



**T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 HASTALARINDA TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI MODELİNİN BOZUKLUĞUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SEYRİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019



**T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAğLIğI VE SİNİR
HASTALIKLARI SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

BİPOLAR BOZUKLUK TİP 1 HASTALARINDA TOPLUM TEMELLİ RUH SAğLIğI MODELİNİN BOZUKLUğUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE SEYRİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Dr. Tuğçe İrem OBANOğLU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat ERKİRAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL - 2019

I. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgilerini bizlerle paylaşan, bizlere destek olan ve yolumuzu aydınlatan, kendisinden psikiyatriye ve hayata dair çok şey öğrendiğim değerli hocam, klinik şefim ve Sayın Başhekimim Doç. Dr. Murat ERKİRAN'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgisinden ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum saygıdeğer klinik şefleri ve uzmanlarına,

Asistanlık hayatım boyunca benimle bilgisini ve deneyimlerini paylaşmaktan çekinmeyen sevgili hocam Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ'ye,

Tez döneminde yanımda olan, benden desteğini ve bilgisini esirgemeyen canım arkadaşım Uz. Dr. İzgi ALNIAK'a,

Birlikte keyifle çalıştığım 9. Psikiyatri ailesine ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Her koşulda yanımda olan, sevgisini ve desteğini esirgemeyen, beni ben yapan değerleri öğrendiğim canım aileme,

Bana psikiyatri ve dünya hakkında çok şey öğreten hastalarımıza

Çok teşekkür ederim.

Dr. Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU

İstanbul, 2019

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	v
V. KISALTMALAR.....	vi
VI. TABLO LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....	3
2.1.1.Tanım ve Epidemiyoloji:	3
2.1.2.Bipolar Bozuklukta Yeti yitiminin ve Eşik altı Belirtilerin İşlevsellik Üzerine Etkileri	4
2.1.3.Şizofreni ile Karşılaştırmalı Çalışmalar	6
2.1.4.Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi:.....	7
2.2. TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI MODELİ VE TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ	8
2.2.1.Kurumdışlaştırma Süreci ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri:	8
2.2.2.Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Yapılan Çalışmalar:	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ÖRNEKLEM	15
3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	15
3.2. GEREÇLER.....	16
3.3. YÖNTEM	18
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	19
4. BULGULAR.....	20
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI .	20
4.2. KLİNİK ÖZELLİKLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI	22
4.3. ÖLÇEK PUANLARININ GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI ...	27
5. TARTIŞMA.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46

7. KISITLILIKLAR	48
8. KAYNAKLAR	49
9. ÖZGEÇMİŞ	59
10.EKLER	60
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	60
EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	61
EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	62
EK 4 – KLİNİK VERİ FORMU	63
EK 5 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS).....	64
EK 6 – YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	68
EK 7 – HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ.....	70
EK 8 - BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ.....	71
EK 9 – İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İDÖ)	74
EK 10 – WHOQOL BREF (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)	76
EK 11 – TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ.....	79
EK 12 – KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI).....	80
EK 13 – İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ	81

III. ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TIP 1 HASTALARINDA TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI MODELİNİN BOZUKLUĞUN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE PROGNOZUNA ETKİSİ

Dr. Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU

AMAC: Bu çalışmada, DSM 5 'e göre bipolar bozukluk (BPB) Tip 1 tanısı alan hastalarda toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM) uygulanan toplum temelli psikiyatrik tedavi protokolünün, bozukluğun klinik seyri üzerinde olumlu etkisi olup olmadığının, hastaların yatış sayısı, acil başvuru sıklığı, tedavi uyumu, işlevsellik, yaşam kalitesi ve içgörü düzeyleri, intihar riski gibi klinik parametreler üzerindeki etkilerinin kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne (BRSHEAH) bağlı TRSM'lerde en az 1 yıl süre ile ayda en az 1 kez olmak üzere düzenli takip edilen ve araştırma kriterlerini karşılayan BPB Tip 1 tanısı almış remisyon dönemindeki 47 hasta ile kontrol grubu olarak daha önce TRSM'ye başvurmamış, BRSHEAH'ye bağlı ayaktan tedavi ünitelerinde takip edilen ve tedavi görmekte olan remisyon dönemindeki BPB Tip 1 tanılı 44 hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Klinik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR), Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği, Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI), ve İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) uygulanmıştır. Hastaların tedavi takipleri için TRSM'yi tercih etmelerinin nedenleri regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: TRSM grubundaki BPB hastalarının işlevsellik ve yaşam kaliteleri poliklinik grubuna göre düşük; PANSS, HDDÖ puanları yüksek saptanmıştır. TRSM grubunda eşik altı depresif belirtiler poliklinik grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. TRSM grubunda baskın epizod depresyon, poliklinik grubunda mani olarak bulunmuştur. TRSM grubunda intihar girişimi öyküsü ve intihar girişim sayısı daha yüksek saptanmıştır. TRSM grubunda TRSM öncesi ve sonrasındaki acil başvuru sıklığı ve yatış sıklığı düşmüştür. TRSM grubunun ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü daha sık bulunmuş; bu gruptaki hastalar daha genç, hastalık başlangıç yaşları da daha küçük saptanmıştır. TRSM grubunda hastalığın başlamasından itibaren geçen sürenin kısa olması TRSM tercihinde yordayıcı bir faktör olarak bulunmuştur.

SONUÇ: TRSM'de takip edilen BPB tanılı hastaların poliklinik grubuna göre daha ağır psikopatoloji, daha kötü işlevsellik ve yaşam kalitesine sahip olmakla birlikte, TRSM'deki takipleri süresince daha az yatarak tedavi ve acil tedavi başvurusu ihtiyacı duydukları tespit edilmiştir. TRSM'lerin hastalık prognozuna, işlevselliğe ve yaşam kalitesi üzerine olumlu katkılarının tam olarak değerlendirilebilmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar Bozukluk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

İletişim adresi: tugcecobanoglu@outlook.com

IV. ABSTRACT

THE EFFECT OF THE COMMUNITY-BASED MENTAL HEALTH MODEL ON THE CLINICAL FINDINGS AND PROGNOSIS OF THE PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER TYPE 1

Dr. Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU

INTRODUCTION: The aim of this study is to investigate the effects of the community-based psychiatric treatment protocol performed in the community mental health centers (CMHC) on patients with bipolar disorder type 1 according to DSM 5 as to whether have a positive effect on the clinical progress of the disorder, frequency of hospital stays and applying to emergency department, compliance with medication and the clinical parameters such as functionality, quality of life, the level of insight and the risk of suicide by comparing with a control group.

METHOD: Totally 47 patients with the diagnosis of BPB type 1 and in the remission period and meeting the study criteria who are clinically followed up at least for one year and more than one time monthly by CMHC within the Health Science University, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Research and Training Hospital (HSUBRTH), and as a control group 44 patients with the diagnosis of BPB Type 1 in the remission period who haven't ever applied to CMHC and clinically followed by HSUBRTH outpatient clinics were included in the study. Sociodemographical Data Form, Clinical Data Form, Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), Young Mani Rating Scale (YMRS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Bipolar Disorder Functioning Questionnaire (BDFQ), The Schedule for The Assessment of Insight (SAI), World Health Organisation Quality of Life-Brief Form Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR), Turkish Modified Morisky Scale, Clinical Global Impression (CGI), Suicide Probability Scale (SPS) were performed to all patients. The reasons why these patients had preferred CMHC were evaluated by the regression analysis.

RESULTS: The functionality and the quality of life scores of the BPB patients in the CMHC group were lower than the polyclinic group; but the PANSS and HDRS scores were higher. In the CMHC group, subthreshold depressive signs were detected as significantly higher. The dominant episode was detected as depression in CMHC group and as mania in the polyclinic group. In the CMHC group, the history and the frequency of suicide attempt was detected as higher. In the CMHC group, the frequency of hospital stays and the psychiatric emergency unit applications have detected to be diminished after CMHC follow-up in comparison with prior to CMHC follow-up. In the families of the CMHC group patients, frequency of the psychiatric diseases has detected higher; and in this group the patients were detected as younger and the time of the disease onset were detected as earlier. The shorter time interval after the disease onset in the CMHC group was detected as a predictor variable.

CONCLUSION: While the BPB patients in the CMHC group were detected to have a more serious psychopathology, worse functionality and quality of life; in the follow-up period by the CMHC, they had less hospital stay and emergency unit application requirement. In order to investigate the favourable effects of CMHC on the prognosis of the disease, functionality and the quality of life, new prospective studies are needed.

Key words: Bipolar Disorder; Community Mental Health Centers

Contact address: tugcecobanoglu@outlook.com

V. KISALTMALAR

BBiÖ	: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği
BPB	: Bipolar Bozukluk
BRSHEAH:	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
CGI	: Clinical Global Impression
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDDÖ	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
İÖÖ	: İntihar Olasılığı Ölçeği
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TTRSM	: Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli
WHOQOL-BREF-TR:	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu
YMDÖ	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Sosyodemografik Nicel Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	21
Tablo 2: Sosyodemografik Nitel Verilerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	21
Tablo 3: Klinik nicel verilerin gruplar arası karşılaştırılması	23
Tablo 4: Klinik nitel verilerin gruplar arası karşılaştırılması.....	23
Tablo 5: Atak özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması	24
Tablo 6: Eşik altı belirti varlığının gruplar arasında karşılaştırılması.....	24
Tablo 7: BPB hastalarının kullandığı ilaçlar ve sıklıkları	25
Tablo 8: TRSM başvurularının sıklık ve süresi	26
Tablo 9: Hastaların TRSM öncesi ve sonrası yatış ve acil başvuru sayılarının karşılaştırılması	26
Tablo 10: TRSM’lerde yapılan rehabilitasyonlar	27
Tablo 11: PANSS, YMDÖ ve HDDÖ ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması	28
Tablo 12: Modifiye Morisky Ölçeği ve İDÖ puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması	29
Tablo 13: BPB İşlevsellik Ölçeği puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması	30
Tablo 14: WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması	31
Tablo 15: İÖÖ puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması.....	32
Tablo 16: Korelasyon analizi sonuçları-1	33
Tablo 17: Korelasyon analizi sonuçları-2	33
Tablo 18: Regresyon analizi sonuçları	34

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BPB), tekrarlayan manik/hipomanik veya depresif ataklar ile seyreden, kronik ve yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır. BPB Tip 1'in yaşam boyu görülme sıklığı %0-2.4 arasında değişmektedir (1). Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar bipolar spektrum bozukluklarının toplumun yaklaşık %6'sını etkilediğini göstermektedir (2).

Tek bir mani dönemi olan kişilerin %90'ından fazlasının yineleyen duygudurum dönemleri olmaktadır (3). Hastalık süreçleri boyunca en az bir kez hastanede yatarak tedavi gören BPB hastaları, hastalıklarının başlangıcından itibaren kalan yaşamlarının %20'sini ataklarla geçirmektedirler (4). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; BPB, tüm bozukluklar arasında yeti yitiminde 21. sırada karşımıza çıkmaktadır (5).

Klinik olarak ötimik olsalar bile BPB olan hastaların yaşam kalitelerinin bozulduğunu bildiren araştırmalar vardır (6-8). Bu olumsuz etkiler özellikle eğitim, meslek, finansal, sosyal ve yakın ilişkiler gibi alanlarda ortaya çıkmaktadır (9,10).

Yapılan çeşitli çalışmalar, eşik altı belirtilerin BPB hastalarında sosyal ve mesleki işlevselliklerini etkilediğini ve relaps riskini arttırdığını göstermiştir. Eşik altı depresif belirtilerin özellikle de persistan distimik durumun bu hastalarda işlevselliği daha çok bozduğu, üretkenliği azalttığı, gündelik ve sosyal hayatlarını daha çok etkilediği gösterilmiştir. Tedavi planının bu durumun göz önüne alınarak yapılması önerilmiştir (9,11-14).

Psikiyatrik hastalarda, kronik hastalıklara bağlı mortalite, morbidite ve yeti yitimi oranının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (15,16). Biyopsikososyal boyut esas alınarak düşünüldüğünde ağır psikiyatrik hastalıklarda sadece psikofarmakolojik tedavinin yetersiz kalacağı açıktır. Bu hastalarda ek tedavi seçeneklerini düşünmek gerekir. DSÖ, bu amaçla toplum temelli ruh sağlığı modelini (TTRSM) önermektedir (17).

TTRSM, modern batı ülkelerinin sağlık hizmetlerindeki temel unsurlardan biridir. Bu modelin temelinde toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) yer almaktadır (18). TTRSM, psikiyatrik hastalıkların sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutlarını kapsayan bir modeldir.

TTRSM'nin esas hedef kitlesini ağır ruhsal bozukluğu olan veya hastanede uzun süre yatırılan hastalar oluşturmaktadır. TRSM'de izlenen şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalarda, çok boyutlu psikososyal girişimlerin bir arada uygulandığı bir programın, şizofreni hastalarında ilaç uyumunu ve içgörü düzeyini arttırdığı, klinik belirti şiddeti ve hastaneye yatış sıklığını azalttığı, sosyal işlevsellikle günlük yaşam etkinliklerini yerine getirme kapasitesi ve yaşam niteliklerinde artış sağladığı, ek olarak sıralanan tüm bu olumlu kazanımların uzun süre korunduğu ile ilgili kanıtlar vardır (20-22).

Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının toplum temelli sağlık hizmeti kapsamında TRSM'lerde düzenli tedavi ve takipleri sonrasında hastalığın klinik seyrinde olumlu etki gözleendiğini göstermektedir. Bunun yanında bu modelin BPB hastalarında daha az çalışıldığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmada, DSM 5'e göre BPB Tip 1 tanısı alan hastalarda TRSM'lerde uygulanan toplum temelli psikiyatrik tedavi protokolünün, bozukluğun klinik seyri üzerinde olumlu etkisi olup olmadığının, hastaların yatış sayısı, acil başvuru sıklığı, tedavi uyumu, işlevsellik, yaşam kalitesi ve içgörü düzeyleri, intihar riski gibi klinik parametreler üzerindeki etkilerinin kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

HİPOTEZ:

1. TRSM'de takip edilen BPB Tip 1 hastaları kontrol grubuna göre daha az eşik altı belirti göstermektedir ve daha seyrek atak geçirmektedir.
2. TRSM'de takip edilen hastaların, kontrol grubuna göre yatış sıklığı daha az olup, tedavi uyumları daha iyidir.
3. TRSM'de takip edilen hastaların, kontrol grubuna göre işlevsellik, yaşam kalitesi ve içgörü düzeyleri daha iyidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK:

2.1.1. Tanım ve Epidemiyoloji:

Bipolar bozukluk (BPB), tekrarlayan manik atak, depresif atak ya da her ikisini de kapsayan ataklarla giden ve bu ataklar arasında kişinin sağlıklı duygudurum haline dönebildiği; kişinin sosyal, mesleki ve genel iyilik hali üzerinde önemli etkisi olan kronik seyirli bir hastalıktır (23).

Çeşitli araştırmalarda BPB'nin yaşam boyu yaygınlığının toplumda %0.5-1.5 arasında olduğu gösterilmiştir. Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar bipolar spektrum bozukluklarının toplumun yaklaşık %6'sını etkilediğini göstermektedir (2).

BPB tip 1 yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4 arasında değişmektedir. Bozukluğun başlangıç yaşı çocukluktan 50 yaşına kadar, hatta daha seyrek olarak bazı olgularda daha geç olabilir ve ortalama başlangıç yaşı 30'dur. Kadın ve erkeklerdeki yaygınlığı eşittir. Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler ise kadınlarda daha yaygındır. Kadınlardaki manik dönemlerde erkeklere göre karma tablo görülme olasılığı daha yüksektir. Kadınlarda, 1 yıllık dönemde 4 veya daha fazla atak görülmesi olarak tanımlanan hızlı döngülülük sıklığı da erkeklere göre daha fazladır (1).

BPB tip 1 tekrarlayan bir hastalıktır ve kadınlarda %75, erkeklerde %67 oranında depresyon ile başlar (1). Mani dönemlerinin yaklaşık %60'ı, bir majör depresyon döneminden hemen önce ortaya çıkar (3). Hastaların %10-20'lik bir kısmı sadece manik atak geçirirler. Tek bir manik atak geçiren kişilerin %90'ında bir başka atak daha olma ihtimali yüksektir. Hastalık ilerledikçe ataklar arasındaki zaman genellikle azalır. Yaklaşık 5 atak sonra, ataklar arası süre 6-9 ay arasında kalır. BPB hastalarının %5-15'inde hızlı döngülülük görülür (1).

BPB görülen kişilerde eş tanı görülme olasılığı yüksektir. Erkeklerde daha çok madde kullanım bozuklukları eşlik ederken, kadınlarda daha sık olarak anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları eş tanısı konulur (1).

