



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANISI
ALAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİYE UYUM
PROGRAMININ TEDAVİYE UYUM, ÖZ ETKİLİLİK VE
BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ**

MEHTAP BUDAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ERZİNCAN
2019**

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANISI
ALAN HASTALARA UYGULANAN TEDAVİYE UYUM
PROGRAMININ TEDAVİYE UYUM, ÖZ ETKİLİLİK VE
BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİ

MEHTAP BUDAK




YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. ARZU YILDIRIM

ERZİNCAN
2019

TEZ KABUL SAYFASI

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programında öğrenci Mehtap BUDAK tarafından Doç. Dr. Arzu YILDIRIM danışmanlığında hazırlanan “İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Tedaviye Uyum Programının Tedaviye Uyum, Öz Etkililik ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/05/2019 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvan Adı Soyadı	İmza
	Jüri Başkanı Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR	
Üye	Doç. Dr. Arzu YILDIRIM	
Üye	Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI	

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyduğumu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.



Mehtap BUDAK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ KABUL SAYFASI	i
TEZ BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	xii
ÖZET	xiv
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu	4
2.1.1. Sınıflandırılması	5
2.1.2. Epidemiyolojisi	7
2.1.3. Etiyolojisi	7
2.1.4. Sağaltımı	8
2.2. Tedaviye Uyum	9
2.2.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Tedaviye Uyum	10
2.3. Tedaviye Uyumu Artıran Yaklaşımlar	12
2.3.1. Uyum Terapisi	12

2.3.2. Motivasyonel Görüşme	13
2.3.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	16
2.3.4. Psikoeğitim	17
2.3.5. Klinik Girişimler	19
2.3.6. Tedaviye Uyum Programı	20
2.3.6.1. Tedaviye Uyum Programında Temel Beceriler	21
2.3.6.2. Tedaviye Uyum Programında Anahtar Beceriler	22
2.3.6.3. Tedaviye Uyum Programının Temel Taşları	23
2.3.6.4. Tedaviye Uyum Programını Değerlendirme	23
2.3.6.5. Tedaviye Uyum Programında Oturumlar	25
2.4. Öz Etkililik	27
2.4.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Öz Etkililik	28
2.5. Benlik Saygısı	29
2.5.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Benlik Saygısı	30
2.6. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Tedaviye Uyum Programı ve Hemşirelik Yaklaşımları	31
3. MATERYAL VE METOT	34
3.1. Araştırmanın Türü	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	35
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.6. Verilerin Toplanması	38

3.7. Tedaviye Uyum Programının Uygulanması	41
3.8. Verilerin Analizi.....	44
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	45
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	59
EKLER	77
EK 1: Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu	
EK 2: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği	
EK 3: Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği	
EK 4: Coopersmith Banlık Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu)	
EK 5: Etik Kurul Onayı	
EK 6: Resmi İzin Yazısı	
EK 7: Bilgilendirilmiş Onam	
EK 8: Tedavi Uyum Programı Kullanım İzin Yazısı	
EK 9: Ölçek Kullanım İzin Yazısı	
EK 10: Motivasyonel Görüşme Teknikleri Uygulama Sertifikası	
ÖZGEÇMİŞ	89

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tezimin tüm aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bana her zaman vakit ayıran, idealime yürüdüğüm bu yolda değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, danışman hocam Sayın Doç. Dr. Arzu YILDIRIM'a, çalışmamda değerli görüşleri ile bana yol gösterip katkı sağlayan Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR'a ve Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI'na, çalışmanın verilerinin toplanması sırasında yardımlarını esirgemeyen Sivas Numune Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan sayın meslektaşlarıma, veri tabanını oluşturan tüm hastalara, bu günlere gelmemdeki en büyük etken olan ve hayatımın her aşamasında yanımda olduğu gibi bu çalışmada da sabır ve desteğini esirgemeyen kıymetli annem Hatice İÇER'e, beni sabırla dinleyip, motive eden ve destek olan eşim Fatih BUDAK'a, hayattaki güzelliklerin onunla anlam bulduğu biricik kızım İkra Naz BUDAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

- İUDB** : İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- MG** : Motivasyonel Görüşme
- TUP** : Tedaviye Uyum Programı
- DSM-5** : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı 5.
Baskı
- EKT** : Elektro Konvülsif Tedavi
- UT** : Uyum Terapisi
- BDY** : Bilişsel Davranışçı Yaklaşım
- MTUÖ** : Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
- ÖEYÖ** : Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği
- CBSE** : Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test-Son Test Formları Uygulama Yerleri	39
Tablo 3.2. Tedaviye Uyum Programı.....	42
Tablo 3.3. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	44
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.2. Girişim Grubu Hastaların Ön Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerin Dağılımı.....	48
Tablo 4.3. Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerinin Dağılımı.....	48
Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ÖEYÖ ve CBSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test MTUÖ Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	49
Tablo 4.6. Girişim Grubu Hastaların Son Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerinin Dağılımı.....	50
Tablo 4.7. Kontrol Grubu Hastaların Son Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerinin Dağılımı.....	50
Tablo 4.8. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Son Test ÖEYÖ ve CBSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51

Tablo 4.9. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Son Test MTUÖ Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 4.10. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test - Son Test ÖEYÖ ve CBSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.11. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test - Son Test MTUÖ Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması	52



ÖZET

İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Tedaviye Uyum Programının Tedaviye Uyum, Öz Etkililik ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi

Giriş ve amaç: İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum, hastaların benlik saygısını ve öz etkililiğini artırmada önemlidir. Bu araştırma İUDB tanısı alan hastalara uygulanan TUP'un tedaviye uyum, öz etkililik ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve metot: Ön test - son test kontrol gruplu tasarımda yürütülen araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-5 ölçütlerine göre İUDB tanısı alan kayıtlı 288 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek araştırmaya alma/dışlama ölçütlerini karşılayan 38 girişim, 36 kontrol grubu olmak üzere toplam 74 hasta alınmış olup, araştırma 61 hasta ile tamamlanmıştır. Girişim grubundaki hastalara bireysel olarak haftada bir olmak üzere toplam üç oturum şeklinde 40-90 dakika aralığında değişen TUP uygulanmış, kontrol grubu ise rutin poliklinik randevularına devam etmiştir. Araştırmanın verileri Şubat-Kasım 2017 tarihleri arasında, Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu, MTUÖ, ÖEYÖ, CBSE (Yetişkin Formu) kullanılarak toplanmıştır. Veriler bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Mc Nemar testi ve ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tedaviye Uyum Programından sonra girişim ve kontrol grubu hastaların MTUÖ ilaca uyum düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Girişim grubu hastaların CBSE puan ortalamalarının programdan sonra arttığı ($p<0,05$), ancak girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Hastaların ÖEYÖ puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Türkiye'de İUDB olan hastalara ilk defa uygulanan TUP'un hastaların tedaviye uyumunu artırdığı belirlenmiştir. Benlik saygısının ise girişim grubu hastalarında artmakla birlikte kontrol grubu ile bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. Psikiyatri hemşirelerinin İUDB ve diğer ruhsal bozuklukları olan hastaların tedaviye uyumunu, öz etkililik ve benlik saygısını artırmada kanıta dayalı stratejileri kullanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Benlik Saygısı, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu, Öz Etkililik, Psikiyatri Hemşiresi, Tedaviye Uyum, Tedaviye Uyum Programı.

ABSTRACT

The Effect of Adherence Therapy Administered to Patients Diagnosed with Bipolar Disorder on Medication Adherence, Self-efficacy and Self-esteem

Introduction and aim: Treatment adherence is important in improving self-esteem and self-efficacy in patients with bipolar disorder (BD). This study was conducted to determine the effect of Adherence Therapy (AT) administered to patients diagnosed with bipolar disorder on medication adherence, self-efficacy and self-esteem.

Materials and methods: The study was designed as pretest - posttest with a control group and its population consisted of 288 registered patients who were diagnosed with bipolar disorder as per the DSM-5 criteria at the Psychiatry Outpatient Clinic of Sivas Cumhuriyet University, Application and Research Hospital. No sample was selected and a total of 74 patients, 38 in the investigational group and 36 in the control group, who met the inclusion criteria were included and the study was completed with 61 patients. The AT was administered to the patients in the investigational group in three sessions held once a week, each lasting between 40 and 90 minutes, while the control group continued to attend their routine outpatient clinic appointments. The study data were collected between February and November 2017 using a Descriptive Questionnaire, the Morisky Medication Adherence Scale, the Self-efficacy Scale, and the Coopersmith Self-esteem Inventory (Adult Form). The data were analyzed using t-test, McNemar test and chi-square analysis in both dependent and independent groups.

Results: A significant difference was found between the mean MMAS scores of the investigational and control group patients after the AT ($p < 0.01$). The mean CSEI-AD scores of the investigational group increased after the therapy ($p < 0.05$), but there was no significant difference between the investigational and control groups ($p > 0.05$). The mean SES scores of the patients also did not differ significantly ($p > 0.05$).

Conclusion: The AT administered to patients with BD for the first time in Turkey was found to improve the patients' medication adherence. It was also found that although self-esteem showed an increase in the interventional group, there was no difference with comparison to the control group. Psychiatric nurses need to use evidence-based strategies to improve medication adherence in patients with bipolar disorder and other mental disorders.

Keywords: Self-esteem, Bipolar disorder, Self-efficacy, Psychiatric nurse, Treatment adherence, Adherence Therapy.

1. GİRİŞ

İki uçlu duygudurum bozukluğu (İUDB) çökkünlük, taşkınlık, yeğin çökkünlük ve karma dönemler ile belirli olup, genellikle yineleyici şekilde devam eden (1, 2), bireysel ve toplumsal uyumsuzluğa neden olarak birey ve ailesini büyük ölçüde etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur (3, 4). Yüksek mortalite ve morbititeye neden oluşu, öz kırım ve yeti yitimi riski taşıması (5), hastalık seyrinin bireyden bireye farklılıklar göstermesi (6) ve tekrarlayan hastane yatışları ile bireylerin yaşam kalitelerini düşürmesi, bu bozukluğun ciddiyetini göstermektedir (7). Ayrıca İUDB'nin gidiş ve sonlanması ile ilgili olarak hastalığın eskiden düşünüldüğü gibi basit olmadığı, bireylerin sosyal, ekonomik ve mesleki yaşamlarını etkileyip, ciddi oranda işlev kaybına yol açtığı belirtilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ciddi engelliliğe neden olan hastalıklar arasında İUDB'yi 12. sırada göstermiştir (8). Angst ve diğerlerinin 2016 yılında yaptıkları epidemiyolojik alan çalışmasına göre İUDB-1 için yaşam boyu görülme sıklığı % 1.2, İUDB-2 için % 2.2 olduğu bildirilmiştir (9). Diğer İUDB spektrumları, klinikte hasta olarak değerlendirilenler ve tedaviden fayda sağlayanlar da dahil edilirse bu oran % 6.4'e kadar çıkmaktadır (5). Türkiye'de ise Binbay ve diğerleri tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada, DSM-4 tanı kriterlerine göre, psikotik bulgulu depresyon ve İUDB-1 yaygınlığı % 0.92 olarak bulunmuştur (10).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda tekrarları ve hastalık seyrini etkileyen en temel unsurlardan biri, bireylerin tedaviye karşı olan uyum durumlarıdır (11). Tedaviye uyum, bireylerin sağlıklı ilgili önerilen tavsiyelere uyması, kontrollere

düzenli gitmesi, tedavi programını tamamlaması ve sağlıklı davranış değişikliği kazanmasını kapsamaktadır (12, 13). Amerika’da yapılan bir çalışmada İUDB’nin uzun dönem ilaç tedavisi için bildirilen uyumsuzluk oranı % 46 (14); Türkiye’de yapılan bir çalışma sonucuna göre % 55.3 olarak bulunmuştur (15) ve genel olarak bu hastalarda uyumsuzluk oranı % 20-60 olarak belirtilmektedir (16).

Uyumsuzluk, İUDB olan bireylerde hastaneye yatış oranlarını, bakım maliyetini ve hastalığın mortalitesini artırmakla (17) beraber işlevsellik durumunu bozarak, bireyin benlik saygısı (18) ve öz etkililiğini de etkilemektedir (19). Benlik saygısı kişinin bedenine ve işlevlerine karşı kendi duygularını değerlendirmesine dayanmakta (20), öz etkililik ise bireyin bir davranışı yapabilme algısı ve başarılı olarak yapma kapasitesine olan inancını ifade etmektedir (21). Tedavi uyumu düşük İUDB olan hastaların benlik saygısının çökkünlük ve iyilik dönemlerinde düşük olduğu belirtilmektedir (18). Hemşire liderliğinde Motivasyonel Görüşme (MG) ile tedavi uyumunu artırmak için yapılan deneysel bir çalışmada, İUDB olan bireylerde uyumun artması ile öz etkililiğin de arttığı bulunmuştur (22). Bu nedenle sürekli olarak duygudurum dalgalanmalarının görüldüğü ruhsal bozukluklarda tedaviye uyum, hastaların benlik saygısını ve öz etkililiğini artırmada önemlidir (23).

Son zamanlarda ruhsal bozukluklar için tedavi uyumunu arttırmayı ve desteklemeyi amaçlayan birçok yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden biri de Gray ve diğerleri tarafından 2006 yılında geliştirilen ruhsal bozukluklarda yapılandırılmış Tedaviye Uyum Programı (TUP)’dır (24). Program, bireylerin tedaviye uyumsuzluk nedenlerini belirleme, sorunlara yönelik çözümler oluşturma, olumlu inanç ve tutumları geliştirme, gelecek ile ilgili endişeleri giderme gibi farklı yaklaşımlar içermektedir (23). Şizofreni spektrum ve psikotik bozukluğu olan

hastalarda TUP'un kullanıldığı randomize kontrollü çalışmalarda, programın tedaviye uyumu artırmada etkili olduğu gösterilmiştir (25, 26). Program Türkiye'de yalnızca şizofreni hastalarında uygulanmış olup (27), literatürde İUDB olan hastalarda programın uygulandığına dair herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Hastaların kendi ortamlarında takip ve tedavisinin sürekliliğini sağlayan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliği, hastaların günlük yaşamda karşılaştığı zorlukları önlemeye ve destek kaynaklarına erişimine bağlıdır. Çeşitli destek ve iyileştirme programları ile hastaların işlevselliği ve sosyal ilişkileri geliştirilerek yaşam kalitesi artırılabilir (28). Bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin, hastaların tedavi uyumunu değerlendirme ve tedaviye uyumu artırma konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır (24). Hemşireler hastaların ruhsal belirtilerini iyileştirme, benlik saygılarını ve öz etkililiklerini arttırmaya yardımcı olmak amacıyla çeşitli programları uygulayabilir (23).

Bu çalışmanın temel amacı, İUDB olan hastaların tedaviye uyumunu artırmada TUP'un etkisini değerlendirmektir. İkinci amacı TUP'un hastaların öz etkililiği üzerine etkisini, üçüncü amacı ise TUP'un hastaların benlik saygısı üzerine etkisini değerlendirmektir.

Araştırmanın hipotezleri:

- 1- H_1 :Tedaviye Uyum Programı uygulanan İUDB olan hastalarda tedaviye uyum, bu programın uygulanmadığı hastalara göre daha yüksek olacaktır.
- 2- H_1 :Tedaviye Uyum Programı uygulanan İUDB olan hastalarda öz etkililik algısı, bu programın uygulanmadığı hastalara göre daha yüksek olacaktır.
- 3- H_1 :Tedaviye Uyum Programı uygulanan İUDB olan hastalarda benlik saygısı, bu programın uygulanmadığı hastalara göre daha yüksek olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu

Duygulanım, ani bir duygu patlaması durumunda ortaya çıkan duygu dalgaları ve dışa vurulan kısa süreli duygusal tepkilerdir. Duygudurum ise bu tepkilerin belli bir süre içinde normal, taşkın, çökkün, sıkıntılı olması gibi durumları tanımlar (2, 29). Bu durumların uzun bir zaman dilimine yayılarak, bireyin uyumsuz, ölçsüz ve bazen de uygunsuz refleksler sergilemesine neden olması ise duygudurum bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (2).

İki uçlu duygudurum bozukluğu taşkınlık, çökkünlük ya da karma dönemlerle giden, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, belirli bir düzen olmaksızın dönemsel ya da döngüsel biçimde yineleyen ve dönemler arasında da kişinin tamamen sağlıklı duygu durumuna dönebildiği görülen kronik duygudurum dalgalanmaları ile belirli ruhsal bir bozukluktur (30). Genellikle hayat boyu sürmesi, sık hastaneye yatışa neden olması, ciddi, dönemsel ve yineleyici gidiş göstermesi ve karşılaştıkları yasal güçlükler nedeni ile insanların hayatında önemli engeller oluşturmaktadır (5, 31). İki uçlu duygudurum bozukluğu patofizyolojik, genetik ve biyolojik bulguların kapsamlı olmasından dolayı çok farklı klinik görünümle ortaya çıkmaktadır (32).

2.1.1. Sınıflandırılması

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma El Kitabı (DSM-5, 2013) duygudurum bozukluğunun belirtici özelliklerini yedi alt başlıkta toplamıştır.

- İki uçlu I Bozukluğu
 - Mani Dönemi
 - Hipomani Dönemi
 - Yeğin (Major) Depresyon Dönemi
- İki uçlu II Bozukluğu
 - Hipomani Dönemi
 - Yeğin (Major) Depresyon Dönemi
- Siklotimi Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki uçlu ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki uçlu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir İki uçlu ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış İki uçlu ve İlişkili Bozukluk (33, 34).

İki uçlu I Bozukluğunda hipomani ve yeğin depresyon dönemleri sık görülebilir olmasına karşın bu dönemlerin olması şart değildir. Fakat en az bir kere mani dönemi geçirmiş olması gerekmektedir. İki uçlu II Bozukluğunda ise hiç bir zaman bir mani dönemi geçirilmemiş olup, en az bir kere hipomani ve yeğin depresyon dönemi geçirilmiş olması gerekmektedir. En az iki yıl boyunca taşkınlık belirtilerinin bulunmasına karşın tam bir manik dönem olmayışı ve depresif belirtilerin olmasına karşın tam bir yeğin depresyon olmayışı ile belirli süreğen dönem ise siklotimik bozukluk olarak tanımlanmaktadır (2, 33).

Çökkünlük Dönemi (depresyon): Aşırı üzüntü, çökkün duygudurum, ilgide azalma, yeme ve uyku ile ilgili problemler, düşünmeye odaklanmakta güçlük, enerji kaybı, kendisini değersiz görme, suçluluk duyguları, ölümü arzulama ve özkıyım düşünceleri ile belirli bir dönemdir (34, 35). İki hafta boyunca bu belirtilerin en az beşinin bulunması, bu beş belirtiden birinin çökkün duygudurum ya da ilgide azalma olması gerekmektedir. Bu dönem bireyin ciddi şekilde işlevselliği etkilemektedir (2, 33).

Taşkınlık Dönemi (mani): Bireyde aşırı neşe ve coşku ile birlikte, yükselmiş özgüven, baskılı konuşma, düşünme, devinim ve işlevsellikte hızlanma, abartılı davranışlar sergileme, amaca yönelik etkinlikte artma, kötü sonuçlar çıkabileceğini bile bile etkinliklere katılma, yanılsamalar, halüsinasyonlar görme ve uyku süresinde azalma gibi belirtilerin görüldüğü bir duygudurum bozukluğu dönemidir (34, 35). En az bir hafta süre ile bu belirtilerin üçü ya da daha fazlasının bireyde gözükmesi gerekir. Bu dönem, bireyin toplumsal ve bireysel işlevselliğini belirgin oranda etkilemektedir (2, 33).

Hipomani Dönemi: En az dört ardışık gün süreyle, günün büyük kısmında taşkınlık ve öfkenin bulunması, benlik saygısında artma, uyku ihtiyacında azalma, her zamankinden fazla konuşma, düşünce ve dikkat dağınıklığı, yargılama kapasitesinde zayıflama ve amaca yönelik etkinliklerde artma gibi belirtilerin bulunduğu dönemdir (33, 34). Bu belirtilerin üçünün ya da daha fazlasının bireyde bulunması hipomaniyi tanımlar. Bu dönem bireyin işlevselliğinde belirgin düşme, kendisine ve çevresine zarar verecek ve hastaneye yatışı gerektirmeye neden olacak kadar ağır olmamaktadır (2, 33).

2.1.2. Epidemiyolojisi

Ruhsal bozukluklar içinde İUDB'nin yaşam boyu görülme sıklığı ortalama %1 düzeyindedir (34, 36). Amerika Avrupa ve Asyada yer alan 11 şehirde 2011 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada yaygınlık oranları İUDB-1 için % 0.6, İUDB-2 için % 0.4 olarak bildirilmiştir (37). Angst ve diğerlerinin 2016 yılında İsviçre'de yaptıkları çalışmada ise yaşam boyu görülme sıklığı İUDB-1 için % 1.2, İUDB-2 için % 2.2 olarak bulunmuştur (9). Hastalığın ilk yılda tekrarlama oranının % 37, iki yıl içinde tekrarlama oranının ise % 60 olduğu belirtilmektedir (38). Türkiyede ise Binbay ve diğerleri tarafından İzmir'de yapılan çalışmaya göre İUDB-1 ve psikotik bulgulu depresyon için sıklık oranı % 0.92 olarak bildirilmiştir (10). Sivas'ta yapılan bir diğer çalışmada ise İUDB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı 0.71 olarak belirtilmiştir (39).

İki uçlu duygudurum bozukluğu her yaşta görülmekle birlikte başlangıç yaşı ortalama 17-25 yaş olarak belirtilmektedir (5). Cinsiyetler arasında İUDB-1 sıklığı fark göstermezken, İUDB-2 kadınlarda biraz daha yaygındır. Taşkınlık nöbetleri erkeklerde, çökkünlük nöbetleri ise kadınlarda daha sıktır (40, 41).

2.1.3. Etiyolojisi

İki uçlu duygudurum bozukluğunun etiyolojisinde birçok faktörün etkili olduğu belirtilmekle birlikte genel olarak genetik, biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin etkisi üzerinde durulmaktadır (3).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan kişilerin ailelerinde ve akrabalarında bu bozukluğun görülme oranının yüksek bulunması, genetik yatkınlığın göz ardı edilemeyecek kadar etkili olduğunu göstermektedir (41, 42). Ebeveynlerin birinde İUDB bulunan çocuklarda, hastalığın görülme riski % 10-25; ikisinde de olanlarda,

% 50 olarak bulunmuştur (43). Tek yumurta ikizlerinde hastalığın eş hastalanma dağılımı % 68 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran % 23 düzeyindedir (44). Genel olarak İUDB olan kişilerin birinci derece akrabalarında İUDB görülme riski ise % 8.7 olarak gösterilmektedir (2).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların çökkünlük döneminde serotonin ve dopamin aktivitesinde azalma, taşkınlık dönemde ise noradrenalin ve dopamin aktivitesinde artış olduğu belirtilmektedir (3). Yine taşkınlık döneminde sodyumun hücre içindeki seviyesinin arttığı, iyilik döneminde ise normal seviyesine döndüğü belirtilmektedir (45).

Psikososyal ve çevresel faktörlerin duygudurum bozukluğu için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. İki uçlu duygudurum bozukluğu olan bireylerin geçmişlerinde en az bir kere stresli yaşam olayları deneyimledikleri ve daha az olumlu durumlar yaşadığı bildirilmektedir (3).

2.1.4. Sağaltımı

İki uçlu duygudurum bozukluğunun tedavisi duygudurumu yönetmeye odaklı akut sağaltım; depresmeyi önlemeye odaklı koruyucu sağaltım olmak üzere iki evrede düzenlenmektedir (1).

Akut sağaltım: Akut taşkınlık dönem sağaltımının amacı, riskli davranışların normal seviyelerine geri dönebilmesi için belirtilerin denetim altına alınmasıdır. Hızlı denetimin sağlanması, ajitasyon ve saldırganlık gibi belirtilerin yatıştırılarak hasta ve çevrenin güvenliği için özellikle önemlidir (46). Akut taşkınlık dönem sağaltımı, lityum başta olmak üzere duygudurum dengeleyiciler ile tedavi edilir. Hastaların istekleri doğrultusunda ve tedaviye karşı direnç olduğunda Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) yöntemi de kullanılabilir (47). Akut çökkünlük dönem

sağaltımının amacı ise, hastada gelişebilecek özkıyım riskini gözeterek hastanın en etkili ve hızlı biçimde iyilik dönemine geçişini sağlama ve taşkınlık dönemine kaymayı önlemedir (2). Birinci basamak ilaç tedavisi lityumdur. Cevap alınamayan ve kontrol edilemeyen durumlarda ilaveten antidepresanlar ve/veya lamotrijin eklenmektedir (5). Çökkünlük dönem sağaltımında klinik faktörlere, yan etki profillerine ve hasta tercihlerine göre EKT de uygulanabilir (47).

Koruyucu sağaltım: Amaç, depresme belirtilerini önlemek, yinelemeleri azaltmak ve hastanın hastalık öncesi işlevselliğine devam etmesini sağlamaktır (6). Ayrıca döngü sıklığını ve ruhsal dengesizliği azaltmak koruyucu sağaltımın önemli hedeflerindedir (47). Koruyucu sağaltımda duygudurumu düzenlemede kullanılan seçenekler lityum veya antiepileptiklerdir. Son zamanlarda antipsikotiklerde tercih edilmektedir (6). Genetik öykü gibi risk etkenine sahip hastalarda ilk duygudurum döneminden sonra ikinci bir dönemin gelmesini beklemeden doğrudan koruyucu sağaltım önerilmektedir (5).

Her türlü ruhsal bozuklukta olduğu gibi İUDB’de de gerek akut gerekse koruyucu sağaltımında sadece ilaç kullanmak yeterli olmayabilir. Bu nedenle ilaç tedavisinin yanında uygulanabilecek psikoterapik yaklaşımlarda önemlidir. Aile odaklı psikoterapi, kişiler arası sosyal ritim sağaltımı, bilişsel davranışçı yaklaşım (2) ve kronik hastalıklara uyum, tedavi planına bağlılık, benlik saygısı ve psikososyal sorunların yönetimini sağlayan grup psikoterapisi de hastalara yardımcı olabilir (47).

2.2. Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, bireylerin sağlıkla ilgili öneri kabul ederek bunlara uyması, kontrollere düzenli gitmesi, bir tedavi programına başlaması, programı tamamlaması ve sağlıklı davranış değişikliği kazanmasını tanımlar (12, 13). Tedaviye uyumsuzluk

ise sağlık profesyonellerinin önerilerini yapmama, tedaviyi kabul etmeme, eksik ya da yanlış tedavi alma, klinik randevulara gitmeme ve buna benzer olumsuz hasta tutumları olarak ortaya çıkmaktadır (13, 48). Tedaviye uyumsuzluk kronik hastalıkların çoğunda görülmekle beraber, ruhsal bozukluğu olan bireylerde daha fazla görülmektedir (24). Ruhsal bozukluğu olan bireylerde hastalığın uzun süreli ve hastaneye yatış sayısının fazla olması tedavinin etkin olmadığı görüşüne yol açmakta ve buna bağlı uyumsuzluk oranları da yüksek olmaktadır (48). Ruhsal bozukluklarda tedaviye uyumsuzluk % 11-80 arasında belirtilmekte ve hastaların üçte ikisinde tedaviye uyumsuzluk nedeniyle tekrarlı hastane yatışları görülmektedir (49).

2.2.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Tedaviye Uyum

İki uçlu duygudurum bozukluğunda tedavi uyumsuzluğu, sık rastlanan bir sorun olup (16) hastaların hastaneye yatış oranlarının, bakım masraflarının, mortalitenin (50) ve özkıyım girişimlerinin artmasına ve işlevselliğın azalmasına neden olan önemli bir sorundur (8). Bu bozukluk için uyumsuzluk oranları çalışmadan çalışmaya farklılıklar göstermekle birlikte, bildirilen genel uyumsuzluk oranı % 20 ile % 60 arasında değişmektedir. Ortalama uyumsuzluk yaygınlığı % 40'tır (16). Koruyucu tedavisindeki uyumsuzluk için ise bu oranlar % 64'e kadar çıkmaktadır (5). Türkiye'deki çalışmalar incelendiğinde ise Bahar ve diğerlerinin 2015 yılında yaptığı bir çalışmada İUDB olan hastaların % 32.2'sinin tedavi uyumunun yüksek, % 40.7'sinin orta ve % 27.1'inin ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır (51). Aksoy ve Kelleci'nin 2016 yılında yaptıkları çalışmada hastaların % 44.7'sinin tedavisine karşı tam uyum, % 39.3'ünün kısmi uyum, % 16'sının ise tam uyumsuzluk gösterdiği belirlenmiştir (15).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların % 35'inin yıllar boyunca hiçbir şekilde tedaviye başlamadıkları, başlayanların ise ilk altı ay içinde % 60'ının tedaviyi bıraktıkları (45), neredeyse tamamında yaşamları süresince tedaviyi bırakmayı en az bir kez düşündükleri belirtilmektedir (11). Tedavi uyumsuzluğuna bağlı hastalık yinelenmesi ise ilk bir yıl içinde hastaların üçte birinde, beş yıl içinde ise % 70'inde karşılaşılmaktadır (32). Hastaneye yatış oranlarının da tedaviye uyumsuz hastalarda dört kat fazla olduğu söylenmektedir (11). Yine tedaviye karşı uyumsuz hastalarda özkıyım ve ölüm oranlarının yüksek olduğu, bu hastalığı olan bireylerin yaklaşık % 30'unun yaşamları boyunca bir kez özkıyım girişiminde buldukları % 20'sinin ise özkıyım girişimi sonucunda hayatlarını kaybettikleri belirtilmektedir (41).

İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda uyumsuzluğa neden olan faktörler, sosyodemografik özellikler, tedaviye karşı yanlış inanç ve tutum (duygularının bir ilaç tarafından kontrol edildiği düşüncesinden rahatsız olma, kendini iyi hissedip ilaca gereksinim duymama ve kendi kendilerine düzelebilecekleri inanma), içgörü eksikliği, hastalığın seyri, madde kötüye kullanımı, bilişsel faktörler, tedavi rejiminin karmaşıklığı ve tedavi yan etkileri olarak bildirilmektedir (17). Savaş ve diğerlerinin 2011 yılında yaptığı çalışmada, tedavi uyumları yüksek olan hastaların eğitim düzeyi, içgörüsü, hastalık ve tedavisi hakkında bilgi durumu ve takip muayenelerine devam etme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tedaviye uyumsuz olan hastalar ise tedavinin faydalı olmadığını, iyileştiğidi ya da ilaç kullanmaktan memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir (52). Ayrıca İUDB'nin tedavi uyumsuzluğunda ilaç almayı unutma, ekonomik sorunlar, tedavi ile ilgili önerileri doğru algılamama, fiziksel engellere

(görme, işitme kaybı) bağlı ilaç alımı ile ilgili yanlış anlamalar gibi kasıtlı olmayan nedenler de bulunmaktadır (17).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda tedaviye yönelik uyum hastalık seyri etkileyen en önemli faktörlerden biridir (11). Tedaviye uyumu geliştirmek için tedavi işbirliği geliştirme, madde kullanımını yönetme, hatırlatıcılar ve ekonomik destekler gibi özel tedavi planları ve uyumu geliştiren stratejiler bulunmaktadır (17). Bu stratejiler sayesinde hastalar ile birlikte olumlu tedavi ilişkisi, hastalığın belirtileri, hastalık seyri, alınan tedavi, tedaviye bağlı yan etkiler, tedavi uyumunda karşılaşılan engeller ve tedavinin istenen sonuca ulaşım ulaşılmadığı değerlendirilip, hasta ve ailelere yönelik çeşitli psikoterapiler ve girişimler sağlanmaktadır (53).

2.3. Tedaviye Uyumu Artıran Yaklaşımlar

2.3.1. Uyum Terapisi

Uyum Terapisi (UT) geleneksel hasta etkileşimlerinin dışında, bilişsel yaklaşımlar ile kişilere davranış değişikliği ve antipsikotik ilaçlara karşı daha aktif bir tedavi tutumu kazandırmayı amaçlamaktadır (56). Eckman ve diğerleri 1990 yılında şizofreni hastalarına tedavilerini nasıl yönetecekleri konusunda 80 saatlik davranış odaklı bir program uygulanmış ve bu programın hastaların, hastalık yönetim becerileri edinmesinde ve tedaviye uyum sağlamalarında etkin olduğu bulunmuştur (54). Bu programın etkinliğinden esinlenen Kemp ve diğerleri 1996 yılında uyumu iyileştirmek amacı ile bir psiko-teknik olarak ilk kez Uyum Terapisi (UT)'ni geliştirmişlerdir. Uyum Terapisi ilk kez hastanede yatarak tedavi gören psikotik bozukluğu olan hastalara, randomize kontrollü bir çalışmada uygulanmıştır. Belirtilen çalışmada deney grubuna (n=25) üç hafta boyunca haftada iki kez ortalama 20-60 dakika toplam altı oturum şeklinde UT uygulanmış, kontrol grubuna

ise dört-altı oturumluk bireysel eğitim verilmiştir. Altı aylık izlem sonrası UT alan hastaların kontrol grubu hastalara göre tedaviye uyumu, ilaç tedavisine karşı tutumu, hastalığa yönelik içgörüsü ve sosyal işlevselliğinde önemli düzeyde iyileşme olduğu saptanmıştır (55). İlk defa 1990 lı yıllarda uygulanan UT' nin temeli MG, Bilişsel Davranışçı Yaklaşım (BDY), psikoeğitim ve klinik girişimlere dayanmaktadır (24).

2.3.2. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel Görüşme hastaların değişim ile ilgili yaşadıkları ikilemi keşfetmek, çözümlmelerine yardımcı olacak içsel motivasyonlarını ortaya çıkarmak ve değişim yönünde desteklemek için kullanılan, hasta odaklı, yönlendirici bir tedavi tekniğidir (57, 58). Bu yöntem özellikle değişime karşı isteksiz ve uyuma dirençli olan hastalar için kullanışlı bir yöntemdir (59). Motivasyonel Görüşme'de amaç kişilere yeni başa çıkma yöntemleri geliştirme ya da geçmişi eşeleme değil işbirlikçi bir yaklaşım ile hastanın değişime karşı motivasyonunu, uzlaşmasını arttırmak ve karşılıklı çözümlmeyi sağlamaktır. Motivasyonel Görüşme'de direnç, bir inkâr olarak görülmemekte ve tartışma ile değil, hastanın kendi olumlu ifadelerini hastaya sunarak esas ve doğru noktaları yansıtmaya ile çözümlenmektedir. Karşılaşılan direnci, hastanın uyum ve değişim ile ilgili rahatsızlık duyması, görüşmenin metodunu ve mantığını kavrayamamış olması ortaya çıkarmaktadır (58).

Motivasyonel Görüşme, empati göstermek, çelişkiyi ortaya çıkarmak, direnci çözmek ve öz yeterliliği desteklemek olmak üzere dört temel ilke üzerine yapılanmıştır.

Empati göstermek: Bu ilke hastanın duygularını ve bakış açısını yargılamadan, eleştirmeden, suçlamadan hastayı problemleriyle davranışları ile kabullenme ve saygı ile dinlemeyi içermektedir. Amaç, hastanın uyum ile ilgili yaşadığı ikilemin

zararlı bir savunma olmadığını, insan deneyiminin ve değişiminin normal bir parçası olduğunu hastaya ifade etmektir.

Çelişkiyi ortaya çıkarmak: Bu ilke hastanın gelecekte önemli kişisel değerleri, çıkarları ve amaçları ile şimdiki davranışı arasındaki çelişkiyi ortaya çıkarıp, değişim kararlarına karşı motivasyon geliştirmeyi amaçlamaktadır. Burada değişim için tartışmaları hastanın kendisinin üretmesi ve sunması gerekmektedir.

Direnci çözme: Motivasyonel Görüşmede direnç bir savaş olarak değerlendirilmemekte ve beklenen bir durum olarak kabul edilmektedir. Kişinin değişime karşı olduğu anlamına gelmez. Hastanın gösterdiği dirence doğrudan karşı çıkılmadan, ısrarcı olunmadan, altta yatan sebepler araştırılıp, hasta yeni bakış açılarına davet edilmelidir.

Öz yeterliliği destekleme: Hastanın sorunların üstesinden gelme ve değişimi başlatma için kendi kapasitesine ve inancına olan güveni desteklemeyi içermektedir. Burada amaç kişinin kendi değişimine yine kendi karar vermesi ve bunu yapmak için kendisinin yeterli olduğu konusunda hastayı ikna etmektir (57-58, 60-62).

Motivasyonel Görüşmede değişim için motivasyon oluşturma ve değişime bağlılığı güçlendirme olmak üzere iki aşama vardır (63). İlk aşamada hastanın değişime karşı istekli, değişimi yapabilecek yeterlilikte ve değişim için kendini hazır hissetmesi gerekmektedir. Eğer hasta kendini değişime karşı istekli, yeterli ve hazır hissetmiyorsa bu durum, inkâr ya da direnç şeklinde ortaya çıkar ve çözülmesi gereken bir durum olarak tanımlanır (64). Bu durumda uygulayıcının amacı değişim için içsel motivasyonun kazanılmasını sağlamaktır (61, 65). