T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİYE UYUM EĞİTİMİNİN TEDAVİYE UYUM, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

EBRU BAŞKAYA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ARALIK 2019


GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİYE UYUM EĞİTİMİNİN TEDAVİYE UYUM, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Ebru BAŞKAYA

DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ARALIK 2019

Ebru BAŞKAYA tarafından hazırlanan "BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİYE UYUM EĞİTİMİNİN TEDAVİYE UYUM, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Satı DEMİR
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Başkan: Prof. Dr. Hülya BULUT
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Tez savunma tarihi:23 /12 /2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Ebru BAŞKAYA

23/12/2019

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİYE UYUM EĞİTİMİNİN TEDAVİYE UYUM, SOSYAL İŞLEVSELLİK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Ebru BAŞKAYA

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2019

ÖZET

Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma niteliksel ve yarı deneysel araştırma tasarımlarının kullanıldığı iki aşamadan oluşmaktadır. Ön hazırlık aşamasında, bipolar hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemek için tanımlayıcı nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi ile 15 Eylül-15 Aralık 2018 tarihleri arasında Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 11 hastadan veri toplanmış ve betimsel analiz yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. İkinci aşama, 15 Ocak-1 Eylül 2019 tarihleri arasında Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 19 hasta ile bir üniversite hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde ayaktan takip edilen ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 21 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada Katılımcı Bilgi Formu, Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Veriler, Tedaviye uyum eğitimi öncesi, sonrası ve üçüncü ayda toplanmıştır. Hastalarla derinlemesine yapılan görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan tedaviye uyum eğitimi araştırmacı tarafından müdahale grubuna (n=19), haftada bir gün olmak üzere toplam beş oturum bireysel olarak uygulanmıştır. Eğitimden sonra müdahale grubundaki hastalara eğitim kitapçığı dağıtılmış ve üç ay boyunca haftada bir kez telefonla danışmanlık verilmiştir. Kontrol grubuna (n=21), ön test uygulandıktan sonra herhangi bir müdahalede bulunulmamış, izlem ölçümü tamamlandıktan sonra gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık yapılmış ve eğitim kitapçığı dağıtılmıştır. Eğitim sonrası son testler, eğitimin bitiminden üç ay sonra ise izlem testleri her iki gruba da uygulanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için etik komisyondan, kurumdan ve hastalardan yazılı izin alınmıştır. Tedaviye uyum eğitimi öncesi müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri ile ön test ölçek puanları arasında anlamlı fark olmayıp grupların benzer olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalara göre son test ve izlemde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak; uygulanan tedaviye uyum eğitimi hastaların tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini artırmada etkili olmuştur. Çalışmanın sonucunda, bipolar hastalar için tedaviye uyum eğitiminin hastaların tedavi sürecine entegre edilmesi önerilebilir.

Bilim Kodu : 1032.2

Anahtar Kelimeler : Bipolar Bozukluk, Tedaviye Uyum Eğitimi, Tedaviye Uyum, Sosyal İşlevsellik, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik

Sayfa Adedi : 161

Danışman : Doç. Dr. Satı DEMİR

THE EFFECT OF TREATMENT ADHERENCE TRAINING ON THE PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER ON TREATMENT ADHERENCE, SOCIAL FUNCTIONİNG AND QUALITY OF LIFE

(Ph. D. Thesis)

Ebru BAŞKAYA

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

December 2019

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the effect of treatment adherence training to the patients with bipolar disorder on treatment adherence, social functioning and quality of life. The study consists of two stages in which qualitative and semi-experimental research designs are used. In the preliminary stage, descriptive qualitative research method has been used in order to determine the information needs in treatment process of bipolar patients. Data were collected from 11 patients registered to the Community Mental Health Center between Septemberth 15 and December 15th, 2018 by using in-depth interview method and analyzed using descriptive analysis method. Second stage has been carried out between January 15th – Septemberst 1, 2019 with 19 patients registered to Community Mental Health Center and 21 patients who were outpatients in Psychiatry Policlinic of a university hospital and met the inclusion criteria. Participant Information Form, Semi-Structured Interview Form, Medical Treatment Compliance Rate Scale, Social Functioning Scale and World Health Organization Quality of Life Scale Short Form were used in the study. The data were collected before and after treatment adherence training and in the third month. Treatment adherence training created in accordance with the data obtained from the in-depth interviews with patients was individually applied by the researcher to the intervention group (n=19) as totally five sessions one day per week. After the training, a training booklet was handed out to the patients in the intervention group and telephone counseling was given once a week for three months. Following the pre-test the control group (n=21) was not intervened, counseling was provided in accordance with their needs after the follow-up measurement was completed and the training booklet was handed out. Following the training, final tests and after three months following the training follow-up tests were applied to both two groups. For the study, approvals from both the Ethics Commission and the institution, as well as written consents from patients were obtained. There was no significant difference between the descriptive characteristics and pre-test scale scores of the patients in the intervention and control groups before treatment adherence training, but the groups were similar ($p>0.05$). The mean scores of adherence to treatment, social functioning and quality of life of the patients in the intervention group were found higher in the post-test and follow-up than the patients in control group ($p<0, 05$). In conclusion, the treatment adherence training had an effect on increasing the patients' treatment adherence social functioning and quality of life. As a result of the study, it may be suggested to integrate treatment adherence training for bipolar patients into the treatment process of the patients.

Science Code : 1032.2

Key Words : Bipolar Disorder, Treatment Adherence Education, Treatment Adherence, Social Functioning, Quality Of Life, Nursing

Page Number : 161

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Satı DEMİR

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde bana danışmanlık yapan, yapıcı önerileriyle katkıda bulunan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Satı DEMİR'e,

Tez izleme jürimde yer alarak çalışmama katkıda bulunan ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Hülya BULUT ve Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a,

Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışan tez sürecimde hastalarla tanışmamda ve onlarla bağlantı kurmamda bana destek olan Gülseren SUNAL hemşireye,

Çalışmama katılan hastalara,

Tez sürecimde benden daha fazla sabır gösterip, başarılı olacağıma yürekten inanan canım eşim Sinan BAŞKAYA'ya,

Tez sürecimde hayatıma giren, hayatıma anlam katan ve bana annelik duygusunu yaşatan canım kızım Nisanur BAŞKAYA'ya,

Çocukluğumdan bugüne kadar maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen canım aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

İÇİNDEKİLER vii

ÇİZELGELERİN LİSTESİ x

ŞEKİLLERİN LİSTESİ xi

SİMGELER VE KISALTMALAR xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 9

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı 9

2.2. Bipolar Bozukluk Dönemlerinin Belirti ve Bulguları 10

2.2.1. Manik dönem 10

2.2.2. Depresif dönem 11

2.2.3. Hipomanik dönem 13

2.2.4. Karma dönem 14

2.3. Bipolar Bozuklukta Risk Faktörleri 14

2.4. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi 14

2.5. Bipolar Bozukluğun Etyolojisi 16

2.5.1. Biyolojik etkenler 16

2.5.2. Çevresel etkenler 18

2.6. Bipolar Bozuklukta Gidiş ve Sonlanım 19

2.7. Bipolar Bozuklukta Tedavi 20

2.7.1. Farmakolojik tedavi 21

2.7.2. Elektrokonvülsif tedavi 25

Sayfa

2.7.3. Psikososyal terapiler 25
2.8. Bipolar Bozuklukta Tedaviye Uyum 27
2.9. Bipolar Bozuklukta Sosyal İşlevsellik 29
2.10. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi 31
2.11. Bipolar Bozuklukta Tedaviye Uyum Eğitimi ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği 33
3. GEREÇ VE YÖNTEM 35
3.1. Araştırmanın Tipi 35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 35
3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri 35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 36
3.4.1. Araştırma örnekleminin akış diyagramı 39
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 39
3.6. Veri Toplama Araçları 40
3.7. Tedaviye Uyum Eğitiminin Geliştirilmesi 42
3.7.1. Araştırmanın ön hazırlık aşaması 42
3.7.2. Tedaviye uyum eğitimi oturumları 46
3.8. Uygulama 48
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 50
3.10. Araştırmanın Etik Yönü 51
4. BULGULAR 53
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 53
4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular 54
4.3. Hastaların Ölçek Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular 59
4.4. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular 61
4.5. Ölçeklerin Ön Test-Son Test ve Ön Test-İzlem Arası Değişim İlişkisi ile İlgili Bulgular 62

Sayfa

5. TARTIŞMA 67

5.1. Tedaviye Uyum Eğitiminin Tedaviye Uyum, Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi 67

5.2. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi 69

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 71

KAYNAKLAR 73

EKLER 89

EK-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzni 90

EK-2. Kurum İzni 92

EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu- 1 93

EK-4. Katılımcı Bilgi Formu-1 94

EK-5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu 95

EK-6. Bilgilendirilmiş Onam Formu-2 96

EK-7. Bilgilendirilmiş Onam Formu-3 97

EK-8. Katılımcı Bilgi Formu - 2 98

EK-9. Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği 99

EK-10. Sosyal İşlevsellik Ölçeği 100

EK-11. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu 103

EK-12. Tedaviye Uyum Eğitimi Oturumları 105

EK-13. Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği 109

EK-14. Ölçek İzin Yazıları 123

EK-15. İlaçların Etkilerini İzleme Formu 125

EK-16. Sosyal İşlevsellik Takip Formu 126

EK-17. Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı 127

ÖZGEÇMİŞ 159

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 2.1. Bipolar bozuklukta risk faktörleri ve koruyucu faktörler 14

Çizelge 3.1. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi aşamasında görüşme yapılan hastaların sosyodemografik özellikleri 45

Çizelge 3.2. α=0,05 anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik indeksleri (KGI) için minimum değerler 46

Çizelge 3.3. Kategori, tema, alt tema ve tedaviye uyum eğitiminin oturumları 47

Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri 53

Çizelge 4.2. Hastaların ön test ölçek puanlarının dağılımı 54

Çizelge 4.3. Hastaların TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR ölçek puanlarının zamana göre dağılımı 55

Çizelge 4.4. Hastaların ölçek puanlarının zaman, grup ve grup*zaman etkileşimleri 57

Çizelge 4.5. Hastaların ölçek etki büyüklükleri 59

Çizelge 4.6. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirmesi 61

Çizelge 4.7. Müdahale grubu ölçeklerin ön test-son test ve ön test-izlem arası değişim ilişkileri 64

Çizelge 4.8. Ön test-son test ve ön test-izlem arası değişime ilişkin regresyon modelleri ve regresyon modellerine ait katsayılar 65

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil **Sayfa**

Şekil 3.1. Örneklemin akış diyagramı..... 39

Şekil 3.2. Araştırma akış planı..... 49

Şekil 4.1. Hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı 60

Şekil 4.2. Müdahale grubu ölçeklerin ön test - son test arası değişim ilişkisi 62

Şekil 4.3. Müdahale grubu ölçeklerin ön test - izlem arası değişim ilişkisi 63

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simge ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	**Açıklama**
%	Yüzde İşareti
$\bar{X}$	Aritmetik Ortalama
<	Küçüktür İşareti
>	Büyüktür İşareti
≥	Büyükeşittir İşareti
lt	Litre
mEq	Miliekivalan
mg	Miligram
min	En Küçük Değer
ml	Mililitre
n	Olgu Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
SS	Standart Sapma
t	t Testi
$\mathbf{X^2}$	Ki-kare Analizi
Z	Mann Whitney U Testi
δ	Fisher's Exact Test

Kısaltmalar	**Açıklama**
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon (Adrenocorticotropic Hormone)
AOT	Aile Odaklı Terapi
BB	Bipolar Bozukluk
BDT	Bilişsel-Davranışçı Terapi
CRF	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (Corticotropin Releasing Hormone)
KGI	Kapsam Geçerlilik İndeksi (Content Validity Index)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

Kısaltmalar	Açıklama
EKT	Elektrokonvülsif Tedavi
HPA	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
KASRT	Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisi
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
SİÖ	Sosyal İşlevsellik Ölçeği
TRH	Tirotropin Salgılatıcı Hormon
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TTUOÖ	Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
VA	Valproik Asit
WHOQOLBREF-TR	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (World Health Organization Quality of Life Scale Short Form)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Problem durumu/Konunun tanımı

Bipolar bozukluk (BB), tekrarlayan depresyon, mani ve hipomani atakları ile karakterize, ataklar arasında kişinin ötimik (stabil) duyguduruma geri dönebildiği, kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (Davenport, Hardy, Tai ve Mansell, 2018). Dünya nüfusunun %1'den fazlasını etkilemektedir (Pascual-Sánchez ve diğerleri, 2019). Günümüzde bipolar bozukluğun genel toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1 olarak kabul edilmektedir (Rowland ve Marwaha, 2018). Bozukluğun alt tipleri düşünüldüğünde yaşam boyu yaygınlık %6,4'e kadar çıkmaktadır **(**Cederlöf ve diğerleri, 2016). Ülkemizde bipolar bozukluk yaygınlığına ilişkin yapılmış bir çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre, psikotik bulgulu depresyon ve bipolar I bozukluğun yaygınlığı %0,92 olarak bulunmuştur (Binbay ve diğerleri, 2012). Bipolar bozukluk, artmış morbidite ve mortalitenin yanı sıra küresel engellilikle de ilişkilidir (Tatay-Manteiga, 2018). Bipolar hastaların %30-60'ında, hem mesleki hem de sosyal işlevsellik alanlarında önemli düzeyde bozulmaların olduğu bildirilmektedir (Vlad, Raucher-Chéné, Henry ve Kaladjian, 2018). Bozukluk, bireylerin genel işlevsellik alanlarında ciddi sorunlara yol açtığı için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından dünya genelinde en büyük on sakatlık nedeninden biri olarak kabul edilmektedir (Kizilkurt, Gulec, Giynas ve Gulec, 2018).

Bipolar bozukluğun tedavisi genel olarak akut stabilizasyona odaklanır. Burada amaç, mani veya depresyonlu bir hastayı ötimik döneme getirmek, nüks ve yinelemeleri önlemek, eşik altı belirtileri ortadan kaldırmak, sosyal ve mesleki işlevsellikte artış sağlamaktır (Geddes ve Miklowitz, 2013).

İlaç tedavisi bipolar bozukluk tedavisinin bel kemiğini oluşturmaktadır (Berk ve diğerleri, 2010). Ancak bipolar bozuklukta tedaviye katılım ve tedaviyi devam ettirme yönünde çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Yaşanan bu sorunlar nüks ve yinelemenin ana sebepleri olarak düşünülmektedir (Savaş, Ünal ve Vırıt, 2011). Çünkü tedaviye rağmen, hastaların yaklaşık %40'ı bir yıl içinde, %60'ı iki yıl içinde, %75'i ise üç yıl içinde depresyon veya mani atağı geçirmektedir (Geddes ve Miklowitz, 2013; Faridhosseini ve diğerleri, 2017)

Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalığı olan bireylerde ilaç uyumunun da bir bileşeni olduğu tedaviye uyum oranının %50 civarında olduğunu bildirmiştir (Mert ve diğerleri, 2015). Tedaviye uyum, hastanın sağlıkla ilgili sunulan önerileri kabul etmesi ve bunlara uymasıdır (Kao ve Liu, 2010; Dikeç ve Kutlu, 2015). Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk büyük bir problemdir. Tedaviye uyumsuzluk, ilacı önerilen doz ve sıklıkta almamak, ilacı hiç almamak, takip randevularına düzensiz devam etmek ya da hiç katılmamak şeklinde tanımlanabilir. En önemli ve en çok karşılaşılan uyumsuzluk şekli, hastanın önerilen doz ve sıklığı takip etmediği durumlardır (Mert ve diğerleri, 2015). Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine uyumsuzluk yüksek oranda görülmektedir. Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada, bipolar hastaların %57'sinin ilaç tedavisine kısmen veya tamamen uyumsuz olduğu bildirilmiştir (Vieta ve diğerleri, 2012). Col ve diğerlerinin 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada ayaktan tedavi gören Bipolar I bozukluk tanısı konulan hastaların %42,3'ünün ilaç tedavisine uyumsuz olduğu saptanmıştır (Col ve diğerleri, 2014). Başka çalışmalara göre, uzun dönem ilaç tedavisi için uyumsuzluk oranları %12 ile %64 arasında değişmekle birlikte ortalama uyumsuzluk yaygınlığı %41 oranındadır (Leclerc, Mansur ve Brietzke, 2013; Demirkol ve Tamam; 2016; Samalin ve diğerleri, 2018). Ülkemizdeki çalışmalar incelendiğinde; Bahar ve diğerlerinin 2015 yılında yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların %27,1'inin tedavi uyumunun düşük düzeyde olduğu; Aksoy ve Kelleci'nin 2016 yılında yaptığı çalışmada hastaların %16'sının tedavisine tam uyumsuzluk gösterdiği; Mert ve diğerlerinin 2015 yılında yaptığı çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların hastaneye yatmadan altı ay önceki ilaç uyumsuzluk oranlarının %45,5 olduğu saptanmıştır (Bahar ve diğerleri, 2015; Mert ve diğerleri, 2015; Aksoy ve Kelleci, 2016). Bipolar bozuklukta, nüks ve hastaneye yatış oranlarının yüksek olması tedaviye uyumsuzluk ile ilişkilidir (Averous ve diğerleri, 2018) Bunun yanı sıra tedaviye uyumsuzluğun, hastaların sosyal işlevselliğini bozduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir (Colom, Vieta, Tacchi, Sánchez-Moreno ve Scott, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, "bireyin yaşadığı bağlamda ve değer sisteminde beklentileri, amaçları, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak kendi yaşamını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır (Mohandoss, 2017). Yaşam kalitesinde iyileşmeyi sağlamak semptomların uzun vadeli tedavisi kadar önemlidir (Lee ve diğerleri, 2017). Çünkü; bipolar bozuklukta, yaşam kalitesi sistematik olarak belirlenir ve yaşam kalitesi ile ilgili ölçümler iyi anlaşılırsa, hastalığa özgü özellikler de daha iyi anlaşılacak, tedavi çalışmalarının düzenlenmesinde önemli yol alınmış olacaktır (Sachs ve Rush, 2003). González-Ortega ve

diğerlerinin 2016 yılında yaptıkları randomize kontrollü çalışmada müdahale grubunda yer alan hastalara haftada bir kez toplam dokuz seanstan oluşan internet tabanlı psikoeğitim verilmiş ve bunun etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre yaşam kalitelerinin ve tedaviye bağlılıklarının yüksek, relaps ve hastaneye yatış oranının ise düşük olduğu bulunmuştur (González-Ortega ve diğerleri, 2016). O'Donoghue ve diğerleri 2018 yılında bipolar bozukluğu olan hastalara haftada bir on seanstan oluşan psikoeğitimle kombinledikleri kabul ve kararlılık terapisi uygulamış ve etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda bipolar bozukluk tanılı bireylerin klinik bulgularında azalış, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumunda artış olmuştur (O'Donoghue ve diğerleri, 2018).

Bipolar bozukluğu olan hastaların sosyal işlevsellik alanları olumsuz şekilde etkilenmektedir. Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların sağaltımında belirleyici bir etkendir. Sosyal işlevsellik, bireyin kendi öz bakımını yerine getirebilmesi, çalışabilmesi, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi olarak tanımlanmakla birlikte; bir ebeveyn, eş, arkadaş veya iş arkadaşı olarak üstlendiği rollerindeki yeterliliğini ve doyumunu da kapsar. Bireyin sosyal işlevsellik düzeyi; aktivite düzeyini, sosyal desteğini ve genel yaşam işlevselliğini etkilemektedir (Erol ve diğerleri, 2009; Aşık ve Barlas, 2016). Ruhsal bozuklukların tam olarak düzelme göstermeyen, tedaviye rağmen süren inatçı belirtileri hastaların kişisel bakımlarını, günlük aktivitelerini, aile içi ve toplumsal ilişki alanlarındaki işlevselliklerini bozmakta ve yeti yitimine neden olmaktadır. Kronik ve uzun seyirli olmasından dolayı bipolar bozukluk; kişilerin genellikle evlilik ve meslek gibi yaşamlarının tüm bölümlerini olumsuz şekilde etkilemekte bundan dolayı hastaların çoğu işlevsel bozukluk göstermektedir (Bonnin ve diğerleri, 2010; Rosa ve diğerleri, 2010; Hacımusalar ve Doğan, 2019). Hastaların çoğunluğunda işlevsellik kaybı kalıcı olmaktadır (Goossens ve diğerleri, 2007; Sanchez-Moreno ve diğerleri, 2009). Bipolar bozuklukta hastaların işlevsellik düzeyini artırmak tedavinin en önemli hedeflerinden birini oluşturmaktadır. Goossens ve diğerlerinin 2007 yılında yaptıkları çalışmalarda hastaların işlevselliğini artırmaya yönelik ihtiyaçlarının istendik düzeyde karşılanmadığı belirtilmiştir (Goossens ve diğerleri, 2007).

Bipolar bozuklukta hastaların tedavi uyumlarını, işlevsellik düzeylerini ve yaşam kalitelerini artırmak tedavinin en önemli hedefleri arasındadır. İlaç sağaltımları hastalık belirtilerinin kaybolmasında etkili olmakla birlikte; nükslerin önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersiz kalmaktadır (Sajatovic, Davies ve Hrouda, 2004).

Bu gerçekten hareketle, ilaç tedavisini destekleyecek yaklaşımlar üzerinde yoğunlaşılmış ve bazı programlar geliştirilmiştir. Günümüzde uygulanan programlar; psikoeğitim, aile odaklı terapiler, bilişsel davranışçı terapiler, tedaviye uyum programları ve diğer destekleyici terapilerdir. Kurdal ve diğerleri (2014) ötimik dönemde olan bipolar hastalara psikoeğitim vermiş ve hastaların işlevsellikleri üzerine etkisini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki hastaların işlevsellik düzeylerinde anlamlı artışın olduğu bulunmuştur (Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014). Isasi ve diğerlerinin (2014) grup şeklinde uyguladıkları 20 seanslık bilişsel davranışçı terapinin sonucunda kontrol grubundaki hastalara göre müdahale grubundaki hastaların iş ve sosyal işlevsellik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Isasi ve diğerleri, 2014).

Bipolar bozukluğu olan hastalar duygusal, sosyal ve ekonomik yönden birçok sorunla karşılaşmakta, bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, bilgilendirilmeye ve işbirliğine gereksinim duymaktadır (Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014). Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını geliştirme, hastalıkları önleme ve hastalıkla baş etmede ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresine önemli roller düşmektedir ve bu rollerden birisi de eğitici rolüdür. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin bu eğitici rolündeki amacı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda hastaların eğitim gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlerin karşılanmasında özgül eğitim programları planlamak ve bireylere sunmaktır (Gümüş, 2006). Son yıllarda ruh sağlığı alanında toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarının yaygınlaşması ile birlikte toplum ruh sağlığı merkezleri açılmaya başlanmıştır. Bu merkezler hastalara eğitim vermek için en uygun olan birimlerdir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin amacı; ruh sağlığını koruma ve geliştirme, özellikle kronik psikiyatri hastalarının topluma yeniden uyumunu sağlama, hastaneye yatışı önleme, atakları erken fark etme, yeti yitimini en aza indirme, bireyin işlevlerinin gelişmesini sağlamaktır (T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Hemşireler ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik çeşitli sosyal ortamlarda bakım, eğitim, danışmanlık, vaka yönetimi, psikoterapi gibi rol ve sorumluluklar üstlenmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan toplum ruh sağlığı hemşirelerinin hastalarla toplum ortamında işbirliğine dayalı bir ilişki içinde hastalıkla baş etme ve işlevselliklerini artırmada hasta ve aileleri güçlendirme sorumluluğu ve fırsatı bulunmaktadır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2019).

Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin, tedavi yönetimine sağladığı katkı hastaların bağımsız öz bakımını yapabilmelerine, genel işlevselliklerini artırmaya odaklıdır. Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedaviye karşı uyumu destekleyen yaklaşımlar geliştirme ve uygulamada ruh sağlığı ekibinin bir parçası olan hemşirelerin de aktif rol alması büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda birebir hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında onların gereksinim duydukları konular belirlenerek oluşturulan Tedaviye Uyum Eğitiminin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından kolayca uygulanabilen psikoterapötik bir yaklaşım olarak hastaların tedaviye karşı uyumuna katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan taramalarda bipolar bozukluğu olan hastalara bireysel ya da grup şeklinde uygulanan psikososyal müdahalelerde hastaların gereksinimleri belirlenerek oluşturulmuş bir yaklaşımın uygulandığı çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolasıyla hastaların ihtiyaçları doğrultusunda psikososyal yaklaşımların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Araştırmanın hipotezleri

$H_{1\text{-}1}$: Tedaviye uyum eğitimi bipolar bozukluğu olan hastaların tedaviye uyum düzeyini artırır.

$H_{1\text{-}2}$: Tedaviye uyum eğitimi bipolar bozukluğu olan hastaların sosyal işlevsellik düzeyini artırır.

$H_{1\text{-}3}$: Tedaviye uyum eğitimi bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesini artırır.

$H_{1\text{-}4}$: Tedaviye uyum eğitimi, ön test-son test arası ölçümlerde tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında bir değişim ilişkisi ortaya çıkarır.

$H_{1\text{-}5}$: Tedaviye uyum eğitimi, ön test-izlem arası ölçümlerde tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında bir değişim ilişkisi ortaya çıkarır.

Araştırmanın önemi

Bipolar bozuklukta hastaların tedavi uyumlarını, işlevsellik düzeylerini ve yaşam kalitelerini artırmak tedavinin en önemli hedefleri arasındadır. Bipolar bozukluğu olan hastalar duygusal, sosyal ve ekonomik yönden birçok sorunla karşılaşmakta, bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, bilgilendirilmeye ve işbirliğine gereksinim duymaktadır (Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014). Bu gerçekten hareketle, ilaç tedavisini destekleyecek yaklaşımlar üzerinde yoğunlaşılmıştır. Literatürde ilaç tedavisine ek grup ya da bireysel olarak uygulanan psikososyal yaklaşımların hastaların tedaviye uyum, sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi, nüks ve hastaneye yatış sayısı, öz etkililik üzerinde olumlu etkisi olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır (McKenzie ve Chang, 2015; González-Ortega ve diğerleri, 2016; Strawbridge ve diğerleri, 2016; Chiang ve diğerleri, 2017; Faridhosseini ve diğerleri, 2017; Pakpour ve diğerleri, 2017; O'Donoghue ve diğerleri, 2018; Hanssen ve diğerleri, 2019). Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan müdahale çalışmalarında daha önce var olan eğitim programları kullanılmıştır (Eker ve Harkın, 2012; Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014; Gümüş, Buzlu ve Çakır, 2015; Gülcü, 2018; Budak, 2019). Hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında onların gereksinim duydukları konular belirlenerek oluşturulmuş bir eğitim programının etkisinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızda hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları deneyimleri, ihtiyaçları birebir hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında belirlenmeye çalışılmıştır. Hastaların, hastalıkları ve tedavilerine yönelik gereksinim duydukları konular belirlenmiş, tedaviye yönelik kaygıları açığa çıkartılarak tedaviye karşı daha uyumlu ve daha istekli olmaları sağlanmıştır. Ayrıca çalışmamızda hastalar tedaviye uyum eğitimi geliştirme sürecine dahil edilmiş, bilgiye dayalı karar vermelerinde yardımcı olunmuştur. Bu nedenle bipolar bozukluğu olan hastaların gereksinimlerine yönelik bütüncül anlayış benimsenerek oluşturulan yapılandırılmış tedaviye uyum eğitiminin tedavi uyumu, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini artırmada etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu durumun kültürel olarak da ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi sürecine önemli katkı sağlayacağı da söylenebilir.

Sınırlılıklar

Araştırmanın sadece gerçekleştirildiği kurumlara genellenebilmesi bu araştırmanın sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Tanımlar

Yaşam kalitesi: “Bireyin yaşadığı bağlamda ve değer sisteminde beklentileri, amaçları, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak kendi yaşamını algılama biçimidir” (Mohandoss, 2017).

Sosyal işlevsellik: “Bireyin kendi öz bakımını yerine getirebilmesi, çalışabilmesi, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi olarak tanımlanmakla birlikte; bir ebeveyn, eş, arkadaş veya iş arkadaşı olarak üstlendiği rollerindeki yeterliliği ve doyumudur” (Erol ve diğerleri, 2009; Aşık ve Barlas, 2016).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı

Bipolar Bozukluk (BB); yineleyen mani / hipomani, depresyon ya da karma ataklarla seyreden, bu ataklar arasında bireyin ötimik döneme dönebildiği, belirgin psikososyal işlevsellikte bozulmaya ve yeti yitimine neden olan, tekrarlama riski yüksek, yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip kronik seyirli, bir duygudurum bozukluğudur (Novick, Swartz ve Frank, 2010; Colom ve Vieta 2012; Işık ve Işık, 2013; Harrison ve diğerleri, 2016; Tatay-Manteiga ve diğerleri, 2018).

Bipolar bozuklukta sınıflandırma

DSM-5'te Bipolar Bozuklukların sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir.

a) Bipolar I Bozukluk
b) Bipolar II Bozukluk
c) Siklotimik Bozukluk
d) Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
e) Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
f) Tanımlanmış Diğer Bipolar ve İlişkili Bozukluk
g) Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk

Bipolar I bozukluk

Bipolar I bozukluğun ana özelliği, bir veya daha fazla manik ya da karma (mikst) dönem geçirmiş olmaktır. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da majör (yeğin) depresyon dönemleri bulunabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Bipolar II bozukluk

Bu bozukluğun ana özelliği, en az bir majör depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin olması, ama manik ya da karma bir dönem bulunmamasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

Siklotimik bozukluk

En az iki yıl süreyle hipomani dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, hipomani belirtilerinin olduğu birçok dönem ve bir majör (yeğin) depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan, depresyon belirtilerinin olduğu birçok dönemin olması ile belirlidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

2.2. Bipolar Bozukluk Dönemlerinin Belirti ve Bulguları

2.2.1. Manik dönem

Manik dönem; neşeli, coşkulu, bazen de öfkeli duygudurum içinde olma, konuşma, hareket ve düşüncede hızlanma, aşırı güçlülük, benlik kabarması, büyüklük duyguları ve sanrılarıyla seyreden bir duygudurum bozukluğu halidir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Mani döneminin belirti ve bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

Duygusal belirtiler

Duygudurumda neşelilik, coşkululuk ve öfke duygusu baskındır. Öforik duygu durum irritabl duygu durum arasında dalgalanmalar görülür. Duygusal yönden değişkenlik yaygın şekilde yaşanabilmektedir (Davidson, 2012; Engin ve Çuhadar, 2014; Köroğlu, 2015).

Davranışsal belirtiler

Konuşmada artma, fiziksel aktivitede hızlanma, zevk veren ve hoşuna giden aktivitelerde artış mani döneminin önemli davranışsal belirtilerdir (Yazıcı, 2007; Davidson, 2012; Fortinash ve Worret, 2014; Işık ve Işık, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Hastalar açık açık espriler yapabilir ve şarkılar söyleyebilirler (Davidson, 2012; Engin ve Çuhadar, 2014; Köroğlu, 2015).Yüksek bir ses tonuyla konuşurlar. Konuşma durumları çok fazla olduğu için sözleri kesilemez (basınçlı konuşma), konuşmaları oldukça dağınıktır (Işık ve Işık, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Dürtü kontrolleri zayıftır. Savurgan davranışlar gösterirler, çok para harcarlar ya da gereksiz yatırımlar yapabilirler (Işık ve Işık, 2013; Towsend, 2016). Olağan dışı kıyafetler giyer ve aşırı makyaj yaparlar. Bu dönemde aktivitelere katılma oranları artar, yeni projelere başlarlar. Üretkenlikleri artmış gibi görünür ancak gerçek üretkenlikleri düşmüştür. Ajitedirler, yerlerinde duramazlar (Fortinash ve Worret, 2014).

Bilişsel belirtiler

Kendine güvende artış ve büyüklük duyguları manin yaygın belirtileri arasındadır **(**Fortinash ve Worret, 2014; Çam ve Engin, 2014). Manide düşünce sürecinde ve içeriğinde değişiklikler görülmektedir (Köroğlu, 2015). Düşünce akışı hızlanmıştır, fikir uçuşmaları görülür (Fortinash ve Worret, 2014; Işık ve Işık, 2013). Eğitim durumları ve entelektüel başarılarının çok daha üstünde özel güçleri ve yetenekleri olduğuna inanırlar (Fortinash ve Worret, 2014; Yüksel, 2014). Bu yükseliş bazen psikotik düzeydedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Genel olarak büyüklük duyguları ve bununla ilgili olarak paranoid düşünceler ortaya çıkmaktadır (Yazıcı, 2007; Towsend, 2016). Dikkatin her şeye yönelmesinden dolayı bir konuya yoğunlaşamama, konsantrasyon güçlüğü ve yargılama bozukluğu görülür (Köroğlu, 2015).

Bedensel (somatik) belirtiler

Hastaların uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma olur. Uyku gereksinimleri azalmıştır ancak yine de uykusuzluktan yakınmazlar. Günlerce uykusuz durabilirler buna rağmen kendilerini yorgun hissetmezler **(**Köroğlu, 2015). Yemek yeme isteği artar. Ancak yemek yemek için zaman ayıramazlar. Bu yüzden yetersiz beslenme durumuna bağlı kilo verebilirler. Cinsel istek ve performansta artış olur (Black ve Andreasen, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Sosyal belirtiler

Mani döneminin başlangıcında hastaların kişilerarası ilişkilerinde artış olur fakat bu uzun sürmez. Bu dönemde daha hareketli ve aktiftirler. İç görüleri azalmıştır, sosyal etkileşimleri bozulmuştur (Işık ve Işık, 2013; Fortinash ve Worret, 2014).

2.2.2. Depresif dönem

Depresyon, toplumsal, mesleki ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalara neden olan, kimi zaman özkıyımın görüldüğü, yeti yitiminin yüksek oranda olduğu, sürekli yinelemelerin yaşandığı, ekonomik sonuçları olan bir bozukluktur (Koç, 2016). Depresif dönemin belirti ve bulgularına aşağıda yer verilmiştir.

Duygusal belirtiler

Major depresyonun iki ana semptomu vardır. Bunlar depresif duygudurum (disfori) ve çökkün duygudurumdur (Fortinash ve Worret, 2014). Çökkün duygudurum belirgindir. Bu durum olağan mutsuzluk duygusundan farklıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Elem, keder ve hüzün duygusu sıklıkla görülür. Genel isteksizlik hali, yaşamı anlamsız bulma, karamsarlık, mutsuzluk duygusu yaşarlar (Işık ve Işık, 2013). Sevdiklerine, arkadaşlarına, iş ve boş zamanlarını değerlendikleri uğraşlarına karşı ilgi azalır. Daha önce doyum kaynağı olan yemek yeme, hobi edinme, spor yapma gibi aktiviteler birey için artık ilgi alanı ve doyum veren durum olmaktan çıkmıştır (Fortinash ve Worret, 2014; Koç, 2016). Yaşadıkları olumsuz duygular nedeniyle çaresizlik hissederler. Benmerkezcidirler, diğerleri onları ilgilendirmez, yalnız kalmaktan hoşlanıyor gibi görünseler de başkalarına bağımlılıkları vardır (Işık ve Işık, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Davranışsal belirtiler

Reterdasyon (psikomotor yavaşlama) ve ajitasyon (psikomotor hareketlilik) durumları gözlemlenir. Sosyal geri çekilme ve fiziksel etkinlikte azalma görülür. Alçak ses tonu ile tek düze konuşmaları vardır. Öz bakımda yetersizlik ve gündelik işleri yapmamama durumu yaşarlar. Vücut postürleri sıklıkla kamburu çıkmış gibidir, başları öne eğik, yüzünde üzüntülü bir ifade ve donukluk, bakışlarında sabitleşme, sürekli yere bakma, şaşkınlık ve tedirginlik görülür. Bu duruma psikomotor retardasyon denir. Genç hastalarda daha çok psikomotor retardasyon görülür. Her davranışı çaba gerektirir gibidir. Bütün fiziksel aktiviteler hastaya bir yük gibi gelir (Fortinash ve Worret, 2014; Işık ve Işık, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Towsend, 2016). Psikomotor ajitasyonda ise; anksiyete, huzursuzluk ve sürekli dolaşma isteği görülür. Hastalar kendilerini rahat hissedememekten ve aşırı öfkeli olmaktan yakınırlar. İleri yaştaki hastalarda daha fazla görülür (Işık ve Işık, 2013).

Bilişsel belirtiler

Düşünme ve hafızada yavaşlama, konsantrasyonda azalmalar görülür. Düşünce sürecinde yaşanan yavaşlamadan dolayı hastaların konuşması yavaşlar, düşüncelerini ifade ederken zorlanırlar. Bazen bir soruya cevap alabilmek için iki-üç dakika beklemek gerekebilir. Problem çözme becerileri olumsuz şekilde etkilenmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016;

Varcarolis, 2016). Benlik saygısında azalmalar görülür. Karamsarlık, çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik, kararsızlık, intihar fikrini yansıtan düşünce ve davranışları vardır (Varcarolis, 2016; Towsend, 2016). Gerçek bir bellek bozukluğu yoktur ancak unutkanlık sık görülür. Dikkatini bir konu üzerinde yoğunlaştırmada güçlük çekerler. Nadiren sanrı ve varsanılar görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Towsend, 2016).

Bedensel (somatik) belirtiler

Uyku bozuklukları depresif dönemin başlıca belirtilerindendir. Sıklıkla insomnia görülür. Günün üç-dört saati uyanık kalırlar. 24 saat boyunca uyku uyuma eğiliminde olurlar. Uyku eğilimlerinde artışla (hipersomnia) acı veren duygu ve düşüncelerden uzaklaştıklarını ifade ederler. Genç hastalarda bu durum daha fazla görülür (Varcarolis, 2016). Bağırsak alışkanlıklarında değişiklikler yaygındır. Psikomotor retardasyonu olan hastalarda konstipasyon sıklıkla görülür. Yemek yeme isteklerinde azalma olur. Hastaların bazılarında ise iştahta artma durumu olabilir bu da kilo artışına neden olur. Cinsel isteksizliğe bağlı olarak cinsel etkinlikte azalma görülür. Enerji azalmasına bağlı olarak yorgunluk, güçsüzlük ortaya çıkar. Hastaların yaklaşık %50-75'i kronik ağrı yaşadıklarını ifade ederler (Işık ve Işık, 2013;Varcarolis, 2016; Towsend, 2016).

Sosyal belirtiler

Depresif dönemde bireylerin kişiler arası ilişkiler ile mesleki ve sosyal işlevselliklerinde önemli bozulmalar meydana gelir. Ailelerinden, yakın çevrelerinden ve toplumdan zamanla uzaklaşırlar. Sosyal aktiviteleri düşüktür. Yakınındaki kişilerle etkileşime girmekten kaçınırlar. Mesleki işlevselliklerindeki bozulmalardan dolayı ekonomik sıkıntılar yaşarlar (Black ve Andreasen, 2014; Fortinash ve Worret, 2014).

2.2.3. Hipomanik dönem

Hipomanik dönemde bozukluk, sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin düzeyde bozulmaya ve hastanede yatmaya neden olacak kadar ciddi değildir ve psikotik özellikler göstermez. (Towsend, 2016). Maniye benzemekle birlikte belirtileri maniden daha hafif ve daha kısa seyreder (Black ve Andreasen, 2014).

2.2.4. Karma dönem

Karma dönemde hastalar hem manik hem de depresif belirtileri bir atak dönemi içinde yaşayabilirler. Hastaların klinik görünümleri kafa karıştırıcı olabilir. Hastalar neşeli, aşırı mutlu, konuşkan iken dakikalar sonra ağlamaya başlayabilir ve umutsuzluk duygusundan ve özkıyım düşüncelerinden yakınabilirler (Black ve Andreasen, 2014).

2.3. Bipolar Bozuklukta Risk Faktörleri

Bipolar bozuklukta risk faktörleri ve koruyucu faktörler aşağıda gösterilmiştir (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.1. Bipolar bozuklukta risk faktörleri ve koruyucu faktörler

RİSK FAKTÖRLERİ	KORUYUCU FAKTÖRLER
➢ Alkol kullanmak ➢ Uyarıcı madde kullanmak ➢ Tedavi uyumsuzluğu ➢ Antimanik ilaçlar ➢ Antidepresanlar ➢ Anksiyolitikler ➢ Uyku düzensizliği ➢ Destek sisteminin olmaması ➢ Bilişsel bozukluk ➢ Kişilerarası çatışmalar ➢ Rollerde değişme ➢ Uygun olmayan şekilde duygu ifadesi ➢ Sürekli seyahat ➢ Stres	➢ Koruyucu tedavi almak ➢ Alkol kullanmamak ➢ Madde kullanmamak ➢ Gelecek planı yapmak ➢ Düzenli uyku ➢ Düzenli sosyal aktiviteler ➢ Destek sistemlerini kullanmak ➢ Düzenli kontrollere gitmek ➢ Ailenin desteği ➢ Arkadaşların desteği ➢ Psikoterapi ➢ Düzenli beslenme ➢ Egzersiz ➢ Tedaviye uyum

(Gümüş, 2013)

2.4. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Günümüzde bipolar bozukluğun genel toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1 olarak kabul edilmektedir (Rowland ve Marwaha, 2018). Bipolar bozukluğun alt tipleri düşünüldüğünde yaşam boyu yaygınlığın %6,4'e kadar ulaştığı bildirilmektedir (Cederlöf ve diğerleri, 2016).

Bipolar bozukluk için ortalama başlangıç yaşı yirmili yılların başı olarak düşünülse de, bulgular 20-30 yıl arasında değişmektedir (Rowland ve Marwaha, 2018). Bipolar bozukluğun başlangıç yaşının geç ergenlik döneminden genç erişkinlik dönemine geçişte en üst düzeye ulaştığı kabul edilmektedir (Parry ve Levin, 2012). Bipolar I bozukluk tanısı alan hastaların yarısından fazlasında belirtiler 15-25 yaş aralığında ortaya çıkmaktadır (Merikangas ve diğerleri, 2011; Baldessarini ve diğerleri, 2012). Ülkemizde yapılan

çalışmalara bakıldığında bipolar bozukluğun başlangıç yaşı ortalama 23,8-27,7 yaş arasındadır (Doğanavşargil ve diğerler, 2013; Gültekin, Kesebir ve Tamam, 2014). Cinsiyet açısından bakıldığında Bipolar I bozukluk, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. Ancak bipolar II bozukluk kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (Nivoli ve diğerleri, 2011). Bununla birlikte, hastalığın dönemleri ve klinik görünümlerinde her iki cinsiyet açısından pek bir farklılık yoktur. Erkeklerde hastalık erken yaşlarda başlar. İlk atak genellikle manik tablo çizer. Kadınlarda erkeklere göre hastalığın başlangıcı da geçtir ve depresif ve karma atak ile hızlı döngülülük daha sık görülür. Erkeklerde alkol ve madde kullanım bozuklukları, kadınlarda ise; özkıyım girişimi, yeme ve anksiyete bozuklukları daha fazla ortaya çıkmaktadır (Azorin ve diğerleri, 2013; Karanti ve diğerleri, 2015).

Bipolar bozuklukta ırksal bir farklılığın olmadığı bildirilmektedir (Işık ve Işık, 2013; Levin ve diğerleri, 2016; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Bipolar bozukluk yüksek sosyoekonomik sınıfta daha fazla görülmektedir (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Bekar, boşanmış veya dul olan bireylerde evli olan kişilere göre bozukluğun görülme yaygınlığı daha yüksektir (Black ve Andreasen, 2014; Towsend, 2016).

Ailede bipolar bozukluk öyküsü olan hastalarda hastalığın görülme risk daha yüksek olmakla birlikte; hastalık daha erken yaşlarda ortaya çıkar ve prognozu daha kötüdür (Işık ve Işık, 2013). Bipolar bozukluk tanılı hastaların birinci derece yakınlarında bipolar bozukluğun ortaya çıkma olasılığı ortalama on kat artar. Yakınlık derecesi arttıkça hastalığın görülme durumu daha da yükselir (Köroğlu, 2015).

Hastaların 1/3'inde manik atak yaz aylarında, depresif atak ise ilk ve sonbahar aylarında daha çok ortaya çıkmaktadır (Ebert ve diğerleri, 2013; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Hastalar yaşamları boyunca ortalama sekiz-on atak geçirirler. Ancak bu durum hızlı döngülü bipolar hastalarda daha fazladır. Yine bazı hastalarda da atak sayısı daha çok olabilmektedir (Davidson, 2012). Bipolar bozuklukta psikotik bulguların görülme oranı yaklaşık %50'dir. Psikotik bulguların varlığı özkıyım riskini artırmaktadır. Özkıyım girişimi ciddi bir komplikasyondur (Koç, 2016).

2.5. Bipolar Bozukluğun Etyolojisi

Bipolar bozukluğun nedeni hala belirsizliğini korumaktadır. Ancak biyolojik, çevresel ve psikososyal etkenlerin bipolar bozukluğun ortaya çıkmasına neden olduğu yönünde fikir bütünlüğü vardır (Black ve Andreasen, 2014; Ebert ve diğerleri, 2013; Townsend, 2016).

2.5.1. Biyolojik etkenler

Genetik

Bipolar bozukluğun genetik temeli, araştırmacıların yıllar önce ilk aile ve ikiz çalışmalarını yürüttüğü dönemde ortaya çıkmıştır (Craddock ve Sklar, 2013; Maletic ve Raison, 2014). Bipolar bozuklukla ilgili yapılan ikiz çalışmalarda; çift yumurta ikizlerinde %10-20, tek yumurta ikizlerinde %60-80 oranında bipolar bozukluk görülebileceği belirtilmektedir (Craddock ve Sklar, 2013; Townsend, 2016). İkiz çalışmalarının sonucuna bakıldığında genetik etkenlerin bipolar bozukluğun etiyolojisinde önemli bir rolü olduğu söylenebilir (Fortinash ve Worret, 2014; Towsend, 2016).

Birinci derece akrabasında bipolar bozukluğu olan bireylerde hastalığın ortaya çıkma durumu genel topluma kıyasla beş-on kat daha fazladır (Özdemir ve diğerleri, 2016). Anne veya babada bipolar bozukluk varsa çocukta görülme olasılığı %28, hem baba hem de annede bipolar bozukluk öyküsü varsa çocukta görülme olasılığı %56-84'tür (Keskin, 2016; Towsend, 2016). Evlat edinme çalışmalarında, bipolar bozukluk tanılı ebeveynleri olan bir çocuğun, sağlıklı anne ve babaya evlatlık olarak verilse dahi, çocukta bipolar bozukluk yaşama oranının yüksek olduğu görülmüştür (Işık ve Işık, 2013).

Nörotransmittler

Duygudurum bozukluğunun monoamin hipotezi, merkezi sinir sistemindeki monoaminerjik nörotransmisyonda bir dengesizliğin depresyon veya maninin klinik özellikleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu hipotez, antidepresanların etki mekanizmalarıyla da desteklenmiştir (Hillhouse ve Porter 2015; Fišar, 2016). Gelişmiş monoamin hipotezi, beyindeki serotonin veya norepinefrin konsantrasyonlarının MAO-A aktivitesi tarafından düzenlendiğini ve depresyon semptomlarının şiddetinin, spesifik beyin bölgelerinde

monoamin taşıyıcılarının aktivitesindeki değişikliklerle bağlantılı olduğunu varsaymaktadır (Sigitova ve diğerleri, 2017).

Bipolar bozuklukta hiperdopaminerjik fonksiyon olduğu rapor edilmektedir. Mani döneminde dopaminerjik hiperaktivasyonun dopamin reseptör duyarlılığında azalmaya yol açtığı, bunun ise depresyon dönemini tetiklediği öne sürülmektedir (Meyer ve diğerleri, 2006).

Diğer bir nörotransmitter olan asetilkolinin bipolar bozukluk üzerine etkisi incelenmektedir. Kolinerjik ajanların duygulanım, uyku, nöroendokrin gibi fonksiyonlar üzerine etkisi olduğundan dolayı; mani ve depresyondaki problemin diğer aminler ve asetilkolin arasındaki dengesizlikten kaynaklı olabileceği üzerinde durulmaktadır. Kolinerjik aktarımın manide olması gerekenden az, depresyonda ise fazla olduğu düşünülmektedir (Keskin, 2016).

Ayı zamanda, bipolar bozuklukta etkili olan diğer iki nörotransmitter GABA ve Glutamattır. Bozuklukta GABA ve Glutamat seviyelerinin yükseldiği bildirilmektedir (Gigante ve diğerleri, 2012).

Nörendokrin faktörler

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde sık karşılaşılan endokrin düzensizlikler adrenal, tiroid ve büyüme hormonları ile ilgilidir. Ancak bu düzensizliklerin beyindeki bir işlev bozukluğundan da kaynaklı olabileceği ileri sürülmektedir (Kırmızı, 2013). Bipolar bozuklukta Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal (HPA) ekseninde değişiklik olduğu bildirilmektedir. Kortikotropin Salgılatıcı Hormonun (CRF) aşırı salınımı, daha fazla adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasına ve daha sonra dolaşımdaki glukokortikoidlerin (yani kortizol) yükselmesine neden olmakta; (Taylor ve MacQueen, 2006; Maletic ve Raison, 2014) bunun da dopamin nörotransmisyonuna yol açtığı öne sürülmektedir. Dopamin nörotransmisyonu mekanizmasındaki bozulmanın, manik atakların altında yatan neden olabileceği bildirilmektedir (Balcığlu ve diğerleri, 2017). Bipolar bozuklukta otonomik disfonksiyon sempatik sinir sistemi aktivite artışı ile de ilişkilendirilmiştir (Maletic ve Raison, 2014). Glukokortikoid aktivitesinin artışı, Tirotropin Salgılatıcı Hormon (TRH) salınımının baskılanması, tiroid fonksiyonlarının bozulması ile sonuçlanmaktadır (Çörekçioğlu, 2016). Tiroid disfonksiyonun bipolar bozuklukların

seyrinde etkili olduğu bilinmektedir. Hipertiroidide büyük oranda manik duygudurum; hipotiroidide ise büyük oranda depresif duygudurumun görüldüğü bildirilmektedir (Yontar ve diğerleri, 2015). Melatonin hormonunun salgılanmasının depresyonda azaldığı; manide ise arttığı belirtilmektedir (Gümüş, 2013). Melatonin hormonunun klinik etkileri tam olarak bilinmemektedir. Fakat sabahları melatonin hormonunun sirkadiyen olayları geciktirdiği, akşamları evreleri hızlandırdığı ileri sürülmektedir (Koç, 2016).