11 ülkede 1573 BPB tanılı hasta ile yapılan geniş çaplı bir araştırmada, eş tanı sıklığının %88.2 ile en çok BPB tip 1 hastalarında görüldüğü gösterilmiştir. Eşik altı BPB belirtileri gösteren hastaların %69.1'ine eş tanı konulmuştur. Bu çalışmada, BPB hastalarında görülen yeti yitiminin depresyon döneminde (%74) mani döneminden (%50.9) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada BPB hastalarının intihar davranışları incelenmiş ve BPB tip 1 hastalarının %52.2'sinde intihar fikirleri olduğu, %31.4'ünün plan yaptığı ve %25.6'sının girişimi olduğu gösterilmiştir. Bu oranlar eşik altı belirtiler gösteren hastalarda sırasıyla %36.3, %14.9 ve %9.5 bulunmuştur (24).

BPB olan hastaların yaşam boyu intihar olasılığının genel topluma göre en az 15 kat daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Sonlandırılmış intihar girişimlerinin %25'inden BPB sorumludur. Geçmişte intihar girişimi olması ve son 1 yıl içinde depresif geçirilen günlerin yüzdesi, daha çok sayıda intihar girişimi ile ilişkilidir (3).

2.1.2. Bipolar Bozuklukta Yeti yitiminin ve Eşik altı Belirtilerin İşlevsellik Üzerine Etkileri

BPB tanım olarak bir duygudurum bozukluğu olarak yer alsa da yapılan çeşitli çalışmalar, BPB hastalarında ötimik olsalar bile yeti yitimi olduğunu göstermektedir. Bu yeti yitimi özellikle sözel bellek alanında belirgin olmak üzere yürütücü işlevler gibi kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek tüm alanlarda bulunmuştur (25-30). Özellikle psikotik özellik gösteren hastalarda yıkım daha fazla bulunmuş (31,32), bilişsel yıkımın psikotik özellik dışında serum lityum seviyelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür (32,33). Bu hastalarda tedavi uyumunun kognitif yıkımı etkileyebileceği öngörülmüştür (33). Yapılan başka bir çalışmada ise; yaş, eğitim, hastalık süresi ve hastalığın klinik seyrinin BPB hastalarında yeti yitimini orta düzeyde etkileyebileceği gösterilmiştir (34).

Rosa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 68'i remisyon döneminde olup, 31'i hipomanik/manik ve 32'i depresif özellik gösteren 161 BPB hastası ile 61 sağlıklı kontrol karşılaştırılmış ve her üç grup hastada da yeti yitimi saptanmıştır. Yeti yitiminin ötimik grupta diğerlerine göre daha az, depresif özellikler gösteren hastalarda diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür (35). Yapılan başka bir çalışma da bunu destekler niteliktedir ve sosyal işlevselliği en çok depresif belirtilerin etkilediği bulunmuştur (36).

Yapılan çeşitli çalışmalar, eşik altı belirtilerin BPB hastalarında sosyal ve mesleki işlevselliği etkilediğini ve relaps riskini arttırdığını göstermiştir. Eşik altı depresif belirtilerin özellikle de persistan distimik durumun bu hastalarda işlevselliği daha çok bozduğu, üretkenliği azalttığı, gündelik ve sosyal hayatlarını daha çok etkilediği gösterilmiştir. Tedavi planının bu durumun göz önüne alınarak yapılması önerilmiştir (9,11-14).

BPB hastalarında işsizlik oranlarının yüksek olduğunu gösterilmiştir (37-39). Yapılan bir çalışmada, BPB hastalarının %51'inin çalışmadığı, %21'inin ise yarı zamanlı veya gönüllü olarak çalıştığı gösterilmiş ve mesleki programların bu grup hastada faydalı olabileceği düşünülmüştür (37).

Kleinman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BPB hastalarının çalışma hayatında sağlıklı kontrollere göre %20 daha az verimlilik gösterdiği ve yılda önemli ölçüde daha fazla devamsızlık maliyeti (1.219 dolar) ve yıllık 11.5 ek kayıp gününe sahip oldukları gösterilmiştir (40).

Gilbert ve Marwaha'nın yaptığı bir çalışmada, BPB hastalarında istihdamın yordayıcısı olarak bilişsel yeti yitiminin (%67), depresyonun (%43) ve eğitim düzeyinin (%33) önemi üzerinde durulmuştur. Bipolar depresyonun sadece hastanın çalışıp çalışmadığını değil, aynı zamanda işten çıkarılma durumunu da etkilediği ve eşik altı depresif belirtilerin istihdam beklentilerine zarar verdiği düşünülmüştür. Sözel bellek ve yönetici işlev bozukluğunun bu durumun yordayıcıları olduğu düşünülmüş, depresyon ve bilişsel zorlukların daha iyi değerlendirilmesi ve yönetiminin BPB hastalarının mesleki işlevselliğini iyileştirebileceği düşünülmüştür (41).

108 BPB hastası ile yapılan bir çalışmada, iş alanındaki yeti yitimi önceki manik ataklarla, üç veya daha fazla hastaneye yatış sayısı ve mevcut depresif belirtilerle anlamlı şekilde ilişki bulunmuştur. Sosyal yaşam alanındaki yeti yitimi, hastaneye yatış sayısı ile anlamlı olarak artmış ve daha önce tekrarlanan depresif dönemler ve mevcut depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Sosyal destek eksikliği, iş ve sosyal yaşamdaki yeti yitimi ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuş; aile yaşamı alanındaki yeti yitiminin ise hastaneye yatış sayısı ve yaşla birlikte önemli ölçüde arttığı gözlenmiştir ve daha önce tekrarlanan manik ataklar ve mevcut depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir. Sonuç olarak, önceki hastalık süreci, özellikle de çok sayıda manik atak ve mevcut psikopatoloji veya depresif belirtilerin varlığının yeti yitiminin göstergeleri olabileceği ve önceki manik atakların işteki veya aile yaşamındaki yeti yitimini etkileyebileceği, önceki depresif atakların sosyal yaşamdaki yeti yitimi ile ilişkili olabileceği öngörülmüştür (42).

2.1.3. Şizofreni ile Karşılaştırmalı Çalışmalar

Hem şizofreni hastalarında hem de BPB hastalarında yeti yitimi görülmekle birlikte, başlangıçları ve klinik seyri tanı grupları arasında farklılık göstermektedir. Şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıcından önce, prodromal dönemde daha belirgin hale gelen ve tanıyı takip eden ilk yıllarda belirginleşen bir yeti yitimi görüldüğü ve daha sonra stabil bir seyir izlediği, bununla birlikte BPB hastalarının genellikle normal bilişsel gelişim gösterdikleri, ancak kötüleşen belirtiler ve alevlenmeler ile birlikte yeti yitiminin arttığı düşünülmektedir (43).

Bowie ve arkadaşları tarafından yapılan 161 şizofreni ve 130 BPB hastasının yeti yitimi açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme becerileri, çalışma hayatı ve kişilerarası ilişkileri nörokognitif testlerle karşılaştırılmış; her iki grup hastada da büyük ölçüde yeti yitimi tespit edilmiş ve BPB hastalarında depresif dönemde yeti yitimin arttığı gözlemlenmiştir. Her iki hasta grubunda da nörokognitif becerilerdeki yıkımın kişilerarası ilişkileri, mesleki işlevsellikleri ve adaptif yetenekleri olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (44).

Sanchez-Morla ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise, 73 ötimik BPB hastası ve 89 remisyonda şizofreni hastası ile 67 kontrol grubu yönetici işlevler, dikkat, görsel ve sözel bellek açısından karşılaştırılmış; BPB ötimik dönem ve şizofreni remisyon dönemi hastaları arasında belirgin bir fark bulunamamıştır. BPB hastalarında özellikle sözel bellekte bozulmanın düşük psikososyal işlevler ve hastalığın kliniği ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (45).

Yapılan bir çalışmada, 49 ötimik BPB hastası ve 49 şizofreni hastası yeti yitimi açısından karşılaştırılmış ve şizofreni hastalarında daha şiddetli olmak üzere her iki grupta da yeti yitimi saptanmıştır. İşlevsel yeti yitimi, şizofreni hastalarında negatif sendrom ve tekrarlayan test hataları ile öngörülmüş, genel psikopatolojinin ise BPB hastalarında fonksiyonel yeti yitiminin en iyi belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (46).

Bu çalışmalara ek olarak, şizofreni ve BPB'deki yeti yitiminin şiddetleri farklı olmakla birlikte benzer özellikler gösterdikleri çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (47-51).

15 yıllık bir izlem çalışmasında, şizofreni, şizoaftaktif bozukluk ve BPB tanıları alan 177 hasta ilk hastane yatışlarından sonraki 15 yıl boyunca izlenmiş, sosyal alanlardaki yeti yitimi açısından karşılaştırılmış ve şizofrenide daha belirgin olmak üzere her 3 hastalık grubunda da yeti yitimi saptanmıştır. Hastalıkların ciddiyeti farklı olmasına rağmen farklı hastalık gruplarında yeti yitimlerin benzer nitelikte olduğu bulunmuştur (52). Benzer çalışmalar da bu bulguları desteklemektedir (53,54).

Yapılan bir çalışmada, şizofreni için geliştirilen araştırma ve tedavi yaklaşımlarının, özellikle bilişsel yeti yitimi ile ilgili işlevsel bozulmaların özellikleri ve tedavileri de dahil olmak üzere, BPB tanılı hastaların çalışma ve tedavisine uygulanması önerilmiştir (48).

2.1.4. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi:

BPB olan kişiler genel popülasyona göre daha düşük bir yaşam kalitesi bildirmektedir ve bu kişiler arasında yaşam kalitesiyle ilişkili birkaç değişken faktör

tanımlanmıştır. Yapılan araştırmalar, depresif belirtilerin BPB olan kişilerde yaşam kalitesi ile depresif belirtiler arasında ilişki olduğunu göstermektedir, ancak manik/hipomanik veya depresif dönemler yaşanmadığında bile bu popülasyonda yaşam kalitesinin düşük olabileceği öngörülmektedir. Alkol bağımlılığı, yasadışı madde kullanımı ve tıbbi eş tanılar da yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. 141 BPB hastası ile yapılan bir çalışma, daha yüksek öz-yeterlilik seviyelerinin, daha yüksek zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (55).

Michalak ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BPB hastalarının özellikle eğitim, meslek, finansal işlevsellik, sosyal ve yakın ilişkiler alanlarındaki yaşam kaliteleri üzerinde hastalık durumunun olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (10).

BPB olan hastalar arasında yaşam kalitesi, hem akut ataklar sırasında hem de ataklar arası dönemde önemli ölçüde azalır. Somatik belirtiler ve duygudurum belirtileri, damgalanma, eşlik eden durumlar, buna bağlı bilişsel bozukluklar ve tedavi yükünün tümü, hastanın yaşam kalitesini ve işlevselliğini her seviyede ciddi şekilde zedeleyebilir. Tedavinin tolere edilebilirliği, hasta memnuniyeti ve tedaviye uyum nedeniyle bir tedavi seçeneği seçerken, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Uygun tedavi ile erken müdahale BPB'nin seyrini değiştirebilir ve hastaların hastalık yönetimi konusundaki uzun vadeli deneyimlerini iyileştirebilir (56).

2.2. TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI MODELİ VE TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ:

2.2.1. Kurumdışlaştırma Süreci ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri:

Dünyada ruh sağlığı ve hastalıklarının tedavisinde zaman içerisinde çeşitli bakış açıları ve değişimler olmuştur. Orta Çağ Avrupası'nda ruh hastalıkları şeytan girmesi olarak değerlendiriliyor ve hastalar tedavi edilmeyip toplumdan uzaklaştırılıyor ve tımarhane ismi verilen büyük hastanelerde tutuluyordu. Fransız bir hekim olan Phillippe Pinel, 17. yüzyılın sonlarına doğru çalıştığı depo hastanede hastaların zincirlenmesini yasaklamış ve tımarhaneleri hastaneye dönüştürmüştür (57). Bu yasak, muhafazadan tedaviye geçiş için büyük bir adım olmuştur. Amerikalı

bir sosyal çalışmacı olan Dorethea Dix hastalara kötü muameleyi araştırmış ve ruh sağlığı mevzuatına katkıda bulunmuştur (58). 20. yüzyılın ortalarına doğru ruhsal hastalıkların biyopsikososyal doğası anlaşılmaya başlanmış ve ruh sağlığı hizmetlerindeki eksiklikler görülmeye başlanmıştır. 31 Ekim 1963'te ABD başkanı JF Kennedy tarafından Ruhsal Hastalığı Olanlar İçin Kurumlar ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Kuruluşu Yasası imzalanmış ve akıl hastanelerinin kapatılıp yerine ruh sağlığı merkezleri kurulması planlanmıştır (59,60). Bu doğrultuda Ekim 1965'te Florida'da ilk ruh sağlığı merkezi kurulmuştur (59). Bu toplum temelli ruh sağlığı modeli, sağlık reformu ile birlikte kısa sürede başta İtalya olmak üzere hemen hemen tüm Avrupa ülkelerinde yaygınlaşmış ve uygulanmaya başlanmıştır (61).

Zihinsel hastalığı olan bireylerin tedavi, bakım ve sosyal desteklerini büyük akıl hastanelerinden topluma dayalı ruh sağlığı merkezlerine kaydırma süreci kurum dışılaştırma olarak tanımlanır (62). Kurum dışılaştırma sürecinin 3 temel bileşeni vardır:

1. Toplum içinde hastalara hizmet verecek tesislerin sağlanması yoluyla uygunsuz hastane başvurularının engellenmesi,
2. Uzun süreli hastane yatışı olan hastaların yeterli hazırlık sonrasında bu kurumlardan taburcu edilip topluma çıkarılması,
3. Kurumsallaşmamış hastalar için topluluk destek sistemlerinin kurulması ve sürdürülmesi.

Hastane temelli model, ruhsal sağlık, barınma, fiziksel sağlık gibi konularda hastalara faydalı bir model olsa da, bu hizmetlerin sunumu sırasında hastalar toplumdan izole olmakta, mevcut olan yeti yitimlerinin sağaltımı yapılamamakta, hatta bu hastaların mevcut kapasitelerinin kullanımı ve bu hastaların topluma kazandırılması konusunda bu sistem yetersiz kalmaktadır (63). Kurum dışılaştırma sürecinde başlangıçta uzun süre hastane yatışı olan bireylerin toplum içinde yaşamasına öncelik verilmiştir; fakat bu bireylerin rehabilitasyonu ikinci planda tutulmuştur. Bununla birlikte bu kişilerin yeti yitimleri nedeniyle iş bulmaları zorlaşmış, evsizlik ve işsizlik oranı bu hasta popülasyonunda artmıştır. Bunun sonucu olarak hastaların tedavilerinde yetersizlik olmuş, bu hastaların yasadışı madde kullanımı ve suç işlemeye yönelmesiyle birlikte cezaevi yatışları artmıştır.

Kurumdışılaştırma süreci sonrasında, bu sürecin başarılı olması için sadece bakım odağını değiştirmekten daha fazlasını yapmak, hizmet planlamasının her bireyin ihtiyaçlarına göre planlanması, hastane bakımının ihtiyaç duyanlar için erişilebilir olması, bu hizmetlerin kültürel olarak düzenlenmesi, ağır akıl hastası kişilerin, hizmet planlamalarına dahil olmaları, hizmet sistemlerinin önyargılı ideoloji ile sınırlandırılmaması ve bu bakımın sürekliliğinin sağlanması gerektiği anlaşılmıştır. Bu sürecin sonucunda hastane temelli model ile toplum temelli model arasında dengeli bir sistem geliştirilmiştir (63,64).

Dengeli ruh sağlığı modelinin şu özellikleri taşıması gerekmektedir:

1. Bireye özgü tedavi ve bakım planı oluşturulması,
2. Belirtiler kadar yeti yitimine yönelik müdahalelerin yapılması,
3. Evlere yakın, akut başvurular için modern hastane bakımını içeren ruh sağlığı servislerinin kurulması,
4. Hastaların önceliklerini yansıtan hizmetlerin sunulması,
5. Ruh sağlığı profesyonelleri ve sosyal kurumlar arasında hizmetlerin koordine edilmesi,
6. Evde tedavi hizmetlerini sağlayacak hareketli sistemlerin kurulması (63).

Toplum temelli dengeli model her bölgede eşit olarak gelişmemiştir ve verilen hizmetler farklılık göstermektedir. Hizmetler düzeyine ve ayrılan kaynağa göre düşük, orta, ileri düzey olarak sınıflandırılmaktadır. Yüksek düzey hizmet veren bölgelerde yoğun toplum tedavisi, kriz evleri, kulüp evleri gibi hizmetler sağlanırken, düşük düzeyde hizmet veren bölgelerde konuşma tedavisi, farmakolojik tedavi, eğitim ve karışık vakalarda konsültasyon gibi hizmetler verilmektedir. Orta ve yüksek düzey kaynak ayrılan bölgelerde hizmetin çatısını toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) oluştururken, düşük kaynak ayrılan bölgelerde aile hekimleri oluşturmakta ve gerektiği durumlarda TRSM'ler bu merkezlere konsültasyon hizmeti vermektedir (65).

Kurumdışılaştırma süreci ile birlikte toplum içinde yaşayan hastaların yaşadıkları sorunlara bireye özgü çözümler bulmak amacıyla vaka yönetimi denilen bir kavram ortaya çıkmıştır. Vaka yönetimi ile amaçlanan, yeti yitimi olan bireylerin

hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları, hastalıklarını kontrol etmeleri, gerekli beceri ve desteklerin sağlanması yönünde rehabilite edilmeleridir. Vaka yönetimini yapan ekipten hastaların ihtiyaçlarını değerlendirip, detaylı hizmet planı yapmaları, yapılan tedavi ve hizmetlerin kesintisiz ve erişilebilir olmasını sağlaması ve bunları kayıt altında tutması beklenir. Vaka yönetimi psikiyatri uzmanı ve diğer sağlık çalışanların oluşan bir ekip tarafından, hasta ve hasta yakınının iş birliği ile sürdürülür (63,66,67).

Yapılan bir çalışma, yoğun toplum tedavisi veya yoğun vaka yönetiminin hastanede geçirilen süreyi azalttığını göstermiştir. Bu yöntemlerin hastaların yaşam kalitesini arttırmada orta derecede etkileri olduğu ve sosyal işlevsellik, adli sorunlar veya mesleki işlevsellik üzerinde ise çok az etkisi olduğu gözlenmiştir. Bu hizmetlerin azaltılması veya geri çekilmesi ile kazanımlarda bir miktar bozulma olduğunu görülmüştür (68). Bulgular göz önüne alındığında bu yöntemlerin orta düzeyde etkili olduğu düşünülebilir.

Psikoeğitim, çeşitli hastalıklar ve tedavileri ile ilişkili sistematik, yapılandırılmış ve eğitici bilgiler olarak tanımlanabilir (69). Yapılan çeşitli çalışmalarda BPB hastalarına ve ailelerine verilen psikoeğitimin, BPB ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, belirtilerde iyileşme, depresif ve hipomanik/manik atakları önleme, hastanede yatış süresi ve sayısında azalma, sosyal-mesleki işlevsellik ve yaşam kalitesinde iyileşme, ailenin tedaviye katkısı, intiharı önleme konularında önemli oranda katkı sağladığı bulunmuştur. Ancak psikoeğitimin tedavide tek başına değil, diğer tedavilere ek olarak kullanılması gerektiği vurgulanmıştır. Eğitimsel girişimlerin yaklaşmakta olan hastalık belirtilerinin daha iyi tanınmasına ve böylelikle atakların daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesine katkıda bulunduğu söylenmiştir (70-74).

Çakır ve Özerdem'in yaptığı bir çalışmada, BPB hastalarına uygulanan psikoeğitim ve çeşitli terapileri içeren psikososyal müdahalelerin hastalığın yinelenme riskini azalttığı, ilaç uyumu, hastaneye yatış sayı ve süresi, yinelenmeye kadar geçen süre, işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (75). Yapılan çeşitli çalışmalar da bu bulguları destekler nitelikte olup, BPB hastalarında yoğun psikososyal müdahalelerin hastalığın klinik seyrine olumlu etkisi olduğunu,

hastaların işlevsellik ve yaşam kalitelerinin müdahale sonrasında daha iyi olduğu ve nüks riskini azalttığı tespit edilmiştir (21,76,77).

Henderson ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada; TRSM’lerde uygulanan kriz planının yatış sayılarını azalttığı bulunmuştur (78). Ruchlewska ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışma da bu çalışmayı destekler niteliktedir (79). Yapılan çeşitli çalışmalar, TRSM’lerde kişiye özel bakım ve kriz planı yaparken ve uygularken terapötik iş birliğinin önemli olduğunu vurgulamışlardır (80-82).

2.2.2. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Yapılan Çalışmalar:

2006 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metni ile Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı çalışmaları hız kazanmıştır. Bu metinde ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmesi, ruh sağlığı alanında yeni yasaların çıkarılması ve rehabilitasyon çalışmalarının yapılması gibi hedefler yer almıştır. 2008 yılında ise ilk TRSM Bolu ilinde pilot uygulama olarak hizmet vermeye başlamıştır (83,84).

16.02.2011 tarihinde yürürlüğe giren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkındaki Yönerge ile TRSM’lerin amacı ve kapsamı belirlenmiş, kurulacak merkezler standardize edilmiş, merkezin çalışma esasları ve çalışacak olan personelin görev tanımı yapılmıştır (85).

2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre; toplum temelli ruh sağlığı modeli üç unsur üzerine kuruludur. Bunlar:

1. Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
2. Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi,
3. Her tanımlanmış bölgeye, sorumlu TRSM, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması şeklindedir (61).

Bu modelde ülke 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünür ve her alan için bir TRSM planlanır. Merkezde çalışan ruh sağlığı ekibi; psikiyatri uzmanı,

psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraş terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşur. Ekip hareketlidir, hizmeti gerektiğinde hastanın yaşadığı alana götürür. Ekibin hizmet verdiği merkez genellikle ana hastanenin dışındadır. Ekip görev ve sorumluluk açısından yapılandırılmış, yapılacak işler ise planlanmıştır. Her hasta için kayıt vardır ve o hasta için yapılacaklar bireysel olarak yazılı planlanmıştır. Amaç kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılmasıdır. Bu sayede hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları hedeflenir (61).

Ensari ve arkadaşları tarafından TRSM’de izlenen şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada; TRSM’lerde verilen hizmetlerin şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliğini belirgin olarak arttırdığı, yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı saptanmıştır. Bu çalışmada TRSM’lerin tüm Türkiye’de yaygınlaştırılması ve işlevselliklerinin artırılmasının faydalı olacağı belirtilmiştir (86). Yapılan benzer çalışmalar da bu bulguları destekler niteliktedir (87,88).

Söğütü ve arkadaşları tarafından TRSM’de izlenen şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastalara toplumsal beceri eğitimi verilmiş; eğitim öncesi ve sonrasında hastalar değerlendirilmiştir. Hastaların toplumsal beceri eğitimi aldıktan sonra psikopatolojilerinde, depresyon düzeylerinde, ilaç uyumlarında, içgörü düzeylerinde, yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde belirgin düzelme saptanmıştır (89).

Aydın ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise, döner kapı olgusu kriterlerini karşılayan 18 şizofreni hastası ile çalışılmış ve toplum temelli bakım planı temelinde sunulan hizmetlerle bu hastaların yatış sayılarının azaldığı gösterilmiştir. Bu hastalarda depo tedavi ve klopabin kullanım oranı değişmeden pozitif, negatif, depresif belirtilerde azalma ve sosyal işlevsellikte düzelme gerçekleşmiştir (90).

Arslan ve arkadaşları tarafından TRSM’de izlenen şizofreni hastalarında yapılan çok boyutlu psikososyal girişimlerin bir arada uygulandığı bir programın, hastaların ilaç uyumunu ve içgörü düzeyini arttırdığı, klinik belirti şiddeti ve hastaneye yatış sıklığını azalttığı, sosyal işlevsellikle günlük yaşam etkinliklerini

yerine getirme kapasitesi ve yaşam kalitelerinde artış sağladığı, ek olarak sıralanan tüm bu olumlu kazanımların uzun süre korunduğu gösterilmiştir (91).

Tabo ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ise; TRSM’de takip edilmekte olan ve çoklu antipsikotik tedavisi almakta olan 120 şizofreni hastasının 12 aylık izlemleri sonucunda hastaların PANSS alt ölçek puanlarının azaldığı, ilaç uyumlarının arttığı, çoklu antipsikotik ilaç tedavisi oranlarının değişmediği ve ortalama ilaç tedavi dozlarının da değişmediği saptanmıştır. Çalışmada şizofrenide psikofarmakoterapi etkinliğinin artırılması için TRSM hizmetlerinden yararlanılması gerektiği vurgulanmıştır (92).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu'ndan 08.01.2019 tarih ve 266 protokol numarası ile onay alınmıştır.

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne (BRSHEAH) bağlı TRSM'lerde en az 1 yıl süre ile ayda en az 1 kez olmak üzere düzenli takip edilen ve araştırma kriterlerini karşılayan, DSM 5 tanı ölçütlerine göre BPB Tip 1 tanısı almış remisyon dönemindeki toplam 47 hasta ile kontrol grubu olarak daha önce TRSM'ye başvurmamış, BRSHEAH'ye bağlı ayaktan tedavi ünitelerinde takip edilen ve tedavi görmekte olan remisyon dönemindeki BPB Tip 1 tanılı toplam 44 hasta dahil edilmiştir. Olgulara çalışmanın amacı anlatılarak çalışmaya katılım hakkında sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18-65 yaş arası olmak
2. Mental retardasyonu veya organik mental bozukluğu olmamak
3. Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu olmamak
4. Madde/ilacın yol açtığı duygudurum bozukluğu olmamak
5. DSM 5 'e göre BPB Tip 1 tanısı almış olmak
6. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü onam formunu imzalamış olmak
7. Okuma yazma biliyor olmak
8. Yaşam boyu madde kullanımının olmaması

3.2. GEREÇLER

1. **Sosyodemografik Veri Formu:** Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren veri formudur.
2. **Klinik Veri Formu:** Çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastalığa ait verileri içeren, klinik tanı sürecini değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur.
3. **Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):** Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (93). 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine ait olup ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (94).
4. **Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):** Günümüzdeki klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Tek boyutlu, 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi içeren bir klinik derecelendirme ölçeğidir (95). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (96).
5. **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):** Hamilton ve onun gözetiminde yapılandırılmış hale dönüştüren Williams tarafından 1978'de geliştirilen bu ölçek, klinisyen tarafından depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla uygulanan tanı koydurucu olmayan bir klinik ölçektir (97). 17 maddeden oluşur ve depresif duygudurum, iş ve etkinlikler, genital ve somatik belirtiler, uyku, genel bedensel belirtiler, suçluluk duyguları, intihar, bedensel ve ruhsal anksiyete, hipokondriasis, içgörü, retardasyon ve ajitasyonu değerlendirir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (98).
6. **Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ):** BPB olan hastaların belirtili dönemde veya dönemler arası iyileşme sırasında, tüm alanlarda

gösterdikleri işlevsellik düzeyini belirlemek ve ölçmek üzere kullanılmaktadır (95). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (99).

7. İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ): Klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren ölçek David tarafından 1990 yılında geliştirmiştir (100). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001’de Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (101).

8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirmiş, Eser ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (102). Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümündeki 27. soru ulusal sorudur (95). Bu çalışmada ölçeğin kısa formu kullanılmıştır.

9. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Vural ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmış (103), BPB hastalarında geçerliği ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları tarafından 2014 yılında değerlendirilmiş, BPB hastalarında tedavi uyumunu ölçen bir ölçektir. 6 sorudan oluşmaktadır (104).

10. Klinik Global İzlem Ölçeği (CGI): Ruhsal bozuklukların şiddetini, iyileşme düzeyini ve ilaç yan etkisini değerlendirmek için kullanılabilen bir ölçektir. CGI ölçeğinin şiddet, global iyileşme ve yan etki düzeylerini gösteren üç alt ölçeği vardır (105).

11. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ): Cull ve Gill tarafından, 1988 yılında, ergen ve yetişkinlerdeki olası intihar riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (106). Kendini değerlendirme türü bir ölçek olan İÖÖ, 36 maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tuğcu ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (107).

3.3. YÖNTEM

Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne (BRSHEAH) bağlı TRSM'lerde en az 1 yıl süre ile ayda en az 1 kez olmak üzere düzenli takip edilen ve araştırma kriterlerini karşılayan, 18-65 yaş arasında olan ve DSM 5 tanı ölçütlerine göre BPB Tip 1 tanısı almış remisyon dönemindeki hastalar ile kontrol grubu olarak daha önce TRSM'ye başvurmamış, BRSHEAH'ye bağlı ayaktan tedavi ünitelerinde takip edilen ve tedavi görmekte olan remisyon dönemindeki BPB Tip 1 tanılı hastalar dahil edilmiştir. Çalışmadan okuma yazma bilmeyen, mental retardasyonu veya organik mental bozukluğu olan, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu veya madde/ilacın yol açtığı duygudurum bozukluğu olan ve yaşam boyu en az 1 kez madde kullanmış olan hastalar dışlanmıştır. Çalışmaya katılmayı sözel olarak kabul eden ve sonrasında yazılı olarak da onamı alınan 47 TRSM hastası ve 44 poliklinik hastası olmak üzere toplam 91 hasta dahil edilmiştir.

Her iki hasta grubuna da Sosyodemografik Veri Formu, Klinik Veri Formu, PANSS, YMDÖ, HDDÖ, İDÖ, Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ve CGI araştırmacı tarafından uygulanmıştır. BBİÖ, WHOQOL-BREF-TR ve İOÖ hasta tarafından doldurulmuştur.

Olguların klinik iyileşme düzeyleri CGI ile değerlendirilmiş; hastalara YMDÖ ve HDDÖ uygulanarak eşik altı belirti düzeyleri tespit edilmiş ve remisyonunda oldukları doğrulanmıştır. YMDÖ ve HDDÖ ölçeklerinde sırasıyla ≤ 6 ve ≤ 8 puan alan hastalar ötimik, sırasıyla 1 ile 6 arasında ve 3 ile 8 arasında puan alan hastalar ise eşik altı belirtileri olan ötimik hastalar olarak değerlendirilmiştir. Hastalara PANSS ölçeği uygulanmış ve pozitif ve negatif bulgular ile genel psikopatolojileri değerlendirilmiştir. Hastaların içgörü düzeyleri İDÖ ile, ilaç uyumları ise Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Her iki grubun da işlevsellik düzeyleri, yaşam kalitesi ve intihar olasılıkları sırayla BBİÖ, WHOQOL-BREF-TR ve İOÖ uygulanarak belirlenmiştir.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen devamlı ve kategorik verilerin açıklayıcı bilgileri ile ilgili katılımcıların özellikleri belirlenmiştir. Çalışmadaki kategorik değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki-kare analizi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının ve devamlı değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında iki grup için bağımsız t testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Grupların normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Çalışmadaki normal dağılmayan devamlı değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini belirlemek için ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tespit edilen verilerin ortaya çıkmasında etkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Analizlerden elde edilen veriler Bulgular kısmında belirtilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI:

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğinden takip edilen hastaların yaş ortalaması 39.89 ± 11.76 , TRSM'den takip edilen hastaların ise yaş ortalaması 33.19 ± 8.49 bulunmuştur. Her iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup; TRSM grubunun yaş ortalaması poliklinik grubundan daha küçüktür ($p=0.002$) (Tablo 1).

Poliklinik grubunun %43.2'si ($n=19$) kadın, %56.8'i ($n=25$) erkek; TRSM grubunun %74.5'i ($n=35$), %25.5'i ($n=12$) erkek hastalardan oluşmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.005$) (Tablo 2).

Polikliniğe başvuran hastaların %6.8'inin ($n=3$) öğrenci olduğu, %2.3'ünün ($n=1$) düzensiz, %36.4'ünün ($n=16$) düzenli olarak çalıştığı, %54.5'inin ($n=24$) çalışmadığı bulunmuştur. TRSM'den takipli hastaların ise %12.8'inin ($n=6$) öğrenci olduğu, %2.1'inin ($n=1$) düzensiz, %23.4'ünün ($n=11$) düzenli olarak çalıştığı, %61.7'sinin ($n=29$) çalışmadığı bulunmuştur. Bulgular gruplar arasında istatistiksel açıdan farklı bulunmamıştır ($p=0.541$) (Tablo 2).

Poliklinik grubunda hastaların ortalama eğitim yılı 9.11 ± 4.52 yıl; TRSM grubunda 10.72 ± 3.97 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.125$) (Tablo1).

Poliklinikten takipli hastaların %38.6'sı ($n=17$) bekar, %50'si ($n=22$) evlidir. TRSM grubunda ise hastaların %59.6'sı ($n=28$) bekar, %29.8'i ($n=14$) evlidir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.12$) (Tablo 2).

Poliklinik grubundaki hastaların %97.7'si ($n=43$), TRSM grubundaki hastaların %95.7'si ($n=45$) ailesi ile yaşamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.362$) (Tablo 2).

Poliklinik grubundaki hastaların %56.8'inin (n=25), TRSM grubundaki hastaların %78.7'sinin (n=37) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.044) (Tablo 2).

Tablo 1: Sosyodemografik Nicel Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması

		N	Min/Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
Yaş	Poliklinik	44	18-65	39.89±11.76	3.127*	0.002
	TRSM	47	20-55	33.19±8.49		
Eğitim yılı	Poliklinik	44	2-16	9.11±4.52	-1.536**	0.125
	TRSM	47	3-25	10.72±3.97		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

Tablo 2: Sosyodemografik Nitel Verilerin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

		Poliklinik		TRSM		χ^2	p değeri
		N	%	N	%		
Cinsiyet	Kadın	19	43.2	35	74.5	7.968	0.005
	Erkek	25	56.8	12	25.5		
Çalışma durumu	Öğrenci	3	6.8	6	12.8	2.496	0.541
	Düzensiz çalışıyor	1	2.3	1	2.1		
	Çalışmıyor	24	54.5	29	61.7		
	Düzenli çalışıyor	16	36.4	11	23.4		
Medeni durum	Bekar	17	38.6	28	59.6	4.372	0.120
	Evli	22	50.0	14	29.8		
	Boşanmış veya eşi ölmüş	5	11.4	5	10.6		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	0	0,00	2	4.3	2.512	0.362
	Aile ile	43	97.7	45	95.7		
	Arkadaş ile	1	2.3	0	0,00		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	19	43.2	10	21.3	4.064	0.044
	Var	25	56.8	37	78.7		

χ^2 : ki kare testi değeri

4.2. KLİNİK ÖZELLİKLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Gruplar hastaların hastalık başlangıç yaşına göre karşılaştırıldığında; poliklinik grubunun ortalama başlangıç yaşı 26 ± 9 , TRSM grubunun ortalama başlangıç yaşı 22 ± 7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p=0.016$) (Tablo 3).

Poliklinik grubunda ortalama hastalık yılı 14 ± 10 , TRSM grubunda ise hastalık yılı ortalaması 11 ± 7 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.289$) (Tablo 3).

Hastaların gruplar arası toplam atak sayıları incelendiğinde; poliklinik grubunun ortalama atak sayısı 9 ± 8 , TRSM grubunun ortalama atak sayısı 11 ± 9 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmemiştir ($p=0.30$) (Tablo 3).

Hastaların hastaneye yatış sayıları ve acil başvuru sayıları sırasıyla poliklinik grubunda 2 ± 3 ve 4 ± 6 ; TRSM grubunda 3 ± 3 ve 6 ± 8 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0.607$ ve $p=0.418$) (Tablo 3).

Poliklinikten takip edilen hastaların %15.9'unun ($n=7$) intihar öyküsü olup ortalama intihar girişim sayısı 0 ± 1 olarak bulunmuştur. TRSM grubunda ise hastaların %61.7'sinin ($n=18$) intihar öyküsü olduğu ve ortalama intihar girişim sayılarının 1 ± 2 olduğu tespit edilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.031$ ve $p=0.006$) (Tablo 3 ve 4). Poliklinik grubunda adli öykü sıklığı %6.8 ($n=3$), TRSM grubunda ise %17.0 ($n=8$) olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0.242$) (Tablo 4).

Poliklinik hastalarının %63.6'sının ($n=28$) daha çok manik özellikli atak geçirdiği, TRSM hastalarının ise %59.6'sının ($n=28$) daha çok depresif özellikli atak geçirdiği tespit edilmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.045$) (Tablo 5). Poliklinik hastaları %20.5 ($n=9$) oranında eşik altı manik belirtiler ve %40.9 ($n=18$) oranında eşik altı depresif belirtiler göstermekteyken; bu oranlar TRSM hastalarında sırasıyla %21.3 ($n=10$) ve %68.1 ($n=32$) olarak bulunmuştur. Hastaların eşik altı manik belirtileri açısından gruplar arasında anlamlı

bir fark saptanmamıştır (p=1.00) ancak eşik altı depresif belirtiler açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=0.017) (Tablo 6).

Tablo 3: Klinik nicel verilerin gruplar arası karşılaştırılması

		N	Min-Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
Hastalık başlangıç yaşı	Poliklinik	44	14-50	26±9	-2.400**	0.016
	TRSM	47	14-44	22±7		
Hastalık yılı	Poliklinik	44	2-42	14±10	-1.066**	0.289
	TRSM	47	2-31	11±7		
Toplam atak sayısı	Poliklinik	44	1-40	9±8	-1.041**	0.30
	TRSM	47	1-50	11±9		
Hastaneye yatış sayısı	Poliklinik	44	0-18	2±3	-519**	0.607
	TRSM	47	0-12	3±3		
Acil başvuru sayısı	Poliklinik	44	0-36	4±6	-0.814**	0.418
	TRSM	47	0-39	6±8		
İntihar girişim sayısı	Poliklinik	44	0-3	0±1	-2.711**	0.006
	TRSM	47	0-15	1±2		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

Tablo 4: Klinik nitel verilerin gruplar arası karşılaştırılması

		Poliklinik		TRSM		χ^2	p değeri
		N	%	N	%		
İntihar girişimi öyküsü	Var	7	15.9	18	61.7	4.649	0.031
	Yok	37	84.1	29	38.3		
Adli öykü	Var	3	6.8	8	17.0	1.370	0.242
	Yok	41	93.2	39	83.0		

χ^2 : ki kare testi değeri

Tablo 5: Atak özelliklerinin gruplar arasında karşılaştırılması

	Atak Özelliği		Toplam	χ^2	p değeri
	Manik özellik ağırlıklı	Depresif özellik ağırlıklı			
Poliklinik	28 (%63.6)	16 (%36.4)	44	4.017	0.045
TRSM	19 (%40.4)	28 (%59.6)	47		

χ^2 : ki kare testi değeri

Tablo 6: Eşik altı belirti varlığının gruplar arasında karşılaştırılması

		Poliklinik		TRSM		χ^2	p değeri
		N	%	N	%		
Eşik altı manik belirti varlığı	Var	9	20.5	10	21.3	0.00	1.000
	Yok	35	79.5	37	78.7		
Eşik altı depresif belirti varlığı	Var	18	40.9	32	68.1	5.726	0.017
	Yok	26	59.1	15	31.9		

χ^2 : ki kare testi değeri

Hastaların kullandığı ilaçlar Tablo 7’de özetlenmiştir. Her iki grupta da BPB tedavisinde klinisyenlerin duygudurum düzenleyici+atipik antipsikotik kombinasyonunu tercih ettikleri görülmektedir.

TRSM’ye giden hastaların ortalama 3.6±2.11 yıldır merkezi kullandıkları ve ayda ortalama 3.55±4.50 kez başvurdukları bulunmuştur (Tablo 8). Hastaların TRSM öncesi ve sonrasındaki acil başvuruları ve yatış sıklıkları karşılaştırıldığında; TRSM sonrasında her iki parametrede de belirgin düşüş olduğu saptanmış ve bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 9).

Tablo 7: BPB hastalarının kullandığı ilaçlar ve sıklıkları

			Kullanılan ilaçlar	
			N	%
Grup	Poliklinik	duygudurum düzenleyici	8	18.2
		duygudurum düzenleyici+antidepresan	1	2.3
		duygudurum	4	9.1
		düzenleyici+antidepresan+atipik antipsikotik		
		duygudurum	0	.0
		düzenleyici+antidepresan+atipik antipsikotik+tipik antipsikotik		
		duygudurum	0	.0
		düzenleyici+antidepresan+tipik antipsikotik		
		duygudurum düzenleyici+atipik antipsikotik	24	54.5
		duygudurum düzenleyici+atipik antipsikotik+tipik antipsikotik	3	6.8
		duygudurum düzenleyici+tipik antipsikotik	1	2.3
		Antidepresan	0	.0
		antidepresan+atipik antipsikotik	0	.0
		antidepresan+atipik antipsikotik+tipik antipsikotik	0	.0
		atipik antipsikotik	3	6.8
		tipik antipsikotik	0	.0
	TRSM	duygudurum düzenleyici	3	6.4
		duygudurum düzenleyici+antidepresan	1	2.1
		duygudurum	11	23.4
		düzenleyici+antidepresan+atipik antipsikotik		
		duygudurum	1	2.1
		düzenleyici+antidepresan+atipik antipsikotik+tipik antipsikotik		
		duygudurum	1	2.1
		düzenleyici+antidepresan+tipik antipsikotik		
		duygudurum düzenleyici+atipik antipsikotik	22	46.8
		duygudurum düzenleyici+atipik antipsikotik+tipik antipsikotik	1	2.1
		duygudurum düzenleyici+tipik antipsikotik	0	.0
		Antidepresan	1	2.1
		antidepresan+atipik antipsikotik	2	4.3
		antidepresan+atipik antipsikotik+tipik antipsikotik	1	2.1
		atipik antipsikotik	3	6.4
		tipik antipsikotik	0	.0

Tablo 8: TRSM başvurularının sıklık ve süresi

	N	Min-Max	Ort±SS
TRSM gidiş yılı	47	1-10	3.60±2.11
TRSM gidiş sıklığı	47	1-20	3.55±4.50

Tablo 9: Hastaların TRSM öncesi ve sonrası yatış ve acil başvuru sayılarının karşılaştırılması

	N	Min-Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
TRSM öncesi acil başvuru sayısı	47	0-28	4.77±6.05	-4.105**	<0.001
TRSM sonrası acil başvuru sayısı	47	0-30	1.40±4.57		
Fark	47	-21-27	3.36±7.01		
TRSM öncesi yatış sayısı	47	0-10	2.23±2.79	-3.954**	<0.001
TRSM sonrası yatış sayısı	47	0-8	0.47±1.31		
Fark	47	-4-10	1.76±2.9		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

TRSM’de hastalara yapılan rehabilitasyonlar Tablo 10’da özetlenmiştir. Bireysel terapi başlığı altında kriz yönetimi, bilişsel davranışçı müdahaleler, dinamik yönelimli görüşmeler, içgörü yönelimli terapi, sosyal uyum beceri eğitimi, bireysel psikoeğitim ve sosyal destek amaçlı müdahaleler yer almaktadır. Atölye çalışmaları ve yapılan kurslar uğraş terapileri başlığı altında toplanmıştır. Ailelere yönelik grup veya bireysel psikoeğitimler aile eğitimi olarak birleştirilmiştir. Hastalara verilen grup psikoeğitimleri ayrı bir başlıkta toplanmıştır. TRSM’lerde her hastaya bireysel ve kişiye özel müdahaleler yapılmakla birlikte hastaların %53.2’sine (n=25) ek müdahalelerde (uğraş terapileri vs.) bulunduğu tespit edilmiştir. Hastaların %46.8’ine (n=22) ise sadece bireysel müdahaleler uygulanmaktadır.

Tablo 10: TRSM’lerde yapılan rehabilitasyonlar

	N	%
Bireysel terapi	22	46.8
Bireysel terapi + Uğraş terapisi	7	14.9
Bireysel terapi + Uğraş terapisi + Grup psikoeğitimi	4	8.5
Bireysel terapi + Uğraş terapisi + Grup psikoeğitimi + Aile eğitimi	1	2.1
Bireysel terapi + Uğraş terapisi + Aile eğitimi	3	6.4
Bireysel terapi + Grup psikoeğitimi	8	17.0
Bireysel terapi + Aile eğitimi	2	4.3
Toplam	47	100

4.3. ÖLÇEK PUANLARININ GRUPLAR ARASINDA KARŞILAŞTIRILMASI

Poliklinik grubunun PANSS pozitif puan ortalaması 7.43 ± 1.33 , PANSS negatif puan ortalaması 8.11 ± 2.48 , PANSS genel puan ortalaması 19.36 ± 4.29 ve PANSS toplam puan ortalaması 34.91 ± 6.59 iken; bu puanlar TRSM hastalarında sırasıyla 7.40 ± 0.97 , 9.60 ± 3.80 , 22.23 ± 5.42 ve 39.23 ± 8.71 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında PANSS pozitif psikopatoloji açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p=0.870$), PANSS negatif ve PANSS genel psikopatoloji açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.027$ ve $p=0.003$). PANSS toplam puanları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p=0.006$) (Tablo11).

Tablo 11: PANSS, YMDÖ ve HDDÖ ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

		N	Min-Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
PANSS pozitif	Poliklinik	44	7-15	7.43±1.33	-0,164**	0.870
	TRSM	47	7-11	7.40±0.97		
PANSS negatif	Poliklinik	44	7-18	8.11±2.48	-2.206**	0.027
	TRSM	47	7-21	9.60±3.80		
PANSS genel	Poliklinik	44	16-31	19.36±4.29	-2.946**	0.003
	TRSM	47	16-36	22.23±5.42		
PANSS toplam	Poliklinik	44	30-54	34.91±6.59	-2.740**	0.006
	TRSM	47	30-62	39.23±8.71		
YMDÖ	Poliklinik	44	0-6	0.77±1.75	-0.034**	0.973
	TRSM	47	0-6	0.62±1.42		
HDDÖ	Poliklinik	44	0-8	2.39±2.45	-3.888**	<0.001
	TRSM	47	0-8	4.83±2.92		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

Poliklinik grubunda YMDÖ puan ortalaması 0.77±1.75 olarak bulunmuştur. TRSM grubunda bu ortalama 0.62±1.42'dir ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.973). HDDÖ puanları ise; poliklinik grubunda 2.39±2.45 iken, TRSM grubunda 4.83±2.92 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001) (Tablo11).

Gruplar ilaç uyumları açısından karşılaştırıldığında, Modifiye Morisky Ölçeği toplam puan ortalaması poliklinik grubunda 4.70±1.11 iken, TRSM grubunda 4.11±1.28 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.022). Ölçek motivasyon alt puanı poliklinik grubunda 2.50±0.69 iken, TRSM grubunda

2.09±0.85 olarak bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.014). Bilgi düzeyi alt puanı ise poliklinik grubunda 2.20±0.66 iken, TRSM grubunda 2.02±0.79 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.268) (Tablo12).

Poliklinik grubunda İDÖ puan ortalaması 15.86±2.31 olarak bulunmuştur. TRSM grubunda ise bu değer 16.53±2.29 bulunmuştur ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p=0.228) (Tablo12).

Tablo 12: Modifiye Morisky Ölçeği ve İDÖ puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

		N	Min-Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
Modifiye Morisky Ölçeği motivasyon	Poliklinik	44	1-3	2.50±0.69	-2.455**	0.014
	TRSM	47	0-3	2.09±0.85		
Modifiye Morisky Ölçeği bilgi düzeyi	Poliklinik	44	1-3	2.20±0.66	-1.108**	0.268
	TRSM	47	1-3	2.02±0.79		
Modifiye Morisky Ölçeği toplam	Poliklinik	44	2-6	4.70±1.11	-2.298**	0.022
	TRSM	47	1-6	4.11±1.28		
İDÖ	Poliklinik	44	7-18	15.86±2.31	-1.204**	0.228
	TRSM	47	10-18	16.53±2.29		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

Poliklinik grubunda BPB İşlevsellik Ölçeği toplam puanı 113.89±13.16 iken, TRSM grubunda 104.09±18.37 bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (p=0.008). Ölçek alt puanları incelendiğinde; içe kapanıklık (p=0.003), arkadaş ilişkileri (p=0.006) ve iş işlevselliği (p=0.019) alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu 3 alt grubun hepsinde TRSM'den takip edilen hastaların puan ortalamalarının poliklinik hastalarına göre düşük olduğu görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13: BPB İşlevsellik Ölçeği puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

		N	Min-Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
Duygusal işlevsellik	Poliklinik	44	3-9	7.86±1.53	-1.812**	0.07
	TRSM	47	3-9	7.32±1.64		
Zihinsel işlevsellik	Poliklinik	44	4-12	9.93±2.21	-1,126**	0.26
	TRSM	47	4-12	9.38±2.41		
Cinsel işlevsellik	Poliklinik	44	4-12	8.57±3.41	-1.956**	0.05
	TRSM	47	4-12	7.19±2.73		
Damgalanma hissi	Poliklinik	44	4-12	8.82±2.36	-1.557**	0.119
	TRSM	47	4-12	8.02±2.38		
İçe kapanıklık	Poliklinik	44	4-12	7.36±1.71	-2.946**	0.003
	TRSM	47	3-9	6.21±1.76		
Ev içi ilişkiler	Poliklinik	44	6-18	14.80±3.04	-1.933**	0.053
	TRSM	47	6-18	13.60±2.99		
Arkadaş ilişkileri	Poliklinik	44	6-15	12.43±2.40	-2.773**	0.006
	TRSM	47	6-15	11.02±2.58		
Toplumsal etkinlik	Poliklinik	44	8-21	13.41±3.63	-0.938**	0.348
	TRSM	47	8-24	13.02±4.44		
Hobiler	Poliklinik	44	9-18	13.32±1.95	-1.584**	0.113
	TRSM	47	8-22	12.66±3.46		
İnsiyatif alma	Poliklinik	44	3-9	6.14±1.88	-0.716**	0.474
	TRSM	47	3-9	5.85±1.89		
İş	Poliklinik	38	4-12	10.42±1.86	-2.352**	0.019
	TRSM	44	4-12	9.45±2.07		
Toplam	Poliklinik	38	83-136	113.89±13.16	2.736*	0.008
	TRSM	44	64-134	104.09±18.37		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

Her iki grup WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında; TRSM hastalarının ölçek toplam puanı ve bütün alt ölçek puanları ortalamalarının poliklinik hasta grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14: WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

		N	Min-Max (%)	Ort±SS (%)	t*/z**	p değeri
Genel sağlık	Poliklinik	44	12.50-100	65.34±23.94	-2.607**	0.009
	TRSM	47	0-87.50	51.59±21.11		
Fiziksel sağlık	Poliklinik	44	21.42-100	69.90±18.50	1.998*	0.049
	TRSM	47	25-92.85	62.56±16.96		
Psikolojik sağlık	Poliklinik	44	33.33-95.83	69.51±18.31	3.764*	<0.001
	TRSM	47	8.33-87.50	54.99±18.44		
Sosyal ilişkiler	Poliklinik	44	16.66-100	65.52±20.69	-3.593**	<0.001
	TRSM	47	0-83.40	48.21±21.70		
Çevre	Poliklinik	44	21.87-100	70.15±19.33	2.994*	0.004
	TRSM	47	28.10-87.50	59.47±14.51		
Toplam	Poliklinik	44	35.57-96.10	69.01±15.89	3.698*	<0.001
	TRSM	47	27.80-83.60	57.37±14.12		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

İÖÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; TRSM grubunun ölçek toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamalarının poliklinik grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır (Tablo 15).

