedavi Deneyimlerine İlişkin Özellikleri	Sayı (n:90)	Yüzde (%)
Hastaneye Yatışa Karar Verme Durumu		
Kendi istemiyle	26	28,9
Kendi istemi dışında	64	71,1
Son 1 Yılda Hastaneye Yatış Sayısı		
1 kez	55	61,1
2 ve daha fazla	35	38,9
Son 6 Ayda Hastaneye Yatış Sayısı		
1 kez	78	86,7
2 ve daha fazla	12	13,3
Başka Hastanede Tedavi Olma Durumu		
Evet	39	43,3
Hayır	51	56,7
EKT Tedavisi Görme Durumu		
Evet	31	34,4
Hayır	59	65,6
Özkıyım Girişimi		
Evet	34	37,8
Hayır	56	62,2

Tablo 3'te hastaneye yatma ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklerin dağılımı görülmektedir. Hastaların 26 (%28,9)'sı kendi istemiyle hastaneye yatmaya karar verdiğini, 64 (%71,1)'ü ise kendi istemi dışında yatışına karar verildiğini belirtmiştir. Ayrıca hastaların 55 (%61,1)'i son 1 yılda 1 kez hastaneye yattıklarını, 35 (%38,9)'i ise 2 ve daha fazla hastaneye yatış sayısının olduğunu belirtmişlerdir. Son 6 ay içerisinde hastaneye yatış sayısına bakıldığında ise hastaların 78 (%86,7)'inin 1 kez hastaneye yattığı, 12 (%13,3)'sinin 2 ve daha fazla yatış sayısı olduğu belirlenmiştir. Hastaların 39 (%43,3)'ü araştırmanın gerçekleştirildiği hastane dışında başka hastanelerde de tedavi gördüklerini belirtirken, 51 (%56,7)'i başka hastanede tedavi görmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların 31 (%37,8)'i EKT tedavisi gördüklerini, 59 (%65,6)'u ise EKT tedavisi görmediklerini bildirmişler ve hastaların 34 (%37,8)'ünün daha önceden özkıyım girişimi olduğu, 56 (%62,2)'sının girişimi olmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 4. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğine göre hastaların ilaç uyumlarının dağılımı.

Hastaların Tedavi Uyumları	Sayı (n:90)	Yüzde (%)
İlaç uyumu düşük	44	48,9
İlaç uyumu orta uyum	25	27,8
İlaç uyumu yüksek	21	23,3

Tablo 4’te Morisky Tedavi Uyum Ölçeği’ne göre hastaların tedavi uyumlarının dağılımı görülmektedir. Tabloya bakıldığında hastaların 44 (%48,9)’ünün ilaç uyumunun düşük olduğu, 25 (%27,8)’inin ilaç uyumunun orta düzeyde olduğu ve 21 (%23,3)’inin de ilaç uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Sosyodemografik Özellikler	Sıra Ortalaması (Mean Rank)	Test ve p değeri
Cinsiyet		
Kadın (n:47)	55,63	MWU= 534,500 p = ,000
Erkek (n:43)	34,43	
Beden Kitle İndeksi		
Normal kilolu (n:37)	39,80	KW=9,680 p = ,008
Fazla kilolu (n:30)	40,95	
Obez (n:22)	59,27	
Medeni Durumu		
Evli (n:28)	46,30	MWU=845,500 p = ,838
Bekar (n:62)	45,14	
Eğitim Durumu		
İlköğretim (n:47)	44,47	KW=8,721 p = ,013
Lise (n:23)	36,17	
Üniversite (n:20)	58,65	
Çalışabilirlik Durumu		
Çalışan (n:47)	42,13	MWU=852,000 p = ,183
Çalışmayan (n:43)	49,19	
Gelir Durumu		
Gelir giderden az (n:41)	41,18	KW=7,682 p= ,021
Gelir gidere denk (n:44)	46,28	
Gelir giderden fazla (n:5)	74,00	
Sosyal Güvencesi		
Var (n:70)	46,72	MWU=614,500 p = ,388
Yok (n:20)	41,23	
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
Yok (n:51)	43,33	KW= ,875 p = ,646
1-2 çocuk (n:24)	48,33	
3 ve üzeri sayıda çocuk (n:15)	48,33	
Birlikte Yaşanan Aile Türü		
Çekirdek aile (n:47)	48,24	KW=1,174 p = ,556
Geniş aile (n:30)	42,43	
Yalnız (n:13)	42,65	

Tablo 5'te hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Kadın ve erkek hastaların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanları karşılaştırıldığında kadınların MTUÖ sıra ortalaması puanı 55,63 ve erkeklerin sıra ortalaması puanı 34,43 olarak bulunmuştur. Kadın hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı erkeklerin sıra ortalamalarına göre daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = ,000$).

Hastaların beden kitle indeksine göre MTUÖ sıra ortalaması puanlarına bakıldığında ise normal kilolu olanların MTUÖ sıra ortalaması puanı 39,80, fazla kilolu olanların MTUÖ sıra ortalaması puanı 40,95, obez olanların ise 59,27 bulunmuştur. Obez hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı normal kilolu ve fazla kilolu olanlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = ,008$).

Evli hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 46,30 iken bekar hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 45,14 olarak bulunmuştur. Evli hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı bekar hastalara göre yüksektir. Ancak bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = ,838$).

Eğitim durumuna göre MTUÖ sıra ortalaması puanı karşılaştırıldığında ilköğretim mezunu olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 44,47, lise mezunu hastaların 36,17, üniversite mezunu olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 58,65 bulunmuştur. Üniversite mezunlarının MTUÖ puanları sıra ortalaması puanlarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = ,013$). Bununla birlikte çalışan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 42,13 iken, çalışmayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 49,19 olarak bulunmuş olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = ,183$).

Geliri giderden az olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 41,18, geliri gidere denk olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 6,28 ve geliri giderden fazla olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 74,00 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan ve geliri gidere denk olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanına göre daha yüksektir ve fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p = ,021$).

Sosyal güvencesi olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 46,72, sosyal güvencesi olmayan hastaların ise MTUÖ sıra ortalaması puanı 41,23 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olmayan hastalarinkinden daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p = ,388$).

Sahip olunan çocuk sayısı açısından MTUÖ sıra ortalaması puanları incelendiğinde çocuğu olmayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 43,33, 1-2 çocuğa sahip olan

hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 48,33 ve 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 48,33 olarak bulunmuştur. 1-2 çocuğa sahip olan hastalar ve 3 ve üzeri çocuğa sahip olan hastaların MTUÖ sıra ortalamaları puanı çocuğu olmayan hastalarinkinden yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=,646).

Son olarak birlikte yaşanan aile türüne göre MTUÖ sıra ortalaması puanları karşılaştırıldığında çekirdek ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı 48,24, geniş ailede yaşayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 42,43, yalnız yaşayan hastaların ise 42,65 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı geniş ailede olan ve yalnız yaşayan hastalarinkinden daha yüksektir ancak bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir (p= ,556).

Tablo 6. Hastaların sigara alkol, madde kullanım durumlarına göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Sigara, Alkol, Madde Kullanımı	Sıra Ortalaması (mean rank)	Test ve p değeri
Sigara Kullanımı		
Hiçbir zaman (n:18)	48,17	KW= 1,009 p = ,604
Bazen (n:19)	40,58	
Sık sık (n:53)	46,36	
Alkol Kullanımı		
Hiçbir zaman (n:44)	54,34	KW= 17,336 p =,000
Bazen (n:35)	42,30	
Sık sık (n:11)	20,32	
Madde Kullanımı		
Var (n:14)	31,71	MWU=339,000 p =,024
Yok (n:76)	48,04	

Tablo 6’da hastaların sigara alkol, madde kullanım durumlarına göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Sigara kullanan hastaların Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanı incelendiğinde hiçbir zaman kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı 48,17, bazen kullananların ise 40,58 sık sık sigara kullananların ise 46,36 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuş, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p = ,604).

Alkol kullanım durumuna göre MTUÖ puanları sıra ortalaması puanlarına bakıldığında hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı 54,34, bazen alkol kullanan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 42,30 sık sık alkol kullanan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı ise 20,32 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman alkol almayan

hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=,000).

Madde kullanım durumuna göre MTUÖ sıra ortalaması puanları incelendiğinde ise madde kullanan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 31,71 madde kullanımı olmayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 48,04 olarak bulunmuştur. Madde kullanımı olmayan hastaların MTUÖ sıra ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=,024).

Tablo 7. Hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaneye Yatış ve Tedavi Deneyimleri	Sıra Ortalaması (Mean rank)	Test ve P değeri
Hastaneye Yatışa Karar Verme Durumu		
Kendi istemiyle (n:26)	59,44	MWU: 469,500
Kendi istemi dışında (n:64)	39,84	p=,001
Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumu		
Var (n:46)	44,66	MWU: 972,500
Yok (n:44)	46,60	p= ,740
Son 1 Yılda Hastaneye Yatış Sayısı		
1 kez (n:55)	49,73	MWU:730,000
2 ve daha fazla (n:35)	38,86	p= ,045
Başka Hastanede Tedavi Olma Durumu		
Evet (n:39)	46,14	MWU: 962,000
Hayır (n:51)	44,67	p = ,783
Ekt Tedavisi Görme Durumu		
Evet (n:31)	35,23	MWU:596,000
Hayır (n:59)	50,90	p=,005
Özkıyım Girişimi		
Olan (n:34)	45,26	MWU= 944,000
Olmayan (n:56)	45,64	p= ,945

Tablo 7'ye bakıldığında; hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine göre Morisky Tedavi Uyum Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaneye kendi istemiyle yatan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 59,44, kendi istemi dışında hastaneye yatışı gerçekleşen hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 39,84 olarak bulunmuştur. Kendi istemiyle yatışı olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı kendi istemi dışında yatışı olan hastalara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p= ,001). Ailede psikiyatrik öyküsü olmayanların MTUÖ sıra ortalaması puanı 44,66 iken psikiyatrik öyküsü bulunmayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 46,60'tır. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayanların MTUÖ sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p= ,740). Son 1 yıl içerisinde 1 kez yatışı olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 49,73, 1'den fazla yatışı

olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 38,86 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 1'den fazla yatışı olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = ,045$). Başka hastanede tedavi olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 46,14 iken başka hastanede tedavi olamayanların MTUÖ sıra ortalaması puanı 44,67 olarak saptanmıştır. Başka hastanede tedavi gören hastaların başka hastanede tedavi görmeyenlere göre MTUÖ sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p = ,783$). EKT tedavisi gören hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı incelendiğinde ise 35,23 olarak bulunurken EKT tedavisi görmeyen hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 50,90 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi görmeyen hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p = ,005$). Son olarak özkıyım girişimi olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 45,26 iken özkıyım girişimi olmayan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı 45,64 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan hastaların girişimi olanlara göre daha yüksek MTUÖ sıra ortalaması puanı olduğu görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = ,945$).

Tablo 8. Hastaların cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durumu, eğitim durumu ve gelir durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları ve sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Cinsiyet, Beden Kitle İndeksi, Medeni Durumu, Eğitim Durumu ve Gelir Durumu	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile Alt Boyutu		Arkadaş Alt Boyutu		Özel Bir İnsan Alt Boyutu		Toplam puanı	
	$\bar{X} \pm ss$	Test ve p değeri	$\bar{X} \pm ss$	Test ve p değeri	$\bar{X} \pm ss$	Test ve p değeri	$\bar{X} \pm ss$	Test ve p değeri
Cinsiyet								
Kadın (n:47)	18,55±8,70	t=1,465	16,93±8,83	t=1,361	13,10±8,61	t=-1,669	48,59±20,35	t=,498
Erkek (n:43)	16,25±6,05	p=,147	14,76±6,14	p=,177	15,67±5,48	p=,099	46,69±15,67	p=,620
Beden Kitle İndeksi	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri
Normal kilolu (n:37)	36,89		44,88		48,72		42,99	
Fazla kilolu (n:30)	47,83	KW=7,196	46,63	KW=,257	47,28	KW=3,913	48,88	KW=1,023
Obez (n:22)	54,77	p=,027	42,98	p=,879	35,64	p=,141	43,09	p=,599
Medeni Durumu								
Evli (n:28)	57,66	MWU=527,500	51,20	MWU=708,500	52,98	MWU=658,500	55,34	MWU=592,50
Bekar (n:62)	40,01	p=,003	42,93	p=,163	42,12	p=,067	41,06	p=,016
Eğitim Durumu								
İlköğretim (n:47)	40,62		39,13		41,82		39,54	
Lise (n:23)	52,70	KW=3,709	52,85	KW=5,898	54,89	KW=4,064	55,17	KW=5,844
Üniversite (n:20)	48,70	p=,157	52,03	p=,052	43,35	p=,131	48,38	p=,054
Gelir Durumu								
Gelir giderden az (n:41)	41,88		46,04		45,11		44,76	
Gelir gidere denk (n:44)	44,80	KW=10,324	42,42	KW=4,430	46,74	KW=,546	43,52	KW=4,334
Gelir giderden fazla (n:5)	81,40	p=,006	68,20	p=,109	37,80	p=,761	69,00	p=,115

Tablo 8' de hastaların cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durumu, eğitim durumu ve gelir durumuna göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları ve sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. Kadın hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutunun puan ortalaması $18,55 \pm 8,70$ iken erkek hastaların puan ortalaması $16,25 \pm 6,05$ olarak bulunmuştur. Kadın hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu puan ortalamaları erkek hastalarinkinden yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,147$). Kadın hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu puan ortalaması $16,93 \pm 8,83$ iken erkek hastaların $14,76 \pm 6,14$ olduğu görülmektedir. Kadın hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu puan ortalaması erkek hastaların puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,177$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu için bakıldığında kadın hastaların puan ortalaması $13,10 \pm 8,61$ iken erkek hastaların puan ortalaması $15,67 \pm 5,48$ olarak bulunmuştur. Erkek hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu puan ortalaması kadın hastalarinkinden yüksektir ancak bulunan bu farkın anlamlı olmadığını görmüştür ($p=,099$).

Beden kitle indeksine göre normal kilolu hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı $36,89$, fazla kilolu hastaların sıra ortalaması puanı $47,83$ ve obez hastaların sıra ortalaması puanı ise $54,77$ olarak bulunmuştur. Obez hastaların ÇBASDÖ ölçeği aile alt boyutu sıra ortalaması puanı normal kilolu ve fazla kilolu hastalarinkinden yüksektir ve bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=,027$). Normal kilolu hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı $44,88$, fazla kilolu hastaların sıra ortalaması puanı $46,63$ ve obez hastaların sıra ortalaması puanı $42,98$ olarak bulunmuştur. Fazla kilolu hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı normal kilolu ve obez hastalarinkinden yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,879$). Normal kilolu hastaların ÇBASDÖ ölçeği özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı $48,72$, fazla kilolu hastaların $47,28$ ve obez hastaların $35,64$ olduğu görülmektedir. Normal kilolu hastaların ÇBASDÖ ölçeği özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı fazla kilolu ve obez hastalarinkinden yüksektir ancak istatistiksel açıdan bu fark anlamlı değildir ($p=,141$).

Evli hastaların ÇBASDÖ ölçeği aile alt boyutu sıra ortalaması puanı $57,66$ iken bekar hastaların sıra ortalaması puanı $40,01$ olarak bulunmuştur. Evli hastaların ÇBASDÖ ölçeği aile alt boyutu sıra ortalaması puanı bekar hastalarinkinden yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,003$). Evli hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı $51,20$ ve bekar hastaların $42,93$ olduğu görülmektedir. Evli hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı bekar hastalardan yüksektir ancak bu

fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,163$). Evli hastaların ÇBADSDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 52,98 bekar hastaların sıra ortalaması puanı ise 42,12 olarak bulunmuştur. Evli hastaların ÇBADSDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı bekar hastaların sıra ortalamasından yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,067$).

İlköğretim mezunu hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 40,62, lise mezunu hastaların 52,70 ve üniversite mezunlarının sıra ortalaması puanı ise 48,70 olduğu görülmektedir. Lise mezunu hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı ilköğretim ve üniversite mezunu hastalarinkinden yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,157$). İlköğretim mezunu hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı 40,62, lise mezunu hastaların 52,70 ve üniversite mezunu hastaların 48,70 olarak bulunmuştur. Lise mezunu hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı ilköğretim ve üniversite mezunu olan hastalardan daha yüksektir ancak bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,052$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutuna bakıldığında ilköğretim mezunu hastaların sıra ortalaması puanı 41,82 iken lise mezunu hastaların 54,89 ve üniversite mezunu hastaların 43,35 olarak bulunmuştur. Lise mezunu hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı ilköğretim ve üniversite mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,131$). İlköğretim mezunu hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı 39,54, lise mezunu hastaların 55,17 ve üniversite mezunu hastaların 48,38 olduğu görülmektedir. Lise mezunu hastaların toplam ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı ilköğretim ve lise mezunu hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,054$).

Geliri giderden az olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 41,88, geliri gidere denk hastaların 44,80 ve geliri giderden fazla olan hastaların sıra ortalaması puanı 81,40 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderden az ve geliri gidere denk olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p= ,006$). Geliri giderden az olan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,04, geliri gidere denk olan hastaların 42,42, geliri giderden fazla olan hastaların ise 68,20 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan ve geliri gidere denk olan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=, 109$). Geliri giderden az olan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 45,11, geliri gidere denk olan

hastaların 46,74 ve geliri giderden fazla olan hastaların ise 37,80 olarak bulunmuştur. Geliri gidere denk olan hastaların sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan ve geliri giderden fazla olan hastalara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p = ,761$). Geliri giderden az olan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı 44,76, geliri gidere denk olan hastaların 43,52 ve geliri giderden fazla olan hastaların ise 69,00 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan ve geliri gidere denk olan hastaların sıra ortalaması puanından yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = ,115$)

Tablo 9. Hastaların çalışabilirlik durumu, sosyal güvencesi, sahip olunan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan aile türüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Çalışma Durumu, Sosyal Güvencesi, Sahip Olunan Çocuk Sayısı ve Birlikte Yaşanan Aile Türü	Aile Alt Boyutu		Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği				Toplam puanı	
	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Arkadaş Alt Boyutu Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Özel Bir İnsan Alt Boyutu Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri
Çalışabilirlik Durumu								
Çalışan (n:47)	43,61	MWU:=21,500 p=,471	46,29	MWU=973,500 p=,764	45,56	MWU=1007,500 p=,981	45,56	MWU=1007,500 p=,981
Çalışmayan (n:43)	47,57		44,64		45,43		45,43	
Sosyal Güvencesi								
Var (n:70)	47,11	MWU=587,000 p=,271	47,63	MWU=551,000 p=,147	47,06	MWU=590,500 p=,287	47,56	MWU=555,500 p=,161
Yok (n:20)	39,85		38,05		40,03		38,28	
Sahip Olunan Çocuk Sayısı								
Yok (n:51)	40,90	KW=8,218 p=,016	41,23	KW=4,692 p=,096	47,11	KW=,529 p=,767	42,56	KW=3,550 p=,169
1-2 çocuk (n:24)	44,48		47,02		42,46		44,60	
3 ve üzeri sayıda (n:15)	62,77		57,60		44,90		56,93	
Birlikte Yaşanan Aile Türü								
Çekirdek aile (n:47)	50,46	KW=7,753 p=,021	48,88	KW=5,636 p=,060	47,60	KW=4,279 p=,118	49,47	KW=7,751 p=,021
Geniş aile (n:30)	45,43		47,02		48,20		47,30	
Yalnız (n:13)	27,73		29,77		31,69		27,00	

Tablo 9’da hastaların çalışabilirlik durumu, sosyal güvencesi, sahip olunan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan aile türüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Çalışan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,61 iken çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanı 47,57 olarak bulunmuştur. Çalışmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışan hastaların sıra ortalaması puanından yüksek bulunmuştur. Ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,471$). Çalışan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,29, çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanı ise 44,64’tür. Çalışan hastaların ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,764$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutunda ise çalışan hastaların sıra ortalaması puanı 45,56 iken çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanı 45,43 olarak bulunmuştur. Çalışan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışmayan hastalardan yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel açıdan fark anlamlı değildir ($p=,981$). Çalışan hastaların toplam ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı 45,56 ve çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanı ise 45,43 olarak bulunmuştur ve çalışan hastaların ÇBASDÖ sıra ortalaması toplam puanı çalışmayan hastalarinkinden yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,981$).