Nöranatomik faktörler

Temporal bazal alanlar, limbik sistem, bazal gangliyon ve talamustaki sağ yanlı lezyonların sekonder maniye neden olduğu bildirilmektedir. Manyetik rezonans görüntüleme (MR) çalışmalarında bipolar bozukluğu olan kişilerde üçüncü ventrikülde genişleme ve subkortikal beyaz madde ve periventriküler yoğunlukta artış olduğu bildirilmektedir (Townsend, 2016).

İşlevsel ve yapısal değişiklikler bipolar bozukluğun zihinsel, ruhsal ve nöroendokrin semptomatolojisinin biyolojik kökenini desteklemektedir. Çalışmalar bölgesel gri ve beyaz cevher değişikliklerinin hastalığın erken dönemlerinden itibaren olduğunu, hastalık süresi ve atak sayısının beynin işlevi ve yapısı üzerine negatif etkisi olduğunu göstermektedir (Strakowski ve diğerleri, 2012; Çörekçioğlu, 2016; Maletic ve Raison, 2014).

2.5.2. Çevresel etkenler

Psikososyal ve çevresel faktörler hastalığın ortaya çıkışı ve prognozunu etkilemektedir. Bipolar bozuklukta ilk epizodun genelde bir psikososyal stresten sonrası ortaya çıktığı; fakat daha sonraki ataklarda stresli yaşam olaylarının eşlik etme oranının daha düşük olduğu yönünde klinik gözlem vardır. Bu klinik gözlem 'Duyarlılaşma Modeli'nin (Kindling Model) geliştirilmesine yol açmıştır (Bender ve Alloy, 2011). Bu modele göre; yaşanan ilk depresif veya manik dönemin ortaya çıkmasında tetikleyici stresli bir yaşam olayı vardır. Bununla beraber, bu durum daha sonraki hastalık dönemlerinde beyinde bazı hücresel ve biyokimyasal değişikliklere neden olmaktadır. Bu durum bireylerdeki stresörlere karşı duyarlılığı artırarak stresle baş etme becerisini azaltmakta, dolayısıyla da atak geçirmeyi kolaylaştırmaktadır. Aynı zaman kısır döngüye yol açarak atakların sayısının arttırmasına neden olmakta, süresini uzatmaktadır (Post, 2007).

Çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar gibi travmatik olaylar, aile içinde yaşanan çatışmalar, aile içinde duyguların ifade edilmesinin engellenmesi bipolar bozukluğa neden olabilecek faktörlerdir (Hawke, Provencher ve Parikh, 2013). Bipolar bozukluk tanılı kişilerin yaklaşık yarısının çocukluk çağında istismara ve ihmale maruz kaldığı belirtilmektedir (Spinhoven ve diğerleri, 2014). Bunun dışında çocukluk döneminde ihmal ve istismara maruz kalmak bipolar bozukluğun klinik gidişini olumsuz yönde etkilemekte, hastalığın ortaya çıkma yaşının daha erken olması, yüksek oranda yinelemesi ve özkıyım riskinde artış ile ilişkilendirilmektedir (Etain ve diğerleri, 2013; Erten ve diğerleri, 2014).

2.6. Bipolar Bozuklukta Gidiş ve Sonlanım

Tüm bipolar vakaların üçte birinde ilk atak genelde depresyondur (Angst, 2007). İlk epizod erkeklerde mani, kadınlarda ise genellikle depresyondur (Koç, 2016). Erkeklerde mani ve depresif dönemler yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit hale gelirken; kadınlarda yıllar geçtikçe depresif dönem daha fazla görülmeye başlar (Yazıcı, 2007). İlk hastalık dönemi ortaya çıktıktan sonra bir yıl içinde hastaların %50'inde, dört yıl içinde %70'inde, beş yıl içinde %90'ında yineleyen atak dönemleri görülmektedir (Suominen ve diğerleri, 2007). Manik dönemde olan hastaların %60'ında iyileşme olmadan depresif dönem ortaya çıkmaktadır (Merikangas ve diğerleri, 2011).

Depresif dönem sinsi başlar, manik dönem ise ani olarak başlar. Depresif dönem ortalama üç-beş ay, manik dönem ortalama iki ay ve karma dönem ortalama beş-on iki ay sürebilmektedir (Schaffer ve diğerleri, 2015; Mandelli ve diğerleri, 2016). Bipolar bozukluğu tek bir atak yaşayarak atlabilmek oldukça nadirdir. Eğer hastalık genç yaşta başladıysa hastalığın ilk döneminden sonra uzun yıllar hiçbir atak ortaya çıkmayabilir. Orta ya da ileri yaşlarda hastalık ortaya çıktıysa duygudurum dönemlerinin araları daha kısa olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Çok fazla atak yaşanması durumunda, bir atağın ortaya çıkmasından diğer atağın başlangıcına kadar olan zaman kısalmaktadır. Hastalar yaklaşık olarak bir buçuk yılda bir yeni bir dönem geçirirler. Genellikle beş ataktan sonra atak aralığı altı-dokuz ayda sabitlenebilmektedir. Daha önce psikotik özellikli bir atak geçirilme durumu söz konusu olduğunda daha sonra geçireceği atağın da psikotik özellikli olma olasılığı artar (Işık ve Işık, 2013).

Bipolar hastaların yaklaşık %70'i düzenli olarak aldıkları koruyucu tedaviye rağmen tekrar yeni bir epizod geçirebilmektedir. Hastaların %5-15'i bir yıl içerisinde dört ya da daha fazla epizod yaşar. Bu hastalar hızlı döngülü olarak sınıflandırılır (Sadock, 2007). Hızlı döngülülük, atipik özellikler ve hastalığın başlangıç yaşının erken olmasıyla seyreden depresyon ve tekrarlayan özkıyım girişimleriyle bağlantılı bulunmuştur (Valenti ve diğerleri, 2015). Hastalar yaşamları boyunca ortalama sekiz-on atak geçirirler. Hastaların yaklaşık %25'inde ataklar mevsimsel özellik gösterirler (Geoffroy, 2014).

Bipolar hastaların yaklaşık %50'si yaşamlarının yarısında semptomatiktirler. Hastaların %32'si depresyonda, %9'u mani ya da hipomani dönemindedir. Ataklar sık yaşandıkça genel işlevselliklerindeki bozulmalar daha belirgin hale gelebilmektedir (Judd, Schettler and Akiskal, 2002). Uzun süreli takipte hastaların %15'inde belirtilerde gerileme olur, %45'inde birden fazla yineleme durumu görülür, %30'unda kısmi bir iyileşme dönemi gözlenir ve %10 hastada artık belirtiler kronik hale gelir (Sadock, 2007).

Hastaların %25-50'si intihar girişiminde bulunur, bunların %8-19'u ise ölümle sonuçlanır (Latalova, Kamaradova ve Prasko, 2014).

Alkol ve ilaç/madde alışkanlıklarının bulunması, erken başlangıç, ileri yaş, hastalık öncesi düşük işlevsellik düzeyi, depresyon dönemlerinin uzun sürmesi, sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, boşanmış veya hiç evlenmemiş olma, hızlı döngülülük, ailede hastalık öyküsünün olması olumsuz prognoz göstergeleri olarak bilinmektedir (Pompili ve diğerleri, 2013).

2.7. Bipolar Bozuklukta Tedavi

Kronik ve yineleyici bir hastalık olan bipolar bozukluğun tedavisi; belirtilerin kontrol altına alınmasını, akut mani ve depresif dönemlerin tedavisini, depreşme ve yinelemelerin önlenmesini, işlevselliğin en üst düzeyde, bilişsel yıkımların ise en az seviyede olmasını içerir (Işık ve Işık, 2013).

Bipolar bozukluk tedavisinin üç dönemden oluştuğu ifade edilmektedir. Bunlardan birincisi akut dönem tedavisi, ikincisi sürdürüm tedavisi, üçüncüsü ise koruyucu tedavi dönemidir. (Malhi ve diğerleri, 2015). Hastalık dönemler halinde giden, atakların sık yaşandığı, uzun

süreli bir hastalık olduğu için hastaya, klinik durumların, hastalık dönemlerinin, kullanacakları ilaçların ve yaşam olaylarının yer aldığı yaşam çizelgesi (life chart) çıkarılmalıdır (Özdoğan, 2017). Bu çizelgede aşağıdaki belirtiler bulunmalıdır

- Yaşadığı epizod dönemi (manik, karma, hipomanik, depresif)
- Tanı
- Tetikleyici faktörler
- Haberci belirtileri
- Belirti ve bulgular
- Kaçıncı dönem olduğu
- Geçirilen son dönemden bugüne kadar geçen zaman
- Önceki geçirdiği atakları için,
  - Atağın başlama tarihi, özelliği ve ne kadar sürdüğü
  - Tetikleyici faktörler ve haberci belirtiler
  - Akut dönem tedavisinde kullandığı ilaçları ve onların dozları
  - Daha sonraki atak dönemine kadar geçen zamanda, sürdürüm tedavisinde kullandığı ilaçları, onların dozları ve kullanma zamanı
  - Daha sonraki atak dönemine kadar geçen zamanda işlevsellik düzeyi
- Herhangi genel tıbbi bir durumun olup olmadığı
- Ailede hastalık öyküsünün varlığı (Köroğlu, 2015).

2.7.1. Farmakolojik tedavi

Akut dönem tedavisi

Manik dönem

Oral olarak ilaç tedavisine uyumlu hastalarda ilk olarak tercih edilen ilaç, duygudurum düzenleyicilerdir. Genelde ilk lityum ya da valproik asit, ikinci olarak ise karbamazepin tercih edilir (Bond ve Anderson, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Şiddetli mani durumlarında kombinasyon tedavileri öncelikli olmaktadır. Psikotik özelliklerin eşlik ettiği akut maninin tedavisinde duygudurum dengeleyicilere ek olarak tipik veya atipik antipsikotikler kullanılabilmektedir. Daha çok ikinci kuşak antipsikotikler tercih edilmektedir. Ayrıca oral alımı sorunlu ya da ajite olan hastalarda antipsikotiklerin IV

formları veya benzodiazepinler de kullanılabilmektedir (Işık ve Işık, 2013; Öztürk ve Ulaşahin, 2015).

Lityum

Bipolar bozuklukta güçlü bir antimanik etkiye sahiptir. Bununla birlikte hem manik hem de depresif atakların nükslerini önlemeye yönelik koruyucu tedavide de kullanılır (Ebert ve diğerleri, 2013; Strakowski ve Stephen, 2014). Lityum, manik bireylerin % 50-60'ında üç-altı hafta içerisinde etkisini göstermektedir. Lityumla tedavi edilen hastaların yaklaşık %50'sinden fazlasında yan etki görülür (Strakowski ve Stephen, 2014). Etkin kan düzeyi 0,8-1,2 mEq/Lt dir (Young ve diğerleri, 2008). En çok yaşanan yan etkiler bulantı, ellerde titreme, polidipsi, poliüri, iştahta artma ve buna bağlı olarak kilo artışıdır. Bunların yanı sıra, saç dökülmesi, ağızda metalik tat, dilde yanma, hipotirodi, paratiroid horman seviyesinde artış ve böbrekte fonksiyonel değişikliklerde görülmektedir (Parikh ve Sagar, 2015).

Valproik asit

Antikonvülsan bir ilaçtır. Bipolar bozukluğun tedavisinde hem akut dönem hem de koruyucu tedavide yaygın olarak kullanılmaktadır (Köroğlu, 2015). Manideki etkisi lityumla benzerlik gösterir. Valproik asidin (VA) etkili dozu 900-3000 mg/gündür. 750-1250 mg/günle başlanır, kan düzeyi 50-120 mg/ml arasında olacak şekilde doz miktarı ayarlanır (Lim ve diğerleri, 2013). Valproik asidin yan etkileri; letarji (uyku hali), vertigo (baş dönmesi), bulantı ve bulanık görmedir. Daha az görülen yan etkiler, kusma veya hafif kramplar, kas titremesi, hafif saç dökülmesi, kilo alımı, morarma veya kanama, karaciğer problemleri ve kadınlar için adet döngüsünde değişikliklerdir (Parikh ve Sagar, 2015).

Karbamazepin

Karbamazepin başka bir antikonvülsan ilaçtır. Lityuma cevap vermeyen, mani ve karma durumlar için kullanılır (Parikh ve Sagar, 2015). İlacın doz aralığı 200-1800 mg/gündür (Köroğlu, 2015). Karbamazepinin yan etkileri; vertigo (baş dönmesi), uyuşukluk, bulanık görme, konfüzyon, kas titremesi, bulantı, kusma, hafif kramplar, güneşe duyarlılık, cilt hassasiyeti ve döküntüdür (Strakowski ve Stephen, 2014; Parikh ve Sagar, 2015).

Antipsikotikler

Antipsikotik ilaçlar bipolar bozuklukta yaygın olarak kullanılır. Bu ilaçlar, maniyi kontrol etmeye yardımcı olur. Halüsinasyonlar gibi psikotik semptomları tedavi edebilen sakinleştirici etkiye sahiptir. Antipsikotik ilaçlar genellikle iki kategoriye ayrılır: birinci nesil (tipik) ve ikinci nesil (atipik) antipsikotiklerdir. Birinci nesil (tipik) antipsikotik ilaçlar arasında; klorpromazin, flupentiksol (Fluanxol), flupenazin (Modekat), haloperidol (Haldol), loxapin (Loxapac), perfenazin (Trilafon), pimozit (Lorap), trifluösterazin (Trilafon), piyozit (Orap), triflorasin (Stelaz)) ve zuclopenthixol (Clopixol) bulunur. İkinci nesil (atipik) antipsikotik ilaçlar arasında; risperidon (Risperdal), ketiapin (Seroquel), olanzapin (Zyprexa), ziprasidon (Zeldox), paliperidon (Invega), aripiprazol (Abilify) ve klozapin (Clozaril) bulunur (Parikh ve Sagar, 2015).

Depresif Dönem

Depresyon döneminin tedavisinde maniye kaymaya neden olmaktan kaçınılmalıdır. Özkıyım riskinin sık yaşandığı, yaşamsal bazı sorunlara ve işlevsellik düzeyinde azalmaya neden olan bu dönemin en kısa zamanda tedavi edilmesi gerekmektedir (Aydemir, Uluşahin ve Akdeniz, 2010). Bipolar depresyonun tedavisi unipolar depresyonun tedavisine göre farklıdır. Tedavi esnasında hastalığın genel seyrine olumsuz bir etkinin olmaması gerekir (Yatham ve diğerleri, 2013). Tek başına bir antidepresan ilaçla tedavi önerilmemektedir. Özellikle depserif dönemi ağır yaşayan hastalarda tedavi seçeneği, lityumla eş zamanlı olarak bir antidepresan ilaç olabilir (Köroğlu, 2015). Bipolar depresyonun tedavisinde ilk olarak lityum ve lamotrijin tercih edilmektedir (Yatham ve diğerleri, 2013; Strakowski ve Stephen, 2014).

Lamotrijin

Lamotrijin bipolar bozukluğun depresyon döneminin tedavisi ve idame tedavide kullanılan bir antiepileptik ilaçtır. Buna karşın lamotrijin, akut maninin tedavisinde etkili değildir. Lamotrijin iki hafta boyunca günde 25 mg, sonra iki hafta boyunca günde 50 mg, daha sonra günde 200 mg verilerek günlük doz 400mg/gün olana dek arttırılabilir (Strakowski ve Stephen, 2014). Lamotrijinin sık görülen yan etkileri bulantı, kusma, ateş, baş dönmesi,

uyuşukluk, bulanık görme veya hafif kramplar, baş ağrısı ve deri döküntüsüdür (Parikh ve Sagar, 2015).

Karma dönem

Karma dönemin tedavisi mani döneminin tedavisiyle benzerlik göstermekle birlikte lityuma verilen yanıt maniye göre daha azdır. Bundan dolayı valproik asit tercih edilmektedir. Uykusuzluk, sinirlilik ve katatonik belirtilerin varlığında tedaviye ek olarak tercih edilecek ilk ilaç grubu benzodiazepinlerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Sürdürüm ve koruyucu tedavi

Sürdürüm tedavisinin temel amacı, manik, depresif ya da karma dönemlerin ortaya çıkmasını önlemektir. Bu amaç doğrultusunda lityum, valproik asit, karbamazepin ve lamotrijin tek veya kombine şekilde ya da yeni nesil antipsikotiklerle beraber (örn; aripiprazol, ketiapin vb.) kullanılmaktadır (Işık ve Işık, 2013). En son manik ya da depresyon döneminin iyileştirilmesinde hangi ilaç kullanılmışsa, sürdürüm tedavisinde genellikle o ilaçla tedavi devam ettirilir; fakat önceki akut atak dönemi esnasında antipsikotik bir ilaçla tedavi edilen hastalarda, sürdürüm tedavisi sırasında antipsikotik bir ilaca ihtiyaç olup olmadığının yeniden değerlendirilmesi gerekir (Köroğlu, 2015).

Bipolar bozukluk tanısı olan hastaların büyük çoğunluğunda yaşamları boyunca koruyucu tedavi gereklidir (Berk ve diğerleri, 2010). Koruma tedavisi ile atakların ortaya çıkma sıklığı ve şiddetinin %70-80 oranında azaldığı bulunmuştur. Koruma tedavisi temel olarak duygudurum düzenleyici ilaçlarla yapılır. Lityum ve valproik asit birinci seçenek olarak kullanılan ilaçlardır, ikinci seçenek olarak karbamazepin ve lamotrijin kullanılmaktadır. Atakların özelliklerine göre antipsikotik veya antidepresanlar da tedaviye eklenebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Koruyucu tedavide en çok kullanılan ve kanıt düzeyi en yüksek olan ilaçlar; lityum, valproik asit, lamotrijin ve olanzapin olmakla beraber kullanılabilecek diğer ilaçlar, karbamazepin, ketiapin, aripiprazol, risperidon, ziprasidon ve klozapindir (Keskin, 2016).

2.7.2. Elektrokonvülsif tedavi

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT), beyne elektrik akımı uygulamasıyla grand mal epileptik nöbet oluşturulmasını sağlar (Towsend, 2016). EKT, bipolar bozukluğun hem mani hem de depresif dönemi için oldukça etkili ve güvenli bir tedavidir ve hastalığın tekrar etmesini önlemek için uzun süreli bakım tedavisi olarak da kullanılabilmektedir. Sekiz-on iki seans arası uygulanmaktadır (Parikh ve Sagar, 2015). Özellikle tedaviye direnç gösteren bipolar hastalarında tedaviye yanıt durumu iyi bulunmuştur. Stuporlu, psikotik özellikli ve özkıyım düşüncesi yüksek olan depresif hastalar ile oral yoldan sıvı ve besin alımının az veya hiç olmadığı ağır mani döneminde olan, ilaç tedavisinden olumlu bir etki görmeyen, hızlı döngülü bipolar hastalarda kullanımı önerilmektedir (Işık ve Işık, 2013; Sayar ve diğerleri, 2014).

2.7.3. Psikososyal terapiler

Farmakolojik tedavi bipolar bozukluk tedavisinin temelini oluştursa da buna ek psikososyal müdahaleler, hem hastanın tedaviye uyum, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesinin yükselmesinde, hem de hastalığın nüksnün önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Murray ve diğerleri, 2017; Reinares ve diğerleri, 2014). Psikososyal tedavilerdeki amaç, hastaların hastalıkları ile baş edebilmelerini sağlama, duygudurum dalgalanmalarını tetikleyen etkenlerini fark edebilme, sosyal ve mesleki işlevselliklerini artırmadır (Koç, 2016).

Kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi (KASRT)

Kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi, ilk kez bipolar bozukluğu olan hastalar için Ellen Frank ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (Frank, Swartz ve Kupfer, 2000). Kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi, günlük sosyal ve biyolojik ritimde stabilliği hedefleyen bir psikoterapi yöntemidir. Terapinin temel terapötik amaçları; sosyal ve sirkadiyen ritimleri düzenlemek, düzenli rutinleri sürdürmek, olumlu sosyal ilişkileri ve sosyal rolleri teşvik etmek ve kişilerarası çatışmayı azaltmaktır (Dean ve diğerleri, 2018; Frank ve diğerleri, 2005; Inder ve diğerleri, 2015). KASRT' ta psikoeğitimin yanında bilişsel davranışçı teknikler de kullanır (Bordbar ve Faridhosseini, 2012).

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT)

Bilişsel-davranışçı terapi, birçok ruhsal hastalık için iyi sonuç veren yapısal psikoterapinin bir örneğidir. Derinden tutulan inanç veya düşüncelerin bireyin kendisine ve dünyaya bakışını etkilediği, davranışlar ve duygular üzerinde kuvvetli bir etkisi olduğu fikrine dayanmaktadır (Parikh ve Sagar, 2015). Bilişsel davranışçı terapi, hem akut semptom alevlenmelerinin kısa süreli yönetimini sağlamada hem de hastaların stresli yaşam olayları ile baş etmelerini kolaylaştırmada bilişsel yaklaşımlar geliştirmek için kullanılmaktadır (Strakowski ve Stephen, 2014). Bipolar hastalar için, bilişsel terapiler 20–25 oturumluk bir programa uyarlanmıştır. BDT'de nüksleri önleme, ilaç uyumunu arttırma, işlevsel olmayan inanışları ve düşünceleri düzeltme, sosyal ritmi sabitleştirme, stresle başetme, duygudurum dalgalanmalarını tanıma gibi konular ele alınır (Bordbar ve Faridhosseini, 2012).

Aile odaklı terapi (AOT)

Aile odaklı terapi, psikoeğitim yönelimli bir terapidir. Hastaların ve primer bakım veren aile bireylerinin duygusal tepkileri ve çatışma durumları ile yüksek duygu dışavurumu üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, herhangi bir çatışmayla karşılaşıldığında; kişilerarası ilişkilerde iletişimi arttırma, sorun çözme ve bunlarla baş etme becerisi kazandırarak işlevselliği geliştirmeyi hedefler (Strakowski ve Stephen, 2014). Aynı zamanda bakım veren aile üyeleri için destek ve öz bakıma yönelik konulara da yer verir (Miziou ve diğerleri, 2015). Dokuz ay boyunca 21 seansta aileye ve hastaya birlikte uygulanır (Yatham ve diğerleri, 2018).

Psikoeğitim

Psikoeğitim teknikleri genellikle farmakolojik tedavi ile birlikte uygulanır (Chen ve diğerleri, 2019) ve hasta ile aileye hastalığın doğası ile ilgili başa çıkma stratejileri hakkında geniş bilgi sunar. Bipolar bozukluk için mevcut psikoeğitim modelleri, depresyon ve mani dönemlerine yönelik haberci belirtilerin saptanması ve yönetilmesi, devam eden stres yönetimi, problem çözme, damgalanma, hastalığı kabul, tedavi uyumunu artırma ve sağlıklı yaşam tarzları geliştirmeye odaklanır (örneğin, alkol, tütün, uyuşturucu, kafein gibi uyarıcılar kullanımını azaltmak, düzenli egzersiz yapmak ve uyku ve uyanma zamanlarını

düzenlemek gibi). Psikoeğitim bireysel olarak veya grup ortamında verilebilir (Yatham ve diğerleri, 2018).

2.8. Bipolar Bozuklukta Tedaviye Uyum

Uyum, tüm psikiyatrik hastalıkların tedavisinin önemli bir öğesini oluşturur. Tedaviye uyum, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedaviyi kabul edip uygulaması, ilaçları önerilen dozda kullanması, kontrollere düzenli gitmesi, sağlıklı davranış değişikliği kazanması olarak tanımlanmaktadır (Chakrabarti, 2016). Tedaviye uyum; hastalığın seyrini, hastalığa bağlı morbiditeyi, hastanın ailesel, sosyal ve mesleki işlevselliğini etkilemektedir. Tedaviye uyumsuzluk; sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedaviyi kabul etmeme, ilaçları eksik ya da fazla alma, randevulara gitmeme ve buna benzer davranışlarda bulunma şeklinde ifade edilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk, kronik hastalıkların çoğunda görülmekle beraber, ruhsal bozukluğu olan bireylerde daha fazla görülmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015). Bipolar hastalarında tedavi uyumsuzluğu çok fazla hastane yatışı, tedaviye direnç gösterme ve hastalığın sık yinelemesi ile ilişkilendirilmekte; tedavi uyumsuzluğun yaşam kalitesini düşürdüğü, hastalığa bağlı iş gücü kaybına neden olduğu ve tedavi maliyetini artırdığı bilinmektedir (Demirkol ve diğerleri, 2015). Uzun dönem ilaç tedavisi için uyumsuzluk oranları %12 ile %64 arasında değişmekle birlikte ortalama uyumsuzluk yaygınlığı %41 oranındadır (Leclerc, Mansur ve Brietzke, 2013; Demirkol ve Tamam, 2016; Samalin ve diğerleri, 2018). Bipolar bozukluğu olan hastaların üçte birinden fazlasının iki ya da daha fazla hekimin önerisi olmadan tedavilerini bıraktıklarını bildirilmiştir. Her on bipolar hastasından dokuzu tedaviyi bırakmayı ve en az biri hayatı boyunca ciddi bir şekilde tedaviyi sonlandırmayı düşünmüştür. Aynı zamanda bipolar hastalarının en az 1/3'lük kesimi kendisine verilen ilaçların %70'inden fazlasını almamıştır (Colom ve Vieta, 2012). Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyumsuzluğa neden olan faktörler, tedavinin yan etkileri, karmaşık tedavi prosüdürleri, tedaviye karşı yanlış inanç ve tutum (kendini iyi hissedip ilaca bırakma ve kendi kendilerine düzelebilecekleri inanma), içgörü eksikliği, hastalığın seyri, madde kötüye kullanımı olarak bildirilmektedir (Jawad ve diğerleri, 2018).

İlaç sağaltımları hastalık belirtilerinin kaybolmasında etkili olmakla birlikte; nükslerin ortaya çıkmaması, işlevselliğin geri kazanılması ve hastalık yükünün azaltılmasında yetersizdir. İlaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal müdahalelerin hastaların tedaviye uyumlarının artmasında önemli katkısı vardır. Literatürde bipolar bozuklukta ilaç

tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal yaklaşımların tedaviye uyumu artırmada etkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Eker ve Harkın, 2012; Javadpour ve diğerleri, 2013; Gümüş, Buzlu ve Çakır, 2015; McKenzie ve Chang, 2015; Gülcü, 2018; Budak, 2019; Rahmani ve diğerleri, 2016).

Eker ve Harkın (2012) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada müdahale grubuna altı haftalık grup psikoeğitimi uygulanmış, hastaların tedaviye uyum düzeylerine etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyum düzeylerinde kontrol grubundaki hastalara göre önemli düzeyde artış saptanmıştır (Eker ve Harkın, 2012). Javadpour ve diğerleri (2013) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada sekiz seanstan oluşan bireysel psikoeğitimin bipolar hastaların yaşam kalitesi, relaps oranı ve tedaviye uyum düzeyleri üzerine etkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda kontrol grubundaki hastalara oranla müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyum ve yaşam kalitelerinde önemli bir artış, relaps oranında önemli bir azalış olduğu bulunmuştur (Javadpour ve diğerleri, 2013). Gümüş ve diğerleri (2015) ötimik dönemde olan 78 bipolar bozukluk tanılı hastaya dört oturumluk bireysel psikoeğitim vermiştir. Çalışmanın sonucunda psikoeğitim alan grupta ilaçların iyileştireceğine olan inancın ve ilaç uyumu puan ortalamalarının anlamlı derecede arttığı bulunmuştur (Gümüş ve diğerleri, 2015). McKenzie ve Chang (2015) bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi uyumunu artırmak amacı ile yaptıkları çalışmada hastalara üç haftalık bireysel görüşme ve iki telefon görüşmesinden oluşan Motivasyonel Görüşme uygulamıştır. Görüşmenin sonucunda hastaların tedaviye uyumunda, öz etkililiğinde ve değişime karşı motivasyonunda anlamlı şekilde artış olduğu saptanmıştır (McKenzie ve Chang, 2015). Rahmani ve diğerleri (2016) bipolar hastalara uyguladıkları grup psikoeğitiminin tedaviye uyum düzeylerine etkisini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmalarının sonucunda müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyum düzeylerinin kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde arttığını belirlemişledir (Rahmani ve diğerleri, 2016). Gülcü'nün (2018) 54 bipolar bozukluk tanılı hasta ile randomize kontrollü olarak yaptığı motivasyonel görüşmeye dayalı ilaç uyumu artırma programının sonucunda müdahale grubundaki hastaların program ve telefon izlemi sonrası tedaviye uyumlarında belirgin düzeyde artış olduğu bulunmuştur (Gülcü, 2018). Budak'ın (2019) bipolar hastalarda tedaviye uyum programının tedaviye uyum, benlik saygısı ve öz etkililik üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada müdahale grubundaki hastalara üç oturumluk Tedaviye Uyum Programı uygulanmıştır. Çalışmanın

sonucunda müdahale grubundaki hastaların tedaviye uyumlarının arttığı belirlenmiştir (Budak, 2019).

2.9. Bipolar Bozuklukta Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik, bireyin kendi öz bakımını yerine getirebilme, çalışabilme, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilme olarak tanımlanmakla birlikte; bir ebeveyn, eş, arkadaş veya iş arkadaşı olarak üstlendiği rollerindeki yeterliliğini ve doyumunu da kapsar. Bireyin sosyal işlevsellik düzeyi; aktivite düzeyini, sosyal desteğini ve genel yaşam işlevselliğini etkilemektedir (Erol ve diğerleri, 2009; Aşık ve Barlas, 2016). Bipolar bozukluk, bireyin iş ve sosyal işlevselliğinin düşmesine, yaşam kalitesinin azalmasına, sağlık yardımı alabilmek için sağlık kurumlarına daha fazla oranda başvurmasına, toplum ve sağlık sistemi için ciddi bir yük oluşturmasına neden olmaktadır (Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014). Hastaların sosyal işlevsellikleri değerlendirirken; sosyal ilişkilerinde tutarlı bir davranış sergileyip sergilemediği, para kontrolünü yapıp yapamadığı, günlük ve sosyal aktivitelerinde sorumluluklarını yerine getirip getiremediği, tedavisine uyumlu olup olmadığı dikkate alınır. Sosyal işlevsellik olarak ifade ettiğimiz bu bölümlerde herhangi bir bozukluğun olması hastanın sosyal işlevselliğinin kötüye gittiğinin bir göstergesidir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların gidişatında belirleyici bir etkendir. Ruhsal bozuklukların tam olarak düzelme göstermeyen, tedaviye rağmen süren inatçı belirtileri hastaların kişisel bakımlarını, günlük aktivitelerini, aile içi ve toplumsal ilişki alanlarındaki işlevselliklerini bozmakta ve yeti yitimine neden olmaktadır. Kronik ve uzun seyirli olmasından dolayı bipolar bozukluk; kişilerin genellikle evlilik, meslek gibi yaşamlarının tüm bölümlerini olumsuz şekilde etkilemekte ve bu nedenle hastaların çoğu işlevsel bozukluk göstermektedir (Bonnín ve diğerleri, 2010; Rosa ve diğerleri, 2010; Hacımusalar ve Doğan, 2019). Hastaların çoğunluğunda işlevsellik kaybı kalıcı olmaktadır (Goossens ve diğerleri, 2007; Sanchez-Moreno ve diğerleri, 2009). Bipolar bozuklukta hastaların işlevsellik düzeyini artırmak tedavinin en önemli hedeflerinden birini oluşturmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastalara yönelik psikoterapotik girişimler hastaların relaps oranında ve yeniden hastaneye yatış ihtiyacında azalmaya ve tıbbi tedaviye uyumunda artışa katkıda bulunmanın yanında, iş ve sosyal işlevselliklerinde de artışa neden olmaktadır (Kurdal, Tanrıverdi ve Savaş, 2014). Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal müdahale yaklaşımlarının hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin artmasında etkili olduğunu bildiren çalışmalar

mevcuttur (Perry ve diğerleri, 1999; Lam ve diğerleri, 2005; Bauer ve diğerleri, 2006; Scott ve diğerleri, 2006; Miklowitz ve diğerleri, 2007; Colom ve diğerleri, 2009; Isasi ve diğerleri, 2014; Mansell ve diğerleri; 2014; Chiang ve diğerleri, 2017).

Perry ve diğerlerinin (1999), yedi-on iki oturum uyguladıkları bireysel psikoeğitimin sonucunda müdahale grubunda yer alan hastaların hastane yatışının azaldığı, daha iyi klinik seyir gösterdikleri ve sosyal işlevsellik düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Perry ve diğerleri, 1999). Lam ve diğerlerinin (2005) 12-18 seans uyguladıkları bireysel bilişsel davranışçı terapi sonrasında hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinde artış, relaps oranında düşüş olduğu görülmüştür (Lam ve diğerleri, 2005). Bauer ve diğerleri (2006) hastalara beş seans grup psikoeğitimi uyguladıkları çalışmalarının sonucunda hastaların yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik ve tedavi memnuniyetlerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (Bauer ve diğerleri, 2006). Scott ve diğerleri (2006) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada bipolar hastalarına ilaç tedavisine ek uyguladıkları 22 seans bilişsel davranışçı terapi sonrasında müdahale grubundaki hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek, relaps oranın daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Scott ve diğerleri, 2006). Miklowitz ve diğerleri (2007) Sistematik Tedavi Geliştirme Programı kapsamında uyguladıkları yoğun psikososyal müdahalelerin (aile odaklı terapi, kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisi, bilişsel davranışçı terapi) sonucuna göre, hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin ve yaşam doyumlarının yüksek olduğunu saptamışlardır (Miklowitz ve diğerleri, 2007). Colom ve diğerleri (2009) altı aylık uyguladıkları grup psikoeğitiminin bipolar hastalar üzerine etkisini değerlendirdikleri beş yıllık izlem çalışmalarının sonucunda, kontrol grubuna göre müdahale grubundaki hastaların sosyal işlevsellik puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır (Colom ve diğerleri, 2009). Isasi ve diğerlerinin (2014) grup şeklinde uyguladıkları 20 seanslık bilişsel davranışçı terapi sonucuna göre, müdahale grubundaki hastaların iş ve sosyal işlevsellik düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Isasi ve diğerleri, 2014). Mansell ve diğerleri (2014) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada müdahale grubundaki bipolar hastalara 16 seans geliştirdikleri bilişsel davranışçı terapi modelini (Think Effectively About Mood Swings or TEAMS) uygulamıştır. Çalışmanın sonucunda hastaların sosyal işlevselliklerinin yüksek, anksiyete, hipomani ve depresyon belirtilerinin daha düşük olduğunu bulmuşladır (Mansell ve diğerleri, 2014).

2.10. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi

Bireyin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kişisel inançları, davranışsal risk faktörleri vb. birçok durumdan etkilenen yaşam kalitesi; fiziksel, emosyonel, psikolojik ve sosyal yönden öznel iyi oluşu ifade eden bir kavramdır (Türk, 2018). Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre yaşam kalitesi, "bireyin yaşadığı bağlamda ve değer sisteminde beklentileri, amaçları, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak kendi yaşamını algılama biçimidir." (Mohandoss, 2017). Bipolar bozukluk; ölüm ve hastalanma oranlarının fazla, tedavi maliyetlerinin yüksek, tanı konulma ve tedaviye başlama zamanının çeşitli klinik ve sosyal nedenlerden dolayı geciktiği bir hastalıktır. Bozukluğun erken erişkin yaşlarda başlaması, hastalığın başlangıcı ile tanı konması arasında geçen sürenin uzun olması ve yetersiz tedavi nedeniyle hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikleri zarar görmektedir (Binbay, Solmaz ve Kurt, 2015). Literatürde bipolar bozuklukta yaşam kalitesinin düştüğüne yönelik sonuç bildiren çalışmalar mevcuttur (Bonnin ve diğerleri, 2012; Ishak ve diğerleri, 2012; Abraham, Miller, Birgenheir, Lai ve Kilbourne, 2014; Özdemir ve Doğan 2015; Thomas, Nisha ve Varghese, 2016; Bo ve diğerleri, 2019; Pascual-Sánchez ve diğerleri, 2019). Bu bağlamda yaşam kalitesinin artmasını sağlamak bipolar bozukluğun tedavisinin ana hedeflerinden biri olmalıdır (Alpman, 2010).

Bipolar bozukluk tedavisinin, tek başına ilaç tedavisi ile yapılmaya çalışılmasının hastaların sağlığına kavuşmalarında ve yaşam kalitelerindeki bozulmayı düzeltmede yeterli olmadığına yönelik görüşler vardır. Bundan dolayı ilaç tedavisiyle beraber psikososyal müdahalelerin birlikte kullanımı hem ilaç tedavisinin etkililiğini arttırmakta hem de yaşam kalitesini artırmaktadır (Stroppa ve Moreira-Almeida, 2013). Literatürde bipolar bozuklukta ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal yaklaşımların yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir (González-Ortega ve diğerleri, 2016; Strawbridge ve diğerleri, 2016; Faridhosseini ve diğerleri, 2017; Pakpour ve diğerleri, 2017; O'Donoghue ve diğerleri, 2018;Hanssen ve diğerleri, 2019; Vicent-Gil ve diğerleri, 2019).

González-Ortega ve diğerleri (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada müdahale grubunda yer alan bipolar hastalara dokuz seanstan oluşan internet tabanlı psikoeğitim verilmiş ve bunun etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundaki hastalara göre yaşam kalitelerinin ve tedaviye bağlılıklarının yüksek, relaps ve hastaneye yatış oranının ise düşük olduğu bulunmuştur

(González-Ortega ve diğerleri, 2016). Strawbridge ve diğerleri (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada ötimik dönemde olan bipolar hastalara 12 seans bilişsel iyileştirme terapisi uygulanmıştır. Terapinin ardından hastaların yaşam kalitelerinin, bilişsel fonksiyonlarının ve işlevsellik düzeylerinin daha iyi olduğu görülmüştür (Strawbridge ve diğerleri, 2016). Pakpour ve diğerleri (2017) tarafından çok yönlü müdahaleyi içeren randomize kontrollü çalışma yapılmış ve hastaların ilaca bağlılıklarını yükseltmede etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Müdahale grubunda yer alan hasta ve primer bakımından sorumlu olan aile üyesine iki seans grup psikoeğitimi verilmiş, ardından sadece hastalara bir ay toplam üç seans motivasyonel görüşme tekniklerini uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda kontrol grubunda yer alan hastalara göre müdahale grubunda yer alan hastaların yaşam kaliteleri, ilaca bağlılık oranları, genel işlevsellik düzeylerinde anlamlı düzeyde artış, klinik belirtilerde azalış olduğu bulunmuştur (Pakpour ve diğerleri, 2017). Faridhosseini ve diğerlerinin (2017) bipolar bozukluğu olan hastalara sekiz seans uyguladıkları grup psikoeğitiminin sonucuna göre, hastaların tedaviden önceki ve sonraki yaşam kaliteleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmış ve tedavi uyumları artmıştır. Ayrıca psikoeğitim uygulanan bipolar hastalarının altı ay içinde geçirdikleri ataklar ve hastane yatış oranlarında anlamlı düzeyde azalma olmuştur (Faridhosseini ve diğerleri, 2017). O'Donoghue ve diğerleri (2018) bipolar bozukluğu olan hastalara on seanstan oluşan psikoeğitimle kombinledikleri kabul ve kararlılık terapisini uygulamış ve etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucunda göre klinik bulgularda azalış, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumda artış olmuştur (O'Donoghue ve diğerleri, 2018). Demissie ve diğerlerinin (2018) az ve orta gelirli ülkelerde yaşayan bipolar hastalara uygulanan psikososyal müdahalelerin etkisini inceledikleri çalışmanın sonucunda; orta gelirli ülkede yaşayan hastaların tedaviye uyum ve yaşam kalitesinde artış, hastaneye yatış, relaps oranı ve klinik bulgularda azalış olduğu bulunmuştur (Demissie ve diğerleri, 2018). Hanssen ve diğerleri (2019) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada müdahale grubundaki hastalara grup şeklinde sekiz seanstan oluşan farkındalık temelli bilişsel terapi uygulamış ve etkisini incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda kontrol grubundaki hastalara göre müdahale grubundaki hastaların nüks oranı ile duygudurum belirtilerinde azalma, psikolojik sağlık, genel işlevsellik ve yaşam kalitesinde artma olduğu görülmüştür (Hanssen ve diğerleri, 2019). Vicent-Gil ve diğerlerinin (2019) 12 seans uyguladıkları bilişsel iyileştirme ve psikoeğitimin bileşiminden oluşan İntegral İyileştirme Programının etkisini araştırdıkları randomize kontrollü çalışmalarında, hastaların bilişsel performanslarında, psikososyal işlevselliklerinde ve yaşam kalitelerinde artış, relaps oranı ile maliyette azalış olduğu bulunmuştur (Vicent-Gil ve diğerleri, 2019).

2.11. Bipolar Bozuklukta Tedaviye Uyum Eğitimi ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Bipolar bozukluk, genellikle hastaların yaşam kalitesi ve işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyen ve ruh sağlığı hizmetlerinin sık kullanımını gerektiren sık yineleyen, kronik ruhsal bir hastalıktır (Ergene, 2019). Tedaviye uyum hastaların yaşam kalitesi ve işlevselliklerini artırmada, hastane yatışını azaltmada ve relapsları önlemede büyük öneme sahiptir. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumu önemli bir sorundur. Hastanın tedaviye uyumunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, hastaya eğitim verme, ilaç dozunu ayarlama, zaman programı çizelgeleri ve uyarıcılar hazırlama, iç görü oluşturmasına yardım etme ve damgalamayı azaltma gibi müdahalelerde bulunmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015). Tedavi uyumsuzluğunun neden olduğu sıkıntılarla en çok karşılaşan ve disiplinler arası ekip içinde hastalarla beraber en fazla zaman geçiren ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleridir. Hemşireler hastaların tedaviye uyumunda, amaçlanan hedeflere ulaşma ve tedavi planlarını gerçekleştirmede rol alan kişilerdir. Bu nedenle tedavi yönetimi ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği çalışmalarının önemli bir bölümünü içermeli ve tedavi yönetimi eğitimi her ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi için uygulanabilir olmalıdır (Budak, 2019). Ruhsal bozukluklarda ilaç tedavisine ruhsal-toplumsal tedavilerin eklenmesiyle hastalığın yinelemeleri azalmakta, hastaların hastalıklarıyla baş etme, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikleri artmaktadır. Koruyucu, tedavi edici ve iyileştirici hizmetlerin sunulabildiği, bütüncül bir yaklaşımı içeren ruhsal bozuklukların toplumda yönetimi, toplum katılımı ile birlikte ekip çalışmasını ve sürekliliği zorunlu kılmaktadır. Hemşireler toplumu olumlu yönde etkileyebilecek benzersiz konumdadırlar. Ülkemizde 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı kapsamında açılan TRSM'lerin günlük işleyişi içerisinde yer alan psikososyal beceri eğitimleri, iş ve uğraşı terapileri, bireysel ve grup terapileri, sosyal programlar hastaların işlevselliğini arttırmış ayrıca hemşirenin koruyucu, danışmanlık ve rehabilite edici rollerini ön plana çıkarmıştır (T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin hastalarla toplum ortamında işbirliğine dayalı bir ilişki içinde hastalıkla baş etme ve işlevselliklerini artırmada hasta ve aileleri güçlendirme sorumluluğu ve fırsatı bulunmaktadır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2019). Ruhsal bozukluğu olan kişilerde, tedavi uyumunu artırmak amacıyla, bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, motivasyonel görüşme, toplumsal beceri programları ve aile müdahaleleri gibi ruhsal toplumsal programlar uygulanmaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin, tedavi yönetimine sağladığı katkı hastaların bağımsız öz bakımını yapabilmelerine, genel işlevselliklerini artırmaya odaklıdır. Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedaviye karşı uyumu destekleyen yaklaşımlar

geliştirme ve uygulamada ruh sağlığı ekibinin bir parçası olan hemşirelerin de aktif rol alması büyük öneme sahiptir. Bu bağlamda birebir hastaların ihtiyaçları belirlenerek oluşturulan Tedaviye Uyum Eğitiminin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından kolayca uygulanabilen psikoterapötik bir yaklaşım olarak hastaların tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 15 Eylül 2018 –1 Eylül 2019 tarihleri arasında Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri

Araştırmada müdahale grubunun yürütüldüğü, TRSM'nin fizik yapısı içinde; giriş ve karşılama alanı (hastaların karşılanması, kayıt tutulması), genel toplantı ve eğitim salonu, atölye (müzik, resim, seramik, el işi) odaları, çeşitli resim gereçleri, ahşap ve takı gereçleri, müzik aletleri, kütüphane ve okuma salonu, yemek alanı, tedavi ve gözlem odası, görüşme odaları, ekip çalışma odası, hasta, hasta yakınları ve personele yönelik kadın ve erkekler için ayrı ayrı lavabo ve tuvalet bulunmaktadır. Hastaların TRSM'ye ulaşımı ve gerek duyulduğunda hastaneye nakilleri için araç desteği sunulmaktadır. Hastalar TRSM'ye sabah 9.30-10.00 gibi gelip; öğleden sonra 15.00 gibi ayrılmaktadır. TRSM'de bir psikiyatrist, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, üç hemşire, bir güvenlik görevlisi, iki yardımcı personel ve üç yemek servis elemanı (yemek saatlerinde) ile halk eğitim merkezinden haftanın belli günlerinde gelen öğretmenler çalışmaktadır. Psikiyatrist TRSM'nin genel işleyişinin organizasyonundan sorumlu olup hastaların tedavi takibini sağlamakta ve gezici ekip faaliyetlerinde (ev ziyareti) bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşirenin sorumlulukları ise TRSM'ye başvuran hasta ve yakınlarına merkezin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi verme, hasta ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütme (hasta ve hastalıkla baş etme konusunda bir sorun yaşadıklarında nasıl bir yaklaşımda bulunacaklar, nereye başvuracaklar gibi), ev ziyaretinde bulunma, yatarak tedavi görmesi gereken hastayı kliniğe yönlendirme, hasta ile ilgili formları doldurma ve izleme, merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçerek hastanın

merkezle bağlantısını sürdürme ve damgalama ile mücadele faaliyetleri yürütme şeklindedir. TRSM'de halk eğitim merkezinden gelen öğretmenler seramik, el işleri, resim yapma gibi uğraşılarda görev almaktadır. TRSM'ye hastaların kaydı; polikliniğe başvuran hastalar içerisinde TRSM'ye kaydı uygun olan hastalar için tek hekim raporu ile olmaktadır. Hastaların raporu hem kayıt defterine hem de bilgisayar ortamına işlenmektedir. Hastaların bazıları düzenli olarak gelirken; bazıları düzenli olarak gelmemektedir. Düzenli gelmeyen takipli hastaların enjeksiyon takibi, ilaçlarını alıp almadığı; hem telefon takibi hem de ev ziyaretleri ile yapılmaktadır. Düzenli olarak gelen hastaların yaptıkları faaliyetler günlük olarak bilgisayar ortamındaki kayıt dosyalarına işlenmektedir. Uşak ilinde sadece bir adet TRSM bulunmaktadır.

Araştırmanın kontrol grubunun yürütüldüğü Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, randevu sistemi ile çalışmaktadır. Polikliniklerde hafta içi beş iş günü takipli (kontrol için gelen) hastalar kabul edilmektedir. Hastalar sekreterlikten girişi yapıldıktan sonra doktora yönlendirilmektedir. Doktor, tedavi planı ve takibi, kontrol randevularının ve tetkiklerinin belirlenmesini sağlamakta; hastaların sorularını cevaplandırmaktadır. Depo antipsikotik enjeksiyonu varsa hemşire tarafından yapılmaktadır. Poliklinikte hastalara yönelik eğitim verilmemektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, 15 Ocak – 1 Eylül 2019 tarihleri arasında Uşak Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini; Uşak Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bipolar bozukluk tanılı hastalar ile Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ayaktan takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalar; örneklemini ise; içleme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın müdahale ve kontrol gruplarının örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın müdahale grubu Uşak Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bipolar bozukluk tanılı hastalardan; araştırmanın kontrol grubu ise Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ayaktan takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalardan oluşturulmuştur. Kontrol grubunun müdahale grubu ile aynı merkezden alınmamasının sebebi gruplar arasında herhangi bir etkileşimin olmasını önlemektir. Buna yönelik olarak araştırmaya dahil edilme kriterleri kapsamında hasta seçimi ve çalışmaya başlamadan önce grupların

sosyodemografik özellikleri açısından farklılık göstermediğinin saptanması ile gruplar arasında oluşabilecek fark önlenmiştir.