Tablo 15: İÖÖ puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

		N	Min-Max	Ort±SS	t*/z**	p değeri
İntihar düşüncesi	Poliklinik	44	8-27	15.61±5.73	-0.271**	0.786
	TRSM	47	8-28	16.02±5.56		
Olumsuz kendilik	Poliklinik	44	9-28	17.48±5.21	-1.216*	0.227
	TRSM	47	9-36	18.94±6.15		
Düşmanlık	Poliklinik	44	7-25	11.36±4.26	-0.116**	0.908
	TRSM	47	7-28	11.60±4.69		
Umutsuzluk	Poliklinik	44	15-34	24.84±5.51	-0.68**	0.496
	TRSM	47	15-48	26.79±7.98		
Toplam	Poliklinik	44	41-106	69.30±14.58	-1.176*	0.243
	TRSM	47	41-131	73.36±18.07		

t*: t testi değeri / z**: Mann Whitney-U testi değeri

Yapılan korelasyon analizlerinde, BPBİÖ toplam puanı ile HDDÖ ve PANSS genel psikopatoloji puanları arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu (Tablo 16), umutsuzluk alt ölçek puanları ve PANSS genel psikopatoloji puanları ile intihar girişim sayısı arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 16: Korelasyon analizi sonuçları-1

		BBİÖ toplam puanı	HDDÖ toplam puanı	PANSS genel psikopatoloji puanı
BBİÖ toplam puanı	Korelasyon katsayısı	1,000	-,566**	-,571**
	p değeri	.	<0,001	<0,001
	N	82	82	82
HDDÖ toplam puanı	Korelasyon katsayısı	-,566**	1,000	,799**
	p değeri	<0,001	.	<0,001
	N	82	91	91
PANSS genel psikopatoloji puanı	Korelasyon katsayısı	-,571**	,799**	1,000
	p değeri	<0,001	<0,001	.
	N	82	91	91

BBİÖ: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği; HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; **Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 17: Korelasyon analizi sonuçları-2

		İntihar girişim sayısı	PANSS genel psikopatoloji puanı	İÖÖ umutsuzluk alt ölçek puanı
İntihar girişim sayısı	Korelasyon katsayısı	1,000	,283**	,259*
	p değeri	.	0,007	0,013
	N	91	91	91
PANSS genel psikopatoloji puanı	Korelasyon katsayısı	,283**	1,000	,449**
	p değeri	0,007	.	<0,001
	N	91	91	91
İÖÖ umutsuzluk alt ölçek puanı	Korelasyon katsayısı	,259*	,449**	1,000
	p değeri	0,013	<0,001	.
	N	91	91	91

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; İÖÖ: İntihar Olasılığı Ölçeği; **Korelasyon 0.01 değerinde önemlidir; *Korelasyon 0.05 değerinde önemlidir.

Hastaların tedavi takipleri için TRSM'yi tercih etmelerinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla; hastalık başlangıç yaşı, hastalık yılı, toplam atak sayısı, PANSS toplam puanı, YMDÖ puanı, HDDÖ puanı, BPB İşlevsellik Ölçeği duygusal işlevsellik ve zihinsel işlevsellik alt ölçek puanları, İDÖ puanı, WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ve Modifiye Morisky Ölçeği motivasyon alt

puanı lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Zihinsel işlevsellik TRSM tercihinde pozitif yordayıcı olarak bulunmuştur. Hastalık yılı ise, TRSM tercihinde negatif yordayıcı olarak tespit edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18: Regresyon analizi sonuçları

	B	S.E.	Wald	df	p değeri	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Hastalık başlangıç yaşı	-,058	,035	2,807	1	0.094	,943	,881	1,010
Hastalık yılı	-,101	,047	4,658	1	0.031	,904	,825	,991
Toplam atak sayısı	,046	,047	,974	1	0.324	1,047	,955	1,148
PANSS toplam puanı	,017	,058	,087	1	0.768	1,017	,909	1,138
YMDÖ puanı	-,217	,183	1,408	1	0.235	,805	,562	1,152
HDDÖ puanı	,305	,157	3,791	1	0.052	1,357	,998	1,844
Duygusal işlevsellik alt puanı	-,025	,200	,016	1	0.899	,975	,658	1,444
Zihinsel işlevsellik alt puanı	,427	,188	5,134	1	0.023	1,533	1,059	2,218
İDÖ puanı	,060	,140	,183	1	0.669	1,062	,807	1,397
Yaşam kalitesi toplam puanı	-,030	,026	1,326	1	0.249	,970	,922	1,021
Morisky motivasyon alt puanı	-,478	,379	1,593	1	0.207	,620	,295	1,303
Sabit değer	-1,250	3,933	,101	1	0.751	,287		

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, DSM 5'e göre Bipolar Bozukluk (BPB) Tip 1 tanısı alan hastalarda Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde (TRSM) uygulanan toplum temelli psikiyatrik tedavi protokolünün, bozukluğun klinik seyri üzerinde olumlu etkisi olup olmadığının, hastaların yatış sayısı, acil başvuru sıklığı, tedavi uyumu, işlevsellik, yaşam kalitesi ve içgörü düzeyleri, intihar riski gibi klinik parametreler üzerindeki etkilerinin kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma için TRSM'de takip edilmekte olan 50 hasta ve poliklinikte takip edilmekte olan 44 hasta ile görüşülmüştür. TRSM'de takip edilen 3 hasta atak döneminde olduğu için çalışmaya alınmamıştır. Poliklinikte takip edilen tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak, araştırma grubu TRSM'de takip edilen toplam 47 hasta, kontrol grubu ise poliklinikte takip edilen 44 hastadan oluşmuştur. TRSM ve poliklinik grubunun sırasıyla %74.5'ini (n=35) ve %43.2'sini (n=19) kadın hastalar oluştururken, yine sırasıyla %25.5'ini (n=12) ve %56.8'ini (n=25) erkek hastalar oluşturmuştur.

Hastaların klinik öyküleri, acil başvuruları ve yatış öyküleri hasta beyanına göre alınmış ve hastane kayıt sisteminden kontrol edilmiştir. Hastaların dış merkez yatışları varsa hasta ve yakınına sorularak doğrulanmıştır.

BPB, şizofreni gibi TRSM'nin esas hedef kitlesini oluşturan ağır psikiyatrik bozukluklardan biridir. Klinik olarak ötimik olsalar bile BPB olan hastaların yaşam kalitelerinin bozulduğu, mortalite, morbidite ve yeti yitimi oranının genel popülasyona göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (6-10, 25-30). TRSM'de izlenen şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalarda, çok boyutlu psikososyal girişimlerin bir arada uygulandığı bir programın, şizofreni hastalarının klinik gidişinde olumlu kazanımlar sağladığı ve bu kazanımların uzun süre korunduğu gösterilmiştir (89,91). Ne var ki, TRSM'lerde izlenen BPB tanılı hastalarla yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

TRSM’de izlenen şizofreni hastalarında yapılan çalışmalar, hastalığın biyolojik boyutu kadar psikososyal boyutunun da ele alınmasının ne denli önemli olduğunun altını çizmektedir. Nitekim ciddi işlevsellik kaybının eşlik ettiği şizofreni hastalarının TRSM’lerde uygulanan çok boyutlu girişimlerle işlevselliklerinde ve yaşam kalitelerinde artış olduğu gösterilmiştir (86-92).

BPB hastalarında da şiddeti açısından şizofreni hastalarından kimi farklılıklar gösterse de, yeti yitiminin kötüleşen belirtiler ve alevlenmeler ile arttığı ve şizofreni hastalarıyla benzer özellikler gösterdiği bildirilmektedir (43-54). Yapılan bir çalışmada, şizofreni için geliştirilen araştırma ve tedavi yaklaşımlarının, özellikle bilişsel işlevler ile ilgili bozulmaların özellikleri ve tedavileri de dahil olmak üzere, BPB tanılı hastalarının tedavilerine de uygulanması önerilmiştir (51). Bu açıdan bakıldığında, TRSM’lerde uygulanan çok boyutlu tedavinin BPB’deki etkilerini değerlendirmek önemlidir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, TRSM’den takipli hastaların BPB İşlevsellik Ölçeği’ne göre poliklinikte takip edilen hasta grubuna göre daha kötü bir işlevsellik düzeyine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olsa da, TRSM’de izlenen hastaların atak sayılarının, acil başvurularının ve yatış sayılarının daha fazla olduğu görülmektedir. Bilindiği gibi, BPB’de geçirilen atak sayısı ile işlevsellik arasında ilişki mevcuttur. BPB’de geçirilen ataklar beyinde oksidatif hasara neden olarak belirgin fonksiyon kaybına yol açmaktadır (108-110). Bu duruma bağlı olarak işlevsellik olumsuz etkilenmekte ve yaşam kalitesi düşmektedir (111). Çalışmamızda da yeti yitiminin daha fazla olduğu TRSM grubunda yaşam kalitesi ölçeği toplam ve bütün alt ölçek puanlarının poliklinik grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Literatürde BPB hastalarında işlevsellik kaybına neden olan çok sayıda faktör tanımlanmıştır. Bunlardan biri eşik altı belirtilerdir (35,36,112-114). BPB’nin depresif ve manik ataklarla seyreden ve ara dönemlerde kişinin tamamen ötimik duygudurum haline dönebildiği ve ara dönemlerde kişinin tamamen normal işlevsellik düzeyine dönen bir seyri olduğu Krapelin döneminden beri kabul edilmektedir (1,3). Ancak yapılan çalışmalarda hastalığın beklenildiği kadar iyi seyirli olmadığı, ara dönemlerde de eşik altı belirtiler ve işlevsellik kaybı ile

seyrettiği kabul edilmiştir (41,42,115-117). Yapılan bir çalışmada hastaların %5.1'inde eşik altı belirtiler olduğu bulunmuştur (118).

Martino ve arkadaşlarının yaptığı bir takip çalışmasında hastaların dikkat, sözel bellek ve yürütücü işlevlerinde bozukluğun yanı sıra eşik altı depresif belirtilerin de BPB hastalarının işlevselliklerini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (119). Benzer şekilde Vieta ve arkadaşlarının unipolar depresyon ve bipolar depresyon hastaları ile yaptığı bir çalışmada, her iki grup hastada da sağlıklı kontrollere göre eşik altı depresif belirtiler görülmüş ve bu belirtilerin hastaların anksiyete düzeylerini yükselttiği, gastrointestinal sistem başta olmak üzere somatik yakınmalarını arttırdığı, iş ve sosyal hayat aktivitelerinde bozulmaya neden olduğu bulunmuştur (120). Yapılan bir kohort çalışmasında da bu bulguları destekler nitelikte sonuçlar bulunmuş ve eşlik eden anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu gibi komorbid durumları düzeltmek için öncelikle eşik altı belirtilerin iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (121).

Çalışmamızda YMDÖ ve HDDÖ ölçeklerinde sırasıyla 1 ile 6 arasında ve 3 ile 8 arasında puan alan hastalar ise eşik altı belirtileri olan ötimik hastalar olarak değerlendirilmiştir. Poliklinik grubunda eşik altı manik belirti görülme sıklığı %20.5 (n=9) iken, TRSM grubunda %21.3 (n=10) bulunmuştur. Eşik altı depresif belirti sıklığı ise poliklinik grubunda %40.9 (n=18), TRSM grubunda %68.1 (n=32) olarak bulunmuştur. Buna göre, eşik altı manik belirtiler açısından gruplar arasında fark gözlenmezken, TRSM grubunda eşik altı depresif belirtilerin poliklinik grubuna göre istatistiksel olarak daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bununla birlikte, TRSM grubunda HDDÖ ölçek puanlarının daha yüksek olması beklenen bir bulgudur.

Besnier ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların çoğunun BPB tanısı konmadan önce bir veya daha fazla depresif dönem yaşadığı gösterilmiş ve depresif başlangıçlı hastalık özelliği gösteren hastaların, manik başlangıçlı olanlardan daha erken yaşta ilk atak geçirdikleri, daha uzun süreli, sık tekrarlayan kronik bir seyir gösterdikleri bildirilmiştir. Bu hastalarda baskın atak tipinin depresyon olduğu ve daha yüksek oranda yaşam boyu intihar davranışı, daha az oranda psikotik belirti ve hızlı döngülülük ile ilişkili bulunmuştur (122). Bu çalışmada, hızlı döngülülük ile daha önce alınan antidepresan tedavileri arasında bir ilişki olduğu düşünülmüş, ancak

kesin bir şekilde gösterilememiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise hastalarda depresif epizodun baskın epizod tipi olması ile yaşam boyu intihar girişimi öyküsü arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, atipik antipsikotiklerin akut ve idame tedavide kullanımı, manik epizodun baskın olduğu hastalar arasında daha yaygın iken, antidepresanlar ve lamotrijin kullanımının depresif epizodun baskın olduğu hastaların tedavisinde daha yaygın olduğu bulunmuştur (123).

Çalışmamızda TRSM grubunda baskın epizod tipinin depresyon olduğu görülürken, poliklinik grubunda manik epizodun baskın olduğu saptanmıştır. BPB hastalarında depresif epizod ve depresif belirtiler manik belirtilere göre görece daha az fark ediliyor olabilir. Çalışmalarda da gösterildiği gibi (122,123) özellikle ilk atağı ve baskın epizodu depresyon olan BPB hastalarında depresyonu tanımak hastalığın prognozu açısından çok önemlidir. Çeşitli çalışmalarda, BPB hastalarına ve ailelerine psikoeğitim vermenin hastalık belirtilerinin daha iyi tanınmasına ve böylelikle atakların daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesine katkıda bulunduğu bildirilmiştir (70-74). TRSM grubunda eşik altı depresif belirtilerin de poliklinik grubuna göre daha yüksek oranda görülmüştür. Eşik altı depresif belirtilerin işlevsellik ve yaşam kalitesini kötüleştirdiği bilinmektedir. Bu nedenle, bu hasta grubunda depresif belirtilerin tanınması ve buna yönelik müdahalelerde bulunulması çok önemlidir. TRSM'lerde kişiye özel tedavi planı hazırlanırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (9,11-14).

Tedavi planı yapılırken, hastalığın baskın epizodu kadar, beraberindeki riskli durumların da önemle ele alınması gereklidir. İntiharın olasılığının değerlendirilmesi ve buna yönelik önlem ve müdahaleler çok büyük önem taşımaktadır (70-74,124,125).

BPB olan hastalarda intihar için distal ve proksimal risk faktörleri tanımlanmıştır. Distal risk faktörleri arasında ailede intihar öyküsü, olumsuz erken yaşam deneyimleri, epigenetik faktörler, kişilik özellikleri, bilişsel yapılanma ve madde kullanımı sayılabilir. Proksimal risk faktörleri ise; son dönemde yaşanan olumsuz yaşam olayları, hastalığın şiddeti, intihar düşüncesi ve umutsuzluktur. Distal risk faktörlerinin hastalarda intihar için bir zemin hazırladığı, proksimal risk faktörlerinin ise intiharı tetiklediği düşünülmektedir. İntihar sonucu ölmüş olan BPB

hastalarının tanı konulduktan sonraki 1 yıl içinde panik atak, şiddetli anksiyete, konsantrasyon kaybı, uykusuzluk, alkol kötüye kullanımı, aktivitelere karşı ilgi ve istek kaybı ön plandayken, daha sonraki dönemde umutsuzluk artan intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (126).