Sosyal güvencesi olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,11 ve sosyal desteği olmayan hastaların sıra ortalaması puanı 39,85 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olmayanlardan yüksektir ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,271$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastaların 47,63 iken sosyal güvencesi olmayanlar için 38,05 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olmayanlardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,147$). Sosyal güvencesi olan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,06, sosyal güvencesi olmayan hastaların 40,03 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olmayanlardan yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,287$). ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanına bakıldığında ise sosyal güvencesi olan hastaların sıra ortalaması puanı 47,56 sosyal güvencesi olmayan hastaların sıra ortalaması puanı 38,28 olduğu görülmektedir. Sosyal güvencesi olan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması

puanı sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,161$).

Hiç çocuğu olmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 40,90, 1-2 çocuğu olan hastaların sıra ortalaması puanı 44,48, 3 ve daha fazla çocuğa sahip olan hastaların sıra ortalaması puanı ise 62,77 olarak bulunmuştur. 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 1-2 çocuğa sahip olan hastaların sıra ortalaması puanına göre yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=,016$). Hiç çocuğu olmayan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı 41,23, 1-2 çocuğa sahip hastaların sıra ortalaması puanı 47,02, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastaların ise 57,60 olarak bulunmuştur. 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 1-2 çocuğa sahip olan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,096$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu incelendiğinde hiç çocuğu olmayan hastaların sıra ortalaması puanı 47,11, 1-2 çocuğa sahip hastaların 42,46, 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların ise 44,90 olduğu görülmüştür. Hiç çocuğu olmayan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 1-2 çocuğu olan ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalarinkinden yüksek bulunmuştur. Ancak, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,767$). Toplam ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayanların 42,56, 1-2 çocuğa sahip olanların 44,60, 3 ve üzeri sayıda çocuk sahibi olanların ise 56,93 olarak bulunmuştur. 1-2 çocuk sahibi olan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,169$).

Çekirdek ailede yaşayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 50,46, geniş ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı 45,43, yalnız yaşayan hastaların ise 27,73 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı geniş ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalarinkinden daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=,021$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,88, geniş ailede yaşayan hastaların 47,02 ve yalnız yaşayanların 29,77 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,060$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,60, geniş ailede yaşayan hastaların 48,20 ve yalnız yaşayan hastaların ise 31,69 olarak bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hastaların

ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,118$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların toplam ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı 49,47, geniş ailede yaşayan hastaların 47,30 ve yalnız yaşayan hastaların ise 27,00 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı geniş ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p= 0,21$).

Tablo 10. Hastaların sigara, alkol, madde kullanımına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Sigara, Alkol, Madde Kullanımı	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği								
	Aile Alt Boyutu		Arkadaş Alt Boyutu		Özel Bir İnsan Alt Boyutu		Toplam puanı		
	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	
Sigara Kullanımı									
Hiçbir zaman	(n:18)	53,14	KW=3,217 p=,200	41,61	KW=1,281 p=,527	46,03	KW=,807 p=,668	46,47	KW=5,623 p=,060
Bazen	(n:19)	49,39		51,00		49,95		50,95	
Sık sık	(n:53)	41,51		44,85		43,73		43,22	
Alkol Kullanımı									
Hiçbir zaman	(n:44)	48,93	KW= 5,478 p=,065	44,63	KW=4,533 p=,104	42,39	KW=3,017 p=,221	44,85	KW= 5,623 p=,060
Bazen	(n:35)	46,51		50,87		51,36		51,21	
Sık sık	(n:11)	28,55		31,91		39,32		29,91	
Madde Kullanımı									
Var	(n:14)	33,11	MWU=358,500 p=,053	41,54	MWU=476,500 p=,535	48,36	MWU=492,000 P=,655	40,36	MWU=460,000 p=,423
Yok	(n:76)	47,78		46,23		44,97		46,45	

Tablo 10’da hastaların sigara, alkol, madde kullanımına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 53,14, bazen sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanı 49,39 ve sık sık sigara kullanan hastaların ise 41,51 olarak bulunmuştur. Hiç sigara kullanmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık sigara kullanan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,200$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman sigara kullanmayan hastalar için 41,61, bazen sigara kullanan hastalar için 51,00 ve sık sık sigara kullanan hastalar için ise 44,85 olarak bulunmuştur. Bazen sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanı hiçbir zaman sigara kullanmayan ve sık sık sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanından yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,527$). Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,03, bazen sigara kullanan hastaların 49,95 ve sık sık sigara kullanan hastaların ise 43,73 olarak bulunmuştur. Bazen sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanı hiç sigara kullanmayan ve sık sık sigara kullanan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,668$). ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı hiçbir zaman sigara kullanmayan hastalar için 46,47, bazen sigara kullanan hastalar için 50,95 ve sık sık sigara kullanan hastalar için ise 43,22 olarak bulunmuştur. Bazen sigara kullanan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı hiç sigara kullanmayan ve sık sık sigara kullanan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,060$).

Hiç alkol kullanmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,93, bazen alkol kullanan hastaların 46,51 ve sık sık alkol kullanan hastaların 28,55 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı bazen sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,065$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutuna bakıldığında hiç alkol kullanımı olmayan hastaların sıra ortalaması puanı 44,63, bazen alkol kullanan hastaların 50,87, sık sık ilaç kullanan hastaların sıra ortalaması puanı 31,91 olarak bulunmuştur. Bazen alkol kullanan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman ve sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,104$). Hiç alkol kullanmayan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 42,39, bazen alkol kullanan hastaların 51,36, sık sık alkol kullanan hastaların ise 39,32 olarak

bulunmuştur. Bazen alkol kullanan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman ve sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,221$). Toplam ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı hiçbir zaman alkol kullanmayanlar için 44,85, bazen alkol kullananlar için 51,21 ve sık sık alkol kullananlar için 29,91 olarak bulunmuştur. Bazen alkol kullanan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı hiçbir zaman ve sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,060$).

Madde kullanan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 33,11, madde kullanımı olmayan hastaların ise 47,78 olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı madde kullanan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,053$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalar için 41,54, madde kullanmayan hastalar için ise 46,23 olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,535$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalarda 48,36, madde kullanmayan hastalarda ise 44,97 olarak bulunmuştur. Madde kullanan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanımı olmayan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,655$). Toplam ÇBASDÖ sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalarda 40,36, madde kullanmayan hastalarda ise 46,45 olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,423$).

Tablo 11. Hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaneye Yatış ve Tedavi Deneyimleri	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile Alt Boyutu		Arkadaş Alt Boyutu		Özel Bir İnsan Alt Boyutu		Toplam puanı	
	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ort	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri	Sıra Ortalaması	Test ve p değeri
Hastaneye Yatışa Karar Verme Durumu								
Kendi istemiyle (n:26)	52,52	MWU=649,500	59,40	MWU=470,500	47,50	MWU=780,000	54,75	MWU=591,500
Kendi istemi dışında (n:64)	42,65	p=,103	39,85	p=,001	44,69	p=0,642	41,74	p=,032
Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumu								
Var (n:46)	43,90	MWU=938,500	47,64	MWU=913,500	42,54	MWU=876,000	45,12	MWU=994,500
Yok (n:44)	47,17	p=,552	43,26	p:,425	48,59	p=,271	45,90	p=,888
Son 1 Yılda Hastaneye Yatış Sayısı								
1 kez (n:55)	47,64	MWU=845,000	47,75	MWU= 838,500	48,98	MWU= 771,000	48,89	MWU=776,000
1'den fazla sayıda (n:35)	42,14	p=,329	41,96	p=,303	40,03	p=,112	40,17	p=,123
Başka Hastanede Tedavi Olma Durumu								
Evet (n:39)	45,18	MWU=978,000	42,18	MWU=825,000	43,77	MWU=906,500	42,71	MWU=852,000
Hayır (n:51)	45,92	p=,893	49,85	p=,166	47,76	p=,472	49,15	p=,246
EKT Tedavisi Görme Durumu								
Evet (n:31)	41,19	MWU=781,000	39,66	MWU=733,500	40,47	MWU=758,500	39,68	MWU=734,000
Hayır (n:59)	47,76	p=,256	48,57	p=,123	48,14	p=,184	48,56	p=,125
Özkıyım Girişimi								
Olan (n:34)	42,54	MWU=851,500	42,96	MWU=865,500	38,00	MWU=697,000	40,40	MWU=778,500
Olmayan (n:56)	47,29	p=,402	47,04	p=,470	50,05	p=,033	48,60	p=,149

Tablo 11’de hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine ilişkin özelliklere göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Kendi istemiyle yatan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 52,52, kendi istemi dışında yatan hastaların ise 42,65 olarak bulunmuştur. Kendi istemiyle yatan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı kendi istemi dışında yatan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,103$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı kendi istemiyle yatan hastalar için 59,40 iken kendi istemi dışında yatan hastalar için 39,85 olarak bulunmuştur. Kendi istemiyle yatan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı kendi istemi dışında yatan hastalarınkinden daha yüksektir ve bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,001$). Kendi istemiyle yatışı olan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,50, kendi istemi dışında yatışı olan hastaların ise 44,69 olarak bulunmuştur. Kendi istemiyle yatışı olan hastaların sıra ortalaması kendi istemi dışında yatışı olanların sıra ortalaması puanından yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,642$). ÇBASDÖ sıra ortalaması toplam puanı kendi istemiyle yatan hastalar için 54,75 iken kendi istemi dışında yatan hastalar için ise 41,74 olarak bulunmuştur. Kendi istemiyle yatan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı kendi istemi dışında yatan hastaların sıra ortalamasından yüksek bulunmuştur ve bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=,032$).

Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,90 iken, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ise 47,17 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olanlara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,552$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalar için 47,64, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalar için ise 43,26 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olanlara göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,425$). Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 42,54 iken ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ise 48,59 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalara göre sıra ortalaması daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,271$). ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalar için 45,12 iken ailede psikiyatrik

öyküsü olmayanlar için ise 45,90 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,888$).

Son 1 yılda hastaneye 1 kez yatışı olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,64, 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların ise 42,14 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastaların sıra ortalaması puanı 1'den fazla yatışı olan hastaların sıra ortalaması puanından yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,329$). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez hastaneye yatan hastalar için 47,75 iken 1'den fazla sayıda yatışı olan hastalar için 41,96 olarak bulunmuştur. Bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,303$). Son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,98 ve 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların ise 40,03 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastaların sıra ortalaması 1'den fazla yatışı olan hastalarinkinden daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,112$). ÇBASDÖ sıra ortalaması toplam puanı son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastalar için 48,89 iken, 1'den fazla sayıda yatışı olanlar için 40,17 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı 1'den fazla sayıda yatışı olan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark anlamlı değildir ($p=,123$).

Başka hastanede yatışı olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 45,18 iken başka hastanede tedavi görmeyen hastaların 45,92 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir. Ancak, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,893$). ÇBASDÖ arkadaş altı boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastalar için 42,18 iken başka hastanede tedavi görmeyen hastalar için 49,85 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur fakat bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p=,166$). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastalar için 43,77 iken başka hastanede tedavi görmeyen hastalar için 47,76 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görenlerden daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,472$). Başka hastanede tedavi gören hastaların ÇBASDÖ toplam sıra ortalaması puanı 42,71 ve başka hastanede tedavi görmeyen hastaların 49,15 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi görmeyen hastaların ÇBASDÖ sıra ortalaması toplam puanı başka hastanede

tedavi gören hastalardan daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=,246).

EKT tedavisi gören hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 41,19 EKT tedavisi görmeyen hastaların sıra ortalaması ise 47,76 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksektir. Bulunan bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür (p=,256). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı EKT tedavisi gören hastalarda 39,66, EKT tedavisi görmeyen hastalarda ise 48,57 olarak bulunmuştur fakat bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=,123). EKT tedavisi gören hastaların ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı 40,47, EKT tedavisi görmeyen hastaların ise 48,14 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı EKT tedavisi göremeyenlerden daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=,184). ÇBASDÖ sıra ortalaması toplam puanı EKT tedavisi görenler için 39,68 iken EKT tedavisi görmeyenler için 48,56 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi görmeyen hastaların sıra ortalaması daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=,125).

Özkıyım girişimi olan hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu sıra ortalaması puanı 42,54 özkıyım girişimi olmayan hastaların ise 47,29 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan hastaların sıra ortalaması puanı girişimi olan hastalara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=402). ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalar için 42,96, özkıyım girişimi olmayanlar için ise 47,04 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan hastaların ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu sıra ortalaması daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=,470). ÇBASDÖ özel bir insan alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalar için 38,00 iken özkıyım girişimi olmayan hastalar için 50,05 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksektir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=,033). ÇBASDÖ sıra ortalaması toplam puanı özkıyım girişimi olan hastalar için 40,40, özkıyım girişimi olmayan hastalar için ise 48,60 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan hastaların sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olanlardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=,149).

Tablo 12. Hastaların cinsiyet, beden kitle indeksi ve medeni durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Cinsiyet, Beden Kitle İndeksi ve Medeni Durumu	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği							Toplam Puan $\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması
	Otonomi Alt Boyutu	Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu	Bilişsel İşlevsellik Alt Boyutu	Mali Konular Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Boş Zaman Etkinlikleri Alt Boyutu		
	$\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması	$\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması	$\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması	$\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması	$\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması	$\bar{X} \pm ss/$ Sıra Ortalaması		
Cinsiyet								
Kadın (n:47)	2,85±3,10	7,02±6,20	5,82±4,34	2,36±1,89	5,36±4,37	2,61±1,32	26,04±14,28	
Erkek (n:43)	2,79±1,81	6,0±4,61	4,88±2,94	1,74±1,15	6,30±3,85	1,53±1,09	23,25±9,80	
Test ve p değeri	t=,112 p=,911	t=,891 p=,376	t=1,219 p=,226	t=1,885 p=,063	t=-1,079 p=,284	t=,190 p=,000	t=1,069 p=,288	
Beden Kitle İndeksi								
Normal kilolu (n:37)	46,76	47,64	46,69	45,57	48,00	40,96	46,66	
Fazla kilolu (n:30)	40,52	39,63	42,20	40,55	44,52	41,23	39,83	
Obez (n:22)	48,16	47,89	45,98	50,11	40,61	56,93	49,25	
Test ve p değeri	KW=1,447 p=,485	KW=2,016 p=,365	KW=,549 p=,760	KW=1,962 p=,375	KW=1,159 p=,560	KW=7,368 p=,025	KW=1,951 p=,377	
Medeni Durumu								
Evli (n:28)	47,93	39,38	49,88	44,27	47,77	49,14	45,45	
Bekar (n:62)	44,40	48,27	43,52	46,06	44,48	43,85	45,52	
Test ve p değeri	MWU=800,000 p=,547	MWU=696,500 p=,129	MWU=745,500 p=,283	MWU=833,500 p=,752	MWU=804,500 p=,578	MWU=766,000 p=,335	MWU=866,500 p=,990	

Tablo 12’de hastaların cinsiyet, beden kitle indeksi ve medeni durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Kadın hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu ortalaması $2,85\pm 3,10$ ve erkeklerin $2,79\pm 1,81$ olarak bulunmuştur. Kadın hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu ortalaması erkek hastalardan yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,911$). Kadın hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu ortalaması $7,02\pm 6,20$ iken erkek hastaların $6,0\pm 4,61$ olarak bulunmuştur. Kadın hastaların mesleki işlevsellik alt boyutu ortalaması erkek hastaların ortalamasından yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,376$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu ortalaması kadın hastalarda $5,82\pm 4,34$, erkek hastalarda ise $4,88\pm 2,94$ olarak bulunmuştur. Kadın hastaların bilişsel işlevsellik alt boyutu ortalaması erkek hastalarınkinden yüksektir. Ancak bulunan bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,226$). KİDÖ mali konular alt boyutu ortalaması kadın hastalarda $2,36\pm 1,89$ iken erkek hastalarda $1,74\pm 1,15$ olarak bulunmuştur. Kadın hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu ortalaması erkek hastalardan yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,063$). Kadın hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu ortalaması $5,36\pm 4,37$ iken erkek hastaların $6,30\pm 3,85$ olarak bulunmuştur. Erkek hastaların kişilerarası ilişkiler alt boyutu ortalaması kadın hastalardan yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,284$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu ortalaması kadın hastalar için $2,61\pm 1,32$, erkek hastalarda ise $1,53\pm 1,09$ olarak bulunmuştur ve kadın hastaların ortalaması erkek hastaların ortalamasından yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,000$). KİDÖ toplam puan ortalaması kadın hastalarda $26,04\pm 14,28$ iken erkek hastalarda $23,25\pm 9,80$ olarak bulunmuştur. Kadın hastaların toplam KİDÖ puanı erkek hastalara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,288$).

Normal kilolu hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı $46,76$, fazla kilolu hastaların $40,52$ ve obez hastaların $48,16$ olarak bulunmuştur. Obez hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,485$). KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı normal kilolu hastalarda $47,64$, fazla kilolu hastalarda $39,63$ ve obez hastalarda $47,89$ olarak bulunmuştur. Obez hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,365$). Normal kilolu hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı $46,69$, fazla kilolu hastaların $42,20$, obez hastaların ise $45,98$ olarak bulunmuştur. Normal kilolu hastaların bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı fazla kilolu ve obez olan hastalardan daha yüksektir. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,760$). KİDÖ mali konular alt

boyutu sıra ortalaması puanı normal kilolu hastalar için 45,57, fazla kilolu hastalar için 40,55 ve obez hastalar için 50,11 olarak bulunmuştur. Obez hastaların sıra ortalaması puanı normal kilolu ve fazla kilolu hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,375$). Normal kilolu hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,00, fazla kilolu hastaların 44,52 ve obez hastaların 40,61'dir. Normal kilolu hastaların kişilerarası sıra ortalaması puanı fazla kilolu ve obez hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,560$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı normal kilolu hastalar için 40,96, fazla kilolu hastalar için 41,23 ve obez hastalar için ise 56,93 olarak bulunmuştur. Obez hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı normal kilolu ve fazla kilolu hastalarinkinden daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,025$). KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı normal kilolu hastalarda 46,66, fazla kilolu hastalarda 39,83, obez hastalarda ise 49,25 olarak bulunmuştur. Obez hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı normal ve fazla kilolu hastaların sıra ortalamasından yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,377$).

