



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİ HASTALARININ TEDAVİ VE POLİKLİNİK KONTROLLERİNE
UYUMU**

Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE

ADANA - 2015

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, Uz. Dr. Soner ÇAKMAK'a, emekli öğretim üyelerimizden Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Lut TAMAM'a, tüm çalışma arkadaşlarıma, hep yanımda olan aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ.....	iv
SİMGE ve KISALTMALAR.....	v
ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER	vi
ABSTRACT and KEYWORDS	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Uyum	3
2.2. Major Depresyon	5
2.2.1. Major Depresif Bozukluk ve Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler	7
2.3. Bipolar Bozukluklar.....	8
2.3.1. Bipolar Bozukluk ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler	13
2.4. Psikotik Bozukluklar.....	14
2.4.1. Psikotik Bozukluklar ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler	20
2.5. Anksiyete Bozuklukları	22
2.5.1. Panik Bozukluk.....	22
2.5.2. Özgül Fobi.....	25
2.5.3. Sosyal Fobi.....	25
2.5.4. Obsesif- Kompulsif Bozukluk	26
2.5.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	28
2.5.6. Akut Stres Bozukluğu	30
2.5.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	31
2.5.8. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	32
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Verilerin Toplanması	33
3.2. Veri toplama Araçları	33
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	33
3.2.2. Kullanılan Ölçekler	34
3.2.2.1. Uyum Ölçeği	34
3.3. İstatistiksel İşlemler	34
4. BULGULAR.....	35

4.1. Sosyodemografik Özellikler	35
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	55
Ek 1: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyodemografik Veri Formu	55
Ek 2: Taburculuk Sonrası Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi.....	58
ÖZGEÇMİŞ	59

TABLO LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1.	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	35
Tablo 2.	Tüm Hastaların Uyum Düzeyinin Sosyodemografik Veriler, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 3.	Uyum Düzeyinin Hastaların DSM-IV TR'ye göre Eksen I ve II Tanılarına Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 4.	Uyum Düzeyine Göre Psikiyatrik Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 5.	Duygudurum Bozukluklu Hastaların Sosyodemografik Verileri, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması	38
Tablo 6.	Duygudurum Bozukluklu Hastaların Psikiyatrik Hastalık Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması	39
Tablo 7.	Psikotik Bozukluklu Hastaların Sosyodemografik Veriler, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması	39
Tablo 8.	Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Psikiyatrik Hastalık Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması	40
Tablo 9.	Somatoform Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Sosyodemografik Veriler, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 10.	Somatoform Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Psikiyatrik Hastalık Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması.....	42

SİMGE ve KISALTMALAR

DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, Fourth Edition
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi (Terapi)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
CATIE	: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention and Effectiveness
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

ÖZET

Psikiyatri Hastalarının Tedavi ve Poliklinik Kontrollerine Uyumu

Amaç: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde 2011 yılında yatarak sağaltım gören hastaların taburculuk sonrası poliklinik kontrollerine ve önerilen ilaçların kullanımına uyum sağlayıp sağlamadığını saptamaktır.

Yöntem: Çalışmaya alınan hastaların öncelikle klinik dosyaları incelendi. Tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formunda öncelikle hastaların DSM-IV TR'ye göre 1. Eksen tanıları ve ilgili diğer bölümler dolduruldu. Klinik dosyaların incelenmesi tamamlandıktan sonra hastaların poliklinik dosyaları incelendi. Morisky Uyum Ölçeği esas alınarak tarafımızca oluşturulan uyum ölçeği gereğince hastaların taburculuk sonrası 1. ve 3. aylarda poliklinik kontrollerine gelip gelmediği ve hekim tarafından önerilen ilaçları kullanıp kullanmadığı retrospektif olarak taranarak uyum ölçeğinde ilgili bölümler dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya katılan 230 hastanın klinik ve poliklinik dosyalarının incelenmesi sonucunda uyuma etki eden faktörlerin; hastanın DSM- IV'e göre 1. Eksen ve 2. Eksen tanısının varlığı, günlük kullanılan ilaç sayısı, eşlik eden tıbbi hastalıklar, ailede ruhsal hastalık öyküsü, içgörü varlığı gibi çeşitli nedenler olduğu saptandı.

Sonuç: Bu çalışmaya göre hastalık tanısına göre değişen oranlarda (% 16.7- % 68.8) uyumsuzluk saptanmıştır. Tıpta ve ilaç sanayisindeki gelişmelere rağmen geçmiş yıllara göre tedavi uyumunda bir artış sağlanamamıştır. Olası çözümlerin bulunabilmesi için; uyumsuzluğa neden olan etkenlerin klinik pratikte sorgulanması ve eğer uyumsuzluk varsa bu konu üzerinde önemle durulması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Uyum, Psikotik Bozukluk, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Bipolar Bozukluk

ABSTRACT

Adherence to the Treatment and Outpatient Appointments in Psychiatric Patients

Aim: The aim of this study was to determine the adherence with treatment and outpatient appointments among patients who had been hospitalized in inpatient clinic of Department of Psychiatry of Cukurova University Faculty of Medicine in 2011.

Material and Method: Clinical records of patients were analyzed initially. Axis I psychiatric disorders of patients which were diagnosed by using DSM-IV-TR criteria and associated characteristics of disorders were completed in the socio-demographic data form. According to our retrospective adherence scale which was based on Morisky Adherence Scale, patients' adherence to the appointments at the first and third months after discharging from hospital and taking their medication as recommended were checked.

Findings: According to the current study, the reasons have effects on the patients' adherence were Axis I and Axis II psychiatric disorders according to DSM-IV, number of daily medications taken, presence of comorbid medical illnesses, family history of psychiatric illnesses and presence of insight.

Conclusion: The results of this study have shown that the rate of non-adherence with treatment changes between 16.7 % -68.8 % according to disorder. Although medical treatments and drug industry develop day by day, there have been no changes in the treatment adherence ratios in the past years. To generate possible solutions, treatment adherence should be assessed in all clinical interviews and if patient is non-adherent this issue should be handled seriously.

Key Words: Adherence, Psychotic disorder, Depression, Bipolar disorder, Anxiety disorder.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Uyum (kompliyans) hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir. ¹Tedaviye uyumsuzluk; hastaneye yeniden yatış sayısını, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir.²

Tedaviye uyumsuzluk ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeni ile ortaya çıkabilir. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir.¹ Tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın psikopatolojisi, ilaçlara bağlı ortaya çıkan nörolojik, endokrin ve antikolinerjik yan etkiler, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler ve tedaviye karşı yetersiz bilgilendirme sayılabilir.²

Randevulara uyumsuzluk, yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmakla birlikte aynı zamanda ilaç tedavisine uyumsuzlukla da yakın ilişkilidir. Randevulara uyumsuzluk, hasta hekim ilişkisinde bozulmaya, hekimin empati yeteneğinde azalmaya ve hayal kırıklığına yol açabilir.

Yapılan çalışmalarda kontrol randevularına uyumsuzluk sebebi olabilecek risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlar çevresel ve demografik faktörler, hasta ile ilişkili faktörler, hastalıkla ilişkili faktörler, hekim ile ilişkili faktörler olarak sınıflandırılabilir.

Çevresel ve demografik faktörler: Genç yaş, düşük sosyoekonomik düzey, herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmama, evsiz olma, sağlık kuruluşuna uzak yerde yaşamaktır. Hasta ile ilişkili faktörler: Unutkanlık, fazla uyuma, randevu tarihini yanlış hatırlama, psikiyatrik açıdan kötü durumda olma, yüksek düzeyde anksiyete yaşama, hastalığa karşı içgörünün olmamasıdır. Hastalıkla ilişkili faktörler: Kişilik bozuklukları, madde kötüye kullanımı (tek başına veya komorbid olarak), nevrotik bozukluklar, tanının net olmadığı durumlardır. Hekim ile ilişkili faktörler zayıf hasta hekim ilişkisi kurulması, empati yoksunluğu, iletişim kusurları ve yetersiz takiptir.³

Günümüzde zorlu yaşam koşulları bireylerin psikiyatrik yardım arayışını arttırmaktadır. Geçmişe göre daha çok insan psikiyatrik başvuruda bulunup, tanı almakta ve bu kimselere tedavi önerilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk, hastalıkların şiddetini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve kişilerin psikiyatrik tedavilere olan inancını azaltmaktadır. Bu çalışmada psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğuna sebep olan etkenlerin araştırılması ve olası çözüm etkenlerinin bulunması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Uyum

Uyum'un kısa ve kabul edilebilir tanımı; hastanın sağlığıyla ilgili önerileri kabul etmesidir. Aynı zamanda uyum sözcüğü, terapötik ilişki kurarken hekimin rolüne ve hastanın katılımına önem yükler. Uyum tanımı, kontrollere katılım ve sağlıklı bir hayat modeline tutunmayı, aynı zamanda reçete edilen ilaçları uygun zamanda ve uygun dozlarda almayı da içine alır. İlaçların fazla kullanımı veya kötüye kullanımı ilaç uyumsuzluğuna işaretir. Uyum tanımının zayıf yönü, 'ya hep ya hiç' fenomeni olduğunun bildirilmesi ve insanların önerilen tedaviye kısmen veya aralıklı olarak uyum göstermesidir.⁴

Noble uyum kavramını detaylı şekilde araştırmış ve modern sağlık sistemini kullanan hastaların kendi sağlıkları konusunda daha etkin olduklarını saptamıştır. Noble, hekim tarafından önerilen tedavi rejimlerinin hasta tarafından tamamen kabul ya da reddedilme yerine, değiştirilebileceğini ve çarpıtılabileceğini (kısmi uyumu gösterir) belirtmiştir.^{4,5}

Uyumu ve uyumsuzluğu değerlendirme yöntemleri öznel yöntemler ve nesnel yöntemler olarak ikiye ayrılabilir. Öznel yöntemler: yinelenen reçetelerin dağılımlarının incelenmesi, hasta kayıtlarının incelenmesi, hasta görüşmeleri, tamamlayıcı raporları inceleme, tedavi eden hekimlerin uyumla ilgili kararlarına bakmaktır.^{4,6} Nesnel yöntemler ise: ilaç şişelerinde kalan tabletleri, kapsülleri saymak, plazma ilaç düzeyinin alınan doza oranına bakmak, idrarda ilaç ve metabolitlerine bakmak olarak söylenebilir. Nesnel yöntemler daha güvenilir ve tercih edilesi olmasına rağmen; ilaçların alım zamanı ve ölçümü açısından birçok sorun yaratmaktadır. Farmakokinetik değişkenlik, maliyet, daha önceden uyumsuz olan bir hastanın rızasını almak bunların bazılarıdır. Antidepresan ilaç düzeylerinin kişiler arası önemli farklılık göstermesi bir diğer zorluktur.^{4,7}

Uyumsuzluğu değerlendirirken esas amaç, tedavi uyumsuzluğunu öngören faktörleri bulup, uyumun şiddetini doğru bir şekilde ölçmek olmalıdır. İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri arasında kişinin hastalığa karşı içgörüsünün olmaması veya yetersiz olması, hastanın psikotik düzeydeki psikopatolojisi, ilaç kullanımına karşı hastanın yaşadığı kuruntu ve kaygılar, hastalığın seyri gibi doğrudan kişinin mevcut psikiyatrik durumuyla ilgili sebepler sayılabileceği gibi; ilaçlara bağlı ortaya çıkan yan

etkiler, ilaç rejimine uymada yaşanan sorunlar, sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, tedavi hakkında yetersiz bilgilenme, tedaviyi yanlış yorumlama, bölgenin ve hastanenin şartları, hastanın ve çevresinin ilaç tedavisine ve ruhsal hastalığa karşı tutumu, ilaç kullanımının toplumsal hayatta yarattığı düşünülen güçlükler, kültürel inançlar (özellikle toplumumuzda sıkça görülen medyum, şifacı, hoca gibi insanlardan yardım beklentileri), tedavi konusunda görülen baskı etkenler de belirleyici rol oynamaktadır.^{2,8,9} Ayrıca hastanın birlikte yaşadığı yakınlarının ya da ailesinin ilaç tedavisine karşı tutumu da oldukça önemli bir yer tutmaktadır.^{2,8}

Yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu iki neden, hastalarda, hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır.^{2,8}

Eşyanların varlığı uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir faktördür. Özellikle alkol ya da madde kullanımı eşyanları tedavi uyumunu en fazla bozan iki tanı olarak belirlenmiştir. Ayrıca şiddetli depresif belirtiler çaresizlik ve umutsuzluk düşüncelerini tetikleyerek tedaviye olan inancı azaltmaktadır.^{2,10,11}

İçgörü eksikliği ile tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olur. Bazı çalışmalarda ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{2,11}

Olfson yaptığı bir çalışmada ilaç uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yatışları süresince tedavi ekibiyle uyumlarının zayıf olduğunu ve yatarak tedavi görmelerinin aileleri tarafından reddedildiğini göstermiştir.^{2,12}

Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri ve mental kapasitenin tedaviye uyumu etkilediği görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, gençlerde, erkeklerde, bazı azınlık etnik gruplarda uyumsuzluk daha fazlayken, bazı çalışmalarda ise ileri yaş grubunda uyumsuzluk daha fazla görülmektedir. Her cins, yaş ve sosyal sınıfta uyumsuzluk gözlenebilir.^{2,11} Tedaviye önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun önemli göstergelerinden biridir. Bireyin hastalık ve ilaçla ilgili inançları, verilen önerilere uyumu kişilik özellikleri doğrultusunda olmaktadır. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması, uyumu olumsuz biçimde etkilemektedir.^{2,8} Premorbid bilişsel işlevselliğin bozuk olması, unutkanlık, görme ve işitme kusurları da hastaya ilişkin uyumsuzluk nedenleri arasında sayılabilir.^{2,13}

Aile, arkadaş desteği veya çalışıyor olma uyumu etkiler. Çalışan hastalar, işyerinde ilaç kullanmaktan dolayı daha kolay etiketlenebilecekleri endişesiyle doz

atlamak şeklinde uyumsuzluk gösterebilir. Sağlık sisteminin yapısı, sağlık merkezlerine olan coğrafi uzaklık, randevuları bekleme zamanı, sosyal güvence ve ilaç maliyeti uyumu etkileyen diğer nedenlerdir.²

2.2. Major Depresyon

Major depresyonun, toplum örneklemelerinde, yaşam boyu ortaya çıkma olasılığı kadınlar için % 10- 25, erkekler için % 5- 12 arasındadır. Bir majör depresif dönemin öncü belirtileri anksiyete, uykusuzluk, üzüntülere kapılma, düşüncelere dalıp gitme ve sürekli aynı şeyleri düşünüp durmadır. Bir kez majör depresif dönem geçirmiş bir kişinin yaşamı boyunca yeniden böyle bir dönem geçirme olasılığı % 50'dir. İki majör depresif dönem geçirenlerde bu oran % 70- 80' lere çıkmaktadır. Üç ya da daha çok böyle dönem geçirenlerde bu oran çok daha yüksektir. Major depresyonu olanların çoğunda bu rahatsızlık tekrar edebileceği için bu kişilerin sürdürüm tedavilerinin yapılması ve bu kişilere depresme ve yinelemenin uyarıcı ve belirtilerini tanımları konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir. Kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kötüye kullanımı, organizite ya da tıbbi bir hastalığın varlığı; sonlanımın daha kötü olacağını ve hastalık dönemlerinin yinelenebileceğini düşündürür. Tedaviye hastalık döneminde başlamanın daha sonra başlamaktan daha etkili olacağı öne sürülmektedir.¹⁴

DSM-IV TR' ye göre Major depresyon dönemi tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir kayıp olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

2. Hemen her gün, yaklaşık günboyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere).

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5' inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.

4. Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması.

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün, yorgunluk- bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olamayan, suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi bunu söyler ya da başkaları tarafından gözlemlenmiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması

B. Bu semptomlar bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybedilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.¹⁵

DSM 5'te karma atak tanımı değiştirildiği için B ölçütü yer almamaktadır. Ayrıca E ölçütü de bulunmamaktadır ancak majör depresif bozukluk ve yas ayrımı üzerinde ayrıca durulmaktadır.²⁴

2.2.1. Major Depresif Bozukluk ve Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Depresyonu olan hastaların, önemli bir halk sağlığı yükü oluşturması ve etkin tedavileri olmasına karşın, çoğu hasta yeterli tedavi görmemektedir. Araştırmalara göre, majör depresyonlu hastaların sadece % 10' u yeterli dozda antidepresan tedaviyi, yeterli sürede almaktadır.¹ Yetersiz tedaviye neden olan ana etken, doz atlanması ve tedavinin erken kesilmesine bağlı tedavi rejimine uyumsuzluktur. Tedaviye uyumsuzluk, ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeniyle olabilir. Tedaviye uyum davranışı özgün klinik durumlar, hastalığın doğası ve uygulanan tedavi programının özelliklerinden etkilenir. Çoğu hastanın yaşamları boyunca birden çok atak yaşadığı ve üçten fazla atak olduğunda uzun süreli tedavinin atakların tekrarını önlemede etkili olduğu düşünüldüğünde, tedaviye uyumun önemi daha da artıyor görünmektedir.^{1,16} Sadece depresif bozukluklar değil, genel olarak bakıldığında hastaların üçte birinin tedaviye tam uyduğu, üçte birinin kısmen uyduğu ve üçte birinin hiçbir tedaviye uymadığı belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir.^{1,17} Tedavi sürecinde tedaviye uyumsuzluğun yüksek oranda izlendiği iki dönem vardır. Bunlardan birincisi, tedavinin başlangıcında hastanın yan etkilerle karşılaştığı dönem, ikincisi ise hastalığın kontrol altına alınarak kısmi bir düzelmenin izlendiği dönemin hemen sonrasındır.^{1,18} Depresyon tanısıyla tedavi gören hastaların yarıdan fazlasının üç hafta içinde tedaviyi bıraktıkları bildirilmiştir. Bu yüksek oran, etkinin başlamasındaki gecikmeye, klinik yanıtın başlamasından sonra da ilaç tedavisine uzun süre devam edilmesi gerekliliğini ve yan etkiler konusunda hastaların bilgilendirilmesindeki yetersizliği bağlanmıştır.^{1,19} Hastanın tedaviye uyumu, başarılı bir antidepresan tedavinin sağlanmasında en önemli konudur. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış önerilerini yerine getirmeyi gerektirir.¹

Yapılan bir çalışmada kadın ve erkek cinsiyet doktor tarafından önerilen doza uyum ve tedaviyi sürdürme özellikleri açısından karşılaştırıldığında, kadın hastaların tedaviye uyum oranı erkek hastalardan daha yüksek saptanmıştır. Tedavi için önerilen günlük doza uyum da kadın hastalarda daha yüksek bulunmuştur.¹ Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada, ilk görüşmeden sonra psikiyatri hastalarının % 44' ünün kontrole gelmediği ve bu durumun özellikle eğitim düzeyi düşük ve sosyoekonomik durumu kötü olan hastalarda daha sık olarak ortaya çıktığı bulunmuştur.^{1,20}

Günlük doz sayısının az olması ve kişilik bozukluğunun olmaması gibi faktörler de tedaviye uyumu arttırmaktadır. Ayrıca ilk kontrollerin daha sık yapılmasının da uyum üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir.^{1,21} Hasta ve doktor arasında işbirliğinin bozulması, hastanın hastalık ya da tedavi hakkında eksik bilgilendirilmesi, ilaca bağlı yan etkiler, hastanın sosyal çevresinde yaşadığı güçlükler (örneğin tedaviye olumsuz bakan bir eşin varlığı), belirtilerin tekrar ortaya çıkması (hastanın tedavinin işe yaramayacağına inanması) hastanın tedaviye uyumsuzluğuna katkıda bulunacak diğer faktörler arasında sayılabilir.^{1,22} Madde kullanımı da tedaviye uyumu azaltan önemli bir etken olarak gösterilmiştir.^{1,23}

Ülkemizde yapılan, depresif hastaların tedaviye uyumunu değerlendiren bir çalışmada hastaların % 73.2' si tedaviye uyumlu, % 26 '8' i tedaviye uyumsuz bulunmuştur. Yine aynı çalışmada günde tek doz ilaç alan hastaların tedaviye uyumu, iki ve daha fazla doz alanlara göre daha yüksektir.¹

2.3. Bipolar Bozukluklar

Bipolar (iki uçlu) bozukluk belirli bir sıra gözetmeksizin tekrar eden depresif, manik, hipomanik, karma ve ötimik dönemlerle karakterize bir ruhsal hastalıktır.¹⁵ Bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans ortalama % 1.2 olarak saptanmıştır. Puberte öncesi seyrek olan bipolar bozukluk; erkekte 18, kadında 29 median başlangıç yaşı göstermektedir. Bipolar bozukluk, ırk ve cinsiyet farkı gözetmeksizin eşit dağılımda, kadın/erkek oranı 1.2/1 olarak bulunmuştur. İlk dönemin kadında depresyon, erkekte mani olarak ortaya çıkması sıktır. Bipolar bozuklukta yaşamboyu alkol ve madde bağımlılığı yüksektir. Bipolar 1 ve bipolar 2 bozukluklarda gerçekleştirilen özkıyım oranı % 10- 15 olarak saptanmıştır. Bipolar bozukluk, iş, okul, evlilik ve sosyal yaşamda ciddi kayıplara ve dönemsel antisosyal davranışlara sebep olabilir.¹⁵

DSM IV'te bipolar bozukluklar 4 başlık altında incelenir:

1) Bipolar 1 Bozukluğu: Bipolar 1 bozukluğun ana özelliği; bir ya da daha fazla manik ya da karma dönem geçirmiş olmaktır. Major depresif dönemler olmasa bile ileride geçirilecekleri varsayılır.

2) Bipolar 2 Bozukluğu: Bu bozukluğun ana özelliği, en az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı, ama manik ya da karma dönemin olmamasıdır. Hipomanik dönem, manik dönem ölçütlerinin, iş ve sosyal yaşamı ciddi

ölçüde bozmayan, psikotik belirtiler içermeyen ve hospitalizasyon gerektirmeden ayaktan tedavi edilebilecek düzeyde olduğu, daha hafif bir dönem anlatır. Belirtiler kişinin her zamanki davranışlarından belirgin bir farklılığı da gösteriyor olmalıdır.

3) Siklotimi: Orta şiddetteki kısa depresif ataklarla, birkaç gün ile birkaç hafta süreli hipomanik dönemlerin görüldüğü süregelen bir seyir izler. Belirtisiz ara dönemler oldukça kısa sürelidir, depresyon ya da hipomani belirtileri olmadan geçirilen dönemler bir seferde 2 aydan daha uzun değildir.

4) Başka Türlü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk: Yineleyen manik, hipomanik, ötimik, depresif dönemler olmakla birlikte yukarıda bahsedilen 3 bozukluktan herhangi birinin tanı ölçütleri tam anlamıyla karşılanmamaktadır.^{14,15}

DSM-IV TR' ye göre Major depresyon dönemi tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir kayıp olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi kadar zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması

4. Hemen her gün insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

6. Hemen her gün, yorgunluk- bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olamayan, suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi bunu söyler ya da başkaları tarafından gözlemlenmiştir).

9. Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölümden korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımın olması.

B. Bu semptomlar bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybedilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.¹⁵

DSM 5'te karma atak tanımı değiştirildiği için B ölçütü yer almamaktadır. Ayrıca E ölçütü de bulunmamaktadır ancak majör depresif bozukluk ve yas ayrımı üzerinde ayrıca durulmaktadır.²⁴

DSM-IV TR' ye göre manik dönem tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. En az bir hafta süreyle (ya da hospitalizasyon gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli bir şekilde yükselmiş, öforik, irritable ya da grandiyöz ayrı bir duygudurum döneminin varlığı.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum yalnızca irritable ise dördünün) belirgin bir derecede ve sürekli varlığı.

1. Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.

2. Uyku gereksiniminde azalma (Örneğin yalnızca 3 saatlik uyku ile kendini dinlenmiş hissetme).

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.

4. Düşünce uçuşması ya da öznel olarak düşüncelerinin çok hızlandığını hissetme.

5. Distraktibilite (Yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi).

6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal, iş, okul ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Önemli zararlar yaratabilecek zevk verici etkinliklere kolayca girebilme (sonuçları düşünülmezsizin girilen cinsel ilişkiler, iş yatırımları, aşırı harcama).

C. Belirtilerin karma tip döneme uymaması.

D. Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde belirgin bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması.

E. Belirtilerin madde kullanımının (örneğin madde kötüye kullanımı, ilaç ya da diğer sağaltımlar) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örneğin hipertiroidi) doğrudan etkilerine bağlı olmaması.

Not: Açıkça somatik antidepresan bir sağaltım (örneğin ilaçlar, elektrokonvülsif terapi, ışık sağaltımı) ile ortaya çıktığı düşünülen manik dönemlerde bipolar 1 bozukluğu tanısı konmamalıdır.¹⁵

DSM-5 sınıflandırmasında C ölçütü yer almamıştır. DSM-4-TR’de Bipolar Bozukluk manik, hipomanik, depresif ve karma ataklar şeklinde sınıflandırılırken DSM-5’te karma atak kaldırılıp, karma özellikler gösteren depresif/ manik atak şeklinde alt tür olarak yer almıştır. Diğer tanı ölçütlerinde değişiklik olmamıştır.²⁴

DSM-IV TR’ ye göre hipomanik dönem tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Her zamanki çökkün olmayan duygudurumdan belirgin şekilde farklı olan ve en az 4 gündür süren, yükselmiş, grandiyöz ya da iritabl ayrı bir duygudurumun sürekli varlığı.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az üçünün (duygudurum yalnızca iritabl ise dördünün) belirgin bir derecede ve sürekli varlığı.

1. Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite.

2. Uyku gereksiniminde azalma (Örneğin yalnızca 3 saatlik uyku ile kendini dinlenmiş hissetme).

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma.

4. Düşünce uçuşması ya da öznel olarak düşüncelerinin çok hızlandığını hissetme.

5. Distraktibilite (Yani dikkatin önemsiz ya da konudışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi).

6. Amaca yönelik aktivite artışı (sosyal, iş, okul ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Önemli zararlar yaratabilecek zevk verici etkinliklere kolayca girebilme (sonuçları düşünülmezsizin girilen cinsel ilişkiler, iş yatırımları, aşırı harcama).

C. Dönem, kişinin belirtisiz olduğu durumu ile uyuşmayan, kesin bir işlevsellik değişkenliğini gösteriyor olmalıdır.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir olmalıdır.

E. Dönem iş ve sosyal işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hospitalizasyon gerektirecek kadar şiddetli değildir ve psikotik özellikler bulunmamaktadır.

F. Belirtilerin madde kullanımının (örneğin madde kötüye kullanımı, ilaç ya da diğer sağaltımlar) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örneğin hipertiroidi) doğrudan etkilerine bağlı olmaması.

Not: Açıkça somatik antidepresan bir sağaltım (örneğin ilaçlar, elektrokonvülsif terapi, ışık sağaltımı) ile ortaya çıktığı düşünülen hipomanik benzeri dönemlerde bipolar 2 bozukluğu tanısı konmamalıdır.¹⁵

DSM-5'te hipomani tanı ölçütlerinde değişiklik yapılmamıştır.²⁴

DSM-IV TR' ye göre karma dönem tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. En az bir hafta süreyle, hemen hergün, hem manik hem de majör depresif dönem ölçütlerini (süre ölçütü dışında) uyan bir duygudurum bozukluğunun bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda belirgin bir bozulmaya yol açıyor ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor ya da psikotik özellik taşıyor olması

C. Belirtilerin bir maddenin (örneğin kötüye kullanılan bir madde, ilaç ya da başka bir sağaltım) ya da genel tıbbi bir hastalığın (örneğin hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmaması

Not: Açıkça somatik antidepresan bir sağaltım (örneğin ilaçlar, elektrokonvülsif terapi, ışık sağaltımı) ile ortaya çıktığı düşünülen karma dönemlerde bipolar 1 bozukluğu tanısı konmamalıdır.¹⁵

DSM-5'te bipolar bozukluk karma atak kaldırılıp yerine karma özellikli manik/hipomanik / major depresif atak terimleri kullanılmaktadır.²⁴

2.3.1. Bipolar Bozukluk ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler

Bipolar bozuklukta tedavi; kesin kür sağlayamamakla birlikte, bulguların kontrolü, tekrarların önlenmesi, bilişsel işlevlerin korunması, ek hastalıkların ortaya çıkmasını azaltma ve en önemlisi de, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin yükselmesinde pek çok hasta için önemli bir araçtır. Tedavinin olası pozitif etkilerinin ortaya çıkması ve bunların sürdürülmesi hastaya sunulan ilaç dahil tedavi programına uyulması ile mümkün olacaktır.²⁵ Duygudurum bozuklukları alanında tedavi uyumsuzluğunun en büyük sebepleri bu alanda çalışan profesyonellerin uyumsuzluk sorununun farkında olmaması ve yeni ilaçların bu sorunu aşacağına dair yanlış inançlarıdır.⁴ Takip görüşmelerine gelmeyenlerde, ilaçları kendi bildiği dozlarda ve düzensiz kullananlarda, öyküsünde sık sık tedavi bırakma olanlarda, fazla sayıda ve sık aralıklı ilaç kullananlarda, kilo alımı ve sedasyon başta olmak üzere yan etki geliştirenlerde tedaviyi aksatma sıklığıdır.²⁵ Genç, erkek, hastalık içgörüsü az, bekar ve tek başına yaşayan bireylerde ilaç bırakma oranı yüksektir. İlaçlara yönelik korkular, hastalık etiketi ile ilgili kaygılar, çevrenin ilaçlara yönelik negatif tutumları da ilaç kullanımını olumsuz etkilemektedir. Erken başlangıç ve hastalığın erken dönemlerinde olma, sık manik atak geçirme ilaç kullanılmasının önündeki diğer önemli engellerdir.^{4,26}