Çalışmamızda TRSM grubundaki hastaların intihar girişimi öyküleri ve intihar girişim sayıları poliklinik grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla saptanmıştır. Çalışmamızda İÖÖ bütün alt ölçeklerinin, özellikle de umutsuzluk alt ölçek puanlarının, TRSM grubunda poliklinik grubuna göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Umutsuzluk alt ölçek puanları ve PANSS genel psikopatoloji puanları ile intihar girişim sayısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamıza en az 1 yıldır TRSM’de düzenli takip ve tedavi altında olan hastalar alınmıştır. TRSM hastalarının öykülerinde intihar sayıları ve intihar öyküsü poliklinik grubuna göre daha yüksek olmakla birlikte İÖÖ puanlarının arasında fark bulunmaması, TRSM’de yapılan tedavi ve müdahalelerin intihar riskini azaltmada olumlu bir katkısının olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda, TRSM’lerde hasta ve hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitimin intihar olasılığını azalttığı gösterilmiştir (70-74).

İntiharın BPB’de kötü prognostik özelliklerden olduğu bilinmektedir. Sık atak geçirme, sık yatış öyküsü, eşik altı belirti varlığı, madde kullanımı, ilk atağın depresyon olması ve aile yüklülüğü gibi faktörler de kötü prognozla ilişkilendirilmektedir (108-111,122,123,127,128). Yine erken hastalık başlangıç yaşının da prognozu kötüleştiren bir etken olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (129,130).

BPB bilindiği gibi sıklıkla genç erişkinlikte başlayan bir hastalıktır fakat çocuklar ve yaşlılarda da görülebilir (131). Erken hastalık başlangıç yaşının psikopatolojinin şiddetiyle yakından ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (132,133). Leverich ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, çocukluk çağında veya ergenlik döneminde başlayan hastalık öyküsünün daha sık atak geçirme, hızlı döngülülük ve eş tanı riskini arttırdığı gösterilmiştir (129). Yapılan

başka bir çalışmada ise, ergenlik döneminde başlayan hastalık örüntüsünün erişkin dönem başlangıçlı hastalık örüntüsüne göre daha şiddetli bir alt tip olabileceği bildirilmiştir (130). Bu çalışmada, ergenlik döneminde başlayan hastalık öyküsü bulunan kişilerin birinci derece yakınlarında herhangi bir psikiyatrik patolojinin görülme ve saptanan psikiyatrik bozukluklar arasında BPB bulunma sıklığının erişkinlik döneminde başlayan hastalık öyküsü olan kişilere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (130).

Çalışmamızda TRSM grubu hastalarının poliklinik grubuna kıyasla daha genç olduğu dikkati çekmektedir. Bunun yanında bu grupta hastalık başlangıç yaşı da poliklinik grubuna göre daha küçük saptanmıştır. Kötü prognostik bir faktör olarak değerlendirilen aile yüklülüğü TRSM grubunda anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Bilindiği gibi, ailede duygudurum bozukluğunun varlığı erken hastalık başlangıç yaşı için önemli bir yordayıcıdır (130,134,135).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ailede duygu dışavurumunun çeşitli psikopatolojik durumlarda nüksün anlaşılmasında ve önlenmesinde önemi vurgulanmıştır. Bu çalışmada, BPB’de duygu dışavurumunun relapslar üzerine olan etki büyüklüğünün şizofreni hastalarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur (136). Miklowitz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BPB hastalarının taburculuktan sonraki dönemde ailede duygu dışavurumu ve etkileşimsel davranışlarının nüks olasılığını ve sosyal uyum derecesini öngördüğü ve taburculuk sonrası dönemde ailenin duygusal atmosferinin BPB’nin klinik seyri için önemli bir belirleyici olabileceği bildirilmiştir (137).

Yapılan bir çalışmada, benzer şekilde duygu dışavurumu yüksek ailelere sahip BPB hastalarında yatış sayısı daha fazla bulunmuştur. BPB hastalarının ailelerine psikoeğitim uygulanmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır (138). TRSM’de müdahale hedefleri belirlenirken bu alana yönelik de uygun eğitim verilmesi nüks ve hastane yatışları açısından önemli olabilir.

Çalışmamızda da TRSM’de takip edilen BPB hastalarının PANSS toplam puanlarının poliklinik grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunması psikopatolojinin daha şiddetli olduğunu göstermekle birlikte; aile yüklülüğü, eşik altı

belirtiler ile intihar öyküsünün sıklığı, işlevsellik kaybı, düşük yaşam kalitesi ve erken başlangıç yaşı gibi diğer bulgular bir arada düşünüldüğünde, TRSM’de takip edilen hasta grubunun daha kötü prognozlu hastalardan oluştuğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Yine, toplam atak sayısı gruplar arasında farklılık olmamasına ve hastalık süresinin daha kısa olmasına rağmen genel psikopatoloji ve negatif belirtilerin TRSM grubunda diğer gruba göre daha yüksek olması, hastalığın kötü seyirli ve yıkıcı olduğunun da bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

BPB hastalarında anksiyete bozukluğu gibi ek tanılarının sıklıkla eşlik ettiği ve kötü prognoz belirtisi olduğu bilinmektedir (1,46). BPB ve anksiyete bozukluğu birlikteliği olan hastalarda depresif belirtilerin şiddetinin arttığı, özellikle subsendromal depresif bulgulara yönelik daha zayıf tedavi yanıtı olduğu bulunmuştur. Bu hastalarda anksiyete bozukluğu birlikteliği ile artmış intihar davranışı ve işlevsellik kaybı arasında ilişki saptanmıştır. BPB hastalarında anksiyete bozukluğunu tanımanın ve uygun müdahalelerde bulunmanın, tedavi planı ve hastalığın seyri açısından çok önemli olduğu belirtilmiştir (139-143).

Çalışmamızda BPB İşlevsellik Ölçeği toplam puanı ile HDDÖ ve PANSS genel psikopatoloji puanları arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu bulgu; TRSM hastalarında anksiyete bozukluğu gibi sık görülen eş tanılarının ve eşik altı depresif belirtilerin tanınmasının ve tedavi edilmesinin, işlevselliği iyileştirme ve koruma yönündeki önemini bize göstermektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda BPB’de ilaç uyumsuzluğu %40-50 civarında bulunmuştur (144-147). Perlis ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, düşük ilaç uyumu ile ilişkili özellikler; hızlı döngülülük, erken başlangıç yaşı, intihar girişim sayısı, anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu eş tanısı varlığı olarak bulunmuştur ve tedavi hedefi belirlemede ve yapılacak müdahalelerde bu risk faktörlerinin göz önünde bulundurulması önerilmiştir (148).

Correard ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, erkek cinsiyet, eşik altı depresif belirtiler varlığı, şiddetli yan etkilerin bulunması ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı varlığı ile düşük ilaç uyumu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada; genç hastalarda düşük ilaç uyumu nedenleri arasında,

hastalık süresinin daha az olması, daha çok ve şiddetli yan etki varlığı ve hastane yatış sayısının daha az olması bulunmuştur. Yaşlı hastalarda ise, hastane yatış sayısının az olması ve çok sayıda ve şiddetli yan etki varlığı ile ilaç uyumu düşüklüğü arasında ilişki bulunmuştur ve ilaç uyumunu arttırmak üzere yapılan müdahalelerde yaş faktörünün de göz önüne alınması gerektiği önerilmiştir (149).

Çalışmamızda TRSM grubundaki hastalar ile poliklinik grubundaki hastalar arasında ilaç uyumları açısından bilgi düzeyi olarak anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen, motivasyon alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmuş olup; TRSM hastalarının ilaç uyumuna yönelik motivasyonlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, çalışmamızda elde edilen bulgular, Correard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (149). TRSM grubundaki hastaların daha genç, hastalık başlangıç yaşının daha küçük, hastalık süresinin daha kısa, psikopatoloji şiddetinin daha yüksek ve intihar öykülerinin fazla oluşu ilaç uyumu konusundaki motivasyon düşüklüğünü açıklayabilir.

Bahsi geçen çalışmada, eşik altı depresif belirtileri olan hasta grubunda da ilaç uyumunun düşük olduğu tespit edilmiştir (149). TRSM grubunda ilaç uyumuna yönelik motivasyonun poliklinik grubuna göre daha düşük olmasının, ara dönemlerde devam eden özellikle eşik altı depresif belirtilerin kişide isteksizlik, umutsuzluk ve motivasyon kaybıyla ilişkili olabileceği de düşünülebilir.

Yapılan başka bir çalışmada ise, risk faktörlerinin yanında düşük terapötik iş birliğinin de ilaç uyumunu düşürdüğü belirtilmiş ve tedavi sürecinde iş birliğinin önemi vurgulanmıştır (150). TRSM’de tedavi planı oluşturulurken ve yapılan müdahaleler esnasında terapötik iş birliğinin artırılmasının da ilaç uyumuna katkıda bulunacak önemli bir faktör olarak ele almak gerekir (80-82).

Özer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BPB hastalarının %51’inin yeterli duygudurum düzenleyici almasına rağmen kalıntı belirtilerine yönelik ek psikotrop ilaç kullanımına ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. Bu çalışmada BPB’de yeni tedavi gereksinimlerinin göz önüne alınmasında fayda olduğuna vurgu yapılmış; diğer bazı tedavi yaklaşımları kullanılarak eşik altı belirtilerin ve dolayısı ile

işlevsellik düzeyinin iyileştirilmesinin duygudurum düzenleyicilerle sağlanan koruyucu tedaviden elde edilen yararı arttırabileceği bildirilmiştir (151).

Çalışmamızda TRSM grubundaki hastaların %85'inin ve poliklinik grubundaki hastaların %75'inin kombine tedavi aldığı tespit edilmiştir. Her iki grupta da en sık tercih edilen ilaç kombinasyonu bir duygudurum düzenleyiciye bir atipik antipsikotik eklenmesi şeklindedir. Bu durum eşik altı belirtileri kontrol altına almakta tek başına duygudurum düzenleyicilerin yeterli olmadığını bildiren çalışmalarla paralellik göstermektedir (123,151-156). TRSM grubunda poliklinik grubuna göre antidepresanlar ile yapılan tedavi kombinasyonlarının daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Benzer şekilde poliklinik grubunda ise antipsikotiklerle yapılan tedavi kombinasyonları görece daha çoktur. Bu durum TRSM grubunda depresif, poliklinik grubunda ise manik atakların daha çok görülmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda TRSM'lerde her hastaya kişiye özel bireysel müdahalelerde bulunduğu ve hastaların %53.2'sine ek müdahalelerde bulunduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların sadece %12.8'inin ailelerine psikoeğitim verildiği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ailelere verilen psikoeğitimin tedavi uyumunu arttırma, belirtilerin iyileşmesi, hastalığın yinleme riskini azaltma, atakların ve intiharın önlenmesi, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde iyileşme ve ailenin tedaviye katkısı gibi konularda önemli oranda ilerleme sağlanmasına yardımcı olduğu bilinmektedir (70,157). TRSM'lerde aile eğitime verilen önemin arttırılmasıyla atak sayısı azaltılabilir ve eşik altı belirti yönetimi kolaylaştırılabilir. TRSM'lerde bakım planı yapılırken aile eğitimi de mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda, TRSM'lerde yapılan müdahalelerin hastaların atak sıklıklarında azalmaya neden olduğu, ataksız geçen süreyi uzattığı bulunmuştur (68,70-75,78,79). Bu müdahaleler bu hastaların işlevselliklerini arttırmakta ve yaşam kalitelerini iyileştirmektedir. Benzer şekilde TRSM'lerde uygulanan kriz planının yatış sayılarını ve sıklıklarını azalttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (78,79). Çalışmamızda hastaların TRSM sonrası yatış sıklıklarında ve acil başvurularında anlamlı düşüklük saptanmıştır. Bu durum TRSM'de yapılan müdahalelerin bu hasta grubunda etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların tedavi takipleri için TRSM'yi tercih etmelerinin nedenleri de değerlendirilmiştir. Hastalığın başlamasından itibaren geçen sürenin kısa olması TRSM tercihinde yordayıcı bir faktör olarak görülmektedir. Bu durumun 2 nedeni olabilir: Bilindiği gibi, TRSM'ler Türkiye'de görece yeni oluşumlardır ve hastalık süresi uzun olan hastalar poliklinikteki takiplerinin değişmesini istememiş olabilirler. TRSM'den takip edilen hastaların hastalıklarının daha erken yaşta başladığı ve daha hızlı bir yıkıma neden olduğu dikkate alındığında, diğer bir olasılık üretken çağda yeti yitimine neden olan ağır bir psikiyatrik hastalığa sahip genç bireylerin TRSM'de sağlanan çok boyutlu terapötik bir yaklaşıma daha çok ihtiyaç duyması olabilir.

Yapılan lojistik regresyon analizinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte ($p=0.052$), sınırda bir anlamlılığa yakın olduğundan dolayı TRSM'yi tercih etmekte HDDÖ puanlarının da etkili olabileceği düşünülebilir. HDDÖ puanı yüksek hastaların 1.35 kat yükseklikte TRSM'yi tercih ettikleri çikarsaması p değeri sınırda anlamlı değil olmakla birlikte dikkat çekmektedir. Bu bulgu daha önce belirtildiği gibi depresif belirtilerin işlevselliği düşürmesi ve yaşam kalitesini bozması ile ilişkili olabileceği çikarsamasını akla getirmektedir. Buradan yola çıkarak özellikle genç hastaların rehabilitasyon amacıyla TRSM'yi tercih ettiklerini ve yapılan tedavi planında eşik altı depresif belirtileri tanımanın ve tedavi etmenin önemini bir kez daha düşündürmektedir.

Zihinsel işlevsellik regresyon analizinde TRSM'yi tercih etme yönünde pozitif yordayıcı olarak bulunmuştur. Bu durumu zihinsel işlevsellikleri yüksek hastaların mı TRSM'ye gittiği yoksa TRSM'ye giden hastaların psikososyal müdahaleler ve rehabilitasyonlar sonucunda zihinsel işlevselliklerinin poliklinik grubuna göre daha mı fazla olduğunu yorumlamak elimizdeki verilerle olası görülmemektedir. Bu ilişkinin saptanması için prospektif çalışmalara gerek vardır.

Yapılan çeşitli çalışmalar, BPB hastalarında yoğun psikososyal müdahalelerin hastalığın klinik seyrine olumlu etkisi olduğunu, hastaların işlevsellik ve yaşam kalitelerinin müdahale sonrasında daha iyi olduğunu ve bu hizmetlerin azaltılması veya geri çekilmesi ile kazanımlarda bir miktar bozulma olduğunu göstermiştir (21,68,70-77). Bu çalışmada, en az 1 yıldır TRSM'de tedavi ve takip edilen

hastaların TRSM’de yapılan müdahaleler sonrasında yatış ve acil başvuru sayılarında azalma olduğu tespit edilmiştir. TRSM’de takip edilen BPB hastalarının kötü prognoza sahip hastalar olduğu ve her atakta işlev kaybının daha da arttığı göz önüne alındığında, bu hastalara yapılan müdahalelerin hastalık seyrine olumlu katkı sağladığı söylenebilir. Bu hastalara yönelik bakım planı hazırlanırken, eşik altı belirtiler ve eş tanı varlığının tespit edilmesi ve bu alanlara yönelik uygun müdahalelerde bulunulması önem taşımaktadır. Bu hastaların ailelerinde psikopatolojinin daha sık görüldüğü de göz önüne alındığında, TRSM’lerde bakım planının aileye yönelik girişimleri de kapsaması gerektiği de görülmektedir. Yapılan müdahalelerin hastaların işlevsellik ve yaşam kalitelerine etkilerini daha kapsamlı değerlendirebilmek için prospektif çalışmalara gerek vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1) Çalışmaya dahil edilen TRSM grubundaki BPB hastalarının hastalık başlangıç yaşı poliklinik grubuna göre daha küçüktür.
- 2) TRSM grubundaki hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü daha fazladır.
- 3) TRSM grubunda baskın epizod depresyondur, eşik altı depresif belirtiler daha fazladır.
- 4) TRSM grubunda intihar girişimi öyküsü ve intihar girişimi sayısı daha fazladır.
- 5) TRSM grubunda PANSS negatif ve genel psikopatoloji alt ölçek puanları ve PANSS toplam puanı daha yüksektir.
- 6) TRSM grubunda işlevsellik ve yaşam kalitesi daha düşük saptanmıştır.
- 7) TRSM grubunun ilaç uyumu motivasyon alt ölçek puanları daha düşüktür.
- 8) TRSM grubunda TRSM öncesi ve sonrasındaki acil başvuru sıklığı ve yatış sıklığı düşmüştür.
- 9) TRSM grubunda hastalığın başlamasından itibaren geçen sürenin kısa olması TRSM tercihinde yordayıcı bir faktördür.

