

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN
KİŞİLERDE İŞLEVSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE İŞLEVSELLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kardelen AYDIN

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Kemal ÖZCAN

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ VE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN
KİŞİLERDE İŞLEVSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE İŞLEVSELLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kardelen AYDIN

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

“Bu tez .././2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği/Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun bir şekilde atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Kardelen AYDIN

09/08/2021



ÖNSÖZ

Tez yazım sürecim boyunca çalışmama desteklerini esirgemeyen danışmanım Uzm. Dr. Mustafa Kemal ÖZCAN'a değerli katkı ve emekleri için teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Bütün bu süreç boyunca, hiç yılmadan gerek motivasyonel gerek akademik desteklerini esirgemeyen canım arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim. Senelerdir bıkmadan beni motive eden, desteğini hep hissettiğim sevgili eşim ve tüm varlıkları ile her zaman hedeflerime ulaşmam konusunda beni destekleyen, bütün imkanları bahanesiz sunan ve sonuna kadar gitmem için hep arkamda duran canım babam, canım annem ve biricik kardeşim iyi ki varsınız.

Kardelen AYDIN

09/08/2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. Bipolar Bozukluk Kuramsal Tanımı.....	5
1.1.1 Bipolar Bozukluk Türleri.....	6
1.1.2 Bipolar Bozukluk Belirtileri.....	7
1.1.3. Bipolar Bozukluğun Nedenleri.....	8
1.1.4. Bipolar Bozukluk Risk Faktörleri	9
1.2. Şizofreni Kuramsal Tanımı	10
1.2.1. Şizofreninin Belirtileri	11
1.2.2. Şizofreninin Nedenleri	12
1.2.3. Şizofreni Risk Faktörleri.....	12
1.3. İşlevsellik Kuramsal Tanımı	14
1.3.1. İşlevsellik Türleri.....	14
1.4. Bipolar ve İşlevsellik	16
1.5. Şizofreni ve İşlevsellik.....	17
1.6. Bipolar, Şizofreni ve İşlevsellik	19
BÖLÜM 2: YÖNTEM	21
2.1. Araştırmanın Modeli.....	21
2.2. Evren ve Örneklem	21
2.3. Verilerin Toplanması	21
2.4. Verilerin Analizi	23
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	24
3.1 Değişkenlerin Normal Dağılımları ve Betimleyici Özellikleri	24
3.2 Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri .	24
3.3 Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişkiler	27

3.4 Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişkiler	29
3.5 Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişkiler	32
3.6 Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin İşlevselliklerinin Karşılaştırılması	33
SONUÇ ve TARTIŞMA	35
KAYNAKÇA	44
EKLER.....	50
ÖZGEÇMİŞ.....	58



KISALTMALAR

APA : American Psychological Association

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT : Elektrokonvülsif Tedavi

KPDÖ : Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

MPB : Majör Psikiyatrik Bozukluk

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

WHO : World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin Demografik Bilgileri...	25
Tablo 2: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin Psikiyatrik Özellikleri .	26
Tablo 3: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişki	29
Tablo 4: Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Kişilerde Psikiyatrik Özellikler ve Hastalık Şiddeti ile İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31
Tablo 5: Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Psikiyatrik Özellikler ve Hastalık Şiddeti ile İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
Tablo 6: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde İşlevsellik ve İşlevsellik ile İlişkili Faktörleri Karşılaştırılması.....	34

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Kişilerde İşlevselliğin Değerlendirilmesi ve İşlevselliği Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Tezin Yazarı: Kardelen AYDIN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Kemal ÖZCAN

Kabul Tarihi: 09/08/2021

Sayfa Sayısı: iv + 49 + 8

Anabilimdalı: Psikoloji

Bilimdalı: Klinik Psikoloji

Bipolar bozukluğun yaşam boyu süren bir hastalık olduğu bilinmektedir. Kronik bir hastalık olması nedeniyle sosyal, bilişsel ve diğer işlevsellik alanlarında bozulma, depresif ya da kaygılı hissetme gibi konularda kişilerin yaşamlarını etkilediği görülmüştür. Şizofreni ise erken ya da geç erişkinlikte ortaya çıkan, hastalık süreci kişiden kişiye değişerek hayat boyu süren ve ruhsal sağlığın birçok alanında belirti çıkartan bir psikotik bozukluktur. Şizofreninin de kişinin yaşam içerisindeki işlevselliğini büyük ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bu araştırmanın amacı Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin işlevselliklerinin değerlendirilmesi ve hastalık şiddetlerinin işlevsellik üzerine etkisinin araştırılması ve bu iki grup arasında işlevselliği etkileyen faktörleri belirleyerek iki grubu işlevsellik açısından karşılaştırılması olarak belirlenmiştir. Araştırmaya Moodist Psikiyatri ve Nöroloji hastanesinde yatış yapmakta olan ve Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı almış olan 16 erkek, 23 kadın olmak üzere 39 hasta katılmıştır. Katılımcılara yüz yüze Kişisel Bilgi Formu, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bulguları analiz etmede Frekans Analizi, Spearman Korelasyon Analizi, Mann Whitney U Analizi ve Regresyon Analizi kullanılmıştır. Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerde işlevsellik ve işlevsellik ile ilişkili alt boyutlar karşılaştırıldığında; iki grup arasında işlevsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bipolar bozukluk tanısı alan kişilerde hastalık şiddeti arttıkça işlevselliğin bozulması ile birlikte, mesleki, bilişsel, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman aktivitelerindeki işlevselliğin de bozulduğu bulunurken, şizofreni için de aynı bulgulara rastlanmıştır. Araştırmanın bulgularına bakıldığında hastalık şiddetinin işlevsellik ile ne kadar ilintili olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar, şizofreni, mani, depresyon, psikoz, negatif belirtiler, pozitif belirtiler, işlevsellik

ABSTRACT

İstanbul Kent University Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: Assessment of Functionality in People with Schizophrenia and Bipolar Disorder and Determination of Factors Affecting Functioning	
Author: Kardelen AYDIN	Supervisor: Dr. Lecturer Mustafa Kemal ÖZCAN
Date: 09/08/2021	Nu. of pages: iv + 49 + 8
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
Bipolar disorder is known to be a lifelong illness. As it is a chronic disease, it has been observed that it affects people's lives in issues such as deterioration in social, cognitive and other functional areas, and feeling depressed or anxious. Schizophrenia is a psychotic disorder that occurs in early or late adulthood, the disease process varies from person to person, lasts a lifetime, and causes symptoms in many areas of mental health. It is known that schizophrenia greatly affects the functionality of the person in life. The aim of this study was to evaluate the functionality of people diagnosed with Bipolar Disorder and Schizophrenia and to investigate the effect of disease severity on functionality and to compare the two groups in terms of functionality by determining the factors affecting functionality between these two groups. 39 patients, 16 male and 23 female, who were hospitalized in Moodist Psychiatry and Neurology Hospital and diagnosed with Bipolar Disorder and Schizophrenia, participated in the study. Personal Information Form, Brief Functioning Rating Scale, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) were administered to the participants face-to-face by the researcher. The data obtained from the scales applied to the participants were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 statistical package program. Frequency Analysis, Spearman Correlation Analysis, Mann Whitney U Analysis and Regression Analysis were used to analyze the findings. When functionality and sub-dimensions related to functionality were compared in people diagnosed with Bipolar Disorder and Schizophrenia; There was no statistically significant difference between the two groups in terms of functionality. As the severity of the illness increases, the functionality in occupational, cognitive, financial matters, interpersonal relations, and leisure activities also deteriorate in people diagnosed with bipolar disorder, while the same findings were found for schizophrenia. Considering the findings of the study, it is seen how much the severity of the disease is related to functionality and how much of an effect it has on it.	
Keywords: Bipolar Disorder, Schizophrenia, Mania, Depression, Psychosis, Negative Symptoms, Positive Symptoms, Functionality	

GİRİŞ

Duygudurum bozuklukları, erken dönem ya da geç erişkinlikte başlayan manik, hipomanik, depresif ya da karma ataklar ile kendini gösteren bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007). En yaygın psikiyatrik bozukluklar arasında yer alan bipolar bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ruhsal hastalıklar sıralamasında 3. sırada görülmektedir (WHO, 2017). Bipolar bozukluğun yaşam boyu süren bir hastalık olduğu ve yaşam boyu görülme sıklığının %0,9- %1,7 arasında olduğu bilinmektedir (Köroğlu, 2014). Bipolar bozuklukta yaşam boyu yaygınlık tüm psikiyatrik bozukluk tipleri göz önüne alındığında %2-4 arasındadır. Bipolar bozuklukta yaşam boyu sıklığı her iki cinste neredeyse eşittir ve %0,9 - %1,7 arasındadır (Köroğlu, 2011).

Kronik bir hastalık olması nedeniyle ataklar sırasında olduğu gibi kişilerin remisyon dönemlerinde de işlevsellikleri açısından yaşamlarını etkilediği görülmektedir. Aynı zamanda; bipolar bozukluk, evlilikle ilgili sorunlar, ekonomik güçlükler ve madde kullanımı ile birlikte intihar riski ve düzensiz çalışma öyküsü gibi geniş psikolojik sosyal bozulmalara neden olabilmektedir (Bender ve diğerleri, 2010). Post (2007) atak sayısı arttıkça, sönme (remission) dönemlerinin kısaldığı ve yaşam olaylarının hastalık sürecindeki etkilerini ortaya koyduğu modelinde, psikoterapötik müdahalelerin yaşam stresörlerinin etkisini azaltarak, hastaların uyumlu başa çıkma mekanizmalarının ve işlevselliklerinin geliştirilmesi açısından önemli olduğunu da vurgulamıştır (Göka ve diğerleri, 2009).

Bipolar bozukluk, evlilikle ilgili sorunlar, ekonomik güçlükler ve madde kullanımı ile birlikte intihar riski ve düzensiz çalışma öyküsü gibi geniş psikolojik sosyal alanlarda işlevsellik bozulmasına neden olabilmektedir (Vahip ve diğerleri, 2011).

Şizofreni ise erken ya da geç erişkinlikte başlayarak, hastalık süreci kişiden kişiye değişerek hayat boyu süren ve ruhsal sağlığın birçok alanında belirti gösteren bir psikotik bozukluktur (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017). En basit hali ile kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, düşünce bozukluğu ile beraber varsanı ve sanrılara sahip olması olarak tanımlanmaktadır (Oral, 2005). Sanrılar gerçek olmayan düşünceler, varsanılar gerçek olmayan duyular olarak tanımlanır ve kendi içlerinde alt başlıklara ayrılır. Şizofrenide bu belirtiler pozitif belirtiler olarak tanımlanırken, bunlara eşlik eden

negatif belirtiler de bulunmaktadır (Köroğlu, 2014). Şizofreninin de bipolar bozukluk gibi yaşam boyu süren bir hastalık olduğu ve yaşam boyu görülme sıklığının %1-1,5 arasında olduğu bilinmektedir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017). Kişinin yaşam içerisindeki işlevselliğini büyük ölçüde etkilediği bilinen şizofreni aynı zamanda ciddi yeti yitimlerine, aile içi ilişki problemlerine sebep olmaktadır (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

Sevinik ve Arslan (2020)'a göre şizofreni ile ilgili bilinen yanlış bilgiler şizofreni hastalarının damgalanarak toplumdaki dışlanmasına sebep olmaktadır. Şizofreninin, belirli psikotik bozulmalar ile belirli yeti kayıplarını barındıran nörogelişimsel bir bozukluk olduğunu savunmaktadırlar. Bu yapılan araştırmaya göre şizofreni belirtilerinin erken yaşlarda başlaması, kişinin genç yetişkinlikte sosyal çevresi ile iletişiminin azalmasına, azalan iletişim ile beraber sosyal becerilerinin yeterince gelişmemesine ve işlevselliklerinin az olmasına sebep olmaktadır (Sevinik ve Arslan, 2020).

Kocal ve arkadaşları (2017), şizofrenide bozulan işlevselliğin negatif belirtiler olarak bilinen afektif küntlük, aloji, avolasyon, sosyal izolasyon, cinsel istekte azalma, enerji ve genel ilgide azalma gibi belirtilerden kaynaklandığını savunmuştur.

Araştırmanın Amacı

- Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin işlevselliklerini değerlendirmek ve hastalık şiddetinin işlevsellik üzerine etkisini araştırmak amaçlanmaktadır.
- Aynı zamanda Bipolar Bozukluk ve Şizofreni hastalarının işlevselliğinin karşılaştırılmasının yapılması planlanmaktadır. Hastalık şiddeti dahil olmak üzere iki grup arasındaki işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi ise bir diğer araştırma konusudur.
- Bu temel amaca ek olarak, aşağıda sıralan araştırma alt sorularına da yanıtlar aranması amaçlanmıştır.

Araştırmanın Temel Hipotezi

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin işlevselliklerinin farklılaştığının görülmesi beklenmektedir. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre işlevselliğinin daha iyi olması öngörülmektedir. Aynı

zamanda hastalık şiddetinin işlevselliği etkileyen bir faktör olduğu ve hastalık şiddeti arttıkça işlevselliğin bozulduğu bir diğer varsayılan hipotezdir.

Araştırmanın Alt Hipotezleri

1. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre işlevsellik puanının daha düşük olması beklenmektedir.
2. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre özerklik puanının daha düşük olması beklenmektedir.
3. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre mesleki işlevsellik puanının daha düşük olması beklenmektedir.
4. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre bilişsel işlevsellik puanının daha düşük olması beklenmektedir.
5. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre mali konuları yönetebilme puanının daha düşük olması beklenmektedir.
6. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre kişilerarası ilişkiler puanının daha düşük olması beklenmektedir.
7. Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin Şizofreni tanısı alan kişilere göre boş zaman etkinlikleri puanının daha düşük olması beklenmektedir.
8. Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişiler arasındaki işlevselliği etkileyen faktörlerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, hastalık şiddeti olduğu öngörülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma popülasyonunun özel hastane ortamında yapılıyor olması, diğer kurumlarla karşılaştırma olanağını sunmaması nedeniyle sınırlılık olarak sayılabilir. Rastgele tüm kurumlardan seçiliyor olması homojenlik açısından gelecek çalışmalarda önemli olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Önemi

Bipolar Bozukluğu olan kişilerde ve şizofreni hastalarında işlevsellik ve yeti yitimi ile ilişkili ayrı ayrı araştırmalar bulunmakla birlikte, bipolar ve şizofreni bozukluklarının kişinin işlevselliği ile arasındaki ilişkiyi araştıran çok az çalışma

bulunmaktadır. Aynı zamanda bipolar ve şizofreni bozukluklarını işlevsellik açısından karşılaştıran araştırmaların da az sayıda olduğu görülmektedir. Bu noktada; bipolar ve şizofreni hastalarının işlevsellikleri ölçülerek, bu ilişkiyi öğrenmenin hem akademik hem de klinik anlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Klinik anlamda, hastalık şiddeti ve işlevsellik arasındaki ilişkinin araştırılmasının hastanın işlevselliğini nasıl sürdürebileceği ile ilgili ne derece çalışılması gerektiğini ve yeti yitiminin engellenmesinin önemini göstereceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Hedefleri

Bipolar bozukluğun ve şizofreninin gerek tedavi edilmesi gerekse yeti yitiminin en aza indirilmesi ile ilgili çalışmaların planlanması bağlamında araştırmanın hedefleri şu şekilde sıralanabilir.

- a) Alandaki uygulayıcılara yol gösterici bazı bilgiler sunabilmesi,
- b) Bipolar bozukluğu olan kişilerde hastalığın şiddetinin işlevselliği ne derece etkilediğinin araştırılması,
- c) Şizofreni hastalarında hastalığın şiddetinin işlevselliği ne derece etkilediğinin araştırılması,
- d) Başka araştırmalara yol gösterici olabilmesi.

BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Bipolar Bozukluk Kuramsal Tanımı

İki uçlu duygudurum bozukluğu olarak da bilinen bipolar bozukluk, şiddetli coşkun ve çökkün ruh halleri ile uyku, enerji, düşünce ve davranışta değişiklikler meydana getiren psikiyatrik bir bozukluktur (Yazıhan, 2015).

Bipolar bozukluğa sahip insanlarda; aşırı mutlu, aşırı enerjik ya da çok çökkün, ümitsiz, enerjisiz hissetme gibi farklı çeşitlerde değişkenlik yaşadıkları dönemler olmaktadır. Bu dönemler içerisinde genellikle olağan hissetmektedirler. Coşkulu ve depresif hissettikleri ruh halleri, iki "kutup" olarak düşünülür ve bu sebeple de isim olarak bu bozukluk, "bipolar" bozukluk ismini almaktadır (Miklowitz ve Johnson, 2008).

Ruh hali değişimleri arasında, bipolar bozukluğu olan kişinin olağan, atak dışı, ruh halinde olduğu dönemler olabilir. "Manik" terimi aşırı coşkulu, hareketli, enerjik, konuşkan, umursamaz, özgüveni yüksek, öforik bir dönemi tanımlamaktadır. Bipolar bozukluk, "maniden depresyona kadar uzanan ruh halindeki aşırı değişiklikler" olarak tanımlanmaktadır (Vahip, 2004). Bu coşkulu duygu durumu disforik, dürtüsel veya riskli kararlar vermeyi de içermektedir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin büyük bir kısmı manik epizod sürecinde sanrılara (gerçek olmayan düşüncelere inanma) veya halüsinasyonlara (gerçekte var olmayan duyular deneyimleme; görme, işitme, dokunma v.b.) da sahip olabilir (Özer, Uluşahin ve Kabakçı, 2001).

"Hipomani", bir kişinin sanrılar veya halüsinasyonlara sahip olmadığı ve coşkulu semptomların günlük işlevselliklerini mani kadar etkilemediği, hafif manik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Vahip ve diğerleri, 2011).

Bipolar bozukluğun diğer bir ucunu depresif epizotlar oluşturur. American Psychological Association'a (APA, 2015) göre depresyon kişinin duygularını, düşüncelerini, insanlarla ilişkilerini olumsuz etkileyen bir duygu durum atağıdır. Bu uç, kişinin sürekli çökkün bir ruh halinde olmasına, olağan hayatında kişiye zevk veren etkinlik ve aktivitelere karşı ilgisiz kalmasına, genel bir keyifsizlik ve enerjisizlik halinde olmasına sebep olmaktadır.

1.1.1 Bipolar Bozukluk Türleri

Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı- DSM V; “Bipolar ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında şu tanımları getirmiştir (Köroğlu, 2014) ;

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk

Bipolar Bozukluk I: Bu tipte, en az bir hafta süren ve/veya tıbbi bakıma ihtiyaç duyulacak kadar şiddetli manik “coşkulu” dönemler ve aşırı düzensiz davranışlar görülmektedir. Tanı için zorunlu olmasa da bu manik dönemlere genellikle en az 2 hafta süren aşırı "çökkün" dönemler eşlik edebilir (Yazıhan ve diğerleri, 2015).

Bipolar Bozukluk II: Bipolar bozukluğun bu tipinde kişide majör depresyon ataklarının ağırlıklı olduğu, daha az sıklıkta hipomanik dönemlerin görüldüğü bilinmektedir. Bipolar bozukluk II’de mani ve karma tip ataklar bulunmaz. Benzer şekilde, hangi tip dönemin geleceği ve ne zaman tekrarlayacağı genelde belirsizdir (Köroğlu, 2014).

Siklotimik bozukluk: Bu tip, yetişkinlerde en az 2 yıl veya çocuklarda ve gençlerde 1 yıl süren manik ve depresif davranış dönemlerini içerir. Semptomlar bipolar bozukluk I veya bipolar bozukluk II kadar yoğun değildir (Göka ve diğerleri, 2009).

Maddenin/ İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Kişinin süregiden duygudurum belirtilerinin madde etkisi altında, madde yoksunluğunda ya da madde kullanımından kısa bir süre sonra ortaya çıkması durumunda maddenin/ilacın yol açtığı iki uçlu ve ilişkili bozukluk olmaktadır (Köroğlu, 2014).

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: Kliniğe başvuran kişinin fizyolojik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde görülen organik problemlerle açıklanabilecek duygudurum belirtilerinin görülmesi durumu başka bir sağlık durumuna bağlı iki uçlu ve ilişkili bozukluk olarak adlandırılmaktadır (Köroğlu, 2014).

Tanımlanmış Diğer Bir İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk: kişinin belirtileri duygudurum tanı kriterlerini net olarak karşılamıyor, ancak işlevsellikte bozulma gösterecek kadar taşkın ya da çökkün duygu durum belirtileri yaşıyorsa buna tanımlanmamış diğer bir iki uçlu ve ilişkili bozukluk denmektedir (Köroğlu, 2014).

Her tür bipolar bozuklukta, uyuşturucuların kötüye kullanımı ve alkol kullanımı daha fazla atağa yol açtığı bilinmektedir. "İkili tanı" olarak bilinen bipolar bozukluk ve alkol kullanım bozukluğuna sahip olmak, her iki sorunu da ele alabilecek bir uzmandan yardım gerektirmektedir (Tamam, 2007).

1.1.2 Bipolar Bozukluk Belirtileri

Ne kadar şiddetli olacağı kişiden kişiye ve zamanla değişmektedir, ataklar şiddetli ya da hafif seyirde geçebilmektedir (Tamam, 2007).

Mani semptomları (Yazıhan ve diğerleri, 2015):

- Aşırı mutluluk, umut ve heyecan,
- Neşeli tutumdan, öfkeli ve düşmanca tutuma ani değişiklikler,
- Konuşma hızı ve miktarında artma,
- Artan enerji ve daha az uyku ihtiyacı,
- Cinsel istekte artma,
- Büyük ve gerçekçi olmayan planlar yapma,
- Riskli kararlar verme,
- İştahta artma,

- Özgüvende artma,
- Konsantrasyonda güçlük çekme,

Depresyon semptomları (Yazıhan ve diğerleri, 2015)

- Çökkünlük,
- Azalan enerji miktarı,
- Umutsuzluk veya değersizlik duyguları,
- İlgi ve istekte azalma,
- Odaklanmada zorluk çekme,
- Unutkanlık,
- Konuşmada ve hareketlerde yavaşlama ve azalma,
- Cinsel istekte azalma,
- Keyifsizlik,
- Kararsızlık,
- Uykularda bozulma,
- İştah değişiklikleri,
- Ölüm veya intihar düşünceleri,
- İntihar girişimi.

1.1.3. Bipolar Bozukluğun Nedenleri

Bipolar bozukluğun kişide gelişme sebebinin büyük ölçüde genetik aktarımla olduğu bilinmektedir. Genetik aktarımın kontrol edilemezliği sebebiyle, geçmiş jenerasyonlarında bu hastalığa sahip olan kişilerin var olması, o kişide bipolar bozukluk açısından psikolojik

dayanıklılık düzeyinin düşük olmasına ve duygularını düzenlemede zorluk yaşamasına neden olmaktadır (Göka ve diğerleri, 2009).

Kişide böyle bir yatkınlık var iken, dışsal etkenler de kişideki bipolar bozukluğun tetiklenmesinde rol oynamaktadır. Literatüre bakıldığında (Yazıhan ve diğerleri, 2015), bipolar bozukluğun ilk atakları genellikle stresli bir yaşam olayı veya aşırı çalışmayla beraber bozulan rutin (uyku eksikliği, gece çalışması vb.) tarafından tetiklendiği görülmektedir. Sinir sistemi enfeksiyonları, kafa travması, alkolizm veya uyuşturucu bağımlılığı gibi diğer dışsal faktörler de tetikleyici olabilmektedir.

Hastalığın ilk belirtileri genellikle 15 ile 35 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Bazı davranış bozuklukları (hiperaktivite, yeme bozuklukları, alkolizm ve uyuşturucu bağımlılığı dahil) bipolar bozukluğun erken belirtileri olabilmektedir (Göka ve diğerleri, 2009).

1.1.4. Bipolar Bozukluk Risk Faktörleri

Bir kişide bipolar bozukluk ortaya çıktığında, belirtileri genellikle geç ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde başlamaktadır. Nadiren daha erken yaşlarda da olabilmektedir. Bipolar bozukluk ailede birkaç kişide görülebilmektedir (Özer, Uluşahin ve Kabakçı, 2001).

Erkeklerin ve kadınların hastalığa yakalanma oranlarının eşit olduğu görülmektedir. Kadınların, bir yıl içinde dört veya daha fazla farklı atak dönemi geçiren "hızlı döngü"ye geçme olasılığı erkeklerden yüksek seyretmektedir. Kadınlar ayrıca bipolar bozukluğu olan erkeklere oranla daha fazla depresif atak geçirme eğilimindedir. Bipolar bozukluk kadınlarda genellikle daha geç yaşlarda gelişmektedir. Kadınların bipolar bozukluk II'ye sahip olma ve mevsimsel ruh hali değişikliklerinden etkilenme olasılıkları daha yüksektir (Yazıhan ve diğerleri, 2015). Kadınlarda tıbbi ve psikolojik bozuklukların yaygınlığının da daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu tıbbi sorunlar tiroid hastalığı, migren ve anksiyete bozukluklarını içererek bipolar bozukluğu olma riskini de arttırmaktadır (Göka ve diğerleri, 2009).

Bipolar bozukluğa yakalanma olasılığını artıran bazı durumlar;

- Bipolar bozukluğu olan bir aile üyesine sahip olmak,

- Yüksek stres veya travmatik olay/olaylar yaşamış olmak,
- Uyuşturucu veya alkol kullanımı,
- Çeşitli organik sağlık problemleri

Bipolar bozukluğu olan kişilerde mani ve depresyon atak dönemlerinde alkol ve madde kötüye kullanımı artmaktadır. Bu kişilerin mevsimsel depresyona, birlikte oluşabilecek anksiyete bozukluklarına, travma sonrası stres bozukluğuna ve obsesif kompulsif bozukluğa sahip olma olasılıklarının da daha yüksek olduğu görülmektedir (Özcan, Tamam ve Soydan, 2012).

1.2. Şizofreni Kuramsal Tanımı

Kronik psikotik bozukluk olarak da adlandırılan şizofreni, gerçek olanla gerçek olmayı ayırt etmenin bozulduğu psikiyatrik bir hastalıktır. Etiyolojisi tam bilinmemekle beraber genellikle genç yetişkinlikte başladığı bilinen şizofrenide; düşünce ve algı süreçlerinde, motor hareketlerde, iletişim becerilerinde bozulmalar, duygu dışavurumunda sınırlılıklar, ruhsal durumun geneline yayılmış belirtiler görülmektedir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

Şizofreni hastaları, toplum içerisinde şizofreni ile ilgili yanlış bilinen bilgiler sebebiyle çoğu zaman damgalanmaya ve dışlanmaya maruz bırakılmaktadır. Bu damgalanmaya maruz kalma durumu şizofreni hastalarını zaten iç görüsü zor kazanılan bu hastalığı reddetmeye, bundan utanç duymaya ve kendileri daha çok izole etmeye sevk etmektedir. Bu durum kişilerin hastalık belirtilerini arttırmakta ve yardım arayışını azaltmaktadır (Sevinik ve Arslan, 2020).

Şizofreninin kronik olması, şizofreni hastasının sahip olduğu her belirtiyi hayatı boyunca gösterdiği anlamına gelmemektedir. Bipolar hastalarının atak dönemlerinde oluşan akut durumları gibi, şizofreni hastalarının da alevlenme ve sönme dönemleri bulunmaktadır. Hastalığın seyri kişiden kişiye değişiklik göstermekle beraber, net olarak bir prognoz süreci belirlemenin zor olduğu bilinmektedir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

Pozitif ve negatif olmak üzere iki gruba ayrılan şizofreni belirtiler arasında sanrılar ve varsanılar bulunmaktadır. Sanrılar gerçek olmayan düşünce ve inançlar olarak

tanımlanırken; varsanılar gerçek olmayan duyumlardır (olmayan bir nesneyi görme, olmayan bir sesi işitme, olmayan bir tensel teması hissetme vb. gibi) (Tandon ve diğerleri, 2013). Aynı zamanda; dezorganize davranışlar, dezorganize konuşmalar, katatonik belirtiler şizofrenide sıklıkla görülen belirtilerdendir (Köroğlu, 2014).

Psikotik semptomlar, genellikle geçici olarak hastaneye yatmayı gerektiren, kendine veya başkalarına yönelik potansiyel bir riskle ilişkili olarak ortaya çıkması veya kötüleşmesi ile zaman içinde epizodik olma eğilimindedir. Nükslerin hastaların yaşamları üzerindeki yıkıcı etkileri ve yatan hasta tedavisinin yüksek maliyeti nedeniyle, relapsın önlenmesi tedavinin ana hedefidir (Mueser ve McGurk, 2004).