Uzun dönem ilaç tedavisi için bildirilen uyumsuzluk oranları % 20 ile % 60 arasında değişmektedir. Ortalama uyumsuzluk yaygınlığı % 41' dir. Bipolar bozuklukta bazı araştırmacılar, uzun dönem tedavinin kesilmesinde maninin erken rekürrensine işaret etmektedir.⁴ Keck ve arkadaşları, akut manik epizodla hastaneye kabul edilen hastaların % 60'ının son bir ay içerisinde tedaviye uyumlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.^{4,27} Scott, bir yıldan fazla duygudurum düzenleyicilere uyumsuz olan kişilerin uyumlu olanlara oranla hospitalizasyon riskinin dört kat daha fazla olduğunu göstermiştir. 1500 hastanın üzerinde yapılan büyük çaplı bir çalışmada, Johnson ve McFarland, lityumun sürekli kullanımının ortalama süresinin, ilk reçete edildiğinden itibaren yalnızca 76 gün olduğunu bildirmişlerdir.^{4,28,29} Jamison ve arkadaşları, 2 yıllık bir izlem periyodunda, bipolar bozukluk olan hastaların % 50'sinin en az bir kere, % 30'unun da en az iki kere proflaktik olarak kullandıkları lityumlarını kesip yeniden başlamışlardır.^{4,30} Karbamazepin ve valproat reçete edilen hastalarla yapılan bir çalışmada tedavinin sürdürüm fazında uyumsuzluk oranları % 50'sinin üzerinde bulunmuştur.^{4,27}

Jamison uyumsuzluk kavramını tanımlarken dört değişken grubundan bahsetmiştir. Bu değişkenler hastalığa (affektif bozukluğun tipi ve hastalığın evresi), tedavi sorunlarına (tedavi rejimi, yan etkiler), hastaya (demografi, ilaca ve hastalığa karşı tutum) ve hekime (hastalığa karşı tutumu, ilaçlar ve hasta ile etkileşimi) özgüdür.^{4,30} Sistemik çalışmaların yeniden gözden geçirilmesinde uyumsuzlukla ilgili sekiz risk faktörü belirtilmiştir. Bunlar: lityum tedavisinin ilk yılı, geçmişteki tedavi uyumsuzluğu öyküsü, genç yaş, erkek cinsiyet, daha az hastalık epizodu olması, grandiyözite, yükselmiş duygudurum ve kibirliliktir.^{4,31} Bazı yayınlarda sosyodemografik değişkenlerin rol oynadığına dair veriler ve manik atak yaşayanların tedavi uyumsuzluğu için daha fazla risk altında olduğuna dair kanıtlar vardır.^{4,27,32} Ancak bipolar bozuklukta son yıllarda tedavi uyumsuzluğuna yol açan en önemli faktörlerin ilaç ve/veya alkol kötüye kullanımı olduğu bildirilmiştir.^{4,32,33}

Lityumla tedavi edilen hastalara ilaç uyumsuzluğunun nedeni sorulduğunda hastalar neden olarak duygudurumlarının ilaçla kontrol edilmesini sevmemeyi ve ilaç kullanımının onlara kronik hastalıkları varmış gibi düşündürmesini belirtmişlerdir.^{4,34} Yaşlı hastaların hekim- hasta ilişkisine ve duygudurum düzenleyicilere daha olumsuz baktıkları tespit edilmiştir. Frank ve arkadaşları, yüksek eğitim düzeyine sahip ve evli hastaların lityuma daha uyumlu olduğunu saptamışlardır.^{4,35} Hastalığın sonuçları ve tehditleri hakkında bilgilendirilen hastaların daha uyumlu olduğu gösterilmiştir.^{4,36,37} Başka çalışmalar da bipolar bozuklukta tedaviye uyumsuzluğu arttıran risk faktörleri olarak içgörü eksikliği, hastalığın farkında olma eksikliği ve kognitif eksiklikler olarak bildirmişlerdir.^{4,38,39,40}

2.4. Psikotik Bozukluklar

Psikotik bozukluklar ve bunlar arasında en bilineni Şizofreni, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım dünyasına çekildiği bir ruhsal bozukluktur. İnsanı, gençlik yıllarından başlayarak üretim dışına itebilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açan bu bozukluğun topluma maliyeti oldukça yüksektir. Şizofreni, çok geniş bir yelpaze içerisinde yer alan ruhsal belirtileri içermesi nedeniyle, psikiyatrinin en ilgi çekici konularından biri olarak önemini korumaktadır.¹⁴ İnsidans ve prevalans, ülkeler ve çalışmalar arasında farklılık göstermekle birlikte yaşam boyu prevalansı % 0.5-1.5 civarındadır.^{41,42} Herhangi bir yılda tüm popülasyonun % 0.025- 0.5'i, şizofreni

tedavisi görmektedir. Şizofreni kadın ve erkekte eşit oranda görülür. Ancak, en sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Geç başlayan olgular (45 yaşından sonra) genellikle süregen ve ilerleyici bir gidiş göstermemeleri ve daha az yıkıma uğramalarıyla, erken başlangıçlı olgulardan ayrılırlar.¹⁴

DSM-TR IV' de Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar grubunda Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrılı Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Paylaşılmış Psikotik Bozukluk, Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Madde Kullanımın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk bulunmaktadır. DSM 5' te yapılan değişiklikler her hastalık altında belirtilmiştir.^{15,24}

DSM IV-TR' ye göre şizofreni tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Özgül Belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar).
2. Hallüsinasyonlar (varsanılar).
3. Darmadağın (dezorganize) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans).
4. İleri derecede darmadağın (dezorganize) ya da katatonik davranış.
5. Negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon.

Not: Hezeyanlar şaşılması (bizar) ise ya da hallüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/ birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütlerinden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/ mesleki işlev bozukluğu: İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki düzeye erişilememiştir.)

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay boyunca kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı

Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemi kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D. Şizoaffectif bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun dışlanması: Şizoaffectif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Major Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi: Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da hallüsinasyonlar da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir.¹⁵

DSM 5' e göre şaşılasi (bizar) hezeyanlar ya da yorum yapan, kendi arasında/ aralarında konuşan işitsel varsanıların varlığı Şizofreni tanısı koymak için yeterli değildir. Ayrıca bulunması gereken 2 semptomdan biri mutlaka A1, A2 ya da A3 tanı ölçütlerinden biri ya da daha fazlası olmalıdır.²⁴

DSM IV TR'ye göre şizofreni alt tipleri şunlardır:

Paranoid Tip: Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi:

A. Bir ya da birden fazla hezeyan ya da sıklıkla işitme halüsinasyonlarının bulunması

B. Şunlardan hiçbirinin bulunmaması: Darmadağın (dezorganize) konuşma, darmadağın (dezorganize) ya da katatonik davranış, donuk ya da uygunsuz affekt.

Darmadağın (Dezorganize) Tip: Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi:

A. Aşağıdakilerden hepsi belirgindir:

1. Darmadağın (dezorganize) konuşma
2. Darmadağın (dezorganize) davranış
3. Donuk ya da uygunsuz affekt

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Kasılakalmış (Katatonik) Tip:

Aşağıdakilerden en az ikisinin klinik görünümüne egemen olduğu Şizofreni tipi:

1. Katalepsi (balmumu esnekliği de içinde olmak üzere) ya da stupor ile belirlendiği üzere motor hareketsizlik.
2. Aşırı devinsel etkinlik (motor aktivite) (açıkça amaçsız ve dış uyaranlardan etkilenmeyen).
3. Aşırı negativizm (hareket ettirmeye yönelik tüm yönermelere açıkça amaçsız bir direnç gösterme ya da hareket ettirmeye yönelik girişimlere karşı rijid [katı] postürü sürdürme) ya da mutizm.
4. Postür alma (istemli olarak uygunsuz ya da bizar postürler alma), basmakalıp hareketler, belirgin mannerizmler ya da belirgin grimasın olması ile belirlendiği üzere istemli davranışlarda acayıplıkların olması.
5. Ekolali ya da ekopraksi

Ayrım Göstermeyen (Farklılaşmamış, Diferansiye Olmamış) Tip:

A Tanı Ölçütünün karşılandığı semptomların olduğu Şizofreni tipi, ancak bu tanı ölçütleri Paranoid, Dezorganize ya da Katatonik Tipin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Ardakalan (Rezidüel) Tip:

Aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılandığı şizofreni tipi:

A. Belirgin hezeyanlar, hallüsinasyonlar, darmadağın (dezorganize) konuşma ve ileri derecede darmadağın (dezorganize) ya da katatonik davranışın olmaması

B. Negatif semptomların ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır.¹⁵

DSM 5' te Şizofreni alt tiplerine yer verilmemiştir.²⁴

Şizofreniform Bozukluk için DSM-IV TR tanı ölçütleri şunlardır:

A. Şizofreninin A, D, ve E Tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

B. Bu bozukluğun bir epizodu (prodromal, aktif ve rezidüel evreler de içinde olmak üzere) en az 1 ay, ancak 6 aydan daha kısa bir süre sürer. (İyileşme

beklenmeksizin tanı konması gerektiğinde bunun ‘ Geçici’ tanı olarak nitelendirilmesi gerekir.¹⁵

Şizoaffektif bozukluk için DSM-IV TR tanı ölçütleri şunlardır:

A. Aralıksız süregiden bir hastalık dönemi sırasında kini zaman, Şizofreni için A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomlarla eşzamanlı olarak ya da bir Major Depresif Epizod, ya da bir Manik Epizod ya da bir Mikst Epizod olur.

Not: Major Depresif Epizod A1 Tanı Ölçütünü içermelidir: Depresif duygudurum

B. Hastalığın aynı dönemi sırasında, belirgin duygudurum semptomlarının olmadığı en az 2 hafta boyunca hezeyanlar ya da hallüsinasyonlar bulunur.

C. Bir duygudurum epizodu için tanı ölçütlerini karşılayan semptomlar, hastalığın aktif ve rezidüel dönemlerinin aktif süresinin önemli bir kesiminde bulunur.

D. Bu bozukluk için bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Tipini belirtiniz:

Bipolar Tip: Bu bozukluk bir manik yada bir Mikst Epizodu içeriyorsa

Depresif Tip: Bu bozukluk sadece Major Depresif Epizodu içeriyorsa¹⁵

Hezeyanlı (Sanrılı) Bozukluk için DSM-IV TR tanı ölçütleri şunlardır:

A. En az 1 ay süren, şaşılması (bizar) olmayan hezeyanlar (yani, gerçek yaşamda görülebilecek türden; izleniyor, zehirleniyor, hastalık bulaştırılıyor, uzaktan seviliyor, eşi ya da sevgilisi tarafından aldatılıyor olma ya da bir hastalığı olam gibi).

B. Şizofreni için A Tanı Ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır

Not: Hezeyanlı (Sanrılı) Bozuklukta, hezeyanın (sanrının) içeriği ile ilişkili ise taktil (dokunma) ve olfaktor (koku) hallüsinasyonları bulunabilir.

C. Hezeyan(lar)ın etkisi ve bunun uzantıları dışarıda bırakılacak olursa işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranış acayip ya da bizar değildir.

D. Hezeyanlarla birlikye duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bunların toplam süresi hezeyanlı dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Tipini belirtiniz (önde gelen hezeyan içeriğine göre aşağıdaki tiplerden birine karşılık gelir):

Erotomanik Tip: Genellikle daha yüksek konumu olan başka bir kişinin kendisine aşık olduğuna ilişkin hezeyanlar

Grandiöz Tip: Çok değerli, güçlü, bilgili, özel biri olduğuna, kutsal bir güç ya da ünlü bir kişi ile özel bir ilişkisi olduğuna ilişkin hezeyanlar

Kıskançlık Tipi: Cinsel eşinin sadakatsizlik gösterdiğine ilişkin hezeyanlar

Persekütuar Tip: Kendisine (ya da kendisine yakın olan birine), bir şekilde kötü davranıldığına ilişkin hezeyanlar

Somatik Tip: Fizik kusurunun ya da genel tıbbi bir durumunun olduğuna ilişkin hezeyanlar

Mikst Tip: Yukarıdaki tiplerden birden fazlası için karakteristik olan hezeyanlar vardır ancak bunlardan hiçbiri daha belirgin değildir

Belirlenmemiş Tip¹⁵

DSM 5'te A tanı ölçütünde değişiklik yapılmış olup şaşılasi (bizar) olmayan sanrı terimi kullanılmamıştır. DSM 5'e göre olabilirliği olamayan bir içerik taşıyan sanrılarının varlığı, sanrılı bozukluk tanısı konulmasına engel değildir.²⁴

Kısa Psikotik Bozukluk için DSM IV-TR tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Aşağıdaki semptomlardan birinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. hezeyanlar
2. hallüsinasyonlar
3. darmadağın (dezorganize) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)
4. ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

Not: Kültürel açıdan kabul gören bir tepki gösterme biçimi ise bunu bir semptom olarak değerlendirmeyiniz.

B. Bu bozukluğun bir epizodunun süresi en az 1 gündür, ancak 1 aydan kısadır ve en sonunda premorbid işlevsellik düzeyine dönüş olur.

C. Bu bozukluk Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu, Şizoaftaktif Bozukluk ya da Şizofreni olarak açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

Belirgin stres etken(ler)i olan

Belirgin stres etkenleri olmayan

Postpartum başlangıçlı: Başlangıcı postpartum 4 hafta içerisinde olmuşsa¹⁵

DSM 5'e göre doğum sonrası başlayan Kısa Psikotik Bozukluk teriminin süre ölçütünde değişiklik yapılmış ve gebelik sırasında ya da doğumdan sonra dört hafta içerisinde başlamışsa şeklinde değiştirilmiştir.²⁴

Paylaşılmış Psikotik Bozukluk için DSM-IV TR tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. O sırada yerleşik bir hezeyanı olan başka bir kişi ya da kişilerle yakın ilişki çerçevesinde bireyde bir hezeyan gelişir.

B. Bu hezeyan, o sırada yerleşik bir hezeyanı olan kişinininkiyle içerik olarak benzerdir.

C. Bu bozukluk, başka bir Psikotik Bozukluk (örn. Şizofreni) ya da Psikotik Özellikleri Olan bir Duygudurum Bozukluğu olarak daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM 5'ye paylaşılmış psikotik bozukluk terimi kullanılmamış; bunun yerine sanrılı bozukluğu olan kişinin eşinde görülen sanrısız belirtiler terimine yer verilmiştir.²⁴

Ayrıca DSM-IV TR' ye göre Psikotik Bozukluklar başlığı altında genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, madde kullanımının yol açtığı Psikotik Bozukluk ve Başka Türlü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk grupları mevcuttur.

2.4.1. Psikotik Bozukluklar ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler

Diğer hastalıklara benzer şekilde uyumsuzlukla ilişkili etmenler dörde ayrılabilir:

1. Hastayla ilişkili etmenler (hastalık şiddetinin fazla olması, grandiyözite, iç görü yoksunluğu, madde kötüye kullanımı komorbiditesi)
2. İlaça bağlı etmenler (yan etkiler, etkisiz veya aşırı yüksek doz kullanımı)
3. Çevresel etmenler (yetersiz destek)
4. Hekimle ilgili etmenler (zayıf terapötik ilişki) dir. ^{41,43}

Antipsikotik ilaç kullanımının sıkı koşullara bağlandığı çalışmalarda nükslerin bir bölümünün ilaç tedavisine uyumsuzluğa doğrudan bağlı olduğu açıkça gösterilmiştir. Madde bağımlılığın da ilaç programına uyumun önünde önemli bir engel olduğu ve bu sebeple uyumun önemli bir belirleyicisi olduğu gösterilmiştir.^{41,44} Ağızdan ilaç hastalara kıyasla, intramüsküler depo ilaçlarıyla idame tedavisi yapılan hastalar nüks oranı açısından daha avantajlı konumdadır.⁴¹ Uyumsuzluk, sıklıkla antipsikotik

ilaçlara bağlı yan etkilerle birlikte görülür ve söz konusu yan etkiler arasında ekstrapiramidal semptomlara özellikle de akatiziye dikkat edilmelidir.^{41,45}

Taburculuk sonrasında tedaviye uyumu etkileyen bazı faktörler vardır: taburculuk sonrası ilk randevunun erken olması, fazla miktarda eski yatışlar, hastanede kalış süresinin uzun olması, hastalığa ve tedaviye karşı içgörünün bulunmasıdır.^{41,46} Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun en önemli göstergesidir. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması uyumu olumsuz etkilemektedir.^{41,47} Aker ve arkadaşları 2000 yılında psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yaptıkları bir çalışmada, hastaların hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içerisinde ilacı bıraktıklarını ve uyumsuzluğun başladığını bildirmişlerdir.^{8,41} Olfson ve arkadaşları, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastalarla ilgili bir çalışmada, hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içerisinde yaklaşık % 50'sinin kısmi uyumsuzluk, % 20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini saptamışlardır.^{41,47} Antipsikotik tedaviye uyum hastalık semptomlarının hasta psikolojisi üzerindeki etkisinden, damgalanmaya, var olan ya da oluşmasından korkulan ilaç yan etkilerinden, ilaç kullanımı zorluklarına kadar pek çok faktörle ilişkilidir.^{41,48}

Kastrup ve arkadaşları şizofreni hastalarını 10 yıl boyunca takip ettikleri bir çalışmada genç (15- 24 yaş arası), bekar veya boşanmış, yalnız yaşayan, poliklinik kontrollerine düzenli gelmeyen hastaların hastaneye yatış sayılarının diğer hastalara göre daha fazla sayıda olduğunu belirlemişlerdir.^{41,49} Ayrıca sosyal ve ekonomik konum, kültürel köken, çevresel ve ailevi desteğin olmaması, sağlık sistemindeki eksiklikler tekrar yatış oranlarını arttırdığına inanılan etmenler arasındadır.^{41,50}

Kendine zarar verme öyküsü, hastalık başlangıç süresinin kısa olması, erkek cinsiyet sık yatışlarla ilişkilidir.^{41,51} Tekrarlar ile ilişkili bulunan diğer faktörler: saldırgan davranışlar, suç işlemek, alkolün kötüye kullanımı, madde bağımlılığı, tedaviye uyumsuzluk ve sosyal destekten yoksun olmaktır.^{41,52,53,54,55} Şizofreni hastalarında sık yatışı etkileyen faktörler arasında aile içi duygusal ortam yani aile üyelerinin duygu dışı vurumu (expressed emotion) önemlidir. Yüksek duygu dışı vurumu gösteren ailelerde- uyarılmış tarzda ve çok konuşan, karşılındakinin sözünü kesip sıcak tartışmalara giren, hastayla göz temasına nadir giren, hastayı dikkatini vermeden dinleyen, hastanın hasta olduğuna inanmayan, yaptığıının kendi kontrolünde ve tembellik olduğuna inanan, sürekli eleştiren, gerçek dışı beklentileri olan, acil durumlarda esnek olmayan, etkili sorun çözme yeteneği olmayan bireylerin bulunması olasıdır.^{41,56}

Sönmez şizofreni tanısı alan bireylerde yaptığı çalışmada hiç okula gitmemiş, işsiz, temel gereksinimlerini karşılamada kendini yetersiz hisseden, sosyal güvencesi olan hastaların hastaneye daha sık yattığını saptamıştır.⁴¹

İspanya’da son yıllarda yapılan bir çalışmada depo antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların, oral antipsikotiklerle tedavi edilen hastalara göre tedaviye daha uyumlu oldukları gösterilmiştir.⁵⁷

2.5. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete tehdide göre orantısız, gelecek yönelimli, hem öznel, hem nesnel bedensel yönleri olan, gerçekten nahoş ve olumsuz bir emosyonel haldir. Günlük yaşamda karşılaştığımız birçok durumda (sınavlar, yeni bir insanla tanışma, yabancı ortamlarda bulunma vb.) anksiyetenin olağan ve anlaşılabilir bir emosyon olduğu unutulmamalıdır. Beklenenden fazla ya da şiddetli olan, gereğinden daha uzun süren ve en önemlisi kişinin günlük işlevlerini bozarak ya da yeti yitimi yaratarak yaşamı olumsuz etkileyen anksiyete patolojik kabul edilmektedir.¹⁴

DSM- IV TR’ de anksiyete bozuklukları grubunda panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu bulunmaktadır.¹⁵

2.5.1. Panik Bozukluk

Panik bozukluk tanı ölçütleri anlatılmadan önce panik atak ve agorafobi için DSM- IV TR tanı ölçütleri verilecektir.

DSM- IV TR’ ye göre Panik atak tanısı koymak için şunlar gerekir: Aşağıdaki semptomlardan dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da boğuluyormuş gibi olma duyumları
5. Soluğun kesilmesi
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma

7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
10. Denetimini yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
13. Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

DSM- IV TR' ye göre agorafobi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik Atakının ya da panik benzeri semptomların çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan ötürü anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım belirli duygular vardır ki bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise Özgül Fobi tanısını, toplumsal durumlarla sınırlı ise Sosyal Fobi tanısını düşününüz

B. Bu durumlardan kaçınılır (örn. geziler kısıtlanır) ya da Panik Atakı ya da panik benzeri semptomlar olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu duruma katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinilir.

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma) , Obsesif- Kompulsif Bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.¹⁵

Agorafobi, DSM IV TR' de tek başına kodlanabilen bir bozukluk değil iken, DSM 5'te bir panik bozukluk belirleyicisi olmaktan çıkmış, tek başına kodlanabilir bir bozukluk haline gelmiştir.²⁴

DSM IV TR' ye göre Panik Bozukluk; Agorafobi olan ve Agorafobi olmayan şeklinde iki ayrı grupta incelenir:

Panik Bozukluğu, Agorafobi Olmayan:

A. Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır:

1. yineleyen beklenmedik Panik Atakları

2. ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası izler):

a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

b. Atığın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, ‘ çıldırma’ ilgili olarak üzüntü duyma

c. Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Atakları, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Panik Bozukluğu, Agorafobi Olan:

Aşağıdakilerden hem (1), hem (2) vardır:

1. Yineleyen beklenmedik Panik Atakları

2. Ataklardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası izler):

a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

b. Atığın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, ‘ çıldırma’ ilgili olarak üzüntü duyma

c. Ataklarla ilişkili olarak belirgin davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olması

C. Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Atakları, Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ya da Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.¹⁵

DSM 5'te Panik Bozukluk başlığı agorafobi olan ve olmayan şeklinde ikiye ayrılmamıştır.²⁴

2.5.2. Özgül Fobi

Özgül Fobi için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku

B. Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir. Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Not: Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.

D. Fobik durum(lar)dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bun(lar)a katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar)da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin sıkıntılar vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz

Tipini belirtiniz:

Hayvan tipi, doğal çevre tipi, kan- enjeksiyon- yara tipi, durumsal tip, diğer tip¹⁵

2.5.3. Sosyal Fobi

Sosyal Fobi için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir)

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu duruma bağlı ya da durumsal olarak bir panik atağı biçimini alabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ile bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin sıkıntılar vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir.

Varsa belirtiniz:

Yaygın: Korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa Not: Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz¹⁵

2.5.4. Obsesif- Kompulsif Bozukluk

Obsesyon, istenç dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen dürtü, düşlem ya da düşüncelerdir. Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşer ve kabul edilemez. Kompulsiyon ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Önce saplantının doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve bu yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratır. Kompulsiyonlar bazen dışarıdan gözlenebilen bir davranış, bazen de zihinsel bir eylem şeklinde olabilir.

Shakespeare' in Macbeth'inde obsesif- kompulsif bozukluğun klasik bir örneğini görürüz. Lady Macbeth'in etkilemesi ile kocası Macbeth, kral Duncan'ı öldürür. Bundan sonra Lady Macbeth'de el yıkama hastalığı başlar. ‘ Arabistan’ın bütün kokulu sabunlarını getirilse bu elin kirleri temizlenemez. ‘ der ve sürekli ellerini yıkar.

Obsesif- kompulsif bozukluk için yaşam boyu yaygınlık oranı % 2. 5- 3 olarak bulunmuştur. Başlangıç yaşı genelde 18- 25 yaşları arasındadır. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar.⁵⁸

Obsesif- Kompulsif Bozukluk için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden 1, 2, 3, 4 ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir

3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır

4. Kişi obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden 1 ve 2 ile tanımlanır

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.

E. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İlgörüsü az olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa¹⁵

Obsesif- Kompulsif Bozukluk DSM 5’ te anksiyete bozuklukları grubunda yer almamakta olup; Obsesif- Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar adı altında yeni bir grupta değerlendirilmiştir. Bu yeni grupta Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu ve maddenin ilacın yol açtığı Obsesif- Kompulsif Bozukluk ve ilişkili bozukluklar yer almaktadır.²⁴

2.5.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

Not: Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışavurabilir.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:

1. Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır.

2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme

3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, hallüsinasyonları, ve disosiyatif ‘ flashback’ epizodlarını kapsar)

4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları

2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

4. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

5. İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

6. Duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duyusunu yaşayamama)

7. Bir geleceği kalmadığı duygusunu yaşama (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olamama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılabilirlik semptomlarının sürekli olması:

1. Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

2. İritabilite ya da öfke patlamaları

3. Düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekme

4. Hipervijilans

5. Aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Varsa belirtiniz:

Akut: Semptomlar 3 aydan daha kısa sürerse

Kronik: Semptomlar 3 aydan daha uzun sürerse

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli başlangıçlı: Semptomlar, stres etkeninden en az 6 ay sonra başlamışsa

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM 5'te anksiyete bozuklukları grubunda yer almamakta olup, Travma ve Stresörle ilişkili bozukluklar grubunda yer almaktadır. Bu yeni grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Uyum Bozuklukları, Tanımlanmış Diğer Travma ve Stresörle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluk yer almaktadır.²⁴

2.5.6. Akut Stres Bozukluğu

Akut Stres Bozukluğu için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi, gerçek bir ölüm ya da tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır

B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki disosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

1. Öznel uyuşukluk, dalgınlık duyuları ya da duygusal tepkisizlik

2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. afallama)

3. Derealizasyon

4. Depersonalizasyon

5. Disosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: Gözönüne tekrar tekrar gelen görüntüler, rekürren düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları, o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma

D. Travma ile ilgili anıları uyandıran uyarlardan belirgin kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar)

E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk)

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin diğer önemli alanlarında bozulmaya neden olur ya da

bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.

G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, Kısa Psikotik Bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.¹⁵

Akut Stres Bozukluğu DSM 5'te anksiyete bozuklukları grubunda yer almamakta olup, Travma ve Stresörle ilişkili bozukluklar grubunda yer almaktadır. Bu yeni grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Uyum Bozuklukları, Tanımlanmış Diğer Travma ve Stresörle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluk yer almaktadır.²⁴

2.5.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu için DSM- IV TR tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir:

A. En az 6 ay boyunca hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma

B. Kişi, kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz

C. Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur) Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.

1. Huzursuzluk, aşırı heyecan çekme ya da tasalanma

2. Kolay yorulma

3. Düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması

4. İritabilite

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D. Kaygı ve kuruntu odağı bir Eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ya da kaygı bir Panik Atağı olacağı (Panik Bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (Sosyal Fobide olduğu gibi), hastalık

bulaşmış olma (Obsesif- Kompulsif Bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (Anoreksiya Nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (Somatizasyon Bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının olması (Hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece Travma Sonrası Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Kaygı, kuruntu ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir stres ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da Yaygın bir Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.¹⁵

2.5.8. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler

Anksiyete bozuklukları için tedavi uyumunu etkileyen faktörler, diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha az belirtilmekle birlikte; bu çalışmalarda anksiyete bozukluklarından herhangi biri ile tanı alıp, tedavi önerilen hastaların yaklaşık yarısının tedaviyi tamamlamadan, sona erdirdikleri belirtilmiştir.⁵⁹ Tedavi uyumsuzluğuna sebep olacak faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalar muğlak sonuçlar vermiştir. Yapılan çalışmalar arasında farklılıklar olmakla birlikte belirlenen risk faktörleri; semptomların ciddiyeti, komorbid hastalık varlığı, sosyodemografik özellikler, klinisyenin deneyimi, randevular arasındaki süre, yaşanılan yerin kliniğe uzaklığıdır.⁵⁹

Anksiyete bozuklukları için başlangıçta daha ılımlı semptomlara sahip olmak ve eşlik eden depresif semptomların ağır olması tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilecek risk faktörleridir. Daha ılımlı semptomlara sahip olan hastaların tedaviyi erken sonlandırmalarının sebebi yapılan çalışmada bu bireylerin tedaviye fazla ihtiyaçları olmadığı yönünde bir düşünceye sahip olmaları olarak belirtilmiştir. Anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınların erkeklere oranla daha uyumsuz oldukları saptanmakla birlikte bunun sebebi net olarak belirtilmemiştir. Sonuç olarak anksiyete bozukluklarında tedaviye uyumu belirleyen en önemli faktör eşlik eden depresif bulguların varlığıdır.⁵⁹

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya 01.01.2011 – 31.12.2011 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak sağaltım gören ve arşiv dosyasına ulaşılabilen hastalar alındı. Dışlama ölçütleri 18 yaş altında olmak ve tanı koyulabilmesi için yeterli süre hastanede kalmamak olarak belirlendi. Toplamda 230 hasta dosyası çalışmaya alındı.

Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı.

Çalışmaya katılan hastaların öncelikle klinik dosyaları incelendi. Tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formunda öncelikle hastaların DSM-IV TR'ye göre 1. Eksen tanıları ve ilgili diğer bölümler dolduruldu. Klinik dosyaların incelenmesi tamamlandıktan sonra hastaların poliklinik dosyaları incelendi. Tarafımızca Morisky Uyum Ölçeği baz alınarak oluşturulan retrospektif uyum ölçeği gereğince hastaların taburculuk sonrası 1. ayda ve 3. ayda poliklinik kontrollerine gelip gelmediği ve hekim tarafından önerilen ilaçları kullanıp kullanmadığı sorgulanarak uyum ölçeğinde ilgili bölümler dolduruldu.

Tüm incelemeler aynı kişi tarafından yapıldı. İncelemeler iki aşamada gerçekleştirildi. Klinik dosyalarının incelenmesi ortalama 45 dakika, poliklinik dosyalarının incelenmesi 15 dakika sürdü. İlk aşamada klinisyen tarafından Sosyodemografik Veri Formu, ikinci aşamada uyum ölçeği dolduruldu.

3.2. Veri toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan veri formu kullanıldı. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, fiziksel hastalık, kişilik bozukluğu, geçmişte Elektokonvülsif terapi (EKT) öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, eğitim durumu gibi verileri hastaların verdiği bilgilerden elde edilen verilerle görüşmeci tarafından dolduruldu.

3.2.2. Kullanılan Ölçekler

3.2.2.1. Uyum Ölçeği

Tarafımızca Morisky uyum ölçeği baz alınarak hazırlanan bu retrospektif ölçekte hastaların taburculuk sonrasında 1. ayda, 3. ayda poliklinik kontrollerine gelip gelmediği ve hekim tarafından önerilen ilacı/ ilaçları düzenli kullanıp kullanmadığı sorgulanmaktadır. Bu 3 ölçütten tamamını karşılayan hastalar uyumlu, hiçbirini karşılamayan hastalar ise uyumsuz kabul etmiştir. 3 ölçütten bir ya da ikisini karşılayan hastalar ise kısmen uyumlu kabul edilmişlerdir.

3.3. İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin korelasyonlarına bakılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 230 hastanın 126'sının kadın (% 54.8), 104' ünün (% 45.2) erkek olduğu görülmüştür. Hastaların ortalama yaşı 38.9 ± 13.9 ' dur. 230 hastanın 158'i (% 68.7) evli, 72'si (% 31.3) bekardır. Evli hastaların fazla oluşu dikkat çekicidir. 230 hasta eğitim düzeylerine göre kıyaslandığında 114' ünün (% 49.6) ilköğretim ve altı düzeyde eğitim aldıkları, 116' sının (% 50.4) ortaöğretim ve üstü düzeyde eğitim aldıkları saptanmıştır. 108 hasta (% 47) halen çalışıyor iken, 122 hasta (% 53) çalışmıyor idi. Hastalar yaşadıkları yere göre kıyaslandığında 192 hastanın (% 83.5) il merkezinde yaşadığı, 38 hastanın (% 16.5) il merkezinden küçük bir yerleşim merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Bu fark Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nin konumu ile açıklanabilir. 230 hastanın 212'sinin (% 92.2) sosyal desteği mevcut iken, 18'i (% 7.8) sosyal destekten yoksun durumdaydı. Klinik kurallar gereği hasta yatışı sırasında birinci dereceden akraba bulunma zorunluluğu bu farkı açıklamaktadır. 230 hastanın 123'ünde (% 53.5) ailede ruhsal hastalık öyküsü pozitif iken, 107' sinde (% 46.5) ailede ruhsal hastalık bulunmamaktadır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü psikiyatrik hastalıkların genetik geçişi ile ilişkili olabilmektedir. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1' de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	N	%
Yaş (yıl) (ort. $\pm$ SS)	38.9 $\pm$ 13.9	
Cinsiyet		
Kadın	126	54.8
Erkek	104	45.2
Medeni durum		
Evli	158	68.7
Evli olmayan	72	31.3
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim ve altı	114	49.6
Ortaöğretim ve üstü	116	50.4
Meslek		
Çalışan	108	47
Çalışmayan	122	53
Yaşadığı Yer		
İl merkezi	192	83.5
İl merkezinde küçük	38	16.5
Sosyal Destek		
Var	212	92.2
Yok	18	7.8
Ailede Ruhsal Hastalık		
Var	123	53.5
Yok	107	46.5

Hastalık ayırt etmeksizin tüm hastalar sosyodemografik verilerine, özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerine göre karşılaştırıldığında eşlik eden tıbbi hasta varlığında hastaların istatistiksel olarak daha uyumsuz olduğu gözlenmiştir. Ayrıca çalışmayan olguların da istatistiksel olarak daha uyumsuz olduğu saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, ailede ruhsal hastalık öyküsünün uyum üzerinde belirgin etkisi olmadığı gözlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan ve sosyal destekten yoksun olan hastaların istatistiksel olarak anlamlı olmasa dahi daha uyumsuz olduğu saptanmıştır. Tablo 2’ de bu değişkenlerin karşılaştırılması ayrıntılı biçimde sunulmuştur.

Tablo 2. Tüm Hastaların Uyum Düzeyinin Sosyodemografik Veriler, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	38,2 ±14,7	39,6± 13,5	38,3± 13,8	
Cinsiyet				0,109
Kadın	% 28,6 (36)	% 27 (34)	% 44(56)	
Erkek	% 19,2 (20)	% 38,5 (40)	% 42,5 (44)	
Medeni durum				
Bekar-Dul	% 27,8 (20)	% 29,2 (21)	% 43,1 (51)	0,669
Evli	% 22,8 (36)	% 33,5 (53)	% 43,7 (69)	
Eğitim Düzeyi				0,231
İlköğretim altı	% 24,6 (28)	% 27,2 (31)	% 48,2 (55)	
İlköğretim üstü	% 24,1 (28)	% 37,1 (43)	% 38,8 (45)	
Meslek				0,056
Çalışmıyor	% 25,4 (31)	% 25,4 (31)	% 49,2 (60)	
Çalışıyor	% 23,1 (25)	% 39,8 (43)	% 37(40)	
Yaşadığı Yer				0,646
İl merkezi	% 25,5 (49)	% 31,8 (61)	% 42,7 (82)	
İl merkezinde küçük	% 18,4 (7)	% 34,2 (13)	% 47,4 (18)	
Sosyal Destek				0,536
Var	% 25 (53)	% 32,5 (69)	% 42,5 (90)	
Yok	% 16,7 (3)	% 27,8 (5)	% 55,6 (10)	
Ailede Ruhsal Hastalık				0,465
Var	% 21,1 (26)	% 34,1 (42)	% 44,7 (55)	
Yok	% 28 (30)	% 29,9 (32)	% 42,1 (45)	
Tıbbi Hastalık				0,031
Var	% 21,6 (29)	% 27,6 (37)	% 50,7 (68)	
Yok	% 28,1 (27)	% 38,5 (37)	% 33,3 (32)	

DSM-IV TR’ye göre 1. Eksen tanıları ile uyum düzeyi karşılaştırıldığında en uyumlu hastalık gruplarının Anksiyete Bozukluğu tanılı hastalar ve Bipolar Bozukluk tanılı hastalar olduğu gözlenmiştir. Bipolar Bozukluk tanılı hastaların uyumlu olmasının sebebi polikliniğimizde Bipolar Bozukluk Birimi varlığı ile açıklanabilir. En uyumsuz hasta grubu ise Alkol Madde Kullanım Bozuklukları tanılı hasta grubudur. DSM-IV

TR'ye göre 2. Eksen tanısı varlığında yani kişilik bozukluğu veya mental retardasyon tanısı eşlik ediyorsa uyumsuzluk oranı belirgin şekilde artmaktadır. Tablo 3'te DSM-IV TR'ye göre 1. Eksen ve 2. Eksen tanıları ile uyum ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo 3. Uyum Düzeyinin Hastaların DSM-IV TR'ye göre Eksen I ve II Tanılarına Göre Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
1.eksen tanısı				0,007
Major depresyon	% 16,9 (10)	% 30,5 (18)	% 52,5 (31)	
Bipolar Bozukluk	% 41,7 (15)	% 41,7 (15)	% 16,7 (6)	
Psikotik bozukluk	% 24,5 (13)	% 41,5 (22)	% 34 (18)	
Anksiyete Bozukluğu	% 45,5 (5)	% 27,3 (3)	% 27,3 (3)	
Alkol-Maddde Kullanım Bozuklukları	% 12,5 (2)	% 18,8 (3)	% 68,8 (11)	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	% 28,6 (2)	% 42,9 (3)	% 28,6 (2)	
Diğer	% 19,1 (9)	% 21,3 (10)	% 59,6 (28)	
2.eksen tanısı				0,048
Var	% 11,8 (4)	% 26,5 (9)	% 61,8 (21)	
Yok	% 26,5 (52)	% 33,2 (65)	% 40,3 (79)	

Psikiyatrik hastalık özelliklerine göre (içgörü varlığı, özkıyım girişimi öyküsü, EKT öyküsü, hastanede yatış süresi, kullanılan ilaç sayısı) uyum düzeyi karşılaştırması yapıldığında uyumsuz hastaların, uyumlu ve kısmen uyumlu hastalara göre hastanede daha az süre yattıkları belirlenmiştir. Ayrıca tek ilaç kullanan hastaların, çoklu ilaç kullanan hastalara göre daha uyumsuz oldukları saptanmıştır.

Tablo 4. Uyum Düzeyine Göre Psikiyatrik Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
İçgörü				0,068
Var	% 23,8 (38)	% 28,1 (45)	% 48,1 (77)	
Yok	% 25,7 (18)	% 41,4 (29)	% 32,9 (23)	
Özkıyım Girişimi				0,207
Var	% 15,4 (8)	% 38,5 (20)	% 46,2 (24)	
Yok	% 27 (48)	% 30,3 (54)	% 42,7 (76)	
EKT öyküsü				0,859
Var	% 26,9 (7)	% 34,6 (9)	% 38,5 (10)	
Yok	% 24 (49)	% 31,9 (65)	% 44,1 (90)	
Yatış Süresi(gün-ort.)	29,7±14,9	30,9±17,4	18,1±12,3	
Kullanılan İlaç Türü				0,000
Tek ilaç	% 12,9 (15)	% 30,2 (35)	% 56,9 (66)	
Kombinasyon	% 36 (41)	% 34,2 (39)	% 29,8 (34)	

Bipolar Bozukluk ve Depresif Bozukluk tanıli hastalar; Duygudurum Bozukluğu grubu altında birleştirilip sosyodemografik özellik, özgeçmiş, soygeçmiş özelliklerine göre uyum düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadınların, bekarların, evli olmayanların, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların, çalışmayanların, sosyal destekten yoksun olanların, ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayanların ve eşlik eden tıbbi hastalığı olanların daha uyumsuz oldukları gözlenmiştir. Tablo 5’ te bu veriler ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Tablo 5. Duygudurum Bozukluklu Hastaların Sosyodemografik Verileri, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	38,1±14,5	44,6±14,2	38,8±12,6	
Cinsiyet				0,646
Kadın	% 27,3 (15)	% 30,9 (17)	% 41,8 (23)	
Erkek	% 25 (10)	% 40 (16)	% 35 (14)	
Medeni durum				0,160
Bekar-Dul	% 36,4 (8)	% 18,2 (4)	% 45,5 (10)	
Evli	% 23,3 (17)	% 39,7 (29)	% 37 (27)	
Eğitim Düzeyi				0,615
İlköğretim altı	% 21,4 (9)	% 38,1 (16)	% 40,5 (17)	
İlköğretim üstü	% 30,2 (16)	% 32,1 (17)	% 37,7 (20)	
Meslek				0,856
Çalışmıyor	% 27,3 (12)	% 31,8 (14)	% 40,9 (18)	
Çalışıyor	% 25,5 (13)	% 37,3 (19)	% 37,3 (19)	
Yaşadığı Yer				0,185
İl merkezi	% 27,7 (23)	% 31,3 (26)	% 41 (34)	
İl merkezinde küçük	% 16,7 (2)	% 58,3 (7)	% 25 (3)	
Sosyal Destek				0,165
Var	% 25,8 (23)	% 37,1 (33)	% 37,1 (33)	
Yok	% 33,3 (2)	% 0 (0)	% 66,7 (4)	
Ailede Ruhsal Hastalık				0,738
Var	% 29,1 (16)	% 34,5 (19)	% 36,4 (20)	
Yok	% 22,5 (9)	% 35 (14)	% 42,5 (17)	
Tıbbi Hastalık				0,768
Var	% 23,5 (12)	% 37,3 (19)	% 39,2 (20)	
Yok	% 29,5 (13)	% 31,8 (14)	% 38,6 (17)	

Bipolar Bozukluk ve Depresif Bozukluk tanıli hastalar; Duygudurum Bozukluğu grubu altında birleştirilip hastalık özelliklerine göre uyum düzeyleri karşılaştırıldığında uyumsuz hastaların hastanede yatış sürelerinin daha kısa olduğu ve tek ilaç kullananların, çoklu ilaç kullananlara göre, geçmişte özkıyım girişimi olanların olmayanlara göre daha uyumsuz oldukları gözlenmiştir. Bu veriler tablo 6’ da ayrıntılı şekilde belirtilmiştir.

Tablo 6. Duygudurum Bozukluklu Hastaların Psikiyatrik Hastalık Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
İçgörü				0,045
Var	% 22,2 (16)	% 31,9(23)	% 45,8 (33)	
Yok	% 39,1 (9)	% 43,5 (10)	% 17,4 (4)	
Özkıyım Girişimi				0,179
Var	% 14,3 (4)	% 35,7 (10)	% 50 (14)	
Yok	% 31,3 (21)	% 34,3 (23)	% 34,3 (23)	
EKT öyküsü				0,705
Var	% 36,4 (4)	% 27,3 (3)	% 36,4 (4)	
Yok	% 25 (21)	% 35,7 (30)	% 39,3 (33)	
Yatış Süresi(gün-ort.)	30,7±13,0	32,6±16,8	19,5±14,7	
Kullanılan İlaç Türü				0,013
Tek İlaç	% 12,1 (4)	% 30,3 (10)	% 57,6 (19)	
Kombinasyon	% 33,9 (21)	% 37,1 (23)	% 29 (18)	

Psikotik bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik verileri, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri uyum düzeyiyle karşılaştırıldığında; ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin daha uyumlu olduğu ve bunun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu gözlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa dahi kadınların, çalışmayanların, il merkezinden küçük yerleşim yerinde yaşayanların, sosyal destekten yoksun olanların, eşlik eden tıbbi hastalığı olanların daha uyumsuz olduğu gözlenmiştir. Veriler tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Psikotik Bozukluklu Hastaların Sosyodemografik Veriler, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	41±16,7	33,4±9,1	34,5±11,9	
Cinsiyet				0,339
Kadın	% 32 (8)	% 32 (8)	% 36 (9)	
Erkek	% 17,9 (5)	% 50 (14)	% 32,1 (9)	
Medeni durum				0,887
Bekar-Dul	% 22,2 (6)	% 44,4 (12)	% 33,3 (9)	
Evli	% 26,9 (7)	% 38,5 (10)	% 34,6 (9)	
Eğitim Düzeyi				0,598
İlköğretim altı	% 30,4 (7)	% 34,8 (8)	% 34,8 (8)	
İlköğretim üstü	% 20 (6)	% 46,7 (14)	% 33,3 (10)	
Meslek				0,089
Çalışmıyor	% 23,5 (8)	% 32,4 (11)	% 44,1 (15)	
Çalışıyor	% 26,3 (5)	% 57,9 (11)	% 15,8 (3)	
Yaşadığı Yer				0,489
İl merkezi	% 25,6 (11)	% 44,2 (19)	% 30,2 (13)	
İl merkezinde küçük	% 20 (2)	% 30 (3)	% 50 (5)	
Sosyal Destek				0,393
Var	% 27,1 (13)	% 39,6 (19)	% 33,3 (16)	
Yok	% 0 (0)	% 60 (3)	% 40 (2)	
Ailede Ruhsal Hastalık				0,046
Var	% 10,7 (3)	% 50 (14)	% 39,3 (11)	
Yok	% 40 (10)	% 32 (8)	% 28 (7)	
Tıbbi Hastalık				0,171
Var	% 28,1 (9)	% 31,2 (10)	% 40,6 (13)	
Yok	% 19 (4)	% 57,1 (12)	% 23,8 (5)	

Psikotik bozukluk tanılı bireyler hastalık özelliklerine göre (içgörü varlığı, özkıyım girişimi öyküsü, EKT öyküsü, hastanede yatış süresi, kullanılan ilaç sayısı) karşılaştırıldığında uyumsuz hastaların, uyumlu ve kısmen uyumlu hastalara göre hastanede daha az süre yattıkları belirlenmiştir. Diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Veriler Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların Psikiyatrik Hastalık Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
İçgörü				0,606
Var	% 33,3(5)	% 40(6)	% 26,7(4)	
Yok	% 21,1(8)	% 42,1(16)	% 36,8 (14)	
Özkıyım Girişimi				0,690
Var	% 33,3 (4)	% 33,3 (4)	% 33,3 (4)	
Yok	% 22 (9)	% 43,9 (18)	% 34,1 (14)	
EKT öyküsü				0,965
Var	% 25 (2)	% 37,5 (3)	% 37,5 (3)	
Yok	% 24,4 (11)	% 42,2 (19)	% 33,3 (15)	
Yatış Süresi(gün-ort.)	35,8±17,1	33,3±18,3	24±13,7	
Kullanılan İlaç Türü				0,218
Tek İlaç	% 16,1(5)	% 48,4(15)	% 35,5 (11)	
Kombinasyon	% 36,4 (8)	% 31,8 (7)	% 31,8 (7)	

Somatoform bozukluk veya anksiyete bozukluğu tanıları alan hastalar birleştirilip sosyodemografik veriler, özgeçmiş, soygeçmiş özelliklerinin uyum üzerine etkisi incelendiğinde eşlik eden tıbbi hastalık varlığında hastaların daha uyumsuz oldukları ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile bu grupta erkeklerin, evli olanların, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanların, çalışmayanların, il merkezinden küçük yerleşim yerinde yaşayanların, ailesinde ruhsal hastalık olanların daha uyumsuz oldukları gözlenmiştir. Veriler tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Somatoform Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Sosyodemografik Veriler, Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	36,5±14	38,1±14	40,4±15,2	
Cinsiyet				0,269
Kadın	% 28,3 (13)	% 19,6 (9)	% 52,2 (24)	
Erkek	% 13,9 (5)	% 27,8 (10)	% 58,3 (21)	
Medeni durum				0,852
Bekar-Dul	% 26,1(6)	% 21,7 (5)	% 52,2 (12)	
Evli	% 20,3 (12)	% 23,7 (14)	% 55,9 (33)	
Eğitim Düzeyi				0,067
İlköğretim altı	% 24,5 (12)	% 14,3 (7)	% 61,2 (30)	
İlköğretim üstü	% 18,2 (6)	% 36,4 (12)	% 45,5 (15)	
Meslek				0,088
Çalışmıyor	% 25 (11)	% 13,6 (6)	% 61,4 (27)	
Çalışıyor	% 18,4 (7)	% 34,2 (13)	% 47,4 (18)	
Yaşadığı Yer				0,790
İl merkezi	% 22,7 (15)	% 24,2 (16)	% 53 (35)	
İl merkezinde küçük	% 18,8 (3)	% 18,8 (3)	% 62,5 (10)	
Sosyal Destek				0,857
Var	% 22,7(17)	% 22,7(17)	% 54,7(41)	
Yok	% 14,3(1)	% 28,6(2)	% 57,1(4)	
Ailede Ruhsal Hastalık				0,579
Var	% 17,5 (7)	% 22,5 (9)	% 60 (24)	
Yok	% 26,2 (11)	% 23,8 (10)	% 50 (21)	
Tıbbi Hastalık				0,006
Var	% 15,7 (8)	% 15,7 (8)	% 68,6 (35)	
Yok	% 32,3 (10)	% 35,5 (11)	% 32,3 (10)	

Somatoform bozukluk veya anksiyete bozukluğu tanıları alan hastalar birleştirilip hastalık özelliklerine göre (içgörü varlığı, özkıyım girişimi öyküsü, EKT öyküsü, hastanede yatış süresi, kullanılan ilaç sayısı) karşılaştırıldığında uyumsuz hastaların, uyumlu ve kısmen uyumlu hastalara göre hastanede daha az süre yattıkları belirlenmiştir. Ayrıca bu grupta özkıyım girişimi olmayan hastaların ve çoklu ilaç sağaltımı kullanan hastaların daha uyumlu oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Diğer değişkenler istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte veriler tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Somatoform Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastaların Psikiyatrik Hastalık Özelliklerine Göre Uyum Düzeyinin Karşılaştırılması

	Uyumlu	Kısmen uyumlu	Uyumsuz	P değeri
İçgörü				0,609
Var	% 23,3 (17)	% 21,9 (16)	% 54,8 (40)	
Yok	% 11,1 (1)	% 33,3 (3)	% 55,6 (5)	
Özkıyım Girişimi				0,023
Var	% 0 (0)	% 50(6)	% 50(6)	
Yok	% 25,7 (18)	% 18,6 (13)	% 55,7 (39)	
EKT öyküsü				0,430
Var	% 14,3 (1)	% 42,9(3)	% 42,9 (3)	
Yok	% 22,7 (17)	% 21,3 (16)	% 56 (42)	
Yatış Süresi(gün-ort.)	24±14,4	25,4±17	14,5±7,8	
Kullanılan İlaç Türü				0,001
Tek İlaç	% 11,5 (6)	% 19,2 (10)	% 69,2 (36)	
Kombinasyon	% 40 (12)	% 30 (9)	% 30 (9)	

5. TARTIŞMA

Tedavi uyumu hastalık seyrini, hastalığa bağlı morbiditeyi, hastanın sosyal, mesleki ve ailesel işlevselliğini etkilemektedir. Psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğu sık hastane yatışı, hastalıkta yinleme, tedaviye direnç ile ilişkilendirilmekte, yaşam kalitesini düşürdüğü, hastalığa bağlı iş gücü kaybına yol açtığı ve tedavi maliyetini arttırdığı bilinmektedir. Artan tedavi seçeneklerine rağmen tedavi uyumsuzluğu oranlarında bir azalma sağlanamamıştır. Bu konu üzerinde yapılan çalışma sayısı konunun önemi anlaşıldıkça giderek artmaktadır ancak tedavi uyumsuzluğunu engellemede yapılabilecekler ile ilgili çalışmalar hala oldukça kısıtlıdır.

Çalışmamızın en önemli özelliği yatarak ve ayaktan takip edilen psikiyatri hastalarında tedavi uyumunu etkileyen çok sayıda etkenin karşılaştırılmasını sağlaması ve bu etkenleri önlemede yol gösterici olmasıdır. Tedavi uyumunu değerlendirmede kullanılan çok sayıda öznel (hastanın bildirimine dayalı ölçekler) ve nesnel (plazma ve serum ilaç düzeyleri gibi) yöntem vardır. Çalışmamızda tedavi uyumu hastaların önerilen ilaçları önerilen dozda kullanması ve poliklinik kontrollerine önerilen zamanda gelmeleri ile değerlendirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarında tedavi uyumsuzluğu toplum çalışmalarında % 16-23, klinik çalışmalarda ise % 30-50 aralığında bildirilmiştir. İngiltere’de 2002-2003 yılları arasında psikiyatri polikliniklerinde alınan randevuların % 19.1’ine gelinmediği saptanmıştır.³

Mitchell ve Selmes, ilk randevulara gelinmeme oranını, takiplere gelinmeme oranına göre yüksek bulmuş, kısmi uyumsuzluğun tam uyumsuzluktan (tedaviyi kesme) daha sık olduğunu bildirmiştir.⁶⁰ Young ve ark. geniş ölçekli bir yıllık izlem çalışmasında psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma oranlarını % 31 olarak bulmuş, Percuadini ve ark. ise iki yıllık izlemde bu oranın yaklaşık % 50 olduğunu saptamıştır.^{61,62} Çalışmamızda 2011 yılında psikiyatri kliniğinde yatarak sağaltım gören hastalar için tedavi uyumu % 24.3, kısmen uyum % 32.2, uyumsuzluk % 43.5 oranında bulunmuştur.

Tedavi uyumsuzluğu daha sık hastane yatışına yol açmaktadır. Yapılan bir çalışmada 1998 yılında psikiyatri kliniğine yatırılan 3113 hastanın 542’sinin yeniden yatış olduğu, yatış sonrası takiplerine gelen hastalarda yeniden yatış riskinin yaklaşık % 10 iken gelmeyenlerde % 15-29 arasında değiştiği saptanmış ve poliklinik takiplerine gelinmemesinin tekrar yatış riskini ortalama iki kat arttırdığı ileri sürülmüştür.⁶³

Killapsy ve ark. 6 ve 12 aylık izlem çalışmalarında tedaviye uyumsuz hastaların sosyal işlevselliklerinin daha kötü, hastalıklarının daha şiddetli ve hastane yatışlarının daha sık olduğunu tespit etmişlerdir.⁶⁴ Çalışmamızda taburculuk sonrası poliklinik takiplerine geliş, uyum ölçeğinin ölçütleri arasında yer alıp, uyumsuzluk % 43.5 oranında bulunmuştur.

Düzenli poliklinik takibi ilaç tedavisine uyumu artırır. Klozapin tedavisinin altıncı ayından sonra hemogram takibinin haftada birden ikiye çıkarılması ilacı kesme oranında % 10 artışa yol açmıştır.⁶⁵ Çalışmamızda uyum değerlendirme ölçeği hazırlanırken, taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda poliklinik kontrolüne gelme ölçütleri bulunmaktadır. Bu nedenle poliklinik kontrollerine düzenli gelen hastalara daha uyumlu kabul edilmiştir.

Depresif bozukluk kadınlar için % 10-25, erkekler için % 5-12 arasında bildirilen prevalans oranlarıyla en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Yapılan çalışmalar depresif bozukluk tanılı hastaların büyük bir çoğunluğunun tedavi almadığı, tedavi için başvuranlarınsa büyük çoğunluğunun yeterli süre ve dozda ilaç kullanmadığını göstermektedir. Hastaların hiç tedavi almaması ya da yeterli doz ve sürede ilaç kullanmaması hastalık seyrini olumsuz etkilemekte ve yinelemelere yol açmaktadır. Ülkemizde depresif bozukluk tanılı 94 hastanın tedavi uyumunu araştıran 6 aylık bir gözlem çalışmasında tedaviye uyum % 73.2 olarak saptanmıştır.¹ Akerblad ve ark. birinci basamakta tedavi edilen 1031 depresif hastanın izlendiği 24 haftalık izlem çalışmasında kullanılan uyum ölçeğine göre tedavi uyumunun % 37-70 arasında değişebildiğini bildirmiş, hastaların sadece % 54.6'sının planlanmış olan randevularına geldiği saptamıştır. Yine birinci basamak sağlık kuruluşlarında reçete edilen antidepresan ilaçların hastaların % 55-60'ında kullanılmadığı bildirilmiştir. Birinci basamakta psikiyatrik ilaç tedavisine uyumsuzluk ilaç yan etkileri, ilaçlarla ilgili yanlış inanışlar, ilaçlara yetersiz yanıt, belirtilerde düzelme ve yetersiz hasta-doktor iletişimi ile ilişkilendirilmiştir. Birinci basamakta ilk kez antidepresan tedavi reçete edilen çoğunluğu erkek (% 92.6) olan 95 kişilik bir hasta grubunun % 68'inin ilk bir ay, % 57'sinin ise ilk altı ay tedaviye uyumlu olduğu gözlenmiştir.⁶⁶ Çalışmamızda depresif bozukluk tanılı hastalarda tedaviye tamamen uyum % 16.9, kısmen uyum % 30.5, uyumsuzluk % 52,5 oranında bulunmuştur.

Özkıyım düşüncesi tedavi uyumsuzluğuna yol açabilir. Özkıyım kurbanlarının % 26'sının tedavisini kestiği, özkıyımların % 24'ünün de taburcu edildikten sonraki ilk 1 ay içerisinde, ilk poliklinik takip randevusundan önce olduğu tespit edilmiştir.⁶⁰

Çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunan olguların % 15.4'ü uyumlu, % 38.5'i kısmen uyumlu, % 46.2' si uyumsuz bulunmuştur.²

Şizofrenide tedavi uyumsuzluğu hastalığın kronik doğası, ilaç yan etkileri, içgörü yokluğu ya da azlığı, madde ve alkol kullanım bozukluğu gibi etkenler, kişilik özellikleri, damgalanma gibi psikososyal stres etkenleri nedeniyle oldukça sıktır ve artmış hastane yatışı, tedavi direnci ve işlevsellikte azalma ile ilişkilidir.² Antipsikotik tedaviye uyumsuzluk % 11-80 arasında bildirilmiştir. Oranlar arasındaki bu farklılık örneklem gruplarının heterojenitesi, tedavi uyumu için kullanılan ölçütler ve araştırma yöntemleri arasındaki farklılıklarla ilişkili olabilir. Psikozda tedavi uyumunun araştırıldığı 103 çalışmanın derlendiği bir çalışmada tedavi uyumsuzluğunun % 25.78 oranında olduğu bildirilmiştir.⁶⁷ Ülkemizde şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı 174 hastada tedavi uyumunun araştırıldığı bir çalışmada uyumsuzluk akut dönemde % 51, uzun dönemde ise % 25 bulunmuş ve bu durum temelde hastalığın yadsınması ve ilaç yan etkileri ile ilişkilendirilmiştir.⁴⁸ Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) çalışmasında hastaların % 74'ünün antipsikotik ilaç tedavisini 18 aydan önce kestiği saptanmış ve tedavi uyumsuzluğunun metabolik yan etkileri nedeniyle en çok olanzapinle olduğu bildirilmiştir.⁶⁸ Çalışmamızda psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda tedavi uyumsuzluğu % 34 oranındadır.

Negatif belirtiler, içgörü azlığı ve bilişsel bozukluklar tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık öyküsü olan psikotik bozukluk tanılı bireyler daha uyumsuz bulunmuştur.

Bipolar bozuklukta tedavi uyumsuzluğu ilaç yan etkileri, yaş, cinsiyet, atak sayısı ve tipi, ek tanılar, tutum ve inanışlar gibi psikososyal etkenler gibi farklı nedenlere bağlı olarak % 10-60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Weiss ve ark. yan etkileri nedeniyle lityum kullanan hastalarda tedavi uyumunun valproat kullananlara göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.⁶³ Çalışmamızda bipolar hastalarda tedavi uyumu % 41.7 oranında saptanmıştır.

Çalışmamızda anksiyete bozukluklarında tedavi uyumu % 45.5 oranında bulunmuştur. Issakidis ve ark. yaptıkları bir çalışmada tedavi için uygun görülme oranını % 68.7, tedaviyi tamamlama oranını ise % 61.6 olarak bildirmiştir.⁵⁹ Aynı çalışmada tedavi devamlılığının tüm anksiyete bozuklukları için birbirine yakın ancak en yüksek agorafobide, en düşük panik bozukluğunda olduğu saptanmıştır ve bu durum tedavi öncesi daha hafif belirtiler ve depresyon etkeni ile ilişkilendirilmiştir.

Madde ve alkol kullanım bozukluklarının varlığı tedavi uyumunu azaltmaktadır. Genç yaş, erkek cinsiyet, eroin bağımlıları ve çoklu madde kullananlarda tedavi uyumsuzluğu riski daha yüksektir.³ Mitchell ve Selmes, 17211 poliklinik hastasının 1 yıllık gözlemlerinde tedavi uyumsuzluğunun alkol kliniklerinde % 36.9, madde kliniklerinde % 25.3, rehabilitasyon kliniklerinde % 5 ve liyezon psikiyatrisinde % 8.7 oranında bulmuştur.³ Madde kullanımının tedavi uyumunu güçleştirdiği pek çok çalışma ile desteklenmiştir.⁶⁰ Çalışmamızda alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalarda tedavi uyumsuzluğu % 68.8 oranında bulunmuştur.

Nevrotik ve kişilik bozukluğu olan hastaların tedavi uyumunun şizofrenik bozukluğu olanlara göre düşük olduğu bildirilmiştir.^{61,62} Çalışmamızda kişilik bozuklukları tek başına ya da ek tanı olarak görüldüğünde tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda DSM-IV TR'ye göre 2. Eksen bozukluğu tanısı olan hastalarda tedavi uyumsuzluğu % 61.8 oranında bulunmuştur.

Çalışmamızda kullanılan ilaç gruplarıyla tedavi uyumu arasında ilişki araştırıldığında tek ilaç önerilen hastaların, birden fazla ilaç önerilen hastalara göre daha uyumsuz olduğu saptanmıştır. Antidepresan ilaçların kesilmesinin en sık nedenleri belirtilerin düzelmesi, yan etkiler ve antidepresan kullanımı nedeniyle damgalanmadır. Kasıtlı olmayan ilaç kesilmesi ise daha çok bilişsel bozulma ile ilişkilidir.³ Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) tedavinin üçüncü ve altıncı aylarında kesilmesinin nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada SSGİ'lerin yan etkilerinin ilk üç ayda ilaç kesilmesine en çok yol açan neden olduğu, hastaların ilacı ne süreyle kullanacakları konusunda bilgilendirilmesinin tedavi uyumunu arttırdığı, hastaların olası yan etkiler konusunda bilgilendirilmesinin ise tedavi kesilmesi üzerinde anlamlı bir etki göstermese de yan etkilerle ilgili farkındalığı arttırdığı ve yan etkilerin bildirilmesini sağladığı gösterilmiştir.⁶⁹ Başka bir çalışmada uzun süreli idame tedavide SSGİ bırakma oranı % 70'in üzerinde bulunmuştur.³ Duygudurum dengeleyicilerin kesilmesinin en sık nedenleri arasında ilaç yan etkileri, zayıf içgörü ve hastalık şiddeti sayılabilir. Cochran lityum kullanan hastaların 1/4-1/3'ünün tedavi uyumunun kötü olduğunu, Colom ve ark. ise lityum kullanan hastaların tedaviye daha çok kısmen uyumlu olduğunu ve bu hastaların ilaç kullandıkları ortalama gün sayısını % 34 olarak bildirmişlerdir.³ Antipsikotik ilaç tedavilerine uyumsuzluk oranı randomize kontrollü çalışmalarda hem tipik hem atipik antipsikotikler için % 50'nin üzerinde bulunmuştur. CATIE çalışmasında hastaların % 74'ünün antipsikotik ilaç sağaltımını erken kestiği saptanmıştır. Antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk hastalık şiddeti, persekütuar ve

grandiyöz düşünceler, iç görü azlığı, bilişsel yetilerde bozukluk, ilaç yan etkileri, tedavi maliyeti, hastalık ve tedavilerle ilgili yanlış inanışlarla ilişkilendirilmiştir.³

Önerilen ilaç tedavilerinin nedeni, uygulama şekli ve zamanı, olası etkileri, yan etkiler ve tedavinin uygulanma süresi ile ilgili bilgilendirilme tedavi uyumunu artırır. Yapılan çalışmalarda psikiyatri kliniğinde yatan hastaların üçte ikisinin neden ilaç aldıklarını bilmediklerini, büyük çoğunluğundan bilgilendirilmiş onam alınmadığı, depresyonu olan hastaların % 50'sinin daha iyi hissettiklerinde ilacı kesebileceklerine ya da ihtiyaç duydukça ilaç alabileceklerine inandıkları, yine depresif hastaların dörtte üçünün ilaçların bağımlılık yaptığını düşündüğü gösterilmiştir.³ Yine hasta hekim ilişkisi, hasta ile iletişim kurulurken kullanılan dilin basit ve yalın olması tedavi uyumunu artırır. Çalışmamız geriye dönük bir çalışma olduğu için bu konu ile ilgili veri elde edilememiştir.

Kullanılan tedavi rejiminin (tabletlerin sayısı, ilaç sayısı ve doz aralığı gibi) ve ilacın uygulama şeklinin tedavi uyumunu etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.³ Psikiyatri hastalarında özellikle şizofrenide tedavi uyumsuzluğu durumunda ilaçların parenteral formuna geçilmesi sık klinik uygulamalardandır. Yine ağızda çözünen tabletlerin akut dönemde ve bakım veren gözetiminde ilaç alan hastalarda tedavi uyumunu arttırıcı etkisi olduğu gösterilmiştir.⁴⁸ Çalışmamızda tek ilaç önerilen hastaların, birden fazla ilaç önerilen hastalara göre daha uyumsuz olduğu saptanmıştır. Bu durum birden fazla sayıda ilaç reçete edilmesinin bireyde daha ciddi bir hastalığı olduğunu düşündürmesi ve tedaviye uyumunu arttırması ile ilişkili olabilir.

Bekar olma, genç erişkin yaş, erkek cinsiyet, sosyal destek azlığı ve düşük sosyo-ekonomik düzeyin tedavi uyumsuzluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.^{60,66} Çalışmamızda tedaviye uyumlu ve uyumsuz hastalar arasında sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark sadece eşlik eden tıbbi hastalığı olan hastaların daha uyumsuz olması konusunda saptanmıştır. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa dahi, çalışmayan olgular daha uyumsuz bulunmuştur. Tedaviye uyum üzerinde cinsiyetin etkisi ile ilgili literatürde farklı sonuçlar bildirilmiştir. Depresif hastalarda tedavi uyumunun araştırıldığı bir çalışmada tedavi uyumu kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş, diğer değişkenler açısından bir fark saptanmadığı bildirilmiştir.¹ Çalışmamızda tedavi uyumsuzluğu erkeklerde % 42.5 kadınlarda % 44 oranında bulunmuştur. Birinci basamakta yapılan bir çalışmada literatürde çoğunlukla bildirilenin aksine tedavi uyumu bekarlarda daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada örneklem grubunun çoğunlukla erkek olması

nedeniyle medeni durumun kadınları ve erkekleri tedavi uyumu açısından farklı etkileyebileceği ileri sürülmüştür.⁶⁶ Çalışmamızda evli olanlarda tedavi uyumsuzluğu % 43.7, bekarlarda ise % 43.1 olarak saptanmıştır.

Fiziksel hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında fark saptanmıştır. Tıbbi hastalığı olanların % 50.7' sinde tedaviye uyumsuzluk saptanırken, tıbbi hastalığı olmayanların % 33.3'ü uyumsuzdur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan bireyler, istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile tedaviye daha uyumsuz bulunmuştur.

Sosyal desteği olmayan hastalar, olanlara göre tedaviye daha uyumsuz saptanmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Psikoeğitimim tedavi uyumunu arttırdığı bilinmektedir.⁴⁸

Beş günlük antibiyoterapinin bile sadece hastaların üçte ikisinde başarılı bir şekilde uyguladığına dair veriler, psikiyatrik hastalıklarda uzun süreli tedavi rejimlerinin uygulanmasının ne kadar güç olduğunu ortaya koymaktadır.³ Tüm bu veriler tedavi uyumunu arttırmaya yönelik girişimler üzerinde çalışılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu konuda randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında örneklem grubunun küçüklüğü, tedavi uyumu için her ne kadar daha önce literatürde kullanılmış olan ölçütler temel alınmış olsa da bu ölçütlerin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılmamış olması, psikososyal tedavilere uyumun çalışmanın geriye dönük yapılmış olması nedeniyle belirlenememesi sayılabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Uyum kavramıyla ilgili bugüne kadar yapılan çalışmalarda genelde ya hep ya hiç ilkesi kabul edilmiştir. Çalışmamız hastaları uyumlu, kısmen uyumlu, uyumsuz başlıkları altında toplayarak konuya yeni bir bakış açısı kazandırmıştır.

2. Hastalık ayırt etmeksizin tüm hastaların sosyodemografik özellikleri, soygeçmiş, özgeçmişleri incelendiğinde eşlik eden tıbbi hastalık varlığının uyumsuzluğu arttırdığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmayan hastalar istatistiksel olarak anlamlı olmasa dahi daha uyumsuz bulunmuştur.

3. Bipolar bozukluk tanılı hastalar en uyumlu (% 41.7 uyumlu, % 41.7 kısmen uyumlu, % 16.7 uyumsuz) hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu durum polikliniğimizde Bipolar Bozukluk Birimi varlığı ile açıklanabilir.

4. Alkol- madde kullanım bozukluğu tanısı ile takip edilen hastalar en uyumsuz (% 12.5 uyumlu, % 18.8 kısmen uyumlu, % 68.8 uyumsuz) hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu durum literatürdeki uyumu en fazla bozan durumun alkol- madde kullanımı olduğunu belirten görüşü desteklemektedir.

5. DSM-IV TR' ye göre eşlik eden kişilik bozukluğu ya da mental retardasyon varlığı yani 2. Eksen bozukluğu varlığı uyumsuzluğu arttırmaktadır. (p: 0.048)

6. Uyumsuz hastaların ortalama 18,1±12,3 gün süreyle uyumlu ve kısmen uyumlu hastalara göre hastanede daha az yattıkları saptanmıştır.

7. Tek ilaç kullanan hastaların % 56.9 uyumsuzluk oranı ile çoklu ilaç alan hastalara (% 29.8) göre daha uyumsuz oldukları saptanmıştır. (p: 0.000) Bu durum birden fazla sayıda ilaç alan hastaların daha ciddi bir hastalığa sahip olduklarını düşünmeleri ve tedaviye daha fazla uyum göstermeleri gerektiğini düşünmeleri ile açıklanabilir.

8. Duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalar sosyodemografik verileri, özgeçmiş, soygeçmiş özelliklerine göre kıyaslandığında uyuma etki eden etkenler arasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

9. Duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalar psikiyatrik hastalık özelliklerine göre kıyaslandığında içgörüsü olmayan hastalar daha uyumlu bulunmuştur. (p: 0.045) Bu veri literatür ile uyumsuzdur. Ayrıca günde birden fazla ilaç alan hastalar daha uyumlu bulunmuştur. (p: 0.013)

10. Psikotik bozukluk tanısı alan hastalar sosyodemografik verileri, özgeçmiş, soygeçmiş özelliklerine göre kıyaslandığında ailede ruhsal hastalık öyküsü olan

hastaların (% 10.7 uyum, % 50 kısmen uyum, % 39.3 uyumsuz), ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan hastalara göre (% 40 uyum, % 32 kısmen uyum, % 28 uyumsuz) göre daha uyumsuz olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. (p: 0.046)

11. Psikotik bozukluk tanılı hastalar, hastalık özelliklerine göre kıyaslandığında uyuma etki eden etkenler arasından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

12. Somatoform bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanılı hastalar sosyodemografik verileri, özgeçmiş, soygeçmiş özelliklerine göre kıyaslandığında eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü olan hastaların (% 15.7 uyum, % 15.7 kısmen uyum, % 68.8 uyumsuz), eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü olmayan hastalara göre (% 32.3 uyum, % 35.5 kısmen uyum, % 32.3 uyumsuz) göre daha uyumsuz olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. (p: 0.006)

13. Somatoform bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanılı hastalar, hastalık özelliklerine göre kıyaslandığında özkıyım girişimi öyküsü olmayan hastaların daha uyumlu oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. (p: 0.023) Ayrıca bu grupta tek ilaç kullanan hastaların daha uyumsuz oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. (p: 0.001)

14. Anlamlı farklılık gösteren değişkenlerin yapılacak diğer çalışmalar ile desteklenmesi ve uyuma etki etmesi olası yeni risk etkenlerinin belirlenmesi psikiyatri hastaların tedaviye uyumunu arttıracak ve tedavi maliyetini, işgücü kaybını en aza indirecektir.