Evli hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,93 bekar hastaların ise 44,40'tır. Evli hastaların sıra ortalaması puanı bekar hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,547$). Evli hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 39,38, bekar hastaların ise 48,27 olarak bulunmuştur. Bekar hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı evli hastalardan yüksek bulunmuştur ancak fark anlamlı bulunmamıştır ($p=,129$). KİDÖ bilişsel işlevsellik sıra ortalaması puanı evli hastalarda 49,88, bekar hastalarda ise 43,52 olarak bulunmuştur. Evli hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı görülmemiştir ($p=,283$). Evli hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı 44,27, bekar hastaların sıra ortalaması puanı ise 46,06'dır. Bekar hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı evli hastalarinkinden yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,752$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı evli hastalarda 47,77, bekar hastalarda ise 44,48 olarak bulunmuştur. Evli hastaların sıra ortalaması puanı bekar hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,578$). Evli hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı 49,14, bekar hastaların sıra ortalaması puanı ise 43,85'tir. Evli hastaların sıra ortalaması puanı bekar hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,335$). Ayrıca evli hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı evli hastalar için 45,45, bekar hastalar için ise 45,52 olarak

bulunmuştur. Bekar hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı evli hastalarinkinden daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,990$).

Tablo 13. Hastaların eğitim durumu ve gelir durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Eğitim ve Gelir Durumu	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği						
	Otonomi Alt Boyutu	Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu	Bilişsel İşlevsellik Alt Boyutu	Mali Konular Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Boş Zaman Etkinlikleri Alt Boyutu	Toplam Puan
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması
Eğitim Durumu							
İlköğretim (n:47)	52,65	47,14	51,99	45,91	46,51	45,56	50,21
Lise (n:23)	40,26	41,09	40,33	40,35	41,54	41,35	37,59
Üniversite (n:20)	34,73	46,73	36,20	50,45	47,68	50,13	43,53
Test ve p değeri	KW=8,097 p=,017	KW=,912 p=,634	KW=6,411 p=0,41	KW=1,795 p=,408	KW=,746 p=,689	KW=1,420 p=,492	KW=3,759 p=,153
Gelir Durumu							
Gelir giderden az (n:41)	46,24	47,22	51,44	47,54	46,02	44,76	48,66
Gelir gidere denk (n:44)	46,90	44,51	38,78	44,05	44,84	43,19	42,88
Gelir giderden fazla (n:5)	27,10	40,10	55,90	41,60	47,00	71,90	42,70
Test ve p değeri	KW=2,724 p=,256	KW=,468 p=,791	KW=5,887 p=,053	KW=,549 p=,760	KW=,062 p=,970	KW=6,445 p=,040	KW=1,102 p=,576

Tablo 13’de hastaların eğitim durumu ve gelir durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

İlköğretim mezunu hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 52,65, lise mezunu hastaların 40,26 ve üniversite mezunu hastaların ise 34,73 olarak bulunmuştur. İlköğretim mezunu hastalarının sıra ortalaması puanı lise ve üniversite mezunu olana hastalardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=,017$). KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı ilköğretim mezunu hastalar için 47,14, lise mezunu hastaların 41,09 ve üniversite mezunu hastaların ise 46,73 olarak bulunmuştur. İlköğretim mezunu hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik sıra ortalaması puanı lise ve üniversite mezunu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,634$). İlköğretim mezunu hastaların KİDÖ Bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 51,99, lise mezunu hastaların 40,33 ve üniversite mezunlarının ise 36,20 olarak bulunmuştur. İlköğretim mezunu hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu puanı lise ve üniversite mezunu hastalarının sıra ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=0,41$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı ilköğretim mezunu hastalar için 45,91, lise mezunu hastalar için 40,35, üniversite mezunu hastalar için ise 50,45 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı ilköğretim ve lise mezunu hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,408$). İlköğretim mezunu hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,51, lise mezunu hastaların 41,54 ve üniversite mezunu hastaların 47,68 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu hastaların sıra ortalaması puanı ilköğretim ve lise mezunu hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,689$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı ilköğretim mezunu hastalarda 45,56, lise mezunu hastalarda 41,35 ve üniversite mezunu hastalarda 50,13 olarak bulunmuştur. Üniversite mezunu hastaların sıra ortalaması puanı ilköğretim ve lise mezunu hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,492$). KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı ilköğretim mezunu hastaların 50,21, lise mezunu hastaların 37,59, üniversite mezunu hastaların ise 43,53 olarak bulunmuştur. İlköğretim mezunu hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı lise ve üniversite mezunu hastalarından daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,153$).

Gelir durumu giderden az olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,24, geliri gidere denk olan hastaların 46,90, geliri giderden fazla olan hastaların ise

27,10 olarak bulunmuştur. Geliri giderine denk olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan ve geliri giderden fazla olan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,256$). KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan hastaların 47,22, geliri giderine denk olan hastaların 44,51 ve geliri giderden fazla olan hastaların ise 40,10 olarak bulunmuştur. Geliri giderden az olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderine denk olan ve geliri giderden fazla olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,791$). Geliri giderden az olan hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 51,44, geliri giderine denk olan hastaların 38,78 ve geliri giderden fazla olan hastaların ise 55,90 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların sıra ortalaması puanı geliri giderden az ve geliri giderine denk olan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,053$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan hastalar için 47,54, geliri giderine denk olan hastalar için 44,05, geliri giderden fazla olan hastalar için ise 41,60 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,760$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı geliri giderden az olan hastalar için 46,02, geliri giderine denk olan hastalar için 44,84 ve geliri giderden fazla olan hastalar için ise 47,00 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,970$). Geliri giderden az olan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı 44,76, geliri giderine denk olan hastaların 43,19 ve geliri giderden fazla olan hastaların ise 71,90 olarak bulunmuştur. Geliri giderden fazla olan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı geliri giderden az ve geliri giderine denk olan hastaların sıra ortalamasından daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=,040$). Geliri giderden az olan hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı 48,66, geliri giderine denk olan hastaların 42,88 ve geliri giderden fazla olan hastaların ise 42,70 olarak bulunmuştur. Geliri giderden az olan hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,576$).

Tablo 14. Hastaların çalışabilirlik durumu, sosyal güvencesi, sahip olunan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan aile türüne göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Çalışma Durumu, Sosyal Güvencesi, Sahip Olunan Çocuk Sayısı ve Birlikte Yaşanan Aile Türü	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği						Toplam Puan Sıra Ortalaması
	Otonomi Alt Boyutu	Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu	Bilişsel İşlevsellik Alt Boyutu	Mali Konular Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Boş Zaman Etkinlikleri Alt Boyutu	
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	
Çalışabilirlik Durumu							
Çalışan (n:47)	43,82	43,00	45,45	46,29	48,11	44,39	44,32
Çalışmayan (n:43)	47,34	48,23	45,56	44,64	42,65	46,71	46,79
Test ve p değeri	MWU=931,500 p=,517	MWU=893,000 p=,335	MWU=1008,000 p=,984	MWU=973,500 p=,753	MWU=888,000 p=,319	MWU=958,500 p=,649	MWU=955,000 p=,654
Sosyal Güvencesi							
Var (n:70)	42,35	41,58	44,79	45,59	43,58	47,22	41,94
Yok (n:20)	56,53	59,23	48,00	45,18	52,23	39,48	57,98
Test ve p değeri	MWU= 479,500 p=,030	MWU=425,500 p=,007	MWU=650,000 p=,625	MWU=693,500 p=,947	MWU=565,500 p=,189	MWU=579,500 p=,205	MWU=450,500 p=,015
Sahip Olunan Çocuk Sayısı							
Yok (n:51)	44,31	43,83	41,30	45,29	46,56	43,27	43,19
1-2 çocuk (n:24)	44,75	49,83	57,06	46,38	45,44	47,71	51,38
3 ve üzeri sayıda (n:15)	50,73	44,23	41,23	44,80	42,00	49,53	43,97
Test ve p değeri	KW=,750 p=,687	KW=,931 p=,628	KW=6,486 p=,039	KW=,045 p=,978	KW=,358 p=,836	KW=1,057 p=,589	KW=1,668 p=,434
Birlikte Yaşanan Aile Türü							
Çekirdek aile (n:47)	42,03	45,88	45,64	46,99	40,46	47,50	43,45
Geniş aile (n:30)	51,00	46,55	48,40	44,77	50,52	44,02	50,03
Yalnız (n:13)	45,35	41,69	38,31	41,81	52,15	41,69	42,46
Test ve p değeri	KW=2,227 p=,328	KW=,345 p=,842	KW=1,372 p=,504	KW=,482 p=,786	KW=3,748 p=,153	KW=,762 p=,683	KW=1,371 p=,504

Tablo 14'te hastaların çalışabilirlik durumu, sosyal güvencesi, sahip olunan çocuk sayısı ve birlikte yaşanan aile türüne göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Çalışan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,82, çalışmayan hastaların 47,34 olarak bulunmuştur. Çalışmayan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,517$). Çalışan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,00 çalışmayan hastaların ise 48,23 olarak bulunmuştur. Çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanı çalışmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,335$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışan hastalarda 45,45 ve çalışmayan hastalarda 45,56 olarak bulunmuştur. Çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanı çalışan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,984$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışan hastalar için 46,29 iken çalışmayan hastalar için 44,64 olarak bulunmuştur. Çalışan hastaların sıra ortalaması puanı çalışmayan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,753$). Çalışan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,11 çalışmayan hastaların ise 42,65 olarak bulunmuştur. Çalışan hastaların kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışmayan hastalardan daha yüksektir. Bulunan bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,319$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışan hastalarda 44,39 ve çalışmayan hastalarda ise 46,71 olarak bulunmuştur. Çalışmayan hastaların boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı çalışan hastalara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,649$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı çalışan hastalarda 44,32 ve çalışmayan hastaların 46,79 olarak bulunmuştur. Çalışmayan hastaların KİDÖ toplam puanı çalışan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,654$).

Sosyal güvencesi olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 42,35 iken sosyal güvencesi olmayan hastaların 56,53 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,030$). Sosyal güvencesi olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması 41,58 ve sosyal güvencesi olmayan hastaların ise 59,23 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,007$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt

boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalar için 44,79 ve sosyal güvencesi olmayan hastalar için ise 48,00 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan hastaların sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,625$). Sosyal güvencesi olan hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı 45,59 ve sosyal güvencesi olmayan hastaların ise 45,18 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların sıra ortalaması sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,947$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalarda 43,58 ve sosyal güvencesi olmayan hastalarda ise 52,23 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan hastaların sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalara göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı görülmemiştir ($p=,189$). Sosyal güvencesi olan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,22 iken sosyal güvencesi olmayan hastaların 39,48 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan hastaların sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olmayan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,205$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı sosyal güvencesi olan hastalar için 41,94 ve sosyal güvencesi olmayanlar için 57,98 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olmayan hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,015$).

Hiç çocuğu olmayan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 44,31, 1-2 çocuğa sahip hastaların 44,75 ve 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olan hastaların ise 50,73 olarak bulunmuştur. 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 1-2 çocuğa sahip olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,687$). Hiç çocuğu olmayan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik sıra ortalaması puanı 43,83, 1-2 çocuğa sahip olanların 49,83 ve 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip hastaların ise 44,23 olarak bulunmuştur. 1-2 çocuğa sahip olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,628$). Hiç çocuğu olmayan hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik sıra ortalaması puanı 41,30, 1-2 çocuğa sahip olan hastaların 57,06 ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların 41,23 olarak bulunmuştur. 1-2 çocuğa sahip olan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,039$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan hastalarda 45,29, 1-2 çocuğa sahip hastalarda 46,38, 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olan hastalarda ise 44,80 olarak bulunmuştur. 1-2 çocuğa sahip olan hastaların KİDÖ mali

konular sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 3 ve daha üzeri sayıda çocuğu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,978$). Hiç çocuğu olmayan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,56, 1-2 çocuğa sahip hastaların 45,44, 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların ise 42,00 olarak bulunmuştur. Hiç çocuğu olmayan hastaların sıra ortalaması 1-2 çocuğa sahip ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,836$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan hastalarda 43,27, 1-2 çocuğu olan hastalarda 47,71 ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalarda ise 49,53 olarak bulunmuştur. 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,589$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan hastalarda 43,19, 1-2 çocuğu olan hastalarda 51,38, 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalarda 43,97 olarak bulunmuştur. 1-2 çocuğu olan hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı hiç çocuğu olmayan ve 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,434$).

Çekirdek ailede yaşayan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 42,03, geniş ailede yaşayan hastaların 51,00 ve yalnız yaşayan hastaların 45,35 olarak bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,328$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 45,88, geniş ailede yaşayan hastaların 46,55, yalnız yaşayan hastaların ise 41,69 olarak bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,842$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan hastalarda 45,64, geniş ailede yaşayan hastalarda 48,40 ve yalnız yaşayan hastalarda ise 38,31 olarak bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,504$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı alt boyutu çekirdek ailede yaşayan hastalarda 46,99, geniş ailede yaşayan hastalarda 44,77 ve yalnız yaşayan hastalarda ise 41,81 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı geniş ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,786$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler sıra ortalaması puanı 40,46, geniş ailede yaşayan hastaların 50,52 ve yalnız yaşayan hastaların 52,15 olarak bulunmuştur.

Yalnız yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı çekirdek ailede ve geniş ailede yaşayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,153$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan hastalar için 47,50, geniş ailede yaşayan hastalar için 44,02 ve yalnız yaşayan hastalar için ise 41,69 olarak bulunmuştur. Çekirdek ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı geniş ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,683$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan hastalarda 43,45, geniş ailede yaşayan hastalarda 50,03 ve yalnız yaşayanlar için 42,46 olarak bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hastaların sıra ortalaması puanı çekirdek ailede yaşayan ve yalnız yaşayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,504$).

Tablo 15. Hastaların sigara, alkol, madde kullanımına göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Sigara, Alkol, Madde Kullanımı	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği						
	Otonomi Alt Boyutu	Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu	Bilişsel İşlevsellik Alt Boyutu	Mali Konular Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Boş Zaman Etkinlikleri Alt Boyutu	Toplam Puan
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması
Sigara Kullanımı							
Hiçbir zaman (n:18)	43,89	53,33	48,44	47,94	44,64	54,78	50,72
Bazen (n:19)	43,08	44,79	55,39	42,63	35,03	43,58	45,58
Sık sık (n:53)	46,92	43,09	40,95	45,70	49,55	43,04	43,70
Test ve p değeri	KW=,399 p=,819	KW= 2,146 p= ,342	KW= 4,613 p= ,100	KW= ,431 p= ,806	KW= 4,401 p= ,111	KW= 3,343 p= ,188	KW= ,973 p= ,615
Alkol Kullanımı							
Hiçbir zaman (n:44)	47,57	46,13	50,39	46,66	43,84	52,66	48,22
Bazen (n:35)	39,16	44,74	37,84	45,90	45,69	41,19	40,99
Sık sık (n:11)	57,41	45,41	50,32	39,59	51,55	30,59	49,00
Test ve p değeri	KW= 4,772 p= ,092	KW= ,056 p= ,972	KW= 4,978 p= ,083	KW= ,727 p= ,695	KW= ,778 p= ,678	KW= 9,218 p= ,010	KW= 1,720 p= ,423
Madde Kullanımı							
Evet (n:14)	46,71	39,04	48,68	36,79	43,21	40,04	42,00
Yok (n:76)	45,28	46,69	44,91	47,11	45,92	46,51	46,14
Test ve p değeri	MWU= 515,000 p= ,848	MWU= 441,500 p= ,306	MWU= 487,500 p= ,618	MWU= 410,000 p= ,153	MWU= 500,000 p= ,720	MWU= 455,500 p= ,356	MWU= 483,000 p= ,585

Tablo 15'te hastaların sigara, alkol, madde kullanımına göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,89, bazen sigara kullanan hastaların 43,08 ve sık sık sigara kullanan hastaların ise 46,92 olarak bulunmuştur. Sık sık sigara kullanan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,819$). Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik puanı alt boyutu sıra ortalaması 55,33, bazen sigara kullanan hastaların 44,79, sık sık sigara kullanan hastaların ise 43,09'dur. Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık sigara kullanan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,342$). Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,44, bazen sigara kullanan hastaların 55,39 ve sık sık sigara kullanan hastaların 40,95 olarak bulunmuştur. Bazem sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanı hiçbir zaman kullanmayan ve sık sık sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,100$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman sigara kullanmayan hastalar için 47,94, bazen sigara kullanan hastalar için 42,63 ve sık sık sigara kullanan hastalar için ise 45,70 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık sigara kullanan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,806$). Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı 44,64, bazen sigara kullanan hastaların 35,03 ve sık sık sigara kullanan hastaların 49,55 olarak bulunmuştur. Sık sık sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanı hiçbir zaman ve bazen sigara kullanan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,111$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman sigara kullanmayan hastalar için 54,78, bazen sigara kullanan hastalar için 43,58, sık sık sigara kullanan hastalar için ise 43,04 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık sigara kullanan hastaların sıra ortalaması puanından yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,188$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı hiçbir zaman sigara kullanmayan hastalar için 50,72, bazen sigara kullanan hastalar için 45,58 ve sık sık sigara kullanan hastalar için ise 43,70 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman sigara kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık sigara kullanan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,615$).

Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların KİDÖ otonomi sıra ortalaması puanı 47,57, bazen alkol kullanan hastaların 39,16 ve sık sık alkol kullanan hastaların ise 57,41 olarak bulunmuştur. Sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalaması puanı hiçbir zaman ve bazen alkol kullanan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,092$). KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman alkol kullanmayan hastalar için 46,13, bazen alkol kullanan hastalar için 44,74 ve sık sık alkol kullanan hastalar için ise 45,41 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık alkol kullanan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,972$). Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 50,39, bazen alkol kullanan hastaların 37,84 ve sık sık alkol kullanan hastaların ise 50,32 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,083$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman alkol kullanmayan hastalar için 46,66, bazen alkol kullanan hastalar için 45,90, sık sık alkol kullanan hastalar için ise 39,59 olarak bulunmuştur. Bazem alkol kullanan hastaların sıra ortalaması puanı hiçbir zaman kullanmayan ve sık sık alkol kullanan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,695$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı hiçbir zaman alkol kullanmayan hastalarda 43,84, bazen alkol kullanan hastalarda 45,69 ve sık sık alkol kullanan hastalarda ise 51,55 olarak bulunmuştur. Sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalaması hiçbir zaman alkol kullanmayan ve bazen alkol kullanan hastaların sıra ortalamasından daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,678$). Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı 52,66, bazen alkol kullanan hastaların 41,19 ve sık sık alkol kullanan hastaların ise 30,59 olarak bulunmuştur. Hiçbir zaman alkol kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,010$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı hiçbir zaman alkol kullanmayan hastalarda 48,22, bazen alkol kullanan hastalarda 40,99 ve sık sık alkol kullanan hastalarda ise 49,00 olarak bulunmuştur. Hiçbir zamana alkol kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı bazen ve sık sık alkol kullanan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,423$).

Madde kullanımı olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,71, madde kullanmayan hastaların ise 45,28 olarak bulunmuştur. Madde kullanımı olan

hastaların sıra ortalaması madde kullanımı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,848$). Madde kullanan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 39,04, madde kullanmayan hastaların ise 46,69'dur. Madde kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,306$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanımı olan hastalarda 48,68 madde kullanmayan hastalarda ise 44,91 olarak bulunmuştur. Madde kullanan hastaların sıra ortalaması puanı madde kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,618$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanmayan hastalarda 36,79 madde kullanan hastalarda ise 47,11 olarak bulunmuştur. Madde kullanan hastaların sıra ortalaması puanı madde kullanmayan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,153$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalar için 43,21 ve madde kullanmayan hastalar için 45,92 olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan hastaların sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,720$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalar için 40,04 ve madde kullanmayan hastalar için ise 46,51 olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı madde kullanan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,356$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalarda 42,00, madde kullanmayan hastalarda ise 46,14 olarak bulunmuştur. Madde kullanmayan hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı madde kullanan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,585$).

Tablo 16. Hastaların hastaneye yatışa karar verme durumu, ailede psikiyatrik öykü olma durumu ve son 1 yılda hastaneye yatış sayısına göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Hastaneye Yatışa Karar Verme Durumu, Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumu ve Son Yılda Hastaneye Yatış Sayısı	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği						
	Otonomi Alt Boyutu	Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu	Bilişsel İşlevsellik Alt Boyutu	Mali Konular Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Boş Zaman Etkinlikleri Alt Boyutu	Toplam Puan
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması
Hastaneye Yatışa Karar Verme Durumu							
Kendi istemiyle (n:26)	43,79	44,98	39,77	45,92	41,08	46,69	41,13
Kendi İstemi dışında (n:64)	46,20	45,71	47,83	45,33	47,30	45,02	47,27
Test ve p değeri	MWU=787,500 p=,687	MWU=818,500 p=,903	MWU=683,000 p=,182	MWU=821,000 p=,918	MWU=717,000 p=,303	MWU=801,000 p=,765	MWU=718,500 p=,312
Ailede Psikiyatrik Öykü Olma Durumu							
Var (n:46)	46,12	48,33	48,72	48,38	42,92	44,83	47,95
Yok (n:44)	44,85	42,55	42,14	42,49	48,19	46,20	42,94
Test ve p değeri	MWU:983,500 p=,815	MWU: 882,000 p=,287	MWU:864,000 p=,230	MWU:879,500 p=,261	MWU: 893,500 p=,336	MWU:981,000 p=,786	MWU:899,500 p=,364
Son 1 Yılda Hastaneye Yatış Sayısı							
1 kez (n:55)	43,44	40,88	41,64	43,54	42,05	41,19	40,32
1'den fazla sayıda (n:35)	48,74	52,76	51,57	48,59	50,93	52,27	53,64
Test ve p değeri	MWU=849,000 p=,340	MWU=708,500 p=,033	MWU= 750,000 p=, 077	MWU=854,500 p=,347	MWU=772,500 p=,114	MWU=725,500 p=,033	MWU=677,500 p=,018

Tablo 16’da hastaların hastaneye yatışa karar verme durumu, ailede psikiyatrik öykü olma durumu ve son 1 yılda hastaneye yatış sayısına göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,79, kendi istemi dışında yatan hastaların ise 46,20’dir. Kendi istemi dışında hastaneye yatan hastaların sıra ortalaması puanı kendi istemiyle yatan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=,687$). Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 44,98, kendi istemi dışında yatan hastaların sıra ortalaması puanı ise 45,71 olarak bulunmuştur. Kendi istemi dışında hastaneye yatan hastaların sıra ortalaması puanı kendi istemiyle yatan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,903$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı kendi istemiyle hastaneye yatan hastalarda 39,77 ve kendi istemi dışında hastaneye yatan hastalarda ise 47,83 olarak bulunmuştur. Kendi istemi dışında hastaneye yatan hastaların sıra ortalaması puanı kendi istemiyle yatan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,182$). Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı 45,92, kendi istemi dışında yatan hastaların ise 45,33’tür. Kendi istemiyle yatan hastaların sıra ortalaması puanı kendi istemi dışında hastaneye yatan hastaların sıra ortalamasından daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,918$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı kendi istemiyle yatan hastalar için 41,08 ve kendi istemi dışında hastaneye yatırılan hastalar için ise 47,30 olarak bulunmuştur. Kendi istemi dışında hastaneye yatırılan hastaların sıra ortalaması puanı kendi istemiyle yatan hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir ($p=,303$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı kendi istemiyle hastaneye yatan hastalarda 46,69, kendi istemi dışında hastaneye yatan hastalarda ise 45,02 olarak bulunmuştur. Kendi istemiyle yatan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,765$). Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı 41,13, kendi istemi dışında hastaneye yatan hastaların ise 47,27’dir. Kendi istemi dışında yatan hastaların sıra ortalaması daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,312$).

Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,12, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ise 44,85 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur

ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,815$). Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 48,33, psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ise 42,55 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların sıra ortalaması puanı, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,287$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalar için 48,72, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalar için ise 42,14 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların sıra ortalaması puanı psikiyatrik öyküsü olmayan hastalardan daha yüksektir ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,230$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalarda 48,38, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarda ise 42,49 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,261$). Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı 42,92, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların ise 48,19 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması daha yüksek bulunmuştur ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,336$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalarda 44,83, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarda ise 46,20'dir. Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalara göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,786$). KİDÖ toplam sıra ortalaması puanı ailede psikiyatrik öyküsü olan hastalarda 47,95, ailede psikiyatrik öyküsü olmayan hastalarda ise 42,94 olarak bulunmuştur. Ailede psikiyatrik öyküsü olan hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,364$).

Son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,44, son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların ise 48,74 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatışı olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastalar göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,340$). KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastalarda 40,88, son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatan hastalarda ise 52,76 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastalara göre daha yüksektir ve bu fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,033$). Son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 41,64, son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatışı olan hastaların ise 51,57 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatışı olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksektir ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=,077$). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastalarda 43,54, son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastalarda ise 48,59 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması daha yüksek bulunmuştur fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,347$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastalarda 42,05, son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların ise 50,93 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez yatışı olan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,114$). Son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı 41,19, son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların ise 52,27 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,033$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı son 1 yılda 1 kez hastaneye yatışı olan hastalarda 40,32, son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastalarda ise 53,64 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda 1'den fazla sayıda yatışı olan hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,018$).

Tablo 17. Hastaların başka hastanede tedavi olma durumu, EKT tedavisi görme durumu ve özkıyım girişimi durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği Sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması.

Hastaların Başka Hastanede Tedavi Olma Durumu, EKT Tedavisi Görme Durumu ve Özkıyım Girişimi	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği							Toplam Puan Sıra Ortalaması
	Otonomi Alt Boyutu	Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu	Bilişsel İşlevsellik Alt Boyutu	Mali Konular Alt Boyutu	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	Boş Zaman Etkinlikleri Alt Boyutu		
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	
Başka Hastanede Tedavi Olma Durumu								
Evet (n:39)	46,10	52,64	52,36	46,06	51,32	48,18	53,33	
Hayır (n:51)	45,04	40,04	40,25	45,07	41,05	43,45	39,51	
Test ve p değeri	MWU=971,000 p=,846	MWU=716,000 p=,021	MWU=727,000 p=,028	MWU=972,500 p=,851	MWU=767,500 p=,063	MWU=890,000 p=,356	MWU=689,000 p=,013	
EKT Tedavisi Görme Durumu								
Evet (n:39)	47,24	49,79	50,65	44,87	51,85	45,53	51,92	
Hayır (n:51)	44,58	43,25	42,80	45,83	42,16	45,48	42,13	
Test ve p değeri	MWU=860,500 p=,641	MWU=781,500 p=,252	MWU=755,000 p=,173	MWU=895,000 p=,862	MWU=717,500 p=,092	MWU=913,500 p=,993	MWU=715,500 p=,091	
Özkıyım Girişimi								
Evet (n:34)	43,50	47,79	48,18	49,25	48,22	44,99	49,32	
Hayır (n:56)	46,71	44,11	43,88	43,22	43,85	45,81	43,18	
Test ve p değeri	MWU=884,000 p=,565	MWU=874,000 p=,510	MWU=861,000 p=,446	MWU=824,500 p=,265	MWU=859,500 p=,438	MWU=934,500 p=,875	MWU=822,000 p=,279	

Tablo 17’de hastaların başka hastanede tedavi olma durumu, EKT tedavisi görme durumu ve özkıyım girişimi durumuna göre Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği sıra ortalaması puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,10, başka hastanede tedavi görmeyen hastaların ise 45,04 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi göre n hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,846$). Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 52,64, başka hastanede tedavi görmeyen hastaların ise 40,04 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görmeyenlere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=,021$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastalarda 52,36, başka hastanede tedavi görmeyen hastalarda ise 40,25 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görmeyen hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=,028$). Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı 46,06, başka hastanede tedavi görmeyen hastaların ise 45,07 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görmeyen hastalara göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,851$). KİDÖ kişilerarası alt boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastalarda 51,32, başka hastanede tedavi görmeyen hastalarda ise 41,05 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görenlere göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,063$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi gören hastalarda 48,18, başka hastanede tedavi görmeyen hastalarda ise 43,45 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi gören hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görmeyenlere göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,356$). Başka hastanede tedavi gören hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı 53,33, başka hastanede tedavi görmeyen hastaların ise 39,51 olarak bulunmuştur. Başka hastanede tedavi gören hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı başka hastanede tedavi görmeyenlere göre daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=,013$).

EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,24, EKT tedavisi görmeyen hastaların ise 44,58 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi gören

hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,641$). EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 49,79, EKT tedavisi görmeyen hastaların ise 43,25'tir. EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı EKT tedavisi görmeyen hastalara göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,252$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı EKT tedavisi gören hastalarda 50,65, EKT tedavisi görmeyen hastalarda ise 42,80 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı EKT tedavisi görmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur fakat fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,173$). EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı 44,87, EKT tedavisi görmeyen hastaların ise 45,83 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi görmeyen hastaların sıra ortalaması puanı EKT tedavisi görenlere göre daha yüksektir fakat fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p=,862$). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı EKT tedavisi gören hastalarda 51,85, EKT tedavisi görmeyen hastalarda ise 42,16 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı EKT tedavisi görmeyenlere göre daha yüksektir fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,092$). EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı 45,53, EKT tedavisi görmeyenlerin ise 45,48'dir. EKT tedavisi gören hastaların sıra ortalaması EKT tedavisi görmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,993$). Toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı EKT tedavisi gören hastalarda 51,92, EKT tedavisi görmeyen hastalarda ise 42,13 olarak bulunmuştur. EKT tedavisi gören hastaların KİDÖ toplam sıra ortalaması EKT görmeyen hastalardan daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,091$).

Özkıyım girişimi olan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı 43,50, özkıyım girişimi olmayan hastaların ise 46,71'dir. Özkıyım girişimi olmayan hastaların KİDÖ otonomi alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalardan daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=,565$). Özkıyım girişimi olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı 47,79, özkıyım girişimi olmayan hastaların ise 44,11 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olan hastaların KİDÖ mesleki işlevsellik sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=,510$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalarda 48,18, özkıyım girişimi olmayan hastalarda ise 43,88 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olan

hastaların KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olmayan hastalardan daha yüksektir fakat fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=,446). KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalarda 49,25, özkıyım girişimi olmayan hastalarda 43,22 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olan hastaların KİDÖ mali konular alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olmayan hastalara göre daha yüksektir fakat fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=,265). KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalarda 48,22, özkıyım girişimi olmayan hastalarda ise 43,85 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olan hastaların KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olmayanlara göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=,438). KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalarda 44,99, özkıyım girişimi olmayan hastalarda ise 45,81 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olmayan hastaların KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt boyutu sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olan hastalara göre daha yüksektir ancak fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=,875). Son olarak özkıyım girişimi olan hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı 49,32, özkıyım girişimi olmayan hastaların ise 43,18 olarak bulunmuştur. Özkıyım girişimi olan hastaların toplam KİDÖ sıra ortalaması puanı özkıyım girişimi olmayanlara göre daha yüksektir fakat bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür (p=,279).

Tablo 18. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanı arasındaki ilişki.

	Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	r değeri	p değeri
Aile desteği	r=0,456	p=0,000
Arkadaş desteği	r=0,309	p=0,003
Özel bir insan desteği	r=0,064	p=0,546
ÇBASDÖ toplam	r=0,347	p=0,001
Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği		
Otonomi	r=-0,123	p=0,25
Mesleki işlevsellik	r=-0,170	p=0,110
Bilişsel işlevsellik	r=-0,193	p=0,068
Mali konular	r=-0,079	p=0,459
Kişiler arası ilişkiler	r=-0,139	p=0,193
Boş zaman etkinlikleri	r=0,166	p=0,118
KİDÖ toplam	r=-0,198	p=0,061

Tablo 18’ de Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği Puanı arasındaki ilişki görülmektedir.

ÇBASDÖ aile desteği alt boyutu ile MTUÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($r=,456$ $p=0,000$). ÇBASDÖ arkadaş desteği alt boyutu ile MTUÖ puanı arasında ise yine pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,309$, $p=0,003$). ÇBASDÖ özel insan desteği alt boyutu ve MTUÖ toplam puanına bakıldığında ise ilişki saptanmamıştır ($r=0,064$ $p=0,546$). ÇBASDÖ toplam puanı ile MTUÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,347$, $p=0,001$). KİDÖ alt boyut puanları ve Morisky Tedavi Uyum ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde KİDÖ özerklik alt boyutu ve MTUÖ toplam puanı arasında ilişki görülmemiştir ($r=-0,123$, $p=0,25$). KİDÖ mesleki işlevsellik alt boyutu ile MTUÖ toplam puanı arasında ilişki bulunmamıştır ($r=-0,170$, $p=0,110$). KİDÖ bilişsel işlevsellik alt boyutu ve MTUÖ toplam puanına bakıldığında ilişki görülmemiştir ($r=-0,193$, $p=0,068$). KİDÖ mali konular alt boyutu ve MTUÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($r=-0,079$, $p=0,459$). KİDÖ kişiler arası ilişkiler alt boyutu ve MTUÖ toplam puanına bakıldığında ilişki olmadığı görülmektedir ($r=-0,139$, $p=0,193$). KİDÖ boş zaman etkinlikleri ve MTUÖ toplam puanı arasında da ilişki saptanmamıştır ($r=0,166$, $p=0,118$). Son olarak KİDÖ toplam puanı ve MTUÖ toplam puanı incelendiğinde de arasında ilişki bulunmamıştır ($r=-0,198$, $p=0,061$).

Tablo 19. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği regresyon analizi.

Model	B	SH	β	R ²	ΔR^2	p
Sabit	3,999	,380				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	,096	,020	,458	,210	,201	,000
Model 2						
Sabit	6,003	,578				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	,084	,018	,399	,351	,336	,000
Cinsiyet	-1,214	,280	-,381			
Model 3						
Sabit	7,002	,730				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	,079	,018	,378	,385	,364	,000
Cinsiyet	-1,266	,276	-,397			
Bir yıl içindeki yatış sayısı	-,606	,280	-,186			
Model 4						
Sabit	6,508	,755				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	,069	,018	,330	,415	,387	,000
Cinsiyet	-1,292	,271	-,405			
Bir yıl içindeki yatış sayısı	-,650	,275	-,199			
Gelir durumu	,480	,232	,179			

Tablo 19 ‘da Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Regresyon Analizi görülmektedir.

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği puanlarını etkileyen bipolar hastalarına ait değişkenler çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde, MTUÖ puanlarını etkileyen 4 farklı model elde edilmiştir.

Model 1 incelendiğinde, ÇBASDÖ aile alt boyutu varyansın %21,0'ini ve modelin genellenebilirliğinin %20,1'ini açıklamakta olup, modelde bipolar hastalarının aile sosyal destekleri morsiky puanlarını 0,096 birim arttırmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu MTUÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=,000$). ÇBASDÖ aile alt boyutunun 1 standart sapma birimi arttığı durumda, MTUÖ puanlarının 0,458 standart sapma birimi artacağı belirlenmiştir.

Model 2 incelendiğinde, ÇBASDÖ aile alt boyutu ve cinsiyet varyansın %35,1'ini ve modelin genellenebilirliğinin %33,6'sını açıklamakta olup, modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu, MTUÖ puanlarını 0,084 birim arttırmakta iken cinsiyet durumu 1,214 birim azaltmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu ve cinsiyet değişkenleri MTUÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=,000$). ÇBASDÖ aile alt boyutu 1 standart sapma birimi arttığı durumda, MTUÖ puanları 0,399 standart sapma birimi artacak olup, Cinsiyet değişkeni 1 standart sapma birimi azaldığı durumda, MTUÖ puanları -0,381 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir.

Model 3 incelendiğinde ÇBASDÖ aile alt boyutu, cinsiyet ve bir yıl içindeki yatış sayısı; varyansın %38,5'ini ve modelin genellenebilirliğinin %36,4 ünü açıklamakta olup, modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu, MTUÖ puanlarını 0,079 birim arttırmakta olup, cinsiyet 1,266 birim azaltmaktadır. Bir yıl içindeki yatış sayısı MTUÖ puanını 0,606 birim azaltmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu, cinsiyet ve bir yıl içindeki yatış sayısı değişkenleri MTUÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). ÇBASDÖ aile alt boyutu bir standart sapma birimi arttığı durumda, MTUÖ puanları 0,378 standart sapma birimi artacak olup, cinsiyet değişkeni 1 standart sapma birimi azaldığında, MTUÖ puanı -0,397 standart sapma birimi azalacağı görülmektedir. Bir yıl içindeki yatış sayısı değişkeni 1 standart sapma birimi azaldığında MTUÖ puanları -0,186 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir.

Model 4 incelendiğinde; ÇBASDÖ aile alt boyutu, cinsiyet, bir yıl içindeki yatış sayısı ve gelir durumu varyansın %41,5'ini ve modelin genellenebilirliğinin %38,7'sini açıklamakta olup, modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu, MTUÖ puanlarını 0,069 birim arttırmakta iken, cinsiyet durumu 1,292 birim azaltmaktadır. Bir yıl içindeki yatış sayısı MTUÖ puanlarını 0,650 birim azaltmaktayken, gelir durumu MTUÖ puanlarını 0,480 birim arttırmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu, cinsiyet, bir yıl içindeki yatış sayısı ve gelir durumu

MTUÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). ÇBASDÖ aile alt boyutu 1 standart sapma birimi arttığında MTUÖ puanını 0,330 standart sapma birimi arttıracak olup, cinsiyet değişkeni 1 standart sapma birimi azaldığında MTUÖ puanı -0,405 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir. Bir yıl içerisindeki yatış sayısı 1 standart birimi azaldığında, MTUÖ puanı -0,199 standart sapma birimi azalacak olup, gelir değişkeni 1 standart sapma birimi arttığında MTUÖ puanını 0,179 standart sapma birimi artacağı görülmektedir.

Tablo 20. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği regresyon analizi.

Model	B	SH	β	R ²	ΔR^2	p
Model 1						
Sabit	33,979	3,138				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	-,528	,165	-,325	,105	,095	,002
Model 2						
Sabit	959,992	295,889				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	-,591	,158	-,363	,197	,178	,000
Hastalık başlangıcı	-,460	,147	-,305			
Model 3						
Sabit	793,614	300,900				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	-,573	,156	-,352	,236	,209	,000
Hastalık başlangıcı	-,381	,149	-,253			
Başka hastanede tedavi	5,110	2,439	,205			
Model 4						
Sabit	751,581	295,443				
ÇBASDÖ aile alt boyutu	-,628	,155	-,386	,276	,241	,000
Hastalık başlangıcı	-,358	,146	-,237			
Başka hastanede tedavi	5,176	2,390	,208			
Alkol kullanımı	-2,246	1,051	-,202			

Tablo 20’de Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği regresyon analizi görülmektedir. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanlarını etkileyen bipolar hastalara ait değişkenler çoklu regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; KİDÖ puanlarını etkileyen 4 farklı model elde edilmiştir.