Özetle; bütün bu veriler göz önüne alındığında, TRSM’de takip edilen hastaların daha kötü prognoza sahip hastalar oldukları görülmektedir. Bu hastaların genel olarak daha ağır psikopatolojiye sahip oldukları, işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu anlaşılmaktadır. Eşik altı belirtilerin, özellikle depresif belirtilerin bu hastalarda daha sık görüldüğü saptanmıştır. TRSM’lerde bu hastalara yönelik tedavi planı oluşturulurken eşik altı depresif belirtilerin ve sıklıkla eşlik eden eş tanı varlığının gözden geçirilmesi ve buna yönelik girişimlerin tedavi planında yer

alması gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bu hastaların ailelerinde psikopatoloji öykülerinin de daha fazla olduğu düşünöldüğünde, sosyal desteklerini arttırmak, ailede duygu dışavurumu gibi prognoza olumsuz etkisi olabilecek durumları azaltacak müdahalelerde bulunmak ve olası atak durumlarında atağın belirtilerine yönelik erken müdahalelerde bulunulması için aile eğitimlerini de tedavi planlarına eklemek, aile ile iş birliği kurmak ve ailenin de kriz planı içinde yer almasını sağlamak gerektiği açıktır. Tedavi ve rehabilitasyon süreci boyunca hasta ile terapötik iş birliğine varılması kazanımların uzun süre korunması için gereklidir. TRSM’lerde kişiye özel tedavi planı hazırlanırken bu özellikler dikkate alınmalıdır. TRSM’de en az bir yıldır takip edilen hastalarda, TRSM’deki takipleri sonrası acil başvuru ve yatarak tedavi sıklığının azaldığı tespit edilmiştir. TRSM’lerin hastalık prognozuna, işlevselliğe ve yaşam kalitesi üzerine olumlu katkılarının tam olarak değeriendirilebilmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KISITLILIKLAR

- 1) Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması nedeniyle yatış sayısı ve acil başvuru sayısı dışında TRSM’de verilen hizmetlerin öncesi ve sonrası arasındaki farklar tespit edilememektedir. TRSM’deki rehabilitasyon hizmetlerinin etkinliğini ölçmek için izlem çalışmalarına gerek vardır.
- 2) Hastaların yatış sayıları ve acil başvuruları hastane kayıt sisteminden doğrulanmıştır fakat dış merkez yatışları ve acil başvuruları hasta ve hasta yakınının beyanı esas alınarak yapılmıştır.
- 3) Hastaların işlevselliklerini değerlendirirken ölçekler dışında bilişsel parametrelere bakılmamıştır.

8. KAYNAKLAR

1. Sadock, BJ. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. 2016.
2. Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. J Affect Disord. 2006; 96: 259-269.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
4. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biol Psychiatry. 2000; 48: 445-457.
5. Kim YK. Treatment Resistance in Psychiatry Risk Factors, Biology, and Management. (eBook) Editor: Yong-Ku Kim. Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2019.
6. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Health Qual Life Outcomes. 2005; 3: 72.
7. Andreou C, Bozikas VP. The predictive significance of neurocognitive factors for functional outcome in bipolar disorder. Curr Opin Psychiatry. 2013; 26: 54-59.
8. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Velartova H. Cognitive impairment in bipolar disorder. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2011; 155: 19-26.
9. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 1322-1330.
10. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. Qual Life Res. 2006; 15: 25-37.
11. Marangell LB. The importance of subsyndromal symptoms in bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2004; 65: 24-27.
12. Harvey PD. Mood symptoms, cognition, and everyday functioning: in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. Innov Clin Neurosci. 2011; 8: 14-18.
13. Altshuler LL, Post RM, Black DO, Keck PE Jr, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Grunze H, Kupka RW, Leverich GS, McElroy SL, Walden J, Mintz J. Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: results of a large, multisite study. J Clin Psychiatry. 2006; 67: 1551-1560.
14. Frye MA, Yatham LN, Calabrese JR, Bowden CL, Ketter TA, Suppes T, Adams BE, Thompson TR. Incidence and time course of subsyndromal symptoms in patients with bipolar I disorder: an evaluation of 2 placebo-controlled maintenance trials. J Clin Psychiatry. 2006; 67: 1721-1728.
15. Lee SJ, Kim KR, Lee SY, An SK. Impaired social and role function in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia: Its relations with negative symptoms. Psychiatry investig. 2017;14:186-192.

16. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol and Psychiatr.* 2009;18:23-33.
17. Organization WH. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization. 2001.
18. Ulusal ruh sağlığı eylem planı, 2011
19. Noordsy DL, O'Keefe C. Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting. *J Clin Psychiatry.* 1999; 19: 47-51.
20. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2015; 16: 238-246.
21. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1340-1347.
22. Deckersbach T, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, Rauch SL, Dougherty D. RESEARCH: Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neurosci Ther.* 2010; 16: 298-307.
23. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul Görsel Sanatlar Basımevi, 2003
24. Merikangas KR, Jin R, He J et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(3): 241-251.
25. Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P et al. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2006; 93:105-115.
26. Guillermo L, Salvador RM, Paloma I et al. Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2012 ; 200(2):135-41.
27. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord.* 2007; 9:103-113.
28. Clark L, Iversen SD, Goodwin GM. Sustained attention deficit in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 313-319.
29. Torres JJ, Boudreau VG, Yatham LN. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 116 (Suppl. 434):17-26.
30. Wingo AP, Harvey PD, Baldessarini RJ. Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: functional implications. *Bipolar Disord.* 2009; 11(2):113-125.
31. Glahn DC, Bearden CE, Barguil M et al. The neurocognitive signature of psychotic bipolar disorder. *Biol Psychiatry.* 2007; 62(8):910-916.
32. Bora E, Vahip S, Akdeniz F et al. The effect of previous psychotic mood episodes on cognitive impairment in euthymic bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2007; 9(5):468-77.
33. Martinez-Aran A1, Scott J, Colom F et al. Treatment nonadherence and neurocognitive impairment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2009; 70(7):1017-1023.

34. Mann-Wrobel MC, Carreno JT, Dickinson D. Meta-analysis of neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: an update and investigation of moderator variables. *Bipolar Disord.* 2011; 13(4):334-342.
35. Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, Bonnin CM, Sole B, Franco C, Comes M, Torrent C, Kapczinski F, Vieta E. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health.* 2010; 13(8):984-988.
36. Depp CA, Mausbach BT, Harvey PD, Bowie CR, Wolyniec PS, Thornquist MH, Luke JR, McGrath JA, Pulver AE, Patterson TL. Social competence and observer-rated social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010; 12(8):843-850.
37. Dickerson FB, Boronow JJ, Stallings CR, Origoni AE, Cole S, Yolken RH. Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(1):54-58.
38. Altshuler L, Tekell J, Biswas K, Kilbourne AM, Evans D, Tang D, Bauer MS. Executive function and employment status among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(11):1441-1447.
39. Bowden CL. Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care.* 2005; 11(3 Suppl):S91-4.
40. Kleinman NL, Brook RA, Rajagopalan K, Gardner HH, Brizee TJ, Smeeding JE. Lost time, absence costs, and reduced productivity output for employees with bipolar disorder. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(11):1117-1124.
41. Gilbert E, Marwaha S. Predictors of employment in bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013; 145(2):156-164.
42. Gutierrez-Rojas L, Jurado D, Gurpegui M. Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Res.* 2011; 186(2-3):254-260.
43. Lewandowski KE, Cohen BM, Ongur D. Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med.* 2011; 41(2):225-241.
44. Bowie CR, Depp C, McGrath JA, Wolyniec P, Mausbach BT, Thornquist MH, Luke J, Patterson TL, Harvey PD, Pulver AE. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2010; 167: 1116-1124.
45. Sánchez-Morla EM, Barabash A, Martínez-Vizcaíno V, Tabarés-Seisdedos R, Balanzá-Martínez V, Cabranes-Díaz JA, Baca-Baldomero E, Gómez JL. Comparative study of neurocognitive function in euthymic bipolar patients and stabilized schizophrenic patients. *Psychiatry Res.* 2009; 169: 220-228.
46. Martinez-Aran A, Penades R, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Salamero M, Gasto C. Executive function in patients with remitted bipolar disorder and schizophrenia and its relationship with functional outcome. *Psychother Psychosom.* 2002; 71(1):39-46.
47. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Ueland T, Romm KL, Hellvin T, Melle I, Friis S, Andreassen OA. Psychosocial function in schizophrenia and bipolar disorder: Relationship to neurocognition and clinical symptoms. *J Int Neuropsychol Soc.* 2010; 16(5):771-783.
48. Harvey PD, Wingo AP, Burdick KE, Baldessarini RJ. Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research. *Bipolar Disord.* 2010; 12(4):364-375.

49. Szöke A, Schürhoff F, Golmard JL, Alter C, Roy I, Méary A, Etain B, Bellivier F, Leboyer M. Familial resemblance for executive functions in families of schizophrenic and bipolar patients. *Psychiatry Res.* 2006;144(2-3):131-138.
50. Hill SK, Reilly JL, Keefe RSE et al. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *Am. J. Psychiatry* 2013; 170:1275-1284.
51. Hill SK, Reilly JL, Harris MS, Rosen C, Marvin RW, Deleon O, Sweeney JA. A comparison of neuropsychological dysfunction in first-episode psychosis patients with unipolar depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009; 113(2-3):167-175.
52. Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission. *Schizophr Res.* 2010; 116: 9-15.
53. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *Br J Psychiatry.* 2009;195(6):475-482.
54. Reichenberg A, Weiser M, Rabinowitz J, Caspi A, Schmeidler J, Mark M, Kaplan Z, Davidson M. A population-based cohort study of premorbid intellectual, language, and behavioral functioning in patients with schizophrenia, schizoaffective disorder, and nonpsychotic bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(12):2027-2035.
55. Abraham KM, Miller CJ, Birgenheir DG, Lai Z, Kilbourne AM. Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2014; 202(8):583-588.
56. Kasper SF. Living with bipolar disorder. *Expert Rev Neurother.* 2004; 4(6 Suppl 2):S9-15.
57. Weiner D (2008). *The Madmen in the Light of Reason. Enlightenment Psychiatry. History of psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation* New York: Springer, Page 282. Editors Edwin R. Wallace, John Gach.
58. Dix D. "I tell what I have seen" the reports of asylum reformer Dorothea Dix. 1843. *Am J Public Health.* 2006; 96(4):622-625.
59. Cutler DL, Bevilacqua J, McFarland BH. Four decades of community mental health: a symphony in four movements. *Community Mental Health Journal* 2003; 39(5):381-398.
60. Doğan O. Dünden bugüne Türkiye’de sosyal psikiyatri uygulamaları. *Anatolian Journal of Psychiatry,* 2016; 17(2):136-42.
61. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal ruh sağlığı eylem planı, 2011
62. Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry,* 2007; 6(8):313-316.
63. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry.* 2002; 1(2):84-90.
64. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(8):1039-1045.
65. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry.* 2004; 185:283-290.

66. Durham ML, La Fond JQ. Assessing psychiatric care settings: hospitalization versus outpatient care. *Int J Technol Assess Health Care*. 1996; 12:618-633.
67. Yazıcı A, Delice MA. Süreğen ruhsal hastalıklarda bireysel tedaviler ve olgu yönetimi. *Psikiyatride Güncel*. 2013; 3(2):105-115.
68. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*. 1998; 24(1):37-74.
69. Gümüş F, Buzlu S. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018; 26(2): 131-139.
70. Alataş G, Kurt E, Alataş ET, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam Dergisi*. 2007; 20:196-205.
71. Acar G, Buldukoğlu K. Bipolar bozuklukta psikoeğitimin relapslara etkisi: sistematik bir derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014; 6(4):310-329.
72. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999; 318(7177):149-153.
73. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2007; 98(1-2):11-27.
74. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Behavioral family treatment for patients with bipolar affective disorder. *Behav Modif*. 1990; 14(4):457-489.
75. Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(2):143-154.
76. Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S, Murray G, Schweitzer I, Piterman L, Gilbert M. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;196(5):383-388.
77. Vallarino M, Henry C, Etain B et al. An evidence map of psychosocial interventions for the earliest stages of bipolar disorder. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(6):548-563.
78. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*. 2004; 329(7458):136.
79. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM et al. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *LoS One*. 2014 Mar; 9(3):e91882.
80. Ruchlewska A, Kamperman AM, Van der Gaag M, Wierdsma AI, Mulder NC. Working alliance in patients with severe mental illness who need a crisis intervention plan. *Community Ment Health J*. 2016; 52(1):102-108.
81. Hamovitch EK, Choy-Brown M, Stanhope V. Person-centered care and the therapeutic alliance. *Community Ment Health J*. 2018; 54(7):951-958.
82. Canada KE, Epperson MW. The client-caseworker relationship and its association with outcomes among mental health court participants. *Community Ment Health J*. 2014 Nov;50(8):968-973.

83. Alataş G, Karaoğlu A, Arslan M, Yanık M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009; 46:25-29.
84. Karasu U, Yelken B. Yönergeden uygulamaya: toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM). *Psikiyatride Güncel* 2013; 3(2):95-104.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkındaki yönerge, 2011.
86. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013; 14: 108-114.
87. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S ve ark. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017; 18(5):419-427.
88. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Çukurova Med J*. 2019; 44(2):1.
89. Söğütü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017; 18: 121-128.
90. Aydın E, Tabo A, Karamustafalıoğlu KO, Alataş G, Yiğit S, Aydın E, Erkuş GH. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi; *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014; 15: 185-191.
91. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16: 238-246.
92. Tabo A, Aydın E, Karamustafalıoğlu KO, Yumrukçal H, Uzun UE, Ülgen MC. The effects of one community mental health center on antipsychotic polypharmacy: 12-months follow-up of patients with schizophrenia. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016; 17: 292-299.
93. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987; 13: 261-276.
94. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999; 14: 23-32.
95. Aydemir Ö, Köroğlu E *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*, Hekimler Yayın Birliği, 2012
96. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13: 107-114.
97. Williamss BW: A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale; *Arch Gen Psychiatr*; 1978; 45, 742-747.
98. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H: Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı; *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*; 1996; 4, 251-259.

99. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoğlu NK, Devrimci HÖ, [...], Vahip S. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; 18: 344-352.
100. David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990; 156: 798-808.
101. Aslan S, Kılıç BG, Karakılıç H, Coşar B, Işıklı S, Işık E. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türkiye’de Psikiyatri. 2001; 3: 17-24.
102. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 1999; 7: 5-13.
103. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM, Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician 1999;3(4):17-20
104. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A, Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2014; 15:141-149.
105. Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services Publication (ADM), 1976; 218-222.
106. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale (SPS) Manual. LA. Western Psychological Services 1988.
107. Tuğcu H. Normal ve depresif kişilerde çeşitli faktörlere göre intihar olasılığı. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1996.
108. Ng F, Berk M, Dean O, Bush AI. Oxidative stress in psychiatric disorders: evidence base and therapeutic implications. The International Journal of Neuropsychopharmacology. 2008; 11:851–876.
109. Ozcan ME, Gulec M, Ozerol E, Polat R, Akyol O. Antioxidant enzyme activities and oxidative stress in affective disorders. Int Clin Psychopharmacol. 2004; 19(2):89-95.
110. Kuloglu M, Ustundag B, Atmaca M, Canatan H, Tezcan E, Cinkilinc N. Lipid peroxidation and antioxidant enzyme levels in patients with schizophrenia and bipolar disorder. Cell Biochemistry and Function. 2002; 20:171–175.
111. Vieta E, Popoviç D, Rosa AR et al. The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder. European Psychiatry. 2013; 28(1):21-29.
112. Keitner, GI, Solomon DA, Ryan CE, Miller IW, Mallinger A, Kupfer DJ, Frank E. Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. Comprehensive Psychiatry. 1996; 37(5), 362-367.
113. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry. 1995; 152(11):1635-1640.
114. Coryell W, Turvey C, Endicott J, Leon AC, Mueller T, Solomon D, Keller M. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. J Affect Disord. 1998; 50(2-3):109-116.
115. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2004; 161(2):262-270.