Kullanılan ölçüm aracı, örneklem grubu ve uygulanan müdahale yönünden bu araştırmaya bire bir benzer bir çalışmaya ulaşılamadığı için örneklem hesabına gidilmemiş içleme kriterlerini karşılayan tüm hastaların örnekleme dahil edilmesi planlanmıştır. Müdahale grubunda yer alacak TRSM'de takip edilen hastaların listesini oluşturmak için kayıtlardan yararlanılmıştır. Bu listeden içleme kriterlerini karşılayan 19 hasta ile görüşülmüş ve müdahale grubuna davet edilmiştir. Müdahale grubunda bir hasta çalışmaya katılmayı reddeği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Müdahale grubuna 18 hasta ile devam edilmiştir. Bir hasta ikinci oturumdan sonra il dışına taşındığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak, tedaviye uyum eğitimi müdahale grubunda toplamda 17 hastaya uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alacak psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalar başvuru sırasına göre içleme kriterleri açısından değerlendirilerek uygun olan 50 hasta kontrol grubuna davet edilmiştir. Kontrol grubunda 25 hasta çalışmaya katılmayı reddettiği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Kontrol grubuna 25 hasta ile devam edilmiştir. Dört hasta son test ölçümlerinin uygulandığı tarihte hastaneye yattığı tespit edildiği için çalışmadan çıkarılmıştır. Böylece çalışmanın kontrol grubuna 21 hasta katılmıştır. Sonuç olarak çalışma; müdahale grubunda 17 ve kontrol grubunda 21 olmak üzere toplam 38 hasta ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1). Çalışmaya katılan hastaların tedaviye uyum (d=2.22); sosyal işlevsellik (d=1.99); yaşam kalitesi (d=2.15) izlem değerlerinden elde edilen sonuçların etki büyüklüğünün oldukça kuvvetli olduğu saptanmıştır. Bu etki büyüklüğü değerlerine göre çalışmamızın %95 güven düzeyinde %99 güce ulaştığı hesaplanmış ve örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüştür.

Örnekleme içleme ve dışlama kriterleri

Araştırmaya alınacak hastalar her aşamada aşağıdaki özellikler göz önünde bulundurularak örneklem kapsamına alınmıştır.

İçleme kriterleri

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- Bipolar Bozukluk (I, II) tanısı konulmuş olan,
- Ötimik durumda olan (hekimin yönlendirdiği),

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Bilinci açık olan,
- İşitme ve konuşma sorunu olmayan,
- Türkçe anlayabilen ve konuşabilen,
- Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel rahatsızlığı bulunmayan hastalar,
- En az okur-yazar olan hastalar.

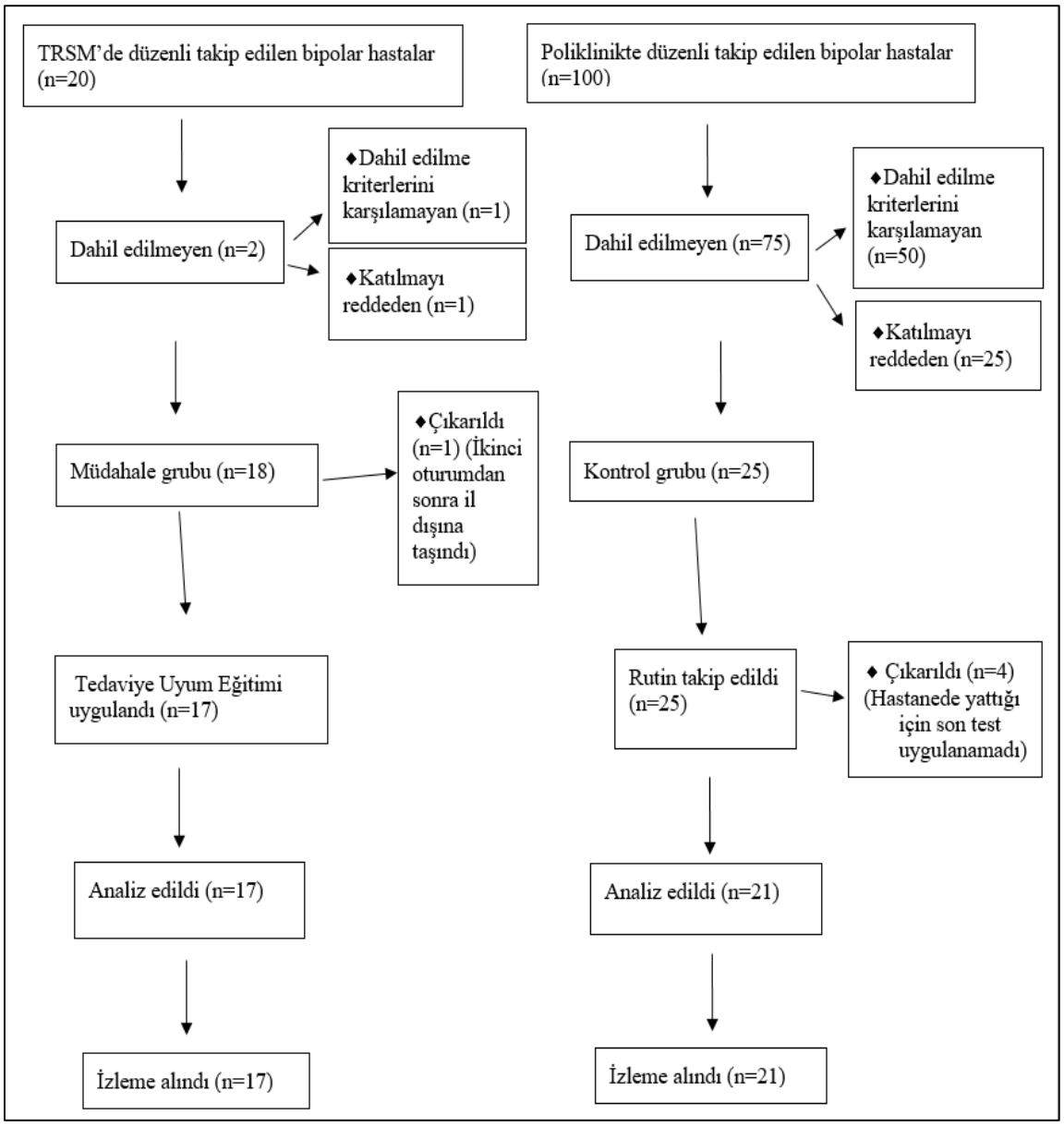
Dışlama kriterleri

- Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar,
- Aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanımı bulunan hastalar,
- Başka psikiyatrik hastalığı bulunan hastalar,
- Benzer bir eğitim programına devam etmiş/ediyor olan hastalar.

Çıkarılma kriterleri

- İl dışına taşınma,
- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde hastanede yatma,
- Ardışık iki oturuma düzenli olarak katılmama.

3.4.1. Araştırma örnekleminin akış diyagramı



Şekil 3.1. Örneklemin akış diyagramı

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- ✓ Bağımsız değişkenler: Tedaviye uyum eğitimi.
- ✓ Bağımlı değişkenler: Zamana ve gruplara göre tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi puanı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerinin toplanmasında aşağıda verilen ölçekler kullanılmıştır.

Katılımcı Bilgi Formu - 2 (EK-8)
Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (EK-9)
Sosyal İşlevsellik Ölçeği (EK-10)
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam
Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBREF-TR) (EK-11)

Katılımcı Bilgi Formu- 2 (EK-8): Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılmıştır. Formun içeriği; hastaların sosyo-demografik özellikler ve hastalık durumlarına ilişkin toplam 11 sorudan oluşmaktadır. *Formda sosyo-demografik özelliklerle ilgili sorular*; hastanın adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, mesleği, eğitim, medeni ve gelir durumuna yöneliktir. *Hastalık durumuna ilişkin sorular ise* hastalığın süresi, hastalığın nüks etme sayısı, son atak tipi, mevcut rahatsızlıktan dolayı hastaneye yatış sayısı ve sosyal destek durumuna yöneliktir.

Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ) (EK-9): Orijinal adı Medication Adherence Rating Scale (MARS) olan ölçek Thompson ve diğerleri, (2000) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenirliliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. TTUOÖ, psikiyatrik hastalarda tedaviye katılımı ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 1-10 arasında değişmektedir. Puanı 1-7 arasında olanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında olanların ise tedaviye uyumu yüksek olarak tanımlanmıştır. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçeye uyarlanmış TTUOÖ'nün güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) (EK-10): Sosyal İşlevsellik Ölçeği kişinin bütün sosyal rolüne yapılan yargıyı gerektiren rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirir ve aynı zamanda performans eksikliğini yeterlik eksikliğinden ayırt edebilir. Ölçek Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton ve Copestake (1990) tarafından geliştirilmiş olup; Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Erakay (2001) tarafından yapılmıştır; Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur (Erakay, 2001). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir.

Kendini değerlendirme biçiminde olan ölçeğin, hem hasta hem de hasta yakını için ayrı ayrı formları bulunmaktadır ve temel psikiyatrik bozukluğu olan hasta gruplarına uygulanmaktadır. Ölçek, yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar şöyledir: 1) Sosyal uğraşı/sosyal geri çekilme (kendi başına zaman geçirme, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, sosyal çekiniklik), 2) kişilerarası davranış (arkadaş sayısı/heteroseksüel ilişki/iletişimin niteliği), 3) öncül sosyal etkinlikler (yaygın sosyal aktiviteler aralığında uğraşı), 4) boş zaman etkinlikleri (hobiler, ilgiler), 5) bağımsızlık-yetkinlik (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme), 6) bağımsızlık-performans (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme), 7) iş/meslek (üretken bir işle uğraşma ya da günlük aktivitede yapılandırılmış program yapma). Alt boyutların madde sayısı ve puanlamasına bakıldığında; Sosyal Çekilmede 5 madde vardır ve en düşük 0, en yüksek 15 puan alırlar. Kişilerarası İşlevsellikte 4 madde vardır, ama sadece madde 1 ve 2 toplanır; böylece en düşük 0, en yüksek 9 puan alınır. Bağımsızlık-yetkinlik için en düşük 0, en yüksek 39; Bağımsızlık-performans için en düşük 0, en yüksek 39; Boş Zamanları Değerlendirme için en düşük 0, en yüksek 45 ve Öncül Sosyal Etkinlikler için en düşük 0, en yüksek 66 puan alınabilir. İş-Meslek alanı için ise kişi için uygunsa iki madde doldurulur, ama son altı ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa atlanır (Şirin, 2008). Bu ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek toplam puan 0-223 olup, her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu(WHOQOLBREF-TR)(EK-11): Yaşam kalitesini değerlendirmek üzere DSÖ'nün WHOQOL-100'den geliştirilen bir ölçektir. WHOQOL-BREF, WHOQOL–100 içinden seçilen 26 soru ve dört alandan oluşmaktadır. Bu 4 alan bedensel, mental, sosyal ilişkiler ve çevresel alanlardır. Ölçeğin 3., 4. ve 26. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekte kullanılan dört alanın içeriği aşağıdaki gibidir.

Alan I: Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücünü kapsamaktadır. Ölçeğin 3,4,10,15,16,17, 18 no'lu soruları bedensel alan ile ilgili durumu incelemektedir.

Alan II: Ruhsal alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplamayı kapsamaktadır. Ölçeğin 5,6,7,11,19,26 no'lu soruları ruhsal alan ile ilgili durumu incelemektedir.

Alan III: Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşamı içermektedir. Ölçeğin 20,21,22 no'lu soruları sosyal alan ile ilgili durumu incelemektedir.

Alan IV: Çevresel alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zamanı değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşımı içermektedir. Ölçeğin 8,9,12,13,14,23,24,25 no'lu soruları çevresel alan ile ilgili durumu incelemektedir.

WHOQOL-BREF-TR 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçeğin alt alanlarından alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2006). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmış ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,83 olarak bildirilmiştir (Eser ve diğerleri, 1999). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir.

3.7. Tedaviye Uyum Eğitiminin Geliştirilmesi

3.7.1. Araştırmanın ön hazırlık aşaması

Araştırmanın ön hazırlık aşaması, 15 Eylül–15 Aralık 2018 tarihleri arasında Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleşmiştir. Araştırmanın çalışma grubunun belirlemesinde, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme, örneklemin problemle ilgili olarak belirlenen niteliklere sahip kişiler, olaylar, nesneler ya da durumlardan oluşturulmasıdır (Altunay, Oral ve Yalçınkaya, 2014). Araştırmanın örneklemi, Uşak İl Sağlık Müdürlüğü Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bipolar bozukluk tanılı hastalardan içleme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan oluşmaktadır. Araştırmanın ölçüt örneklem kriterleri; bipolar bozukluk tanısı almış ve ötimik dönemde olma şeklinde belirlenmiştir. Araştırmanın bu aşamasında örneklem sayısı, görüşmelerden elde edilen verilerin tekrarlı

olmaya başlaması (doyum noktasına ulaşmasıyla) ile sonlandırılmış ve toplam 11 hasta ile derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır.

Araştırmanın ön hazırlık aşamasının değişkeni

✓ Bu aşamanın temel değişkeni tedaviye uyumu etkileyen unsurlardır.

Araştırmanın ön hazırlık aşamasının veri toplama araçları

✓ Katılımcı Bilgi Formu - 1 (EK-4)
✓ Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-5)

Katılımcı Bilgi Formu - 1 (EK-4): Bu form çalışmanın birinci aşamasında kullanılmıştır ve hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, sosyal güvencesi ve mesleğine ilişkin yedi sorudan oluşmaktadır.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-5): Bu form çalışmanın birinci aşamasında kullanılmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi süreci boyunca yaşadıkları sorunlar, baş etme özellikleri ve bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Görüşme formu *"giriş bölümü, araştırma- görüşme soruları ve kapanış"* bölümlerinden oluşmaktadır. *Giriş bölümü* görüşmecinin kendisini tanıtması, görüşmenin amacı ve özelliklerini açıklamasını içermektedir. *Araştırma soruları-görüşme soruları*; 1) Bipolar bozukluk tanısı alma hikayenizi anlatır mısınız? 2) Bipolar bozukluk tanısı konulduğu andan şu ana kadarki tedavi sürecini anlatır mısınız? Ne tür tedavi aldınız? Tedavinize düzenli bir şekilde devam ettiniz mi? Tedavinize düzenli devam etmenizi etkileyen durumlar oldu mu? 3) Tedavi sürecinde ne tür güçlükler yaşadınız? 4) Tedavinin olumlu ve olumsuz etkileri neler oldu? 5) Tedavi sürecinde ne tür bilgilere ihtiyaç duydunuz? 6) Bipolar bozukluk tedavisi konusunda bir eğitim verilecek olsa size nelerin anlatılmasını isterdiniz? şeklindedir. *Kapanış bölümü* bireye teşekkür edilerek görüşmenin sonlandırılmasını içermektedir.

Araştırmanın ön hazırlık aşamasında veriler, katılımcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Tanımlayıcı nitel araştırma yöntemlerinden derinlemesine bireysel görüşme yöntemi ile Uşak İl Sağlık Müdürlüğü Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hastalarla görüşülmüştür. Görüşmeler TRSM'de

kitap okuma odası olarak kullanılan eğitim odasında gerçekleştirilmiştir. Eğitim odası yaklaşık yirmi metrekare olup, güneş almaktadır. Odada, üç adet kitaplık, dört adet büyük ofis masası, bir adet öğretmen masası ve on beş tane sandalye bulunmaktadır. Araştırmacı hastalara kendini tanıtarak, araştırmanın amacını, ne şekilde yürütüleceğini, görüşmelerin ses kaydına alınacağını ve araştırmacının görüşme sırasında not tutabileceğini açıklamıştır. Araştırmacı üniversitede çalışan bir akademisyendir. Araştırmacının görüşme öncesi katılımcılarla herhangi bir irtibatı olmamıştır. Araştırmacı görüşmelere başlamadan önce nitel araştırma yöntemleri kursuna katılmıştır. Görüşmelere başlanmadan önce hastalar konu hakkında bilgilendirilmiş, görüşme esnasında yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler, sadece araştırmacı ve katılımcının bulunduğu sessiz bir odada yürütülmüştür. Görüşmenin bölünmemesi için oda kapısına görüşme olduğu ve rahatsız edilmemesi gerektiği konusunda bilgi notu asılmıştır. Toplam 11 hasta ile görüşülmüş, görüşmeler yaklaşık 25-35 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi: Hastaların sosyodemografik ve hastalık durumuna ilişkin verilerinin incelenmesinde istatiksel yazılım programı SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcı Bilgi Formu'nda yer alan sosyodemografik ve mevcut sağlık durumuna ilişkin veriler; sayı ve yüzdelik hesaplaması, ortalama, standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın nitel aşamasında; toplanan veriler nitel veri analiz yöntemlerinden "Betimsel Analiz" yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Betimsel analizde araştırma sorularından araştırmanın kavramsal çerçevesinden ya da görüşme ve/veya gözlemlerde yer alan boyutlardan yola çıkarak veri analizi için bir çerçeve oluşturulmaktadır. Bu yaklaşıma göre, elde edilen veriler daha önceden belirlenen temalara göre özetlenir ve yorumlanır. Literatürde önerildiği gibi (Erdoğan, Nahcivan, Esin, Coşansu ve Seçginli, 2014) veri analizinde ilk önce ses kayıt cihazına kaydedilen görüşmeler verilerin doğal haline hiç dokunulmadan bilgisayara aktarılmıştır. Veriler yazılırken bireylerin isimleri kullanılmamış, görüşme yapılan her birey numaralandırılarak kodlanmıştır. Araştırma sorularından, araştırmanın kavramsal çerçevesinden ve görüşmelerden yola çıkarak verilerin hangi temalar altında düzenleneceği ve sunulacağı belirlenmiştir. Belirlenen tema ve alt temalara göre veriler okunmuş, düzenlenmiş ve bulgular tanımlanmıştır. Son aşama olarak tanımlanan bulgular yorumlanmış ve raporlandırılmıştır. Veriler raporlanırken, oluşturulan temalara nasıl ulaşıldığını göstermek için görüşmeye katılan hasta ifadelerinden örnekler verilmiştir. Araştırmanın geçerliği ve güvenirliği için Lincoln ve Guba'nın (1985) önerdiği ölçütler dikkate alınmıştır. Önerilen ölçütte yer alan geçerlilik, iç ve dış geçerlilik; güvenirlilik ise, iç ve dış güvenirlik olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. İç

geçerlilik inandırıcılık, dış geçerlilik aktarabilirlik; iç güvenirlilik tutarlılık, dış güvenirlilik teyit edebilirlik olarak ele alınmaktadır (Erdoğan, Nahcivan, Esin, Coşansu ve Seçginli, 2014). Bu araştırmanın inandırıcılığını sağlamak amacıyla bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Görüşmeler yeni bir bilginin gelmediği noktada sonlandırılmıştır. Bu araştırmada aktarabilirliği sağlamak amacıyla ayrıntılı betimleme yöntemi ve amaçlı örneklem yönteminden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veri setinin temalara göre düzenlenmiş biçimi yorum katmadan sunulmuştur. Bu araştırmada tutarlılığını sağlamak amacıyla görüşmeler sırasında aynı yarı yapılandırılmış görüşme soruları ve aynı kayıt cihazı kullanılmıştır. Analizler konu ile ilgili eğitimi ve deneyimi olan en az iki akademisyen tarafından değerlendirilmiştir. Bu araştırmada kullanılacak veri toplama araçları, araştırmanın ham verileri, analiz aşamasında yapılacak kodlamalar ve diğer tüm materyaller teyit edilebilirlik açısından saklı tutulacaktır.

Betimsel analiz yapıldıktan sonra hastalara bireysel olarak uygulanacak olan tedaviye uyum eğitiminin seans sayısı ve içeriği oluşturulmuştur. Görüşme yapılan 11 hasta aynı zamanda müdahale grubuna dahil edilmiştir. Tedaviye Uyum Eğitimi ile ilgili TRSM'de görev yapan iki hemşireden de hastaların gereksinimlerini belirlemeye yönelik görüş alınmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.1'de verilmiştir.

Çizelge 3.1. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi aşamasında görüşme yapılan hastaların sosyodemografik özellikleri

Hasta No	Hastaların Sosyodemografik Özellikleri
1	35 yaş, lise mezunu, bekar, ekonomik durumu orta, çalışıyor
2	31 yaş, lise mezunu, evli, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
3	55 yaş, ilkokul mezunu, bekar, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
4	44 yaş, üniversite mezunu, bekar, ekonomik durumu düşük, çalışmıyor
5	26 yaş, ortaokul mezunu, evli, ekonomik durumu düşük, çalışmıyor
6	46 yaş, lise mezunu, evli, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
7	42 yaş, ilkokul mezunu, evli, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
8	35 yaş, lise mezunu, bekar, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
9	47 yaş, ilkokul mezunu, evli, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
10	21 yaş, üniversite mezunu, bekar, ekonomik durumu orta, çalışmıyor
11	53 yaş, üniversite mezunu, evli, ekonomik durumu orta, çalışmıyor

Derinlemesine bireysel görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda hazırlanan Tedaviye Uyum Eğitiminin kapsam geçerliliği yapılmıştır. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için ise Waltz ve Bausel (1981) tarafından geliştirilmiş Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) kullanılmıştır. Uzmanlar bu aracı kullanarak her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak; 1=Uygun değil, 2=Uygun şekle getirilmesi gerek, 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun; işaretleme yapar. Daha sonra maddelere sadece üç

ve dört puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddenin kapsam geçerlilik indeksi belirlenir (Polit, Beck ve Owen, 2007).

Tedaviye uyum eğitiminin kapsam geçerliliği psikiyatri hemşireliği ve hemşirelik araştırmalarında uzman beş öğretim üyesinin görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Uzmanlar tarafından bir veya iki puan verilen maddelere ilişkin düzenlemeler yapılmış ve tekrar uzman görüşüne gönderilmiştir. Sonuçta bütün uzmanlar her maddeye üç veya dört puan vermiştir. Buna göre kapsam geçerlilik indeksi bir olarak bulunmuştur.

Veneziano ve Hooper (1997) tarafından oluşturulan, α=0,05 anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan bakılarak beş uzman için minimum değer 0,99 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.1) (Veneziano ve Hooper, 1997). Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda aracın bir olarak bulunmuş olan kapsam geçerlik indeksi, belirlenen maksimum değerin üzerinde olduğu için içeriğin kapsamı geçerli bulunmuştur.

Çizelge 3.2. α=0,05 anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik indeksleri (KGI) için minimum değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40 ve üzeri	0,29

(Veneziano ve Hooper, 1997)

3.7.2. Tedaviye uyum eğitimi oturumları

Tedaviye uyum eğitiminin oturumları ve bu oturumların amacı, yöntemi, süreci ve içerik/kapsamı düzenlenmiştir (EK-12). Görüşmelerden elde edilen verilerin yazıya dökümü sonrasında analiz yapılmış; tema ve alt temalar belirlenmiş ve tedaviye uyum eğitiminin oturumları ile eğitimin içeriği oluşturulmuştur (EK-13). Belirlenen kategori, tema, alt tema ve tedaviye uyum eğitimi oturumları Çizelge 3.3'de verilmiştir.

Çizelge 3.3. Kategori, tema, alt tema ve tedaviye uyum eğitiminin oturumları

Kategori	Tema	Alt Tema	Tedaviye Uyum Eğitiminin Oturumları
1. Hastalığın başlangıcı/Tanı alma aşaması	A. Belirtiler	A1.Zarar görme korkusu	✓ Tedaviye Uyum Programının Tanıtılması ve Hastalık Hakkında Bilgi
		A2.Agresyon	
		A3.Kontrolsüz davranışlar	
		A4.Uykusuzluk	
	B.Aile desteği	B1.Hastaneye yatışta ailenin yanında olması	
		B2.Hastane randevularına aile ile birlikte gitme	
2. Tedaviye uyum	A.Tedaviye uyumu olumlu etkileyenler	A1.Ailenin ilaç saatlerini hatırlatması	✓ Bipolar Bozuklukta Uygulanan Tedaviler ve Tedaviye Uyumun Önemi
		A2.İlaçlar düzenli alındığında atakların olmaması	
		A3.İlaçla yaşamak zorunda olduğunu kabullenme	
		A4.İlaçlarını almadığında belirtilerin tekrar başladığını deneyimleme	
	B.Tedaviye uyumu olumsuz etkileyenler	B1.Ailenin hasta bireye değil tedaviye odaklanması	
		B2.İyileştiğini düşünüp kendi kendine ilaç bırakma	
		B3.Kendisinin normal olduğunu tedaviye gerek olmadığını düşünerek ilacını almama/Hasta olduğuna inanmama	
	C.Tedavinin olumlu etkileri	C1.Uyku düzeni	
		C2.Normale dönme/Kendini kabul/hasta olduğunu kabul	
		C3.İşlevselliğin artması	
		C4.Atakların olmaması	
	D.Tedavinin olumsuz etkileri	D1.Beslenmede değişim/Kilo alma	
		D2.Uykululuk	
3.Kişiler arası ilişkiler	A.Damgalama	A1.Hastalık tanısı alındığında toplumun, bireyi aşağılayıcı etiketler kullanması	✓ Bipolar Bozuklukta Hastaya Hastalığa Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama
		A2.İnsanların tanı alan kişiye bakış açısının değişmesi	
		A3.Aile içi ilişkilerde bozulma	
		A4.Sosyal çevresindeki kişilerin bireyle görüşmek istememesi	
4. Bilgi gereksinimi	A.Tedavi	A1.İlaçların Etkileri	✓ Bipolar Bozuklukta Kullanılan İlaçlar, Etkileri ve Yan Etkileri
		A2.İlaçları kullanma süresi	
		A3.İlaç kullanma dışında yapılması gerekenler	✓ Tedaviyle İlgili Problem Çözme ve Stresle Baş Etme Stratejileri
	B.Hastalık	B1. Genel Özellikleri	✓ Tedaviye Uyum Programının Tanıtılması Ve Hastalık Hakkında Bilgi
		B2.Nedenleri	

Tedaviye uyum eğitiminin içeriği Colom ve Vieta tarafından geliştirilen Bipolar Bozukluk Psikoeğitim El Kitabı ve diğer bazı kaynaklardan yararlanılarak (Colom ve Vieta, 2006;

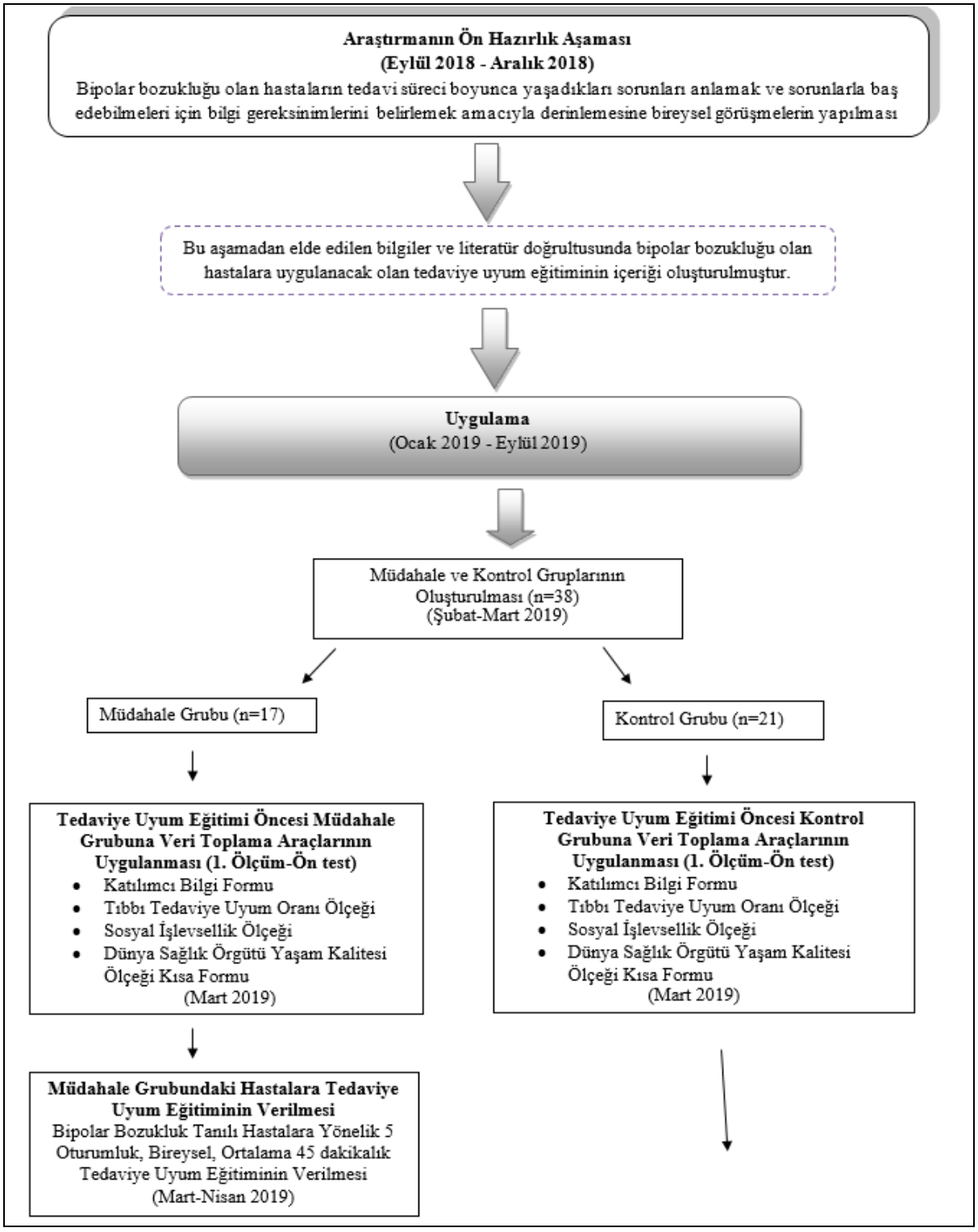
Taşkın, 2007; Alataş, Kurt, Bilgiç ve Karatepe, 2007;Harkın, 2009; Sanches, Newberg ve Soares, 2010; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Gümüş, 2013) oluşturulmuştur. Eğitim içeriği kitapçık olarak düzenlenmiş (EK-17) ve eğitimin sonunda bu kitapçık hastalara dağıtılmıştır.

3.8. Uygulama

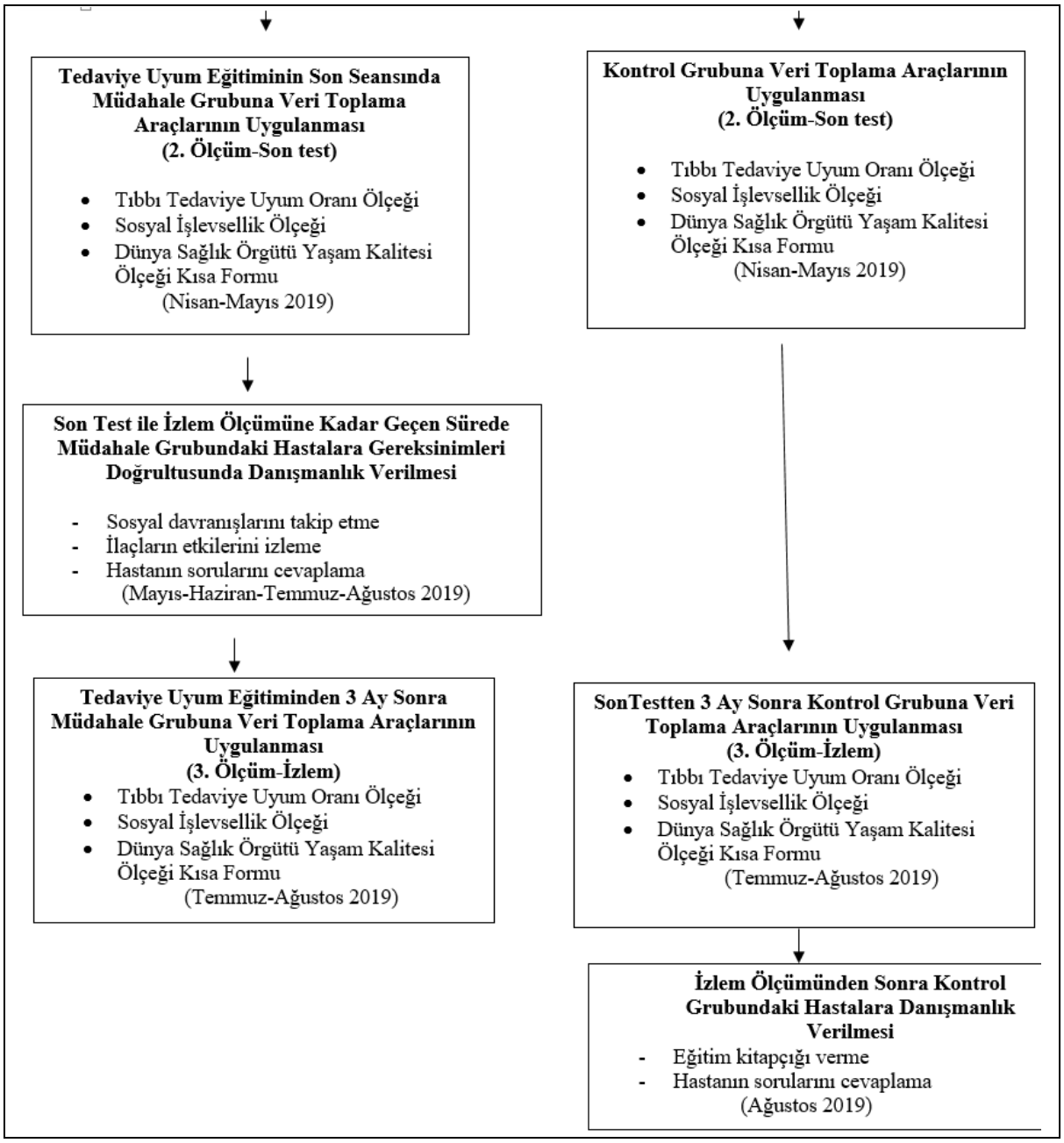
Araştırmanın yürütüldüğü kurumlarda (TRSM ve poliklinik) müdahale ve kontrol grubundaki hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, nasıl yapılacağına ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmaya katılım için gönüllü olan her iki gruptaki hastalara veri toplama araçları (Katılımcı Bilgi Formu, TTUOÖ, SİÖ, WHOQOLBREF-TR) uygulanmıştır (*Birinci ölçüm-Ön test*). Müdahale grubuna alınan her bir hastaya birinci ölçümün arkasından rutin takip ve tedavilerine ek olarak tedaviye uyum eğitiminin birinci seansı uygulanmıştır. Tedaviye uyum eğitimi toplamda beş oturumdan oluşmaktadır ve bireysel olarak uygulanmıştır. Haftada bir kez yapılan tedaviye uyum eğitiminin oturumlarının her biri ortalama 45 dakika sürmüştür. Eğitim esnasında hastanın soruları yanıtlanmış ve merak ettiklerini sorması için hastalara zaman ayrılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi esnasında herhangi bir nedenle eğitim seanslarından ardışık iki oturuma düzenli olarak katılmayan/katılamayan hastalar örneklem grubundan çıkarılmıştır. Her oturumdan bir gün önce hastalar telefonla aranarak oturumun zamanı ile ilgili hatırlatmalarda bulunulmuştur. Eğitimin son seansı tamamlandığında hasta ayrılmadan önce *ikinci ölçüm (son test)* ve son seanstan üç ay sonra *üçüncü ölçüm (izlem)* yapılmıştır. Bu ölçümlerde TTUOÖ, SİÖ, WHOQOLBREF-TR tekrar uygulanmıştır. Tedaviye uyum eğitiminin son seansında hastalara eğitim kitapçığı dağıtılmış ve sonraki üç ay boyunca haftada bir kez müdahale grubundaki hastalara telefonla ulaşılarak yürütülen eğitime paralel olarak danışmanlık verilmiştir. Bu danışmanlık "*araştırmacı için hastanın sorularını cevaplama, ilaçların etkilerini izleme, sosyal davranışlarını takip etme"* şeklinde olmuştur (EK-15, EK-16) ve hastaların boş zamanlarını değerlendirme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, ilacını alma, uyku, iştah ve dinlenme gibi durumları takip edilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara ise birinci ölçümden (ön testten) sonra herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bu hastalar poliklinikteki rutin takiplerine (farmakolojik tedaviler, doktor kontrolleri) devam etmişlerdir. Kontrol grubunu oluşturan hastaların ikinci ve üçüncü ölçümleri de müdahale grubundaki hastalarla aynı hafta içinde yapılmıştır. Kontrol grubundaki hastalara da üçüncü ölçümden sonra müdahale grubuna verilen eğitim

kitapçığı dağıtılmıştır. Toplamda her iki gruptaki hastalara katılımcı bilgi formu bir kez, TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR ise üç kez uygulanmıştır.



Şekil 3.2. Araştırma akış planı



Şekil 3.2.(devam) Araştırma akış planı

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada tedaviye uyum eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesinde, istatiksel yazılım programı SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin sunumu için; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma verilmiştir.

Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma, ortanca ve en küçük - en büyük değerler; kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk's testi ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında

bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise; bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı grup karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (post hoc: Bonferroni Yöntemi); parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise; Friedman Testi (post hoc: Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare testi ve Fisher's Exact test ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tıbbi Tedaviye Uyum ve Sosyal İşlevsellik ölçekleri üzerinde etkisi olduğu düşünülen değişkenlerin incelenmesinde Doğrusal Regresyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca zaman etkisi, grup etkisi ve grup*zaman etkileşimlerinin incelenmesinde İki Yönlü Varyans analizi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü incelemeleri için Kısmi Eta Kare katsayısı kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 11.09.2018 tarih ve 07 sayılı karar ile yazılı etik izin alınmıştır (EK-1). Araştırmanın uygulanabilmesi için 05.10.2018 tarihli ve 71438662-773.02-374 sayılı karar ile Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'nden (EK-2) yazılı izinler alınmıştır. Çalışmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı, nerede yapıldığı, elde edilen verilerin nerede ve niçin kullanılacağı araştırmacı tarafından açıklanarak hastalardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (EK-3-6-7). Ayrıca çalışmada kullanılan ölçekler için de ölçek sahiplerinden izin alınmıştır (EK-14). İzlem ölçümü tamamlandıktan sonra kontrol grubundaki hastaların soruları cevaplandırılmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Çalışma bittikten sonra duyuru yapılarak kontrol grubundaki hastalara da eğitim verilmesi planlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Grup Müdahale n (%)	Grup Kontrol n (%)	İstatistiksel Değerlendirme*
Cinsiyet	Kadın	10 (58,82)	8 (38,10)	χ^2=1,619 p=0,203
	Erkek	7 (41,18)	13 (61,90)	
Yaş	18 – 35 yaş	4 (23,53)	4 (19,05)	χ^2=1,001 p=0,606
	36 – 45 yaş	6 (35,29)	5 (23,81)	
	46 yaş ve üzeri	7 (41,18)	12 (57,14)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	1 (5,88)	1 (4,76)	χ^2=2, 113 p=0,708
	İlkokul	4 (23,53)	4 (19,05)	
	Ortaokul	3 (17,65)	1 (4,76)	
	Lise	4 (23,53)	7 (33,33)	
	Üniversite	5 (29,41)	8 (38,10)	
Medeni Durum	Evli	8 (47,06)	12 (57,14)	χ^2=0,662 p=0,718
	Bekar	6 (35,29)	7 (33,33)	
	Boşanmış	3 (17,65)	2 (9,52)	
Ekonomik Durum	Düşük	6 (35,29)	5 (23,81)	χ^2=1, 973 p=0,433
	Orta	11 (64,71)	15 (71,43)	
	Yüksek	0 (0)	1 (4,76)	
Çalışma Durumu	Evet	5 (29,41)	5 (23,81)	χ^2=0,152 p=0,697
	Hayır	12 (70,59)	16 (76,19)	
Sosyal Destek Aldığınız Kişiler	Evet	7 (41,18)	8 (38,1)	χ^2=0,037 p=0,847
	Hayır	10 (58,82)	13 (61,9)	
Atak Tipi	Manik	8 (47,06)	7 (33,33)	χ^2=1,763 p=0,414
	Major depresyon	9 (52,94)	13 (61,90)	
	Hipomanik	0 (0)	1 (4,76)	
Hastalığın süresi	0 – 10	6 (35,29)	11 (52,38)	χ^2=3,558 p=0,169
	11 – 20	9 (52,94)	5 (23,81)	
	21 ve üzeri	2 (11,76)	5 (23,81)	
Nüks Sayısı	0 – 20	18 (85,71)	14 (82,35)	χ^2=0,08 p=0,778
	21 ve üzeri	3 (14,29)	3 (17,65)	
Hastaneye Yatma	Bir	1 (5,88)	9 (42,86)	χ^2=7,557 p=0,023*
	İki	1 (5,88)	1 (4,76)	
	Üç ve üzeri	15 (88,24)	11 (52,38)	

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; χ^2: Kikare analizi test değeri

Çizelge 4.1'de hastaların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, çalışma durumu, yardım aldığı kişiler, atak tipi, hastalığın süresi ve nüks sayısı özellikleri açısından benzer olduğu görülmüştür (p>0,05).

4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Hastaların ön test ölçek puanlarının dağılımı

	Ölçekler	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Değerlendirme*
Ön Test	TTUOÖ	4,29 ± 2,37[e]	4,62 ± 2,52[e]	t=0,406 p=0,687
	SİÖ	73,53 ± 23,09[e]	73,67 ± 25,02[e]	t=0,017 p=0,986
	Sosyal Uğraşı	6,59 ± 1,94[e]	6,81 ± 1,75[e]	t=0,369 p=0,714
	Kişilerarası İşlevsellik	2 (1 - 7)[s]	2 (0 - 7)[s]	z=-0,424 p=0,685
	Öncü Sosyal Etkinlik	3 (2 - 11)[s]	5 (0 - 17)[s]	z=-0,698 p=0,504
	Boş zamanları Değerlendirme	11,06 ± 5,04[e]	9,90 ± 4,19[e]	t=-0,771 p=0,446
	Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	31 (18 - 39)[s]	37 (16 - 39)[s]	z=-1,292 p=0,209
	Bağımsızlık Düzeyi-Performans	16,82 ± 11,09[e]	13,62 ± 8,63[e]	t=-1,002 p=0,323
	İş	0 (0 - 10)[s]	0 (0 - 10)[s]	z=-0,346 p=0,794
	WHOQOLBREF-TR	63,88 ± 10,23[e]	69,14 ± 15,32[e]	t=1,263 p=0,215
	Bedensel Alan	16,00 ± 3,76[e]	18,67 ± 4,41[e]	t=1,978 p=0,056
	Ruhsal Alan	16,24 ± 2,73[e]	16,14 ± 3,89[e]	t=-0,083 p=0,934
	Sosyal Alan	6 (4 - 10)[s]	7 (4 - 11)[s]	z=-1,516 p=0,152
	Çevresel Alan	20,76 ± 3,70[e]	22,19 ± 4,92[e]	t=0,989 p=0,329

*Parametrik olmayan iki grup karşılaştırması, Z: Mann Whitney U test istatistiği; Parametrik olan iki grup karşılaştırması, t: Bağımsız gruplarda t test istatistiği; p<0,05 kabul edilmiştir.
e: $\bar{X}$±SS
s: Ortanca (Min-Maks)
TTUOÖ: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
WHOQOLBREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Çizelge 4.2.' de hastaların ön test ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR ön test puanları benzerdir (p>0,05).

Çizelge 4.3. Hastaların TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR ölçek puanlarının zamana göre dağılımı

Ölçekler	Grup	Ön Test[a]	Son Test[b]	İzlem[c]	İstatistiksel Değerlendirme*
TTUOÖ	Müdahale	4 (0 - 8)[b,c]	8 (3 - 9)[a]	8 (5 - 10)[a]	χ^2=22,581[s] p<0,0001*
	Kontrol	4,62 ± 2,52	3,52 ± 2,25	4 ± 2,3	F=2,468[e] p=0,098
SİÖ	Müdahale	73,53 ± 23,09[b,c]	100,24 ± 14,03[a]	97,12 ± 15,13[a]	F=30,057[e] p<0,0001*
	Kontrol	73,67 ± 25,02	70,67 ± 16,01	70,29 ± 16,99	F=0,293[e] p=0,748
Sosyal Uğraşı	Müdahale	7 (2 - 10)[c]	8 (4 - 11)	8 (5 - 10)[a]	χ^2=7,065[s] p=0,029*
	Kontrol	6 (4 - 10)[b]	5 (1 - 12)[a]	6 (3 - 11)	χ^2=8,361[s] p=0,015*
Kişilerarası İşlevsellik	Müdahale	2 (1 - 7) [b,c]	4 (1 - 5)[a]	4 (2 - 5)[a]	χ^2=17,825[s] p<0,0001*
	Kontrol	2 (0 - 7)	2 (1 - 5)	2 (1 - 5)	χ^2=4,373[s] p=0,112
Öncü Sosyal Etkinlik	Müdahale	3,94 ± 2,25[c]	5,41 ± 2,35	5,18 ± 2,60[a]	F=3,413[e] p=0,045*
	Kontrol	5 (0 - 17)	3 (0 - 7)	3 (0 - 11)	χ^2=4,027[s] p=0,133
Boş Zamanları Değerlendirme	Müdahale	11,06 ± 5,04 [b,c]	17,24 ± 5,47[a]	15,71 ± 3,90[a]	F=16,291[e] p<0,0001*
	Kontrol	9 (3 - 19)	9 (4 - 15)	8 (4 - 15)	χ^2=0,609[s] p=0,738
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Müdahale	31 (18 - 39) [b,c]	39 (26 - 39)[a]	39 (26 - 39)[a]	χ^2=25,739[s] p<0,0001*
	Kontrol	37 (16 - 39)	37 (13 - 39)	38 (26 - 39)	χ^2=1,815[s] p=0,404
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	Müdahale	16,82 ± 11,09 [b,c]	26,41 ± 6,89[a]	24,12 ± 6,85[a]	F=15,269[e] p<0,0001*
	Kontrol	13,62 ± 8,63	13,33 ± 5,39	11,57 ± 5,93	F=1,404[e] p=0,257
İş	Müdahale	0 (0 - 10) [b,c]	0 (0 - 10)[a]	2,35 ± 4,37[a]	χ^2=0,000[s] p=1,000
	Kontrol	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	χ^2=0,667[s] p=0,717
WHOQOLBREF-TR	Müdahale	63,88 ± 10,23[b,c]	91,18 ± 9,44[a]	92,35 ± 9,34[a]	F=109,026[e] p<0,0001*
	Kontrol	69,14 ± 15,32	66,67 ± 9,43	70,57 ± 10,81	F=1,383[e] p=0,263
Bedensel Alan	Müdahale	16,00 ± 3,76 [b,c]	25,06 ± 3,05[a]	25,65 ± 2,64[a]	F=90,577[e] p<0,0001*
	Kontrol	18,67 ± 4,41	17,57 ± 3,28	18,86 ± 2,97	F=1,959[e] p=0,154
Ruhsal Alan	Müdahale	16,24 ± 2,73 [b,c]	21,35 ± 2,42[a]	21,71 ± 2,05[a]	F=52,773[e] p<0,0001*
	Kontrol	16 (11 - 23)	15 (8 - 20)	15 (7 - 25)	χ^2=2,960[s] p=0,228
Sosyal Alan	Müdahale	6 (4 - 10) [b,c]	9 (7 - 13)[a]	9 (6 - 12)[a]	χ^2=23,672[s] p<0,0001*
	Kontrol	7,43 ± 2,01	7,38 ± 1,32	7,57 ± 1,50	F=0,115[e] p=0,891
Çevresel Alan	Müdahale	20,76 ± 3,7 [b,c]	27,76 ± 2,59[a]	28,06 ± 3,45[a]	F=69,374[e] p<0,0001*
	Kontrol	23 (13 - 32)	23 (16 - 25)	24 (17 - 32)	χ^2=1,400[s] p=0,497

*Parametrik olmayan tekrarlı ölçümlerin karşılaştırılması, χ^2: Friedman test istatistiği; grup içi farkın hangi tekrardan kaynaklandığı Dunn-Sidak test istatistiği ile hesaplanmıştır, F: Tekrarlı ölçümlerde Varyans Analizi; grup içi farkın hangi tekrardan kaynaklandığı Bonferroni yöntemi ile hesaplanmıştır. Aralarında fark olan zamanlar aynı harf ile gösterilmiştir; p<0,05 kabul edilmiştir. e: $\bar{x}$±ss, s: Ortanca (Min-Maks)

Çizelge 4.3.'te hastaların TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR ölçek puanlarının zamana göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise TTUOÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Müdahale grubundaki hastaların SİÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise SİÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda SİÖ sosyal uğraşı alt boyutu ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki hastaların WHOQOLBREF-TR son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise WHOQOLBREF-TR ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Hastaların ölçek puanlarının zaman, grup ve grup*zaman etkileşimleri

	Grup	Ön Test Med (min - maks)	Son Test Med (min - maks)	İzlem Test Med (min - maks)	Faktörler: Zaman İstatistik (s.d)	p	Grup İstatistik (s.d)	p	Grup * Zaman İstatistik (s.d)	p
TTUOÖ	Müdahale	4 (0 - 8)	8 (3 - 9)	8 (5 - 10)	8,918 (2)	<0,0001*	19,552 (1)	<0,0001*	20,239 (2)	<0,0001*
	Kontrol	4 (0 - 9)	3 (0 - 8)	3 (0 - 9)						
SİÖ	Müdahale	76 (40 - 109)	102 (81 - 120)	103 (57 - 123)	11,488 (2)	<0,0001*	12,254 (1)	<0,001*	18,909 (2)	<0,0001*
	Kontrol	74 (28 - 129)	70 (36 - 99)	71 (41 - 116)						
Sosyal Uğraşı	Müdahale	7 (2 - 10)	8 (4 - 11)	8 (5 - 10)	0,52 (2)	0,597	6,962 (1)	0,012*	8,812 (2)	<0,0001*
	Kontrol	6 (4 - 10)	5 (1 - 12)	6 (3 - 11)						
Kişilerarası İşlevsellik	Müdahale	2 (1 - 7)	4 (1 - 5)	4 (2 - 5)	3,929 (2)	0,024*	12,603 (1)	<0,001*	15,816 (2)	<0,0001*
	Kontrol	2 (0 - 7)	2 (1 - 5)	2 (1 - 5)						
Öncü Sosyal Etkinlik	Müdahale	3 (2 - 11)	6 (2 - 9)	5 (2 - 11)	0,269 (2)	0,765	2,864 (1)	0,099	5,974 (2)	0,004*
	Kontrol	5 (0 - 17)	3 (0 - 7)	3 (0 - 11)						
Boş Zamanları Değerlendirme	Müdahale	11 (0 - 20)	17 (10 - 28)	15 (9 - 21)	9,894 (2)	<0,0001*	21,68 (1)	<0,0001*	14,901 (2)	<0,0001*
	Kontrol	9 (3 - 19)	9 (4 - 15)	8 (4 - 15)						
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	Müdahale	31 (18 - 39)	39 (26 - 39)	39 (26 - 39)	12,315 (2)	<0,0001*	0,491 (1)	0,488	5,539 (2)	0,006*
	Kontrol	37 (16 - 39)	37 (13 - 39)	38 (26 - 39)						
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	Müdahale	18 (0 - 36)	29 (11 - 36)	27 (9 - 30)	9,034 (2)	<0,0001*	20,27 (1)	<0,0001*	12,808 (2)	<0,0001*
	Kontrol	13 (0 - 29)	13 (0 - 22)	12 (0 - 25)						
İş	Müdahale	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2,35 ± 4,37	0,252 (2)	0,778	0,288 (1)	0,595	0,252 (2)	0,778
	Kontrol	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)						
WHOQOLBREF-TR	Müdahale	64 (38 - 77)	91 (76 - 112)	94 (73 - 110)	47,224 (2)	<0,0001*	19,684 (1)	<0,0001*	49,97 (2)	<0,0001*
	Kontrol	66 (45 - 98)	66 (46 - 80)	70 (44 - 103)						
Bedensel Alan	Müdahale	16 (8 - 21)	25 (20 - 31)	26 (20 - 30)	48,302 (2)	<0,0001*	17,17 (1)	<0,0001*	56,95 (2)	<0,0001*
	Kontrol	18 (12 - 26)	17 (10 - 23)	18 (14 - 26)						
Ruhsal Alan	Müdahale	16 (10 - 22)	21 (18 - 26)	22 (18 - 26)	18,362 (2)	<0,0001*	22,888 (1)	<0,0001*	28,274 (2)	<0,0001*
	Kontrol	16 (11 - 23)	15 (8 - 20)	15 (7 - 25)						
Sosyal Alan	Müdahale	6 (4 - 10)	9 (7 - 13)	9 (6 - 12)	15,798 (2)	<0,0001*	5,14 (1)	0,029*	15,591 (2)	<0,0001*
	Kontrol	7 (4 - 11)	8 (5 - 9)	8 (4 - 11)						
Çevresel Alan	Müdahale	20 (14 - 27)	28 (24 - 34)	29 (22 - 34)	30,438 (2)	<0,0001*	10,887 (1)	0,002*	21,789 (2)	<0,0001*
	Kontrol	23 (13 - 32)	23 (16 - 25)	24 (17 - 32)						

*p<0,05 kabul edilmiştir. **s.d:serbestlik derecesi; Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi. Fakın hangi zamandan ve gruptan kaynaklandığı, Friedman test iststistiği ve Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır.