1.2.1. Şizofreninin Belirtileri

Pozitif belirtiler (Frith ve diğerleri, 2000);

- Hezeyanlar,
 - Perseküsyon hezeyanları; birisinin bir şekilde bile isteye kendisine zarar vereceği inancı,
 - Grandiyöz hezeyanlar; büyüklük inancı, en iyi, en lider, en başarılı olma vb. inancı,
 - Eratomanik hezeyanlar; birinin kendisine ilgi duyduğu ve ilişki yaşamak istediği inancı,
 - Kıskançlık hezeyanları; partnerinin kendisini aldattığına dair olan inanç,
 - Somatik hezeyanlar; kişinin vücudunun görünümü ya da işlevinin değiştiğine/hastalandığına olan inanç,
 - Karma hezeyanlar; birçok alanda doğru olmayan düşüncelerin bulunması
 - Schneider'in hezeyanlar; düşünce çekilmesi, düşünce okunması, düşünce sokulması, düşüncelerin yayılması gibi kişinin düşüncelerinin değiştirildiğine yönelik inancı (Köroğlu, 2011),
- Halüsinasyonlar,
 - Görsel halüsinasyonlar; olmayan nesneleri görme durumu,
 - İşitsel halüsinasyonlar; olmayan sesleri duyma durumu,
 - Taktıl halüsinasyonlar; olmayan teması hissetme durumu,
 - Koku halüsinasyonları; olmayan kokuları alma durumu,
- Dezorganize davranış; dağınık, yersiz davranışlar

- Dezorganize konuşma; kişinin sınırlı ve belirli bir konuda kalmayıp çeşitli konular içinde hızlı geçişler yaparak manalı/manasız cümleler kurması
- Katatoni; kişinin dış uyaranlara kapalı hale gelerek uzun süre aynı postürde durma ya da tekrarlayan hareketlerde bulunması (Köroğlu, 2011),

Negatif belirtiler (Köroğlu, 2014);

- Özbakımda azalma,
- Sosyal içe çekilme,
- Affektif katılımda azalma,
- Çökkünlük,
- İlgisizlik,
- Keyifsizlik,
- İsteksizlik

1.2.2. Şizofreninin Nedenleri

Yapılan sayısız araştırmaya rağmen, sebepleri bakımından şizofreni hala en gizemli psikiyatrik bozukluklardan biri olmaya devam etmektedir. Bipolar bozukluktaki genetik yatkınlık gibi, şizofrenide de genetik bir yatkınlık olduğu düşünülmektedir. Yapılan ikiz çalışmalar şizofreninin yaklaşık %80 oranında kalıtsallığa sahip olduğunu göstermektedir. Os ve Kapur'a(2009) göre, şizofreninin yüksek kalıtsallığı (%80) sadece genetik etkilerden değil, aynı zamanda genler tarafından yönetilen çevresel etkilerden de kaynaklanmaktadır. Çocukluk döneminde travmaya maruz kalma, paranoid düşünme biçimine yatkınlık oluşturabilir ve bu, duyarlılaştırılmış bir dopamin sistemiyle eşleştirildiğinde, kişiyi şizofreniye yatkın hale getirebilir (Os ve Kapur, 2009).

İleriye dönük çalışmalar anne karnında oluşan bazı etkenlerin, hipoksi, maternal enfeksiyon, maternal stres ve maternal yetersiz beslenme gibi, şizofreni oluşumunun küçük bir oranında etkili olabileceğini göstermiştir (Lieberman, Small ve Girgis, 2019).

1.2.3. Şizofreni Risk Faktörleri

Şizofreni genetik, biyolojik, nörobiyolojik ve çevresel olmak üzere birçok risk faktörünü içinde barındırmaktadır (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

Şizofreni her toplumda çok sık görülmektedir. Yapılan araştırmalarda ırklara göre şizofreni olma sıklığında herhangi bir değişkenliğe rastlanmamıştır. Kadınlar ve erkeklerin şizofreni tanısı alma oranları eşit olurken; erkeklerde şizofreni belirtilerinin başlama yaşının çoğunlukla 15-25 yaş arası olduğu, kadınlarda ise bu ortalamanın 25-35 yaşlara çıktığı görülmektedir (Kocal, Karakuş ve Sert, 2017).

Os ve Kapur (2009)'a göre aşağıdaki belirli durumlar şizofreni olma riskini arttırmaktadır.

- Kentsel bir çevrede büyümek,
- Göçmen olmak; özellikle düşük etnik yoğunluklu bir bölgede ya da aynı göçmen grubundan daha az insanın bulunduğu bir bölgede yaşıyorlarsa, yerli doğumlu bireylere göre daha yüksek oranla şizofreni geliştirme riskine sahip olduklarını göstermektedir (Os ve Kapur, 2009).
- Madde ve alkol kullanımı; rastgele deneysel çalışmalar, esrarın ana psikotropik bileşeni olan dronabinole maruz kalmanın, önceden psikoza yatkınlığı olan bireylerin sağlıklı kontrol gruplarına göre daha duyarlı olduğu hafif ve geçici psikotik durumlara neden olduğunu göstermiştir (Os ve Kapur, 2009).
- Sosyoekonomik durum,
- Çocuklukta veya yetişkinlikte deneyimlenen travmatik olaylar,
- 19 yaşından küçük ve 40 yaşından büyük yaşlarda oluşan hamilelikler sonucu doğmuş olma,
- Baba ile arada 34 yaş veya daha fazla yaş farkı olması,
- Obstetrik komplikasyonlar; artan duyarlılık acil sezaryen, hamilelik sırasında kanama, preeklampsi ve düşük doğum ağırlığı, forseps kullanımı sonucu doğanlarda şizofreni riski olduğu bulunmuştur (Stilo ve Murray, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'nün birçok ülkede yaptığı araştırmalara göre şizofreninin klinik izleniminin ve ortaya çıkış şeklinin, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler de dahil olmak üzere çok çeşitli kültürlerde ve ülkelerde benzer olduğunu göstermektedir (Mueser, ve McGurk, 2004).

1.3. İşlevsellik Kuramsal Tanımı

Majör psikiyatrik bozuklukların (MPB) tanımları literatürde farklılık gösterse de toplumdaki yetişkin nüfusun yaklaşık %5'inin psikoz veya diğer ciddi psikiyatrik bozukluklara (örn., majör depresif bozukluk, şizoafektif bozukluk ve bipolar bozukluklar), sahip olduğu ve bu bozuklukların kişilerin günlük yaşam işleyişinde yani işlevselliğinde sınırlanmışlıklara sebep olduğu bilinmektedir (Blanco ve Yee, 2019).

Sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulması birçok psikiyatrik bozukluğun en ortak belirtisi olarak bilinmektedir. Bu bozukluklar kişilerin mesleki performanslarını, sosyal aktivite düzey ve içeriklerini, kişisel bakımlarını, akademik süreçlerini, konsantrasyon becerilerini, genel ilgililik ya da ilgisizlik hallerini olumsuz etkilemektedir. Bütün bu olumsuz etkilenen günlük işlev alanları dolaylı ya da direk yoldan aile ve arkadaş ilişki ve iletişimlerini de olumsuz etkileyerek psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin olağan işlevsellik düzeyini olumsuz etkiler (Ersoy, 2015).

1.3.1. İşlevsellik Türleri

İşlevsellik, bir bireyin gerçekleştirebileceği faaliyetlerin yanı sıra sosyal katılımından oluşur. Ruhsal bozukluklarda fonksiyonel bozukluk sıklıkla rastlanan ve araştırılan bir konudur. İşlevselliğin bozulması süreci karmaşıktır ve farklı işleyiş alanlarını ve yaşam alanlarını içerir. İşlevsellik, hastanın psikiyatrik durumunun yarattığı olumsuz yaşam koşullarını anlamlandırmak ve değerlendirmek için önemli bir faktördür (Üstün ve Kennedy, 2009).

Psikiyatrik hastalıklarda klinik önemin iki ana bileşeni vardır: sıkıntı ve "işlevsellik bozulması". Sıkıntı; kaygı, üzüntü, endişe, ızdırap olarak kişi veya çevresindekiler tarafından ifade edilmektedir. İşlevsellikteki bozulma, psikiyatrik hastalıklarda hastalığa bağlı sınırlılıkları sebebiyle kişilerin günlük yaşamlarında belirli işlevleri yerine getirememeleri şeklinde ifade edilmektedir (WHO, 2007). "Bilişsel bozukluk" terimi, beynin etkili bir şekilde işlev görme yeteneğindeki kronik sınırlılıkları ifade etmektedir. Bilişsel bozukluğu olan kişiler genellikle hafıza, dikkat, işleme hızı ve düzenleme, planlama ve problem çözme içeren yönetici işlev alanlarında sorunlar yaşamaktadırlar. (Olley ve diğerleri, 2005).

Bilişsel işlevsellikte bozukluğun ciddiyetine bağlı olarak, uzun süreli sonuçlar bireyin iş, okul, sosyal işlevsellik; araba kullanma, para ve ilaç yönetimi, gibi alanlardaki işleyişini olumsuz etkilemektedir. Ciddi durumlarda, bağımsızlığı sınırlamakta ve insanların işlevlerini yerine getirmek için ailelerine, arkadaşlarına ve çeşitli türlerde kurumsal desteğe önemli ölçüde daha fazla bağımlı olmasına neden olmaktadır (Palmer, Fratiglioni ve Winblad, 2003).

Bilişsel bozulma belirtileri, semptomların şiddetine göre değişkenlik göstererek bazen bariz ve bazen çok belirsizdir. Hammar ve Årdal'a (2009) göre; genel olarak, bilişsel işlev bozukluğu, isimleri hatırlama, kelimeleri bulma ve bir alışveriş listesindeki öğeleri hatırlama gibi zorluklar dahil olmak üzere hafıza ile ilgili problemlerle kendini gösterir. Kişi, doktor randevuları veya sosyal angajman gibi olayları unuttur, konuşmalara odaklanamaz, eskiden yönetmesi kolay olan görevler veya sorumlulukları sebebiyle kolayca bunalmış hisseder, para yönetimi ve ilaç kullanım süreçlerinin takibinde, dikkat ve konsantrasyon gerektiren aktivitelerde sorun yaşar (Hammar ve Årdal, 2009).

Diğer bir işlevsellik alanı olarak mesleki işlevsellik ise Combs ve Heaton'a (2016) göre; göreve bağlı olarak o göreve uygun tüm özelliklere sahip olmak ve gerekliliklerini yerine getirebilmektir. Mesleki işlevselliğin tanımı yürütülecek işe bağlı olarak değişeceğinden, genel geçer bir tanım yapmak mümkün olmamaktadır.

Bosc (2000) sosyal işlevselliğin bireyin çevresiyle etkileşimlerini ve iş, sosyal faaliyetler ve eşler ve aile ile ilişkiler gibi ortamlarda rollerini yerine getirme becerisini kapsadığı şeklinde açıklamaktadır. Diğer bir yönüyle sosyal işlevsellik, kişinin ekonomik kazanç sağlayabileceği bir işte çalışabilme, kişilerarası ilişkilerini devam ettirebilme ve özbakımını yerine getirebilme becerisi olarak da tanımlanmaktadır (Erol ve diğerleri, 2009).

İşlevselliğin kapsadığı diğer bir alan olarak özerklik, bireylerin sağlıklı bir kimlik ve kişilik geliştirmelerine olanak sağlayacak bir temel yapı olarak görülmektedir. Özerklik, kişinin kendisini başkalarına fark ettirecek yetilerinin olması, ihtiyacı olduğu zaman karşı tarafa ihtiyaçlarını bildirebilmesi ve gerektiğinde kişisel haklarını savunabilmesi şeklinde açıklanmaktadır (Deci ve Ryan, 2000). Kişinin özerk olması, karar verme sürecinde bilinçli bir şekilde aktif rol alabilmesi ve bu kararı nasıl alacağını

bilebilmesi anlamını taşımaktadır. Özerk bireylerin öne çıkan özellikleri; kararlar alabilen ve aldıkları kararları gerçekleştirebilme, kendi yaşamları üzerinde hakimiyet kurabilmeyi ve hayatlarını organize ederek başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmek olarak tanımlanmaktadır (Dornbusch ve diğerleri, 1990).

1.4. Bipolar ve İşlevsellik

Bipolar bozukluğun birçok işlevsellik alanında bozulmaya sebep olduğu bilinmektedir. Psikososyal, evlilik, kişilerarası ve mesleki bozulma ilişkileri ve boş zamanla ilişkili işlevselliği ciddi oranda etkilemektedir. Cerit ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmaya göre, bipolar bozuklukta işlevselliği anlamlı şekilde yordayan klinik değişkenler, toplam atak sayısı, depresif atak sayısı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, hafif subdepresif belirtiler ve algılanan sosyal destek olarak açıklanmıştır. Kronik hastalığı, hızlı döngü tipi bipolar bozukluk öyküsü, intihar davranışı, psikiyatrik komorbidite ve hipotiroidizm ve diabetes mellitus gibi diğer tıbbi durumları olan hastalarda da işlevselliğin ciddi oranda azaldığı gözlenmiştir (Cerit ve diğerleri, 2012).

Bipolar bozukluğu olan kişilerin olmayanlara göre işlevselliğin ciddi birer parçası olan sosyal etkileşime ve sosyal ağlara daha az ve daha kısıtlı sahip oldukları önceki araştırmalarda tespit edilmiştir (Vlada ve diğerleri, 2017). Bipolar bozukluk sebebiyle oluşan bu psikososyal engellilik kapsamlıdır ve iş ve sosyal etkileşimler, toplum içerisinde bağımsız yaşam, aile uyumu, ölüm oranı ve yaşam kalitesi dahil olmak üzere birçok alanı kapsar. Bipolar bozukluğu olan kişilerin özellikle depresif ataklarda aile ve iş ilişkilerinin kısıtlandığı ve zarar gördüğü gözlenmiştir. Araştırmalardan edinilen bilgilere göre, bipolar hastalarındaki duygu durum dalgalanmaları, depresyon ve mani, kişilerin ilişki ve iletişimlerinde stabil olmayan davranışlar sergilemelerine sebep olabilmekte ve bunun sonuçlarının da kişileri olumsuz etkilediği görülmektedir (Muradov, 2020).

Çok sayıda katılımcıyla yürütülen yakın tarihli bir çalışma (Lamarche, 2020), depresyonun iş performansı üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir. Psikolojik talepler, çalışma programı ve iş güvensizliği gibi faktörler depresyon ile pozitif korelasyona sahip olduğundan, kişinin iş performansını ve öz yeterliliğini olumsuz etkilemektedir. Bipolar bozukluk kişide duygudurum dalgalanmalarının varlığı ile

tanımlandığından, hasta sürekli olarak depresif, manik veya hipomanik ataklar geçirmektedir ve bu dönemler de kişinin mesleki işlevselliğini olumsuz etkilemektedir (Strakowski, 2014).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda mesleki işlevselliğin ne durumda olduğu ile ilişkili kapsamlı araştırmalar olmamakla beraber, bu bozukluğa sahip olan kişilerin olmayanlara göre düşük işlevsellik düzeyinde olma eğiliminde olduklarını gösteren çalışmalar vardır; başka bir deyişle, tanı alan kişilerin genellikle daha düşük mesleki işlevsellik düzeylerine sahip oldukları görülmüştür (Andreou ve Bozikas, 2013).

Buna ek olarak Tse ve Walsh (2001) tarafından yapılan araştırmada, bipolar hastaların daha fazla özerklik ve uyum yakalayabilmek için amirlerinden daha fazla yardım ve daha üretken olmak için daha esnek programa ihtiyaçları olduğu, işverenlerin ise bunu sağlayamadığı görülmüştür. Dolayısıyla, bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin iş doyumunun da olmayanlara göre düşük olduğu bulunmuştur.

1.5. Şizofreni ve İşlevsellik

Şizofreni, iş, okul, ebeveynlik, öz bakım, bağımsız yaşam, kişiler arası ilişkiler ve boş zamanlarında işlevsellikte bozulmaya neden olan, ilgisizlik, sosyal geri çekilme ve bilişsel bozuklukla karakterize edilen önemli bir psikiyatrik bozukluktur (Mueser ve McGurk, 2004).

Şizofreni, bağımsız yaşama, işte ve okulda performans gösterme ve aile ve arkadaşlarla ilişkileri sürdürme gibi zorluklar dahil olmak üzere günlük işlevişte yaygın bozulma ile ilişkilidir (Reed ve diğerleri, 2019). Şizofreni, bir hastanın yaşamının birçok yönünü, bilişsel, algısal, motor ve duygusal vb., olumsuz etkilemekte ve işlevsellikte bozulmalara neden olmaktadır (Dziwota ve diğerleri, 2018).

Şizofreni tanısı alan kişiler ile kontrol grubu karşılaştırılan bir çalışmada, şizofreni tanısı alan kişilerin yapılandırılmış, işlevsel ve sosyal aktivitelere katılmak için önemli ölçüde daha az zaman harcadığı ancak dinlenmek ve “hiçbir şey yapmamak” için daha fazla zaman harcadığı görülmüştür (Östman ve Björkman, 2013). Rehabilitasyon merkezlerinde kalan geniş bir hasta grubu arasında yürütülen bazı araştırmalar, özellikle

şizofrenisi olan hastaların anlamlı aktivitelerle çok az zaman geçirdiğini ve fiziksel aktivite seviyelerinin çok düşük olduğunu göstermiştir (Girolamo ve diğerleri, 2020).

Şizofreninin negatif belirtilerinin, işlevsellikte bozulma ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Şizofrenisi olan bireyler arasında sıklıkla ortaya çıkan bu negatif belirtiler, sosyal izolasyon duygusu, yalnızlık ve kişilerarası bağların olmaması gibi, onların doyumlarını ve günlük yaşam kalitelerini önemli ölçüde düşürmektedir (Dziwota ve diğerleri, 2018).

İşlevselliğin bir alt alanı olarak kişilerarası bağlar ve ilişkileri değerlendiren araştırmalara göre şizofreni hastaları, genel popülasyona kıyasla cinselliğe karşı daha az ilgi duyma, daha fazla cinsel yetersizlik yaşama ve normal bir popülasyonda bulunan düzeylerin çok ötesinde bu alanda işlevsizlik gösterme eğilimindedir (Östman ve Björkman, 2013). Aynı zamanda, şizofreni ile birlikte ortaya çıkan belirtiler sebebiyle, şizofreni hastalarının dışadönüklük, anlaşılabilirlik ve açıklık gibi kişilik özelliklerinde düşük puanlar verdikleri görülmüştür. Bu alanlarda düşük puanlar almaları, şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğini de olumsuz etkilemektedir. Bu kişilerin duygusal ve ilişkisel yakınlık, başkalarına sevgi ve şefkat hissetme ve ifade etme gibi süreçlerde sorunlar yaşadıkları, sosyal ilişki kurmada ve uzun vadeli taahhütlerde bulunmada ve başkalarıyla sosyalleşmede güçlük çektikleri bulunmuştur (Johansen ve diğerleri, 2013).

Kişinin zayıf sosyal teması olması, zayıf duygusal alışverişe sahip olduğunu ifade etmektedir. Psikososyal işleyişin bir yönü olan sosyo-duygusal işlevselliği sürdürebilmek ise duygusal alışverişi gerektirir. Şizofreni hastalarında, sosyal etkileşimdeki eksikliklerin, duyguları iletişim sinyali olarak ele alma alanındaki sorunlarla ilgili olduğu görülmektedir (Siegrist ve diğerleri, 2015).

Toplumda sosyal ve fiziksel desteği olmadan yaşayan şizofreni hastaların fiziksel ve sosyal işlevselliğinin bozulma olasılığının, kişilerin hastaları uyarabileceği ve onları yapılandırılmış faaliyetlere dahil edebileceği yardımcı toplulukta -rehabilitasyon merkezleri veya destek imkânı sağlayabilen aile ortamları gibi- yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu iddia edilmektedir (Girolamo ve diğerleri, 2020).

Şizofrenide kişilerin pozitif ve negatif belirtilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte bilişsel işlevlerde bozulma olduğu ve bilişsel yıkımın sıklıkla görüldüğü bilinmektedir (Beck ve Rector, 2005). Yapılan araştırmalar şizofrenideki bilişsel eksiklik aralığının geniş olduğunu belirtmektedir. Şizofrenide sözel ve görsel bellek, işleyen bellek, işlem hızı, dikkat, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi çoklu bilişsel işlevlerde bozulma gözlenmektedir (Bora, 2016).

Psikososyal müdahale şizofreninin yönetimini iyileştirmeyi (örneğin semptomlarla başa çıkma, nüksetmeyi önleme) ve bağımsız yaşam, ilişkiler ve çalışma gibi alanlarda işlevselliği geliştirmeyi amaçlamaktadır (Mueser ve McGurk, 2004).

1.6. Bipolar, Şizofreni ve İşlevsellik

Brissos ve arkadaşlarının (2008) da belirttiği gibi, biyopsikososyal perspektife göre etkili tedavi, hastaların yaşam kalitesini tehlikeye atmadan semptomların azaltılması olarak görüldüğünden, yaşam kalitesi kavramı şizofreni ve bipolar bozukluk araştırmalarında giderek daha önemli hale gelmiştir. İşlevsellik ise yaşam kalitesini belirleyen faktörlerin başında gelmektedir. Yapılan araştırmalar, psikiyatrik hastalıkların yaşam kalitesini ve dolayısıyla işlevselliği de olumsuz etkilediğini göstermektedir (Eack ve Newhill, 2007).

Bu sene içerisinde Frajo-Apor ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan araştırmadaki çapraz tanı karşılaştırmaları, bipolar bozukluğu olan hastaların şizofreni hastalarına kıyasla daha iyi işlevsel sonuçlara sahip olduğunu göstermiştir, ancak iki grubun da hastalık seyrinde karşılaştırılabilir işlevsellik süreçlerine hâkim oldukları tartışılmıştır.

Nöropsikolojik literatür, bilişsel zorlukların majör psikiyatrik bozuklukların temel bir özelliği olduğunu açıklamaktadır. Buna ek olarak, majör psikiyatrik bozuklukların bu bilişsel zorluklarının işlevsellik üzerinde ciddi etkileri olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Son birkaç on yılda yapılan çeşitli çalışmalar, biliş ile sosyal, mesleki ve topluluk işlevleri de dahil olmak üzere çeşitli işlevsel sonuçlar arasında hem kesitsel hem de uzunlamasına ilişkiler kurmuştur. Majör psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin

karşılaştığı işlevsel zorluklar genellikle çeşitli ve karmaşıktır ve sosyal, mesleki, sağlıkla ilgili, finansal veya günlük yaşam yüklerini içerir (Blanco ve Yee, 2019).

Kalıcı bilişsel eksiklikler ve bilişsel işlevlerde bozukluklar, geleneksel olarak bipolar bozukluğa kıyasla şizofreninin spesifik özellikleri olarak kabul edilmiştir. Yapılan araştırmalar şizofrenideki bilişsel eksiklik aralığının geniş olduğunu belirtmektedir. Şizofrenide sözel ve görsel bellek, işleyen bellek, işlem hızı, dikkat, yürütücü işlevler ve sosyal biliş gibi çoklu bilişsel işlevlerde bozulma gözlenmektedir (Bora, 2016).

İşlevsel yaşam olayları açısından, bipolar bozukluğu olan hastaların, mevcut ikamet veya iş durumlarında önemli bir farklılık görülmemiş, evliliklerinin sürüyor olma olasılığının da şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bu araştırmada bipolar bozukluğu olan hastaların sosyal işlevselliklerinin daha güçlü olduğu görülürken, şizofreni hastalarının bipolar hastalara kıyasla önemli ölçüde daha zayıf sosyal bilişsel yeteneklere sahip oldukları gözlenmiştir (Durand ve diğerleri, 2020).

Bilişsel işlevsellikteki bozulmanın şiddeti bipolar bozuklukta şizofreniye göre daha az gözlenirken, yapılan araştırmalar bilişsel işlevsellikteki bozulma alanlarının iki bozuklukta da benzer olduğunu göstermektedir (Bora, 2016).

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılacaktır. İlişkisel tarama iki veya daha çok sayıda değişken arasında birlikte değişim varlığını veya değişim derecesini belirlemeyi amaçlar (Karasar, 2000).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmaya Moodist Psikiyatri ve Nöroloji Hastanesi'nde yatış yapmakta olan DSM-V eksen bozuklukları kapsamında Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan ve yatarak tedavi görmekte olan 39 kişi alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin %54'ü (N=21) Bipolar Bozukluk tanısı almakta iken, %46'sı (N=18) Şizofreni tanısı almıştır. Çalışmaya 19-70 yaş arası ($\bar{x}$ =37.73, SS=14,15) arası kişiler katılmıştır. Örneklem % 41'i erkek (N=16), %59'u (N=23) ise kadın bireylerden oluşmaktadır. "Bilgilendirilmiş Onam Formu" alınarak araştırmaya gönüllü olarak katılan ve araştırmanın dışlama kriterleri dışında olan tüm hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. "Bilgilendirilmiş Onam Formu"nın örneği ekte verilmiştir (bkz. Ek 1).

2.3. Verilerin Toplanması

Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik düzey gibi genel bilginin yanı sıra kişilerin psikiyatri öyküsü, ailede psikiyatri geçmişi, alkol madde kullanım bilgisi gibi psikiyatrik bilgilerin alındığı 12 sorudan oluşan ve araştırmacı tarafından uygulanan formdur. Kişisel Bilgi Formu, araştırmalarda sıklıkla kullanılan sosyodemografik bilgi formlarının soru havuzundan alınmış ve uygulanmıştır.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)

Şizofrenik bozukluk dahil olmak üzere psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarında seyrin şiddetini belirlemek amacıyla kullanılan ölçek Overall ve Gorham (1963) tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Soykan ve arkadaşları (1989) tarafından yapılmıştır. Psikotik ve duygudurum bozukluğu olan

kişilerde depresif, psikotik, pozitif ya da negatif belirtilerin yanı sıra dikkat, yönelim gibi bilişsel işlevleri de değerlendirmektedir (Kuşçu, 2006).

Ölçek 6'lı likert tipinde 18 sorudan oluşmaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmış olmakla birlikte, ölçeğin uygulanması ve değerlendirilmesi klinisyenler tarafından yapılmaktadır. Bu araştırmada ise, ölçeği uygulayan ve değerlendiren kişi araştırmacıdır. Ölçekte bulunan 6 sorunun yanıtı, katılımcının son 3 günü göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Değerlendirilemeyen durumlarda, katılımcıların ailelerinden bilgi alınması gerekmektedir. Puanlaması ise, 0-6 arasında alınan puanların toplamı ile yapılmaktadır. 15-30 puan arası minör sendromken, 30 ve üzeri puan majör sendromu ifade ederek hastalığın şiddetini belirlemektedir (Arslantaş ve diğerleri, 2009).

Yapılan faktör analizi sonrası, KPDÖ, anksiyete ve depresyon, enerji yokluğu, düşünce bozukluğu, aktivasyon, hostilite ve şüphecilik olmak üzere 5 alt boyutta toplanmıştır (Dilbaz, Özalp ve Bayram, 2000).

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere 6 alt ölçekten oluşan ve kişilerin işlevselliğini değerlendiren ölçek Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur (2012) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 4'lü likert tipinden oluşmakta ve 24 sorudan oluşmaktadır. Puanlaması 0-3 arasındadır. Puanlanırken ve değerlendirilirken, ölçeklerden yüksek puan alan kişilerin, işlevselliğinde bozulma olduğu görülmektedir. Yani puan yükseldikçe, işlevsellik azalmaktadır (Filiz ve diğerleri, 2018).

Ölçeğin alt boyutlarının puanlaması ise; özerklik için 1-5 arası, mesleki işlevsellik için 5-10 arası sorular, bilişsel işlevsellik için 10-15 arası, mali konular için 15-17, kişilerarası ilişkiler 17-23 arası sorulardan oluşmakta iken, boş zaman etkinlikleri 23 ve 24.sorulardan oluşmakta ve puanlanmaktadır. Alt boyutlardan alınan puanlar yükseldikçe, işlevsellik bozulmaktadır (Aydemir ve Uykur, 2012).

2.4. Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde yapılan analizlerde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 22.00 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin sosyodemografik bilgilerini değerlendirmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin sosyodemografik veriler, hastalık şiddeti ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Spearman Korelasyon Analiz yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin sayısının homojenliğini korumak amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yönteminin kullanılmasına karar verilmiştir.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ve işlevsellik arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla ise; Bağılantısız Örneklemeler için T Test yöntemi kullanılmıştır. Örneklem küçük olması sebebiyle Bağılantısız Örneklemeler T Test yerine Mann Whitney U yöntemi analiz yöntemi olarak belirlenmiştir.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin işlevsellik puanları arasındaki farklılıkları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ise regresyon analizi yöntemi yapılmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

3.1 Değişkenlerin Normal Dağılımları ve Betimleyici Özellikleri

Katılımcı olan Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan bireylerin sürekli düzeyde ölçülen tüm ölçümleri (yaş, psikiyatrik öyküsü geçmişi, Elektrokonvülsif tedavi (EKT) sayısı, intihar girişimi, hastalık şiddeti ve işlevsellik puanı için betimleyici istatistik analizi yapılmıştır. Analizlere göre, her değişkenin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Değişkenlerin dağılımı incelenirken; çarpıklık basıklık değerleri, histogram, Q-Q ve Kutu grafiklerinden en az 2'sinde normal dağılım kriterlerini karşılayan değişkenler dağılımının normal olduğu kabul edilmiştir. Aynı zamanda; George ve Mallery'nin (2010) (akt. Muzaffar, 2016) istatistiksel yaklaşımına dayanarak çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım aralığı ± 2 olarak kabul edilmiştir. Örneklemenin küçük olması sebebiyle Kolmogorov- Smirnov değerleri ele alınmamıştır. Yapılan analizlere göre, araştırmadaki tüm değişkenlerin normal dağılım gösterdiği bulunmuştur.

3.2 Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin Sosyodemografik Bilgileri

Araştırmaya 21'i Bipolar Bozukluk, 18'i Şizofreni tanısı alan toplam 38 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcıların dağılımları birbirine paraleldir. Katılımcıların pek çoğunun eğitim düzeyi ve orta ve yüksek olarak bulunmuştur ancak çoğunun çalışmadığı ve düzenli ya da düzensiz bir işinin olmadığı görülmüştür (Tablo 1). Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması ise; 38.29 ± 14.38 'dir.

Tablo 1: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin Demografik Bilgileri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	23	59
Erkek	16	41
Eğitim durumu		
Okuryazar	2	5.1
İlkokul	1	2.6
Ortaokul	5	12.8
Lise	8	20.5
Üniversite	23	59
Medeni durum		
Evli	12	30.8
Bekar	24	61.5
Diğer (Ayrı, Boşanmış, Dul)	3	7.7
Ekonomik durum		
İyi	25	64.1
Orta	11	28.2
Kötü	3	7.7
Meslek		
Düzenli bir iş	9	23.1
Düzensiz bir iş	1	2.6
Çalışmıyor	17	43.6
Diğer (emekli, eğitimi devam ediyor)	12	30.7

Katılımcıların psikiyatrik özellikleri değerlendirildiğinde ise; %31'inin (N=12) kendi isteği ile tedaviye geldiği, %69'unun (N=26) ise aile isteği ile tedaviye geldiği görülmüştür. Katılımcıların çoğunun ilk yatışı olduğu görülmesine rağmen, %31'inin (N=12) daha önce EKT olduğu ve %28'inin (N=11) intihar girişiminin olduğu bulunmuştur. Aile psikiyatri öyküsünde ise; %31'inin (N=12) ailesinde psikiyatri öyküsü olduğu görülmüştür. Tüm bunlara ek olarak; katılımcıların pek çoğunun son dönemlerde

deneyimlemiş olduğu travma öyküsünün ve alkol kullanımının olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin Psikiyatrik Özellikleri

	N	%
Tedavi istekliliği		
Kendi isteği	13	33.3
Aile isteği (zorunlu yatış)	26	66.7
Ailede psikiyatri öyküsü		
Var	12	30.8
Yok	27	69.2
Yatış Sayısı		
İlk yatış	25	64.1
Birden fazla kez yatış	14	35.9
EKT Öyküsü		
Var	12	30.8
Yok	27	69.2
İntihar girişimi		
Var	11	28.9
Yok	27	71.1
Alkol kullanım öyküsü		
Var	18	46.2
Yok	21	53.8
Alkol kullanım sıklığı		
Ayda 1-3 kez	7	38.9
Haftada 1-5 kez	9	50.0
Hemen hemen her gün	2	11.1
Madde kullanım öyküsü		
Var	6	15.4
Yok	33	84.6

Madde kullanım sıklığı		
Ayda 1-3 kez	2	33.3
Haftada 1-5 kez	3	50.0
Hemen hemen her gün	1	16.7
Travma Öyküsü		
Var	25	64.1
Yok	14	35.9

3.3 Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişkiler

Yaş, hastalık şiddeti, travmatik yaşam olayları, alkol/madde kullanımı ve işlevsellik puanları arasındaki ilişki ölçümler arasında sıralayıcı düzeyde ölçümlerin olması sebebi ile Spearman Sıra Farkları Korelasyon analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerde son dönemde yaşanan travma öyküsü ile alkol kullanımı arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır, $r(39)=0.35$, $p<.05$.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerde alkol kullanımı ile madde kullanımı arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır, $r(39)=0.40$, $p<.05$. Bipolar Bozukluk ve Şizofreni olan kişilerde alkol kullanımı ile madde kullanımı paralellik göstermektedir.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerde alkol kullanımı ile mali konulardaki işlevsellik puanı ile pozitif yönde ilişki bulunmaktadır, $r(39)=0.34$, $p<.05$. Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan ve alkol kullanan kişilerin mali konulardaki işlevselliği bozulmaktadır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile işlevsellik puanları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir, $r(39)=0.72$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça işlevsellik bozulmaktadır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile özerklik alanındaki işlevsellik puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır, $r(39)=0.32$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça, kişiler özerklik alanındaki işlevselliği bozulmaktadır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile mesleki işlevsellik puanları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir, $r(39)=0.56$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça, kişilerin mesleki alandaki işlevsellikleri bozulmaktadır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile bilişsel işlevsellik puanları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir, $r(39)=0.66$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça kişilerin bilişsel işlevselliği bozulmaktadır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile mali konulardaki işlevsellik puanları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir, $r(39)=0.36$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça, kişiler mali konulardaki işlevselliğini yürütmekte güçlük çekmektedir.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellik puanları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir, $r(39)=0.59$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellik bozulmaktadır.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerin hastalık şiddeti ile boş zaman aktivitesine yönelik işlevsellik puanları arasında pozitif yönde ilişki görülmektedir, $r(39)=0.50$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça, kişiler boş zaman aktivitelerini yönelik işlevselliklerini sürdürmekte güçlük çekmektedir.

Tablo 3: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişki

Değişkenler	Yaş	İntihar girişimi	Travma öyküsü	Alkol kullanımı	Madde kullanımı	Hastalık şiddeti	Özerklik	Mesleki işlevsellik	Bilişsel işlevsellik	Mali konular	Kişilerarası	Boş zaman aktivitesi	İşlevsellik toplam
Yaş	1	0.24	0.29	0.94	0.06	0.38	0.82	0.53	0.57	0.94	0.61	0.58	0.62
İntihar girişimi	0.24	1	0.97	0.91	0.06	0.12	0.35	0.51	0.40	0.13	0.26	0.55	0.20
Travma öyküsü	0.29	0.97	1	0.03*	0.19	0.85	0.69	0.39	0.22	0.95	0.06	0.11	0.26
Alkol kullanımı	0.94	0.91	0.03*	1	0.01*	0.82	0.91	0.35	0.22	0.04*	0.68	0.45	0.76
Madde kullanımı	0.06	0.06	0.19	0.01*	1	0.30	0.34	0.88	0.59	0.09	0.78	0.23	0.27
Hastalık şiddeti	0.38	0.12	0.85	0.82	0.30	1	0.05*	0.00*	0.00*	0.02*	0.00*	0.00*	0.00*
Özerklik	0.82	0.35	0.69	0.91	0.34	0.05*	1	0.00*	0.03*	0.00*	0.01*	0.06	0.00*
Mesleki işlevsellik	0.53	0.51	0.39	0.35	0.88	0.00*	0.00*	1	0.00*	0.12	0.00*	0.00*	0.00*
Bilişsel işlevsellik	0.57	0.40	0.22	0.22	0.59	0.00*	0.03*	0.00*	1	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*
Mali konular	0.94	0.13	0.95	0.04*	0.09	0.02*	0.00*	0.2	0.00	1	0.00*	0.00*	0.00*
Kişilerarası ilişki	0.61	0.26	0.06	0.68	0.78	0.00*	0.01*	0.00*	0.00*	0.00*	1	0.00*	0.00*
Boş zaman aktivitesi	0.58	0.55	0.11	0.45	0.23	0.00*	0.06	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	1	0.00*
İşlevsellik toplam	0.62	0.20	0.26	0.76	0.27	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	1

*:p<0.05; Spearman Korelasyon Analizi

3.4 Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişkiler

Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerde yaş, hastalık şiddeti, travmatik yaşam olayları, alkol/madde kullanımı ve işlevsellik puanları arasındaki ilişki ölçümler arasında sıralayıcı düzeyde ölçümlerin olması sebebi ile Spearman Sıra Farkları Korelasyon analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerde, yaş ile travma öyküsü arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur, $r(21)=0.60$, $p<.05$. Kişilerin yaşı arttıkça, travmatik yaşam olaylarına maruz kalma sıklığının da arttığı görülmektedir.

Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerde intihar girişimi ile madde kullanımı arasında pozitif ilişki bulunmuştur, $r(21)=0.48$, $p<.05$. Aynı zamanda, intihar girişimi ile hastalık şiddeti arasında da pozitif yönde ilişki bulunmuştur, $r(21)=0.48$, $p<.05$. Bipolar bozuklukta kişilerin intihar girişim sayısı arttıkça madde kullanım sıklığı ve hastalık şiddeti de artmaktadır. Tüm bu bulgulara ek olarak, kişilerin madde kullanımı ile hastalık şiddeti arasında da pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir, $r(21)=0.45$, $p<.05$. Bu noktada, Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerin madde kullanım sıklığı arttıkça, hastalık şiddeti de artmaktadır.

Bipolar Bozukluk tanısı alan kişilerde hastalık şiddeti ile işlevsellik puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır, $r(21)=0.72$, $p<.05$. Hastalık şiddeti arttıkça, işlevsellik bozulmaktadır. Aynı zamanda, hastalık şiddeti ile sırasıyla mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konulardaki işlevsellik, kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellik ve boş zaman aktivitesindeki işlevsellik arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir, $r(21)=0.46$, $p<.05$; $r(21)=0.60$, $p<.05$; $r(21)=0.61$, $p<.05$; $r(21)=0.57$, $p<.05$; $r(21)=0.63$, $p<.05$. Bipolar Bozuklukta hastalık şiddeti arttıkça işlevselliğin bozulması ile birlikte, mesleki, bilişsel, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman aktivitesindeki işlevselliğin de bozulduğu bulunmaktadır. Hastalık şiddeti ile özerklik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, $p>.05$.

Tablo 4: Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Kişilerde Psikiyatrik Özellikler ve Hastalık Şiddeti ile İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Yaş	İntihar girişimi	Travma öyküsü	Alkol kullanımı	Madde kullanımı	Hastalık şiddeti	Özerklik	Mesleki işlevsellik	Bilişsel işlevsellik	Mali konular	Kişilerarası	Boş zaman aktivitesi	İşlevsellik toplam
Yaş	1	0.68	0.00*	0.50	0.28	0.00*	0.28	0.88	0.93	0.59	0.88	0.52	0.79
İntihar girişimi	0.68	1	0.52	0.44	0.03*	0.03*	0.45	0.63	0.71	0.21	0.63	0.76	0.35
Travma öyküsü	0.00*	0.52	1	0.10	0.24	0.25	0.57	0.83	0.51	0.30	0.41	0.86	0.97
Alkol kullanımı	0.50	0.44	0.10	1	0.10	0.15	0.93	0.14	0.99	0.09	0.74	0.08	0.21
Madde kullanımı	0.28	0.03*	0.24	0.10	1	0.04*	0.27	0.72	0.21	0.05	0.54	0.24	0.09
Hastalık şiddeti	0.00*	0.03*	0.25	0.15	0.04*	1	0.13	0.04*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*
Özerklik	0.28	0.45	0.57	0.93	0.27	0.13	1	0.00*	0.10	0.32	0.07	0.12	0.00*
Mesleki işlevsellik	0.88	0.63	0.83	0.14	0.72	0.04*	0.00*	1	0.04*	0.22	0.19	0.02*	0.00*
Bilişsel işlevsellik	0.93	0.71	0.51	0.99	0.21	0.00*	0.10	0.04*	1	0.00*	0.01*	0.01*	0.00*
Mali konular	0.59	0.21	0.30	0.09	0.05	0.00*	0.32	0.22	0.00*	1	0.01*	0.00*	0.00*
Kişilerarası ilişki	0.88	0.63	0.41	0.74	0.54	0.00*	0.07	0.19	0.01*	0.01*	1	0.00*	0.00*
Boş zaman aktivitesi	0.52	0.76	0.86	0.08	0.24	0.00*	0.12	0.02*	0.01*	0.00*	0.00*	1	0.00*
İşlevsellik toplam	0.79	0.35	0.97	0.21	0.09	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	1

*:p<0.05; Spearman Korelasyon Analizi

3.5 Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Yaş, Alkol/Madde Kullanımı, Travma Öyküsü, Hastalık Şiddeti ve İşlevsellik Arasındaki İlişkiler

Şizofreni tanısı alan kişilerde yaş, hastalık şiddeti, travmatik yaşam olayları, alkol/madde kullanımı ve işlevsellik puanları arasındaki ilişki ölçümler arasında sıralayıcı düzeyde ölçümlerin olması sebebi ile Spearman Sıra Farkları Korelasyon analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonuçları Tablo 5’te gösterilmiştir.

Şizofreni tanısı alan kişilerde, hastalık şiddeti ile işlevsellik puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır, $r(18)=0.54$, $p<.05$. Aynı zamanda; hastalık şiddeti ile mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik ve kişilerarası ilişkilerdeki işlevsellik arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir, sırasıyla, , $r(18)=0.51$, $p<.05$; , $r(18)=0.56$, $p<.05$; , $r(18)=0.70$, $p<.05$. Hastalık şiddeti ile özerklik, mali konular ve boş zaman etkinliklerine yönelik işlevsellik arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $p>.05$.

Tablo 5: Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde Psikiyatrik Özellikler ve Hastalık Şiddeti ile İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Değişkenler	Yaş	İntihar girişimi	Travma öyküsü	Alkol kullanımı	Madde kullanımı	Hastalık şiddeti	Özerklik	Mesleki işlevsellik	Bilişsel işlevsellik	Mali konular	Kişilerarası	Boş zaman aktivitesi	İşlevsellik toplam
Yaş	1	0.90	0.85	0.85	0.14	0.63	0.16	0.56	0.62	0.34	0.41	0.99	0.39
İntihar girişimi	0.90	1	0.10	0.15	0.53	0.69	0.65	0.61	0.09	0.41	0.27	0.56	0.22
Travma öyküsü	0.85	0.15	1	0.34	0.88	0.61	0.93	0.26	0.06	0.23	0.04*	0.02*	0.08
Alkol kullanımı	0.85	0.15	0.34	1	0.10	0.33	0.87	0.92	0.11	0.31	0.32	0.51	0.86
Madde kullanımı	0.14	0.53	0.88	0.10	1	0.74	0.89	0.54	0.54	1.00	0.64	0.68	0.79
Hastalık şiddeti	0.63	0.69	0.61	0.33	0.74	1	0.69	0.03*	0.01*	0.68	0.00*	0.11	0.02*
Özerklik	0.16	0.65	0.93	0.87	0.89	0.69	1	0.29	0.34	0.00*	0.08	0.28	0.00*
Mesleki işlevsellik	0.56	0.61	0.26	0.92	0.54	0.03*	0.29	1	0.04*	0.36	0.00*	0.00*	0.00*
Bilişsel işlevsellik	0.62	0.09	0.06	0.1	0.54	0.01*	0.34	0.04*	1	0.15	0.00*	0.01*	0.00*
Mali konular	0.34	0.41	0.23	0.31	1.00	0.68	0.00*	0.36	0.15	1	0.14	0.35	0.00*
Kişilerarası ilişki	0.41	0.27	0.04*	0.32	0.64	0.00*	0.08	0.00*	0.00*	0.14	1	0.00*	0.00*
Boş zaman aktivitesi	0.99	0.56	0.02*	0.51	0.68	0.11	0.28	0.00*	0.01*	0.35	0.00*	1	0.00*
İşlevsellik toplam	0.39	9.22	0.08	0.86	0.79	0.02*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	1

*:p<0.05; Spearman Korelasyon Analizi

3.6 Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerin İşlevselliklerinin Karşılaştırılması

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerde işlevsellik açısından farklılıklar Bağılantısız Örnekler için T Test ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonuçları Tablo 6’da gösterilmiştir.

Bipolar Bozukluk ve Şizofreni tanısı alan kişilerde işlevsellik ve işlevsellik ile ilişkili alt boyutlar karşılaştırıldığında; iki grup arasında işlevsellik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, $p>.05$. Araştırma sonuçlarına göre, özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konulardaki işlevsellik, kişilerarası arası ilişkilerdeki işlevsellik ve boş zaman aktivitesindeki işlevsellik bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan kişilerde farklılaşmamaktadır.

Tablo 6: Bipolar Bozukluk ve Şizofreni Tanısı Alan Kişilerde İşlevsellik ve İşlevsellik ile İlişkili Faktörleri Karşılaştırılması

	Tanı				
	Bipolar Bozukluk		Şizofreni		
	N	Ort±SS	N	Ort±SS	t değeri
Hastalık şiddeti	21	24.62±16.32	18	29.22±13.31	-0.97
Özerklik	21	4.52±4.08	18	4.39±4.03	0.10
Mesleki işlevsellik	21	5.48±4.82	18	5.94±5.06	-0.29
Bilişsel İşlevsellik	21	6.14±4.14	18	7.00±4.03	-0.65
Mali konular	21	3.09±2.32	18	2.61±2.48	0.63
Kişilerarası ilişki	21	8.43±4.82	18	8.22±4.87	0.13
Boş zaman aktivitesi	21	2.81±2.11	18	2.61±1.85	0.31
İşlevsellik _genel	21	30.48±17.09	18	30.78±16.76	-0.06

SONUÇ ve TARTIŞMA

Bu çalışmanın ana amacı bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kişilerin günlük yaşamdaki işlevselliklerini incelemek ve hastalık şiddetinin işlevselliğin farklı boyutlarında nasıl etkilere yol açtığını araştırmaktadır. Bipolar bozukluk ve şizofreni gibi majör psikiyatrik bozukluklar toplumun %5’inde görülmektedir ve yapılan araştırmalar (Blanco ve Yee, 2019), bipolar bozukluğun ve şizofreninin kişilerin işlevsellikleri üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Daha önceki çalışmalarda (Prabhakaran ve diğerleri, 2021) bipolar bozukluğu olan kişiler ve şizofreni hastaları ayrı ayrı ele alınarak bu kişilerin işlevselliklerinin ne derece etkilendiği incelenmiş ancak bu çalışmada iki grup aynı anda ele alınarak işlevselliğin bu bozukluklar tarafından uğradığı zararın karşılaştırılması yapılmıştır. Çalışmanın bir diğer amacı da bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kişilerin hastalık şiddetlerinin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişki ve boş zaman aktivitesi işlevsellikleri üzerinde ne kadar etkiye sahip olduğunu incelemektir. Bu amaçlarla çalışmamıza 21 bipolar bozukluğuna sahip kişi ve 18 şizofreni hastası dahil edilmiştir.

Araştırma örnekleminin profili ağırlık olarak kadın, bekar, yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip ve iş sahibi olmayan kişilerden oluşmaktadır. Psikiyatrik özellikler bakımından ele alındığında ise örneklemin çoğu ilk defa yatış yapan, alkol kullanım öyküsü ve travma öyküsü olan kişilerden oluşmaktadır. Bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı almış kişilerin oluşturduğu bu iki grup işlevselliğin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konulardaki işlevsellik, kişilerarası ilişki ilişkilerdeki işlevsellik ve boş zaman aktivitesindeki işlevsellik gibi boyutlarında karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlara göre, karşılaştırma yaptığımız iki grubun işlevsellik düzeyleri birbirine yakın seviyelerde gözükmektedir.

Bipolar bozukluğa sahip veya şizofreni tanısı konmuş kişiler işlevselliğin farklı boyutlarında karşılaştırıldığında ise ilginç ilişkiler bulunmuştur. Öncelikle, iki grup beraber incelendiğinde hastalık şiddeti bütün işlevsellik boyutlarını etkileyen bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak, bipolar bozukluğa sahip hastaların hastalık şiddeti ile özerklik alt boyutu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu da bipolar hastalığının şiddetinden bağımsız olarak özerklik işlevinin bundan etkilenmediğini göstermektedir.

Benzer durum şizofreni tanısı konmuş kişilerde görülmektedir. Şizofreni tanısı konmuş kişilerin hastalık şiddeti özerklik alt boyutunu etkilemiyor şeklinde bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bipolar bozukluğa sahip bireylerin hastalık şiddeti diğer tüm işlevsellik boyutlarını olumsuz anlamda etkilerken, şizofreni tanısı konmuş bireylerin hastalık şiddeti, bu bireylerin maddi ve boş zaman aktiviteleri gibi boyutlarda işlevselliğini etkilemediği bulunmuştur. Böyle bir farkın ortaya çıkmasındaki neden bipolar bozukluğa sahip bireylerin özellikle depresyon zamanlarında boş zaman aktiviteleri için yeteri kadar ilgi ve merak duymamaları olabilir (Kocal ve arkadaşları, 2012). Bütün bunlara ek olarak, bipolar bozukluğa sahip kişilerde madde kullanımı ile hastalık şiddeti istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olarak çıkmıştır. Bu da madde kullanımının hastalık şiddetini tetikleyen bir durum olduğunu göstermektedir. Bunlara ek olarak, hastalık şiddeti ile intihar girişimi de anlamlı bir ilişkiye sahiptir. Şizofreni tanısı konmuş bireylerde ise travma öyküsüne sahip olmak özellikle kişilerarası ilişki ve boş zaman aktivitesi gibi işlevsellik boyutlarını etkiliyor olarak çıkmıştır.

Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik ile İlgili Sonuçlar

Bipolar bozukluk işlevselliği oldukça etkileyen bir hastalıktır. Ekonomik kararlar, madde ve alkol kullanımı, ilişkisel sorunlar ve intihar gibi konularda işlevselliği düşebilir. Bunun yanında, işlevsellik yalnızca atakların gerçekleştiği zamanlarda değil, aynı zamanda remisyon dönemlerinde de olumsuz etkilenebilir (Bender ve diğerleri, 2010). Bipolar bozukluğu olan hastalar, yeterli tedaviye rağmen genel işlevsellikte önemli bozulmalar ve yaşam kalitesinde düşüş yaşayabilirler. Bipolar bozukluğu olan hastalarda klinik ve işlevsel iyileşme arasında önemli bir boşluk vardır, bu da işlevsel iyileşmeyi sağlamak için etkili farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin araştırılmasının yanı sıra işlevsellik değerlendirmesinin iyileştirilmesi ihtiyacına yol açmaktadır. Bipolar bozukluk esas olarak ekonomik olarak aktif nüfusu etkilemektedir ve bu da topluma yüksek maliyete sebep olmaktadır. İşlevsel bozulma, bağımsız yaşam, mesleki ve eğitimsel başarı, kişilerarası ilişkiler kurma ve romantik yaşamla meşgul olma yeteneği ve eğlence yeteneği gibi birçok alanı içermektedir (Zarate ve diğerleri, 2000). Bipolar bozuklukla ilişkili işlevsellikteki değişkenlik yüksek görünmektedir ve ilk bipolar bozukluk döneminden sonra bile yeti yitimi gözlemlenebilmektedir. Boylamsal bir çalışmada, ilk hastaneye kaldırıldıktan 2 yıl sonra, hastaların %57'sinin değişken fonksiyonel bozukluk

gösterdiğini gösterilmiştir (Tohen ve diğerleri, 2003). İşlevsellikteki değişkenlik, hastalık şiddeti ve bilişsel bozukluğu temsil eden en az iki boyut tarafından etkilenir. Klinik faktörlerle ilgili olarak, hastalık belirtilerinin ve özellikle depresif belirtilerin varlığı, psikososyal işlevselliğin en güçlü yordayıcısı olarak bildirilmektedir ve bu, önceki literatürde en çok tekrarlanan bulgulardan birini oluşturmaktadır. İşlevsel bozulma ile ilişkili olabilecek diğer klinik faktörler epizod yoğunluğu, psikoz öyküsü, başvuru sayısı ve psikiyatrik komorbiditelerdir.

Yapılan bu araştırmada da hastalık şiddetinin işlevselliği düşüren en önemli değişken olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, özellikle remisyon dönemlerinde, işlevselliğin kabul edilebilir seviyelere yükseltilmesi bipolar bozukluğa sahip bireyler için çok önemlidir. Klinik remisyon sağlandıktan sonra, biliş ve işleyişi de etkileyebilecek semptomların tedavi edilmesi gerekmektedir. Ölçek sorularının sadece o an için uygulanıyor olması kişinin işlevselliğinin öncesi ile ilgili bilgi vermediğinden, kötüleşme olup olmadığı görülememiştir. Bununla birlikte, bilişsel bozukluğun bipolar hastaların yaşamındaki ağır etkisine rağmen, bipolar bozuklukta biliş ve işlevselliği geri kazandırmak için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler üzerine araştırmaların neredeyse hepsi yabancı kaynaklı olup hala erken aşamalarındadır ve bu eksiklikler için tedavi seçeneklerinin sınırlı olduğu bilinmektedir. Tedavi sürecindeki hedeflerden biri, özellikle hastalığın erken evrelerinde bilişsel kapasiteyi geliştirme yoluyla bilişsel bozulmanın önlenmesini teşvik etmek olmalıdır.

Bu doğrultuda, bilişsel ve işlevsel bozulmanın iyileştirilmesine odaklanan ilk çalışma, Bilişsel Rehabilitasyon adlı bir program kullanılarak yapılan bir çalışmadır. Deckersbach ve arkadaşları (2010), 14 seans bilişsel iyileştirme alan bipolar bozukluğa sahip kişilerin depresif belirtilerde ve mesleki işlevsellikte bir miktar iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, yürütücü işlevdeki değişiklikler, kısmen mesleki işlevsellikteki gelişmelerden sorumlu çıkmıştır. Çok merkezli, rastgele kontrollü bir çalışmada ise, İşlevsel İyileştirme adlı bir müdahale gerçekleştirilmiş ve esas çıktı olarak da işlevsel iyileşmeye odaklanılmıştır (Martinez ve ark, 2011). İşlevsel İyileştirme müdahalesi, işlevsel bozukluğu olan bipolar hastalarda işlevselliği artırmak amacıyla oluşturulmuştur. 21 haftalık grup seanslarında hastalar, fonksiyonel sonucu iyileştirmek için günlük yaşamın zorlukları ve zorluklarıyla başa çıkmak için dikkat, hafıza ve yürütücü işlevlerle

ilgili bilişsel stratejilerin kullanımı konusunda eğitilmiştir. Bu çalışmadaki birincil sonuç değişkeni, müdahale başlangıcından bitiş noktasına kadar ortalama değişiklik olarak ölçülen işlevsel iyileşmedir. Müdahaleyi bitirdikten hemen sonra, başlangıçtan sonraki 6 aylık takipte, işlevsel iyileştirme grubu özellikle mesleki ve kişiler arası işlevsellikte daha iyi işlevsellik göstermiştir. Ayrıca, ciddi bilişsel bozukluk gösteren katılımcılarda, İşlevsel İyileştirme müdahalesi sadece psikososyal işlevselliği iyileştirmede değil, aynı zamanda sözel belleği güçlendirmede de etkili olmuştur. Bu nedenle, bipolar bozukluğu olan hastalara odaklanıldığında, İşlevsel İyileştirme müdahalesi sadece bipolar hastalarında genel işlevsel sonucu iyileştirmede değil, aynı zamanda depresif semptomları azaltmada da etkili bulunmuştur. Son olarak, İşlevsel İyileştirme müdahalesi alan bipolar bozukluğu olan hastalarda 1 yıllık bir takipten sonra psikososyal işlevsellikteki iyileşme, otonomi ve sözel bellekte önemli bir artışla korunmuştur. İşlevsel bozulmanın iyileştirilmesine odaklanan çalışmalarla ilgili olarak, Bauer ve arkadaşları (2006), hasta bakımının hasta, bakım veren ve sistemin bütün bileşenlerine dayanan bir psikososyal müdahale olan “işbirlikçi bakımın” uzun vadede olumlu bir etki gösterdiğini bulmuşlardır. Eğitim ve fiziksel egzersiz de dahil olmak üzere, biliş ve işleyişi güçlendirmenin diğer biçimleri tedavi sürecinde teşvik edilmelidir. Farmakolojik bileşikler bilişsel iyileştirme ile birleştiren çalışmalar, klinik deneylerde uygulanabilir olabilir. Son olarak, bilişsel rezervin artırılması, özellikle bipolar bozukluğun erken evrelerinde bilişsel işlev bozukluklarının işlevsel sonuç üzerindeki etkisini önlemeye yardımcı olacaktır.

Şizofreni ve İşlevsellik ile İlgili Sonuçlar

Şizofreni, zihinsel ve sosyal işlevselliği bozan ve sıklıkla komorbid hastalıkların gelişmesine yol açan yıkıcı bir hastalıktır. Bu işlevsellik bozuklukları hastaların yanı sıra aileleri ve arkadaşlarının yaşamlarını da bozmaktadır. Aile hekimleri şizofreninin etkin tedavisinde önemli rol oynayabilirler ve hastalığın erken belirtilerini tanıyacak, uygun ruh sağlığı uzmanlarına sevk edecek, hastalara ve ailelerine şizofreninin yıkıcı etkileriyle başa çıkmalarına yardımcı olacak ve hastalığın tüm boyutlarına yönelik multidisipliner bir yaklaşımı teşvik edecek konumdadırlar. Kişilerarası ilişkiler ya da öz bakım gibi bir ya da daha fazla ana işlevsellik alanının, başlangıçtan itibaren bozulma tehlikesi altında olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada da bulunduğu gibi, hastalığın şiddeti işlevselliğin ne

kadar etkileneceğinin en önemli belirleyicilerinden biridir. Bu nedenle hastalık şiddetinin azaltılabileceği veya atak dönemlerinde semptomların etkisini düşürecek yolların bulunması çok önem teşkil etmektedir. Bu amaçla, şizofreni hastaları için terapiler olarak bireysel, grup ve aile tedavileri geliştirilmiştir. Aile müdahaleleri, bireysel aile üyeleriyle terapi, aile gruplarıyla psikoeğitim ve aile grup terapisini içerir. Bu müdahaleler şizofreni tanısı konmuş bireylere destek, hastalık hakkında eğitim, hastalara karşı kritik ve duygusal olarak aşırı ilgili tutum ve davranışları azaltmak gibi seçenekler sunmaktadır. Aile tedavileri, semptomları iyileştirmek ve hastaneye yatışları azaltmak için en çok ampirik desteğe sahip destek türüdür. Bu tedaviler, şizofreni hastalarında “duygu dışavurumunun” (eleştirel ve reddedici ya da duygusal olarak aşırı ilgili) yüksek olduğu aile ortamlarının nüksetme ile ilişkili olduğuna dair erken bulgulara dayanmaktadır. Birden fazla çalışma, aile müdahalelerinin nüks oranlarını azalttığını ve semptomları, ilaçlara uyumu ve işlevselliği iyileştirdiğini göstermiştir (Huxley ve ark., 2000).