Model 1 incelendiğinde, ÇBASDÖ aile alt boyutu varyansın % 10,5’ini ve modelin genellenebilirliğinin % 9,5’ini açıklamaktadır. Modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu; KİDÖ puanını -0,528 birim azaltmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu puanı; KİDÖ puanının anlamlı şekilde yordamaktadır ($p= 0,002$). ÇBASDÖ aile alt boyutu 1 standart sapma birimi azaldığı durumda, KİDÖ puanı -0,325 standart sapma birimi azalacağı görülmektedir.

Model 2 incelendiğinde; ÇBASDÖ aile alt boyutu ve hastalık başlangıç yaşı varyansın %19,7’sini ve modelin genellenebilirliğinin %17,8’ini açıklamakta olup, modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu, KİDÖ puanlarının -0,591 birim azaltmaktadır. Hastalığın

başlangıç yaşı ise, KİDÖ puanının -0,460 birim azaltmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu ve hastalık başlangıç yaşı, KİDÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). Aile sosyal desteği 1 standart sapma birimi azaldığı durumda, KİDÖ puanı -0,363 standart sapma birimi azalacağı görülmektedir. Hastalık başlangıç yaşı 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ise KİDÖ puanı -0,305 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir.

Model 3 incelendiğinde, ÇBASDÖ aile alt boyutu, hastalık başlangıç yaşı ve başka hastanede tedavi olma durumu varyansın % 23,6'sını ve modelin genellenebilirliğinin %20,9'unu açıklamaktadır. Modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu, KİDÖ puanını -0,573 birim azaltırken, hastalık başlangıç yaşı KİDÖ puanını -0,381 birim azaltmaktadır. Başka hastanede tedavi olma durumu ise KİDÖ puanını 5,110 birim arttırmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu, hastalık başlangıç yaşı ve başka hastanede tedavi olma durumu KİDÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). ÇBASDÖ aile alt boyutu 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ÇBASDÖ aile alt boyutu KİDÖ puanı -0,352 standart sapma birimi azalacağı görülmektedir. Hastalık başlangıç yaşı 1 standart sapma birimi azaldığında, KİDÖ puanı -0,253 standart sapma birimi azalacaktır. Başka hastanede tedavi olma değişkeni 1 standart sapma birimi arttığı durumda ise KİDÖ puanı 0,205 standart sapma birimi artacağı belirlenmiştir.

Model 4 incelendiğinde; ÇBASDÖ aile alt boyutu, hastalık başlangıç yaşı , başka hastanede tedavi olma durumu ve alkol kullanımı varyansın %27,6'sını ve modelin genellenebilirliğinin %24,1'ini açıklamakta olup, modelde bipolar hastaların ÇBASDÖ aile alt boyutu, KİDÖ puanını -0,628 birim azaltmaktadır. Hastalık başlangıç yaşı KİDÖ puanını -0,358 birim azaltırken, başka hastanede tedavi olma durumu KİDÖ puanını 5,176 birim arttırmaktadır. Alkol kullanımı ise KİDÖ puanını -2,246 birim azaltmaktadır. ÇBASDÖ aile alt boyutu hastalık başlangıç, başka hastanede tedavi olma durumu ve alkol kullanımı KİDÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). Modelde ÇBASDÖ aile alt boyutu 1 standart sapma birimi azalırca, KİDÖ puanı -0,386 standart sapma birimi azalacaktır. Hastalık başlangıç yaşı değişkeni 1 standart sapma birimi azalırca KİDÖ puanı -0,237 standart sapma birimi azalacaktır. Başka hastanede tedavi olma durumu 1 standart sapma birimi arttığı durumda, KİDÖ puanı 0,208 standart sapma birimi artacak olup, alkol kullanımı değişkeni 1 standart sapma birimi azalırca KİDÖ puanı -0,202 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir.

Tablo 21. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği regresyon analizi.

Model	B	SH	β	R ²	ΔR^2	p
Model 1						
Sabit	25,394	6,773				
MTUÖ puanı	3,909	1,149	,343	,117	,107	,001
Model 2						
Sabit	43,684	9,287				
MTUÖ puanı	3,810	1,108	,334	,190	,171	,000
Medeni durum	-10,519	3,799	-,269			
Model 3						
Sabit	55,772	10,075				
MTUÖ puanı	3,251	1,092	,285			
Medeni durum	-10,340	3,674	-,264	,251	,225	,000
KİDÖ puanı	-,372	,141	-,253			
Model 4						
Sabit	48,509	10,326				
MTUÖ puanı	3,151	1,066	,276			
Medeni durum	-11,247	3,606	-,288	,296	,262	,000
KİDÖ puanı	-,463	,143	-,315			
Başka hastanede tedavi	8,070	3,511	,220			
Model 5						
Sabit	46,712	10,186				
MTUÖ puanı	2,789	1,063	,244			
Medeni durum	-13,475	3,714	-,344	,328	,287	,000
KİDÖ puanı	-,425	,142	-,289			
Başka hastanede tedavi	7,544	3,460	,206			
Eğitim durumu	4,349	2,174	,194			

Tablo 21’de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği regresyon analizi görülmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarını etkileyen bipolar bozukluk hastalarına ait değişkenler çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde; ÇBASDÖ puanlarının etkileyen 4 farklı model elde edilmiştir.

Model 1 incelendiğinde; MTUÖ puanı varyansın %11,7’sini ve modelin genellenebilirliğinin %10,7’sini açıklamakta olup, modelde bipolar bozukluğu olan hastaların MTUÖ puanı ÇBASDÖ puanını 3,909 birim arttırmaktadır. MTUÖ puanı ÇBASDÖ puanını anlamlı bir şekilde yordamaktadır (p=0,001). MTUÖ puanı 1 standart sapma birimi arttığı durumda ÇBASDÖ puanı 0,343 standart sapma birimi artacağı görülmektedir.

Model 2 incelendiğinde, MTUÖ ve medeni durum varyansın %19’unu ve modelin genellenebilirliğinin %17,1’ini açıklamaktadır. Modelde bipolar hastaların MTUÖ puanı ÇBASDÖ puanını 3,81 birim arttırırken, medeni durum ÇBASDÖ puanını -10,519 birim azaltmaktadır. MTUÖ ve medeni durum değişkeni ÇBASDÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır (p=0,000). MTUÖ puanı 1 standart sapma birimi arttığı durumda, ÇBASDÖ

puanı 0,334 standart sapma birimi artacak olup, medeni durum 1 standart sapma birimi azalrsa ÇBASDÖ puanı -0,269 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir.

Model 3 incelendiğinde; MTUÖ puanı, medeni durum ve KİDÖ puanı varyansın %25,1'ini ve modelin genellenebilirliğinin %22,5'ini açıklamakta olup, modelde bipolar hastaların MTUÖ puanı ÇBASDÖ puanını 3,251 birim arttırırken, medeni durum -10,340 birim azaltmaktadır. KİDÖ puanı, sosyal destek puanını -0,372 birim azaltmaktadır. MTUÖ puanı, medeni durum, ve KİDÖ puanı değişkenleri ÇBASDÖ puanını anlamlı bir şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). Modelde MTUÖ puanı değişkeni 1 standart sapma birimi arttığı durumda, ÇBASDÖ puanı 0,285 standart sapma birimi artacağı görülmektedir. Medeni durum 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ÇBASDÖ -0,264 standart sapma birimi azalacaktır. KİDÖ puanı değişkeni 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ise ÇBASDÖ puanı -0,253 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir.

Model 4 incelendiğinde MTUÖ, medeni durum, KİDÖ ve başka hastanede tedavi görme durumu varyansın %29,6'sını ve modelin genellenebilirliğinin %26,2'sin açıklamaktadır. Modelde bipolar hastaların MTUÖ puanı ÇBASDÖ puanını 3,151 birim arttırmaktadır. Medeni durum ÇBASDÖ puanını -11,247 birim azaltırken KİDÖ puanı ise ÇBASDÖ puanını -0,463 birim azaltmaktadır. Başka hastanede tedavi olma durumu ÇBASDÖ puanını 8,070 birim arttırmaktadır. MTUÖ puanı, medeni durum, KİDÖ puanı, başka hastanede tedavi olma durumu ÇBASDÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). MTUÖ puanı değişkeni 1 standart sapma birimi arttığı durumda ÇBASDÖ puanı 0,276 standart sapma birimi artacağı belirlenmiştir. Medeni durum 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ÇBASDÖ puanı -0,288 standart sapma birimi azalacağı görülmektedir. KİDÖ puanı 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ise ÇBASDÖ puanı -0,315 standart sapma birimi azalacak iken başka hastanede tedavi görme durumu 1 standart sapma birimi arttığı durumda ÇBASDÖ puanı 0,220 standart sapma birimi artacağı belirlenmiştir.

Model 5 incelendiğinde; MTUÖ puanı, medeni durum, KİDÖ puanı, başka hastanede tedavi ve eğitim durumu varyansın %32,8'ini ve modelin genellenebilirliğinin %28,7'sini açıklamaktadır. MTUÖ puanı ÇBASDÖ puanını 2,789 birim arttırırken medeni durum ÇBASDÖ puanını -13,475 birim azaltmaktadır. KİDÖ puanı ÇBASDÖ puanını -0,425 birim azaltmakta iken, başka hastanede tedavi görme durumu ÇBASDÖ puanını 7,544 birim arttırmaktadır. Eğitim durumu ise ÇBASDÖ puanı 4,349 birim arttırmaktadır. MTUÖ puanı, medeni durum, KİDÖ puanı, başka hastanede tedavi ve eğitim durumu ÇBASDÖ puanını anlamlı şekilde yordamaktadır ($p=0,000$). MTUÖ puanı 1 standart sapma birimi arttığı durumda ÇBASDÖ puanı 0,244 standart sapma birimi artacağı görülmektedir. Medeni durum

1 standart sapma birimi azaldığında ÇBASDÖ puanı -0,344 standart sapma birimi azalacağı belirlenmiştir. KİDÖ puanı 1 standart sapma birimi azaldığı durumda ÇBASDÖ puanı -0,289 standart sapma birimi azalırken, başka hastanede tedavi görme durumu 1 standart sapma birimi arttığı durumda, ÇBASDÖ puanı 0,206 standart sapma birimi artacağı görülmektedir. Eğitim durumunun 1 standart sapma birimi arttığı durumda işe, ÇBASDÖ puanı 0,194 standart sapma birimi artacaktır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, akut psikiyatri kliniklerinde bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Tartışma bölümü, 1. Hastaların İlaç Uyumuna İlişkin Bulguların Tartışılması, 2. Hastaların Sosyal Desteğine İlişkin Bulguların Tartışılması, 3. Hastaların Sosyal İşlevselliğine İlişkin Bulguların Tartışılması, 3. İlaç Uyumunun Sosyal Destek ve Sosyal İşlevsellik ile İlişkisinin Tartışılması başlıkları altında sunulmuştur.

5.1. Hastaların İlaç Uyumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların %48,9'unun ilaç uyumunun düşük olduğu, %27,8'inin ilaç uyumunun orta düzeyde olduğu ve %23,3'ünün de ilaç uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Uluslararası yayınlara bakıldığında Sajatovic ve arkadaşları (2007) lityum ve antikonvülsan kullanan bipolar hastaların ilaç uyumlarını ilaçların kandaki yoğunluklarına bakarak değerlendirmiş ve hastaların %54,1'inin ilaç tedavisine tamamen uyumlu, %45,9'unun kısmen uyumlu veya uyumsuz olduğunu bulmuştur (Sajatovic ve ark, 2007). Copeland ve arkadaşlarının (2008) bipolar bozukluğu olan gazilerle yaptıkları çalışmalarında tedavi uyumsuzluğu oranı % 46 olarak bildirilmiştir (Copeland ve ark, 2008). Mahaye ve arkadaşlarının (2012) MTUÖ ölçeğini kullandıkları çalışmalarında ise orta %50,6'sının orta ve %12,6'sının yüksek arasında değişen ilaca uyum seviyeleri bulunduğu görülmektedir (Mahaye ve ark, 2012). Razali ve Yusoff'un (2014) çalışmasında ise hastaların %51' inin tedaviye uyumsuz olduğu belirtilmiştir (Razali ve Yusoff, 2014). İlgili literatür incelendiğinde; ülkemizde Yılmaz (2004) psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumunu araştırdığı çalışmasında hastaların antipsikotik ilaçlara uyumu incelemiştir ve MTUÖ ölçeğini kullanmıştır, Yılmaz çalışmasında hastaların %47,9'unun ilaç uyumlarının yüksek, %43,6'sının uyumlarının ise orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (Yılmaz, 2004). Harkin'ın (2009) bipolar bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyumunun artırılması için psikoeğitimsel modelin etkinliğini araştırdığı çalışmasında bipolar bozukluk tanısı olan 63 hastanın tedaviye uyumu MARS ölçeği ile değerlendirmiş ve tedaviye uyumsuzluk oranı %63,5 bulunmuştur (Harkin, 2009). Kelleci ve Ata'nın (2011) çalışmasında psikiyatri

kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumu değerlendirilmiştir ve hastaların ilaç uyumlarının, %20'sinin iyi, %48.6'sının orta ve %31.4'ünün kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Kelleci ve Ata, 2011). Karadağ ve arkadaşlarının (2012) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda çoklu antipsikotik ilaç kullanımının yatış ve ayaktan izlem dönemlerinde karşılaştırılması yapılmıştır ve hem yatan hem de ayaktan hasta gruplarında ilaç tedavi uyumunun anlamlı olarak düşük olduğu belirtilmiştir (Karadağ ve ark, 2012). Yılmaz ve Buzlu'nun (2012) antipsikotik kullanan ve ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri, ilaç uyumu ve aralarındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında ise hastaların ilaç uyumunun %47,9'unda yüksek, %43,6'sında orta düzeyde, %8,5'inin düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Yılmaz ve Buzlu, 2012). Aksoy ve Kelleci'nin (2013) bipolar hastalarda ilaç uyumunun stresle başetme ve sosyal destekle ilişkisini inceleyen çalışmasında ise hastaların ilaç uyumu MTUÖ ile değerlendirilmiş ve hastaların %55,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu, %44,7'sinin ilaç tedavisine tamamen uyumlu, %39,3'ünün kısmen uyumlu, %16'sının ise tamamen uyumsuz olduğu saptanmıştır (Aksoy ve Kelleci, 2013). Bahar'ın (2013) duygudurum düzenleyici kullanan hastaların kan düzeyi ölçümleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında ise tedavi uyumu MTUÖ ölçeği ile değerlendirilmiştir ve hastaların %32,2'sinin ilaç uyumu yüksek düzeyde, %40,7'sinin ilaç uyumu orta düzeyde ve %27,1'inin ilaç uyumu ise düşük düzeyde bulunmuştur (Bahar, 2013). Karaaytuğ'un (2015) bipolar bozukluk tanılı hastaların kontrol ve tedavi uyumunun değerlendirildiği çalışmasında hastaların tedavi uyumu MTUÖ ile değerlendirilmiştir ve hastaların %36,5'inin tedaviye uyum oranı düşük, %34,1'inin tedaviye uyum oranı orta, %29,4'ünün tedaviye uyum oranı yüksek düzeyde bulunmuştur (Karaaytuğ, 2015). Kılınç'ın (2015) psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda sosyal desteğin etkisini inceleyen çalışmasında MTUÖ ölçeği ile hastaların tedavi uyumları değerlendirilmiştir ve %50,9'unun tedaviye uyumlu, %34,6'sının orta düzeyde uyumlu ve %14,5'inin uyumsuz olduğu saptanmıştır (Kılınç, 2015). Alpak ve arkadaşlarının (2015) Psikiyatri polikliniğine ilk başvurusu olan hastaların tedavi uyumunu araştırdığı çalışmasında hastaların %25'inde ilaç uyumunun düşük olduğu, %42,3'ünün orta düzeyde olduğu ve %32,7'sinin yüksek düzeyde ilaç uyumunun olduğu belirtilmiştir (Alpak ve ark, 2015). Yıldız ve Ünal'ın (2017) bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsünün ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisini araştıran çalışmasında ise hastaların ilaç/tedavi uyumu MTU ile değerlendirilmiştir ve hastaların %38,2'sinin tam uyumlu iken, %61,8'i uyumsuz olarak saptanmıştır (Yıldız ve Ünal, 2017). Özdemir ve arkadaşlarının (2018) remisyonadaki şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında tedavi uyumunun iç görü ve yaşam kalitesi ile ilişkisini

araştıran çalışmasında hastaların tedavi uyumu MARS ölçeği ile değerlendirilmiştir ve hastaların %87,3'ünün tedaviye uyumlu olduğu, %12,7'sinin tedaviye uyumsuz olduğu görülmüştür (Özdemir ve ark, 2018). Yapılan çalışmalar tedavi uyumunun önemine dikkat çekmektedir. Hastaların ilaç/tedavi uyumları için yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin ayaktan takip hastaları ve poliklinik hastaları gibi farklı örneklem gruplarında çalışmaların yapılması nedeniyle olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada ise hastaların yalnızca yaklaşık dörtte birinden azının tedavi uyumunun yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonucun hastaların ilaç uyumlarının yetersiz olduğunu göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada olduğu gibi başka çalışmalarda da sosyodemografik değişkenler ile ilaç/tedavi uyumu araştırılmıştır. Bu çalışmada kadın hastaların ilaç uyumu daha yüksek bulunmuştur. Sajatovic ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında cinsiyetin tedaviye uyumda önemli bir faktör olmadığı belirtilmiştir (Sajatovic ve ark, 2009). Ülkemizde de Savaş, Ünal ve Virit'in (2011) bipolar bozuklukta tedavi uyumunu araştıran çalışmasında kadın hastaların tedavi uyumu erkek hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Savaş ve ark, 2011). Bahar'ın (2013) çalışmasında ise kadın hastaların MTUÖ puan ortalamaları erkek hastalara oranla daha düşük bulunmuştur. Araştırmalar farklı sonuçlar olduğunu göstermektedir ve bu araştırma Savaş ve arkadaşlarının çalışmasını desteklemektedir.

Bu çalışmada obez hastaların, MTUÖ puan ortalamaları normal kilolu ve fazla kilolu hastalardan daha yüksek bulunmuştur. İlaçların yan etkisi olarak meydana gelen metabolik sendromun fazla kiloya sebep olduğu bilinmektedir. Duygudurum düzenleyicilerden valproik asit, karbamazepin ve lityum kilo alımını arttırmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). İlaçlara uyumu yüksek hastalarda da metabolik sendrom görülme olasılığı fazla olabileceği düşünülmektedir bu sebeple de ilaçlara uyumu fazla olan hastaların obez hastalar olduğu düşünülmüştür. Konuyla ilgili literatüre bakıldığında Amerikan Diyabet Derneği ve Amerikan Psikiyatri Derneği, Amerika Klinik Endokrinologlar Derneği ve Kuzey Amerika Obezite Araştırmaları Derneği bipolar bozukluğun tedavisinde de kullanılan antipsikotiklerin obeziteye yol açtığına ilişkin kanıtlar olduğunu bildirmiştir (Amerika Diyabet Derneği, 2004). Yumru ve arkadaşlarının (2008) iki uçlu bozuklukta metabolik sendrom, serum leptin düzeyleri ve tedavi ilişkisini inceleyen bir çalışmada iki uçlu bozukluk hastalarında yüksek oranda metabolik sendrom görüldüğü ve metabolik sendrom varlığının atipik antipsikotik kullanımı ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür (Yumru ve ark, 2008). İki uçlu duygudurum bozukluğunda metabolik sendrom sıklığını araştıran bir başka çalışmada

hastaların BKİ ve ilaç kullanım süreleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (Yıldız, Turan ve Beşirli, 2011).