116. Ferrier IN, Stanton BR, Kelly TP, Scott J. Neuropsychological function in euthymic patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 1999; 175:246-251.
117. Bauwens F, Pardoën D, Staner L, Dramaix M, Mendlewicz J. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. *Depress Anxiety*. 1998; 8(2):50-57.
118. 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. *J Affect Disord*. 2003; 73(1-2):123-131.
119. Martino DJ, Marengo E, Igoa A, Scápola M, Ais ED, Perinot L, Strejilevich SA. Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year follow-up study. *J Affect Disord*. 2009; 116(1-2):37-42.
120. Vieta E, Sánchez-Moreno J, Lahuerta J, Zaragoza S. Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *J Affect Disord*. 2008; 107(1-3):169-174.
121. MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2003; 5(5):349-355.
122. Besnier N, Fakra E, Kaladjian A, Adida M, Maurel M, Azorin JM. Depressive onset episode of bipolar disorder: clinical and prognostic considerations. *Encephale*. 2010; 36 Suppl 1:S18-22.
123. Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sanchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2006; 93(1-3):13-17.
124. Walrath CM, Mandell DS, Liao Q et al. Suicide attempts in the "comprehensive community mental health services for children and their families" program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(10):1197-1205.
125. Appleby L, Shaw J, Amos T et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 1999; 318(7193):1235-1239.
126. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2016; 9(3):21-25.
127. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Velartova H. Cognitive impairment in bipolar disorder. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2011; 155(1):19-26.
128. Martinez-Aran A, Vieta E, Reinares M et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(2):262-270.
129. Leverich GS, Post RM, Keck PE, Altshuler LL, Frye MA, Kupka RW. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *J Pediatr* 2007; 150:485-490.
130. Erkıran M, Erdem K, Cüneyt E et al. Ergen ve erişkin başlangıçlı manide aile yüklülüğü: karşılaştırmalı bir çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2003; 6:129-134.
131. Gültekin BK, Günderci A, Balcı MV, Kökcü F, Gedikbaş C, Özcan ME. Duygudurum bozukluğu tanısı ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: bir ön bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18:183-188.

132. Post RM, Leverich GS, Kupka RW et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(7):864-872.
133. Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2003; 37(4):297-303.
134. İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, bipolar-II ve majör depresif bozuklukta ayrılan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3):159-165.
135. Arısoy Ö, Oral ET. Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20(3):282-293.
136. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(6):547-552.
137. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45(3):225-231.
138. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res*. 1997; 72(1):17-22.
139. El-Mallakh RS, Hollifield M. Comorbid anxiety in bipolar disorder alters treatment and prognosis. *Psychiatr Q*. 2008; 79(2):139-150.
140. Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comorbidity in Bipolar I Disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. *Depress Anxiety*. 2005; 21(2):71-17.
141. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M et al. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(8):1106-1113.
142. Cosoff SJ, Hafner RJ. The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998; 32(1):67-72.
143. Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ, Joffe RT. Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J Affect Disord*. 1993; 29(1):49-52.
144. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(3):164-172.
145. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal* 2015; 40(3):555-568.
146. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders* 2013; 3(Suppl. 1):9-10.
147. Aksoy A, Kelleci M. Relationship between drug compliance, coping with stress and social support in patients with bipolar disorder. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2016; 29:210-218.
148. Perlis RH, Ostacher MJ, Miklowitz DJ, Hay A, Nierenberg AA, Thase ME, Sachs GS. Clinical features associated with poor pharmacologic adherence in bipolar disorder: results from the STEP-BD study. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(3):296-303.
149. Correard N, Consoloni JL, Raust A et al. Neuropsychological functioning, age, and medication adherence in bipolar disorder. *PLoS One*. 2017; 12(9):e0184313.

150. Jawad I, Watson S, Haddad PM, Talbot PS, McAllister-Williams RH. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018; 8(12):349-363.
151. Özer SK, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(2):111-120.
152. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010; 2(2):206-236.
153. Bez Y. İki uçlu depresyonun farmakolojik tedavisinde yenilikler. *Journal of Mood Disorders*. 2013; 3(Suppl 1):59-62.
154. Young LT, Joffe RT, Robb JC et al. Double-blind comparison of addition of a second mood stabilizer versus an antidepressant to an initial mood stabilizer for treatment of patients with bipolar depression. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(1):124-126.
155. Ghaemi SN, Lenox MS, Baldessarini RJ. Effectiveness and safety of long-term antidepressant treatment in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2001; 62(7):565-569.
156. Saunders KE, Goodwin GM. New approaches in the treatment of bipolar depression. *Curr Top Behav Neurosci*. 2013; 14:291-307.
157. Solomon P, Draine J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophr Bull*. 1996; 22(1):41-50.

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU

Doğum yeri ve tarihi: 12.05.1989

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: Zuhuratbaba Mah. Karabal Cad. Ender Apt. 16/13
Bakırköy/İstanbul (530) 119 05 59

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006-2013)

Kayseri Fen Lisesi (2003-2006)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Tıp Doktoru (2013)

IV- Mesleki Deneyimi

Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi (2013) Pratisyen Hekim

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (2014-2019) Asistan Hekim

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

VIII- Diğer Bilgiler

Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Eğitimi (2015)

10. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



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



08.01.2019

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Asist. Dr. Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU'nun 02.01.2019 tarih ve 57 sayılı dilekçesi

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARACETİN'in katılımları ile 08.01.2019 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin Psikiyatri Kliniği'nde Uzmanlık Öğrencisi olarak görev ifa eden Asist. Dr. Tuğçe İrem ÇOBANOĞLU'nun, Program Yöneticisi tarafından belirlenen Tez Danışmanı Doç. Dr. Murat ERKIRAN eşliğinde yürütülecek olan "Bipolar Bozukluk Tip 1 Hastalarında Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modelinin, Bozukluğun Klinik Özellikleri ve Seyri Üzerindeki Etkisi" başlıklı tez protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesi'ne istinaden kurulumuzca 266 protokol ile onaylanmıştır.

Ayrıca bilgileri ve ekleri verilen tez protokolü; gerekçesi, amaçları, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, çalışmanın belirlenen merkezlerde gerçekleştirilmesinin, sonuçlarının yayın yapılmasının Hasta Hakları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi kurallarına göre etik açıdan uygun olduğuna da oy birliği ile karar verilmiştir.

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 ATAĞLI
Nörolojik Kliniği

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

EK 2 - BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu çalışma, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHEAH) 9. Psikiyatri Kliniği'nde görev yapmakta olan As. Dr. Tuğçe İrem Çobanoğlu tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada, BRSHEAH'ye bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde uygulanan toplum temelli psikiyatrik tedavi protokolünün bipolar bozukluk tip 1 bozukluğunun klinik özellikleri ve seyri üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız, bir kısmı görüşmeci tarafından doldurulacak anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır (Sosyodemografik Veri Formu, Klinik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği, İçgörü Değerlendirme Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu, Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği, Klinik Global İzlem Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanacaktır.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayımlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacı tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

İsim:

İmza:

Gözlemci

Tarih:

İsim:

İmza

EK 3 - SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Sıra No:

Adı – Soyadı:

Doğum Tarihi:

Telefon No:

Protokol No:

Tarih:

1. Hastanın yaşı:

2. Toplam öğrenim yılı:

3. Şimdiki çalışma durumu:

1. Öğrenci
2. Düzensiz çalışıyor
3. Çalışmıyor
4. Düzenli çalışıyor

4. Daha önce çalışmış mı:

1. Hayır
2. Evet

5. Yaşadığı yer:

1. Kent içi
2. Varoş

6. Medeni durum:

1. Bekar
2. Evli
3. Dul / Boşanmış
4. Diğer

7. Birlikte yaşadığı kişi(ler):

1. Yalnız
2. Aile ile
3. Arkadaş ile

8. Birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü:

1. Yok
2. Var (.....belirtiniz)

EK 4 – KLİNİK VERİ FORMU

1. Hastalık başlangıç yaşı:
 2. İlk tedavi yaşı:
 3. Hastaneye ilk yatış yaşı:
 4. Hastaneye toplam yatış sayısı:
 5. Acil psikiyatriye başvuru sayısı:
 5. Toplam atak sayısı:
 5. Yıllık atak sayısı:
 6. Atakların özelliği:
 1. Manik epizod ağırlıklı
 2. Depresif epizod ağırlıklı
 7. İlaç kullanımı
 1. Tekli
 2. İkili
 3. Çoklu
 8. Hastanın kullandığı ilaçlar:
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 9. Daha önce intihar girişimi öyküsü:
 1. Yok
 2. Var (.....kaç kez)
 10. Daha önce intihar girişimi varsa hangi yöntemle:
 1. Ası
 2. Kesici aletle yaralama
 3. Yüksekten atlama
 4. Ateşli silahla yaralama
 5. Diğer (..... açıklayınız)
 11. Adli sorun:
 1. Yok
 2. Var (..... açıklayınız)
- Son 4 soruyu sadece araştırma grubu yanıtlayacaktır.
12. Hastanın TRSM takibi öncesi yatış sayısı:
 13. Hasta kaç yıldır TRSM'ye gidiyor:
 14. TRSM'ye gidiş sıklığı:
 15. Yapılan rehabilitasyonlar:
 - 1.
 - 2.
 - 3.

EK 5 - POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1.SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçektışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiğı düşüncelerin içeriğı ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör: çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

P3. VARSANILAR

Dış uyarımlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar içitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiğı davranışların yanı sıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

P4. TAŞKINLIK

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyarımlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişimler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiğı davranışlardır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçektışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiğı üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşku nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçektışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriğı ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiğı üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM

İğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadelerdir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiğı kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıtta azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

N2. DUYGUSAL İÇE ÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevsel ligiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyile yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve problem çözmeye yönelik içlerde ben merkezci ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlütür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyredir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sıkı düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

G4. GERGİNLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygu durumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabileceği üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

G8. İŞ BİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimleri, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

G11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliklerdir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

G13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

G14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşünceler kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca, gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

EK 6 – YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

- 0. Yok
- 1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
- 2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
- 3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
- 4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

- 0. Yok
- 1. Kendini enerjik hissetme
- 2. Canlılık; jestlerde artış
- 3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
- 4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

- 0. Artma yok
- 1. Hafif ya da olası artış
- 2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
- 3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
- 4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

- 0. Uykuda azalma tanımlamıyor
- 1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
- 2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
- 3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
- 4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İrritabilite

- 0. Yok
- 2. Kendisi arttığını belirtiyor
- 4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
- 6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
- 8. Düşmanca; iş birliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

- 0. Artma yok
- 2. Kendini konuşkan hissediyor
- 4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
- 6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
- 8. Basınçlı; durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, iş birliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK 7 – HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

Puan:

1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ (1-5)
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER (1-5)
3. GENİTAL SEMPTOMLAR (1-3)
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL (1-3)
5. KİLO KAYBI
 - A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN (1-4)
 - B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ (1-4)
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN) (1-3)
7. UYKUSUZLUK (ORTA) (1-3)
8. UYKUSUZLUK (GEÇ) (1-3)
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL) (1-3)
10. SUÇLULUK DUYGULARI (1-5)
11. İNTİHAR (1-5)
12. PSİŞİK KAYGI (1-5)
13. SOMATİK KAYGI (1-5)
14. HİPOKONDİRİ (1-5)
15. İÇGÖRÜ (1-3)
16. YAVAŞLAMA (1-5)
17. AJİTASYON (1-5)
- TOPLAM

EK 8 - BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklerle gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştüğünü söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHNİSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap ya da gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			

36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek ya da bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

EK 9 – İÇGÖRÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İDÖ)

1. Herhangi bir hastalığı olduğunu düşünüyor mu?

Hayır (0)

Bazen (1)

Evet (2)

2. Bir akıl / ruh hastalığı olduğunu kabul ediyor mu?

Hayır (0)

Şüpheleri var (1)

Evet (2)

3. Bu hastalığı nasıl açıklıyor?

Hezeyanlı açıklama (0)

Bilmiyor (1)

Sosyokültürel düzeyine göre kabul edilebilir açıklama (2)

4. Yaşantılarını patolojik/farklı olarak değerlendiriyor mu?

Kesinlikle karşı çıkıyor (0)

Telkin edilebilir (1)

Evet (2)

5. Semptomlarını nasıl açıklıyor?

Dış güçlere, hezeyanlarına bağlıyor (0)

Yorgunluk, stres gibi dış etkenler (1)

Hastalığının bir parçası olarak (2)

6. Tedavi için kendi talebi var mı?

Hayır (0)

Bazen (1)

Evet (2)

7.Tedaviyi kabul ediyor mu?

Hayır (Zor kullanarak) (0)

Bazen (1)

Evet (2)

8.Neden tedaviyi kabul ediyor?

Zorunlu olduğu için “ başka çare yok” (0)

Başkalarının isteği/başka amaçlar için (1)

Şikayetlerini ortadan kaldıracağı için (2)

9.Önceki hastalıklarını nasıl değerlendiriyor?

Hiçbir zaman hastalığını kabul etmiyor (0)

Geçştiriyor (1)

Doğru, kabul edilebilir açıklama (2)

TOPLAM PUAN:

PUAN (B) :

EK 10 – WHOQOL BREF
(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her sorunun ölçeğinde size en uygun yanıtı işaretleyiniz.

1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

☐ Çok kötü ☐ Biraz kötü ☐ Ne iyi, ne kötü ☐ Oldukça iyi ☐ Çok iyi

2.Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3.Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

4.Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10.Günlük yaşamı sürdürmeniz için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen

11.Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen

12.İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen

13.Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen

14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız var?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Tamamen

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15.Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

☐ Çok kötü ☐ Biraz kötü ☐ Ne iyi, ne kötü ☐ Oldukça iyi ☐ Çok iyi

16.Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

17.Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

18.İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

20.Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

22.Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

23.Yaşadığınız yerin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

24.Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

25.Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26.Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bulantı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman

27.Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

EK 11 – TÜRKÇE MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

☐ Evet ☐ Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düŐünüp ilacı almayı

kestiğiniz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

EK 12 – KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

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

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

DÜZELME

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

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

YAN ETKİ ŞİDDETİ

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

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

EK 13 – İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların duygu ve davranışlarını anlatmada kullanabilecekleri bir dizi ifade verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size %70 uygun ise %70'in altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. Hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu (X) ile işaretleyin.

	%0	%30	%70	%100
1. Kızınca birşeyler fırlatırım				
2. Beni gerçekten seven pek çok kişi var				
3. Ani kararlar vermeye ya da düşünmeden bazı davranışlarda bulunmaya eğilimliyim.				
4. Başkalarına anlatılamayacak kadar kötü şeyler düşünüyorum.				
5. Çok fazla sorumluluğum var.				
6. Yapabileceğim pek çok faydalı şey olduğuna inanıyorum.				
7. İntiharın başkalarını cezalandırmak için iyi bir yol olmadığına inanıyorum.				
8. Başkalarına karşı düşmanca duygular içindeyim.				
9. Kendimi insanlardan soyutlanmış hissediyorum.				
10. İnsanların bana olduğum gibi değer verdiklerine inanıyorum.				
11. Olürsem pek çok insanın üzüleceğine inanıyorum.				
12. Kendimi dayanılmaz kadar yalnız hissediyorum.				
13. İnsanların bana karşı düşmanca duygular içinde olduğunu sanıyorum.				
14. Yeni baştan başlayabilsem, hayatımda pek çok değişiklikler yapabileceğimi düşünüyorum.				
15. Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünüyorum.				
16. Sevdiğim kişilerle arkadaşlığımı sürdürmekte güçlük çekiyorum.				
17. Olürsem hiç kimsenin beni özlemeyeceğini sanıyorum.				
18. İşlerimin yolunda gittiğini düşünüyorum.				
19. İnsanların benden çok şey beklediklerini hissediyorum.				
20. Yaptıklarım ve düşündüklerim için kendimi cezalandırmayı düşünmüyorum.				
21. Dünyanın yaşamaya değer bir yer olduğunu düşünüyorum.				
22. Geleceğim hakkında çok dikkatli bir şekilde plan yaptığımı sanıyorum.				
23. Güvenebileceğim pek fazla arkadaşımın olmadığını düşünüyorum.				
24. Ölümün insanları mutlu edeceğini sanmıyorum.				
25. Yaşananlar ne kadar kötü olursa olsun, ölümü düşündürecek kadar kötü olamayacağını düşünüyorum.				
26. Kendimi anneme yakın hissediyorum / hissediyordum.				
27. Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.				
28. Hiç bir şeyin düzeleceğini sanmıyorum.				

29. İnsanların beni ve yaptıklarımı doğru bulmadıklarını düşünüyorum.				
30. Kendimi nasıl öldüreceğimi düşünmedim.				
31. Para konusu beni endişelendiriyor.				
32. İntihar etmeyi hiç düşünmedim.				
33. Kendimi yorgun hissediyorum ve hiçbir şeye ilgim kalmadığını düşünüyorum.				
34. Kızınca bir şeyler kırarım.				
35. Kendimi babama yakın hissediyorum/ hissediyordum.				
36. Nerede olursam olayım mutlu olabileceğimi sanıyorum.				