Daha önceki çalışmalarda, şizofreni hastalarında yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu gösterilen birkaç psikososyal rehabilitasyon müdahalesi uygulanmıştır. Hastalara yaşam, iş ve sosyal becerileri öğreten bir program olan Yoğun Psikiyatrik Rehabilitasyon Tedavisi, işlevsellikte iyileşmeler sağlamıştır (Anthony, 1998). Sosyal beceri eğitimi, bağımsız yaşam becerilerini geliştirmiştir; destekli istihdam programları, çalışılan saat sayısında ve kazanılan toplam ücretlerde iyileşmeler göstermiştir ve ev içi krize müdahale, tedaviyi bırakma oranlarını azaltmıştır. Buna ek olarak, çalışmalar şizofreni için bireysel bilişsel davranışçı terapisinin pozitif ve negatif semptomları azalttığını göstermiştir, ancak şu anda nüks oranlarını düşürdüğüne dair hiçbir kanıt yoktur.

Çalışmamızın bulgularında da çıktığı gibi, hastalık şiddeti bilişsel işlevselliği olumsuz anlamda etkilemektedir. Örneğin, M. Cannon ve arkadaşları (2002), doğumdan 26 yaşına kadar 1.037 bebekten oluşan bir grubu izleyen uzunlamasına bir doğum-kohort çalışması olan Dunedin Multidisipliner Sağlık ve Gelişim Çalışmasının bulgularında daha sonra şizofreni geliştiren bireyler arasında, gelişmeyenlere göre önemli ölçüde daha düşük bilişsel işlevsellik gözlemlemiştir. Bulgularımızı destekleyici bir biçimde, şizofreni tanısı konmuş bireylerin büyük bir yüzdesinde sosyal işlevsellikte eksiklikler mevcuttur ve birçok araştırmacı bu eksikliklerin sendromun temel bir yönü olduğuna inanmaktadır (Corrigan ve Penn, 2001) Şizofrenideki sosyal biliş bozuklukları, algılama,

yorumlama, işleme ve sosyal bilgileri yanıtlamadaki eksiklikleri içermektedir (Corrigan ve Penn, 2001). Bugüne kadar, bazı araştırmacılar şizofreni tanısı konmuş bireyler arasında sosyal işlevsellikte hastalık öncesi bozuklukların ortaya çıktığını belgelemiştir (Delgado ve diğerleri, 2001). Şizofreni tanısı konmuş popülasyonlarda sosyal işlevsellikteki hastalık öncesi bozuklukların yaşamın çok erken dönemlerinde başladığını ve çocukluk ve ergenlik boyunca devam ettiğini gösteren bazı çalışmalar da vardır. Örneğin, 1946 İngiliz doğum kohortu araştırmasında, Jones ve arkadaşları (1994), daha sonra şizofreni geliştiren çocukların anneleri tarafından daha izole olduklarını ve tek başına oyun oynamaya daha yatkın olduklarını bildirmişlerdir. Şizofreninin sosyal işlevselliğe olan etkisi çocuklukta başlamakta ve bu kişilerin günlük hayattaki ilişkilerini hayatları boyunca etkilemektedir. Daha önce belirtildiği gibi, Davidson ve arkadaşları (1999), ergen erkekler arasında daha sonra ortaya çıkan şizofreninin en güçlü yordayıcılarının zayıf sosyal işlevsellik, düşük entelektüel işlevsellik ve zayıf organizasyon yeteneği olduğunu bulmuşlardır. Bağımsız olarak incelendiğinde, üç yordayıcının en belirgin eksiklikleri, zayıf sosyal uyum ve az ve zayıf sosyal ilişkiler ile karakterize edilen sosyal işlevsellik ile ilgili olmuştur.

Sonuç olarak, bilişsel, sosyal, duygusal ve davranışsal işlevlerin bozuklukları, şizofreni hastalığı ile ilişkilendiren önemli sayıda araştırma yapılmıştır. Geniş çaplı doğum kohort araştırmaları özellikle erken dönem bilişsel ve akademik işlevsellik ile ilgili alanlarda işlevsel bozukluklara işaret etmektedir. Ek olarak, retrospektif ve yüksek riskli çalışmalar, hastalık öncesi işlevsellik ile nöromotor anormallikler ve nörobilişsel eksiklikler gibi şizofreniye daha özgü alanlar arasında bağlantı kurmuştur. Bu nedenlerle, çalışmamızın şizofreni tanısı konmuş bireylerde işlevsellik bozukluklarının hastalık şiddeti, madde kullanımı ve travma öyküsü gibi sebeplerden ötürü kötüleştiği bulgusu literatürle uyusmakta ve katkı sağlamaktadır.

Bipolar ve Şizofreni Tanısı Konmuş Kişilerin İşlevsellik Karşılaştırması

İşlevsellik, şizofreni ve bipolar ile ilişkili yapılan literatür taramasında yerli kaynağın yabancı kaynağa göre sayıca az olduğu dikkat çekmektedir. Dolayısıyla önceki çalışmalar yabancı olduğundan, karşılaştırma sınırları dar kalmaktadır. Buna rağmen bipolar bozukluk ve şizofreni hastalığı tanısı konmuş kişilerin işlevsellik olarak birbirinden ayrılmadığı bulgusu yabancı literatürde mevcuttur. Bir çalışmada şizofreni ve bipolar

bozukluk tanısı konmuş erkekler ile sağlıklı katılımcılar nörokognitif işlevler yönünden karşılaştırılmıştır (Altshuler ve diğerleri, 2004). Nörokognitif testlerin uygulandığı birkaç ölçek kullanarak, yönetici işlevler, sözel hafıza, görsel hafıza, öğrenme dil işlevleri gibi boyutları incelenmiştir. Şizofreni tanısı konmuş kişiler, kontrol grubundaki katılımcılara göre, bütün boyutlarda bilişsel bozukluklar gösterirken, bipolar bozukluk tanısı almış kişiler birkaç boyutta bilişsel bozukluk göstermiştir. Ancak, daha önemli olarak, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konuş kişiler benzer düzeylerde bilişsel bozukluğa sahip çıkmıştır. Bilişsel bozukluğun bipolar ve şizofreni tanısı konmuş kişilerde benzer seviyelerde çıktığı bir başka çalışmada ise (Wang ve diğerleri, 2013) katılımcılar Hayling Cümle Tamamlama Testi üzerinde karşılaştırılmış ve sonuçlar iki grubun birbirinden anlamlı olarak ayrılmadığını göstermiştir. Yine bir başka çalışmada (Frajo-Apor ve diğerleri, 2021), şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konmuş kişiler duygusal zeka bağlamında sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konmuş kişiler, duygusal zekâ, öznel ve nesnel yaşam kalitesi bakımından benzer düzeylerde çıkmış fakat sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha düşük duygusal zeka ve yaşam kalitesi seviyeleri göstermişlerdir. Ayrıca, şizofreni veya bipolar bozukluk tanısı konmuş hastalar, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, yaşam kalitesinde ciddi bozulmalar bildirmelerine rağmen kendi yaşam kaliteleri benzer seviyelerde bulunmuştur (Michalak ve diğerleri, 2005). Bu tarz benzer sonuçların arkasında yatan bir neden bu kişilerin etraflarından aldığı sosyal destek olabilir. Üçüncü basamak tedavi hizmeti veren bir psikiyatri polikliniğindeki şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konmuş kişilerle yürütülen kesitsel bir çalışmada (Prabhakaran ve diğerleri, 2021), remisyon sürecindeki şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konmuş kişiler arasında sosyal destek benzer düzeylerde bulunmuştur.

Yukarıdaki çalışmalarda da görüldüğü gibi, bu mevcut çalışmadaki iki grup arasında da işlevsellik düzeylerinin benzer çıkması literatüre bu iki grubun başka işlev türlerinde de benzer seviyelere sahip olduklarını göstermesi açısından önemlidir.

Sonuç olarak, bu çalışmada bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan kişilerin işlevselliklerini değerlendirilmesi ve hastalık şiddetinin işlevsellik üzerine etkisini araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın genel hipotezi bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı alan kişilerin işlevsellik bakımından farklılaşacağıydı. Daha spesifik olarak, bipolar

bozukluk tanısı alan kişilerin işlevselliğinin şizofreni tanısı alan kişilerin işlevselliğinden daha iyi olması ve işlevsellik puanlarının daha düşük olması öngörülmekteydi. Ancak bulgularımız bu hipotezimizi desteklememiştir.

Çalışmalarımızın bulgularını sıralarsak:

- Bipolar tanısı almış kişiler ile şizofreni hastalığına sahip kişiler işlevsellik yönünden karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır
- Hastalık şiddeti bütün işlevsellik boyutlarını etkileyen çok önemli bir faktör olarak bulunmuştur
- Bipolar bozukluğa sahip kişilerde madde kullanımı ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur olarak. Buna ek olarak, yine aynı bireylerde hastalık şiddeti ile intihar girişimi de anlamlı bir ilişkiye sahiptir.
- Şizofreni tanısı konmuş bireylerin geçmişte travmatik deneyimler geçirmesi işlevselliğin kişilerarası ilişki ve boş zaman aktivitesi boyutlarını kötüleştirdiği bulunmuştur.

Literatürde bipolar bozukluğunun ve şizofreni hastalığının işlevselliğin bilişsel, sosyal, ekonomik boyutları gibi birçok boyutunu etkilediği önceden gösterilmiştir. Bu çalışmada ise bu iki grup karşılaştırılmış ve iki grup arasında işlevsellik boyutları bakımından fark bulunamamıştır. Ancak bu araştırmanın literatüre önemli bir katkısı da hastalık şiddetinin işlevsellik ile ne kadar ilintili ve üzerinde ne kadar büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermek olmuştur. Bu nedenle literatüre bu bulguları katması adına çalışmamız önemini kazanmaktadır. Aynı zamanda madde kullanımı ve travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın şizofreni ve bipolar bozuklukta hastalık şiddetini etkileyen bir faktör olarak görülmesinin klinik anlamda değerlendirme ve tedavi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalar İçin Öneriler

Araştırma örnekleminin özel hastane koşullarından seçilmiş olması, diğer kurumlarla karşılaştırma olanağını sunmaması nedeniyle sınırlılık olarak sayılabilir. Kurumun yarattığı sınırlılık sebebiyle, örneklemin bipolar ve şizofreni hasta sayıları ve kadın erkek sayıları eş tutularak seçilememiş olması dengeli bir karşılaştırma yapmayı engeller bir noktada görülebilir. Bunlara ek olarak yaş aralığının geniş olması işlevselliğin düşük olma sebebini etkileyen bir diğer değişken gibi görüldüğünden, sonraki araştırmalarda örneklemin daha yakın aralıkta toplanması ve bu ek değişkenin eleve edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmayı oluşturan ölçek toplama süresinin kısıtlı olması ve bahsi geçen hasta grubunun yatış süresinin uzun olması sebebiyle ulaşılan örneklemin dar kalmış olması da diğer bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Değerlendirme ölçeklerinin yatış sürecinde uygulanmış olması, akut dönemin yatışmış olması beklenmiş olsa da, hastaların remisyon dönemlerindeki işlevselliğini tam yansıtamamış olabilir.

Bipolar ve şizofreni hastaları arasındaki işlevsellik düzeylerinin sınırlılıklar aşılarak incelenmesi önem arz etmektedir. Öncelikle örneklemin rastgele tüm kurumlardan seçiliyor olması homojenlik açısından önemli olacağı düşünülmektedir. Araştırma süresi uzun tutularak örneklemin genişletilmesinin araştırmanın örneklemin genellenebilirliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bunlara ek olarak değerlendirilen hastaların taburculuk sonrası remisyon dönemlerinde tekrar değerlendirilmesi azalan hastalık şiddeti ile işlevsellik arasındaki korelasyonu daha geçerli kılacaktır.

Kişilerin kullandığı madde miktarını ve sıklığını ölçmek araştırma dışı kalır diye düşünüldüğünden, bunun ölçülmemiş olması madde miktar ve sıklığı ile işlevsellik düzeyi arasındaki ilişkiyi ölçmekte bir sınırlılık oluşturmuştur.

KAYNAKÇA

- Altshuler, L. L., Ventura, J., Van Gorp, W. G., Green, M. F., Theberge, D. C., Mintz, J. (2004). Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biological psychiatry*, 56(8), 560-569.
- Anthony, W. A. (1998). Psychiatric rehabilitation technology: Operationalizing the "black box" of the psychiatric rehabilitation process. *New Dir Ment Health Serv.;*(79):79-87.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., Adana, F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10;2.
- Aydemir, Ö., Uykur, B. (2012). Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*;23(3):193-200.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinoshian, B., Altshuler, L., Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatric services*, 57(7), 927-936.
- Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry Clin Neurosci* ;70(10):424-433
- Brissos, S., Dias, V.V., Carita, A.I, Martinez-Aran, A. (2007). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160(2008), 55-62.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R. M., Poulton, R. (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific

- to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Archives of general psychiatry*, 59(5), 449-456.
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., Tufan, A.E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*;53(5):484-9.
- Corrigan, P. W., Penn, D. L. (2001). *Social cognition in schizophrenia*. Washington DC: American Psychological Association.
- Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Weiser, M., Kaplan, Z., & Mark, M. (1999). Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1328-1335.
- Deckersbach, T., Nierenberg, A. A., Kessler, R., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Sachs, G., ... & Dougherty, D. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: an open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS neuroscience & therapeutics*, 16(5), 298-307.
- Delgado, S., Schenkel, L. S., Meredith, C., Purcell, L., & Spaulding, W. D. (2001). Child abuse and neglect in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits.
- Dilbaz, N., Özalp, E., Bayam, G., (2000). Nörolojik Silik İşaretler Açısından Erken Başlangıçlı Şizofreniyle yetişkin Tip Şizofreninin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*; 3:176-184.
- Durand, D., Strassnig, M.T., Moore, R.C., Depp, C.A., Ackerman, R.A., Pinkham, A.E., Harvey, P.D. (2021). Self-reported social functioning and social cognition in schizophrenia and bipolar disorder: Using ecological momentary assessment to identify the origin of bias. *Schizophr Res*;230:17-23
- Dziwota, E., Stepulak, M.Z., Włoszczak-Szubzda, A., Olajossy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Ann Agric Environ Med*, 14;25(1):50-55.