KAYNAKLAR

1. **ErvatanSÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N.** Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2003**; 6(1):5-11
2. **Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N.** Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, **2003**, 16(4):211-218
3. **Mitchell AJ, Selmes T.** Why don't patients take their medicine? Reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* **2007**; vol. 13:336-346
4. **Ateş MA, Algül A.** Bipolar Bozukluklarda Tedavi Uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, **2006**; 2(29):60-64
5. **Noble ML.** Doctor-Patient Communication and Adherence to Treatment. *Adherence To Treatment In Medical Conditions*. London: Wiley, **1998**
6. **Lingam R, Scott J.** Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, **2002**; 105: 164-172
7. **Altamura AC, Mauri M.** Plasma concentrations, information and therapy adherence during long-term treatment with antidepressants. *Br J Clin Pharmacol*, **1985**; 20(6):714-716.
8. **Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A.** Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. 36. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*. Antalya: **2000**.
9. **Smith J, Birchwood M.** Relatives and patients as partners in management of schizophrenia. The development of a service model. *The British Journal of Psychiatry*, **1990**;156:654-660
10. **Perkins DO.** Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, **2002**; 63(12):1121-1128
11. **Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV.** Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, **2002**; 63(10):892-909.
12. **Aker T, Çıtak S, Ceyhanlı A, Sarılğan C, Taştan U, Ögel K, Özmen E.** Hasta yakınlarının ilaç tedavisine karşı tutumu, 30. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildirisi, **1994**.
13. **Rusch N, Corrigan PW.** Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*, **2002**; 26(1):23-32.
14. **Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, **2007**
15. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** *Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR). Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara. **2001**.
16. **Rakel ER.** Depression. Primary care: *Clinics in Office Practice*, **2009**; 26:238-253.
17. **Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.** Doctor patient relationship and interviewing techniques. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock, JAGrebb ve ark. (Ed), Williams and Wilkins, Baltimore. **1994**.

18. **Rush AJ.** Strategies and tactics in the management of maintenance treatment for depressed patients. *J Clin Psychiatry*, **1999**;60(Suppl 14):21-26.
19. **Davidson JRT, Meltzer-Brody SE.** The Underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*, **1999**; 60(Suppl 7):4-9.
20. **Tunca Z, Hancıoğlu M.** Hastaların psikiyatriste devamını etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1993**; 4:219-223.
21. **Rush AJ.** Mood disorders: Treatment of depression. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7. Baskı, V Sadock (Ed), Lippincot and Wilkins, New York.**2000**
22. **Thase ME, Rush AJ.** When at first you don't succeed:sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry*, **1997**; 58(Suppl 13):23-29.
23. **Owen RR, Fischer EP, Booth BM.** Medication noncompliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, **1996**; 47:853-858.
24. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and statistical manual for mental disorders.* (DSM-5). Washington DC. **2013**.
25. **Soykan A.** İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu artırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, **2013**; 3(Suppl. 1):9-10
26. **Sajatovic M, Levin J, Fuentes-Casiano E, Cassidy KA, Tatsuoka C, Jenkins JH.** Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Compr Psychiatry*, **2011**; 52(3): 280–287.
27. **Keck P, McElroy B, Strakowski S.** Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry*, **1998**;57: 292-297.
28. **Scott J.** Predicting Medication Non-Adherence In Severe Affective Disorders. *Acta Neuropsychiatr*, **2000**; 12:128-130.
29. **Johnson R, McFarland B.** Lithium Use and Discontinuation In A Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry*, **1998**; 57:292-297.
30. **Jamison K, Akiskal H.** Medication Compliance in Patients With Bipolar Disorders. *Psychiatric Clinics North Am*, **1983**; 6:175-192.
31. **Goodwin FK, Jamison KR.** Manic Depressive Illness. Oxford: Oxford University Press, **1990**: 725-745.
32. **Connelly CE, Davenport YB, Nurnberger JL.** Adherence to Treatment Regimen In A Lithium Carbonate Clinic. *Arch Gen Psychiatry*, **1982**; 39:585-588.
33. **Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, Bourne ML, West SA.** Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*, **1997**;33(1):87-91.
34. **Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK.** Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry*, **1979**; 20;36(8 Spec No):866-869.
35. **Frank E, Prien RF, Kupfer DJ, Alberts L.** Implications of noncompliance on research in affective disorders. *Psychopharmacol Bull*, **1985**; 21(1):37-42.
36. **Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ.** Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*, **1998**;155(2):226-231.

37. **Adams J, Scott J.** Predicting medication non-adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatry Scand*, **2000**; 100:119-124.
38. **Schumann C, Lenz G, Berghöfer A, Müller-Oerlinghausen B.** Non-adherence with long-term prophylaxis: a 6-year naturalistic follow-up study of affectively ill patients. *Psychiatry Res*, **1999**; 89(3):247-57.
39. **Danion JM, Neunreuther C, Krieger-Finance F, Imbs JL, Singer L.** Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, **1987**; 20(5):230-1.
40. **Trauer T, Sacks T.** The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand*, **2000**;102(3):211-216.
41. **Sönmez EU.** Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi. *Uzmanlık tezi*, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İstanbul, **2008**
42. **Robins LN, Regier DA.** Psychiatric Disorders In America. New York: Free Press, **1990**.
43. **Kültür S, Mete L.** Şizofreni. Köroğlu E, Güleç C (Eds). Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**
44. **Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP.** Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. *Psychiatr Serv*, **1998**; 49(9):1232-1234.
45. **Van Putten T.** Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry*, **1974**;31(1):67-72.
46. **Axelrod S, Wetzler S.** Factors associated with better compliance with psychiatric aftercare. *Hosp Community Psychiatry*, **1989**;40(4):397-401.
47. **Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ.** Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, **2000**;51(2):216-22.
48. **Dilbaz N, Karamustafahoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M.** Evaluation of compliance to treatment and factors affecting compliance for schizophrenia outpatients. *BCP*, **2006**; 16(4): 223-232.
49. **Kastrup M.** The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving door patient". A nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, **1987**;76(5):552-560.
50. **Surber RW, Winkler EL, Monteleone M, Havassy BE, Goldfinger SM, Hopkin JT.** Characteristics of high users of acute psychiatric inpatient services. *Hosp Community Psychiatry*, **1987**;38(10):1112-1114.
51. **Mahendran R, Mythily, Chong SA, Chan YH.** Brief communication: factors affecting rehospitalisation in psychiatric patients in Singapore. *Int J Soc Psychiatry*, **2005**; 51(2):101-105.
52. **Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA.** Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*, **1995**;152(6):856-861.
53. **Weiden P, Glazer W.** Assessment and treatment selection for "revolving door" inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Q*, **1997**;68(4):377-392.
54. **Bergen J, Hunt G, Armitage P, Bashir M.** Six-month outcome following a relapse of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, **1998**;32(6):815-22.

55. **Hunt GE, Bergen J, Bashir M.** Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res*, **2002**;54(3):253-64.
56. **Soygür AH.** Şizofreni Tedavisinde Aileye Yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, **1993**;1(2):117-127
57. **Gutiérrez-Casares JR1, Cañas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borrajo R, Alonso-Escolano D.** Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: the ADHERE study. *CNS Spectr*, **2010**;15(5):327-37.
58. **Özütrk MO, Uluşahin A.** Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara. **2008**
59. **Issakidis C, Andrews G.** Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, **2004**;109(6):426-33.
60. **Mitchell AJ, Selmes T.** Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, **2007**; 13, 423–434.
61. **Young AS, Grusky O, Jordan D, Belin TR.** Routine Outcome Monitoring in a Public Mental Health System: The Impact of Patients Who Leave Care. *Psychiatric Services*, **2000**;51: 85-91.
62. **Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C.** Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *Br J Psychiatry*. **2002**; 180:254-9.
63. **Nelson EA, Maruish ME, Axler JL.** Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv*. **2000**;51(7):885-9.
64. **Killaspy H, Banerjee S, King M, Lloyd M.** Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*. **2000**;176:160-5.
65. **Patel NC, Crismon ML, Miller AL, Johnsrud MT.** Drug adherence: effects of decreased visit frequency on adherence to clozapine therapy. *Pharmacotherapy*. **2005**;25(9):1242-7.
66. **Gonzalez J, Williams JW Jr, Noël PH, Lee S.** Adherence to mental health treatment in a primary care clinic. *J Am Board Fam Pract*. **2005**;18(2):87-96.
67. **Nosé M, Barbui C, Tansella M.** How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med*. **2003**;33(7):1149-60.
68. **Manschreck TC, Boshes RA.** The CATIE schizophrenia trial: results, impact, controversy. *Harv Rev Psychiatry*. **2007**;15(5):245-58.
69. **Bull SA, Hunkeler EM, Lee JY, Rowland CR, Williamson TE, Schwab JR, Hurt SW.** Discontinuing or switching selective serotonin-reuptake inhibitors. *Ann Pharmacother*. **2002**; 36(4):578-84.

EKLER

Ek 1: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Sosyodemografik Veri Formu

HASTANIN ADI-SOYADI:

1.YATIŞ TARİHİ ÇIKIŞ TARİHİ	
2.DOĞUM YILI	
3.CİNSİYET	1.Kadın 2.Erkek
4.YATIŞ SEBEBİ	1.Tanı netleşmesi 2.Tedavi amacıyla 3.Rapor amaçlı
5.GELİŞ ŞEKLİ	1.Kendi isteğiyle 2.Ailesinin isteğiyle 3.Zorla
6.TOPLAM YATIŞ SAYISI	1.1 2.2-3 3.>3
7. SON BİR YIL İÇERİSİNDEKİ YATIŞ SAYISI:	1.1 2.2-2 3.>3
8. DOĞUM YERİ	
9. EĞİTİM DURUMU:	1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlköğretim 4.Lise 5.Yüksekokul
10. MEDENİ DURUMU:	1.Hiç evlenmemiş 2.Evli 3.Eşi ölmüş 4.Boşanmış/ ayrı yaşıyor
11. MESLEĞİ:	1.Ev kadını 2.Memur 3.İşçi 4.Emekli 5.İşsiz 6.Serbest meslek 7.Öğrenci 8.Diğer
12. İŞLEVSELLİK DÜZEYİ (İGD PUANI).....	

13. YAŞADIĞI YER:	1.Köy/kasaba 2.İlçe merkezi 3.İl merkezi 4.Yurtdışı
14. DAHA ÖNCEKİ ÇARE ARAMA DAVRANIŞLARI: (Birden çok işaretlenebilir)	1.Geleneksel tedaviler 2.Psikiyatri dışı hekim 3.Psikiyatrist 4.Diğer
15. ÖZGEÇMİŞ TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ	1.Var 2.Yok
16. Varsa tanıyı belirtiniz.....	
17. AİLEDE RUHSAL BOZUKLUK	1.Var 2.Yok
18. Varsa tanıyı belirtiniz	1. Anksiyete bozuklukları 2. Duygudurum bozuklukları 3. Psikotik bozukluklar 4. OKB 5. Alkol madde kullanım bozuklukları 6. Diğer 7. Özkiyım girişimi 8. Özkiyım la ex
19. ALIřKANLIKLAR: SİĞARA	1.Yok 2.Var (miktar ve süre belirtiniz.....)
ALKOL	1.Yok 2.Var (miktar ve süre belirtiniz.....)
ESRAR	1.Yok 2.Var (miktar ve süre belirtiniz.....)
DİĞER	1.Yok 2.Var (miktar ve süre belirtiniz.....)
20.İÇGÖRÜ	1.Yok 2.Var
21. DSM'YE GÖRE 1. EKSEN TANISI:	1.Major depresyon 2.Bipolar bozukluk 3.Psikotik bozukluklar 4.Anksiyete bozuklukları 5.Alkol madde kullanım bozuklukları 6.OKB 7.Diğer.....
22.2.EKSEN TANISI	1.Yok 2.Var
23.Varsa tanıyı belirtiniz	1.Şizoid KB 2.Şizotipal KB

	3.Paranoid KB 4.Narsisistik KB 5.Histriyonik KB 6.BoderlineKB 7.Antisosyal KB 8.Çekingen KB 9.Bağımlı KB 10.Obsesif kompulsif KB
24. ÖZKİYİM GİRİŞİMİ:	1.Yok 2.Var Sayısı..... Yöntemi.....
25. DAHA ÖNCE EKT UYGULAMASI:	1.Yok 2.Var Sayısı.....
26. TEDAVİYE UYUM ?????:	1.Yok (nedeni.....) 2.Var
27. HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ:.....	
28.TABURCU OLURKEN DURUMU	1.Tamamen düzelme 2.Kısmen düzelme 3.Haliyle
29. İLAÇ UYUMU:	1.Yok 2.Var
30. KULLANILAN İLAÇ TÜRÜ	1.Antidepresan 2.Duygudurum düzenleyici 3.Antipsikotik (oral) 4.Antipsikotik (depo) 5.Kombine tedavi (belirtiniz.....)
31.SOSYAL DESTEK	1.Yok 2.Var
32.AİLENİN HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ	

Ek 2: Taburculuk Sonrası Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hastaneden çıktıktan sonra ilk kontrole gelmiş mi?(20 gün- 1 ay sonra)		
Hastaneden çıktıktan 3 ay sonra kontrole gelmiş mi?		
İlaçlarını önerilen doz ve sürede düzenli kullanmış mı?		

Tedaviye uyumsuz	1
Kısmen uyumlu	2
Uyumlu	3

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mehmet Emin DEMİRKOL

Doğum Tarihi ve Yeri : 1985 - Şanlıurfa

Medeni Durumu : Bekar

Adres : Yurt Mah. 71455 sk. Naz Apt 7/15
Çukurova/Adana

Telefon : 0 (535) 584 96 84

Faks :

E-mail : emindemirkol@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Mezuniyet Derecesi :

Görev Yerleri : Şanlıurfa Beykapısı Sağlık Ocağı
ÇÜTF Psikiyatri AD

Dernek Üyelikleri : Türk Psikiyatri Derneği

Alınan Burslar :

Yabancı Dil : İngilizce

Diğer Hususlar :