Çizelge 4.4.'te hastaların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri yer almaktadır. TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR puan ortalamalarının gruplar arası farklılık, zamansal değişim ve grup*zaman etkileşimleri anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$). Grup*zaman etkileşiminin anlamlılığı ölçek puanlarının zaman içindeki değişiminin gruplara göre farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Buna göre müdahale grubu ile kontrol grubu arasında TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR ön test-son test ve ön test-izlem testi puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Zamanlar arasındaki farkın hangi zamandan kaynaklandığını belirlemek için Friedman testi uygulanmış ve Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. SİÖ sosyal uğraşı ve öncü sosyal etkinlik alt boyutlarının puan ortalamalarında; zaman etkisinin anlamlı olmadığı (sırasıyla $p=0,597$ ve $p=0,765$), öncü sosyal etkinlik ve bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alt boyutlarının puan ortalamalarında ise; grup etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir (sırasıyla $p=0,099$ ve $p=0,488$). İş alt boyutu puan ortalamasında ise; gruplar arası ve zamana göre farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

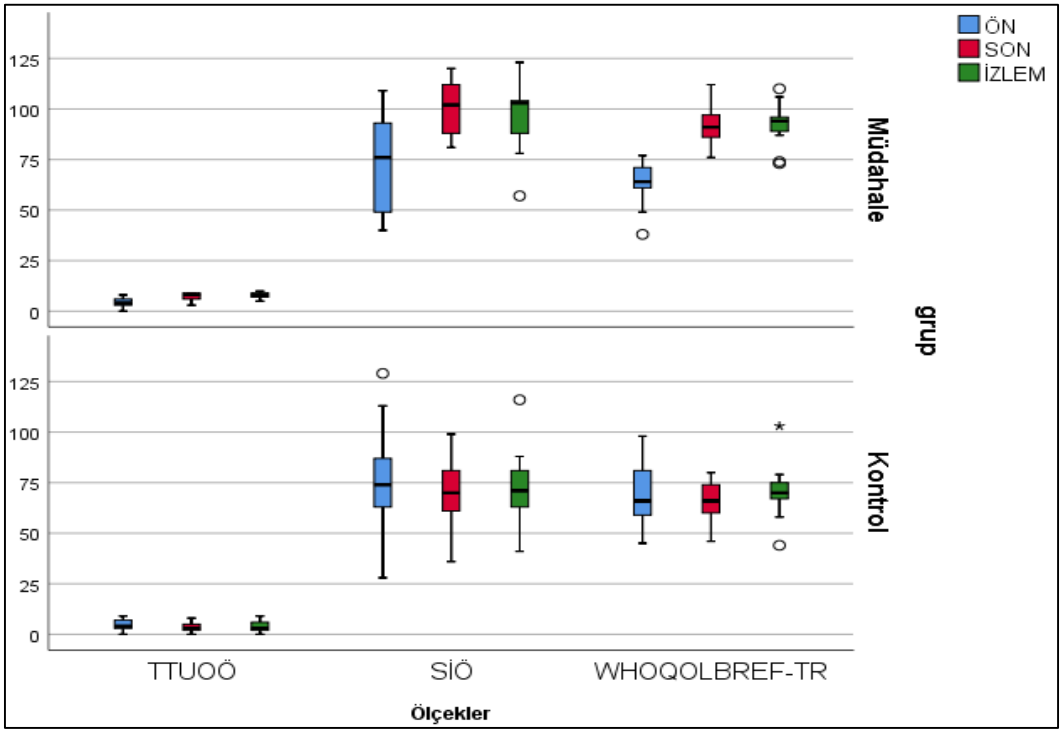
4.3. Hastaların Ölçek Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5. Hastaların ölçek etki büyüklükleri

Ölçekler	Müdahale				Kontrol			
	Ön Test Med (min - maks)	Son Test Med (min - maks)	İzlem Test Med (min - maks)	Etki Büyüklüğü (η^2)	Ön Test Med (min - maks)	Son Test Med (min - maks)	İzlem Test Med (min - maks)	Etki Büyüklüğü (η^2)
TTUOÖ	4 (0 - 8)	8 (3 - 9)	8 (5 - 10)	0,590	4 (0 - 9)	3 (0 - 8)	3 (0 - 9)	0,110
SİÖ	76 (40 - 109)	102 (81 - 120)	103 (57 - 123)	0,653	74 (28 - 129)	70 (36 - 99)	71 (41 - 116)	0,024
Sosyal Uğraşı	7 (2 - 10)	8 (4 - 11)	8 (5 - 10)	0,283	6 (4 - 10)	5 (1 - 12)	6 (3 - 11)	0,135
Kişilerarası İşlevsellik	2 (1 - 7)	4 (1 - 5)	4 (2 - 5)	0,532	2 (0 - 7)	2 (1 - 5)	2 (1 - 5)	0,095
Öncü Sosyal Etkinlik	3 (2 - 11)	6 (2 - 9)	5 (2 - 11)	0,176	5 (0 - 17)	3 (0 - 7)	3 (0 - 11)	0,143
Boş Zamanları Değerlendirme	11 (0 - 20)	17 (10 - 28)	15 (9 - 21)	0,504	9 (3 - 19)	9 (4 - 15)	8 (4 - 15)	0,043
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	31 (18 - 39)	39 (26 - 39)	39 (26 - 39)	0,554	37 (16 - 39)	37 (13 - 39)	38 (26 - 39)	0,038
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	18 (0 - 36)	29 (11 - 36)	27 (9 - 30)	0,488	13 (0 - 29)	13 (0 - 22)	12 (0 - 25)	0,066
İş	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	2,35 ± 4,37	-	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0 (0 - 10)	0,053
WHOQOLBREF-TR	64 (38 - 77)	91 (76 - 112)	94 (73 - 110)	0,872	66 (45 - 98)	66 (46 - 80)	70 (44 - 103)	0,065
Bedensel Alan	16 (8 - 21)	25 (20 - 31)	26 (20 - 30)	0,850	18 (12 - 26)	17 (10 - 23)	18 (14 - 26)	0,089
Ruhsal Alan	16 (10 - 22)	21 (18 - 26)	22 (18 - 26)	0,767	16 (11 - 23)	15 (8 - 20)	15 (7 - 25)	0,059
Sosyal Alan	6 (4 - 10)	9 (7 - 13)	9 (6 - 12)	0,640	7 (4 - 11)	8 (5 - 9)	8 (4 - 11)	0,006
Çevresel Alan	20 (14 - 27)	28 (24 - 34)	29 (22 - 34)	0,813	23 (13 - 32)	23 (16 - 25)	24 (17 - 32)	0,061

η^2: Etki büyüklüklerinin hesaplanmasında Kısmi Eta kare katsayısı kullanılmıştır. Kısmi Eta kare'ye göre 0,1 düşük etki, 0,3 orta etki, 0,5 ve üzeri yüksek etki düzeyi olarak değerlendirilmektedir.

Çizelge 4.5'te hastaların ölçek etki büyüklükleri yer almaktadır. Müdahale grubu hastalarının TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR etki büyüklükleri yüksek düzeyde bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının TTUOÖ, SİÖ ve WHOQOLBREF-TR etki büyüklüklerinin zamana göre değişimi düşük bulunmuştur.



Şekil 4.1. Hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı

Şekil 4.1'de hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının grup ve zamana göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ, SİÖ, WHOQOLBREF-TR son test ve izlem testi puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına ve kontrol grubuna göre artış göstermiştir ($p<0,05$).

4.4. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular

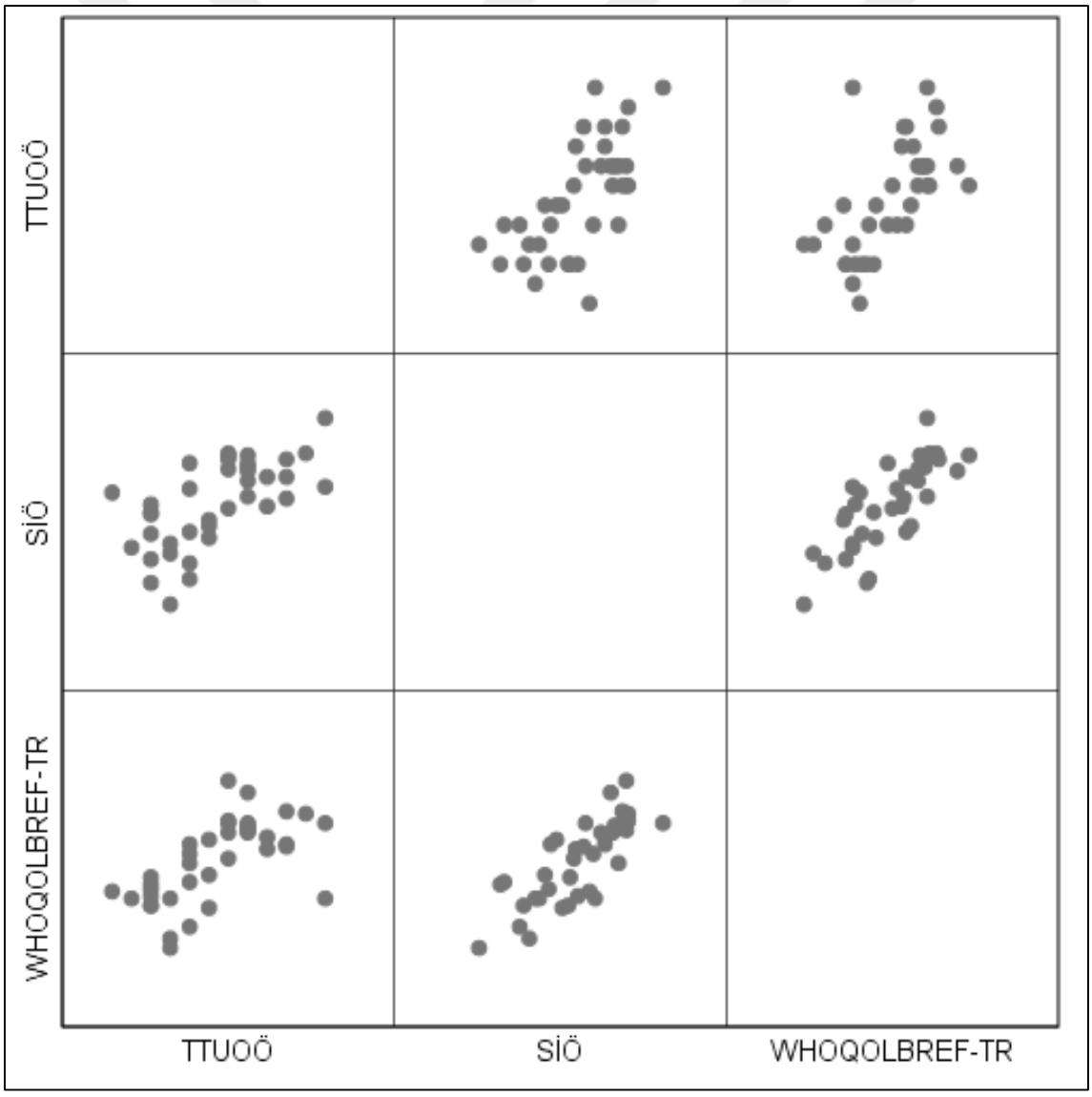
Çizelge 4.6. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirmesi

		Ön Test			Son Test			İzlem		
Ölçekler	r* p**	TTUOÖ	SİÖ	WHOQOLBREF-TR	TTUOÖ	SİÖ	WHOQOLBREF-TR	TTUOÖ	SİÖ	WHOQOLBREF-TR
TTUOÖ	r	1,000		Simetrik	1,000		Simetrik	1,000		Simetrik
	p									
SİÖ	r	0,258	1,000		0,225	1,000		0,185	1,000	
	p	p=0,318			p=0,384			p=0,478		
WHOQOLBREF-TR	r	0,296	0,572	1,000	-0.086	0,458	1,000	0,444	0,792	1,000
	p	p=0,249	p=0,016**		p=0,742	p=0,064		p=0,074	p<0,0001**	

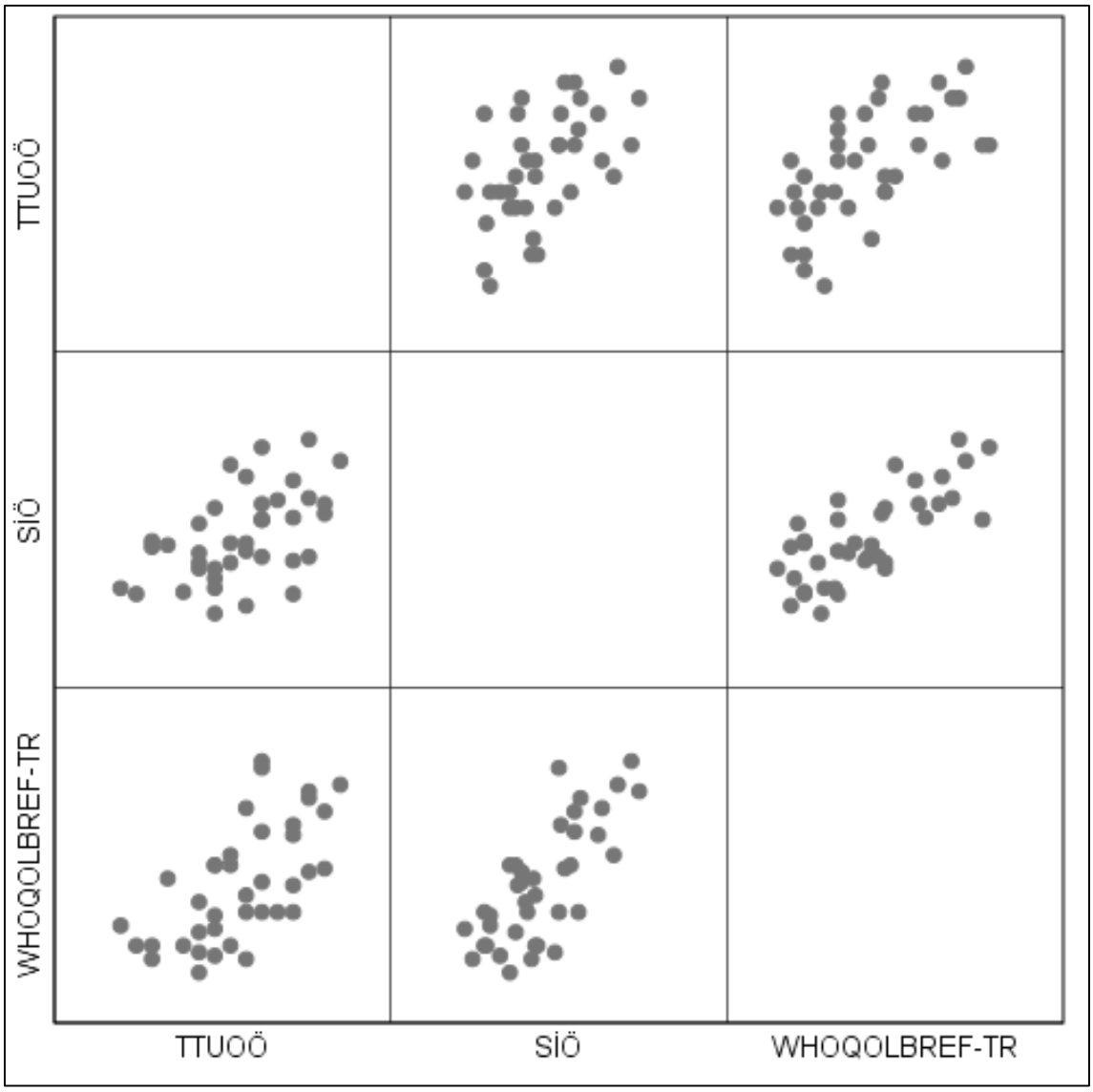
*Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.
**p<0,05 kabul edilmiştir.

Çizelge 4.6'da müdahale grubunun ölçekler arası ilişkileri yer almaktadır. Ön test SİÖ ile WHOQOLBREF-TR puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki mevcuttur (r=0,572; p=0,016). TTUOÖ ile diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Son test incelemelerinde ölçek değerleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). İzlem testi TTUOÖ ile diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamakla birlikte (p>0,05); SİÖ ile WHOQOLBREF-TR puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır (r= 0,792; p<0,0001). Hastaların yaşam kalitesi artıkça sosyal işlevsellikleri de artmıştır.

4.5. Ölçeklerin Ön Test-Son Test ve Ön Test-İzlem Arası Değişim İlişkisi ile İlgili Bulgular



Şekil 4.2. Müdahale grubu ölçeklerin ön test - son test arası değişim ilişkisi



Şekil 4.3. Müdahale grubu ölçeklerin ön test - izlem arası değişim ilişkisi

Ölçekler arası değişim ilişkisine öncelikle saçılım grafikleri, sonrasında korelasyon analizi ile bakılmış ve WHOQOLBREF-TR üzerinde ne kadar etkili oldukları regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Şekil 4.2'de ölçeklerin ön test-son test arası değişimine ait saçılım grafikleri, Şekil 4.3.'te ise ölçeklerin ön test-izlem arası değişimine ait saçılım grafikleri yer almaktadır. Ön test-son test arası değişime ait saçılım grafiğine bakıldığında, WHOQOLBREF-TR değişimi ile SİÖ ölçeği değişimi arasında pozitif yönde bir ilişki görülmekte iken; diğer ölçeklerin değişimleri arasında bir ilişki görülmemektedir. Ön test-son test arası ölçümde hastaların yaşam kalitesi arttıkça sosyal işlevsellik düzeyide artmıştır.

Çizelge 4.7. Müdahale grubu ölçeklerin ön test-son test ve ön test-izlem arası değişim ilişkileri

Değişimler	Ölçekler	Korelasyon ve İstatistiksel Değerlendirme	TTUOÖ	SİÖ	WHOQOLBREF-TR
Ön Test- Son Test Arası Değişim	TTUOÖ	r	1,000		
		p		Simetrik	
	SİÖ	r	0,212	1,000	
		p	0,415		
	WHOQOLBREF-TR	r	0	0,510	1,000
		p	0,999	0,036*	
Ön Test- İzlem Arası Değişim	TTUOÖ	r	1,000		
		p		Simetrik	
	SİÖ	r	0,207	1,000	
		p	0,425		
	WHOQOLBREF-TR	r	0,404	0,188	1,000
		p	0,108	0,470	

*p<0,05 kabul edilmiştir.
r :Pearson korelasyon katsayısı.

Grafikler yardımı ile bulunan bu ilişkilerin istatistiksel anlamlılığına Çizelge 4.7'de korelasyon analizi ile bakılmıştır. Grafiklerde olduğu gibi SİÖ ile WHOQOLBREF-TR değişimler arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,05). Ön test-son test arası değişimde SİÖ ile WHOQOLBREF-TR arasında pozitif yönde orta düzey ilişki (r=0,510 p=0,036) bulunmakta iken; diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Ön test-izlem arası değişimde ise ölçekler arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Çizelge 4.8. Ön test-son test ve ön test-izlem arası değişime ilişkin regresyon modelleri ve regresyon modellerine ait katsayılar

Değişimler	Değişim Kaynağı	Toplam Kareler Toplamı	Serbestlik derecesi	Kareler Ortalaması	F	p	R^2	Değişkenler	B	Std. Hata	Standardize Katsayı	t	p
Ön Test-Son Test Arası Değişim	Regresyon	370,924	1	370,924	5,286	0,036	0,261				Beta		
	Artıklar	1052,606	15	70,174				Sabit	-20,553	3,567		-5,762	<0,0001
	Toplam	1423,529	16					SİÖ	0,252	0,110	0,510	2,299	0,036
Ön Test-İzlem Arası Değişim	Regresyon	32,145	1	32,145	0,549	0,470	0,035	Sabit	-26,147	3,644		-7,176	<0,0001
	Artıklar	878,090	15	58,539				SİÖ	0,099	0,133	0,188	0,741	0,470
	Toplam	910,235	16										

*p<0,05 kabul edilmiştir.

Çizelge 4.8'de Resresyon Modelleri Anova tablosu, R^2 değerleri ve Regresyon Modellerine Ait Katsayılar verilmiştir. WHOQOLBREF-TR ile diğer ölçekler arası değişimlerde ilişki bulunmadığı için WHOQOLBREF-TR ile SİÖ regresyon modeli kurulmuştur. Ön test-son test ve ön test-izlem arası değişim için ayrı ayrı iki regresyon modeli kurulmuştur. Buna göre kurulan modellerden ön test-son test arası değişimin anlamlı olduğu görülmektedir (F=5,286 p=0,036; F=0,549 p=0,470). Ön test-son test arası değişim için; SİÖ, WHOQOLBREF-TR ölçeği değişimini %26,1 açıklamakta iken; ön test-izlem arası değişim için; SİÖ, WHOQOLBREF-TR ölçeği değişimini %3,5 açıklamaktadır. Sadece ön test-son test arası değişim için kurulan modelde SİÖ anlamlı bulunmuştur (t=2,299 p=0,036) Ön test-son test arası değişim modeli için, SİÖ değişimi bir birim arttıkça WHOQOLBREF-TR değişiminde 0,510 birimlik artış olduğu görülmektedir. Ön test-izlem arası değişim modeli için ise anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Tedaviye Uyum Eğitiminin Tedaviye Uyum, Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda son test ve izlem ölçümlerinde müdahale grubunun tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği puan ortalamasının, kontrol grubuna ve ön test puan ortalamasına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu yönde anlamlı bir değişim görülmediğinden bipolar hastalarına uygulanan tedaviye uyum eğitiminin hastaların tedaviye uyumunu artırdığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu $H_{1\text{-}1}$ hipotezini desteklemektedir.

Tedaviye uyum, bipolar bozukluk tedavisinin önemli bir öğesini oluşturur. Bipolar hastalarda uzun dönem ilaç tedavisi için uyumsuzluk oranları %12 ile %64 arasında değişmekle birlikte ortalama uyumsuzluk yaygınlığı %41 oranındadır (Leclerc, Mansur ve Brietzke, 2013; Demirkol ve Tamam, 2016; Samalin ve diğerleri, 2018). Tedaviye uyumsuzluk; çok fazla hastane yatışına, tedaviye direnç göstermeye ve hastalığın sık yinelemesine neden olmaktadır (Demirkol ve diğerleri, 2015). Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyumsuzluğa neden olan faktörlerin, hastalık ve tadavi ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye karşı yanlış inanç ve tutum (kendini iyi hissedip ilaca bırakma ve kendi kendilerine düzelebilecekleri inanma), tedavinin yan etkileri ile ilgili aşırı endişe duyma, zayıf motivasyon, ilacı hem gereksiz hem de istenmeyen olarak algılama ile ilişkili olduğu görülmüştür (Sajatovic ve diğerleri, 2009; Arvilommi ve diğerleri, 2014; Jawad ve diğerleri, 2018). Çalışmamızda uygulanan tedaviye uyum eğitimi ile hastaların ilaçlarla ilgili olumsuz düşüncelerinin çözümlenmesine yardımcı olunarak daha bilinçli karar alması desteklenmiştir. Bu durum hastaların, hastalığını tanıma ve tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilemiş olabilir. Ayrıca eğitimden sonra verilen danışmanlığın da (*ilaçların etkilerini izleme, hastanın sorularını cevaplama),* hastaların hastalığı tanıma ve tedaviye uyumunu artırmada etkili olduğu düşünülebilir. Çalışmamıza benzer şekilde gerçekleştirilen başka çalışmalar hastalarla etkileşimli yapılan psikososyal yaklaşımların bipolar hastaların tedaviye uyumunu artırdığını göstermektedir (Javadpour ve diğerleri, 2013; McKenzie ve Chang, 2015; Gümüş ve diğerleri, 2015; Pakpour ve diğerleri, 2017; Gülcü, 2018; Budak, 2019). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur.

Araştırma sonucunda son test ve izlem ölçümlerinde müdahale grubunun sosyal işlevsellik ölçeği puan ortalamalarının, kontrol grubuna ve ön test puan ortalamalarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu yönde anlamlı bir değişim görülmediğinden bipolar hastalarına uygulanan tedaviye uyum eğitiminin hastaların sosyal işlevsellik düzeyini artırdığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H_{1-2} hipotezini desteklemektedir.

Sosyal işlevsellik, kendi öz bakımını yerine getirebilme, çalışabilme, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilme olarak tanımlanmaktadır. Sosyal işlevsellik alanlarındaki bozulmalarda; sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesi gibi becerilerin kaybı sık görülen belirtiler arasındadır. Hastaların sosyal işlevsellikleri değerlendirilirken; sosyal ilişkilerinde tutarlı bir davranış sergileyebilme, para kontrolünü yapabilme, günlük ve sosyal aktivitelerinde sorumluluklarını yerine getirebilme, ilaç kullanımına ve tıbbi tedaviye uyum sağlayabilme gibi konular dikkate alınarak değerlendirme yapılır (Erol ve diğerleri, 2009; Gülseren ve diğerleri, 2010). Çalışmamızda uygulanan tedaviye uyum eğitimi ile hastaların kişilerarası ilişkilerini geliştirme, stresle başetmeyi öğrenme, sorunlarını çözebilme, damgalamayla başedebilme, sosyalleşme, kendi başına yaşamını sürdürebilme, sorumluluklarını yerine getirme, ilaç kullanımına ve tıbbi tedaviye uyum sağlama yoluyla sosyal işlevsellik düzeyine olumlu katkısının olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda hastalara empati yaparak onlara faydalı olacak beceriler geliştirmelerine destek olunmuştur. Yapılan çalışmalar hastaların aktif olarak katılımının olduğu psikososyal girişimlerin hastaların sosyal işlevselliklerini artırdığını göstermektedir (Perry ve diğerleri, 1999; Lam ve diğerleri, 2005; Miklowitz ve diğerleri, 2007; Pellegrinelli ve diğerleri, 2013; Mansell ve diğerleri, 2014). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur.

Araştırma sonucunda son test ve izlem ölçümlerinde müdahale grubunun dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi kısa formu puan ortalamalarının, kontrol grubuna ve ön test puan ortalamalarına göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu yönde anlamlı bir değişim görülmediğinden bipolar hastalarına uygulanan tedaviye uyum eğitiminin hastaların yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H_{1-3} hipotezini desteklemektedir.

Bipolar bozukluğun erken erişkin yaşlarda başlaması, hastalığın başlangıcı ile tanı konması arasında geçen sürenin uzun olması ve yetersiz tedavi nedeniyle hastaların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Binbay, Solmaz ve Kurt, 2015). Uygulanan psikososyal tedavi programlarının hastaların yaşam kalitesini artırmada olumlu etkisi olduğu bildirilmektedir (González-Ortega ve diğerleri, 2016; Strawbridge ve diğerleri, 2016; Faridhosseini ve diğerleri, 2017; Pakpour ve diğerleri, 2017; O'Donoghue ve diğerleri, 2018; Hanssen ve diğerleri, 2019; Vicent-Gil ve diğerleri, 2019). Çalışmamızda yaşam kalitesi gündelik işleri yürütebilme, hastalık hakkında bilgi sahibi olma, ilaçlara ve tedaviye bağılılık, diğer kişilerle ilişkiler, hayattan zek alma, sorun çözme, topluma katılım ve sosyal destek gibi konuları içermektedir. Uygulanan tedaviye uyum eğitimi ile tedavi yöntemleri ve tedaviye uyumun önemi, tedaviyle ilgili problem çözme, stresle baş etme stratejileri geliştirme, damgalama gibi konulara odaklanılmıştır. Hastaların deneyimlerini paylaşmaları desteklenmiş ve aktif katılımları sağlanmıştır. Bu durum hastaların yaşam kalitesini artırmış olabilir. Ayrıca tedaviye uyum eğitiminden sonra verilen danışmanlıkta hastalarda davranış değişikliği oluşturarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Çalışmalar uygulanan psikososyal müdahalelerin bipolar hastaların yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (Azevedo-Cardoso ve diğerleri, 2014; Saito-Tanji ve diğerleri, 2016; Strawbridge ve diğerleri, 2016; Husain ve diğerleri, 2017; Pakpour ve diğerleri, 2017). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur.

5.2. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi

Tedaviye uyum eğitimi sonrası ölçeklerin ön test-son test arası değişimde yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerindeki değişimin birbirleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Tedaviye uyum eğitiminde yaşam kalitesindeki artışın sosyal işlevsellik düzeyindeki artışta rol oynadığı görülmüştür. Literatürde yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Michalak ve diğerleri, 2006; Sheets ve Miller, 2010; Oldis ve diğerleri, 2016; Sylvia ve diğerleri, 2017). Çalışmamızın bulguları da yaşam kalitesi ile sosyal işlevsellik arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliğin tedaviye uyum eğitimi sonrası zaman içinde değişiminin birbiriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle hastaların yaşam kaliteleri arttıkça sosyal işlevselliklerinin de beraberinde arttığı görülmüştür. Bu çalışma tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi düzeylerinin değişim ilişkisini değerlendirmesi nedeniyle literatüre önemli katkı sağlayacağı söylenebilir. Çünkü literatürde

çalışmalarda ayrı ayrı eğitimsel yaklaşımların bipolar hastalarının tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği görülmektedir (Bauer ve diğerleri, 2006; Pakpour ve diğerleri, 2017; O'Donoghue ve diğerleri, 2018; Demissie ve diğerleri, 2018; Vicent-Gil ve diğerleri, 2019). Ancak çalışmamızda olduğu gibi eğitimsel müdahaleler sonrası bu parametrelerin birlikte değişim ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Hastaların gereksinimleri doğrultusunda oluşturulan ve bireysel olarak uygulanan tedaviye uyum eğitimi hastaların tedaviye uyumlarını, sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırmıştır. Ayrıca tedaviye uyum eğitimi ile hastaların yaşam kaliteleri arttıkça, sosyal işlevsellik alanları da gelişmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şöyledir:

- ✓ Tedaviye uyum eğitimi hastaların tedaviye uyum düzeyini arttırmıştır.
- ✓ Tedaviye uyum eğitimi hastaların sosyal işlevselliğini arttırmıştır.
- ✓ Tedaviye uyum eğitimi hastaların yaşam kalitesini arttırmıştır.
- ✓ Tedaviye uyum eğitimi, ön test-son test arası ölçümde sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkarmıştır.
- ✓ Tedaviye uyum eğitimi, ön test-izlem arası ölçümde tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkarmamıştır.
- ✓ Ön test-son test arası ve ön test-izlem arası kurulan regresyon denklemlerinde sosyal işlevselliğin yaşam kalitesini yordadığını ortaya koymuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- ➢ Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin TRSM'lerin rutin programlarına entegre edilmesi,
- ➢ Daha uzun süreli izlemler ile bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin etkinliğinin araştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

Abraham, K. M., Miller, C. J., Birgenheir, D. G., Lai, Z., and Kilbourne, A. M. (2014). Self-efficacy and quality of life among people with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*(8), 583-588.

Aksoy, A., ve Kelleci, M. (2016). Relationship Between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, *29*(3), 210-218.

Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V., ve Karatepe, H. T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, *20*(4), 196-205.

Alpman, H. N. (2010). *Bipolar I bozukluğu olan hastalarda karma dönemin ve hızlı döngülülüğün bakıcı yüküne ve yaşam kalitesine etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 119.

Altunay, E., Oral, G., ve Yalçınkaya, M. (2014). Eğitim kurumlarında mobbing uygulamalarına ilişkin nitel bir araştırma. *Sakarya University Journal of Education*, *4*(1), 62-80.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. (5. Baskı). İçinde: *Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. (Çev. Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 63-91.

Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 189-191.

Arvilommi, P., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Valtonen, H., and Isometsä, E. (2014). Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders–an 18-month prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *155*, 110-117.

Aşık, E., ve Barlas, G. Ü. (2016). Psikiyatri hemşireleri için bir alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, *2*(2), 92-96.

Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prosperi, A., and Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, *80*, 109-115.

Aydemir, Ö., Uluşahin, A., ve Akdeniz, F. (2010). *İki uçlu bozukluk sağaltım kılavuzu*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 43-62.

Aydemir, Ö., ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler.* (3. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 354-362.

Azorin, J. M., Bellivier, F., Kaladjian, A., Adida, M., Belzeaux, R., Fakra, E., Hantouche, E., Lancrenon, S., and Golmard, J. L. (2013). Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: findings from an admixture analysis. *Journal of Affective Disorders*, *150*(3), 993-1000.

Bahar, G., Savaş, H. A., Ünal, A., ve Bahar, A. (2015). İki uçlu duygudurum bozukluğu hastalarının tedaviye katılımları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Mood Disorders, 5*(3), 95-103.

Balcıoglu, Y. H., Kirlioglu, S. S., Özdemir, E. F., ve Öncü, F. (2017). Co-occurrence of primary polydipsia and bipolar disorder: Can it be a sign of HPA axis dysfunction?/Birincil polidipsi ve bipolar bozukluk birlikteligi: HPA aks disfonksiyonunun isareti olabilir mi?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*, 8.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A., Khalsa H. M. K., Lai, M., Lepri, B., Lolich, M., Maffei, P. M., Salvatore, P., Faedda, G. L., Vieta, E., and Tohen, M. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, *11*(1), 40-46.

Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., Beresford, T., Kilbourne, A. M., and Sajatovic, M. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, *57*(7), 937-945.

Bender, R. E., and Alloy, L. B. (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 383-398.

Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., and Berk, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, *25*(1), 1-16.

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A., Özkınay, F., Onay, H., ve Van Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *23*, 149-160.

Binbay, Z., Solmaz, M., ve Kurt, E. (2015). Tedaviye Dirençli İki Uçlu Bozukluk. *Journal of Mood Disorders*, *5*(2), 69-77.

Birchwood, M., Smith, J. O., Cochrane, R., Wetton, S., and Copestake, S. O. N. J. A. (1990). The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(6), 853-859.

Black, D. W., and Andreasen, N. C. (2014). *Psikiyatriye giriş ders kitabı*. (Ed. Tamam, L.). (5th Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 141-168.

Black, D.W., and Andreasen, N.C. (2014). *Psikiyatriye giriş ders kitabı.* (Ed. Tamam L.). İçinde: Duygudurum Bozuklukları. (5. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 141-168.

Bo, Q., Tian, L., Li, F., Mao, Z., Wang, Z., Ma, X., and Wang, C. (2019). Quality of life in euthymic patients with unipolar major depressive disorder and bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 1649-1657.

Bond, K., and Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, *17*(4), 349-362.

Bonnín, C. M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Franco, C., Murru, A., Sanchez-Moreno, J., and Vieta, E. (2010). Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, *121*(1-2), 156-160.

Bonnin, C. M., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Sole, B., Reinares, M., Rosa, A. R., Goikolea J. M., Berabarre A., Ayuso-Mateos J. L., Ferrer M., Vieta, E., and Torrent C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 650-659.

Budak, M. (2019). *İki uçlu duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan tedaviye uyum programının tedaviye uyum, öz etkililik ve benlik saygısı üzerine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, 102.

Cederlöf, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., Almqvist, C., Serlachius, E., and Ludvigsson, J. F. (2016). Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers–Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 207.

Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World Journal of Psychiatry*, *6*(4), 399.

Chen, R., Zhu, X., Capitão, L. P., Zhang, H., Luo, J., Wang, X., Xi, Y., Song, X., Feng, Y., Cao, L., and Malhi, G. S. (2019). Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, *21*(1), 76-85.

Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., and Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS One*, *12*(5), 1-19.

Col, S. E., Caykoylu, A., Ugurlu, G. K., and Ugurlu, M. (2014). Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: A study from Turkey. *General Hospital Psychiatry*, *36*(2), 208-213.

Colom, F., and Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press, 875-895.

Colom, F., ve Vieta, E. (2012). *Bipolar bozuklukta psikoeğitim el kitabı*. (Çev. Tamam, L. ve Özalp, E.). Ankara: Tuna Matbacılık, 1-211.

Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., and Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(3), 260-265.

Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sánchez-Moreno, J., and Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders, 7,* 24-31.

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

Çam, O., ve Engin, E. (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 369-389.

Çörekçioğlu, S. (2016). *Bipolar bozuklukta anksiyete duyarlılığı, dürtüsellik ve ilişkili etmenler*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 156.

Davenport, K., Hardy, G., Tai, S., and Mansell, W. (2018). Individual experiences of psychological-based interventions for bipolar disorder: A systematic review and thematic synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-25.

Davidson, M. R. (2012). *Mood disorders: A nurse's guide to women's mental health*. New York: Springer Publishing Company, 213–225.

de Azevedo-Cardoso, T., de Azambuja Farias, C., Mondin, T. C., Da Silva, G. D. G., de Mattos Souza, L. D., da Silva, R. A., Pinheiro, K. T., Amaral, R. G., and Jansen, K. (2014). Brief psychoeducation for bipolar disorder: Impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Research, 220*(3), 896-902.

de Pellegrinelli, B. K., de Costa, O. L. F., Silval, K. I. D., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M., Colom. F. and Moreno, R. A. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(2), 153-158.

Dean, O. M., Gliddon, E., Van Rheenen, T. E., Giorlando, F., Davidson, S. K., Kaur, M., Ngo, T. T., and Williams, L. J. (2018). An update on adjunctive treatment options for bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 20*(2), 87-96.

Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E., ve Karaytuğ, M. O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*, *40*(3), 555-568.

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

Demissie, M., Hanlon, C., Birhane, R., Ng, L., Medhin, G., and Fekadu, A. (2018). Psychological interventions for bipolar disorder in low-and middle-income countries: Systematic review. *BJPsych Open*, *4*(5), 375-384.

Dikeç, G., ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *6*(1), 40-46.

Doğanavşargil-Baysal, G. Ö., Gökmen, Z., Akbaş, H., Cinemre, B., Metin, Ö., ve Karaman T. (2013). Bipolar bozuklukta serum homosistein ve metiyonin düzeylerinin bilişsel işlevler ve işlevsellikle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *24*(1), 7-16.

Ebert, H. M., Loosen, P. T., Nurcombe, B., and Leckman, J. F. (2013). *Psikiyatri tanı ve tedavi*. (Ed. Candansayar, S.). (2nd Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 1-760.

Eker, F., ve Harkın, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of affective disorders*, *138*(3), 409-416.

Engin, E., ve Çuhadar, D. (2014). Bipolar bozukluk. (Ed. Çam, O., ve Engin, E.). İçinde: *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 369-389.

Erakay, Y.S. (2001). *Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması.* Uzmanlık Tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir.

Erdogan, S., Nahcivan, N., Esin, N., Cosansu, G., and Seçginli, S. (2014). Nursing research: Nursing process, practice and critic. *İstanbul, Nobel Medical Publishing*, 1-396.

Erdoğan, S., Nahcivan, N., ve Esin, N. (2015). *Hemşirelikte Araştırma, Süreç Uygulama ve Kritik*. (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 112-187.

Ergene, A. (2019). *Bipolar bozukluğu tanısı alan bireylerin transaksiyonel analiz ego durumları ve aile işlevselliklerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, sayfa 79.

Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç-Aydin, E., ve Mete, L. (2009). Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *20*(4), 313-321.

Erten, E., Uney, A. F., Saatçioğlu, Ö., Özdemir, A., Fıstıkçı, N., and Çakmak, D. (2014). Effects of childhood trauma and clinical features on determining quality of life in patients with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorders*, *162*, 107-113.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, *7*(2), 23-40.

Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Jean-Pierre, K., Frank, B., Marion, L., Ingrid, M., and Henry, C. (2013). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(10), 991-998.

Faridhosseini, F., Baniasadi, M., Bordbar, M. R. F., Pourgholami, M., Ahrari, S., and Asgharipour, N. (2017). Effectiveness of psychoeducational group training on quality of life and recurrence of patients with bipolar disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, *12*(1), 21.

Fayyazi Bordbar, M. R., and Faridhosseini, F. (2012). Psychoeducation of bipolar disorder. *Juruena M. Bipolar disorder. Intech Open Science*, 323-344.

Fišar, Z. (2016). Drugs related to monoamine oxidase activity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *69*, 112-124.

Fortinash, K. M., and Worret, P. A. H. (2014). *Psychiatric mental health nursing e-book*. USA: Elsevier Health Sciences, 518-583.

Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W., and Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, *62*(9), 996-1004.

Frank, E., Swartz, H. A., and Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, *48*(6), 593-604.

Geddes, J. R., and Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The lancet*, *381*(9878), 1672-1682.

Geoffroy, P. A., Bellivier, F., Scott, J., and Etain, B. (2014). Seasonality and bipolar disorder: A systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *168*, 210-223.

Gigante, A. D., Bond, D. J., Lafer, B., Lam, R. W., Young, L. T., and Yatham, L. N. (2012). Brain glutamate levels measured by magnetic resonance spectroscopy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis. *Bipolar Disorders*, *14*(5), 478-487.

González-Ortega, I., Ugarte, A., de Azúa, S. R., Núñez, N., Zubia, M., Ponce, S., Casla, P., Llano J.X., Faria, A., and González-Pinto, A. (2016). Online psycho-education to the treatment of bipolar disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 452.

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

Gülcü, Z.G. (2018). Bipolar hastalarda motivasyonel görüşme ve telepsikiyatrik izlemin ilaç uyumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 113.

Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., ve Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *21*, 203-212.

Gültekin, B. K., Kesebir, S., ve Tamam, L. (2014). Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6*(2), 199-209.

Gümüş, F. (2013). *Bipolar bozukluk tanılı hastalara uygulanan bireysel psikoeğitimin yineleme hızı: İşlevsellik ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktara Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 163.

Gümüş, F., Buzlu, S., and Çakır, S. (2015). Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. *Archives of Psychiatric Nursing*, *29*(3), 174-179.

Hacımusalar, Y., ve Doğan, E.S. (2019). Remisyon Dönemindeki İki Uçlu Bozukluk Hastalarının İşlevsellik Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi,* 56, 213−218.

Hanssen, I., Huijbers, M. J., Lochmann-van Bennekom, M. W. H., Regeer, E. J., Stevens, A. W. M. M., Evers, S. M. A. A., Wensing, M., Kupka, R.W., and Speckens, A. E. M. (2019). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy and treatment as usual in bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 130-140.

Harkın, Ş. (2009). Bipolar bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumlarının arttırılmasında psikoeğitimsel modelin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce, 165.

Harrison, P. J., Cipriani, A., Harmer, C. J., Nobre, A. C., Saunders, K., Goodwin, G. M., and Geddes, J. R. (2016). Innovative approaches to bipolar disorder and its treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1366*(1), 76-89.

Hawke, L. D., Provencher, M. D., and Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, *148*(1), 118-122.

Hillhouse, T. M., and Porter, J. H. (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: From monoamines to glutamate. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *23*(1), 1-78.

Husain, M. I., Chaudhry, I. B., Rahman, R. R., Hamirani, M. M., Mehmood, N., Haddad, P. M., Hodsoll, J., Young, A. H., Naeem, F., and Husain, N. (2017). Pilot study of a culturally adapted psychoeducation (CaPE) intervention for bipolar disorder in Pakistan. *International Journal of Bipolar Disorders*, *5*(1), 3-12.

Inder, M. L., Crowe, M. T., Luty, S. E., Carter, J. D., Moor, S., Frampton, C. M., and Joyce, P. R. (2015). Randomized, controlled trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *17*(2), 128-138.

Isasi, A. G., Echeburua, E., Liminana, J. M., and Gonzalez-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry*, *29*(3), 134-141.

Ishak, W. W., Brown, K., Aye, S. S., Kahloon, M., Mobaraki, S., and Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *14*(1), 6-18.

Işık, E. ve Işık, U. (2013). *Çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar: İki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar*. Ankara: Rota Tıp Kitabevi, 325-382.

İnan, F.Ş. (2014). *Meme kanseri hastalarına tedavi sonrasında evde yapılan psikoeğitimin distres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 168.

İnternet: Parikh, S. V., and Centre for Addiction and Mental Health. (2015). *Bipolar disorder : An ınformation guide* (Vol. Revised edition). Toronto [Ontario]: Centre for Addiction & Mental Health. Web: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1059989&lang=tr&site=eds-live, Son Erişim Tarihi: 18.08.2019.

İnternet: Strakowski, S. M. (2014). Bipolar Disorder. Oxford: Oxford University Press. Web: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=797940&lang=tr&site=eds-live, Son Erişim Tarihi: 18.08.2019.

Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G. R., and Azizi, A. (2013). The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, *6*(3), 208-213.

Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., and McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: A narrative review. *Therapeutic advances in Psychopharmacology*, *8*(12), 349-363.

Judd, L. L., Schettler, P. J., and Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatric Clinics*, *25*(4), 685-698.

Judd, L. L., Schettler, P. J., and Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatric Clinics*, *25*(4), 685-698.

Kao, Y. C., and Liu, Y. P. (2010). Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(6), 557-565.

Karanti, A., Bobeck, C., Osterman, M., Kardell, M., Tidemalm, D., Runeson, B., Lichtenstein P., and Landén, M. (2015). Gender differences in the treatment of patients with bipolar disorder: A study of 7354 patients. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 303-309.

Keskin, N. (2016). *Bipolar bozukluk tanılı hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 1-33.

Kırmızı, A. (2013). *Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının birinci derece yakınlarının yaşam kalitesi açısından kontrol grubuyla karşılaştırılması.* Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, sayfa 93.

Kizilkurt, O. K., Gulec, M. Y., Giynas, F. E., and Gulec, H. (2018). Effects of personality functioning on the global functioning of patients with bipolar disorder I. *Psychiatry Research*, *266*, 309-316.

Koç, A. (2006). *Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Koç, M. (2016). bipolar (iki uçlu) ve ilişkili bozukluklar. (Ed. Gürhan, N.). İçinde: Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği.(1. Baskı). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 433-474.

Köroğlu, E. (2015). *Klinik psikiyatri.* (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1-872.

Köroğlu, E. (2015). *Klinik psikiyatri.* (2. BASKI). Ankara: HYB Basım Yayın, 196-216.

Kurdal, E., Tanrıverdi, D., ve Savaş, H. A. (2014). The effect of psychoeducation on the functioning level of patients with bipolar disorder. *Western Journal of Nursing Research*, *36*(3), 312-328.

Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., and Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 324-329.

Latalova, K., Kamaradova, D., and Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina*, *26*(2), 108-114.