- Dziwota, E., Stepulak, M.Z., Włoszczak-Szubzda, A., Olajossy, M., 2018. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Ann Agric Environ Med*, 14;25(1):50-55.
- Eack, S.M., Newhill, C.E., 2007. Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*; 33(5):1225-1237.
- Frajo-Apor, B., Pardeller, S., Kemmler, G., Mühlbacher, M., Welte, A.S., Hörtnagl, C., Derntl, B., Hofer, A. (2021). Springer
- Frith, C.D., Blakemore, S.J., Wolpert, D.M. (2000). Explaining the symptoms of schizophrenia: Abnormalities in the awareness of action. *Brain Res Brain Res Rev*;31(2-3):357-63.sf.357-363.
- Girolamo, G., Rocchetti, M., Benzi, I.M.A., Macis, A., Pogliaghi, S., Starace, F. (2020). Daily time use, Physical Activity, quality of care and interpersonal relationships in patients with Schizophrenia spectrum disorders (DiAPASon): an Italian multicentre study. *BMC Psychiatry*; 20:287.
- Girolamo, G., Rocchetti, M., Benzi, I.M.A., Macis, A., Pogliaghi, S., Starace, F., 2020. Daily time use, Physical Activity, quality of care and interpersonal relationships in patients with Schizophrenia spectrum disorders (DiAPASon): an Italian multicentre study. *BMC Psychiatry*; 20:287.
- Göka, E., Göka, S., Aydemir, Ç., Aksaray, S., Yalçın, E. S., Kısa, C. (2009). Bipolar Bozukluk Manik Epizotta BDNF Düzeyleri ve Tedavi ile Değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*; 19, 8-13.
- Harris, M., Blanco, E.A., Rempfer, M. (2021). Cognition and Daily Life Functioning Among Persons With Serious Mental Illness: A Cluster Analytic Examination of Heterogeneity on the Test of Grocery Shopping Skills. *Neuropsychology*; 35(1):57-68.
- (2015) <https://www.izmirpsikiyatrist.com/2015/02/23/psikiyatrik-bozukluk-islevsellik/adresinden-alindi>

- Huxley, N. A., Rendall, M., Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(4), 187-201.
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V.C., Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, Nov;54(8):1169-76.
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V.C., Hestad, K., 2013. Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*, Nov;54(8):1169-76.
- Jones, P., Murray, R., Rodgers, B., Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *The Lancet*, 344(8934), 1398-1402.
- Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM 5*. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü Hekimler Yayın Birliği.
- Kuşçu, M.K., Çetinkaya Duman, Z., Akman, M., Üçok, A., Göktepe, E.O. (2006). Şizofreni Tedavisinin Aile Merkezli Değerlendirilmesi: Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 17(3):192-203
- Martínez-Arán, A., Torrent, C., Solé, B., Bonnín, C. M., Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Vieta, E. (2011). Functional remediation for bipolar disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 7, 112.
- Mennin, D., Farach, F. (2017). Emotion and Evolving Treatments for Adult Psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 329-352.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 1-17.
- Miklowitz, D. J., Johnson, S. L. (2008). Bipolar disorder. In W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, & L. W. Craighead (Eds.), *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* (pp. 366–401).

- Muradov, S. (2020). Examining occupational functioning in individuals with bipolar disorder: an interpretative phenomenological analysis.
- Os, J.V., Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*; 374(9690): 635-645.
- Östman, M., Björlman, A.C. (2013). Schizophrenia and Relationships: The Effect of Mental Illness on Sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*.
- Özcan, S., Tamam, L., Soydan, A. (2012). Bipolar bozukluk ve transseksüalite: İki olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4).
- Özer, S. K., Uluşahin, A., Kabakçı, E. (2001). Bipolar Hastalarda Ataklar Arası Dönemde Tedavi ve Gidiş İlişkisi. *The Lancet*, 387(10027).
- Prabhakaran, S., Nagarajan, P., Varadharajan, N. & Menon, V. (2021). Relationship Between Quality of Life and Social Support Among Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study
- Reed, A.C., Lee, J., Green, M.F., Hamilton, H.K., Miller, G.A., Subotnik, K.L., Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Yee, C.M. (2019). Associations between physiological responses to social-evaluative stress and daily functioning in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research* 218(2).
- Siegrist, K., Millier, A., Amri, I., Aballéa, S., Toumi, M. (2015). Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*; 30;230(3):860-6
- Stilo, A.S., Murray, R.M. (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*,14;21(10):100.
- Şükrü, F., Öztürk, M., Kılıç, Ö., Güneytepe, S.İ., Üçok, A. (2018). Altı aylık kişilerarası grup psikoterapisinin bir toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarının işlevselliği üzerine etkisi. *Anadolu psikiyatri Dergisi*; 19(6):559-566.
- Tamam, L. (2007). Bipolar bozukluk ile anksiyete bozukluğu birlikteliği: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 18, 59-71.

- Tohen, M., Zarate Jr, C. A., Hennen, J., Khalsa, H. M. K., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., ... & Baldessarini, R. J. (2003). The McLean-Harvard first-episode mania study: prediction of recovery and first recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2099-2107.
- Vahip, S. (2004). Bipolar depresyon. *J Clin Psy*; 7(1): 41-44
- Vahip, S., Aydemir, Ö., Akkaya, C., Altınbaş, K., Kora, K., Dikici, D., S., Akdeniz, F., Kalaycı, F., Oral, T., Vahip, I., Alkan, M. ve Angst, J. (2017). Hipomani Soru Listesi-32-yenilenmiş sürümün Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 28(2), 117-123.
- Vlada, M., Raucher- Chéné, D., Henry, A., Kaladijian, A. (2017). Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection?. *Eur Psychiatry*;52:116-125.
- Wang, K., Song, L. L., Cheung, E. F., Lui, S. S., Shum, D. H., Chan, R. C. (2013). Bipolar disorder and schizophrenia share a similar deficit in semantic inhibition: a meta-analysis based on Hayling Sentence Completion Test performance. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 46, 153-160.
- WHO. (2017). World report on disability. Geneve: Mental Healt Atlas.
- Yayınlar. (2012, Ağustos). nisan 2012 tarihinde <http://www.ubak.gov.tr> adresinden alındı
- Yazıhan, N., Doruk, A., Balıkçı, A., & Erdem, M. (2015). İki uçlu bozukluk manik ve iyileşme dönemlerindeki bilişsel işlevler: Bir İzlem Çalışması. *Journal of Mood Disorders*; 5(2),62-8.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmayı destekleyen kurum: İstanbul Kent Üniversitesi

Adres : İstanbul Kent Üniversitesi

Araştırmanın adı : Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Kişilerde İşlevselliğin Değerlendirilmesi ve İşlevselliği Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Araştırmacının adı : Kardelen AYDIN

Sayın katılımcı,

İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Kardelen Oğhan, “Şizofreni ve Bipolar Bozukluğu Olan Kişilerde İşlevselliğin Değerlendirilmesi ve İşlevselliği Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” adlı altında bilimsel bir araştırma projesi yürütmektedir.

Bu çalışma ile tanı almış bipolar hastalarının remisyon dönemlerinde Duygu Düzenleme Becerilerinin Stresli Durumlarla Başa Çıkma Yollarına Etkisi incelenecektir.

Çalışma, öğretim üyesi Sn. Dr. Mustafa Kemal Özcan danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmada bize yardımcı olmanız, Psikoloji alanı için büyük önem taşımaktadır. Araştırmaya katılmak isterseniz, lütfen bu formu imzalayıp bize ulaştırınız.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde araştırmaya katılan her kişiden beklediğimiz gibi sizden de araştırma kapsamında yer alan; “Kısa İşlevsellik Ölçeği, BPRS ve Kişisel Bilgi Formu” nu doldurmanız istenmektedir.

Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esas tutulmaktadır. Verilen ölçek ve Kişisel Bilgi Formundaki bilgiler değerlendirme sistemine girilirken sadece ve rastgele bir sayı ile kodlanarak kaydedilecektir. Ölçekler ve demografik bilgi formları araştırma projemiz süresince muhafaza edilip araştırma sona erdiğinde ortadan kaldırılacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Katıldığınız takdirde çalışmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir sebep göstermeden onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmada hiçbir şekilde kişiyi rencide edici ve bilgilerini ifşâ edici bir durum olmayacağını vurgulamak isteriz. Araştırma projesi hakkında ek bilgi almak istediğiniz takdirde lütfen İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Kardelen AYDIN ile temasa geçiniz. Adres: İstanbul Kent Üniversitesi

Eğer bu araştırma projesine katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen bu formu imzalayıp katlayarak araştırmacıya geri veriniz.

Ben,, yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma imkanı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir ters tutum ve/veya olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Formun bir örneğini aldım / almak istemiyorum (bu durumda araştırmacı bu kopyayı saklar).

Katılımcının;

Önemli: Adınızı soyadınızı yazmak istemezseniz, bir kelime ve en az 4 rakamdan oluşan bir rumuz yazmanız gerekiyor. Örnek: “Güneş 2020” gibi).

Not: Buraya yazacağınız isim veya rumuz araştırmada başka form veya ölçeklerde sizden istenmeyecektir.

Adı-Soyadı (veya rumuz) :

İmzası :

Adresi :
.....

.....

Telefon No (GSM) :
.....

Tarih (gün/ay/yıl) : /...../.....

Araştırmacının;

Adı-Soyadı :

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl) : ... /...../.....



EK 2: Hasta Bilgi Formu

İsim-Soyisim:

Tarih:

Cinsiyetiniz:

Doğum tarihi:

1- Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okulu bitirmedim, okur yazarım.
- ☐ İlkokulu bitirdim.
- ☐ Ortaokulu bitirdim.
- ☐ Liseyi bitirdim.
- ☐ Üniversiteyi bitirdim.

2- Çalışma durumunuz nedir?

- ☐ Düzenli bir işim var (memur, esnaf, ticaret vb.)
- ☐ Düzensiz bir işim var (geçici işler aile işinde düzensiz çalışma, işporta, bohçacılık vb.)
- ☐ Emekliyim (malulen dahil)
- ☐ Halen eğitime devam ediyorum.
- ☐ Ev kadınıyım
- ☐ Fiziksel veya ruhsal engelim nedeniyle çalışamıyorum
- ☐ Çalışmıyorum.

3- Medeni durumunuz nedir?

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Ayrı
- ☐ Boşanmış
- ☐ Dul
- ☐ Diğer

4- Çocuğunuz var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet, ____ tane.

5- Anne ve babanız hayatta mı?

- ☐ İkisi de hayatta
- ☐ Annem hayatta
- ☐ Babam hayatta
- ☐ İkisi de hayatta değil

6- Kaç kardeşsiniz? Siz kaçınıcı çocuğunuz?

7- Ailenizde psikiyatrik öykü var mı? Varsa kimde ve nedir?

8- Ekonomik zorluklar sebebiyle temel ihtiyaçlarınızı bile karşılamakta zorlandığınız olur mu?

(Temel ihtiyaçları karşılayamamaya örnekler; bakkaldan ekmek alamama, kira ödenmediği için sokağa atılma, faturayı ödeyememekten evde elektriğin kesilmesi gibi durumlar sayılabilir.

Temel ihtiyaçları karşılayamama, geçim sıkıntısından daha güç bir durumu ifade etektedir.)

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen

- ☐ Coğu zaman
 - ☐ Neredeyse her zaman
- 9- Genel olarak ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- ☐ Çok iyi
 - ☐ İyi
 - ☐ Orta
 - ☐ Kötü
 - ☐ Çok kötü
- 10- Neden buradasınız?
- ☐ Ailemin isteęiyle
 - ☐ Kendi isteğimle
- 11- Hastaneye kaçınıcı yatışıınız?
- ☐ İlk yatış.
 - ☐ 2 ve üstü
- 12- Daha önce EKT uygulandı mı?
- ☐ Evet. ____ seans
 - ☐ Hayır
- 13- İntihar girişiminiz oldu mu?
- ☐ Evet. ____ kere
 - ☐ Hayır
- 14- Son dönemlerde sizi olağandan fazla etkileyen bir olay yaşadınız mı? (kayıp, ayrılık, taşınma, evlenme, doğum, aile problemleri)
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 15- Madde-Alkol kullanımı var mı?
- ☐ Yok
 - ☐ Alkol kullanıyorum
 - ☐ () ayda 1-3 kere
 - ☐ () haftada 1-5 kez
 - ☐ () hemen hemen her gün
 - ☐ Madde kullanıyorum (kullandığınız maddeyi yuvarlak içine alınız; esrar, ecstasy, eroin, kokain, taş, diğer)
 - ☐ () ayda 1-3 kere
 - ☐ () haftada 1-5 kez
 - ☐ () hemen hemen her gün
- 16- Aileniz içinde bulunduğunuz süreçte size nasıl yaklaşıyor?
- ☐ Destek oluyorlar
 - ☐ Destek olmuyorlar
- 17- Kronik bir hastalığınız var mı?
- ☐ Troid
 - ☐ Hipertansiyon
 - ☐ Şeker hastalığı
 - ☐ Diğer

EK – 3: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

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

ÖZERKLİK 1. Evde sorumluluk üstlenme 2. Kendi başına yaşayabilme 3. Alışveriş yapabilme 4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK 5. Maaşlı bir işte çalışabilme 6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme 7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme 8. Mesleki kazanımlar elde etme 9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK 10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme 11. Akıldan hesap yapabilme 12. Bir problemi hakkıyla çözebilme 13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme 14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
MALİ KONULAR 15. Kendi parasını idare edebilme 16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER 17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme 18. Sosyal faaliyetlere katılabilme 19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme 20. Ailesiyle birlikte yaşama 21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması 22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ 23. Egzersiz veya spor yapma 24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3) (0) (1) (2) (3)

EK 4: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

Ad/Soyad:

Tarih:

	Yok	Çok hafif	Hafif	Orta	Orta-şiddetli	Şiddetli	Aşırı derecede şiddetli
Puanlama:	0	1	2	3	4	5	6
1. SOMATİK UĞRAŞLAR: <i>Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis</i>							
2. ANKSİYETE: <i>Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku</i>							
3. DUYGUSAL İÇE KAPANMA: <i>Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik</i>							
4. DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: <i>konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri</i>							
5. SUÇLULUK DUYGULARI: <i>Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma</i>							
6. GERGİNLİK: <i>Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri</i>							
7. MANİYERİZM VE POSTÜR: <i>Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)</i>							
8. GRANDİYOZİTE: <i>Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı</i>							
9. DEPRESİF DUYGUDURUM: <i>Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik</i>							

10. DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret						
11. KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma						
12. HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama						
13. MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma						
14. İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme						
15. OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı						
16. DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma						
17. TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma						
18. DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı						

ÖZGEÇMİŞ

Kardelen AYDIN; Lisans eğitimini 2018 yılında Özyeğin Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde tamamladı. Mezun olduğu yıl İstanbul Kent Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına başladı. Alanındaki gelişmeleri takip etmek için seminer ve eğitimlere katılmakta ve özel bir psikiyatri hastanesinde servis psikoloğu olarak çalışmakta, seanslarına da devam etmektedir.