Bu araştırmada hastaların medeni durumu ile ilaç/televi uyumunu etkilemediği görülmektedir. Sajatovic ve arkadaşları ise (2007) tedavi uyumsuzluğunun bekâr hastalarda daha fazla olduğunu bildirmiştir (Sajatovic ve ark, 2007). Bahar'ın (2013) çalışmasında da tedavi uyumunun medeni durum ile ilişkisi saptanmamıştır (Bahar, 2013). Bahar'ın bulguları bu çalışmadaki bulguları desteklemektedir.

Bu çalışmada üniversite mezunlarının MTUÖ sıra ortalaması puanı ilkokul ve lise mezunu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Uluslararası yayınlara bakıldığında Bates ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında ise düşük eğitim seviyesi olan hastaların tedaviye daha fazla uyumsuzluk gösterdiği saptanmıştır (Bates ve ark, 2010). Col ve arkadaşlarının (2014) 78 hastayla yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça tedaviye uyumun başlangıçta arttığı, daha sonra azaldığı belirtilmiştir (Col ve ark, 2014). Tunca ve Hancıoğlu' nun 628 hastayla yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek ve sosyo-ekonomik durumu iyi olan hastaların tedaviye düzenli devam ettikleri belirtilmiştir (Tunca ve Hancıoğlu, 1993). Savaş ve arkadaşları (2011) çalışmalarında tedaviye uyumsuz grubun eğitim düzeyini daha düşük saptamışlardır (Savaş ve ark, 2011). Bahar'ın (2013) çalışmasında ise ilkokul ve yükseköğrenim düzeyindeki hastaların tedaviye uyum puanları daha yüksek bulunmuştur (Bahar, 2013). Genel olarak eğitim seviyesi arttıkça tedavi uyumunun da arttığı görülmektedir. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar literatürle uyum göstermektedir.

Bu araştırmada çalışabilirlik durumunun ilaç uyumunu etkilemediği görülmektedir. Savaş ve arkadaşları (2011) da çalışmalarında tedavi uyumu ile çalışma durumu arasında anlamlı fark olmadığını bildirmişlerdir. Gürmen (2018) çalışmasında çalışan hastaların tedavi uyum puanlarının yüksek çıkmasına rağmen anlamlı olmadığını ifade etmiştir (Gürmen, 2018).

Bu çalışmada geliri giderden fazla olan hastaların MTUÖ sıra ortalaması puanı daha yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde Üstünsoy ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmaya göre ekonomik güçlükler nedeniyle ilaç kullanımının ve kontrollerin aksaması tedaviye uyumun bozulmasına neden olabildiği belirtilmiştir (Üstünsoy ve ark, 2003). Kılınç'ın (2015) çalışmasında gelir durumu düşük seviyede olan hastaların tedaviye uyumu düşük bulunurken, orta ve yüksek seviyede gelir düzeyine sahip hastaların tedaviye uyumu daha yüksek bulunmuştur (Kılınç, 2015). Bu araştırmadaki bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu araştırmada hastaların sosyal güvencesinin olmasının ilaç uyumunu etkilemediği görülmektedir. Hastaların sosyal güvencesinin olmaması hastaların ilaçlara ulaşmasını etkileyebileceği ve bu durumun da ilaç uyumunu olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür. İlgili literatür incelendiğinde sosyal güvence ve ilaç uyumu ile ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak Dikeç ve Kutlu'nun (2014) bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi için yaptığı çalışmada sosyal güvence ile tedavi uyumu arasında anlamlı fark bulunmadığını ifade etmişlerdir (Dikeç ve Kutlu, 2014).

Bu araştırmada sahip olunan ocuk ile ilaç/tedavi uyumunu etkilemediği görülmektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde sahip olunan ocuk sayısı ve ilaç uyumu ile ilişkili çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırmada birlikte yaşanan aile türü ve ilaç uyumunu etkilemediği görülmektedir. Literatürde birlikte yaşanan aile türü ve ilaç uyumunu inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada hastaların sigara kullanımı ilaç uyumu açısından anlamlı fark ifade etmezken, alkol ve madde kullanımının ilaç uyumunu etkilediği görülmüştür. Hiçbir zaman alkol ve madde kullanımı olmayan hastaların tedavi uyumu puanı daha yüksek bulunmuştur. Bahar'ın (2013) alışmasında alkol ve madde kullanımı ile tedavi uyumu arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (Bahar, 2013). Sajatovic ve arkadaşları (2007) alkol ve madde kullanımı tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak bildirilmektedir (Sajatovic ve ark, 2007). Bates ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışma da bunu desteklemektedir (Bates, 2010). Araştırmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların hastaneye yatış ve tedavi deneyimlerine göre ilaç/tedavi uyumlarının değiştiği görülmektedir. Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların ilaç/tedavi uyumları daha fazladır. Bahar'ın (2013) alışmasında kendi isteğiyle takip ve muayenelerini sürdüren hastaların ilaç/tedaviye uyumları daha iyi olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı görülmektedir (Bahar, 2013). Kontrollerine düzenli olarak gelen hastaların tedaviye uyumlu olduğu bildirildiğinden, bu hastaların takipleri sırasında yatma kararının da verilebileceğini söylemek mümkündür.

Bu araştırmada hastaların ailesinde psikiyatrik öyküsünün olma durumu ilaç/tedavi uyumunu etkilemediği görülmüştür. Savaş ve arkadaşlarının (2011) alışmasında ailede psikiyatrik hastalık bulunma durumunun tedaviye uyumu etkilemediği belirtilmiştir (Savaş ve ark, 2011). Bahar'ın (2013) alışmasında da ailede psikiyatrik öykünün varlığı ile tedaviye uyum arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Bahar, 2013). Elde edilen bulgular ilgili çalışmalarla uyum göstermektedir.

Bu araştırmada son 1 yılda yatış sayısı az olan hastaların tedavi uyumları daha fazla olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili literatüre bakıldığında Tel ve arkadaşlarının (20 hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumunu inceledikleri çalışmada yılda 2 kez hastaneye yatışı olan hastaların tedaviye uyum sorunu olduğunu belirtmişlerdir (Tel ve arkadaşları, 2010). Yatış sayısının az olması hastanın atak sayısının az olduğunu düşündürmektedir bunun da düzenli ilaç kullanımıyla ilişki olabileceği düşünülmüştür. Başka hastanede tedavi görme durumunun ise ilaç uyumunu etkilemediği görülmektedir.

Bu araştırmada EKT tedavisi görmeyen hastaların tedavi uyumları daha fazla olduğu görülmüştür. EKT tedavisi tedaviye dirençli hastalarda etkili bir tedavi seçeneğidir (Zeren Tamam ve Evlice, 2003). Düzensiz ilaç kullanımı tekrarlayan ataklara ve tedaviye direnç oluşturmaktadır. Bu nedenle düzenli ilaç kullanımı olan hastalarda EKT tedavisine ihtiyaç duyulmayacağı düşünülmüştür.

Bu araştırmada özkıyım girişiminde bulunuyor olmak hastaların ilaç/tedavi uyumlarında etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Hong ve arkadaşlarının (2011) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptığı bir çalışmada özkıyım girişimi oranlarının tedaviye uyumsuz hastalarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Hong ve ark, 2011). Bahar'ın çalışmasında da, özkıyım girişimi öyküsü ile tedaviye uyum arasında ilişki incelendiğinde özkıyım girişimi öyküsünün tedavi uyumu ile ilişkisi bulunmadığı görülmektedir (Bahar, 2013). Sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre ise ilaç uyumunu etkileyen 4 farklı model elde edilmiştir. Model 1'de ÇBASDÖ aile alt boyutu, Model 2'de ÇBASDÖ aile alt boyutu ve cinsiyet, Model 3'te ÇBASDÖ aile alt boyutu, cinsiyet ve bir yıl içindeki yatış sayısı, Model 4'te ise ÇBASDÖ aile alt boyutu, cinsiyet ve bir yıl içindeki yatış sayısı ve gelir durumunun ilaç uyumu puanını etkilediği görülmüştür.

5.2. Hastaların Sosyal Desteğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyal destek bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyen bir ihtiyaçtır (Muslu, 2010). Sosyal destek ve ilişkilerin hastalar tarafından destekleyici olarak algılanması psikiyatrik hastalıkların tedavisi ve hastalığın seyrinde önemli bir yere sahiptir (Bahar, 2013).

Bu araştırmada ÇBASDÖ toplam puanları ve aile alt boyutundaki sosyal destek puan ortalamaları ile tedavi uyumu arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca hastaların

sosyal desteği arttıkça tedavi uyumlarının da artmakta olduğu görülmüştür. Uluslararası yayınlara bakıldığında Hays ve arkadaşlarının (1997) 354 hastayla yaptıkları vaka kontrol çalışmasında sosyal destek ve fiziksel sağlığın, majör depresyon hastalarında tedaviye uyumu arttırarak, hastalığının kronikleşmesine engel olduğu belirtilmiştir (Hays ve ark, 1997). Langeland ve Wahl' ın (2009) 107 hastayla yaptığı çalışmaya göre sosyal destek kalitesi, özellikle bakım verenlerin olması ve sosyal etkileşim ile mental hastalığı bulunan hastaların tedaviye uyumu arasında olumlu gelişmeler tespit edildiği belirtilmiştir (Langeland ve Wahl, 2009). Ülkemizde Ebrinç ve arkadaşlarının 42 erkek hasta ve birinci derece hasta yakınları ile yaptığı çalışmada hasta yakınlarının tedaviye uyumsuzluğun nedeni olarak aile ve çevreyi gördüklerini saptamıştır. Bu durum ilaç/tedavi uyumunun sosyal destek ile ilişkisini desteklemektedir (Ebrinç ve ark, 2001). Bahar'ın (2013) alışmasında ÇBASDÖ toplam puan ve aile alt boyutundaki sosyal destek puanları yükseldikçe tedavi uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır (Bahar, 2013). Kılınç'ın (2015) alışmasında sosyal destek leği alt boyutlarından aile, özel kişi ve arkadaş desteği arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Kılınç, 2015). Aksoy ve Kelleci'nin (2016) alışmasında ise sosyal desteğin ilaç uyumuna etkisi olmadığı grlmştir (Aksoy ve Kelleci). Bu sonuçların araştırmanın örneklemine oluşturan hastaların klinikte tedavi olan hastalar değil hastaların evlerinde ve kendilerine telefon ile ulaşılmış olması ile ilişkili olabileceği dşnlmştir. Sonuçta, çalışmaların tamamına yakını, sosyal desteğin ilaç uyumunu olumlu bir Şekilde etkilediğini göstermektedir. Bu araştırmadaki sonuç da literatürle uyum göstermektedir.

Bu araştırmada cinsiyetin çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarını ve toplam puanını etkilemediği görülmektedir. Kök'n (2014) psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal desteği incelediği çalışmasında cinsiyet ve sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (Kök, 2014). Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisini inceleyen başka bir çalışmada kadınların ÇBASDÖ arkadaş, özel bir insan ve toplam puanları erkeklerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu bildirilmiştir (alışkan, 2019). Kocakahya'nın (2019) Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunu inceleyen çalışmasında hastaların cinsiyetlerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek leğinin aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır (Kocakahya, 2019). Çalışkan (2019)'un çalışması dışında Kök'n ve Kocakahya'nın çalışması bu araştırmada elde edilen sonuçlarla uyum göstermektedir.

Bu araştırmada obez hastaların aile sosyal desteğinin daha yüksek olduğu görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde bipolar hastaların beden kitle indeksi ve sosyal desteği inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır ancak zkoca'nın obez hastalarla yaptığı bir çalışmada BKİ si 35-39,9 arasında olan hastaların aile sosyal desteği daha yüksek bulunmuştur (zkoca, 2018). Hastaların bipolar bozukluk tedavisinde kullandıkları ilaçların kilo artışına neden olduğu bilinmektedir. Yeterli sosyal desteği olan hastaların ilaç uyumunun da yüksek olduğu düşünüldüğünden aile sosyal desteği fazla olan hastaların ilaç uyumunun yüksek olduğu ve buna bağlı da kilosu fazla hastalar olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada evli hastaların hem aile sosyal desteği hem de toplam sosyal desteği daha fazladır. Benzer şekilde Albal ve Kutlu'nun (2010) depresyon ve bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptığı bir başka çalışmada da bekar olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin evli olanlara oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Albal ve Kutlu, 2010). Kılınç'ın (2015) psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada evli olan hastaların bekrlara göre aile desteği alt boyutunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kılınç, 2015). Kocakahya'nın (2019) psikiyatri hastalarında tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunu inceleyen çalışmasında boşanmış ve dul hastalarda çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Evli olan hastaların aile ortamında yaşamaları veeşlerinden ya da çocuklarından bekarlara oranla daha fazla destek gördüğünü göstermektedir. Bunun sonucunda da hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma ve yapılan diğer çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir.

Bu araştırmada eğitim düzeyinin sosyal destek düzeyini etkilemediği görülmektedir. Sarı ve arkadaşlarının (2011) hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelediği çalışmada hastaların eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanların algıladıkları sosyal desteğin, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ve hastaların aile sosyal desteği daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Sarı ve ark, 2011). Çalışkan'ın (2019) ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisini inceleyen çalışmasında eğitim durumuna göre grupların ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığını belirtilmiştir (alışkan, 2019). Kocakahya'nın psikiyatri hastalarında tedaviye uyum sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunu inceleyen çalışmasında (2019) ilkokul mezunu hastaların sosyal destek puanlarının düşük olduğu görülmektedir (Kocakahya, 2019).

Bu araştırmada çalışmayan hastaların aile alt boyutu sıra ortalaması puanı çalışmayan hastaların sıra ortalaması puanından daha yüksek bulunmuştur. Ancak alışan ve çalışmayan hastaların puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bahar'ın (2013) alışmasında çalışan hastaların tüm sosyal destek alt ölçeklerinden aldıkları puanlar yüksek olmakla birlikte; ÇBASDÖ Arkadaş ÇBASDÖ zel alt leği ve ÇBASDÖ toplam puanları ile ilişki saptanmış olduğu belirtilmektedir. Kocakahya'nın (2019) alışmasında hastaların çalışma durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, çalışan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Kocakahya, 2019). Bu araştırma çalışan ve çalışmayan hastaların ÇBASDÖ puan ortalamalarındaki anlamlı farkın olmayışı, diğer araştırmalarla örneklem büyüklüğünün farklı olması ile açıklanabilmektedir.

Bu araştırmada geliri giderden fazla olan hastaların da aile sosyal desteği yüksek bulunmuştur. Kök'n çalışmasında (2014) ekonomik durumunu kötü olarak algılayanların hastaların algılanan sosyal destek düzeyi, iyi olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde yapılan diğer bir çalışmada ekonomik durumu kötü olan hastaların sosyal desteğinin daha az olduğu belirtilmiştir (Albal ve Kutlu, 2010). Kocakahya (2019) alışmasında ekonomik durumu iyi olan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puanlarının ekonomik durumu kötü olan hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Kocakahya, 2019). Araştırma bulguları literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada sosyal güvence varlığı, sosyal destek toplam puanı ve alt ölçekleri sıra ortalaması puanları ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde ise herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada sahip olunan ocuk sayısı 3 ve daha fazla olan hastaların aile sosyal desteğinin yüksek olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili literatüre bakıldığında ilgili çalışmalara rastlanmamıştır ancak birlikte yaşanan aile türü ile ilgili çalışmalarda aile ortamında yaşayan hastaların parçalanmış bir ailede yaşayan ya da yalnız yaşayan hastalara göre sosyal destek puanı daha yüksek olduğu görülmektedir (Kök, 2014; alışkan, 2019; Kocakahya, 2019).

Bu araştırmada çekirdek ailede yaşayan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kök'n çalışmasında (2014) birlikte yaşanan kişiye göre hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve yalnız yaşayan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamaları, eş ve çocuğu ile yaşayanlara oranla daha düşük olduğu belirtilmiştir (Kök, 2014). Kocakahya'nın (2019) alışmasında parçalanmış aileye sahip hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek,

puanlarının çekirdek ve geniş aileye daha düşük olduğu belirlenmiştir (Kocakahya, 2019). Literatürde aile tipleri değişkeninin sosyal desteğe etkisinin incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada sigara, alkol ve madde kullanımının sosyal desteği etkilememekte olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Avşar ve arkadaşlarının (2016) Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısını inceledikleri çalışmalarında hastaların aileden alınan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları ile medeni hal arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Avşar ve ark, 2016).

Bu araştırmada kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kök'ün (2014) çalışmasına göre ise hastaneye kendi istemiyle gelen hastalara oranla kendi istemi dışında gelen hastaların sosyal destek puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Kök, 2014). Bu araştırma Kök'ün çalışmasıyla uyum göstermektedir.

Bu araştırmada hastaların ailesinde psikiyatrik öykünün olması sosyal desteği etkilemediği görülmektedir. Çalışkan'ın (2019) çalışmasında da ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne göre yapılan grupta ÇBASDÖ toplam ve alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirilmiştir (Çalışkan, 2019).

Bu araştırmada son 1 yılda yatış sayısı ile ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam boyutu arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Kök'ün (2014) çalışmasında ise psikiyatri servisine 10 kez ve üstü yatan hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları, 1 kez ve 2-5 kez yatan hastalarından anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur (Kök, 2014). Çalışkan'ın (2019) araştırmasında hastaneye yatış sayısına bakıldığında ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları ile arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı görülmektedir.

Bu araştırmada başka hastanelerde tedavi olma ve EKT tedavisi görme ile sosyal destek arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde de ilgili çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırmada özkıyım girişimi olmayan hastaların özel bir insan desteğinin daha fazla olduğu görülmüştür. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Tel ve Uzun'un (2003) intihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumlarını inceleyen çalışmasında hastaların ailesiyle birlikte yaşayanlarda özel birisinin desteğinin fazla olduğu belirtilmiştir (Tel ve Uzun, 2003). Bu sonuçlarda özkıyım girişimi olmayanların daha fazla özel insan desteğine sahip olduğu sonucumuzu desteklemektedir.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre ise sosyal destek puanını etkileyen 5 farklı model elde edilmiştir. Model 1’de Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği puanı, Model 2’de Morisky Tedavi Uyumu Ölçeği puanı ve medeni durum, Model 3’te Morisky Tedavi Uyumu Puanı, medeni durum ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanı, Model 4’te Morisky Tedavi Uyumu Puanı, medeni durum, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanı ve başka hastanede tedavi olma durumu, Model 5’te ise Morisky Tedavi Uyumu Puanı, medeni durum, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanı, başka hastanede tedavi olma durumu ve eğitim durumunun sosyal destek puanını etkilediği görülmektedir.

5.3. Hastaların Sosyal İşlevselliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bipolar bozukluğun yetiyitimine sebep olduğu bilinmektedir (Murray ve Lopez, 1997) ve hastaların işlevselliğinin artırılmasının tedavi uyumuyla mümkün olacağı düşünülmüştür. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; Michalak ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışma sonucunda bipolar bozukluğun yüksek oranda mesleki/iş işlevselliği üzerine negatif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (Michalak ve ark, 2007). Rosa ve arkadaşlarını yaptığı (2009) ötimik durumdaki bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada sağlıklı bireylerle karşılaştırılmış ve hastaların %60’ının tüm işlevsellik alanlarında bozukluk gösterdiği belirtilmiştir (Rosa ve ark, 2009). Çam ve Çuhadar’ın (2013) çalışmasında bipolar bozukluğu olan hastaların remisyonda olsalar bile işlevsellik düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durum hastalık belirtileri ortadan kalksa bile hastaların eski işlevselliklerine tam olarak dönemediklerini göstermektedir.(Çam ve Çuhadar, 2013). Gerek bizim araştırmamız, gerekse literatürde yer alan araştırma sonuçları, bipolar bozuklukta işlevselliğin önemli ölçüde etkilendiğini göstermektedir.

Bu araştırmada erkek hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliğinin daha düşük olduğu, görülmüştür. Elde edilen bulgulardan farklı olarak Canbazoglu’nun (2010) çalışmasında ise erkeklerin psikososyal işlevsellik puanı kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur (Canbazoglu, 2010).

Bu araştırmada obez hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliğinin daha düşük olduğu görülmüştür. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak obez bireylerin sağlık durumlarında, toplumsal ve günlük yaşam aktivitelerine katılımda engeller yaşadığı evrensel olarak kabul görmüştür (Esmailzadeh ve ark, 2015). Obez hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılmalarında yaşadıkları zorluklar boş zaman etkinlikleri işlevselliğini de etkilemektedir.

Bu araştırmada ilköğretim mezunu hastaların otonomisi ve bilişsel işlevselliğinin daha düşük olduğu görölmüştür. Bilişsel işlevler dikkat, algı, bellek, okuma ve yazma, problem çözme vb başlıkları altında toplanabilmektedir (Kol, 2011). Eğitim düzeyi arttıkça bu bilişsel işlevler de gelişmektedir. Eğitim düzeyi düşük hastaların bilişsel işlevlerinin düşük olması bu nedenle beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırmada geliri giderden fazla olan hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliği daha düşük bulunmuştur. Şirin'in (2008) çalışmasında gelir durumu düşük olgularda, ölçeğın alt boyutları olan sosyal çekilme, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri ve bağımsızlık (performans) puanlarının anlamlı biçimde düşük olduğu belirlenmiştir (Şirin, 2008). Bu araştırmada elde edilen sonuç Şirin'inin sonucunu desteklememektedir.

Bu araştırmada sosyal güvencesi olmayan hastaların otonomi, bilişsel ve toplam işlevsellik puanı düşük bulunmuştur. Sosyal güvence ve işlevsellik ile ilgili literatürde çalışmalara rastlanmamıştır. Hastaların sosyal güvencesinin olması bir işte çalışabilmeleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik hastalıklar, hastaların sosyal beceri gerektiren iş yaşamlarında güçlükler neden olabilmektedir (Bahar, 2013). Bu nedenle hastaların sosyal güvencesinin olmamasının onların işlevselliğindeki azalmaya bağılı olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada sigara ve madde etkilemezken, alkol kullanımı olmayan hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliği daha düşük bulunmuştur. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde alkol kullanımının işlevsellikle ilişkisine dair çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Kargin ve Hiçdurmaz'ın belirttiğine göre birey madde kullanmaya başlamadan önce toplum içerisinde daha üretken ve pozitif sosyal ilişkiler kurarken, madde kullanmaya başlamasıyla birlikte hasta negatif sosyal ilişkiler içerisine girmekte ve üretkenliği azalarak toplumdan uzaklaşmaktadır (Kargin ve Hiçdurmaz, 2018).

Son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatışı olan hastaların mesleki işlevsellikleri, boş zaman etkinlikleri işlevselliğinin ve toplam işlevselliklerinin daha düşük olduğu görölmüştür. Hastaneye sık yatışı olan hastaların işe düzenli devam edebilmesinde, toplumsal ve günlük aktivitelerini yerine getirebilmesinde engellere sebep olmaktadır. Bu nedenle de sık yatışlar hastaların işlevselliğini etkilemektedir.

Yapılan regresyon analizinin sonuçlarına göre ise işlevsellik puanlarını etkileyen 4 farklı model elde edilmiştir. Model 1'de ÇBASDÖ aile alt boyutu, Model 2'de ÇBASDÖ aile alt boyutu ve hastalık başlangıcı, Model 3'te ÇBASDÖ aile alt boyutu, hastalık başlangıcı ve başka hastanede tedavi olma, Model 4'te ise ÇBASDÖ aile alt boyutu, hastalık başlangıcı,

başka hastanede tedavi olma ve alkol kullanımının işlevsellik puanını etkilediği görülmektedir.

5.4. İlaç Uyumunun Sosyal Destek ve Sosyal İşlevsellik ile İlişkinin Tartışılması

Yapılan araştırmanın sonucunda ilaç uyumu puanı ile sosyal destek aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu ve toplam sosyal destek puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır. Kelleci ve Ata'nın (2011) psikiyatrik hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların ilaç uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (Kelleci ve Ata, 2011). Aksoy ve Kelleci'nin (2016) çalışmasında sosyal desteğin ilaç uyumuna etkisi istatistiksel olarak anlamsız olarak belirtilmiştir (Aksoy ve Kelleci). Bahar'ın (2013) çalışmasında ise tedaviye uyumları yüksek saptanan hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlarda yüksek olduğu ifade edilmektedir (Bahar, 2013). Çalışkan'ın araştırmasında da tedavi uyumu ve sosyal destek arasında ilişki görülmediği belirtilmiştir (Çalışkan, 2019).

İşlevsellik alt boyutu puanları ve ilaç uyumu toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir. Konu ile ilgili literatüre bakıldığında işlevsellik ve ilaç uyumuna ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Akut psikiyatri kliniklerinde bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla analitik- kesitsel tipte yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda sunulmaktadır.

- Hastaların %48,9'unun ilaç uyumu düşük, %27,8'inin ilaç uyumu orta ve %23,3'ünün ilaç uyumu yüksek olarak bulunmuştur.
- Kadın hastaların ilaç tedavi uyumları daha yüksektir.
- Obez hastaların ilaç uyumu daha yüksektir.
- Üniversite mezunu olan ve geliri giderden fazla olan hastaların tedavi uyumu daha yüksek bulunmuştur.
- Alkol ve madde kullanmayan hastaların tedavi uyumları daha yüksektir.
- Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların, son 1 yılda en fazla 1 kez yatışı olan hastaların ve EKT tedavisi görmeyen hastaların tedavi uyumları daha yüksektir.
- Evli olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi aile alt boyutu puanı ve toplam puanı daha yüksektir.
- Obez hastaların ve geliri giderden fazla olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi aile alt boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur.
- 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan ve çekirdek ailede yaşayan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi aile alt boyutu puanı daha yüksektir. Ayrıca çekirdek ailede yaşayan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.
- Kendi istemiyle hastaneye yatan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi arkadaş alt boyutu ve toplam algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek bulunmuştur.
- Kadın hastaların ve obez hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliği daha düşüktür.
- İlköğretim mezunu hastaların otonomisi ve bilişsel işlevselliği daha düşüktür.
- Geliri giderden fazla olan hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliği daha düşük bulunmuştur.
- Sosyal güvencesi olmayan hastaların otonomisi ve bilişsel işlevselliği ve toplam işlevselliği düşük bulunmuştur.

- 1-2 çocuğa sahip hastaların bilişsel işlevselliği düşüktür.
- Alkol kullanmayan hastaların boş zaman etkinlikleri işlevselliği düşüktür.
- Son 1 yılda 1'den fazla sayıda hastaneye yatışı olan hastaların mesleki işlevselliği, boş zaman etkinlikleri işlevselliği ve toplam işlevselliği düşüktür.
- Dış kurumlarda tedavi gören hastaların mesleki, bilişsel ve toplam işlevselliği daha düşük bulunmuştur.
- Hastaların tedavi uyumları ile aile ve arkadaş sosyal desteği arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların ilaç uyumları ile sosyal destek toplam puanı arasında da pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Bipolar bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumlarının kötü olması nedeniyle ilaç ve tedavi uyumlarının artırılması için hastalık, tedavi ve tedaviye uyum konularında psikoeğitim programlarının hasta taburcu olmadan önce başlanması,
- Bipolar bozukluğu olan hastaların hastalık, tedavi ve tedaviye uyum konularında psikoeğitim programlarına ailelerin (Hastanın bakımından sorumlu olan birey öncelikli olmak üzere) de dâhil edilmesi,
- Kliniklerde yatarak tedavi gören bipolar bozukluğu olan hastalarla hastaların klinikte yattıkları dönemlerde gruplar oluşturularak hasta ve ailelerine yönelik psikoeğitimlerin planlanması,
- Hasta ve ailesinin bütüncül değerlendirilmesi, ailenin de tedavi sürecine dahil edilmesi,
- Bipolar bozukluk hastalarının tedavi ekibine ulaşabilmesi için ve ilaç kontrolleri açısından düzenli poliklinik takibinin sağlanması için gerekli önlemlerin alınması,
- Hastane bünyesindeki diğer kliniklerle işbirliği, randevuların takibi ve hatırlatılması gibi girişimlerin planlanarak tedaviye devam etme oranını artırılması
- Bipolar bozukluğu olan hastaların ve ailesinin başa etme konusunda bilgilendirilmesi ve yeterli sosyal destek ağlarının oluşturulması
- Daha geniş bir hasta grubunda ve daha uzun süreli boylamsal çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akbaş E, Yiğitoğlu G. Neuman sistemler modeli'ne göre bipolar bozukluk (karma atak) olan hastaya hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2019, 10 (4).

Akiskal HS, Bourgeois M, Angst J, Post R, Moller HJ, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2000, 59, S5–S30.

Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar spectrum prototypes 1, 11, 111, and 1v. *The Psychiatric Clinics Of North America*. 1999, 22(3),517-534.

Aksoy A. Kelleci M. Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2016, 29(3), 210.

Aksüllü N, Dogan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki/Relationship of social support and depression in institutionalized and non-institutionalized elderly. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004 5(2), 76.

Albal E, Kutlu Y. The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2010 1(3), 115-120.

Alpak G, Aksoy I, Demir B, Ünal A, Vırit O, Bülbül F, Savaş HA. Psikiyatri polikliniğine ilk başvurusu olan ardışık hastaların tedavi uyumu. *Journal of Mood Disorders*, 2015; 5(4):151-160.

American Diabetes Association. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes care*, 2004,27(2), 596-601.

Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of affective disorders*, 2001, 67(1-3), 3-19.

Angst, J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological psychiatry*. 2000, 48(6), 445-457.

Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Dergisi*. 2009, 10(2), 63-68.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006, 9(2), 68-75.

Arısoy Ö, Oral ET. Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009, 20(3). 282-293.

Arslantaş H, Ergin F. Loneliness, depression, social support and related factors in individuals between 50 and 65 years. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2011, 14(2).

Ateş Budak E. Remisyonda Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Becerilerinin Hastalık Özellikleri ve Sosyal İşlevsellik ile İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2011 ,67.

Ateş MA, Algül A. Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2006, 2(29), 60-64.

Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı, *ACU Sağlık Bil Derg* 2016(1),44-49.

Aydemir Ö ve ark . Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007,18(4).

Aydemir Ö, Uykur B. Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği'nin türkçe sürümünün bipolar bozuklukta güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23, 193-200.

Aydemir Ö. İki uçlu bozuklukta damgalanma hissini işlevsellik üzerine etkisi. *Journal of Mood Disorders*, 2013, 3(4), 141-5.

Bahar G. İki Uçlu Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Morisky Uyum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Duygudurum Düzenleyici Kullanan Hastaların Kan Düzeyi Ölçümleri ile Tedaviye Uyumluluğu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi ,Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013, 115.

Balaban Ö, Küçüktüfekçi A, Binbay T, Karamustafaloğlu N. Bipolar I bozukluk hastalarının bakımverenlerinde yaşam kalitesi yük ve sosyal destekle ilişkili mi. *Klinik Psikiyatri*, 2016,19, 15-26.

Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 2008,62(1), 341-348.

Bates JA, Whitehead R, Bolge SC, Kim E. Correlates of medication adherence among bipolar disorder: Results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: A nationwide cross-sectional survey. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12:1-10. 148.

Bauer M, London ED, Silverman DHS, Rasgon N, Kirchheiner J, Whybrow PC. Thyroid, brain and mood modulation in affective disorder: insights from molecular research and functional brain imaging. *Pharmacopsychiatry*, 2003,36(3), 215-221.

Binbay T ve Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, ve ark. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23, 149-60.

Blanco C, Compton, WM, Saha TD, Goldstein BI, Ruan WJ, Huang B,Grant, BF. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *Journal of psychiatric research*, 2017,84, 310-317.

Can G. Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Bireylerin Sosyal İşlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012, 102.

Canbazoğlu M. Düzelme Dönemindeki Bipolar Bozukluk Hastalarının Kalıntı Belirtilerinin Hastanın Sosyo-Demografik, Hastalık ve Tedavi Özellikleriyle İlişkisi ve İşlevsellik Etkisi,Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa 2010, 103.

Cerit C, Filizer A, Tural Ü,Tufan, AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2012, 53(5), 484-489.

Chakrabarti, S. Thyroid functions and bipolar affective disorder. *Journal of thyroid research*, 2011.

Col SE, Caykoylu A, Ugurlu GK, Ugurlu M. Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *General hospital psychiatry*, 2014, 36(2), 208-213.

Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM, Pincus HA, Fine MJ, Kilbourne AM. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.*2008;196:16-21.

Craddock N, Owen, MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *The British Journal of Psychiatry*, 2005,186(5), 364-366.

Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, 2013, 381(9878), 1654-1662.

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.

Çakır S, Özerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(2), 1.

Çalışkan N. Ruh Sağlığı Sorunu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Sosyal Destek ve Bunların Tedaviye Uyuma Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir, 2019, 95.

Çam O, Çuhadar D. Bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 2(2), 230-246.

Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.

Demirkol M, Tamam L. Treatment adherence in psychiatric disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8(1), 85-93.

Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2015, 6(1).

Dikeç G, Kutlu Y. The determination of treatment adherence and affecting factors among a group of patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2014, 5(3), 143-148.

Doganavsargil Baysal Ö, Özkan Ç, Gökmen Z. Duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma, bilişsel işlevler ve işlevsellik. *Çukurova Medical Journal*, 2013,38, 390-402.

Doğan O. Bipolar bozukluğun epidemiyolojisi *Psikiyatrik epidemiyoloji kitabı. Esform Ofset, Sivas*, 2011

Ebrinç S, Çetin M, Basoglu C, Agargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi/Research of family functionality, social support and expression of emotion in schizophrenic patients and their families. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011, 2(1), 5.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1), 17-25.

Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995,10(34), 45-55.

Er A. İki uçlu bozuklukta atipik antipsikotik ilaç kullanımı ile nörobilişsel işlevler arasındaki ilişki, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2015, 90.

Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010,2(2), 206-236.

Esmailzadeh S, Akpınar M, Oral A. İşlevsellik, engellilik ve sağlığın uluslararası sınıflandırması bakış açısıyla obezite. *Nobel Medicus Journal*, 2015,11(1).

Fagiolini A, Coluccia A, Maina G., Forgiione R. N, Goracci A, Cuomo A, Young AH. Diagnosis, epidemiology and management of mixed states in bipolar disorder. *CNS drugs*, 2015, 29(9), 725-740.

Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman, JF, Sceery W ve ark. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Archives of General psychiatry*, 1982, 39(10), 1157-1167.

Goodwin, FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness. Oxford University Press. *New York*, 1990,567.

Goodwin, FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders And Recurrent Depression, Oxford University Press, 2007, Vol 1, 1261

Goossens PJ, Van Der Klein K, Kroon H, Van Achterberg T. Self-reported care needs of outpatients with a bipolar disorder in the Netherlands. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007 14(6), 549-557.

Gökdemir E. Remisyondaki Bipolar Bozukluk Tip 1 Hastalarında Komorbidite, Mizaç ve İntihar Olasılığı İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara 2011, 161.

Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder, *Lancet* 2016; 387: 1561–72.

Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013,6(2), 199-209.

Gürmen M. Bipolar ve Şizofrenik Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda İçgörü, Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Lefkoşa ,2018, 79.

Harkın Ş. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoeğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi ,Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 2009, 153.

Harrison PJ. Neuropathologicalstudies of bipolar disorder. *Actaneuropsychiatrica*, 2000, 12(3), 96-98.

Hayden EP, Nurnberger Jr JI. Molecular genetics of bipolar disorder. *Genes, Brain and Behavior*, 2006, 5(1), 85-95.

Hays JC, Krishnan KRR, George LK, Pieper CF, Flint EP, Blazer DG. Psychosocial and physical correlates of chronic depression. *Psychiatry research* 1997, 72: 149-59.

Hirschfeld R, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 2003, 64(2), 161–174.

Hocaoğlu Ç. İki uçlu bozukluk ve intihar davranışı. *Journal of Mood Disorders*, 2013, 3(5).

Hong J, Reed C, Novick D, Haro JM, Aguado 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

Hutchison C. Social support: Factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced nursing*, 1999,29(6), 1520-1526.

Huxley N, Baldessarini RJ. Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar disorders*, 2007,9(1-2), 183-196.

Işık E, Işık U. Depresyonun Biyolojik Etiyolojisi. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluk, 2013, Rota Tıp Yayınevi 71-103.

Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 2000,6147-51.

Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of affective disorders*, 2003, 73(1-2), 123-131.

Kara K, Akarsu S, Verim S. Bipolar bozuklukta nörogörüntüleme. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2013, 5(1), 1-14.

Karaaytuğ MO. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Kontrol ve Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi, Uzmalık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, 2015, 55.

Karadağ H, Orsel S, Akkoyunlu S., Kahilogulları A K, Guriz O, Turkcapar H, Hatiloglu U. Comparison of polypharmacy in schizophrenia and other psychotic disorders in outpatient and inpatient treatment periods: A naturalistic one year follow-up study. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2012,22(2), 130-138.

Kargin M, & Hiçdurmaz D. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. *Bağımlılık Dergisi*, 2018,19(2), 35-39.

Kasper S. From symptoms to social functioning: differential effects of antidepressant therapy. *International clinical psychopharmacology*, 1999, 14, S27-31.

Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019, 10(1), 28-38.

Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2(3), 105-110.

Kesebir S, Inanc L, Bezgin CH, Cengiz F. Kadınlarda bipolar bozukluk/bipolar disorder in women. *Psikiyatri Guncel Yaklasimler*, 2013, 5(2), 220.

Kessler RC, Rubinow DR, Holme, C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological medicine*, 1997,27(5), 1079-1089.

Kılınç G. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi , İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2015, 49.

Kocakahya B. Psikiyatri Hastalarında Tedaviye Uyum Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Durumunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2019, 78.

KOL S. Erken çocuklukta bilişsel gelişim ve dil gelişimi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2011, 21(21).

Kök H. Psikiyatri Polikliniğinde Takip Edilen Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014, 53.

Köroğlu E. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM–V), Washington DC: American Psychiatric Association, 2013, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 2014.

Kurdal E. İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Psikoğitimin İşlevsellik Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2011, 83.

Kurt M. Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Disosiyasyon, Bağlanma ve Aleksitimi İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2019, 120.

Landman-Peeters, KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA., Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social science & medicine*, 2005, 60(11), 2549-2559.

Langeland, E, Wahl AK. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International journal of nursing studies*, 2009,46(6), 830-837.

Maçkalı Z. İki Uçlu Bozuklukta Bütüncül Bilişsel Modelin Grup-Temelli Müdahalesinin Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2017, 233.

Mahaye S, Mayime T, Nkosi S, Mahomed FN, Ntuli, L, Pramlal J, Setlhabana O, Oosthuizen, F. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting. *African Journal of pharmacy and pharmacology*, 2012, 6(9), 608-612.

Mahmood KT, Khalid N, Makhdam Z. Adherence To Drug Therapy In Psychiatric Patients. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2010, 2(11), 700.

Mengi A, Aygür RŞ. Bipolar bozukluğu olan bireylere yönelik bir araştırma: örnek olay incelemesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018, 10(19), 553-571.

Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA. et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 2011, 68(3), 241-251.

Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 2007, 9(1-2), 126-143.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, 1986, 67-74.

Murphy DL, Brodie HKH, Goodwin FK, Bunney WE Jr. Regular induction of hypomania by L-dopa in 'bipolar' manic-depressive patients. *Nature*, 1971, 229, 135-136.

Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The lancet*, 1997, 349(9063), 1436-1442.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 2005, 353(5), 487-497.

Özalp E, Karslioglu EH. Tedaviye dirençli bipolar bozukluk/treatment resistant bipolar disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2015,7(4), 401.

Özcan S, Abay E. Bipolar bozukluğun genetiği/Genetics of bipolar disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004, 5(3), 163.

Özdemir AD, İnanç L, Altıntaş M, Güleç H, Semiz UB. Are treatment adherence and insight related to quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder in remission?/Remisyonadaki sizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında tedavi uyumu ve iç görü, yaşam kalitesi ile ilişkili midir? *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2018, 19(5), 443-451.

Özdemir Ö, Doğan O. Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16, 85-94.

Özdoğan MG. Remisyon Dönemindeki İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Homosistein Düzeylerinin Besin Tüketim Şekli ve Kronotip ile İlişkisi ve Klinik Seyire Etkisi, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum, 2017,133.

Özkoca Ö. Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek İlepsikopatolojilerinin Değerlendirilmesi ve Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018,163.

Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2015, 788.

Post RM, Leverich GS. The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: the need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and psychopathology*, 2006,18(4), 1181-1211.

Razali SM, Yusoff MZAM. Medication adherence in schizophrenia: a comparison between outpatients and relapse cases. *East Asian Archives of Psychiatry*, 2014, 24(2), 68.

Rosa AR, Reinares M, Franco C ve ark. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord*, 2009,11, 401-9.

Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A ve ark. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2007,3, 5.

Sağlam F. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların ve Birinci Derece Yakınlarının Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin, 2018, 79.

Sajatovic M, Ignacio RV, West JA, Cassidy KA., Safavi R, Kilbourne AM, Blow FC. Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive psychiatry*, 2009, 50(2), 100-107.

Sajatovic M, Valenstein M, Blow F, Ganoczy D, Ignacio R. Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 2007, 58(6), 855-863.

Sarı D, Khorshid L, Eşer İ. Hastaneye yeni yatan hastaların algıladığı sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011,27(2), 1-9.

Sarıkoç G. Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenmeleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2011,82.

Savaş HA, Ünal A, Virit O. Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood disorders*, 2009, 1(3), 95-102.

Sayın C. Üniversite Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2018, 82.

Selçuk A. Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2010,112.

Sendt K, Tracy D, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 2015, 225(1-2), 14-30

Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 2003, 123(1), 48-58.

Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, Isometsä E. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar disorders*, 2007,9(7), 698-705.

Şahin G, Durat G, Şahin S. Bipolar bozukluk hastalarında ayrılma anksiyetesi ve işlevselliğin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2019, 20(1), 60-67

Şirin B. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008, 138.

Taj R, Khan S. A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 2005, 17(2).

Taner E, & Yüksel N. Affektif Bozuklukların Genetiği. *Klinik Psikiyatri*, 1998,1(5),12.

Taşdelen Ö. Bipolar Bozuklukta Evlilikte Uyumun ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2014, 54.

Tatlı Çardak G. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Çocuklarında Yürütücü İşlevler ve Zihin Kuramı, Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, 2013, 164.

Tekin S. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olgularında Dopamin ve Serotonin İlişkili Bazı Mikrona (Mirna) Ekspresyon Düzeylerinin Araştırılması, Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Ağustos, 2018, 78.

Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1(1), 7-12.

Tel H, Uzun S. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları/Social support and coping with stress in patients who were accepted to the emergency room with the suicide. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003,4(3), 151.

Terakye G, Demirkıran F. Psikiyatri hastalarında ilaç tedavisine uyumsuzluk sorunu ve hemşirelik yaklaşımları, 2003, Anadolu Üniversitesi.

Tezcan G. İkiuçlu Bozukluk Hastalarında Grup Psikoeğitiminin Hastalık Belirtileri, İçgörü, Tedavi Uyumu ve İşlevsellik Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, 2017, 138.

Tunca Z, Hancıoğlu M. Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1993,4, 219-223.

Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, 2007, 84.

Türkegün N. İyilik Dönemindeki İki Uçlu Bozukluk Tanılı Hastalarda İçe Bakış, İçgörü, Üstbiliş ve Psikolojik Zihninliliğin İşlevsellik ile İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2017, 87.

Uğur K, Tamam L, Özpoyraz N, Demirkol ME. Bipolar bozuklukta özkıyım davranışlarının değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 2012, 44(2), 659-668.

Uğur K. Bipolar Bozuklukta Özkıyım Davranışının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, 2012, 72.

Uyanık V. Bipolar I Bozukluk Tanılı Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Sitokin Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2010, 54.

Üstündağ MF, Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013, 24, 1-9.

Vazquez G, Kapczinski F, Magalhaes P, Nel C, Jaramillo L, de Carmona S. Stigma and functioning in patients with bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 2010,12, 55-56.

Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015,26(1), 21-32.

Yeloğlu ÇH, Hocağlu Ç. Önemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2017, 8(30), 41-54.

Yıldız B, Turan MT, Beşirli A. Metabolic syndrome in bipolar affective disorder. *Erciyes Medical Journal*, 2011, 33(3), 197-204

Yıldız M, Ünal A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2017, 1(1), 10-23.

Yılmaz S, Buzlu S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20(2), 93-103.

Yılmaz S. Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004,40-48.

Yumru M, Savaş E, Gergerlioğlu HS, Başaralı K, Kalenderoğlu A, Savaş HA, Büyükbaş S. (2008). İkiuçlu bozuklukta metabolik sendrom, serum leptin düzeyleri ve tedavi ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2008, 18(2).

Yüksel Öksüz Ö. Bipolar Bozukluk Hastalarının Manik ve Depresif Dönemleri ile Ötimik Dönemdeki Serum Resolvin D1 (Rvd1) Düzeylerinin Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği, İstanbul, 2018, 81.

Yüksel, N. Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı. *Ankara, Çizgi Tıp Yayınları*, 2001.

Zeren T, Tamam L, Evlice YE. Elektrokonvülsif terapi (EKT): Bir genel değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2003,12(4).

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 1988, 52(1), 30-41.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahiptir. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu çalışma akut psikiyatri kliniklerinde tedavi görmekte olan bipolar bozukluk tanılı hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayımlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. İsteddiğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Çalışma Prof. Dr. Fatma Demirkıran ve Hemşire Nazlı Zemen ve tarafından yürütülecektir. Herhangi bir nedenle 0 542 761 13 65 numaralı telefona ve nazlizemen@gmail.com'a başvurabilirsiniz.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı : İmzası:
Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı : İmzası:

Tanık olanın;

Adı Soyadı : İmzası:

Ek 2. Anket Formu

ANKET FORMU

Bu çalışma akut psikiyatri kliniklerinde tedavi görmekte olan bipolar tanılı hastaların ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörleri saptamak amacıyla yapılmaktadır.

Anket formu ile elde edilecek olan veriler bilimsel amaçlar için kullanılacak, bunun dışında kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde paylaşılmayacaktır. Lütfen hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Burada sorulan sorulara verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Önemli olan size en uygun ve aklınıza ilk gelen cevabı vermeniz ve sizin duygu, düşünce ve tutumlarınızdır. Çalışmaya katılmanız ya da katılmamanız sonucunda tedavi süreciniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. İstedığınız zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmaya katılmak serbesttir. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplardan kim olduğunuzu kimse bilemeyecektir. Bu yüzden ad, adres veya telefon numarası vermeniz gerekmemektedir.

Yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Nazlı ZEMEN

Sorumlu Araştırmacı

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Telefon: 0 542 257 4444

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim

Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

15.Psikiyatri Hemşiresi

Telefon: 0 542 761 13 65

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız kaçtır?

2. Cinsiyetiniz:

1. Kadın

2. Erkek

3. a)Kilonuz:..... b)Boyunuz.....

4. Kaç kardeşiniz var?

5. Eğitim Durumunuz nedir?

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul-ortaokul 4.Lise 5.Üniversite/Lisansüstü

6. Çalışabilirlik durumunuz nedir?

1. Düzenli çalışıyorum 2. Düzensiz çalışıyorum 3. Çalışmıyorum
4. Emekliyim

7. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar 3. Dul/boşanmış/ayrı yaşıyor

8. Evliyseniz sahip olunan çocuk sayısı kaçtır?.....

9. Gelir durumunuz nasıldır?

1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

10. Sosyal güvenceniz nedir?

1. Var (Lütfen belirtiniz) 2. Yok

11. Birlikte yaşanan aile türü nedir ? 1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Yalnız

12. Ne sıklıkla sigara kullanıyorsunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Çok Sık

13. Ne sıklıkla alkol tüketirsiniz?

1. Hiçbir zaman 2. Nadiren 3. Bazen 4. Sık sık 5. Çok Sık

14. Daha önce hiç madde kullanımınız oldu mu?

1. Evet (evetse nedir?.....) 2. Yok

15. Hastaneye yatışınıza nasıl karar verildi ?

1. Kendi isteğimle 2. Yakınımın isteğiyle/zorla 3. Resmi yazı ile 4. Adli vaka

16. Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

1. Var 2. Yok

17. Hastalık başlangıç yılınız nedir?:.....

18. Kaç yıllık hastalık öykünüz var? Lütfen belirtiniz.....

19. Bu hastaneye son bir yıldır , son 6 aydır yatış sayınız kaçtır?

20. Başka hastanelerde tedavi olma durumunuz nedir?

1. Hayır 2. Evet (Lütfen belirtiniz.....)

21. Daha önce EKT tedavisi gördünüz mü?

1.Evet 2. Hayır

22. Hiç özkıym girişiminde bulundunuz mu ?

1. Evet (sayısı.....) 2.Hayır

Ek 3. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

MORISKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ

1- İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?

- A) Evet
- B) Hayır

2- İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?

- A) Evet
- B) Hayır

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz oldu mu ?

- A) Evet
- B) Hayır

4- Bazen ilacınızı aldığımızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç almayı bırakır mısınız?

- A) Evet
- B) Hayır

Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarımın dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşların bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşşıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermemde ailem (örneğin; annem, babam, eşim, kardeşlerim, çocuklarım) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 5. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK	Hiç zorlanma yok	Çok az zorlanma	Orta derecede zorlanma	Aşırı derecede zorlanma
1. Evde sorumluluk üstlenme				
2. Kendi başına yaşayabilme				
3. Alışveriş yapabilme				
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)				
MESLEKİ İŞLEVSELLİK	Hiç zorlanma yok	Çok az zorlanma	Orta derecede zorlanma	Aşırı derecede zorlanma
5. Maaşlı bir işte çalışabilme				
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme				
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme				
8. Mesleki kazanımlar elde etme				
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme				
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK	Hiç zorlanma yok	Çok az zorlanma	Orta derecede zorlanma	Aşırı derecede zorlanma
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme				
11. Akıldan hesap yapabilme				
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme				
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme				
14. Yeni bilgiler öğrenebilme				
MALİ KONULAR	Hiç zorlanma yok	Çok az zorlanma	Orta derecede zorlanma	Aşırı derecede zorlanma
15. Kendi parasını idare edebilme				
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme				
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	Hiç zorlanma yok	Çok az zorlanma	Orta derecede zorlanma	Aşırı derecede zorlanma
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme				
18. Sosyal faaliyetlere katılabilme				
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme				
20. Ailesiyle birlikte yaşama				
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması				
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme				
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ	Hiç zorlanma yok	Çok az zorlanma	Orta derecede zorlanma	Aşırı derecede zorlanma
23. Egzersiz veya spor yapma				
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma				

Ek 6. ADÜ Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/06/2019-E.39842



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.06.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 24 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzadır

Dr. Öğr. Üyesi Duygu KAYA BİLECENOĞLU
Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 24:

Protokol No : 2017/027
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 18.08.2017 tarihinde onay verilen; Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN 'nın " Akut Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Destek ve İlişkili Faktörler " konulu araştırmasının 23.05.2019 tarihli değişiklik talebi dilekçesi görüşülmüş olup, çalışmanın süresi bittiğinden dolayı süre uzatma dilekçesi verilmesine süre uzatıldıktan sonra değişiklik talebi dilekçesi verilip dilekçenin değerlendirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrakın Doğrulması İçin: <http://ebys.adu.edu.tr/enVision/Doğrula/6PBASVK>

Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. no:7 Efeler/AYDIN
Telefon No: 02562132717 Faks No: 02562124219
E-Posta: sagbilfakultesi@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/>

Bilgi İçin: Nazife Uzun
Uzvan: Bilgisayar İşletmeni

Ek 7. ADÜ Ölçek Değişikliği Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 25/11/2019-E.72624

BE6EBVS16



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.08.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 11 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ayden ÇOBAN
Kurul Başkanı

KARAR 11:

Protokol No : 2017/027

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'ın " Akut Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Destek Ve İlişkili Faktörler " isimli çalışmasında süre uzatılması ve ölçek değişikliği yapmak istediğine dair 05.08.2019 tarihli dilekçesi görüşülmüş olup, çalışmasında süre uzatılması ve ölçek değişikliği yapılmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. no:7 Efeler/AYDIN
No: 02562132717 Faks No: 02562124219
sagbilfakultesi@adu.edu.tr İnternet Adresi:
http://akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/

Bilgi İçin: Nazife Uzun Telefon
Unvan: Bilgisayar İşletmeni E-Posta:

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzala

Ek 8. Kurum İzni



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



03.04.2018

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Nazlı ZEMEN'in 15.03.2018 tarih ve 9679 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAKLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 03.04.2018 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde hemşire olarak görev ifa eden Nazlı ZEMEN'in, Tez Danışmanı Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN eşliğinde yürütülecek olan "Akut Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Destek ve İlişkili Faktörler" başlıklı yüksek lisans protokolü ve ekleri kurumumuzca değerlendirilmiş, adı geçen çalışmanın hastanemizde yapılması oy birliği ile uygun görülmüştür.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAKLI
Nöroloji Kliniği
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Üye

Ek 9. Ölçek Sahiplerinin İzinleri

Nazlı Zemen
Merhabalar Hocam , Ben Nazlı Zemen, Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Akut Psikiyatri H blokta

23 Mayıs Per 15:27


Güven BAHAR <guvenbahar@hotmail.com>
Alıcı: ben

24 Mayıs Cum 09:10

Selamlar;

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

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.


GAZİANTEP
ÜNİVERSİTESİ

www.gantep.edu.tr

Öğr. Gör. Güven BAHAR
RUH SAĞLIĞI DESTEK VE KORUMA UZMANI
gbahar@gantep.edu.tr

ADRES: Üniversite Bulvarı 27310 Şehitkamil- Gaziantep- Türkiye
TEL: +90 342 317 21 91 MOBİL: +90 533 551 64 14

Merhabalar Hocam;

Ben Nazlı Zemen, daha önce size konu ile ilgili mail atmıştım, tez süresiyle ilgili sınırlı vaktim olduğu için tekrar size mail atmak istedim. Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Akut Psikiyatri H blokta hemşire olarak çalışmaktayım. Aydın Adnan Menderes Üniversitesinde Ruh ve Sinir Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek lisans öğrencisiyim, Danışmanım Prof. Dr. Fatma Demirkıran ile "Akut Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar bozukluğu olan hastalarda İlaç Uyumu, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Destek ve ilişkili faktörler" başlığı ile bir tez çalışması planlamaktayız. Çalışmamızda, Tıbbi bilgi formu, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğini kullanmayı düşünmekteyiz. Geçerlik Güvenirliğini yapmış olduğunuz Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini kullanmamız için sizin de onayınızı almak istedik, çalışmamızda bu ölçeği kullanabilir miyiz? Şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Alıcı: ben

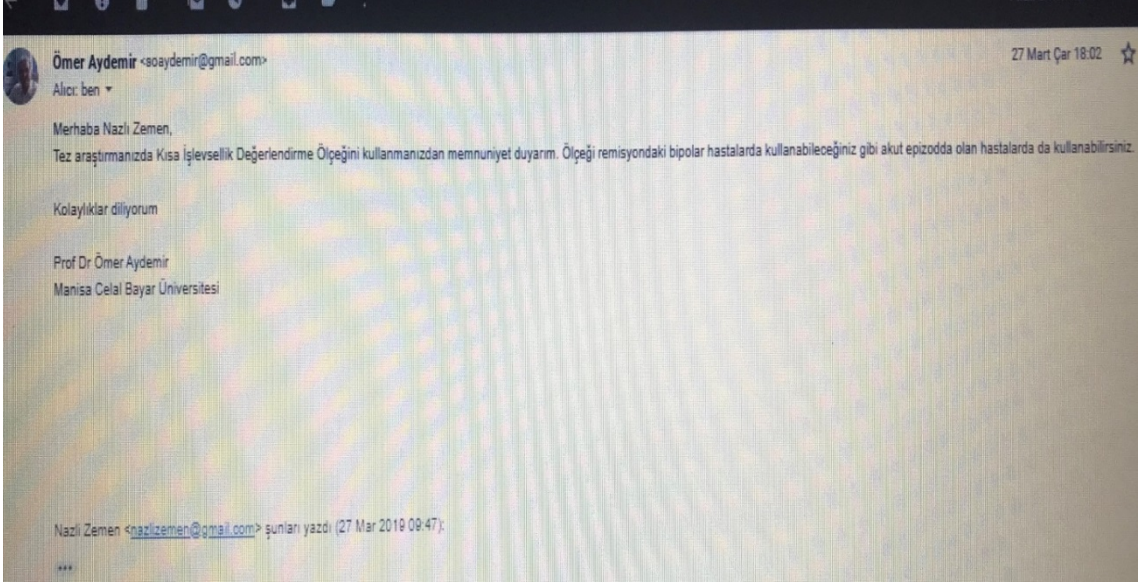
11 Haziran Sal 09:23

Sayın Nazlı Zemen,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin görülen geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Nazlı Zemen" <nazlizemen@gmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 8 Haziran Cumartesi 2019 18:48:24
Konu: Fwd: Tez çalışması



ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : ZEMEN, Nazlı
Uyruk : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum Yeri ve Tarihi : İzmir 13.02.1991
E-mail : nazlizemen@gmail.com
Yabancı Dil: İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2013

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2014-2015	Şifa Hastanesi Genel Yoğun Bakım Kliniği-	Hemşire
2015	Ege Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis	Hemşire
2016- Devam etmekte	T.C. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Akut Kadın 15. Psikiyatri Servisi	Hemşire