Leclerc, E., Mansur, R. B., and Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*, *149*(1-3), 247-252.

Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J.Y., Cho, Y.A., Ha J.H., and Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 207*, 434-441.

Levin, J. B., Krivenko, A., Howland, M., Schlachet, R., and Sajatovic, M. (2016). Medication adherence in patients with bipolar disorder: A comprehensive review. *CNS Drugs*, *30*(9), 819-835.

Lim, C. S., Baldessarini, R. J., Vieta, E., Yucel, M., Bora, E., and Sim, K. (2013). Longitudinal neuroimaging and neuropsychological changes in bipolar disorder patients: Review of the evidence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *37*(3), 418-435.

Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. (1985). Qualitative inquiry. *Thousand Oaks, CA*,352-368.

Maletic, V. and Raison, C. (2014). Integrated neurobiology of bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry, 5,* 98-122.

Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Murray , G., Porter, R., and Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(12), 1087-1206.

Mandelli, L., Souery, D., Bartova, L., Kasper, S., Montgomery, S., Zohar, J., Mendlewicz, J., and Serretti, A. (2016). Bipolar II disorder as a risk factor for postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, *204*, 54-58.

Mansell, W., Tai, S., Clark, A., Akgonul, S., Dunn, G., Davies, L., Law, H., Morriss, R., Tinning, N., and Morrison, A. P. (2014). A novel cognitive behaviour therapy for bipolar disorders (Think Effectively About Mood Swings or TEAMS): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*(1), 405-414.

McKenzie, K., and Chang, Y. P. (2015). The effect of nurse-led motivational ınterviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric care*, *51*(1), 36-44.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, E., and Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, *68*(3), 241-251.

Mert, D. G., Turgut, N. H., Kelleci, M., and Semiz, M. (2015). Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Preference and Adherence*, *9*, 87-93.

Meyer, J. H., Ginovart, N., Boovariwala, A., Sagrati, S., Hussey, D., Garcia, A., Young, T., Praschak-Rieder, N., Wilson, A., and Houle, S. (2006). Elevated monoamine oxidase a levels in the brain: An explanation for the monoamine imbalance of major depression. *Archives of General Psychiatry*, *63*(11), 1209-1216.

Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., and Lam, R. W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, *15*(1), 25-37.

Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Kogan, J. N., Sachs, G. S., Thase, M. E., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Ostacher, M. J., Patel, J., Thomas, M. R., Araga, M., Gonzalez, J. M., and Wisniewski, S. R. (2007). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: Results from a 9-month randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *164*(9), 1340-1347.

Miziou, S., Tsitsipa, E., Moysidou, S., Karavelas, V., Dimelis, D., Polyzoidou, V., and Fountoulakis, K. N. (2015). Psychosocial treatment and interventions for bipolar disorder: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, *14*(1), 19-30.

Mohandoss, A. A. (2017). Quality of life in schizophrenic patients: Comparative study from South India. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences*, *6*(4), 224-231.

Morselli, P. L., Elgie, R., and Cesana, B. M. (2004). GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disorders*, *6*(6), 487-497.

Murray, G., Leitan, N. D., Thomas, N., Michalak, E. E., Johnson, S. L., Jones, S., Perich, T., Berk, L., and Berk, M. (2017). Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: Quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *52*, 148-163.

Nivoli, A. M., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Bonnin, C. M., Grande, M., Sanchez-Moreno J., Vieta, E., and Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders, 133*(3), 443-449.

Novick, D. M., Swartz, H. A., and Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, *12*(1), 1-9.

O'Donoghue, E., Clark, A., Richardson, M., Hodsoll, J., Nandha, S., Morris, E., Kane, F., O'Keeffe, D., Butler, L., and Jolley, S. (2018). Balancing ACT: Evaluating the effectiveness of psychoeducation and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) groups for people with bipolar disorder: study protocol for pilot randomised controlled trial. *Trials*, *19*(1), 436-444.

O'Donoghue, E., Clark, A., Richardson, M., Hodsoll, J., Nandha, S., Morris, E., Kane, F., O'Keeffe, D., Butler, L., and Jolley, S. (2018). Balancing ACT: Evaluating the effectiveness of psychoeducation and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) groups for people with bipolar disorder: Study protocol for pilot randomised controlled trial. *Trials*, *19*(1), 436-444.

Oldis, M., Murray, G., Macneil, C. A., Hasty, M. K., Daglas, R., Berk, M.,Conus, P., and Cotton, S. M. (2016). Trajectory and predictors of quality of life in first episode psychotic mania. *Journal of Affective Disorders*, *195*, 148-155.

Özdemir, O., Coşkun, S., Mutlu, E. A., Özdemir, P. G., Atli, A., Yilmaz, E., and Keskin, S. (2016). Family history in patients with bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry, 53*(3), 276-279.

Özdemir, Ö. ve Doğan, O. (2015). Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *16*(2), 85-94.

Özdoğan, M. G. (2017). Remisyon dönemindeki iki uçlu bozukluk hastalarında homosistein düzeylerinin besin tüketim şekli ve kronotip ile ilişkisi ve klinik seyire etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, 147.

Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 297-326.

Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2016). Ruh sağlığı ve bozuklukları, (14. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 261-326.

Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları I*. (Yenilenmiş 11. Baskı). *Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara*, 337-427.

Pakpour, A. H., Modabbernia, A., Lin, C. Y., Saffari, M., Asl, M. A., and Webb, T. L. (2017). Promoting medication adherence among patients with bipolar disorder: A multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. *Psychological Medicine*, *47*(14), 2528-2539.

Parry, P. I. and Levin, E. C. (2012). Pediatric bipolar disorder in an era of "mindless psychiatry". *Journal of Trauma and Dissociation*, *13*(1), 51-68.

Pascual-Sánchez, A., Jenaro, C., and Montes-Rodríguez, J. M. (2019). Quality of life in euthymic bipolar patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 105-115.

Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., and Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, *318*(7177), 149-153.

Polit, D. F., Beck, C. T., and Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, *30*(4), 459-467.

Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., Rihmer, Z., and Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disorders*, *15*(5), 457-490.

Post, R. M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *31*(6), 858-873.

Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S. S., and Asghari, E. (2016). The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorders: A randomized controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, *5*(4), 287-297.

Reinares, M., Sanchez-Moreno, J., and Fountoulakis, K. N. (2014). Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *Journal of Affective Disorders*, *156*, 46-55.

Rosa, A. R., Reinares, M., Michalak, E. E., Bonnin, C. M., Sole, B., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Kapczinski, F., and Vieta, E. (2010). Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value in Health*, *13*(8), 984-988.

Rowland, T. A., and Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, *8*(9), 251-269.

Sachs, G. S., and Rush, A. J. (2003). Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals?. *The Journal of clinical psychiatry*, *64*, 18-22.

Sadock, B. J. (2007). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (Çev. Aydın, H. ve Bozkurt, A.). Ankara: Güneş Kitabevi, 1498-1580.

Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*. (8. Baskı). Türkçe Çeviri, Ankara: Öncü Basımevi, 86-98.

Saito-Tanji, Y., Tsujimoto, E., Taketani, R., Yamamoto, A., and Ono, H. (2016). Effectiveness of simple individual psychoeducation for bipolar II disorder. *Case Reports in Psychiatry*, 1-4.

Sajatovic, M., Davies, M., and Hrouda, D. R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, *55*(3), 264-269.

Sajatovic, M., Ignacio, R. V., West, J. A., Cassidy, K. A., Safavi, R., Kilbourne, A. M., and Blow, F. C. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(2), 100-107.

Samalin, L., Honciuc, M., Boyer, L., de Chazeron, I., Blanc, O., Abbar, M., and Llorca, P. M. (2018). Efficacy of shared decision-making on treatment adherence of patients with bipolar disorder: a cluster randomized trial (ShareD-BD). *BMC Psychiatry*, *18*(1), 103-113.

Sanches, M., Newberg, A.R., and Soares, J.C. (2010). Emerging drugs for bipolar disorder. *Expert Opin Emerg Drugs*, 15(3), 453-466.

Savas, H. A., Unal, A., ve Virit, O. (2011). Treatment adherence in bipolar disorder. *Journal of Mood Disorders*, *1*(3), 95-102.

Sayar, G. H., Özten, E., Eryılmaz, G., Göğçegöz, I., ve Ceylan, M. E. (2014). Elektrokonvulzif terapi üzerine güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6*(2), 107-125.

Schaffer, A., Isometsae, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J. M., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., and Yatham, L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(9), 785-802.

Scott, J. A. N., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., and Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(4), 313-320.

Sheets, E. S. and Miller, I. W. (2010). Predictors of relationship functioning for patients with bipolar disorder and their partners. *Journal of Family Psychology*, *24*(4), 371-379.

Sigitova, E., Fišar, Z., Hroudová, J., Cikánková, T., and Raboch, J. (2017). Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *71*(2), 77-103.

Spinhoven, P., Penninx, B. W., Hickendorff, M., Van Hemert, A. M., Bernstein, D. P., and Elzinga, B. M. (2014). Childhood trauma questionnaire: Factor structure, measurement invariance, and validity across emotional disorders. *Psychological Assessment*, *26*(3), 717-729.

Strakowski, S. M., Adler, C. M., Almeida, J., Altshuler, L. L., Blumberg, H. P., Chang, K. D., DelBello, M. P., Frangou, S., McIntosh, A., Phillips, M. L., Sussman, J. E., Townsend, J. D. (2012). The functional neuroanatomy of bipolar disorder: A consensus model. *Bipolar Disorders*, *14*(4), 313-325.

Strawbridge, R., Fish, J., Halari, R., Hodsoll, J., Reeder, C., Macritchie, K., McCrone, P., Wykes, T., and Young, A. H. (2016). The Cognitive Remediation in Bipolar (CRiB) pilot study: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, *17*(1), 371-380.

Stroppa, A., and Moreira-Almeida, A. (2013). Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *15*(4), 385-393.

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

Sylvia, L. G., Montana, R. E., Deckersbach, T., Thase, M. E., Tohen, M., Reilly-Harrington, N., McInnis, M. G., Kocsis, J. H., Bowden, C., Calabrese, J., Gao, K., Ketter, T., Shelton, R. C., McElroy, S. L., Friedman, E. S., Rabideau, D. J., and Nierenberg, A. A. (2017). Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, *5*(1), 10-18.

Şirin, B. (2008). *Bir sağlık ocağına başvuran ruh sağlığı bozulmuş hastaların yasam kalitesi ve sosyal işlevsellik durumunun değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 106.

T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 6114, 17.02.2011.

Tatay-Manteiga, A., Correa-Ghisays, P., Cauli, O., Kapczinski, F. P., Tabarés-Seisdedos, R., and Balanzá-Martínez, V. (2018). Staging, neurocognition and social functioning in bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 709-719.

Taylor, V. and MacQueen, G. (2006). Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: A review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(7), 1034-1041.

Thomas, S. P., Nisha, A., and Varghese, P. J. (2016). Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in remission. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *38*(4), 336-340.

Thompson, K., Kulkarni, J., and Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, *42*(3), 241-247.

Townsend, M.C. (2016). *Ruh Sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. (Çeviri Editörleri, CT. Özcan, N. Gürhan). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 428-458.

Türk, A. (2018). Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, yaşam kalitesi ve benlik saygısı. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla, 147.

Valentí, M., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Bonnín, C. M., Popovic, D., Goikolea, J. M., Torrent, C., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., and Vieta, E. (2015). Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *17*(5), 549-559.

Varcarolis, E. M. (2016). *Essentials of psychiatric mental health nursing e-book: A Communication approach to evidence-based care*. USA: Elsevier Health Sciences, 223-241.

Veneziano, L., and Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validityof healthrelatedquestionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21, 67-70.

Vicent-Gil, M., Raventós, B., Marín-Martínez, E. D., González-Simarro, S., Martínez-Arán, A., del Mar Bonnin, C., Trujols, J., Pérez-Blanco, J., Diego-Adeliño, J., Puigdemont, D., Serra-Blasco, M., Cardoner, N., and Portella, M. J. (2019). Testing the efficacy of INtegral Cognitive REMediation (INCREM) in major depressive disorder: Study protocol for a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry, 19*(1), 135-143.

Vieta, E., Azorin, J. M., Bauer, M., Frangou, S., Perugi, G., Martinez, G., and Schreiner, A. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non-and partial adherence to medication: Results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *Journal of Affective Disorders, 143*(1-3), 125-130.

Vlad, M., Raucher-Chéné, D., Henry, A., and Kaladjian, A. (2018). Functional outcome and social cognition in bipolar disorder: Is there a connection?. *European Psychiatry, 52,* 116-125.

Waltz, C. F., and Bausell, B. R. (1981). *Nursing research: design statistics and computer analysis*. Davis FA, 402-416.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R. S., Sharma, V., Ravindran, A.,Young, L. T., Milev, R., Bond, D. J., Frey, B. N., Goldstein, B. I., Lafer, B., Birmaher, B., Ha, K., Nolen, W. A., and Berk, M. A. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2013. *Bipolar Disorders*, *15*(1), 1-44.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B., Rej, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R.V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R.WE., Vazquez, G., Kapczinsk, F., McIntyre, R.S., Kozicky, J., Kanba, S., Lafer, B., Suppes, T., Calabrese, J.R., Vieta, E., Malhi, G., Post, R.M., and Berk, B. (2018). Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and ınternational society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 20*(2), 97-170.

Yazıcı, O. (2007). Bipolar-1- ve bipolar-2- bozuklukları. (Edt. Köroğlu, E. ve Güleç, C.). İçinde: *Psikiyatri temel kitabı*. (2. Baskı). Ankara: HYB Basım Yayın, 265-279.

Yeloğlu, Ç. H., ve Hocaoğlu, Ç. (2017). önemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, *8*(30), 41-54.

Yıldırım, A., ve Hacıhasanoğlu Aşılar, R. (2019). Toplumda ruhsal bozuklukların yönetimi ve hemşirelik. *Turkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, *5*(2), 85-92.

Yontar, G., Semiz, M., Kugu, N., Dogan, O., and Kavakci, O. (2015). Psychotic mania associated with hypothyroidism: a case report. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, *5*(3), 134-141.

Young, A. H., Carlsson, A., Olausson, B., Paulsson, B., and Brecher, M. (2008). A double-blind, placebo-controlled study with acute and continuation phase of quetiapine and lithium in adults with bipolar depression (EMBOLDEN I). *European Psychiatry*, *23*, 239.

Zarate, C. A., Tohen, M., Land, M., and Cavanagh, S. (2000). Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatric Quarterly*, *71*(4), 309-329.

EKLER

EK-1. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/09/2018-E.124189

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14574941-199-96806 sayılı yazı

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı **Doktora Öğrencisi Ebru BAŞKAYA'nın, Doç.Dr.Satı DEMİR'in** danışmanlığında yürüttüğü ***"Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Tedaviye Uyum Eğitiminin Tedaviye Uyum, Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi"*** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **11.09.2018** tarih ve **07** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2018-360

Ek:1 Liste

Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

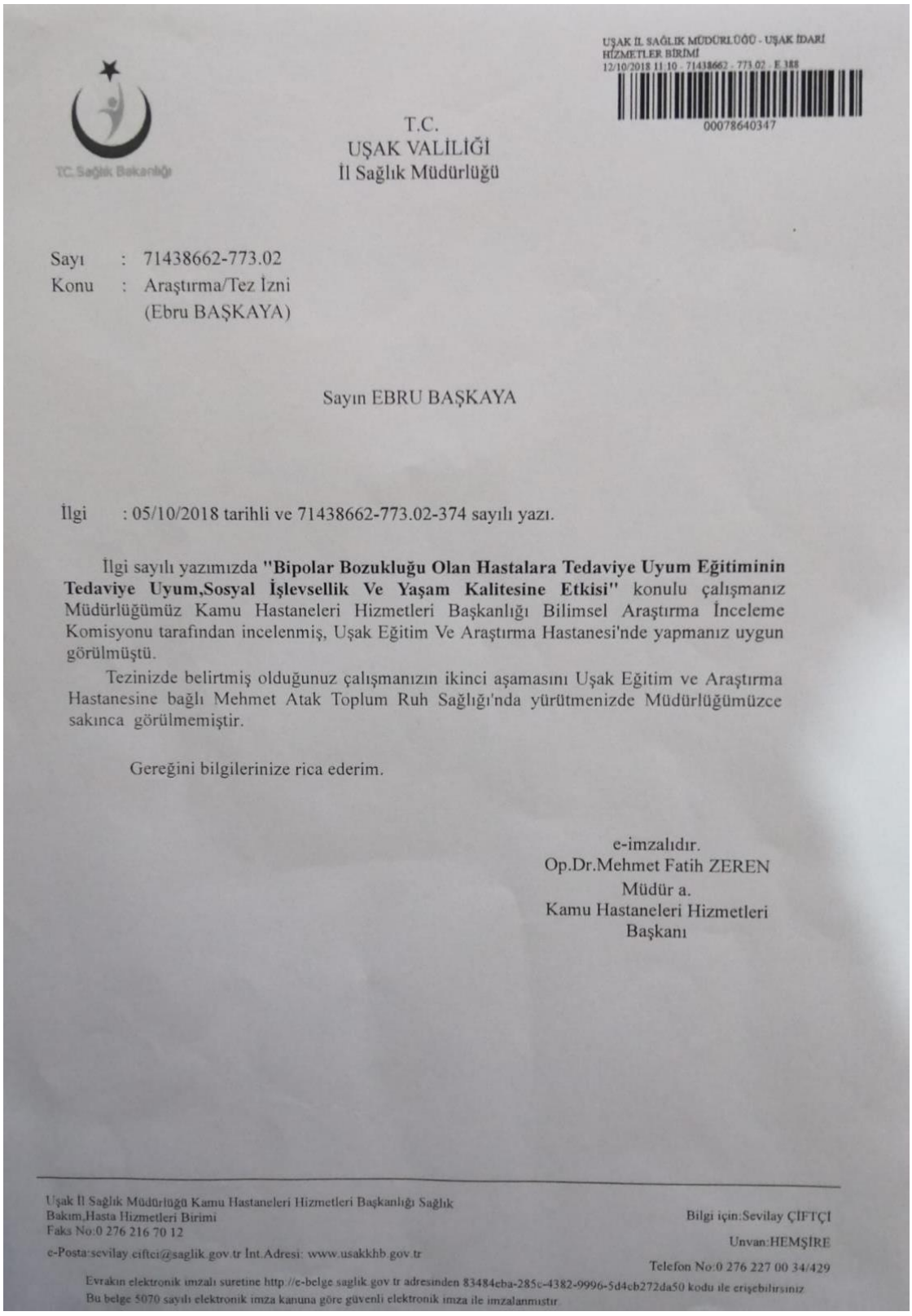
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 11/09/2018	TOPLANTI SAYISI : 07
ADI-SOYADI	**İMZA**
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILAMADI
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Latif AYDOS	

EK-2. Kurum İzni



UŞAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - UŞAK İDARİ HİZMETLER BİRİMİ
12/10/2018 11:10 - 71438662 - 773.02 - E.188
00078640347

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
UŞAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 71438662-773.02
Konu : Araştırma/Tez İzni
(Ebru BAŞKAYA)

Sayın EBRU BAŞKAYA

İlgi : 05/10/2018 tarihli ve 71438662-773.02-374 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazımızda **"Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Tedaviye Uyum Eğitiminin Tedaviye Uyum,Sosyal İşlevsellik Ve Yaşam Kalitesine Etkisi"** konulu çalışmanız Müdürlüğümüz Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş, Uşak Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde yapmanız uygun görülmüştü.

Tezinizde belirtmiş olduğunuz çalışmanızın ikinci aşamasını Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı'nda yürütmenizde Müdürlüğümüzce sakınca görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Mehmet Fatih ZEREN
Müdür a.
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Uşak İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Bakım,Hasta Hizmetleri Birimi
Faks No:0 276 216 70 12
e-Posta:sevilay.ciftci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.usakkhb.gov.tr

Bilgi için:Sevilay ÇİFTÇİ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0 276 227 00 34/429

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 83484eba-285c-4382-9996-5d4cb272da50 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3. Bilgilendirilmiş Onam Formu- 1

Sayın Hastamız;

Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Ebru Başkaya. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte bipolar bozukluğu olan hastalar ile ilgili bir araştırma yürütmekteyiz. Araştırmanın amacı; Bipolar Bozukluğu olan hastaların tedavi süreci boyunca yaşadıkları sorunları anlamak ve sorunlarla baş edebilmeleri için bilgi gereksinimlerini belirlemektir. Araştırma Uşak İl Sağlık Müdürlüğü Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sizin üzerinizde herhangi bir işlem uygulamadan sizinle 25-35 dakika görüşme yapılacak ve bu görüşme ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir. Ses kayıtları araştırmacı tarafından üç yıl saklanacak ve üç yılın sonunda imha edilecektir.

Çalışma sonuçları bilimsel yayın için kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara ve bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi sürecinde yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda tıbbi takip ve tedavileriniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onay formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız sağdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığınızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Araştırmacı

EBRU BAŞKAYA

HASTA ONAY FORMU

HASTA ONAY FORMU		
1. Çalışma ile ilgili olarak bilgilendirme formunu okudum. Aklıma takılan soruları sorabildim.		
2. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Hastanın adı soyadı: ……	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin adı soyadı: ……	Tarih	İmza

EK-4. Katılımcı Bilgi Formu-1

1. **Yaşınız: …..... Tel:**
2. **Cinsiyetiniz:** 1. Kadın 2. Erkek
3. **Eğitim durumunuz:** 1. Oku yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite 6. Yüksek Lisans 7. Doktora
4. **Medeni durumunuz:** 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Evli ama ayrı yaşıyor
5. **Ekonomik durumunuz:** 1**.** Düşük 2. Orta 3. Yüksek
6. **Çalışıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
7. **Mesleğiniz nedir?**
   1. İşçi 2. Memur 3. Serbest meslek 4. Emekli 5. Diğer (açıklayınız):……

EK-5. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Sayın katılımcı,

Yapacak olduğumuz bu görüşmenin amacı; Bipolar bozukluğu olan hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları sorunları anlamak ve sorunlarla baş edebilmeleri için bilgi gereksinimlerini belirlemektir. Size tedavi sürecinde yaşadığınız sorunlara ilişkin sorular soracağım. Görüşmemizin yaklaşık 25-35 dakika sürebileceği öngörülmektedir. Tüm görüşme ses kayıt cihazı ile kayıt edilecektir.

Görüşme Soruları:

1. Bipolar bozukluk tanısı alma hikayenizi anlatır mısınız (ne zaman bu tanı konuldu, şikayetleriniz nelerdi, nereye başvurdunuz, yanınızda ailenizden kim/kimler vardı?)

2. Bipolar bozukluk tanısı konulduğu andan şu ana kadarki tedavi sürecinizi anlatır mısınız? Ne tür bir tedavi aldınız? (katılımcı cevap vermeyi bitirdikten sonra) tedavinize düzenli bir şekilde devam ettiniz mi? Tedavinize düzenli devam etmenizi etkileyen durumlar oldu mu? (açıklar mısınız, örnek verir misiniz gibi ifadelerle katılımcıyı anlatımlarını derinleştirmeye teşvik et)

3. Tedavi sürecinde ne tür güçlükler yaşadınız? (katılımcı cevap vermeyi bitirdikten sonra) bu güçlüklerle baş etmek için neler yaptınız?

4. Tedavinin olumlu ve olumsuz etkileri neler oldu? İsterseniz önce olumsuz etkilerinden başlayalım. (katılımcı olumsuz etkileri anlatmayı bitirdikten sonra olumlu etkileri sor)

5. Tedavi süresince ne tür bilgilere ihtiyaç duydunuz? (katılımcı cevap vermeyi bitirdikten sonra) bu bilgileri edinmek için hangi kaynaklara başvurdunuz?

6. Bipolar bozukluk ve tedavisi konusunda bir eğitim verilecek olsa size nelerin anlatılmasını isterdiniz?

Sorulara vermiş olduğunuz yanıtlar ve bu çalışmaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Ebru BAŞKAYA

EK-6. Bilgilendirilmiş Onam Formu-2 (kontrol grubu için)

Sayın Hastamız;
Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Ebru Başkaya. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte "Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisi" adlı bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmanın amacı; Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Araştırma Uşak İl Sağlık Müdürlüğü Uşak Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği' nde yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından hazırlanan "Katılımcı Bilgi Formu", "Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği", "Sosyal İşlevsellik Ölçeği" ve "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" uygulanacaktır. Ön görüşmeden beş hafta ve üç ay sonra tekrar "Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği", "Sosyal İşlevsellik Ölçeği" ve "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" uygulanacaktır. Araştırmacı üzerinizde herhangi bir işlem uygulamadan size izlem testi uygulamasından sonra tedavi uyumuna yönelik hazırladığı eğitim kitapçığını verecektir.
Çalışma sonuçları bilimsel yayın için kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda tıbbi takip ve tedavileriniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onay formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız sağdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığınızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Ebru Başkaya

HASTA ONAY FORMU

HASTA ONAY FORMU		
1. Çalışma ile ilgili olarak bilgilendirme formunu okudum. Aklıma takılan soruları sorabildim.		
2. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Hastanın adı soyadı: ……	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin adı soyadı: ……	Tarih	İmza

EK-7. Bilgilendirilmiş Onam Formu-3 (müdahale grubu için)

Sayın Hastamız;
Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Ebru Başkaya. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte "Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisi" adlı bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmanın amacı; Bipolar bozukluğu olan hastalara uygulanan tedaviye uyum eğitiminin tedaviye uyum, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Araştırma Uşak İl Sağlık Müdürlüğü Mehmet Atak Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Uşak İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından hazırlanan "Katılımcı Bilgi Formu"," Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği", "Sosyal İşlevsellik Ölçeği" ve "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" uygulanacaktır. Araştırmacı size haftada bir gün beş oturum tedaviye uyum eğitimi verecektir. Eğitimden sonra ve üç ay sonra tekrar " Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği", "Sosyal İşlevsellik Ölçeği" ve "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu" uygulanacak ve eğitim kitapçığı dağıtılacaktır.
Çalışma sonuçları bilimsel yayın için kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda tıbbi takip ve tedavileriniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onay formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız sağdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığınızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Ebru Başkaya

HASTA ONAY FORMU

HASTA ONAY FORMU		
1. Çalışma ile ilgili olarak bilgilendirme formunu okudum. Aklıma takılan soruları sorabildim.		
2. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Hastanın adı soyadı: ……	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin adı soyadı: ……	Tarih	İmza

EK-8. Katılımcı Bilgi Formu - 2

1. Yaşınız: …..... **Tel:**

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3. Eğitim durumunuz: 1. Oku yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite 6. Yüksek Lisans 7. Doktora

4. Medeni durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Evli ama ayrı yaşıyor

5. Ekonomik durumunuz: 1**.** Düşük 2. Orta 3. Yüksek

6. Çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

7. Ne kadar süredir bu rahatsızlığa sahipsiniz……..

8. Şimdiye kadar hastalığınız kaç defa nüks etti?.....

9. Son atak tipiniz?

1. Manik 2. Major Depresif 3. Hipomanik 4. Karma

10. Mevcut rahatsızlığınızdan dolayı kaç defa hastaneye yattınız?

1. Bir 2. İki 3. Üç ve üzeri

11. İhtiyaç duyduğunuzda düzenli olarak yardım aldığınız kişi\kişiler var mı?

1. Evet 2.Hayır

EK-9. Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız?

Sorular	**Evet**	**Hayır**
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unutunuz mu?		
2. İlaçlarınızı almak konusunda dikkatsiz misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4. Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum		
6. Vücudumun ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil		
7. İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor		
8. İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim		
9. İlaçları aldığımda kendimi yasayan bir ölü gibi garip hissediyorum		
10. İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor		

EK-10. Sosyal İşlevsellik Ölçeği

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama……..
Hafta sonu ortalama……
(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz? (Örn. odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.)

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az…….
3-6 Zamanın bir kısmı…….
6-9 Zamanın önemli bir kısmı…..
9-12 Zamanın büyük bir kısmı……
12 Hemen hemen zamanın hepsi……

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

a) Hemen hemen hiç b) Nadiren c) Bazen d) Sık sık

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

a) Hemen hemen hiç b) Nadiren c) Bazen d) Sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

a) Onlardan kaçınma b) Huzursuz olma c) Onları kabul etme d) Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var? (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)……

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

a) Evet b) Hayır

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

a) Hemen hemen hiç b) Nadiren c) Bazen d) Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

a) Çok kolay b) Oldukça kolay c) Orta d) Oldukça zor e) Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son 3 ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	***Nadiren***	***Bazen***	***Sık Sık***
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme				
Açık alan sporunu izleme				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/kafelere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

EK-10. (devam) Sosyal İşlevsellik Ölçeği

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	***Nadiren***	***Bazen***	***Sık Sık***
Müzik aleti çalma				
Dikiş- nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örn. koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (el sanatları, resim yapma)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Yeterli	***Yardım gerekir***	***Yapamaz***	***Bilinmiyor***
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	***Nadiren***	***Bazen***	***Sık sık***
Alışveriş yapma (yardımsız)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma vs.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

EK-10. (devam) Sosyal İşlevsellik Ölçeği

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

a) Evet b) Hayır

1. Eğer Yanıtınız Evetse:

Ne tür bir iş?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

2. Eğer Yanıtınız Hayırsa:

En son ne zaman bir işte çalıştınız……

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? a) Evet b) Hayır

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? a) Evet b) Hayır

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

a) Kesinlikle evet b) Zorlanırım c) Kesinlikle hayır

- Ne sıklıkta yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

a) Hemen hemen hiç b) Nadiren c) Bazen d) Sık sık

EK-11. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBREF-TR)

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		Hiç hoşnut değil	Çok az Hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

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

		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4 F11.3	Günlük uğraşılarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

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

		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11 F7.1	Bedensel görüşünüzü kabullenir misiniz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

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

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

EK-11. (devam) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBREF-TR)

		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17 F10.3	Günlük uğraşılarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25 F23.3	Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?.....
Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?.....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş

EK-12. Tedaviye Uyum Eğitimi Oturumları

Oturum		Amaç	Yöntem	Süreç ve İçerik
1. Oturum	Tedaviye Uyum Programının Tanıtılması Ve Hastalık Hakkında Bilgi (45-60 dk)	**1.** Eğitimci ve hasta bireyin tanışmasını sağlamak. **2.** Tedaviye uyum programını tanıtmak **3.** Bipolar bozukluk hakkında bilgi vermek	**1.** Anlatım /Sunum **2.** Soru-cevap **3.** Tartışma/Özetleme	**1.** Tanışma • Eğitimci genel bir "selamlama ile hoş geldiniz" dedi. • Eğitimci kendisini tanıttı (adı, mesleği, eğitim durumu, deneyimi, çalışma alanı vb.) • Hasta birey kendisini (Ad-soyadı, mesleği, medeni durum gibi) tanıttı **2.** Eğitim programı tanıtıldı.(Eğitimci tedaviye uyum eğitiminin genel bir tanıtımını yaptı, programın süresi, sıklığı, kullanılacak yöntemler vb.) • Eğitimci tedaviye uyum programının amacını açıkladı. **3.** Ön-test Uygulandı (Hasta bireye Katılımcı Bilgi Formu, Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu uygulandı) **4.** Hastalık Hakkında Bilgi verildi. • Hastaya hastalık ve hastalıkla ilgili kavramlar (mani, hipomani, depresyon, vb) hakkında bilgi verildi • Hastaya hastalığını hangi nedene bağladığı soruldu ve hastalık nedenleri ve tetikleyen etmenler hakkında bilgi verildi. • Hastanın hastalık belirtileri soruldu, belirtiler ve hastalığın seyri hakkında bilgi verildi. **5.** Oturumun sonunda eğitimci, bu zamana kadar ki konuşulanları özetledi. **6.** Hastadan ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermesi istendi. **7.** İkinci oturumun konusu hakkında bilgi verildi. **8.** Hasta ile ikinci oturum için gün ve saat belirlendi.

EK-12. (devam) Tedaviye Uyum Eğitimi Oturumları

Oturum		Amaç	Yöntem	Süreç ve İçerik
2. Oturum	Bipolar Bozuklukta Uygulanan Tedaviler Ve Tedaviye Uyumun Önemi (45-60 dk)	1. BB'ta uygulanan tedavi yöntemlerini anlatmak. 2. İlaç tedavisi hakkında bilgi vermek. 3. Tedaviye uyumun önemini kavratmak, tedaviye uyumsuzluğun olumsuz etkilerini anlamalarını sağlamak.	**1.** Anlatım /Sunum **2.** Soru-cevap **3.** Ev Ödevi **4.** Tartışma/Özetleme **5.** Gerçek Öyküler İzletme	**1.** Değerlendirme • Hasta bireye geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiği soruldu. • Hastaya bir önceki oturumdan neler hatırladığı soruldu ve sonrasında hastayla birlikte oturumun kısa bir özeti yapıldı. **2.** Bipolar Bozuklukta İlaçla Tedavi • Daha önce ilaç tedavisi alıp almadığı soruldu • İlaç tedavisi ile ilgili yaşadığı deneyimleri anlatması istendi. • Bipolar Bozuklukta ilaçla tedavi hakkında bilgi verildi **3.** Bipolar Bozuklukta Psikoterapi Yöntemleri • Daha önce psikoterapi alıp almadığı soruldu. • Psikoterapi aldıysa bununla ilgili deneyimlerini paylaşması istendi • Bipolar Bozuklukta psikoterapi yöntemleri hakkında bilgi verildi. • Psikoterapi alabilecekleri kaynaklar/kişiler hakkında bilgi verildi. **4.** Elektrokonvülsif Tedavi • Daha önce EKT alıp almadığı soruldu • EKT aldıysa bununla ilgili deneyimini paylaşması istendi. • Elektrokonvülsif tedavi hakkında bilgi verildi. **5.** Tedaviyi Bırakma Nedenleri • Daha önce tedaviyi bırakıp bırakmadığı soruldu. • Tedaviyi bırakma durumu olduysa bununla ilgili deneyimini paylaşması istendi. • Kendi kendine tedaviyi bırakma nedenleri anlatıldı. **6.** Tedaviye Uyum • Tedaviye uyumun önemi hakkında bilgi verildi **7.** Eğitimci, bu zamana kadar ki konuşulanları özetledi. **8.** Hastadan oturum ile ilgili geri bildirim vermesi istendi. **9.** Ev ödevi verildi (Hastadan aldığı ilaçlar, dozları ve aldıkları saatleri bir sonraki hafta yazıp getirmesi istendii) **10.** Üçüncü oturumun konusu hakkında bilgi verilip gün ve saat belirlendi.

EK-12. (devam)Tedaviye Uyum Eğitimi Oturumları

Oturum		Amaç	Yöntem	Süreç ve İçerik
3. Oturum	Bipolar Bozuklukta Kullanılan İlaçlar, Etkileri Ve Yan Etkileri (45-60 dk)	1. İlaç tedavisinin – yararlarını, ilaç almanın önemini, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini anlatmak.	1. Anlatım /Sunum 2. Soru-cevap 3. Ev ödevi 4. Tartışma/Özetleme 5. Gazeteden gerçek başarı hikayesi okuma	**1.** Değerlendirme • Hasta bireye geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiği soruldu. • Hastadan bir önceki oturumdan neler hatırladığı soruldu ve sonrasında hastayla birlikte oturumun kısa bir özeti yapıldı • Ev ödevi kontrolü yapıldı. **2.** Bipolar Bozuklukta Kullanılan İlaçların Etkileri • Hastanın kullandığı ve yanında getirdiği ilaçların etkileri hakkında bilgi verildi • Antipsikotik ilaçlar ve etkileri hakkında bilgi verildi • Duygudurum düzenleyici ilaçlar ve etkileri hakkında bilgi verildi • Antidepresan ilaçlar ve etkileri hakkında bilgi verildi. **3.** Bipolar Bozuklukta Kullanılan İlaçların Yan Etkileri • Hastanın kullandığı ve yanında getirdiği ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildi • Antipsikotik ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildi • Duygudurum düzenleyici ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildi. • Antidepresan ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verildi. **4.** Eğitimci, bu zamana kadar ki konuşulanları özetledi **5.** Hastadan oturum ile ilgili geri bildirim vermesi istendi. **6.** Ev ödevi verildi (Kullandığı ilaçlarla ilgili yaşadığı yan etkileri bir sonraki hafta yazıp getirmesi istendi.) 7. Dördüncü oturumun konusu hakkında bilgi verildi 8. Hasta ile dördüncü oturum için gün ve saat belirlendi.

EK-12. (devam)Tedaviye Uyum Eğitimi Oturumları

Oturum		Amaç	Yöntem	Süreç ve İçerik
4. Oturum	Tedaviyle İlgili Problem Çözme Ve Stresle Baş Etme Stratejileri (45-60 dk)	1. Hastanın belirlediği tedaviyle ilgili problemi (örneğin ilaçları unutma, ilaç almayı reddetme vb.) çözme becerisini öğretmek 2. Stresin tekrarlamalarda tetikleyici bir faktör olduğunu anlatmak, stresi ve anksiyeteyi daha iyi kontrol altına almalarına yardımcı olabilecek yöntemler hakkında bilgi vermek.	1. Anlatım /Sunum 2. Soru-cevap 3. Ev ödevi 4. Tartışma/Özetleme 5. Yaşanmış hayat hikayeleri okuma	1. Değerlendirme • Hasta bireye geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiği soruldu • Hastaya bir önceki oturumdan neler hatırladığı soruldu ve sonrasında hastayla birlikte oturumun kısa bir özeti yapıldı. • Ev ödevi kontrolü yapıldı. 1. Problem Çözümlerken Veya Karar Verirken Kullanılacak Yöntemler • Problem çözümlerken veya karar verirken kullanılacak yöntemler hakkında bilgi verildi. 2. Problem Çözme Aşamaları • Problem çözme aşamaları anlatıldı. 3. Stres Kavramı • Stres kavramı hakkında bilgi verildi 4. Stresin Hastalık Üzerine Etkisi • Stresin hastalık üzerine olumsuz etkileri anlatıldı. 5. Stresle Başetme Yöntemleri • Stresle nasıl başa çıkılacağı konusunda başetme yöntemlerine yönelik bilgi verildi 6. Eğitimci, bu zamana kadar ki konuşulanları özetledi. 7. Hastadan oturum ile ilgili geri bildirim vermesini istendi. 8. Ev ödevi verildi. (Hastadan yaşadığı herhangi bir stres durumunda onunla nasıl başetteğine yönelik deneyimlerinden bir tanesi bir sonraki haftaya yazıp getirmesi istendi) 9. Beşinci oturumun konusu hakkında bilgi verildi. 10. Hasta ile beşinci oturum için gün ve saat belirlendi.
5. Oturum	Bipolar Bozuklukta Hastaya/Hastalığa Yönelik İnanç, Tutum Ve Damgalama (45-60 dk)	1. Hasta bireyin hastalığına yönelik inanç ve tutumlarını ortaya çıkarmak. 2. Hastaların yaşadıkları damgalama tutumlarını belirlemek. 3. Hastalara toplumsal damgalama ile mücadele yaklaşımları hakkında bilgi vermek.	1. Anlatım /Sunum 2. Soru-cevap 3. Tartışma/Özetleme	**1.** Değerlendirme • Hasta bireye geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiği soruldu. • Hastaya bir önceki oturumdan neler hatırladığı soruldu ve sonrasında hastayla birlikte oturumun kısa bir özeti yapıldı. • Ev ödevi kontrolü yapıldı. **2.** Bipolar Bozuklukla İle İlgili Yanlış İnanışlar • Bipolar bozuklukla ilgili yanlış inanışlar hakkında bilgi verildi. **3.** Damgalama • Damgalama kavramı hakkında bilgi verildi. • Olası damgalama tutumları hakkında bilgi verildi. • Toplumsal damgalamaya yönelik yapılacaklar hakkında bilgi verildi. **4.** Eğitimci, bu zamana kadar ki konuşulanları özetledi. 5. Hastadan tüm oturumlarla ile ilgili geri bildirim vermesi istendi. 6. Son-test Uygulandı (Hasta bireye, Tıbbı Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu uygulandı)

EK-13. Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

KATEGORİ	TEMA	ALT TEMA	HASTA İFADELERİ	EĞİTİM KİTAPÇIĞININ İÇERİĞİ
1. Hastalığın başlangıcı/Tanı alma aşaması	A. Belirtiler	A1. Zarar görme korkusu (7 kişi)	✓Beni öldürecekler korkusuna kapıldım bu hastalığın verdiği etkileşimle oraya buraya yazılar göndermeye başladım sonra beni bu yazılar yüzünden öldürecekler korkusuna kapıldım (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl)	✓Manik evre sırasında psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. İki tür psikotik belirti vardır; Halisünasyon (birşeyler veya insanlar görme, sesler işitme, bu seslerden zarar görme korkusu yaşama vb.) ve sanrı (hiç öğrenmediğiniz bir dili akıcı konuştuğunu düşünme vb.) Sayfa:3
		A2. Agresyon (8 kişi)	✓Sinirlilik kırma dökme böyle şeyler (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl) ✓Şikayetlerim sıkıntı stres sıkıntı hiçbir şey edememe kendimi intihara kalkışma falan öylelikle gelişti yani hastalığım (Ü.Ü, Kadın, 38 Y, 8 Yıl) ✓Kendime zarar vermeye çalışıyordum tırnaklıyordum saçımı falan yoluyordum onlar oluyordu yani (S.A, Kadın, 21 Y, 2 Yıl) ✓Anneye babaya lakap takma (E.E, Kadın, 31Y, 10 yıl)	✓Ölüm veya intihar hakkında düşünceler çok yaygındır. (Her üç bipolar bozukluğu olan biri hayatında bir kez intihara teşebbüs eder.) Deprese insanların intihar etmeyi düşünmelerine yol açan nedenler arasında şunlar yer alır; başa çıkılmaz bir engelle karşılaştıklarında vazgeçme veya ebediyen süreceğine ve tedavi edilemeyeceğine yönelik yanlış olarak inandıkları acı veren ruhsal bir duruma son verme arzusu. Sayfa: 5 ✓Bazıları sinirlilik halinin yükseldiğini gösterir(Yani, Sürekli öfke, başkalarına ters yanıt verme, kırıp dökme, kendine zarar verme vb.) Sayfa: 4
		A3. Kontrolsüz davranışlar (6 kişi)	✓Şikayetlerim çok aşırı para harcama çok aşırı hırslı çok aşırı hareketli çok aşırı sinirli olduğum zamanlar oluyordu ataklar geçiriyordum o ara tanı konuldu öyle yani(M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl) ✓İçe kapanıklık ondan sonra ağlama ondan sonra karşı cinse karşı ilgi duyma böyle bir şey şey yaptı (F. D, Kadın, 47 Y, 7Yıl)	✓Fazla para harcama, cinsel aktivitede artma, hızlı araba kullanma vb… davranış değişiklikleri görülebilir. Sayfa:2
		A4. Uykusuzluk (6 kişi)	✓İlk tanı konulduğu zamanki şikayetler olumsuzluklar anlayamama dinleyememe ondan sonra unutkanlık o tür şeyler. Uykusuzluk baş ağrısı…(E.E, Kadın, 31Y, 10 yıl)	✓Her zaman uyku ihtiyacında bir azalma eğilimi vardır. Uyku bozukluğu ciddi olduğundan hasta yorgunluk hissetmeden birkaç gününü uykusuz geçirebilir. Sayfa: 2
	B. Aile desteği	B1. Hastaneye yatışta ailenin yanında olması (6 kişi)	✓Anne babasız tedaviye kalkışmasınlar anne ya da baba olması lazım hastanede de olsan şeyde de olsan anne baba şart. Yanımda babam vardı annem vardı kardeşlerim de bilmiyordu (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl) ✓Abim vardı, eşim yoktu. (Ü.Ü, Kadın, 38 Y, 8 Yıl)	✓Hastaneye yatışta ailenin hastanın yanında olması, ona destek vermesi hasta bireyin hastalığını kabullenmesini ve tedaviye verdiği yanıtı olumlu yönde etkiler. Sayfa: 12
		B2. Hastane randevularına aile ile birlikte gitme (6 kişi)	✓Ailem benim hastalığımı kabullendi benimle yani şöyle ailemle çatışma yaşamama rağmen hastalık konusunda ailem beni doktora getirip götürme konusunda falan filan fazla geç kalmadı ilk başta biraz geç kaldık (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl)	✓Ailenin tutumu tedaviye bağlılığın sürdürülmesinde hayati önem taşır ve bu tutumun olumlu olması için hastanın çevresinin bipolar bozukluk ve tedavisi hakkında bilgili olması gerekir. Sayfa: 12

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

2. Tedaviye uyum	A. Tedaviye uyumu olumlu etkileyenler	A1. Ailenin ilaç saatlerini hatırlatması (7 kişi)	✓ Yani ben baş etme sürecinde kız kardeşim yanımdaydı yani o destek oldu abla ilacını al abla ilacını al bırakma abla öyle diye diye yani şey yapıyordu telefonla bile ilacını aldın mı abla ne yaptın abla öyle yapardı (F. D, Kadın, 47 y, 7 Yıl) ✓ Tabi ki tabi ki hiç hiç ben nerde olursa ben mağarada da yaşasam ben ilaçlarımı asla aksatmam arkadaşım. İlaçlarımı hiç bırakmadım birincisi bilinçli bir şekilde kullanıyorum (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl) ✓ Olumsuzluklar olumsuzlukların olmaması için tedavimin düzgün düzenli olmasını istiyorum. Ailem ailem beni uyarıyor ilaçlarımı almadığım zaman babam çok dikkat ediyor. (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl)	✓ Ailenin tutumu tedaviye bağlılığın sürdürülmesinde hayati önem taşır ve bu tutumun olumlu olması için hastanın çevresinin bipolar bozukluk ve tedavisi hakkında bilgili olması gerekir. Sayfa: 12
		A2. İlaçlar düzenli alındığında atakların olmaması (7 kişi)	✓ 2000 yılından itibaren 2000 yılından itibaren yani mart veya nisan 2000 yılından itibaren ben ilaçlarımı sabah akşam ne gerekiyorsa düzenli bir şekilde attım her zaman hiç hiç aksatmadan (A.C, Erkek, 44Y, 17 yıl) ✓ Doktorun bana gösterdiği şeyi dikkat edip dışına çıkmadım hiçbir zaman. İlaçlarımı düzenli kullandım onun dediklerini yaptım doktorun dediklerini yaptım yani bu döneme kadar iyi gittim hiç yani bir atak bir şey geçirmedim (F. D, Kadın, 47 Y, 7Yıl)	✓ Eğer hasta birey ilaçlarını doğru alırsa bir atağın başlama olasılığı çok daha düşer. Eğer yine de başlarsa atak çok daha az şiddetli olur, kötü sonuçları azalır ve daha az sürer. Sayfa: 6 ✓ Eğer reçete edilen ilaç tedavisini küçümsemeden takip ederseniz tekrarlamaları önleyebilirsiniz. Sayfa:7
		A3. İlaçla yaşamak zorunda olduğunu kabullenme (7 kişi)	✓ Artık ilaçla yaşamak zorundayım ilaçla yaşamak zorundayım(H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl) ✓ İlaçları kullanmam lazım bana dedikleri kelime ölünceye kadar ekmek yemeyeceksin su içmeyeceksin ilaçlarını kullanacaksın(F.D, Kadın 47Y, 7 Yıl)	✓ Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşamları boyunca bu tip ilaçlar almaları gerekir ve bunların amacı sadece yeni atakların meydana gelmesini önlemek değil, aynı zamanda ortaya çıkan yeni bir atağın şiddetini ve süresini azaltmaktır. Sayfa:13 ✓ Hasta bireyin hastalığını ve ilaçla yaşamak durumunda olduğunu kabullenmesi tedaviye uyum sağlamada büyük öneme sahiptir. Sayfa: 12
		A4. İlaçlarını almadığında belirtilerin tekrar başladığını deneyimleme (8 kişi)	✓ Dediğim gibi denk kullanacaksın ilaçla yaşamayı öğren dediler ben bunu öğrendim 30 senenin içinde hocam 30 sene oldu olmadı ne yapayım yani şimdi bunlara güveniyon evvela Allah'a güveniyon bunları atmadım mı uyku durak yok ne yalan söyleyeyim şimdi ben bunları eve varınca ya 6' da ya da 7' de yatarsam uyuyorum ezana kadar eğer atmazsam 12' ye kadar da uyumuyon demek ki buna bağımlıymışız ne diyeyim hocam (S.A, Kadın, 55 Y, 30 yıl) ✓ Bu ilaçları düzenli olarak kullanmalıyım kullandım çünkü kullanmadığım anda hemen belirtisi gösteriyordu çünkü tekrar sersemleşiyordum şey yapıyordum bilinç kaybı hemen duygusallık açısından değişiklikler (H.B, Kadın, 46Y, 10 Yıl) ✓ İlk dönemlerde yani atmıyordum yani birini atıyordum birini atmıyordum o sıra ama ondan sonra şey atak geçirdim hastanede yattım (F.D, Kadın, 47Y, 7 Yıl)	✓ Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık olarak yarısı tedavilerini ilk yıl terk eder ve çoğu daha sonraki aylarda bırakır. Neredeyse her 10 hastanın 7'si hayatlarının bir döneminde ilacı bırakır ve her 10 hastanın 9'u bırakmayı ciddi şekilde düşünür. Diğer taraftan, tedaviyi kesmek tekrarlamaların en yaygın tetikleyicisidir. Sayfa: 11

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

2. Tedaviye uyum	B. Tedaviye uyumu olumsuz etkileyenler	B1. Ailenin hasta bireye değil tedaviye odaklanması (5 kişi)	✓ Böyle hastaların aile ortamlarının rahat olması gerekiyor aile ortamlarında hapını at yat hapını yut yat tarzı yaklaşımlar bu hastalıklara daha bir şey veriyor yani hiçbir katkısı faydası olmuyor aile yuvasındaki tedavi aile yuvasındaki bir sıcaklık bu hastalıkların daha azalmasına sebep oluyor. (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl)	✓ Ailenin hasta bireye değil tedaviye odaklanması tedaviye uyumu olumsuz şekilde etkilemektedir. Sayfa: 12
		B2. İyileştiğini düşünüp kendi kendine ilaç bırakma (6 kişi)	✓ Belli bir zaman iyi oluyordum psikolojim düzeliyordu iyi olduğumu düşünüyordum ondan sonra bırakıyordum ilacı (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl) ✓ İyileştim diyerekten bıraktım o da olmadı demek ki iyileşmemişim dedim tekrardan doktora gittim (Ü.Ü, Kadın, 38 Y, 8 Yıl)	✓ Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık olarak yarısı tedavilerini ilk yıl terk eder ve çoğu daha sonraki aylarda bırakır. ✓ İyileştiğini düşünüp kendi kendine ilaç bırakma, ✓ Bir kimsenin ötimik dönemlerinde iyi olduğu hissine kapılarak bozukluğun kronik karakterini anlamaması. Sayfa: 11
		B3. Kendisinin normal olduğunu tedaviye gerek olmadığını düşünerek ilacını almama/Hasta olduğuna inanmama (7 kişi)	✓ Doktorun verdiği bir ilacı normalde günde üç defa kullanmam gerekirken ben öğleni aksatıyordum veya akşamı aksatıyordum çünkü o zaman bazı şeyleri nasıl söyleyeyim şuursuz bir şekilde yapıyorsunuz yani bu ilaçlar beni hani hasta olarak kendimde şunu gördüm ben normalim yani hani kendime göre normalim bu ilaçlar beni ne yapacak yada tedavi etmeyecek gibiydi (O.A, Erkek, 35 Y, 9 yıl) ✓ Başta kullanmayı reddettim çünkü dediğim gibi ilaçların herhangi bir etkisi olmayacağını ya da çünkü kendi gözünüzle siz normal görüyorsunuz ilaçların herhangi bir sizi tedavi edecek boyut olduğunu farkına varmıyorsunuz çünkü bakış açınız duygu düşünceleriniz çok farklı (O.A, Erkek, 35 Y, 9 yıl) ✓ Ya ben ilaç içmeyi sevmediğim için kullanmak istemiyorum bir de zaten ilk başta hasta olduğuma inanmıyordum şu anda ilaç içmek sevmiyorum zorla içiyorum gibi bir şey (S.A, Kadın, 21Y, 2 Yıl)	✓ Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık olarak yarısı tedavilerini ilk yıl terk eder ve çoğu daha sonraki aylarda bırakır. ✓ Kendisinin normal olduğunu tedaviye gerek olmadığını düşünerek ilacını almama/Hasta olduğuna inanmama ✓ Bir kimsenin herhangi bir ilaç almak zorunda kalmadan bipolar bozukluğu kontrol altına alabileceğine inanması ✓ Hastalığı reddetme. Sayfa: 11
	C. Tedavinin olumlu etkileri	C1. Uyku düzeni (9 kişi)	✓ Uykumu düzenli yaptı aynı saatinde atmam lazım onu yapıyon(S.A, Kadın, 55 Y, 30 yıl) ✓ Uykumu düzenli yaptı aynı saatinde atmam lazım onu yapıyon(S.A, Kadın, 55 Y, 30 yıl) ✓ Olumsuz etkileri ilaçlarını almadığın zaman uyuyamıyorsun başlıyorsun rüya kabus görmeye ondan sonra uyuyamayınca zaten gözler şiş kafan ağrıyor arkadaşların söylediğini yanlış anlıyorsun onlar oluyor (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl) ✓ İlaç atmadığım zaman uyuyamıyorum ilaç atmadığım zaman uyuyamıyorum (A.C, Erkek, 44Y, 17 yıl) ✓ Ben ilacı içtiğim anda 5 dakika sonra kendi iradem dışındayım yani 5 dakika sonra ben kendi hür irademde değilim mesela önceden mesela uyku kendi kendime uyku uyuma ihtiyacımı bile özledim yani mesela artık psikolojikmen ilaç atılmasa uyuyamıyorum diye kafama koymuşum yani vücut öyle alışmış ben ilaç almadan inanın yani on gün uykusuz kalabilirim yani ilaç almasam ben on gün uyumam (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl) ✓ Ben uykusuzdum hiç uyumazdım uykum düzene girdi (S.A, Kadın, 21 Y, 2 Yıl)	✓ Manik ve hipomanik evrelerin tedavisinde en yaygın kullanılan hipnotik (uyumayı kolaylaştıran) ilaç klonazepam'dır. Uykusuzluk sergileyen hastalarda çok yararlıdır. Sayfa: 16

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

2. Tedaviye uyum		C2.Normale dönme/Kendini kabul/hasta olduğunu kabul (6 kişi)	✓ Zamanla belli bir şeyler ilaçları artık düzenli kullandıktan sonra diyelim ki altı ay sonra üç sene sonra normale döndüğünüzü hissettiğinizde kendiniz kabulleniyorsunuz zaten. Tedavimin olumlu yönleri bir defa insan yani ilaçları kullandığı sürece normale döndüğüne farkına varıyor çünkü en büyük etken hastalığı kabullendikten sonra kendi yaşantınızda şöyle söyleyeyim ailenizle arkadaşlarınızla sonra daha sonra hayata bakış açınızla normale döndüğüne hissediyorsunuz (O.A, Erkek, 35 Y, 9 Yıl) ✓ Ya şu an hasta olduğumu kabulleniyorum (S.A, Kadın, 21 Y, 2 Yıl)	İlaç Tedavisinin Olumlu Etkileri: ✓ Uykunun düzene girmesi, ✓ Kendini kabul, hasta olduğunu kabul etme, ✓ İşlevselliğin artması, ✓ Atakların olmaması. Sayfa: 17
		C3.İşlevselliğin artması (6 kişi)	✓ Hayata tekrardan adapte olduk çarşıya çıkabiliyorum evden açılan bir telefona cevap verip oradan bir şeyleri alıp eve götürebiliyorum evden bir iş olduğunda tekrar gece saati olsun gündüz saati olsun gidip o işi görebiliyorum (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl) ✓ Olumlu etki kendimi kazandım hani hayatımı kazandım en azından yani bir de yani önceden içe kapanıktım şeydim şimdi kendimi ifade edebiliyorum(F. D, Kadın, 47 Y, 7Yıl)	
		C4.Atakların olmaması (7 kişi)	✓ İşte atak geçirdiğim zaman aman sultan hanım dedi bana geçen gün mesela bugün düğüne gidiyoz deseler sen orda vakit geçirme çok zaman diyor yani hemen şimdi bunun zamanı geldi değil mi atma zamanı hemen evine uykun gelince hapını at ben bu kadar deyiveren ebru hanım doğruya doğru (S.A, Kadın, 55 Y, 30 yıl) ✓ Önceden ataklarım vardı atak nöbetlerim vardı sene de bir defa iki defa oluyordu üç dört defa oluyordu o şekilde oluyor yani ataklar oluyordu hani denge kontrolü kaybı oluyordu şimdi ben iyiyim hani iyi oldum bu doktor Süreyya kaçkayanın yani uzman psikiyatris doktor Süreyya kaçkayanın verdiği ilaçlar beni iyi etti yani ben üç sene de bir defa hastanede yattım yani (A.C, Erkek, 44Y, 17 yıl) ✓ Tedavimin olumlu yönü atak geçirme şeyi yani ben şu bir yıldır tam bir yıldır ben atak geçirmiyorum düzenli tedavi gördüğüm için mesela ilaçlarımı düzenli kullandığım için yani böyle (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl)	
	D.Tedavinin olumsuz etkileri	D1.Beslenmede değişim/Kilo alma (8 kişi)	✓ Bu serugual türü ilaçlar yani içeriği ketabin (ketiapin) olan ilaçlar acıktırma yapıyor (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl) ✓ ilaçları aldığımdan bu yana bu kadar şişman olmuyodum hocam (S.A, Kadın, 55 Y, 30 yıl) ✓ Tedavimin olumsuz yönü ilaçların bana çok kilo aldırması çok aşırı kilo aldım yani çünkü ilacı ben şimdiden sonra sanki on yıldır yemek yememişim gibi çok acıkıyorum yani mesela sürekli bir acıkma hissi oluyor kilo aldım. Ben 67 kiloyken 100 kiloya çıktım ben mesela 100 kiloya çıktım (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl) ✓ İlaçlar kilo almama sebep oldu o olmasaydı daha iyi olacaktı (H.B, Kadın, 46Y, 10 Yıl) ✓ Doktor hanım kilodan dolayı çok kilo alıyorum bunu çok şey edemiyorum yani hazmedemiyorum çok kilo aldığım için ilaçları devamlı attığım için kilo devamlı yedirme hissi veriyor bana ben de doyma hissi yok yani (Ü.Ü, Kadın, 38 Y, 8 Yıl)	✓ *Valproat:* Normal ruh halinin korunmasında etkili bir ilaçtır ve büyük antimanik etkiye sahiptir. Yan etkiler arasında kilo artışı vardır. Sayfa:13 ✓ *Olanzapin:* Tek muhtemel yan etkisi onun genellikle kilo artırmasıdır. Sayfa:15 ✓ *Trisiklik Antidepresanlar:* Bazen tedavi sırasında kilo alınır. Sayfa: 16
		D2.Uykululuk (6 kişi)	✓ Sürekli uyku verdi sürekli uyku sürekli uykum geliyordu benim durmadan (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl)	✓ *Ketiapin:* Bazı vakalarda kan basıncını düşürebilir bu yüzden düşük tansiyonu (hipotansif) olan hastalarda kullanılmaz. Başka bir yan etkisi uykululuktur. Sayfa:15

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

3.Kişiler arası ilişkiler	A. Damgalama	A1. Hastalık tanısı alındığında toplumun, bireyi aşağılayıcı etiketler kullanması (6 kişi)	✓Hastalık tanısı konulduğu zaman toplumda böyle bir kötü yargı var işte falan adam delirmiş falan hoca delirmiş şeklinde böyle bir aşağılama var toplumda bu damgayı yedik (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl)	✓Damgalama ruhsal bozuklukların tedavi sürecinde önemli bir sorunu oluşturmaktadır. Ruh sağlığı bozulmuş bireyler damgalanma korkusuyla psikiyatrik yardım almakta gecikmekte, ayrıca tedaviyle topluma yeniden katılması beklenen hastalar, damgalanma nedeniyle yine toplumun dışına itilmektedir. Ayrıca damgalama sonucu ruhsal bir hastalık tanısı almış kişiler ve aileleri toplum tarafından bazı hak ve çıkarlardan yoksun bırakılmaktadır. ✓Toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin tutumları, hastaları "tehlikeli" ve "ne zaman ne yapacağı bilinmez kişiler" olarak algılamalarıyla ilişkilidir. ✓Olası negatif damgalama tutumları; cezalandırıcı, saldırgan, etiketleyici, reddedici, dışlayıcı, suçlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı tutumlardır. Sayfa:24-25
		A2. İnsanların tanı alan kişiye bakış açısının değişmesi (6 kişi)	✓Çünkü şöyle söyleyeyim artık hani hem hastalıktan kurtulmak istiyorum hem de insanların çünkü şöyle bir tanı konuluyor insanlar tarafından yani diğer insanlar tarafından işte ozan ya da Ahmet neyse psikolojik rahatsızlığı var toplum tarafından nereye giderseniz gidin şey oluyor ne etiket gibi bir şey oluyor işte insanlar mesela size yüz yüze pek konuşmasanız bile arkanızdan söylüyorlar konuşuyorlar psikiyatrik rahatsızlıkları var işte keçiler kaçırdı ne bileyim buna benzer bir şeylere nasıl diyeyim ne bileyim buna benzer yani toplum size çok farklı bakıyor (O.A, Erkek, 35 Y, 9 yıl)	✓İnsanların tanı alan kişiye bakış açısı olumsuz yönde değişebilmektedir. Hasta bireyin çevresindeki kişiler görüşmelerini sonlandırabilmekte ve kişilerarası ilişkilerde hasta bireyi dışlayıcı bir tutum sergileyebilmektedir. Sayfa:25
		A3. Aile içi ilişkilerde bozulma (6 kişi)	✓Küçük kardeşimle kırgınız o şimdi dava etti benim mahkemem abam da Elif abam da burada sen görmedin onu davayı bakımı üstüme alım diye uğraştı alamıyo da hocam ondan sonra davayı biz kazanıyoz diyemedim şimdi bizi dava ediyor biz kazanıyoruz bu sefer de polis göndermiş benim evime iki tane neyse vasilik için ordan abam geldi unutuyon hocam (S.A, Kadın, 55 Y, 30 yıl)	✓Bunun dışında hasta birey ile ailesi arasındaki ilişkilerde de olumsuzluklar yaşanabilmektedir. Aile üyeleri hastanın hastalığını kabullenmekte zorluk yaşayabilmekte ve bu da aile içi ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir. Sayfa:25
		A4. Sosyal çevresindeki kişilerin bireyle görüşmek istememesi (6 kişi)	✓Sosyal çevreden koptum. Elimden geleni yaptım sonuçta çocuklarıma iyi bir anne olmaya çalıştım arkadaşlarımı ziyaret etmeye çalıştım onları davet ettim kimi koptu kimi yani gerçek dostlar ortaya çıktı (H.B, Kadın, 46Y, 10 Yıl)	✓Hasta bireyin çevresindeki kişiler görüşmelerini sonlandırabilmekte ve kişilerarası ilişkilerde hasta bireyi dışlayıcı bir tutum sergileyebilmektedir. Sayfa:25
4.Bilgi gereksinimi	A. Tedavi	A1. İlaçların Etkileri (8 kişi)	✓İlaçlar üzerinden hiç bilgi verilmiyor ilaçları doktor yazıyor hasta kullanıyor doktor yazıyor hasta kullanıyor yani ilaç iyi mi şuna mı fayda buna mı fayda yan tesiri nedir ne değildir daha hastalığı artırır mı eksiltir mi. İlaçlar konusunda sağlıklı bilgi verilmeli hastaya. (H.Ö, Erkek, 56Y, 13 yıl) ✓hastalığın gelişmesinden tut ta sonuçlarına kadar ilaç etkileri de içinde dahil olmak üzere a'dan z'ye bir eğitim verilmesini istiyorum. (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl) …. bu hastalığın çözümü tedavisinde uygulanan ilaçların isimleri hastanede kullandığımız isimlerle şimdi kullandığımız isimler aynı mı diye daha önce de şey yapmıştım onları merak ediyorum. Kitap çıkartılmalı bence bu konu hakkında bu hastalık hakkında kitap çıkartılmalı herkesin okuması lazım diye düşünüyorum. Hastalığın nasıl kaynaklandığı hastalığın tedavi süreci, hastaların kullandığı ilaçlar hepsi olmalı a'dan z'ye (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl)	DUYGUDURUM DENGELEYİCİ İLAÇLAR EKİLERİ VE YAN ETKİLERİ ✓Duygudurum dengeleyici ilaçlar; ruh halinin dengesini koruyan ilaçlara duygudurum dengeleyici ilaç denir. Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşamları boyunca bu tip ilaçlar almaları gerekir ve bunların amacı sadece yeni atakların meydana gelmesini önlemek değil, aynı zamanda ortaya çıkan yeni bir atağın şiddetini ve süresini azaltmaktır. *Lityum:* Duygudurum dengeleyicileri arasında, başka herhangi bir komplikasyon tipi olmayan "katışıksız" bipolar bozukluğun tedavisinde en çok yazılan ilaçtır. Lityum güçlü bir önleyici etkiye sahiptir, özellikle de manik atak konusunda. Lityum aynı zamanda ataklar arasında birçok hastayı etkileyen duygudurum dengesizliğinin azaltılmasına yardımcı olur. Diğer taraftan, onun intiharı önlemedeki faydasını da vurgulamamız gerekir; bununla beraber, bu ilacı aniden kesmek tekrarlamayı hızlandırabilir. Bu yüzden bırakma – psikiyatr tarafından karar verildiğinde – her zaman aşamalı olmalıdır. Tedaviyi aniden bırakmak ve psikiyatrın direktiflerini takip etmemek ileride ilaca direnç gelişmesinin bir sebebi olabilir; başka bir deyişle, tedaviye tekrar başlanıldığında ilaç artık hasta birey için yeterli olmaz.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

4.Bilgi gereksinimi	A. Tedavi	A1. İlaçların Etkileri (8 kişi)		Lityumun en sık karşılaşılan yan etkileri; *Titreme (özellikle ilk haftalarda), *İshal, *İdrara çıkma, *Sıvı içme ihtiyacında artış, ve sıvı tutulmasıdır. Daha seyrek olanlar ise sivilce ve sindirim sistemi bozukluğudur (kabızlık, ishal, mide şişkinliği vb.). Duygudurum dengeleyiciler olarak kullanılan ilaçların geri kalan kısmı genellikle antikonvülsanlardır; yani epilepsi tedavisi için yazılan ilaçlardır. Duygudurum dengeleyici olarak kullanılan bazı ilaçların epilepsi tedavisinde kullanılması bipolar bozukluğun epilepsi hastalığı olduğu anlamına gelmez. Kullanılan antikonvülsan duygudurum dengeleyiciler arasında temel olanlar; valproat, karbamazepin, oksarmazepin ve lamotrijin dır. *Valproat:* Normal ruh halinin korunmasında etkili bir ilaçtır ve büyük antimanik etkiye sahiptir. Aynı zamanda karma evrelerde ve hızlı dönüşümün tedavisinde de etkili olabilir. Yan etkiler arasında kilo artışı ve daha nadir olarak saç yapısında değişiklik veya saç kaybı yer alır. *Karbamazepin:* Çok kullanılan diğer bir duygudurum dengeleyici ilaç karbamazepin'dir. Hızlı döngülü vakalar dahil bipolar bozuklukta tekrarlamayı önlemede etkili olmuştur. Aynı zamanda düşüncesizce hareket etmeyi tedavi eden iyi bir ilaçtır. Genel olarak, bazı vakalarda görme sorunlarına (çift görme), aşırı yorgunluğa ve idrar yapma güçlüğüne sebep olsa bile karbamazepin önemli yan etkilerle ilişkili değildir. İstisnai vakalarda kan sodyum seviyelerinde düşüşe sebep olur (hiponatremi). Hiç şüphesiz bu çok yararlı bir ilaçtır, fakat başka ilaçlarla birçok etkileşime girer bu yüzden eğer hastalar bunu alıyorsa doktor yeni bir ilaç yazarken bunu doktora söylemeleri gerekir. Her zaman dikkate alınması gereken bir etkileşim ise, doğum kontrol hapı alan hastalarda meydana gelen etkileşimdir Çünkü karbamazepin bu ilaçların etkinliğini azaltır ve bu nedenle hamileliğe karşı koruma sağlanamaz. Oksarmazepin, karbamazepin'in geliştirilmiş bir formudur; her ne kadar daha az yan etkiye sahip olsa da aynı zamanda kan sodyum seviyelerinde düşüş (hiponatremi) riskiyle bağlantılıdır. *Lamotrijin:* Depresif atakları önlemede en etkili ilaçtır. Fakat manik veya karma atakları önlemede daha az etkilidir. Lamotrijin'in en yaygın yan etkisi deride bir alerjik reaksiyonun ortaya çıkmasıdır (deride kırmızı noktalar, ekzama veya deri döküntüsü olarak bilinir); bu vakaların çoğunda şiddetli değildir. Eğer mukozada (yani, dudaklarda) benekler veya sivilceler ortaya çıkarsa hemen bir psikiyatra danışmanız gerekir. Çünkü daha ciddi bir komplikasyon olabilir. Duygudurum dengeleyici olarak kullanılan başka bir ilaç olan lamotrijin hızlı döngü tedavisinde yararlıdır. *Olanzapin:* Koruyucu ilaç olarak çok uygundur, özellikle de mani'yi önlemede. Şayet karma, hipomanik veya manik safha başladığında kullanılırsa oldukça fazla yarar sağlamaktadır. ANTİMANİK İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLER Bir manik veya hipomanik evre tedavisi çoğunlukla belirtilerin yoğunluğuna dayanır. Bozukluğun teşhisini erken ortaya çıkarmak; bozukluğun ilerlemesini önlemede ve bunun sonucu olarak hastaneye yatmayı önlemede ve son farmakolojik gelişmelere rağmen ortaya çıkan bütün yan etkiler dahil özellikle fazla tedaviden kaçınmada esastır.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

4. Bilgi gereksinimi	A. Tedavi	A1. İlaçların Etkileri (8 kişi)		Antimanik İlaçlar: **Neroleptik veya Klasik Antipsikotikler:* Klasik nöroleptikler onlarca yıldır her türlü manik atağın tedavisinde kesinlikle gerekli bir ilaç olmuştur, mani tedavisinde en direkt ve hızlı etkili ilaçlardır. Adından anlaşılacağı gibi klasik antipsikotikler, psikotik belirtilerin (örneğin, sanrı ve halüsinasyonlar) tedavisinde yararlıdır, gösterişli düşünmenin azaltılmasına yardımcı olur, ajitasyonu ve sinirliliği başarılı bir şekilde kontrol altına alır, düşüncenin seyrini (yani, mani ve bazı hipomanilere özgü olan hızlı düşünmeyi yavaşlatır) ve içeriğini normalleştirir. En sık görülen yan etkileri şunlardır; • Adale sertliği, • Titreme, • Tiklerin ortaya çıkması, • Üzüntü duygusu, • Bacaklarda huzursuzluk (akatizi) • Çeşitli antikolinerjik etkiler (ağız kuruluğu vb). **Yeni Antimanik İlaçlar:* Yeni antimanik ilaçlar veya atipik antipsikotikler, haloperidol'ün tedavi edici özelliklerini ortaya çıkarmak ve yan etkilerini düzeltmek için özellikle son on yıl içinde kullanılmaya başlanmış ilaçlardır. Atipik antipsikotiklerin çoğunun faydası koruyucu tedavide ortaya çıkmıştır. Bunların bir kısmının, mesela olanzapin veya ketiapin gibi, hastalığın depresif evresinde yararlı olduğu gösterilmiştir. Aşağıdakiler temel yeni antimanik ilaçlar arasındadır; - *Olanzapin:* Bu, daha çok bilgiye sahip olduğumuz yeni antimanik ilaçlardan biridir. Mani tedavisinde çok faydalı bir ilaçtır ve koruyucu tedaviye çok uygundur. Aynı zamanda bazı depresif evrelerin tedavisine yardımcı olur. Çok az yan etkiye sebep olur ve genelde bütün hastalar tarafından iyi tolere edilir. Tek muhtemel yan etkisi onun genellikle kilo artırmasıdır. - *Ketiapin:* Bu belki de risperidon ve olanzapin'den daha az yan etkiye sahip, daha az kilo aldıran ve özellikle hiç cinsel fonksiyon bozukluğuna sebep olmayan atipik bir antimanik ilaçtır. Bazı vakalarda kan basıncını düşürebilir bu yüzden düşük tansiyonu (hipotansif) olan hastalarda kullanılmaz. Başka bir yan etkisi uykululuktur. Bu aynı zamanda bir duygudurum dengeleyici olarak bazı bipolar depresyon tiplerinde faydalı olabilir. - *Risperidon:* Yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır, çok faydalı bir antimanik ve güçlü bir antipsikotiktir. Aynı zamanda koruyucu tedavide düşük dozlarda kullanılır ve özellikle hızlı döngünün önlenmesinde yararlıdır. Yan etkileri çok daha hafif olmasına rağmen haloperidol'ünkilere benzer. Kilo almaya olanzapin'den daha az sebep olur. Ayrıca hormon değişikliklerine de sebep olabilir. - *Diğerleri:* Mani tedavisine yavaş yavaş yeni atipik antipsikotikler girmektedir (ziprasidon veya aripiprazol). Bu ilaçlar şu ana kadar mevcut ilaçlara yeterince yanıt vermemiş birçok hastanın uygun tedaviden yararlanmasına olanak verecektir. Bu iki yeni ilacın mevcut ilaçlardan daha az sedasyona sebep olması beklenmektedir. **Benzodiazepinler:* Manik ve hipomanik evrelerin tedavisinde en yaygın kullanılan hipnotik (uyumayı kolaylaştıran) ilaç klonazepam'dır. Fazla anksiyete, ajitasyon, sinirlilik veya uykusuzluk sergileyen hastalarda çok yararlıdır.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

4. Bilgi gereksinimi	A. Tedavi	A1. İlaçların Etkileri (8 kişi)		ANTİDEPRASAN İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ Manik atak tedavisinin tersine depresif evreleri tedavi edecek birkaç alternatif mevcuttur. Antidepresanlar, bipolar depresyonun tedavi edilmesinde oldukça faydalıdır. En yaygın kullanılan antidepresanlar arasında aşağıdakiler yer alır; **Trisiklik Antidepresanlar:* Bipolar depresyon tedavisinde en hızlı ve yararlı ilaçlardır, fakat çok fazla yan etkiye sahiptir ve evrede bir değişikliğe sebep olma riskleri yüksektir. Bazı hastalar kendilerini uyarılmış hissetseler bile hastaların çoğunda sakinlik meydana getirme eğilimindedir. Sıklıkla hipotansiyona sebep olurlar. Bazen tedavi sırasında kilo alınır. En yaygın kullanılanlar imipramin ve klomipramin' dir. **Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI lar):* Bu ilaçlar trisiklikler kadar faydalıdır. Daha az yan etkiye sahiptir. Mani veya hipomani'ye yol açma potansiyelleri daha azdır. Bu yüzden bipolar depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaç grubudur. Tedavinin başında ortaya çıkan yan etkileri sıklıkla hafif sindirim sistemi rahatsızlığı ve cinsel fonksiyon bozukluğudur. En çok kullanılan SSRI ların bir kısmı fluoxetin paroxetin, (bunlar daha çok büyük anksiyete elemanlı depresyonlarda kullanılırlar) ve son olarak sertralin ve kitalopram'dır. **Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI):* Büyük yararlarına rağmen bunların kullanımı nispeten sınırlıdır. Çünkü yaygın kullanılan birçok ilaçla (yani, soğuk algınlığı tedavisinde kullanılanlar) etkileşime girer. Aynı zamanda tiriyamin içeriği yüksek fermente edilmiş yiyeceklerle de etkileşime girer. Bundan dolayı hasta bireyin özel bir diyet takip etmesi gerekir. Buna dikkat edilmemesi durumunda hipertansif kriz, serebral kanama veya enfarktüs ortaya çıkabilir. Sonuç olarak, MAOI lar alan bir hastanın aşağıdaki yiyeceklerin hiçbirini yememesi gerekir; sucuk, fermente edilmiş peynir, şarap ve bira, turşu, sirkeye ve salamuraya yatırılmış yiyecekler, konserve yiyeceklerin çoğu, avokado inciri, muz, havyar, karides, kurutulmuş balık, tütsülenmiş et veya balık ve önceden pişirilmiş yiyecekler. En yaygın MAOI ların bazıları tranylcypromine ve pnenelzine dir. Moklobemi de gıda etkileşim riski sergileyen bir MAOI dır. **Selektif Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SSNRI lar):* Bunlar en son kullanılan antidepresanlardır. Bunların etkileri SSRI' larınkinden daha güçlü olabilir. Mani'ye yol açma potansiyelleri SSRI' lerinkinden daha yüksek olsa bile bunların yararlılık bakımından trisiklik'lere eşit oldukları ve aynı zamanda yan etkilerle daha az ilişkili oldukları düşünülebilir. Şu an mevcut olan SSNRI venlafaksin'dir. Ciddi kilo alımına ve sedasyona yol açtığı görülen mirtazapin de SSNRI grubu ilaçlardandır. **Lamotrijin:* Antidepresan etkisi genellikle yavaştır, çok güvenlidir çünkü mani'ye yol açma potansiyeli neredeyse sıfırdır. Sayfa: 13-14-15-16-17
		A2. İlaçları kullanma süresi (5 kişi)	✓ Mesela ilaçlarınızı düzenli kullanın diyorlar tamam ilaçlarımızı biz düzenli kullanalım da … bu ilacı sonuna kadar kullanacağız mı kullanmayacağız mı bizim hayatımız hep ilaç kullanmakla mı geçecek hiçbir şey bilmiyoruz. … (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl)	✓ Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşamları boyunca bu tip ilaçlar almaları gerekir ve bunların amacı sadece yeni atakların meydana gelmesini önlemek değil, aynı zamanda ortaya çıkan yeni bir atağın şiddetini ve süresini azaltmaktır. Sayfa:13 ✓ Hasta bireyin hastalığını ve ilaçla yaşamak durumunda olduğunu kabullenmesi tedaviye uyum sağlamada büyük öneme sahiptir. Sayfa:12 ✓ Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir. Sayfa:12 ✓ Duygudurum dengeleyicilerini düzenli almak uzun dönemde normal ruh halini garanti eder ve bu da neticede daha iyi bir yaşam kalitesi sağlar.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

		A3. İlaç kullanma dışında yapılması gerekenler (7 kişi)	✓ … tamam ilaçlarımızı biz düzenli kullanalım da başka ne yapalım bu ilaç sonuna kadar biz bu ilacı kullanacağız mı kullanmayacağız mı bizim hayatımız hep ilaç kullanmakla mı geçecek hiçbir şey bilmiyoruz. Ben hastalığım konusunda bilgi almak isterdim yani hastalığımı iyice öğrenmek isterdim (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl) ✓ … zor bu durumda kaldığında onu bir üzüntü stres yaşadığında onu nasıl tolere edebiliriz o tür şeyler anlatılsa. ….r(H.B, Kadın, 46Y, 10 Yıl) …. tedavi sürecinde neler yapmam gerektiğini şey yapabilirim onu öğrenmek isterim yani bu kadar herhalde (F.D, Kadın, 47 Y, 7Yıl)	Bipolar Bozuklukta Psikoterapi Yöntemleri İlaçların yanı sıra, psikososyal tedaviler bipolar bozukluğu olan insanlar ve ailelerine destek olma, eğitme ve rehberlik yaparak faydalı olur. Psikososyal müdahaleler hastanın birçok konuda daha iyi işlev görmesini, tedaviye uyumlarının artmasını, duygudurumunun düzelmesini, daha az hastanede yatmasını sağlamıştır. Bipolar bozukluk için uygulanan psikososyal programlar; psikoeğitim, sosyal beceri kazandırma, davranışçı aile terapileri, sözel iletişim becerilerini geliştirme, tedaviye uyum programı, destekleyici terapiler, bilişsel terapiler ve aile desteğinin sağlanmasına yönelik bilinçlendirme terapilerinden oluşur **Sosyal beceri eğitimi*, daha çok, gruplara uygulanan; konuşmaya başlama, dinleme, eleştiri alabilme, eleştiri yapabilme, girişimcilik gibi toplumsal davranışların öğretilmesini ve kendine bakım, yemek pişirme gibi günlük gereksinimlerin karşılanabilmesini amaçlar. **Davranışçı aile terapisi,* hem hastanın yaşam stresini azaltmak hem de aile üyelerinin hastalıkla başa çıkmasıyla ilgili programları içerir. Bu terapinin temel amacı, ailenin hastalık etiyolojisi ile ilgili olarak, yaşayabilecekleri olası kendini suçlama duygularını engellemek ya da azaltmaktır; dinleyebilme, eleştiri kaldırma, eleştirebilme, duyguları hakkında konuşma gibi davranışlar öğrenilir. Hastalığa bağlı ortaya çıkan ya da hastalığa bağlı olmayan aile içi sorunları çözmek konusundaki beceriler geliştirilir. **Bilişsel davranış terapisi*, bipolar bozukluğu olan insanların hastalıkla ilişkili uygunsuz veya negatif düşünce yapılarını değiştirmelerine yardımcı olmak için geliştirilmiştir. **Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi*, bipolar bozukluğu olan kişilere insanlarla ilişkilerini geliştirme ve günlük işlerini bir düzene koymada yardımcı olur. Düzenli günlük rutinler ve uyku planları ile manik ataklara karşı korumada da faydalı olabilir. **Psikoeğitim,* psikiyatrik bozukluğu olan hastalara ve ailelerine; hastalığın doğası, seyri, tedavi seçenekleri, hastane ve topluma dayalı hizmetlere nasıl ulaşılacağı yolunda bilgilendirilmeleri ile birlikte hastalık ve buna bağlı sorunlarla başa çıkma yeteneklerini de kazandırmak için kullanılır. Hem hastanın hem de ailenin hastalığı daha iyi anlamalarını sağlamak, davranış ve tutumlarını düzeltmek yolu ile hastanın hastaneden çıkışı sonrasında sosyal yaşama uyumu, toplum içinde tedavinin sürdürülmesi, işlevselliğe olumlu katkılarının olması amaçlanır. Psikoeğitim yalnızca hastalara değil, aynı zamanda aileye, hasta için önemli diğer kişilere ve bakım verenlere de uygulanabilir. Bu konuda hasta ve ailesine yönelik, hastalık hakkında temel bilgi, hastalığın tedavisi ve bu hastalıkla en iyi nasıl yaşanacağına dair kılavuzlar vardır. Psikoterapi Almak İçin Kimlere Başvurabiliriz? Psikoterapist; psikoterapi yapan; bireylerle, gruplarla, çiftlerle ya da ailelerle onların ruhsal sıkıntılarına çözüm getirmeleri için işbirliği içinde çalışan kişidir. Hekim, psikolojik danışman, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi ruh sağlığı profesyonelleri, lisans eğitimlerinin üstüne, belli bir psikoloji eğitimi ve süpervizyon aldıktan ve belli sayıda terapi yapmış olduktan sonra terapist olabilirler. Psikoterapi; sözel ve sözel olmayan iletişime dayanan yollarla zihinsel ve duyumsal bozuklukların tedavisidir. Psikososyal gelişmedeki duraklamaları çözümlemek, bireyin daha bütünlüklü bir yaratıcılıkla kendini gerçekleştirmesini ve çevresiyle daha doyumlu ilişkiler kurabilmesini sağlamaktır. Zihinsel ve duygusal sorunları olan ve bu sorunlarla baş etme gücü yetersiz kalan kişilere, belli bir amaç ve plan doğrultusunda, belli teknik ve yöntemlerin, uzman kişilerce uygulandığı, profesyonel bir yardım hizmeti sürecidir. Psikoterapi sorunun niteliğine göre bireysel, çift/evlilik terapisi, aile terapisi, ya da grup terapisi şeklinde uygulanabilir. Sayfa:9-10

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

		A3.İlaç kullanma dışında yapılması gerekenler (7 kişi)		TEDAVİYLE İLGİLİ PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ Problem Çözümlerken Veya Karar Verirken Kullanılacak Yöntemler Problem: Bir şeyi yapmak istemediğimizde beklenmedik bir şekilde karşımıza çıkan, hedefe varmamıza engel olan durumlardır. Hiç problem olmaması mümkün değildir. Aslında, hayat genellikle tatmin anlarıyla (çoğunlukla bir problemi çözmekle ilgilidir) yer değiştiren küçük veya büyük problemleri çözmekten ibarettir. Tanı konmuş veya konmamış herkesin en basit sorudan (Bugün ne giysem? Kahvaltıda ne yesem? İşe hangi yoldan gitsem?) en karmaşık (Bir işçi çıkarsam mı? Evi taşısam mı? Boşansam mı? Okulda kalsam mı?) kararlara kadar her gün birçok sorunu veya karar verme durumu olur. Karmaşık kararlar çok stresli olabilir. Karar veren kişinin yaşam kalitesini bozabilir. Bipolar bozukluğu olan bir kişide anksiyete ve uykusuzluk dönemini tetikleyebilir. Bir atağın ortaya çıkmasına yol açabilir. Tipi ne olursa olsun atak dönemlerine girdiğinizden şüphelendiğinizde veya bundan emin olduğunuzda hiçbir şekilde önemli kararlar almamanız gerektiğini unutmayınız. Birçok bipolar bozukluğu olan kişiler problem çözümlerken veya karar verirken güçlük çeker. Bu yüzden birkaç püf noktası öğrenmek faydalı olabilir. Karar verirken kullanılacak yöntemler aşağıdaki gibidir; a) Akılda tutulacak ilk şey şudur; sorunların veya önemli kararların çoğu yavaşça alınmalıdır. Acelecilik ve dürtüsellik kötü rehberlerdir. Problem çözme planımızdaki ilk adım bir probleme aceleci cevap verme eğilimini sınırlamaktır. Önemli bir karar verirken mümkün olduğunca kendinize zaman tanımalısınız. Bu sizin aşağıdakileri yapmanıza olanak verir. - Problem hakkında gerçekçi bilgi toplamanıza, - Uyuşmazlığı anlamanıza, yani "şimdi neredeyim" ile "nerede olmak istiyorum" arasındaki farkı, değişiklik koşullarının neler olduğunu ve yolda hangi engellerle karşılaşacağınızı anlamanıza, - Gerçekçi, somut amaçlar tanımlamanıza, - Kısa ve uzun vadede yararları ve zararları değerlendirmenize. b) Karar verme veya problem çözümlemedeki ikinci adım olduğunca çok yanıt üretmektir. Bu cevapları üretmek için "beyin fırtınası" adı verilen teknik kullanılır. Bu teknikte üç temel kural vardır: *1- Sayı prensibi*; mümkün olduğunca çok çözüm üretmek, 2- *Yargılamayı erteleme prensibi;* her şey eşit geçerliliktedir. Burada ürettiğiniz alternatiflerin kalitesini veya olası yararını değerlendirmeye çalışmıyorsunuz, çünkü bu üçüncü basamaktır. 3- *Çeşitlilik prensibi;* alternatifler mümkün olduğunca çok renkli olmalı, gelenekçilikten ve diğerleriyle aynı doğrultuda giden alternatifleri tekrarlamaktan kaçınılmalıdır. c) Üçüncü basamak üretilen tüm yanıtlardan en uygun yanıtı seçecek bir prosedür yapmaktır. Şimdi uzun çözüm listesinden en düşük maliyete en çok yarar sağlayan çözümü seçin. Çözüm, amaçlara ulaşmada etkili olmalı ve aynı zamanda yapılabilir olmalıdır. Üretilen her alternatifi aşağıdakilere karşı değerlendiriniz; *Bu alternatifin problemi çözme olasılığı (şayet bu zor olursa bir puan verebilirsiniz), *Onun ürettiği duygusal yanıt; anksiyetenizi azaltıyor mu, size rahatlık hissi veriyor mu? *Onun gerektirdiği zaman ve çaba, *Uzun vadede etkileri. Şayet bu faktörlerin her birine puan vermişseniz, hangi çözümün en çok elverişli olduğunu görmek için yalnızca puanları eklemeniz gerekir. Şüphesiz ki bu karar vermenin çok mekanik ve yapay bir yoludur ve sadece anksiyeteyi azaltacak kontrollü bir karar verme biçimi sunar. Problem Çözme Aşamaları ✓ Dur ve düşün: Problem nedir? ✓ Sorunun çözüm yolları nelerdir? ✓ Seçenekleri avantaj ve dezavantajlarıyla değerlendir. ✓ Bir ya da daha fazla seçeneği seç ve uygulamayı planla. ✓ Çözüme ulaşmak için hangi kaynaklara ihtiyacın olacak, bunları nasıl sağlayacaksın? ✓ Seçtiğin çözümü uygulamak için bir zaman seç ve bunu YAP!

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

		A3.İlaç kullanma dışında yapılması gerekenler (7 kişi)		Stres Kavramı Stres kavramı, geniş bir anlama sahip terimlerden biridir. İnsanların çoğu stres terimini birkaç sorunlu aktivitede takılıp kalmak olarak anlar. Stres, vücudun iç ve dış ortamdaki herhangi bir değişikliğe verdiği otomatik yanıttır; bu vücudu yeni durumun ürettiği olası talepleri karşılamaya hazırlayan bir yanıttır. Bu, psikolojik, motor ve kavrama aktivasyonu seviyesinde anlamlı bir artış anlamına gelir. Dolayısıyla, stres hem uyarıcıya hem de onun kişi tarafından algılanışına ve kişinin onunla başa çıkma kaynaklarına dayanır. Bazı uyarıcılar bazı insanlar tarafından gayet stresli yaşanır, buna karşılık başkalarında gayet sıradandır. Örneğin; halka hitap etmek veya çok hızlı araba kullanmak bu alanlardaki profesyoneller için kesinlikle stresli olmazken başka biri için stresli olabilir. Strese verilen psikolojik yanıt genellikle psikolojik aktivasyon içerir ve üç safhadan oluşur ✓ A. Alarm safhası; olası eylem için yoğun, ani fizyolojik aktivasyon sağlayan kaynaklar. Eğer stresli ortamın üstesinden gelinirse genelde aktivasyon sendromu sona erer; eğer gelinmezse bunu B evresi takip eder. ✓ B. Direnme safhası; aktivasyon A evresindekinden daha az sürer, fakat normalden fazladır. Eğer stresli ortamın üstesinden gelinirse genelde aktivasyon sendromu sona erer; eğer gelinmezse bunu C evresi takip eder. ✓ C. Bitkinlik safhası; vücut kaynaklarını tüketir ve aktivasyon kapasitesini aniden yitirir. Stresle Nasıl Başa Çıkılır? ✓ İş yükünü azaltın. ✓ Daha çok egzersiz yapın (Manik ve hipomanik dönem hariç). ✓ Rahatlamak için kendinize zaman ayırın. ✓ Sorumluluklarınızı paylaşın. ✓ Tartışmalardan uzak durun. ✓ Hobilerinize daha fazla zaman ayırın. ✓ Stresle baş edebilmek için önceliğinizi kendinize verin. ✓ Özel bir hobiniz yoksa kendiniz için yeni bir hobi edinmeye çalışın. Yemek pişirme, spor ve egzersiz, bahçe işleri ile uğraşma, evcil hayvan besleme, kitap okuma, müzik dinleme, fotoğraf çekme veya çeşitli kurslara katılma (el işi ve sanat kursları, okuma kulüpleri vs) ne dersiniz ✓ Gün 24 saat. Bu 24 saat içerisinde sizi mutlu eden ve size huzur veren bir şeylerle uğraşmalısınız. Bu uğraşlar için kendinize zaman ayırmalısınız. ✓ Çoğu kişi, yaşamlarında yoğun stres altında olduklarını söyler. Çoğu uzman da, bipolar bozuklukta stresin manik veya depresif dönemleri tetikleyebileceği kanısındadır. Hayatınızda stresi ortadan kaldırmak için önceliği kendinize vermelisiniz. ✓ Stresli veya travmatik olaylar da bipolar bozukluğun ilk atağının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu kimi zaman ailede görülen bir ölüm, işini kaybetmek, doğum veya taşınma gibi olaylardır. Sayfa:18-19-20-21
	B. Hastalık	B1.Genel Özellikleri (9 kişi)	✓ Hastalığımı tam olarak bilmiyorum ben bilmek isterdim yani bu hastalığın yol açacağı şeyler mesela şöyle şöyle yaparsan şu olur veya şöyle böyle yapmazsan bu olur gelişir şeklinde bir şeyleri ifade etseler daha çok hoşuma gidecek yani tam bilemiyorum yani ben açıkçası incelemedim de incelesem belki araştırsam belki bir şeyler öğrenirim de (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl)	HASTALIK HAKKINDA BİLGİ Bipolar Bozukluk Ve Diğer Adları Bipolar bozukluk ruh halini ayarlayan mekanizmalardaki bir değişiklikten kaynaklanır. Bütün insanlarda ruh hali değişiklikleri olur. Bazı günlerde insan bastırılmış ruh hali içinde olur, her şey yorucu ve külfetli gelir ve kendine güveni "zedelenir". Bazı zamanlarda ise, örneğin aşık olduğu zamanlarda, insan kendini hareketli ve coşkulu hisseder, her şey kendiliğinden güzel bir ruh hali içinde oluverir. Bipolar bozukluklarda bu ruh hali değişiklikleri normal ölçülerin çok ötesinde gerçekleşir ve yaşam koşullarından bağımsızdır. Bu ruh hali değişiklikleri bütün ara evreler de dahil olmak üzere en ağır depresiften, en ağır manik'e kadar uzanır. Tekrarlanan manik-depresif ataklar hem hastanın kendinde hem de yakınlarındaki insanlarda önemli acı ve kedere neden olur. Bipolar bozukluk, iki uçlu bozukluk, manik-depresif bozukluk, bipolar affektif bozukluk olarak da ifade edilebilmektedir. Her dinden, her ırktan insanda görülebilir. Toplumda her 100 kişiden birinde bu hastalık vardır. Yani her 100 kişiden biri hayatında en az bir kere manik bir dönem geçirmiştir. Bu da büyük bir rakamdır. Bipolar bozukluk kadında ve erkekte eşit sıklıkta görülür. Hastalık genellikle 20'li yaşlarda başlar. Ancak daha erken yaşlarda görülebildiği gibi ilk olarak 70'li yaşlarda mani geçirenler bile vardır. Hastalığın belirtileri, süresi ve şiddeti kişiden kişiye değişir. Bazı hastalarda mani, bazılarında ise depresyon daha baskındır. Bazen de mani ve depresyon eşit oranda görülür. Ataklar birkaç günden birkaç aya kadar değişir. Özellikle tedavi edilmediğinde uzun sürer. Hastalar yaşamları boyunca ortalama 10 atak geçirir ancak bundan az veya fazla sayıda atak olabilir. Atak sayısı arttıkça ataklar arasındaki süre kısalır. Bir yıl içerisinde dört veya daha fazla sayıda atak olması durumu hızlı döngülü mani olarak adlandırılır.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

	B. Hastalık	B1.Genel Özellikleri (9 kişi)	✓ hastalığın gelişmesinden tut ta sonuçlarına kadar ….. içinde dahil olmak üzere a'dan z'ye bir eğitim verilmesini istiyorum. (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl) ✓ Kitap çıkartılmalı bence bu konu hakkında bu hastalık hakkında kitap çıkartılmalı herkesin okuması lazım diye düşünüyorum. ……. a'dan z'ye (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl) ✓ Ben hastalığım konusunda bilgi almak isterdim yani hastalığımı iyice öğrenmek isterdim (M.K, Erkek, 26 Y, 2yıl) ✓ .....başka hangi hastalıkları tetikler bunları bilmek isterdim mesela (H.B, Kadın, 46Y, 10 Yıl) ✓ Valla şöyle ben hastalığımın nasıl bir şey olduğunu şey ettim sormak istedim nasıl bir durum olduğunu sormak istedim (Ü.Ü, Kadın, 38 Y, 8 Yıl) ✓ Şimdi bu hastalığın en başında hastalığın belli bir yere gelmeden önce başlama evresi mesela benim öncesinde yaşadığım gibi mesela bir hafta on gün ya da bir ay gibi öncesinde bunun mesela hastanın kendinde bir bilgilendirme olmasını isterdim mesela hasta kendinde ne gibi teşhisler görüyor mesela (O.A., Erkek, 35 Y, 9 Yıl) ✓ Ne diyecektim ya şey hani olarak hastalığın içeriği hakkında olabilir … (F.D, Kadın, 47 Y, 7Yıl)	Bipolar bozukluğun yaygınlık oranları bütün ülkelerde aynıdır; bu da onun hiçbir şekilde kültürel veya sosyal koşullara bağlı olmayan evrensel bir bozukluk olduğunu gösterir. Bugün bipolar bozuklukları kontrol altında tutacak çok etkin tedaviler vardır. Böylece geçmişte zamanlarının çoğunu toplumun veya bir kuruma yatırılmanın sınırında geçirmiş birçok insan şimdi normal hayatını yaşamaktadır (başka bir deyişle, artık hastalıklarının kölesi değildirler). Birçok bipolar bozukluğu olan bireyler tamamen iyi, sosyal, ailevi ve duygusal hayatlar yaşar ve bipolar bozukluğu olmayan herhangi bir kimse gibi iş sahibi olur. Bir bipolar bozukluğa sahip olmanın, astım veya diyabet gibi başka kronik hastalıklara sahip olmadan daha az veya daha çok ciddi olmak zorunda olmadığını ve birçok bakımdan hastalığın uygun ilaçlar sayesinde ve davranış rehberini sıkı takip ederek kontrol altında tutulabileceğini düşünmeye başlamamız gerekir. Manik (Taşkınlık) Ve Hipomanik Dönem Aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygu-durum içinde; düşünce, konuşma, davranışta hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrılar ile belirli genel bir coşma sendromudur. Aşağıdaki belirtilerle karakterize olur: ✓ Kişi kendini aşırı mutlu ve taşkın, enerjisini artmış hisseder, bazen de aşırı öfkeli olabilir. ✓ Az uykuya rağmen çok fazla enerjiktir. ✓ Diğerlerinin yetişemeyeceği kadar hızlı konuşur. ✓ Düşüncede hızlanma olur, zihninde düşünceleri hızla akmaya başlar. ✓ Konsantrasyon kaybı vardır, dikkati çabuk dağılır. ✓ Kendine güveni artmıştır. ✓ Kendini güçlü, önemli, diğerlerinden üstün görür. ✓ Fazla para harcama, hediyeler alma, cinsel aktivitede artma, alkol kullanımında artma, hızlı araba kullanma, kumar oynama, aşırı miktarlarda iş yapma (planlar ve projeler) gibi davranış değişiklikleri görülebilir. Bu belirtilerin hepsinin bulunması gerekmez. Bununla birlikte, manik atağın en klasik belirtilerden birinin isteklerin artması olduğunu fark etmemiz gerekir. Örneğin, bu hastalığı yaşayan insanlar hiç bir şey bilmedikleri şeyler hakkında ipuçları sunabilirler, roman yazabilirler, bir şarkı besteleyebilirler veya pratik kullanımı olmayan bir icat yayımlamak isteyebilirler. Her zaman uyku ihtiyacında bir azalma eğilimi vardır; etkilenen kimse genelde birkaç saat erken uyanır. Uyku bozukluğu ciddi olduğunda hasta yorgunluk hissetmeden birkaç gününü uykusuz geçirebilir. Konuşma tipik olarak gereksiz sözlerle doludur, hızlıdır ve kesilmesi zordur ve kişi genelde yüksek sesle konuşur. Başka bir klasik belirti düşünme hızının artmasıdır; bazı hastalar "aynı anda iki veya üç TV programını seyrettiklerini" söyler. Düşünceler, kelimelere dökülmelerinden ve hatta anlaşılmalarından daha hızlı meydana gelme eğilimindedir ve düşünce tamamen düzensiz olabilir. Bazı hastalarda cinsel arzunun arttığı görülür. Bu özellik, davranışlarının olumsuz sonuçlarını değerlendirmemekle birlikte birçok kimsenin manik ataklar sırasında duygusal ilişkilerini koparmalarına ve birçok cinsel ilişkiye girmelerine yol açar. Çoğu zaman açık sözlülük, sebepsiz yere iyimserlik, gösterişlilik, sınırsız alışveriş, korku veren davranış ve mantıksız ekonomik yatırımlar (gereksiz birçok şey biriktirme; yani pahalı antikalar, 20 çift ayakkabı, vs.) gibi aktivitelere dikkatsizce katılmalarına yol açar. Bir manik atak yaşayan kişiler hasta olduklarının farkında değildir ve tedavi girişimlerine karşı direnebilir. Bunlar, davranışlarını sık sık haklı çıkarırlar veya makul bulurlar, düşünmeden başka şehirlere seyahat ederler, giyinme, makyaj biçimlerini veya kişisel görünümlerini daha gösterişli veya cinsel açıdan açık saçık (uygun olmayan) bir tarzda değiştirirler. Aynı zamanda tuhaf davranırlar, hiç bilmedikleri şeyler hakkında akıl verirler veya para dağıtırlar. Tüm bunlara patolojik kumar, antisosyal davranış ve uyuşturucu madde kullanımı eşlik edebilir. Etik konular çoğu zaman unutulur ve başkalarının duygularının farkında olmazlar. Manik evre sırasında psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. İki tür psikotik belirti vardır; halüsinasyonlar (bir şeyler veya insanlar görme, sesler işitme, bu seslerden zarar görme korkusu yaşama vb.) ve sanrı (hiç öğrenmediğiniz bir dili akıcı konuştuğunu düşünme vb.). Hipomanik nöbetler manik belirtilere benzemekle birlikte aynı derecede belirti yoğunluğu ve sosyal bozulmaya yol açmazlar. (örn. hastanın çalışma hayatındaki işlevsellik kapasitesi nadiren bozulur.) Hipomanide çok konuşma, duygusal kabarma artmış güven duygusu olmakla birlikte genellikle psikotik belirtilere, düşüncede hızlanma ve belirgin psikomotor ajitasyona rastlanmaz. Bu nedenle de hipomanik hastalar kendilerini hasta olarak görmez ve genellikle belirtilerini önemsemeyip tedaviye direnç gösterirler.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

	B. Hastalık	B1.Genel Özellikleri (9 kişi)		Depresyon (Çökkünlük) Ve Karma Dönem Bir depresif atağın temel özelliği; deprese ruh halinin olduğu veya neredeyse bütün aktivitelere ilgi duyulmayan veya zevk alınmayan en az 2 haftalık bir dönemde yer almasıdır. Bir kimsenin – sadece olumsuz olaylara endişelendiğini veya üzüldüğünü değil - depresyonda olduğunu düşünmek için, üzüntüye ve sinirliliğe ilaveten, aşağıdaki belirtilerin olması gerekir; ✓ İştah veya kilo değişikliği, ✓ Uyku düzeninde değişiklikler (genellikle aşırı uyku fakat aynı zamanda bazen uykusuzluk), ✓ Hareketlerin yavaşlaması, ✓ Aşırı yorgunluk, ✓ Olağan ilgiyi yitirmek, ✓ Güçsüzlük, ✓ Aşağılık veya suçluluk duyguları, ✓ Düşünmede, konsantre olmada veya karar vermede zorlanma ✓ Ölümü veya intiharı düşünme. Deprese insanlar ruh hallerini sıklıkla üzgün, umutsuz ve hüzünlü olarak açıklar. Diğer insanlardan daha fazla kendi fiziksel şikâyetlerine özel önem verir (herhangi bir tıbbi sebep olmaksızın yaygın rahatsızlık veya ağrı). Bazıları sinirlilik halinin yükseldiğini gösterir (yani, sürekli öfke, başkalarına ters yanıt verme, kırıp dökme, kendine zarar verme vb.). Bir kimse depresyona girdiğinde o kişi genelde tatmin edici aktivitelere (hobiler, sinemaya, tiyatroya gitmek veya yürüyüşe çıkmak, aileyle ve arkadaşlarla bir araya gelmek, vesaire) daha az ilgi duyma eğilimi gösterir. Hastaların çoğunda aynı zamanda cinsel arzuda anlamlı bir azalma veya tamamen ilgisizlik meydana gelebilir, ancak bu tersine de dönebilir. Bazı hastalarda iştahta artma olurken bazılarında azalma olabilir. Uyku değişiklikleri çok yaygındır; aşırı uyuma veya aşırı uykusuzluk ve gün boyu uyuklama. Bazen hasta gece uyanır ve tekrar uyumakta bir hayli güçlük çeker(uyuyamama). Psikomotor değişiklikler huzursuzluktan oluşur. Uzun süre oturamama, genel anksiyete, sinirli el hareketleri, konuşma, düşünme ve hareketlerde yavaşlama ve ses tonunda yumuşama görülebilir. Enerji eksikliği, yorgunluk ve fiziksel kırgınlık yaygındır. Hasta birey herhangi bir tür fiziksel egzersiz yapmadan kendini devamlı yorgun hisseder. Hasta bireylerin yerine getirdikleri günlük aktiviteler büyük oranda azalır; örneğin kendine bakmak veya hijyen onlar için çok yorucu olabilir. Yararsızlık veya suçluluk duyguları arasında şunlar yer alır; anlamlı olmasalar bile kişinin kendini olumsuz, gerçek dışı değerlendirmesi ve geçmiş hatalarla ilgili sürekli endişe duyması. Ölüm veya intihar hakkında düşünceler çok yaygındır (her üç bipolar bozukluğu olan biri hayatında bir kez intihara teşebbüs eder). Deprese hastaların intihar etmeyi düşünmelerine yol açan nedenler arasında şunlar yer alır; başa çıkılmaz bir engelle karşılaştıklarında vazgeçme veya ebediyen süreceğine ve tedavi edilemeyeceğine yönelik yanlış olarak inandıkları acı veren bir ruhsal duruma son verme arzusu. Karma evre, gün içinde sıkça değişen mani ve depresyon belirtilerinin aynı anda yaşanmasıdır. Bazı hastalar bu dönemlerin hepsi ile zaman zaman karşılaşırken, bazı hastalar sadece manik dönem veya depresyon ve hipomani dönemleri yaşıyor olabilir. Sayfa:1-2-3-4 Seyir Ve Prognoz Karma dönem, bir manik ataktan veya bir depresif ataktan sonra ortaya çıkabilir, birkaç hafta ile birkaç ay arasında sürer. Çok veya hiç belirtisiz bir döneme yol açar veya depresif atak yönünde gelişebilir. Bir karma atağın manik atak yönünde gelişmesi çok daha seyrektir. Hipomanik atak, aniden başlar, 1 veya 2 gün içinde belirtilerde ani bir artış olur. Bunlar genelde birkaç hafta ile birkaç ay arasında sürer, fakat depresif ataktan daha kısa sürer ve daha ani sona erer. Bir hipomanik atak birçok kez depresif ataktan önce gelebilir veya onu takip edebilir. Mevcut çalışmalar hipomani'li kişilerin % 5-15 kadarında bir manik atak meydana geleceğini öne sürmektedir. Seyahat sırasında veya uyku eksikliği sırasında olduğu gibi uyku-uyanıklık düzenindeki değişikliklerin manik, hipomanik veya karma atakları hızlandıracağına veya kötüleştireceğine dair kanıtlar vardır. Diğer taraftan, eğer bir atak döneminde psikotik belirtiler ortaya çıkarsa büyük olasılıkla daha sonraki ataklarda da tekrar ortaya çıkabilir. Depresif ataklar birkaç gün veya hafta içinde ortaya çıkma eğilimindedir. Fakat genellikle tedavi edilmemiş bir atak 6 ay veya daha uzun sürer. Belirtilerde gerileme olur ve aktivite normale döner. Her yeni tekrarlamadan sonra kişi daha duyarlı hale gelir; yani kişi ne kadar çok atak yaşarsa sonraki tekrarlamalardan sıkıntı çekmesi o kadar olasıdır.

EK-13. (devam) Tema-Alt Tema-Hasta İfadeleri ve Eğitim Kitapçığının İçeriği

	B. Hastalık	B1.Genel Özellikleri (9 kişi)		Hızlı dönüşüm, yılda 4 den fazla atağın ortaya çıkmasıyla oluşur, yaşamlarının her hangi bir döneminde bipolar bozukluğu olanların %10-15 ini etkiler. Bu, bozukluğun gelişiminin kötüleştiği bir dönemdir. Sayfa:7-8 Bipolar Bozuklukta İlacla Tedavi Bipolar bozukluğun temel tedavisi ilâçlarla yapılır. Bu hastalığın niteliğinden dolayı, çoğu zaman hem manik hem depresif belirtileri kontrol altına almak için tek ilâc veterli olmayabilir: bu sebeple hastalık dönemine belirtilerin siddetine bağlı olarak birden fazla ilâc kullanılması gerekebilmektedir. İlâc tedavisinin temel hedefi manik ve depresif dönemlerin sayısını azaltmaktır. Hastanın dönem sayısı ne kadar fazla olursa, belirtilerin tedaviye dirençli hâle gelmesi ihtimâli de o kadar artacaktır. Tedavide amaçlanan, atakların sıklığını ve şiddetini azaltmaktır. Bipolar bozuklukların tedavisi akut dönem ve koruyucu tedaviden oluşmaktadır. a) Akut tedavi: Akut maninin tedavisinde tipik antipisikotiklerden risperidon, atipik antipisikotiklerden olanzapin ve ketiapin; eski antipsikotiklere göre yan etkileri daha az olup taşkınlık nöbetinin sağıltımında etkili ilaçlardır. Maninin yardımcı tedavisinde nöroleptiklere bir seçenek olarak benzodiazepinler [klonozepam (rivotril), lörozepam (ativan)] kullanılabilir. Dönemin yeniden canlanmasını önlemek amacıyla sağaltım 3-6 ay daha sürdürülmelidir. Hipomanik dönemde belirtiler, genelde ayaktan sağaltımı olanaklı kılacak kadar hafif görünmektedir. Depresif dönem iyileştikten sonra var olan tedaviye 2-6 ay daha devam etmek gerekir. b) Koruyucu tedavi: Bipolar bozukluklar, büyük oranda yineleyici özelliktedir ve koruyucu sağaltıma gerek duyulabilmektedir. Ayrıca özkıyım riski, hastalık dönemlerine eşlik eden alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi eş zamanlı hastalıkların varlığı ve dönemler arası kişiler arası sorunlar yaşayabileceği için koruyucu tedavi gereklidir. Koruyucu tedavi duygudurum dengeleyici olduğu kabul edilen ilaçlarla yapılır. Koruyucu sağaltıma başlama zamanı ve koruma tedavisinin ne kadar süreceği size bağlıdır. Uzun süreli koruyucu bir ilaç başlanmadan önce ve ilacın kullanımı sırasında belirli laboratuvar değerleri izlenmelidir. Sayfa:8-9 Elektrokonvülsif Tedavi Halk arasında hakkında oldukça olumsuz düşünceler ve yanlış inanışlar var olmasına karşın Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) özellikle şiddetli depresyonda hayat kurtarıcı, güvenilir ve etkili bir tedavidir. Özellikle önceden başarısızlıkla sonuçlanmış antidepresif ilaç kullanımı varsa, antidepresif ilaçlarla birlikte sakıncalı olabilecek başka ilaçlar kullanılmaktaysa, ayrıca gebelerde ve yaşlılarda EKT güvenle uygulanabilir. Bazen ilaçlara yanıt alınamayan manik dönemde de kullanılabilir. Tedaviye yanıt vermeyen bipolar bozukluğu olan hastaların koruma tedavisinde de yeri olduğu gösterilmiştir. Sayfa: 10
		B2. Nedenleri (9 kişi)	✓ Bipolar hastalığı neden oluşuyor neden gelişiyor neden insanlarda baş gösteriyor bu hastalık niçin üst seviyelerde oluyor bir sevinme bir üzülme de neden ortası bulunmuyor bunun sebebini merak ediyorum ben işte böyle. hastalığın gelişmesinden tut ta ….. (F.K, Kadın, 35 Y, 12yıl). ✓ Neden kaynaklandığını merak ederdim neden olduğu neden sebep olduğu neden nasıl geliyoruz bu duruma onu merak ederdim ….. (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl) ✓ Kitap çıkartılmalı bence bu konu hakkında … ….hepsi olmalı a'dan z'ye (E.E, Kadın, 31 Y, 10 yıl) ✓ Mesela niye ortaya çıkıyor ….(H.B, Kadın, 46Y, 10 Yıl)	Nedenleri Ve Tetikleyici Faktörler Genetik faktörler bipolar bozukluklarda temel bir rol oynamaktadır. Aslında bipolar bozukluğun nedeninin genetik olduğunu rahatça söyleyebiliriz. Genetik veriler bipolar bozuklukların gelişiminde soyaçekimin önemli bir etmen olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Eğer bir ebeveynde bipolar bozukluğu varsa, herhangi bir çocuğun bipolar bozukluğa yakalanma oranı %25; eğer her iki ebeveynde bipolar bozukluk varsa bir çocuğun bipolar bozukluğa yakalanma oranı %50 -75 tir. Bipolar bozuklukta hastalığın hangi ebeveynden alındığı da önem taşımaktadır. Anne tarafındaki akrabalarda bozukluğun görülme olasılığı baba tarafına göre 2.3-2.8 kat daha fazladır. Bu görüş ilk bakışta size tuhaf görünebilir, çünkü bozukluk kendini yetişkinlik dönemine kadar göstermeyebilir veya etkilenen kişinin ailesinde benzer hiçbir vaka bilinmediğinde bile meydana gelebilir. Esas mesele şudur; bir kalıtsal özelliğe sahip belirli hastalıkların kendilerini gösterebilmeleri için genetik nedenler kadar belirli çevresel faktörlerin de meydana gelmesi gerekir; işte bu yüzden bozukluk doğumdan itibaren ortaya çıkmaz. Diğer taraftan aynı zamanda ailenin geçmişi çok uzak olabilir ve bu yüzden etkilenen kişi bunun farkında olmayabilir. Bu özellikle psikiyatrik hastalıklarda yaygındır. Çünkü onlar bir taraftan uzun yıllar yanlış anlaşılmışlardır ve toplumda psikiyatrik hastalıklara yönelik oluşan sosyal tabu yüzünden birçok aile hasta bireylerini tedavi ettirmek yerine saklamaya veya onlar için bahaneler uydurmaya çalışmıştır. Her ne kadar istisnalar olsa da, bozukluk ergenlik döneminde açıkça fark edilebilir şekilde gelişir ve kendini bir depresif veya manik evre olarak gösterdiği yetişkinlikte en üst noktaya ulaşır. Her halükarda bir kişinin 50 yaşın altındayken ilk atağı yaşama riski yüksektir. Çoğu zaman ilk atak çevresel yönden stresli bir ortamdan önce gelir. O andan itibaren bozukluk kendini çevreden ve psikolojik koşullardan soyutlamaya başlar, böylece ruh halini ayarlayan biyolojik mekanizmaların sürekli olarak ileri geri dengesizlikler gösterdiği ve etkilenen kimsenin normal ruh halinin referans noktasını yitirmesine sebep olduğu görülür. Her tekrarlamada hasta birey strese daha da duyarlı hale gelir ve bu da bazı hastaların hızla normal ruh halinden mani veya depresyona geçmesine neden olur. Bipolar bozuklukta genetik unsurun ve stres yanıtında yer alan faktörlerin bozukluğun ve yeni atakların ortaya çıkmasında sorumlu olduğunun altını çizmemiz gerekir. Bazı olası tetikleyiciler, yakın ilişkinin bozulması veya iş değişikliğinden kaynaklanabilir, aynı zamanda tekrarlamalar travmatik (işyerinde terfi, adres değişikliği, vs) veya her hangi bir etken olmadan da meydana gelebilir. Bipolar bozukluklar genellikle ilk kez 30 yaşından önce ortaya çıkar ve ilk atağın 50 yaşından sonra meydana gelmesi pek alışılmadıktır. İlk atak manik, depresif veya karma olabilir. Atağın süresi değişkendir. Tedavi edilmeyen bir atağın doğal gelişimi; birkaç haftadan birkaç aya kadar uzar, fakat tedaviyle süresini kısaltmak mümkün. Sayfa: 5-6-7

EK-14. Ölçek İzin Yazıları

Gelen Kutusu

EBRU KURDAL <ebru.kurdal@usak.edu.tr> 21 Ara 2018 Cum 11:34

Alıcı: erhanese

Sayın hocam,
Ben Ebru Başkaya Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktayım. Gazi Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora yapmaktayım. Geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBREF)
"nu doktora tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Bunun için size birkaç sorum olacak, geri bildirimlerinizi beklerim. Saygılarımla...

Tez konum: Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Tedaviye Uyum Eğitiminin Tedaviye Uyum, Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi

1. **Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOLBREF)**

   doktora tez konum için uygun mudur?

2. Eğer uygun ise kullanmam için izniniz olur mu?
3. Ölçeğin değerlendirilmesi nasıl yapılmaktadır?

--
Öğr. Gör. Ebru BAŞKAYA

Erhan Eser <erhanese@gmail.com> 21 Ara 2018 Cum 11:50

Alıcı: ben

Sayın Ebru Kumral,
Ekli kullanım izni dosyasını doldurup merkezimize gönderiniz.
Başarı dileklerimizle
WHOQOL Türkiye Merkezi
--
Prof. Dr. Erhan Eser
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
WHOQOL Türkiye Merkezi
236 2331920-127
236 233 14 66 (faks)

EK-14. (devam) Ölçek İzin Yazıları

Gelen Kutusu

EBRU KURDAL <ebru.kurdal@usak.edu.tr> 4 May 2018 Cum 11:42

Alıcı: serpilerakay

Merhaba hocam,
Ben Ebru Başkaya Uşak Üniversitesi' nde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktayım. Geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "**Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ni** doktora tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Bunun için size birkaç sorum olacak, geri bildirimlerinizi beklerim.
Saygılarımla...

Tez konum: Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Uygulanan Tedaviye Uyum Eğitiminin Tedaviye Uyum, Sosyal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi

1. **Sosyal İşlevsellik Ölçeği** doktora tez konum için uygun mudur?
2. Eğer uygun ise kullanmam için izniniz olur mu?

--
Öğr. Gör. Ebru BAŞKAYA

Serpil Erakay <serpilerakay@yahoo.com> 4 May 2018 Cum 20:46

Alıcı: ben

Sayın Ebru Başkaya,
Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin doktora tez konunuz için uygun olduğunu düşünüyorum ve kullanmanıza izin veriyorum. İyi çalışmalar.

..
Uzm.Dr. Serpil Yaprak

EK-15. İlaçların Etkilerini İzleme Formu

Hastanın Adı ve Soyadı:
Tel:

Ayın Günleri

Gözlenen etkiler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
İlaçları alma durumu																															
Uyku Durumu																															
İştah Durumu																															
Dikkat Durumu																															
Dinlenme Durumu																															
Konuşma Durumu																															
Canlı Hissetme Durumu																															
İstek Durumu																															

Yukarıda tanımlanan durumlara olumlu ise (+), olumsuz ise (-) işareti konulur.

EK-16. Sosyal İşlevsellik Takip Formu

Hastanın Adı ve Soyadı:
Tel:

Ayın Günleri

Gözlenen Durumlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Boş zamanlarını değerlendirme																															
Kişilerarası ilişkiler																															
Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme																															
Sosyal etkinliklere katılım																															

Yukarıda tanımlanan durumlara olumlu ise (+), olumsuz ise (-) işareti konulur.

EK-17. Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

BİPOLAR BOZUKLUK
TEDAVİYE UYUM KİTAPÇIĞI



HAZIRLAYAN: EBRU BAŞKAYA

DANIŞMAN: DOÇ. DR. SATI DEMİR

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

2019, ANKARA

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

BİPOLAR BOZUKLUK

TEDAVİYE UYUM KİTAPÇIĞI

Hazırlayan
EBRU BAŞKAYA

Danışman: Doç. Dr. SATI DEMİR

2019, ANKARA

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı



Siz ve aileniz bipolar bozukluk ve tedaviye uyumun önemi hakkında daha fazla bilgilendiğinizde, geleceği daha iyi karşılayabilirsiniz.



EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

İÇİNDEKİLER

1. HASTALIK HAKKINDA BİLGİ 1
   - BİPOLAR BOZUKLUK VE DİĞER ADLARI 1
   - MANİK (TAŞKINLIK) VE HİPOMANİK DÖNEM 2
   - DEPRESYON (ÇÖKKÜNLÜK) VE KARMA DÖNEM 3
   - NEDENLERİ VE TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER 5
   - SEYİR VE PROGNOZ 7
2. BİPOLAR BOZUKLUKTA UYGULANAN TEDAVİLER VE TEDAVİYE UYUMUN ÖNEMİ 8
   - BİPOLAR BOZUKLUKTA İLAÇLA TEDAVİ 8
   - BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOTERAPİ YÖNTEMLERİ 9
   - ELEKTROKONVÜLSİF TEDAVİ 10
   - TEDAVİYİ BIRAKMA NEDENLERİ 11
   - TEDAVİYE UYUM 12
3. BİPOLAR BOZUKLUKTA KULLANILAN İLAÇLAR, ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ 13
   - DUYGUDURUM DENGELEYİCİ İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ 13
   - ANTİMANİK İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ 14
   - ANTİDEPRESAN İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ 15
4. TEDAVİYLE İLGİLİ PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ 18
   - PROBLEM ÇÖZÜMLERKEN VEYA KARAR VERİRKEN KULLANILACAK YÖNTEMLER 18
   - PROBLEM ÇÖZME AŞAMALARI 19
   - STRES KAVRAMI 20
   - STRESLE BAŞETME YÖNTEMLERİ 21
5. BİPOLAR BOZUKLUKTA HASTAYA/HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇ, TUTUM VE DAMGALAMA 22
   - BİPOLAR BOZUKLUK İLE İLGİLİ YANLIŞ İNANIŞLAR 22
   - DAMGALAMA 24
7. SÖZLÜK: 26
8. KAYNAKÇA 27

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

ÖNSÖZ

Bipolar bozukluk; ciddi, kronik ve tekrarlayan bir akıl hastalığıdır. Herkes iyi ve kötü günler geçirebilir ve herkes kimi zaman mutlu, kimi zaman mutsuz olabilir. Duygularımız öfke, sevinç, üzüntü, coşku, keder, huzursuzluk ve endişe arasında gidip gelir. Ancak bipolar bozuklukta yaşamsal olaylarla kısmen veya tamamen ilişkisiz olarak süren ve yoğun şekilde yaşanılan duygudurum değişimleri olur. Bu değişimler düşünceleri, duyguları, fiziksel sağlığı, davranışları kişinin işlevlerini ve yaşamını etkiler.

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve bunun yanı sıra psikososyal rehabilitasyon programlarının da uygulanması gerektiği görüşü yaygınlaşmıştır. Günümüzde yaklaşımlar, psikoeğitim, tedaviye uyumu arttırma ve nüksleri önleme yöntemleri geliştirme, kişilerarası ilişkiler ve duygudurum arasındaki dengenin düzenlenmesi gibi hedeflere odaklanmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olan kişilere ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkendir. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olur. Hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında bilgilendirildiklerinde, hastaların kendi sorumluluklarını almaya daha fazla eğilim gösterdikleri ve bu konudaki yaşantıların, yanlış fikirlerin ve sorunların paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığı görülmüştür. Bu, hastalığın yükünü hafifleterek tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunmaktadır. Sonuç olarak tedaviye uyum eğitimi, hastalığa karşı tutum, tedavi uyumu, semptom iyileşmesi, hastanede yatış süresi ve sayısında azalma, sosyal-mesleki işlevsellik ve yaşam kalitesinde iyileşme konularında önemli oranda ilerleme sağlamaktadır.

Öğr. Gör. Ebru BAŞKAYA

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

1. HASTALIK HAKKINDA BİLGİ

• BİPOLAR BOZUKLUK VE DİĞER ADLARI



Bipolar bozukluk ruh halini ayarlayan mekanizmalardaki bir değişiklikten kaynaklanır. Bütün insanlarda ruh hali değişiklikleri olur. Bazı günlerde insan bastırılmış ruh hali içinde olur, her şey yorucu ve külfetli gelir ve kendine güveni "zedelenir". Bazı zamanlarda ise, örneğin aşık olduğu zamanlarda, insan kendini hareketli ve coşkulu hisseder, her şey kendiliğinden güzel bir ruh hali içinde oluverir. Bipolar bozukluklarda bu ruh hali değişiklikleri normal ölçülerin çok ötesinde gerçekleşir ve yaşam koşullarından bağımsızdır. Bu ruh hali değişiklikleri bütün ara evreler de dahil olmak üzere en ağır depresiften, en ağır manik'e kadar uzanır. Tekrarlanan manik-depresif ataklar hem hastanın kendinde hem de yakınlarındaki insanlarda önemli acı ve kedere neden olur. Bipolar bozukluk, iki uçlu bozukluk, manik-depresif bozukluk, bipolar affektif bozukluk olarak da ifade edilebilmektedir. Her dinden, her ırktan insanda görülebilir. Toplumda her 100 kişiden birinde bu hastalık vardır. Yani her 100 kişiden biri hayatında en az bir kere manik bir dönem geçirmiştir. Bu da büyük bir rakamdır. Bipolar bozukluk kadında ve erkekte eşit sıklıkta görülür. Hastalık genellikle 20'li yaşlarda başlar. Ancak daha erken yaşlarda görülebildiği gibi ilk olarak 70'li yaşlarda mani geçirenler bile vardır. Hastalığın belirtileri, süresi ve şiddeti kişiden kişiye değişir. Bazı hastalarda mani, bazılarında ise depresyon daha baskındır. Bazen de mani ve depresyon eşit oranda görülür. Ataklar birkaç günden birkaç aya kadar değişir. Özellikle tedavi edilmediğinde uzun sürer. Hastalar yaşamları boyunca ortalama 10 atak geçirir ancak bundan az veya fazla sayıda atak olabilir. Atak sayısı arttıkça ataklar arasındaki süre kısalır. Bir yıl içerisinde dört veya daha fazla sayıda atak olması durumu hızlı döngülü mani olarak adlandırılır.

Bipolar bozukluğun yaygınlık oranları bütün ülkelerde aynıdır; bu da onun hiçbir şekilde kültürel veya sosyal koşullara bağlı olmayan evrensel bir bozukluk olduğunu gösterir. Bugün bipolar bozuklukları kontrol altında tutacak çok etkin tedaviler vardır. Böylece geçmişte zamanlarının çoğunu toplumun veya bir kuruma yatırılmanın sınırında geçirmiş birçok insan şimdi normal hayatını yaşamaktadır (başka bir deyişle, artık hastalıklarının kölesi değildirler).

Birçok bipolar bozukluğu olan bireyler tamamen iyi, sosyal, ailevi ve duygusal hayatlar yaşar ve bipolar bozukluğu olmayan herhangi bir kimse gibi iş sahibi olur.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

Bir bipolar bozukluğa sahip olmanın, astım veya diyabet gibi başka kronik hastalıklara sahip olmadan daha az veya daha çok ciddi olmak zorunda olmadığını ve birçok bakımdan hastalığın uygun ilaçlar sayesinde ve davranış rehberini sıkı takip ederek kontrol altında tutulabileceğini düşünmeye başlamamız gerekir.

- **MANİK (TAŞKINLIK) VE HİPOMANİK DÖNEM**



Aşırı neşeli, bazen de öfkeli, coşkulu bir duygu-durum içinde; düşünce, konuşma, davranışta hızlanma, benlik kabarması, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrılar ile belirli genel bir coşma sendromudur. Aşağıdaki belirtilerle karakterize olur:

- Kişi kendini aşırı mutlu ve taşkın, enerjisini artmış hisseder, bazen de aşırı öfkeli olabilir.
- Az uykuya rağmen çok fazla enerjiktir.
- Diğerlerinin yetişemeyeceği kadar hızlı konuşur.
- Düşüncede hızlanma olur, zihninde düşünceleri hızla akmaya başlar.
- Konsantrasyon kaybı vardır, dikkati çabuk dağılır.
- Kendine güveni artmıştır.
- Kendini güçlü, önemli, diğerlerinden üstün görür.
- Fazla para harcama, hediyeler alma, cinsel aktivitede artma, alkol kullanımında artma, hızlı araba kullanma, kumar oynama, aşırı miktarlarda iş yapma (planlar ve projeler) gibi davranış değişiklikleri görülebilir.

Bu belirtilerin hepsinin bulunması gerekmez.

Bununla birlikte, manik atağın en klasik belirtilerden birinin isteklerin artması olduğunu fark etmemiz gerekir. Örneğin, bu hastalığı yaşayan insanlar hiç bir şey bilmedikleri şeyler hakkında ipuçları sunabilirler, roman yazabilirler, bir şarkı besteleyebilirler veya pratik kullanımı olmayan bir icat yayımlamak isteyebilirler.

Her zaman uyku ihtiyacında bir azalma eğilimi vardır; etkilenen kimse genelde birkaç saat erken uyanır.

Uyku bozukluğu ciddi olduğunda hasta yorgunluk hissetmeden birkaç gününü uykusuz geçirebilir.

Konuşma tipik olarak gereksiz sözlerle doludur, hızlıdır ve kesilmesi zordur ve kişi genelde yüksek sesle konuşur.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

Başka bir klasik belirti düşünme hızının artmasıdır; bazı hastalar "aynı anda iki veya üç TV programını seyrettiklerini" söyler.

Düşünceler, kelimelere dökülmelerinden ve hatta anlaşılmalarından daha hızlı meydana gelme eğilimindedir ve düşünce tamamen düzensiz olabilir.

Bazı hastalarda cinsel arzunun arttığı görülür. Bu özellik, davranışlarının olumsuz sonuçlarını değerlendirmemekle birlikte birçok kimsenin manik ataklar sırasında duygusal ilişkilerini koparmalarına ve birçok cinsel ilişkiye girmelerine yol açar.

Çoğu zaman açık sözlülük, sebepsiz yere iyimserlik, gösterişlilik, sınırsız alışveriş, korku veren davranış ve mantıksız ekonomik yatırımlar (gereksiz birçok şey biriktirme; yani pahalı antikalar, 20 çift ayakkabı, vs.) gibi aktivitelere dikkatsizce katılmalarına yol açar. Bir manik atak yaşayan kişiler hasta olduklarının farkında değildir ve tedavi girişimlerine karşı direnebilir. Bunlar, davranışlarını sık sık haklı çıkarırlar veya makul bulurlar, düşünmeden başka şehirlere seyahat ederler, giyinme, makyaj biçimlerini veya kişisel görünümlerini daha gösterişli veya cinsel açıdan açık saçık (uygun olmayan) bir tarzda değiştirirler. Aynı zamanda tuhaf davranırlar, hiç bilmedikleri şeyler hakkında akıl verirler veya para dağıtırlar. Tüm bunlara patolojik kumar, antisosyal davranış ve uyuşturucu madde kullanımı eşlik edebilir. Etik konular çoğu zaman unutulur ve başkalarının duygularının farkında olmazlar.

Manik evre sırasında psikotik belirtiler ortaya çıkabilir. İki tür psikotik belirti vardır; halüsinasyonlar (bir şeyler veya insanlar görme, sesler işitme, bu seslerden zarar görme korkusu yaşama vb.) ve sanrı (hiç öğrenmediğiniz bir dili akıcı konuştuğunu düşünme vb.).

Hipomanik nöbetler manik belirtilere benzemekle birlikte aynı derecede belirti yoğunluğu ve sosyal bozulmaya yol açmazlar. (örn. hastanın çalışma hayatındaki işlevsellik kapasitesi nadiren bozulur.) Hipomanide çok konuşma, duygusal kabarma artmış güven duygusu olmakla birlikte genellikle psikotik belirtilere, düşüncede hızlanma ve belirgin psikomotor ajitasyona rastlanmaz. Bu nedenle de hipomanik hastalar kendilerini hasta olarak görmez ve genellikle belirtilerini önemsemeyip tedaviye direnç gösterirler.

- **DEPRESYON (ÇÖKKÜNLÜK) VE KARMA DÖNEM**



Bir depresif atağın temel özelliği; deprese ruh halinin olduğu veya neredeyse bütün aktivitelere ilgi duyulmayan veya zevk alınmayan en az 2 haftalık bir dönemde yer almasıdır. Bir kimsenin – sadece olumsuz

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

olaylara endişelendiğini veya üzüldüğünü değil - depresyonda olduğunu düşünmek için, üzüntüye ve sinirliliğe ilaveten, aşağıdaki belirtilerin olması gerekir;

- İştah veya kilo değişikliği,
- Uyku düzeninde değişiklikler (genellikle aşırı uyku fakat aynı zamanda bazen uykusuzluk),
- Hareketlerin yavaşlaması,
- Aşırı yorgunluk,
- Olağan ilgiyi yitirmek,
- Güçsüzlük,
- Aşağılık veya suçluluk duyguları,
- Düşünmede, konsantre olmada veya karar vermede zorlanma
- Ölümü veya intiharı düşünme.



Deprese insanlar ruh hallerini sıklıkla üzgün, umutsuz ve hüzünlü olarak açıklar. Diğer insanlardan daha fazla kendi fiziksel şikâyetlerine özel önem verir (herhangi bir tıbbi sebep olmaksızın yaygın rahatsızlık veya ağrı). Bazıları sinirlilik halinin yükseldiğini gösterir (yani, sürekli öfke, başkalarına ters yanıt verme, kırıp dökme, kendine zarar verme vb.).

Bir kimse depresyona girdiğinde o kişi genelde tatmin edici aktivitelere (hobiler, sinemaya, tiyatroya gitmek veya yürüyüşe çıkmak, aileyle ve arkadaşlarla bir araya gelmek, vesaire) daha az ilgi duyma eğilimi gösterir. Hastaların çoğunda aynı zamanda cinsel arzuda anlamlı bir azalma veya tamamen ilgisizlik meydana gelebilir, ancak bu tersine de dönebilir. Bazı hastalarda iştahta artma olurken bazılarında azalma olabilir.

Uyku değişiklikleri çok yaygındır; aşırı uyuma veya aşırı uykusuzluk ve gün boyu uyuklama. Bazen hasta gece uyanır ve tekrar uyumakta bir hayli güçlük çeker(uyuyamama).

Psikomotor değişiklikler huzursuzluktan oluşur. Uzun süre oturamama, genel anksiyete, sinirli el hareketleri, konuşma, düşünme ve hareketlerde yavaşlama ve ses tonunda yumuşama görülebilir.

Enerji eksikliği, yorgunluk ve fiziksel kırgınlık yaygındır. Hasta birey herhangi bir tür fiziksel egzersiz yapmadan kendini devamlı yorgun hisseder. Hasta bireylerin yerine getirdikleri günlük aktiviteler büyük oranda azalır; örneğin kendine bakmak veya hijyen onlar için çok yorucu olabilir.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

Yararsızlık veya suçluluk duyguları arasında şunlar yer alır; anlamlı olmasalar bile kişinin kendini olumsuz, gerçek dışı değerlendirmesi ve geçmiş hatalarla ilgili sürekli endişe duyması.

Ölüm veya intihar hakkında düşünceler çok yaygındır (her üç bipolar bozukluğu olan biri hayatında bir kez intihara teşebbüs eder). Deprese hastaların intihar etmeyi düşünmelerine yol açan nedenler arasında şunlar yer alır; başa çıkılmaz bir engelle karşılaştıklarında vazgeçme veya ebediyen süreceğine ve tedavi edilemeyeceğine yönelik yanlış olarak inandıkları acı veren bir ruhsal duruma son verme arzusu.

Karma evre, gün içinde sıkça değişen mani ve depresyon belirtilerinin aynı anda yaşanmasıdır. Bazı hastalar bu dönemlerin hepsi ile zaman zaman karşılaşırken, bazı hastalar sadece manik dönem veya depresyon ve hipomani dönemleri yaşıyor olabilir.



BİPOLAR BOZUKLUK HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMAK HASTALIĞIN ERKEN TANI VE TEŞHİSİNİN KONULMASINDA BÜYÜK ÖNEME SAHİPTİR. BÖYLECE PSİKİYATRİ DIŞI BİRİMLERE BAŞVURU DURUMU ÖNLENMİŞ OLUR.

- **NEDENLERİ VE TETİKLEYİCİ FAKTÖRLER**

Genetik faktörler bipolar bozukluklarda temel bir rol oynamaktadır. Aslında bipolar bozukluğun nedeninin genetik olduğunu rahatça söyleyebiliriz. Genetik veriler bipolar bozuklukların gelişiminde soyaçekimin önemli bir etmen olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Eğer bir ebeveynde bipolar bozukluğu varsa, herhangi bir çocuğun bipolar bozukluğa yakalanma oranı %25; eğer her iki ebeveynde bipolar bozukluk varsa bir çocuğun bipolar bozukluğa yakalanma oranı %50 -75 tir. Bipolar bozuklukta hastalığın hangi ebeveynden alındığı da önem taşımaktadır. Anne tarafındaki akrabalarda bozukluğun görülme olasılığı baba tarafına göre 2.3-2.8 kat daha fazladır.

Bu görüş ilk bakışta size tuhaf görünebilir, çünkü bozukluk kendini yetişkinlik dönemine kadar göstermeyebilir veya etkilenen kişinin ailesinde benzer hiçbir vaka bilinmediğinde bile meydana gelebilir. Esas mesele şudur; bir kalıtsal özelliğe sahip belirli hastalıkların kendilerini gösterebilmeleri için genetik nedenler kadar belirli çevresel faktörlerin de meydana gelmesi gerekir; işte bu yüzden bozukluk doğumdan itibaren ortaya çıkmaz. Diğer taraftan aynı zamanda ailenin geçmişi çok uzak olabilir ve bu yüzden etkilenen

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

kişi bunun farkında olmayabilir. Bu özellikle psikiyatrik hastalıklarda yaygındır. Çünkü onlar bir taraftan uzun yıllar yanlış anlaşılmışlardır ve toplumda psikiyatrik hastalıklara yönelik oluşan sosyal tabu yüzünden birçok aile hasta bireylerini tedavi ettirmek yerine saklamaya veya onlar için bahaneler uydurmaya çalışmıştır. Her ne kadar istisnalar olsa da, bozukluk ergenlik döneminde açıkça fark edilebilir şekilde gelişir ve kendini bir depresif veya manik evre olarak gösterdiği yetişkinlikte en üst noktaya ulaşır. Her halükarda bir kişinin 50 yaşın altındayken ilk atağı yaşama riski yüksektir.

Çoğu zaman ilk atak çevresel yönden stresli bir ortamdan önce gelir. O andan itibaren bozukluk kendini çevreden ve psikolojik koşullardan soyutlamaya başlar, böylece ruh halini ayarlayan biyolojik mekanizmaların sürekli olarak ileri geri dengesizlikler gösterdiği ve etkilenen kimsenin normal ruh halinin referans noktasını yitirmesine sebep olduğu görülür.

Her tekrarlamada hasta birey strese daha da duyarlı hale gelir ve bu da bazı hastaların hızla normal ruh halinden mani veya depresyona geçmesine neden olur. Bipolar bozuklukta genetik unsurun ve stres yanıtında yer alan faktörlerin bozukluğun ve yeni atakların ortaya çıkmasında sorumlu olduğunun altını çizmemiz gerekir.

Bazı olası tetikleyiciler, yakın ilişkinin bozulması veya iş değişikliğinden kaynaklanabilir, aynı zamanda tekrarlamalar travmatik (işyerinde terfi, adres değişikliği, vs) veya her hangi bir etken olmadan da meydana gelebilir.

Bipolar bozukluklar genellikle ilk kez 30 yaşından önce ortaya çıkar ve ilk atağın 50 yaşından sonra meydana gelmesi pek alışılmadıktır. İlk atak manik, depresif veya karma olabilir. Atağın süresi değişkendir. Tedavi edilmeyen bir atağın doğal gelişimi; birkaç haftadan birkaç aya kadar uzar, fakat tedaviyle süresini kısaltmak mümkün.

EĞER HASTA BİREY İLAÇLARINI DOĞRU ALIRSA BİR ATAĞIN BAŞLAMA OLASILIĞI ÇOK DAHA DÜŞER. EĞER YİNE DE BAŞLARSA ATAK ÇOK DAHA AZ ŞİDDETLİ OLUR, KÖTÜ SONUÇLARI AZALIR VE DAHA AZ SÜRER.

İlk ataktan sonra (mani, depresif veya karma) hasta (ötimik) herhangi bir belirti hissetmeden yıllar geçirebilir, fakat bipolar bozukluğun tekrarlayan bir hastalık olduğunu dikkate almanız gerekir. Bu sizi korkutmamalıdır. Çünkü tekrarlamaları kontrol etme olasılığı elinizdedir.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

EĞER REÇETE EDİLEN İLAÇ TEDAVİSİNİ KÜÇÜMSEMEDEN TAKİP EDERSENİZ TEKRARLAMALARI ÖNLEYEBİLİRSİNİZ.

Sonuç olarak, bipolar bozukluk hakkında bilgi sahibi olmak esastır. Çünkü bu yolla bozukluğun kendini olmasa bile en azından onun etkilerini daha iyi kontrol edebilirsiniz.

Bozukluğun belirli etkileri veya sonuçları kişinin yaşamının çeşitli dönemlerinde ortaya çıkar; örneğin, evlilik, çocuklar, arkadaşlar veya iş etkilenebilir.

Bipolar bozukluğu olan birçok kişi ataklar arasındaki dönemlerde tamamen normale dönse bile bazıları (%20-30) duygusal yükümlülük veya kararsızlık ve kişiler arası veya işyeri noktasında güçlükler sergilemeye devam eder.

Manik atak, genelde aniden başlar ve belirtileri birkaç gün içinde hızla artar. Sıklıkla bunlar bir tür psikososyal stresten sonra ortaya çıkar, birkaç hafta ile birkaç ay arasında sürer ve genelde depresif ataktan daha kısadır ve aniden sona erer. Birçok vakada depresif bir atak, geçici bir ötimik dönem olmaksızın bir manik ataktan hemen önce ortaya çıkar veya onu takip eder. Ancak en sık meydana gelen şey şudur; bir manik ataktan sonra kişi depresif atakla karıştırılabilecek bir "düşük" döneme girer. Bu durum umursamazlık, enerji kaybı, azalmış dikkat, konsantrasyon ve/veya hafıza, aşırı uyku, iştah artışı, vs. ile karakterize olur. Bu kişinin huzursuz olduğu bir dönemdir ve aktivite seviyesini arttırarak ve yatakta fazla zaman geçirmeyerek bu durumla baş edilmeye çalışılmalıdır, aksi takdirde bu evre çok daha uzun sürer.

- **SEYİR VE PROGNOZ**

Karma dönem, bir manik ataktan veya bir depresif ataktan sonra ortaya çıkabilir, birkaç hafta ile birkaç ay arasında sürer. Çok veya hiç belirtisiz bir döneme yol açar veya depresif atak yönünde gelişebilir. Bir karma atağın manik atak yönünde gelişmesi çok daha seyrektir.

Hipomanik atak, aniden başlar, 1 veya 2 gün içinde belirtilerde ani bir artış olur. Bunlar genelde birkaç hafta ile birkaç ay arasında sürer, fakat depresif ataktan daha kısa sürer ve daha ani sona erer.

Bir hipomanik atak birçok kez depresif ataktan önce gelebilir veya onu takip edebilir. Mevcut çalışmalar hipomani'li kişilerin % 5-15 kadarında bir manik atak meydana geleceğini öne sürmektedir. Seyahat sırasında veya uyku eksikliği sırasında olduğu gibi uyku-uyanıklık

düzenindeki değişikliklerin manik, hipomanik veya karma atakları hızlandıracağına veya kötüleştireceğine dair kanıtlar vardır. Diğer taraftan, eğer bir atak döneminde psikotik belirtiler ortaya çıkarsa büyük olasılıkla daha sonraki ataklarda da tekrar ortaya çıkabilir.

Depresif ataklar birkaç gün veya hafta içinde ortaya çıkma eğilimindedir. Fakat genellikle tedavi edilmemiş bir atak 6 ay veya daha uzun sürer. Belirtilerde gerileme olur ve aktivite normale döner.

Her yeni tekrarlamadan sonra kişi daha duyarlı hale gelir; yani kişi ne kadar çok atak yaşarsa sonraki tekrarlamalardan sıkıntı çekmesi o kadar olasıdır.

Hızlı dönüşüm, yılda 4 den fazla atağın ortaya çıkmasıyla oluşur, yaşamlarının her hangi bir döneminde bipolar bozukluğu olanların %10-15 ini etkiler. Bu, bozukluğun gelişiminin kötüleştiği bir dönemdir.

2. BİPOLAR BOZUKLUKTA UYGULANAN TEDAVİLER VE TEDAVİYE UYUMUN ÖNEMİ

• BİPOLAR BOZUKLUKTA İLAÇLA TEDAVİ

Bipolar bozukluğun temel tedavisi ilâçlarla yapılır. Bu hastalığın niteliğinden dolayı, çoğu zaman hem manik hem depresif belirtileri kontrol altına almak için tek ilâç yeterli olmayabilir; bu sebeple hastalık dönemine belirtilerin şiddetine bağlı olarak birden fazla ilâç kullanılması gerekebilmektedir. İlâç tedavisinin temel hedefi manik ve depresif dönemlerin sayısını azaltmaktır. Hastanın dönem sayısı ne kadar fazla olursa, belirtilerin tedaviye dirençli hâle gelmesi ihtimâli de o kadar artacaktır. Tedavide amaçlanan, atakların sıklığını ve şiddetini azaltmaktır. Bipolar bozuklukların tedavisi akut dönem ve koruyucu tedaviden oluşmaktadır.

a) Akut tedavi: Akut maninin tedavisinde tipik antipisikotiklerden risperidon, atipik antipisikotiklerden olanzapin ve ketiapin; eski antipsikotiklere göre yan etkileri daha az olup taşkınlık nöbetinin sağıltımında etkili ilaçlardır. Maninin yardımcı tedavisinde nöroleptiklere bir seçenek olarak benzodiazepinler [klonozepam (rivotril), lörozepam (ativan)] kullanılabilir. Dönemin yeniden canlanmasını önlemek amacıyla sağaltım 3-6 ay daha sürdürülmelidir. Hipomanik dönemde belirtiler, genelde ayaktan sağaltımı olanaklı kılacak kadar hafif görünmektedir. Depresif dönem iyileştikten sonra var olan tedaviye 2-6 ay daha devam etmek gerekir.

b) Koruyucu tedavi: Bipolar bozukluklar, büyük oranda yineleyici özelliktedir ve koruyucu sağaltıma gerek duyulabilmektedir. Ayrıca özkıyım riski, hastalık dönemlerine eşlik

eden alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi eş zamanlı hastalıkların varlığı ve dönemler arası kişiler arası sorunlar yaşayabileceği için koruyucu tedavi gereklidir. Koruyucu tedavi duygudurum dengeleyici olduğu kabul edilen ilaçlarla yapılır. Koruyucu sağaltıma başlama zamanı ve koruma tedavisinin ne kadar süreceği size bağlıdır. Uzun süreli koruyucu bir ilaç başlanmadan önce ve ilacın kullanımı sırasında belirli laboratuvar değerleri izlenmelidir.

- **BİPOLAR BOZUKLUKTA PSİKOTERAPİ YÖNTEMLERİ**

İlaçların yanı sıra, psikososyal tedaviler bipolar bozukluğu olan insanlar ve ailelerine destek olma, eğitme ve rehberlik yaparak faydalı olur. Psikososyal müdahaleler hastanın birçok konuda daha iyi işlev görmesini, tedaviye uyumlarının artmasını, duygudurumunun düzelmesini, daha az hastanede yatmasını sağlamıştır.

Bipolar bozukluk için uygulanan psikososyal programlar; psikoeğitim, sosyal beceri kazandırma, davranışçı aile terapileri, sözel iletişim becerilerini geliştirme, tedaviye uyum programı, destekleyici terapiler, bilişsel terapiler ve aile desteğinin sağlanmasına yönelik bilinçlendirme terapilerinden oluşur.

****Sosyal beceri eğitimi***, daha çok, gruplara uygulanan; konuşmaya başlama, dinleme, eleştiri alabilme, eleştiri yapabilme, girişimcilik gibi toplumsal davranışların öğretilmesini ve kendine bakım, yemek pişirme gibi günlük gereksinimlerin karşılanabilmesini amaçlar.

****Davranışçı aile terapisi*,** hem hastanın yaşam stresini azaltmak hem de aile üyelerinin hastalıkla başa çıkmasıyla ilgili programları içerir. Bu terapinin temel amacı, ailenin hastalık etiyolojisi ile ilgili olarak, yaşayabilecekleri olası kendini suçlama duygularını engellemek ya da azaltmaktır; dinleyebilme, eleştiri kaldırma, eleştirebilme, duyguları hakkında konuşma gibi davranışlar öğrenilir. Hastalığa bağlı ortaya çıkan ya da hastalığa bağlı olmayan aile içi sorunları çözmek konusundaki beceriler geliştirilir.

****Bilişsel davranış terapisi***, bipolar bozukluğu olan insanların hastalıkla ilişkili uygunsuz veya negatif düşünce yapılarını değiştirmelerine yardımcı olmak için geliştirilmiştir.

****Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi***, bipolar bozukluğu olan kişilere insanlarla ilişkilerini geliştirme ve günlük işlerini bir düzene koymada yardımcı olur. Düzenli günlük rutinler ve uyku planları ile manik ataklara karşı korumada da faydalı olabilir.

****Psikoeğitim***, psikiyatrik bozukluğu olan hastalara ve ailelerine; hastalığın doğası, seyri, tedavi seçenekleri, hastane ve topluma dayalı hizmetlere nasıl ulaşılacağı yolunda bilgilendirilmeleri ile birlikte hastalık ve buna bağlı sorunlarla başa çıkma yeteneklerini de

kazandırmak için kullanılır. Hem hastanın hem de ailenin hastalığı daha iyi anlamalarını sağlamak, davranış ve tutumlarını düzeltmek yolu ile hastanın hastaneden çıkışı sonrasında sosyal yaşama uyumu, toplum içinde tedavinin sürdürülmesi, işlevselliğe olumlu katkılarının olması amaçlanır. Psikoeğitim yalnızca hastalara değil, aynı zamanda aileye, hasta için önemli diğer kişilere ve bakım verenlere de uygulanabilir. Bu konuda hasta ve ailesine yönelik, hastalık hakkında temel bilgi, hastalığın tedavisi ve bu hastalıkla en iyi nasıl yaşanacağına dair kılavuzlar vardır.

Psikoterapi Almak İçin Kimlere Başvurabiliriz?

Psikoterapist; psikoterapi yapan; bireylerle, gruplarla, çiftlerle ya da ailelerle onların ruhsal sıkıntılarına çözüm getirmeleri için işbirliği içinde çalışan kişidir. Hekim, psikolojik danışman, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı gibi ruh sağlığı profesyonelleri, lisans eğitimlerinin üstüne, belli bir psikoloji eğitimi ve süpervizyon aldıktan ve belli sayıda terapi yapmış olduktan sonra terapist olabilirler.

Psikoterapi; sözel ve sözel olmayan iletişime dayanan yollarla zihinsel ve duyumsal bozuklukların tedavisidir. Psikososyal gelişmedeki duraklamaları çözümlemek, bireyin daha bütünlüklü bir yaratıcılıkla kendini gerçekleştirmesini ve çevresiyle daha doyumlu ilişkiler kurabilmesini sağlamaktır. Zihinsel ve duygusal sorunları olan ve bu sorunlarla baş etme gücü yetersiz kalan kişilere, belli bir amaç ve plan doğrultusunda, belli teknik ve yöntemlerin, uzman kişilerce uygulandığı, profesyonel bir yardım hizmeti sürecidir.

Psikoterapi sorunun niteliğine göre bireysel, çift/evlilik terapisi, aile terapisi, ya da grup terapisi şeklinde uygulanabilir.



EĞİTİM PROGRAMLARINA KATILMAK, HASTA BİREYLERİN HASTALIKLARIYLA DAHA İYİ BAŞEDEBİLMELERİNİ VE DOLAYISIYLA YAŞAM KALİTELERİNİN ARTMASINI SAĞLAR.

- **ELEKTROKONVÜLSİF TEDAVİ**

Halk arasında hakkında oldukça olumsuz düşünceler ve yanlış inanışlar var olmasına karşın Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) özellikle şiddetli depresyonda hayat kurtarıcı, güvenilir ve etkili bir tedavidir. Özellikle önceden başarısızlıkla sonuçlanmış antidepresif ilaç kullanımı varsa, antidepresif ilaçlarla birlikte sakıncalı olabilecek başka ilaçlar kullanılmaktaysa, ayrıca gebelerde ve yaşlılarda EKT güvenle uygulanabilir. Bazen ilaçlara yanıt alınamayan manik

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

dönemde de kullanılabilir. Tedaviye yanıt vermeyen bipolar bozukluğu olan hastaların koruma tedavisinde de yeri olduğu gösterilmiştir.

- **TEDAVİYİ BIRAKMA NEDENLERİ**

Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık olarak yarısı tedavilerini ilk yıl terk eder ve çoğu daha sonraki aylarda bırakır. Neredeyse her 10 hastanın 7'si hayatlarının bir döneminde ilacı bırakır ve her 10 hastanın 9'u bırakmayı ciddi şekilde düşünür. Diğer taraftan, tedaviyi kesmek tekrarlamaların en yaygın tetikleyicisidir.

En sık öne sürülen ilacı bırakma nedenleri şunlardır;

- İlaç aldığı halde kişinin kendini kötü hissetmesi,
- İyileştiğini düşünüp kendi kendine ilaç bırakma,
- Kendisinin normal olduğunu tedaviye gerek olmadığını düşünerek ilacını almama/Hasta olduğuna inanmama
- Bir kimsenin herhangi bir ilaç almak zorunda kalmadan bipolar bozukluğu kontrol altına alabileceğine inanması
- Hastalığı reddetme,
- Yan etkileri gözünde büyütme,
- Uzun vadede sonuçlarından korkma,
- İlaçlar hakkında yanlış inanışlara sahip olma ("o bağımlılık yapar", "seni aptallaştırır" vb.),
- Bir kimsenin ötimik dönemlerinde iyi olduğu hissine kapılarak bozukluğun kronik karakterini anlamaması,
- Bir hipomanik veya manik evrenin başlamasıdır.

Lityum ve genelde duygudurum dengeleyiciler birçok vakada tekrarlamayı önleyebilir, fakat bu amaçla her hangi bir alımı atlamadan doğru şekilde alınmalıdır. Bir kimse kendini kötü hissetmeye başladığında, lityum alma taktiğini kullanmak genelde bir tekrarlamaya yol açar. Çünkü o çok yavaş tesir gösteren bir ilaçtır. Duygudurum dengeleyicilerini düzenli almak uzun dönemde normal ruh halini garanti eder ve bu da neticede daha iyi bir yaşam kalitesi sağlar.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

AİLENİN TUTUMU TEDAVİYE BAĞLILIĞIN SÜRDÜRÜLMESİNDE HAYATİ ÖNEM TAŞIR VE BU TUTUMUN OLUMLU OLMASI İÇİN HASTANIN ÇEVRESİNİN BİPOLAR BOZUKLUK VE TEDAVİSİ HAKKINDA BİLGİLİ OLMASI GEREKİR.

HASTANEYE YATIŞTA AİLENİN HASTANIN YANINDA OLMASI, ONA DESTEK VERMESİ HASTA BİREYİN HASTALIĞINI KABULLENMESİNİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ YANITI OLUMLU YÖNDE ETKİLER.

- **TEDAVİYE UYUM**

Uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir. Tedaviye uyum kontrollere düzenli gelmeyi, tedavi programını tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı ve önerilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirir. Tedaviye uyumsuzluk ilacın doktor tarafından önerilen dozda kullanılmaması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeni ile ortaya çıkabilir. Tedaviye uyumsuzluk; hastaneye yeniden yatış sayısını arttırmaktadır. Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak yaşam kalitesi düşmektedir. Tedaviye uyumsuzluk ayrıca, hastalıkların şiddetini ve tedavi masraflarını arttırmaktadır. Tedavinin olumlu etkilerinin ortaya çıkması ve bunların sürdürülmesi sunulan ilaç dâhil tedavi programına uyulması ile mümkündür.

HASTA BİREYİN HASTALIĞINI VE İLAÇLA YAŞAMAK DURUMUNDA OLDUĞUNU KABULLENMESİ TEDAVİYE UYUM SAĞLAMADA BÜYÜK ÖNEME SAHİPTİR.

AİLENİN HASTA BİREYE DEĞİL TEDAVİYE ODAKLANMASI TEDAVİYE UYUMU OLUMSUZ ŞEKİLDE ETKİLEMEKTEDİR.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

3. BİPOLAR BOZUKLUKTA KULLANILAN İLAÇLAR, ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ

- DUYGUDURUM DENGELEYİCİ İLAÇLAR EKİLERİ VE YAN ETKİLERİ



Duygudurum dengeleyici ilaçlar; ruh halinin dengesini koruyan ilaçlara duygudurum dengeleyici ilaç denir. Bipolar bozukluğu olan hastaların yaşamları boyunca bu tip ilaçlar almaları gerekir ve bunların amacı sadece yeni atakların meydana gelmesini önlemek değil, aynı zamanda ortaya çıkan yeni bir atağın şiddetini ve süresini azaltmaktır.

Lityum: Duygudurum dengeleyicileri arasında, başka herhangi bir komplikasyon tipi olmayan "katışıksız" bipolar bozukluğun tedavisinde en çok yazılan ilaçtır. Lityum güçlü bir önleyici etkiye sahiptir, özellikle de manik atak konusunda. Lityum aynı zamanda ataklar arasında birçok hastayı etkileyen duygudurum dengesizliğinin azaltılmasına yardımcı olur. Diğer taraftan, onun intiharı önlemedeki faydasını da vurgulamamız gerekir; bununla beraber, bu ilacı aniden kesmek tekrarlamayı hızlandırabilir. Bu yüzden bırakma – psikiyatr tarafından karar verildiğinde – her zaman aşamalı olmalıdır. Tedaviyi aniden bırakmak ve psikiyatrın direktiflerini takip etmemek ileride ilaca direnç gelişmesinin bir sebebi olabilir; başka bir deyişle, tedaviye tekrar başlanıldığında ilaç artık hasta birey için yeterli olmaz.

Lityumun en sık karşılaşılan yan etkileri;

*Titreme (özellikle ilk haftalarda),

*Ishal,

*Idrara çıkma,

*Sıvı içme ihtiyacında artış, ve sıvı tutulmasıdır. Daha seyrek olanlar ise sivilce ve sindirim sistemi bozukluğudur (kabızlık, ishal, mide şişkinliği vb.).

Duygudurum dengeleyiciler olarak kullanılan ilaçların geri kalan kısmı genellikle antikonvülsanlardır; yani epilepsi tedavisi için yazılan ilaçlardır. Duygudurum dengeleyici olarak kullanılan bazı ilaçların epilepsi tedavisinde kullanılması bipolar bozukluğun epilepsi hastalığı olduğu anlamına gelmez. Kullanılan antikonvülsan duygudurum dengeleyiciler arasında temel olanlar; valproat, karbamazepin, oksarmazepin ve lamotrijin dır.

Valproat: Normal ruh halinin korunmasında etkili bir ilaçtır ve büyük antimanik

etkiye sahiptir. Aynı zamanda karma evrelerde ve hızlı dönüşümün tedavisinde de etkili olabilir. Yan etkiler arasında kilo artışı ve daha nadir olarak saç yapısında değişiklik veya saç kaybı yer alır.

Karbamazepin: Çok kullanılan diğer bir duygudurum dengeleyici ilaç karbamazepin'dir. Hızlı döngülü vakalar dahil bipolar bozuklukta tekrarlamayı önlemede etkili olmuştur. Aynı zamanda düşüncesizce hareket etmeyi tedavi eden iyi bir ilaçtır. Genel olarak, bazı vakalarda görme sorunlarına (çift görme), aşırı yorgunluğa ve idrar yapma güçlüğüne sebep olsa bile karbamazepin önemli yan etkilerle ilişkili değildir. İstisnai vakalarda kan sodyum seviyelerinde düşüşe sebep olur (hiponatremi). Hiç şüphesiz bu çok yararlı bir ilaçtır, fakat başka ilaçlarla birçok etkileşime girer bu yüzden eğer hastalar bunu alıyorsa doktor yeni bir ilaç yazarken bunu doktora söylemeleri gerekir. Her zaman dikkate alınması gereken bir etkileşim ise, doğum kontrol hapı alan hastalarda meydana gelen etkileşimdir Çünkü karbamazepin bu ilaçların etkinliğini azaltır ve bu nedenle hamileliğe karşı koruma sağlanamaz. Oksarmazepin, karbamazepin'in geliştirilmiş bir formudur; her ne kadar daha az yan etkiye sahip olsa da aynı zamanda kan sodyum seviyelerinde düşüş (hiponatremi) riskiyle bağlantılıdır.

Lamotrijin: Depresif atakları önlemede en etkili ilaçtır. Fakat manik veya karma atakları önlemede daha az etkilidir. Lamotrijin'in en yaygın yan etkisi deride bir alerjik reaksiyonun ortaya çıkmasıdır (deride kırmızı noktalar, ekzama veya deri döküntüsü olarak bilinir); bu vakaların çoğunda şiddetli değildir. Eğer mukozada (yani, dudaklarda) benekler veya sivilceler ortaya çıkarsa hemen bir psikiyatra danışmanız gerekir. Çünkü daha ciddi bir komplikasyon olabilir. Duygudurum dengeleyici olarak kullanılan başka bir ilaç olan lamotrijin hızlı döngü tedavisinde yararlıdır.

Olanzapin: Koruyucu ilaç olarak çok uygundur, özellikle de mani'yi önlemede. Şayet karma, hipomanik veya manik safha başladığında kullanılırsa oldukça fazla yarar sağlamaktadır.

- **ANTİMANİK İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ**



Bir manik veya hipomanik evre tedavisi çoğunlukla belirtilerin yoğunluğuna dayanır. Bozukluğun teşhisini erken ortaya çıkarmak; bozukluğun ilerlemesini önlemede ve bunun sonucu olarak hastaneye

yatmayı önlemede ve son farmakolojik gelişmelere rağmen ortaya çıkan bütün yan etkiler dahil özellikle fazla tedaviden kaçınmada esastır.

Antimanik İlaçlar:

Neroleptik veya Klasik Antipsikotikler: Klasik nöroleptikler onlarca yıldır her türlü manik atağın tedavisinde kesinlikle gerekli bir ilaç olmuştur, mani tedavisinde en direkt ve hızlı etkili ilaçlardır. Adından anlaşılacağı gibi klasik antipsikotikler, psikotik belirtilerin (örneğin, sanrı ve halüsinasyonlar) tedavisinde yararlıdır, gösterişli düşünmenin azaltılmasına yardımcı olur, ajitasyonu ve sinirliliği başarılı bir şekilde kontrol altına alır, düşüncenin seyrini (yani, mani ve bazı hipomanilere özgü olan hızlı düşünmeyi yavaşlatır) ve içeriğini normalleştirir.

En sık görülen yan etkileri şunlardır;

- Adale sertliği,
- Titreme,
- Tiklerin ortaya çıkması,
- Üzüntü duygusu,
- Bacaklarda huzursuzluk (akatizi)
- Çeşitli antikolinerjik etkiler (ağız kuruluğu vb).

Yeni Antimanik İlaçlar: Yeni antimanik ilaçlar veya atipik antipsikotikler, haloperidol'ün tedavi edici özelliklerini ortaya çıkarmak ve yan etkilerini düzeltmek için özellikle son on yıl içinde kullanılmaya başlanmış ilaçlardır. Atipik antipsikotiklerin çoğunun faydası koruyucu tedavide ortaya çıkmıştır. Bunların bir kısmının, mesela olanzapin veya ketiapin gibi, hastalığın depresif evresinde yararlı olduğu gösterilmiştir. Aşağıdakiler temel yeni antimanik ilaçlar arasındadır;

- ***Olanzapin:*** Bu, daha çok bilgiye sahip olduğumuz yeni antimanik ilaçlardan biridir. Mani tedavisinde çok faydalı bir ilaçtır ve koruyucu tedaviye çok uygundur. Aynı zamanda bazı depresif evrelerin tedavisine yardımcı olur. Çok az yan etkiye sebep olur ve genelde bütün hastalar tarafından iyi tolere edilir. Tek muhtemel yan etkisi onun genellikle kilo artırmasıdır.

- ***Ketiapin:*** Bu belki de risperidon ve olanzapin'den daha az yan etkiye sahip, daha az kilo aldıran ve özellikle hiç cinsel fonksiyon bozukluğuna sebep olmayan atipik bir antimanik ilaçtır. Bazı vakalarda kan basıncını düşürebilir bu yüzden düşük tansiyonu (hipotansif) olan hastalarda kullanılmaz. Başka bir yan etkisi uykululuktur. Bu aynı zamanda bir duygudurum dengeleyici olarak bazı bipolar depresyon tiplerinde faydalı olabilir.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

- ***Risperidon:*** Yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır, çok faydalı bir antimanik ve güçlü bir antipsikotiktir. Aynı zamanda koruyucu tedavide düşük dozlarda kullanılır ve özellikle hızlı döngünün önlenmesinde yararlıdır. Yan etkileri çok daha hafif olmasına rağmen haloperidol'ünkilere benzer. Kilo almaya olanzapin'den daha az sebep olur. Ayrıca hormon değişikliklerine de sebep olabilir.

- ***Diğerleri:*** Mani tedavisine yavaş yavaş yeni atipik antipsikotikler girmektedir (ziprasidon veya aripiprazol). Bu ilaçlar şu ana kadar mevcut ilaçlara yeterince yanıt vermemiş birçok hastanın uygun tedaviden yararlanmasına olanak verecektir. Bu iki yeni ilacın mevcut ilaçlardan daha az sedasyona sebep olması beklenmektedir.

***Benzodiazepinler:** Manik ve hipomanik evrelerin tedavisinde en yaygın kullanılan hipnotik (uyumayı kolaylaştıran) ilaç klonazepam'dır. Fazla anksiyete, ajitasyon, sinirlilik veya uykusuzluk sergileyen hastalarda çok yararlıdır.

- **ANTİDEPRASAN İLAÇLAR ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ**



Manik atak tedavisinin tersine depresif evreleri tedavi edecek birkaç alternatif mevcuttur. Antidepresanlar, bipolar depresyonun tedavi edilmesinde oldukça faydalıdır. En yaygın kullanılan antidepresanlar arasında aşağıdakiler yer alır;

***Trisiklik Antidepresanlar:** Bipolar depresyon tedavisinde en hızlı ve yararlı ilaçlardır, fakat çok fazla yan etkiye sahiptir ve evrede bir değişikliğe sebep olma riskleri yüksektir. Bazı hastalar kendilerini uyarılmış hissetseler bile hastaların çoğunda sakinlik meydana getirme eğilimindedir. Sıklıkla hipotansiyona sebep olurlar. Bazen tedavi sırasında kilo alınır. En yaygın kullanılanlar imipramin ve klomipramin' dir.

***Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI lar):** Bu ilaçlar trisiklikler kadar faydalıdır. Daha az yan etkiye sahiptir. Mani veya hipomani'ye yol açma potansiyelleri daha azdır. Bu yüzden bipolar depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaç grubudur. Tedavinin başında ortaya çıkan yan etkileri sıklıkla hafif sindirim sistemi rahatsızlığı ve cinsel fonksiyon bozukluğudur. En çok kullanılan SSRI ların bir kısmı fluoxetin paroxetin, (bunlar daha çok büyük anksiyete elemanlı depresyonlarda kullanılırlar) ve son olarak sertralin ve kitalopram'dır.

***Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI):** Büyük yararlarına rağmen bunların kullanımı nispeten sınırlıdır. Çünkü yaygın kullanılan birçok ilaçla (yani, soğuk algınlığı

tedavisinde kullanılanlar) etkileşime girer. Aynı zamanda tiriyamin içeriği yüksek fermente edilmiş yiyeceklerle de etkileşime girer. Bundan dolayı hasta bireyin özel bir diyet takip etmesi gerekir. Buna dikkat edilmemesi durumunda hipertansif kriz, serebral kanama veya enfarktüs ortaya çıkabilir. Sonuç olarak, MAOI lar alan bir hastanın aşağıdaki yiyeceklerin hiçbirini yememesi gerekir; sucuk, fermente edilmiş peynir, şarap ve bira, turşu, sirkeye ve salamuraya yatırılmış yiyecekler, konserve yiyeceklerin çoğu, avokado inciri, muz, havyar, karides, kurutulmuş balık, tütsülenmiş et veya balık ve önceden pişirilmiş yiyecekler.

En yaygın MAOI ların bazıları tranylcypromine ve pnenelzine dir. Moklobemi de gıda etkileşim riski sergileyen bir MAOI dır.

**Selektif Serotonin ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SSNRI lar):* Bunlar en son kullanılan antidepresanlardır. Bunların etkileri SSRI' larınkinden daha güçlü olabilir. Mani'ye yol açma potansiyelleri SSRI' lerinkinden daha yüksek olsa bile bunların yararlılık bakımından trisiklik'lere eşit oldukları ve aynı zamanda yan etkilerle daha az ilişkili oldukları düşünülebilir. Şu an mevcut olan SSNRI venlafaksin'dir. Ciddi kilo alımına ve sedasyona yol açtığı görülen mirtazapin de SSNRI grubu ilaçlardandır.

**Lamotrijin:* Antidepresan etkisi genellikle yavaştır, çok güvenlidir çünkü mani'ye yol açma potansiyeli neredeyse sıfırdır.

İlaç Tedavisinin Olumlu Etkileri:

- Uykunun düzene girmesi,
- Kendini kabul, hasta olduğunu kabul etme,
- İşlevselliğin artması,
- Atakların olmaması.

BAŞKA DOKTORLAR SİZE İLAÇ REÇETE ETTİĞİ ZAMAN DOKTORUNUZU ARAYINIZ VE İLAÇ ETKİLEŞİMİ OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ.

DOKTORUNUZUN TAVSİYESİ DIŞINDA İLAÇ KULLANMAYIN, İLAÇLARIN DOZUNU ARTIRIP AZALTMAYIN. İSTENMEYEN ETKİLER ORTAYA ÇIKARSA DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

4. TEDAVİYLE İLGİLİ PROBLEM ÇÖZME VE STRESLE BAS ETME STRATEJİLERİ

• PROBLEM ÇÖZÜMLERKEN VEYA KARAR VERİRKEN KULLANILACAK YÖNTEMLER

Problem: Bir şeyi yapmak istemediğimizde beklenmedik bir şekilde karşımıza çıkan, hedefe varmamıza engel olan durumlardır. Hiç problem olmaması mümkün değildir. Aslında, hayat genellikle tatmin anlarıyla (çoğunlukla bir problemi çözmekle ilgilidir) yer değiştiren küçük veya büyük problemleri çözmekten ibarettir.

Tanı konmuş veya konmamış herkesin en basit sorudan (Bugün ne giysem? Kahvaltıda ne yesem? İşe hangi yoldan gitsem?) en karmaşık (Bir işçi çıkarsam mı? Evi taşısam mı? Boşansam mı? Okulda kalsam mı?) kararlara kadar her gün birçok sorunu veya karar verme durumu olur. Karmaşık kararlar çok stresli olabilir. Karar veren kişinin yaşam kalitesini bozabilir. Bipolar bozukluğu olan bir kişide anksiyete ve uykusuzluk dönemini tetikleyebilir. Bir atağın ortaya çıkmasına yol açabilir. Tipi ne olursa olsun atak dönemlerine girdiğinizden şüphelendiğinizde veya bundan emin olduğunuzda hiçbir şekilde önemli kararlar almamanız gerektiğini unutmayınız. Birçok bipolar bozukluğu olan kişiler problem çözümlerken veya karar verirken güçlük çeker. Bu yüzden birkaç püf noktası öğrenmek faydalı olabilir.

Karar verirken kullanılacak yöntemler aşağıdaki gibidir;

a) Akılda tutulacak ilk şey şudur; sorunların veya önemli kararların çoğu yavaşça alınmalıdır. Acelecilik ve dürtüsellik kötü rehberlerdir. Problem çözme planımızdaki ilk adım bir probleme aceleci cevap verme eğilimini sınırlamaktır. Önemli bir karar verirken mümkün olduğunca kendinize zaman tanımalısınız.

Bu sizin aşağıdakileri yapmanıza olanak verir;

- Problem hakkında gerçekçi bilgi toplamanıza,
- Uyuşmazlığı anlamanıza, yani "şimdi neredeyim" ile "nerede olmak istiyorum" arasındaki farkı, değişiklik koşullarının neler olduğunu ve yolda hangi engellerle karşılaşacağınızı anlamanıza,
- Gerçekçi, somut amaçlar tanımlamanıza,
- Kısa ve uzun vadede yararları ve zararları değerlendirmenize.

b) Karar verme veya problem çözümlemedeki ikinci adım olduğunca çok yanıt üretmektir. Bu cevapları üretmek için "beyin fırtınası" adı verilen teknik kullanılır.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

Bu teknikte üç temel kural vardır;

***1- Sayı prensibi*;** mümkün olduğunca çok çözüm üretmek,

2- ***Yargılamayı erteleme prensibi;*** her şey eşit geçerliliktedir. Burada ürettiğiniz alternatiflerin kalitesini veya olası yararını değerlendirmeye çalışmıyorsunuz, çünkü bu üçüncü basamaktır.

3- Çeşitlilik prensibi; alternatifler mümkün olduğunca çok renkli olmalı, gelenekçilikten ve diğerleriyle aynı doğrultuda giden alternatifleri tekrarlamaktan kaçınılmalıdır.

c) Üçüncü basamak üretilen tüm yanıtlardan en uygun yanıtı seçecek bir prosedür yapmaktır. Şimdi uzun çözüm listesinden en düşük maliyete en çok yarar sağlayan çözümü seçin. Çözüm, amaçlara ulaşmada etkili olmalı ve aynı zamanda yapılabilir olmalıdır. Üretilen her alternatifi aşağıdakilere karşı değerlendiriniz;

*Bu alternatifin problemi çözme olasılığı (şayet bu zor olursa bir puan verebilirsiniz),

*Onun ürettiği duygusal yanıt; anksiyetenizi azaltıyor mu, size rahatlık hissi veriyor mu?

*Onun gerektirdiği zaman ve çaba,

*Uzun vadede etkileri.

Şayet bu faktörlerin her birine puan vermişseniz, hangi çözümün en çok elverişli olduğunu görmek için yalnızca puanları eklemeniz gerekir. Şüphesiz ki bu karar vermenin çok mekanik ve yapay bir yoludur ve sadece anksiyeteyi azaltacak kontrollü bir karar verme biçimi sunar.

- **PROBLEM ÇÖZME AŞAMALARI**

1. Dur ve düşün: Problem nedir?
2. Sorunun çözüm yolları nelerdir?
3. Seçenekleri avantaj ve dezavantajlarıyla değerlendir.
4. Bir ya da daha fazla seçeneği seç ve uygulamayı planla.
5. Çözüme ulaşmak için hangi kaynaklara ihtiyacın olacak, bunları nasıl sağlayacaksın?
6. Seçtiğin çözümü uygulamak için bir zaman seç ve bunu YAP!

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

• STRES KAVRAMI

Stres kavramı, geniş bir anlama sahip terimlerden biridir. İnsanların çoğu stres terimini birkaç sorunlu aktivitede takılıp kalmak olarak anlar. Stres, vücudun iç ve dış ortamdaki herhangi bir değişikliğe verdiği otomatik yanıttır; bu vücudu yeni durumun ürettiği olası talepleri karşılamaya hazırlayan bir yanıttır. Bu, psikolojik, motor ve kavrama aktivasyonu seviyesinde anlamlı bir artış anlamına gelir. Dolayısıyla, stres hem uyarıcıya hem de onun kişi tarafından algılanışına ve kişinin onunla başa çıkma kaynaklarına dayanır. Bazı uyarıcılar bazı insanlar tarafından gayet stresli yaşanır, buna karşılık başkalarında gayet sıradandır. Örneğin; halka hitap etmek veya çok hızlı araba kullanmak bu alanlardaki profesyoneller için kesinlikle stresli olmazken başka biri için stresli olabilir.

Strese verilen psikolojik yanıt genellikle psikolojik aktivasyon içerir ve üç safhadan oluşur;

A. Alarm safhası; olası eylem için yoğun, ani fizyolojik aktivasyon sağlayan kaynaklar. Eğer stresli ortamın üstesinden gelinirse genelde aktivasyon sendromu sona erer; eğer gelinmezse bunu B evresi takip eder.

B. Direnme safhası; aktivasyon A evresindekinden daha az sürer, fakat normalden fazladır. Eğer stresli ortamın üstesinden gelinirse genelde aktivasyon sendromu sona erer; eğer gelinmezse bunu C evresi takip eder.

C. Bitkinlik safhası; vücut kaynaklarını tüketir ve aktivasyon kapasitesini aniden yitirir.

• STRESİN HASTALIK ÜZERİNE ETKİSİ

Devam eden bir stres ortamı herkes için aşırı derecede zararlı sonuçlar doğurur özellikle de bipolar bozukluğu olan kişide bu zararlı sonuçlar çok daha fazladır. Stres iki yolla ataklara yol açabilir.

1- Doğrudan; fizyolojik değişimin kendisi hormonlarda ve sinir iletilerinde değişikliklere sebep olur bu da ataklara yol açar.

2- Dolaylı olarak; stres uyku gibi temel alanlara olumsuz etki yapar ve bu da neticede ataklara sebep olur.

Stresörün işaretinin (olumlu veya olumsuz) her zaman atağın işareti olması gerekmediğini belirtmek önemlidir; gayet olumlu bir uyarıcı bir depresif evreyi tetikleyebilir ve gayet olumsuz bir uyarıcı manik evreye zemin hazırlayabilir (bir sevdiğinin ölümünden sonra manik evre başlayan hastalar olayında olduğu gibi).

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

Stresin bir tekrarlamaya sebep olmadan önce, durdurmaya veya hafifletmeye çalışılması önerilir. Bunu yapmanın birçok tekniği vardır.

- **STRESLE BAŞETME YÖNTEMLERİ**

Stresle Nasıl Başa Çıkılır?



- İş yükünü azaltın.
- Daha çok egzersiz yapın (Manik ve hipomanik dönem hariç).
- Rahatlamak için kendinize zaman ayırın.
- Sorumluluklarınızı paylaşın.
- Tartışmalardan uzak durun.
- Hobilerinize daha fazla zaman ayırın.
- Stresle baş edebilmek için önceliğinizi kendinize verin.
- Özel bir hobiniz yoksa kendiniz için yeni bir hobi edinmeye çalışın. Yemek pişirme, spor ve egzersiz, bahçe işleri ile uğraşma, evcil hayvan besleme, kitap okuma, müzik dinleme, fotoğraf çekme veya çeşitli kurslara katılma (el işi ve sanat kursları, okuma kulüpleri vs) ne dersiniz?

Gün 24 saat. Bu 24 saat içerisinde sizi mutlu eden ve size huzur veren bir şeylerle uğraşmalısınız. Bu uğraşlar için kendinize zaman ayırmalısınız.

Çoğu kişi, yaşamlarında yoğun stres altında olduklarını söyler. Çoğu uzman da, bipolar bozuklukta stresin manik veya depresif dönemleri tetikleyebileceği kanısındadır. Hayatınızda stresi ortadan kaldırmak için önceliği kendinize vermelisiniz.

Stresli veya travmatik olaylar da bipolar bozukluğun ilk atağının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu kimi zaman ailede görülen bir ölüm, işini kaybetmek, doğum veya taşınma gibi olaylardır.



UNUTMAYIN Kİ, SİZİ NELERİN STRESE SOKTUĞU HAKKINDA KONUŞMANIZ, STRESTEN KURTULMANIN İLK ADIMIDIR. DUYGULARINIZI ARKADAŞLARINIZLA, AİLENİZLE VE DOKTORUNUZLA PAYLAŞIN.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

5. BİPOLAR BOZUKLUKTA HASTAYA/HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇ, TUTUM VE DAMGALAMA

- **BİPOLAR BOZUKLUK İLE İLGİLİ YANLIŞ İNANISLAR**

YANLIŞ OLAN	DOĞRU OLAN
1- Doktorların ya da toplumun uydurması.	**1**- Neyin normal neyin anormal olduğu tartışmalı bir konudur ama bipolar bozukluk o kişinin kendi normal davranışlarının değişmesi olduğu için, bu tartışma geçersizdir. Elbetteki hepimiz neşeli ve hareketli olmayı, kederli ve durgun olmamayı isteriz. Ancak, hepimiz bu hallere de gireriz. Bunlar ancak o kişinin kendi normal çizgisinin dışına çıktığı ve belli bir şiddetin üzerine çıkıp, yaşamı bozmaya başladığında bir hastalık olarak ele alınır.
2- Yalnızca ülkemizde görülür.	**2**- Bipolar bozukluk dünyanın her yerinde benzer oranda görülmektedir.
3- Çağımızın hastalığı.	**3**- Bu bozukluğun insanın varoluşundan beri bulunduğu ama tanınmasının tıbbın ilerlemesiyle mümkün olduğu düşünülür.
4- Fakir ve eğitimsizlerin hastalığı.	**4**- Hastalık, her ekonomik ve sosyokültürel grupta benzer oranda ortaya çıkmaktadır.
5- Kişilik ve karakter zayıflığı.	**5**- Hastalık yapısal özelliktedir, yani o kişinin yapısında bulunmaktadır ve kişilik veya karakter gücüyle ilgisi yoktur. Herkeste belli derecelerde var olan bipolar özelliklerin, bazı kişilerde yüksek derecede bulunduğu ve bir hastalık şeklinde ortaya çıkabildiğini düşünebiliriz.
6- Sizin sebep olduğunuz bir hastalık, yanlış bir şey yaptınız; ya da anne-babanızın davranışlarındaki hatalar buna yol açtı.	**6**- Hastalığın sizin ya da ailenizin yaptığı davranış hatalarıyla ilgisi yoktur. Genetik ve yapısal özelliklerle bağlantılıdır.
7- Kapasiteyi yok eden yıkıcı bir hastalık.	**7**- Bipolar bozukluk, koruma tedavisi başarıyla yapılabilen bir hastalıktır. Birçok hastada koruma tam başarıya ulaşmakta ve hastalar bir daha hastalanmadan

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

	kalabilmektedir. Ancak, koruma tedavisini sürdürmeyen hastaların çoğunda sonuç gerçekten yıkıcıdır, yani yaşam hedefleri büyük ölçüde ulaşılamaz hale gelmektedir.
8- İlaçla değil, psikanalizle iyileşir.	**8**- Hastalığın temel tedavisi, bir psikiyatrın kontrolünde, çok titiz ve düzenli ilaç kullanımıdır. İlaçsız tedaviler (psikoterapiler) ise, ilaç tedavisine ek olarak kullanılır.
9- İlaçsız kontrol edilebilir, bu bir kişilik gücüne bağlıdır.	**9**- Beynin biyolojik çalışma biçiminde güçlü değişme olarak ortaya çıkan bu hastalık, ilaç tedavisi olmadan durdurulamaz. Kişiliğin güçlü olması, hastalığı inkâr yerine, iyi bir tedavi işbirliğinin kurulmasını sağlayacağı için önemli olabilir. Kişilikteki sorunlar tedavinin reddine, ağır kayıplar yaşanmasına, ancak bunlardan sonra tedavinin kabulüne yol açarak, hastaya telafi edilemeyecek ağır zararlar verdirebilir.
10- Stresten kaçarak bu hastalığı yenebilirim.	**10**- Yaşamınızı hastalığı provoke edecek faktörlerden arındıracak şekilde düzenlemek önemlidir ama yetmez. Bu hastalık, mevsimi geldiğinde kendiliğinden ortaya çıkma özelliğindedir. Koruma tedavisinde değilseniz, ortaya çıkması engellenemez.
11- Bir şeye üzüldüğüm için oldu.	**11**- Üzücü olaylar hastalığın başlamasını kolaylaştırır. İlk bir kaç hastalık dönemi, genelde üzücü bir olay ardından gelişir. Ancak, hem bu şart değildir, bir olaysız da başlayabilir, hem de ilk hastalanmalardan sonra hiç bir olay olmadan kendiliğinden tekrarlamaya başlar. Yani, otomatik olarak tekrarlayan bir hastalıktır.
12- Cin, peri, büyü işidir. Hoca tedavisi de gerekir, en azından zararı olmaz.	**12**- Bipolar bozukluk, beyin hücresinin çalışma biçimine bağlı bir beyin hastalığıdır ve psikiyatrlarca tedavi edilir. Metafizik açıklamalarla hiç bir ilgisi olmadığı gibi, bu tip yardım denemeleri, uygulanan akıl ve çağdışı bazı girişimlerle, hastanın ağır zararlar görmesine yol açabilir.
13- Bu hastalık nedeniyle hayattaki hedeflerimden vazgeçmeliyim.	**13**- Bipolar bozukluğu olan kişiler başarılı tedavilerle yaşam hedeflerine ulaşıp, çok başarılı olabilmektedir.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

14- İlaçlar bağımlılık yapar. İlaçlar beni normal halimin dışında biri yapar.	**14-** Bipolar bozukluk tedavisindeki ilaçlar, bağımlılık yapmadan ömür boyu kullanılabilecek özelliktedir. Her ilacın yan etkileri olabilir ama bunlar genelde önemli değildir. Eğer yan etkiler kişinin kapasitesini düşürüyorsa, tedavinin değiştirilmesi gerekir. Ciddi yan etkileri yoktur. Olabilecek yan etkileri doktorlarca sürekli izlenir ve ortadan kaldırılabilir. Kişiyi normal halinin dışına çıkarmazlar ama hastalar hafif manik durumlarını özleyip, ilaçlı hallerini normal saymama hatasına düşebilirler.
15- Bir süre hastalanmadığıma göre artık tedaviye ihtiyaç yok demektir.	**15-** Bipolar bozukluk, şeker ya da tansiyon hastalığı gibidir. İlaçlarla düzeltilerek hastalık yok edilebilir. Ancak, tedavi bırakılırsa geri dönecektir.
16- İlaç aldığıma göre hastayım demektir.	**16-** İnsan hastalanıyorsa hastadır. Hastalanmayan bir kişinin kendini hasta gibi görmesi yanlıştır. Ancak, bu kendini hastalıktan korumadan vazgeçmek anlamına gelmez. Sizin bir hastalığa karşı yatkınlığınız güçlü. Bu nedenle koruma ilacı alıyorsunuz. İlaç aldığınız için hasta sayılamazsınız, çünkü insan bedeni dışarıdan madde almadan yaşayamaz. Bu anlamda yediğimiz içtiğimiz her şey ilaç sayılabilir, çünkü hepsi bedenimizde değişiklik yapar ve atılırlar. Kahve içmeyi ilaç gibi görmüyoruz, neden? Eczanede satılmadığı için.

- **DAMGALAMA**

Damgalama ruhsal bozuklukların tedavi sürecinde önemli bir sorunu oluşturmaktadır. Ruh sağlığı bozulmuş bireyler damgalanma korkusuyla psikiyatrik yardım almakta gecikmekte, ayrıca tedaviyle topluma yeniden katılması beklenen hastalar, damgalanma nedeniyle yine toplumun dışına itilmektedir. Ayrıca damgalama sonucu ruhsal bir hastalık tanısı almış kişiler ve aileleri toplum tarafından bazı hak ve çıkarlardan yoksun bırakılmaktadır. Damgalama bireylerin ve ailelerin mesleki ve sosyal işlevlerini olumsuz yönde etkilemekte; eğitim ve iş edinme gibi olanaklara ulaşmalarını engelleyebilmektedir.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

Tanım olarak damgalama; kişinin toplumun "normal" saydığı ölçütlerin dışında sayılması ve toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından, kişiye saygınlığı azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır.

Damgalama Tutumları

Toplumun ruhsal bozukluklara ilişkin tutumları, hastaları "tehlikeli" ve "ne zaman ne yapacağı bilinmez kişiler" olarak algılamalarıyla ilişkilidir. İnsanların tanı alan kişiye bakış açısı olumsuz yönde değişebilmektedir. Hasta bireyin çevresindeki kişiler görüşmelerini sonlandırabilmekte ve kişilerarası ilişkilerde hasta bireyi dışlayıcı bir tutum sergileyebilmektedir. Bunun dışında hasta birey ile ailesi arasındaki ilişkilerde de olumsuzluklar yaşanabilmektedir. Aile üyeleri hastanın hastalığını kabullenmekte zorluk yaşayabilmekte ve bu da aile içi ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir.

Kişilerin yaşama bakış açısı büyüdüğü çevredeki topluma uygun olarak şekillenir. Bu bakış açısı kişinin olaylar karşısında verdiği duygusal tepkilerini de etkiler. Bu tepkiler bazen pozitif bazen de negatif olur. Kişideki bu tepkiler ve dünya görüşünün bütünleşmesi ile oluşan bakış açısına tutum denir. İnsanlar ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik genellikle negatif tutumlara sahiptirler. Olası negatif damgalama tutumları; cezalandırıcı, saldırgan, etiketleyici, reddedici, dışlayıcı, suçlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı tutumlardır.

Toplumsal Damgalamaya Yönelik Yapılacaklar

- Damgalanma ile mücadeleye yönelik kampanyalar hazırlanır.
- Toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik çalışmalar planlanır.
- Damgalamaya yönelik eğitim programlarına katılım sağlanır.
- Toplumun damgalamaya yönelik bakış açısını değiştirmek için gerektiğinde telefon görüşmeleri yapılır.
- Toplumun damgalamaya yönelik algılarını ortaya çıkarmak için yüz yüze görüşmeler yapılır.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

7. SÖZLÜK:

Anksiyete: İç ya da dış bir tehlike beklentisinden kaynaklanan endişe halidir.

Dürtü: Genellikle bireyi, biyolojik bir ihtiyacı karşılama amacına yönelik bir davranışa iten iç güç anlamında kullanılan bir kavramdır.

Halüsinasyon: Gerçek bir uyaran olmamasına rağmen ortaya çıkan algılamalardır.

Paranoid: Şüpheci ve kuşkucu olma anlamında kullanılan bir kavramdır.

Sanrı (Hezeyan, Delir): Dış gerçekle ilgili hatalı çıkarımlara dayanan yanlış inanışlardır.

Teropatik: Tedavi edici.

EK-17. (devam) Bipolar Bozukluk Tedaviye Uyum Kitapçığı

8. KAYNAKÇA

1- Colom F. Vieta E. Scott J. Psyceducation Manual for Bipolar Disorder, Cambridge University Pres, 2006.

2- Alataş G. Kurt E. Alataş E. T. Bilgiç V. Karatepe. H.T. Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim, Düşünen Adam; 2007, 20(4):196-205

3- Öztürk M.O. Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1, Nobel Tıp Kitapevleri, Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara, 2008.

4- Sanches M. Newberg A.R. Soares J.C. Emerging drugs for bipolar disorder. Expert Opin Emerg Drugs; 2010, 15(3): 453-466.

5- Stahl S.M. Essential Psychopharmacology – Neuroscientific Basis and Practical Applications 3rd Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

6- Gümüş C. F. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalara Uygulanan Bireysel Psikoeğitimin Yineleme Hızı-İşlevsellik Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, 2013.

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

8- Taşkın EO. Türkiye'de Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar Ve Damgalama, Meta Basım Matbaacılık, 1. Baskı, İzmir, 2007.

ÖZGEÇMİŞ



Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : BAŞKAYA, Ebru
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri : 01.12.1988/ BESNİ
Medeni hali : Evli
Telefon : +90 507 769 52 70
e-mail : ebru.kurdal@usak.edu.tr

Eğitim Derecesi	**Eğitim Birimi**	**Mezuniyet Tarihi**
Doktora	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Gaziantep Üniversitesi/ Hemşirelik Ana Bilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Programı	2011
Lisans	Atatürk Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	2009
Lise	Besni Lisesi	2005

İş Deneyimi, Yıl	**Yer**	**Görev**
2013-devam ediyor	Uşak Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Öğretim Görevlisi
2010-2013	Besni Devlet Hastanesi	Hemşire
2011-2012	Besni Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (Görevlendirme)	Öğretmen

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

Kurdal, E., Tanrıverdi, D. ve Savaş, H.A. (2014). The Effect of Psychoeducation on the Functioning Level of Patients With Bipolar Disorder.*West Journal Nurs Res*, 36, 312.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında (Proceedings) Basılan Bildiriler

Sözel Bildiriler

Kurdal, E., Tanrıverdi, D. ve Savaş, H.A. (2012-4 - 7 Ekim). The Effect of Psychoeducation on the Functioning Level of Patients With Bipolar Disorder. *West Journal Nurs Res*, 36, 312. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Herkes için Ruh Sağlığı / Mental Health for Everyone, Erzurum.

Poster Bildiriler

Başkaya, E. ve Demir, S. (2017). *Bilişsel Uyarım Terapisi*. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.

Başkaya, E. ve Demir, S. (2017/16 – 18 March). *A Touch To Lıfe Wıth Magıcal Smıles; Humor Therapy, International Conference on Nursing*. Grand Park Lara Convention Center, Lara – Antalya.

Başkaya, E. ve Demir, S. (2018). *Palyatif Bakım ve Konsültasyon Lizeyon Psikiyatri (Klp) Hemşireliği*. Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi, İstanbul.

Başkaya, E., Kaya, Ç. ve Solmaz, P. (2017). *Çok Kültürlü Danışmanlık.* I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.

Başkaya, E., Kaya, Ç. ve Solmaz, P. (2019). *Yaşlılık Dönemi, Depresyon ve Hemşirelik Bakımı.* Sağlık Bilimleri ve Biyoteknoloji Kongresi, Uşak.

Başkaya, E., Solmaz, P. ve Kaya, Ç. (2018). *Kaybolan Zihinler: Alzheimer Hastalığı.* Uluslararası Sağlık Bilimleri Ve Yaşam Kongresi, Burdur.

Başkaya, E., Solmaz, P. ve Kaya, Ç. 2017). *Bütünleştirici Terapiler*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.

Dörttepe, Ü. Z., Başkaya, E. ve Keser, İ. (2016). *Engelsiz Yaşam Ve Rehabilitasyon Merkezi'nde Çalışanların Tükenmişlik ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi.* IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa.

Gönüllüoğlu, N., Karakoyun, S. ve Kurdal, E. (2013). *The Defınıng of Prevalance of The Premestrual Syndrome of The Students of Nursıng Department In Inonu Unıversıty.*Horatio, European Psychiatric Nursing Congress, İstanbul.

Kaya, Ç., Başkaya, E. ve Solmaz, P. (2018). *Sessiz Çığlık: Yaşlı İstismarı.* Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur.

Kaya, Ç., Başkaya, E. ve Solmaz, P. (2019). *Yaşlılarda Düşmenin Önlenmesi.* Sağlık Bilimleri ve Biyoteknoloji Kongresi, Uşak

Sepetçioğlu, S., Kurdal, E. ve Gönüllüoğlu-Uzdil, N. (2014). *Comparıson Of Usak State Hospıtal And Malatya Unıversıty Hospıtal Staff Low BackPaın Prevalence***.** VII. Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı, İstanbul.

Solmaz, P., Kaya, Ç. ve Başkaya, E. (2017). *Görünmez Tehdit; Çocuklarda İnternet Bağımlılığı.* 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.

Yazılan Uluslararası Kitaplar veya Kitaplarda Bölümler

Başkaya, E. ve Demir, S. (2017). *Ethıcs In Psychıatrıc Nursery. Researches on Science and Art in 21st Century Turke*y (Ed: Prof. Hasan Arapgirlioğlu, Prof. Robert L. Elliott, Assoc. Prof. Edward Turgeon, Assist.Prof. Atilla Atik) Ankara:Gece Kitaplığı Yayınevi.

Gürhan, N., Başkaya, E. ve Kaya, Ç. (2016). *Legistation and Mobbing in Turkey*. Recent Advances in Health Sciences (Ed: A. Adil Çamlı, Bilal AK, Ramiz Arabacı, Recep EFE). St. Kliment Ohridski University Press, Sofia.

Gürhan, N., Başkaya, E. ve Solmaz, P. (2016). *Mobbing; Effects on the Mental Health and Protection*. Recent Advances in Health Sciences (Ed: A.Adil Çamlı, Bilal Ak, Ramiz Arabacı, Recep Efe). St. Kliment Ohridski University Press, Sofia.

Kaya, Ç., Solmaz, P. ve Başkaya, E. (2016). *Abuse in Old Age and Nursery Approach*. Recent Advances in Health Sciences (Ed: A.Adil Çamlı, Bilal Ak, Ramiz Arabacı, Recep Efe). St. Kliment Ohridski University Press, Sofia.

Yazılan Ulusal Kitaplar veya Kitaplarda Bölümler

Başkaya, E. ve Fırıncık, S. (2016). *Psikiyatri ve Psikiyatri Hemşireliğine Özgü Kültürel ve Spiritüel Kavramlar*-(Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ed: Nermin Gürhan). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Gürhan, N., Fırıncık, S., Başkaya, E. ve Kızılırmak, M. (2016). *Nöroplastisitenin Psikiyatri Hastalıklarındaki Yeri ve Tedavideki Önemi*. (Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ed: Nermin GÜRHAN). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Başkaya, E. ve Demir, S. Sihirli Gülüşlerle Yaşama Bir Dokunuş: Mizah Terapi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 453-457.

Tanrıverdi, D., Savaş, E., Gönüllüoğlu, N., Kurdal, E. ve Balık, G. (2011). Determination of High School Students' Eating Attitudes, Eating Behavior and Self-Esteem. *Gaziantep Med Journal*, 17(1), 33-39.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Savaş, E., Tanrıverdi, D., Güngörmüş, Z. ve Kurdal, E. (2015). *Do Perceived Social Support Effect The Illness Perceptions In Cancer Patients?*, 15.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Erzurum.

Katıldığı Kurslar ve Eğitimler

IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 24-26 Haziran 2010, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun. Psikoeğitim Grubu: Topluma Yeniden Katılım Programı, Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman, Dr. Nazmiye Kocaman Yıldırım.

I. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi, 20-22 Nisan 2017, Ulucanlar Yarı Açık Cezaevi Kültür ve Kongre Merkezi, Ankara. Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu, Prof. Dr. Veysel SÖNMEZ.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR…

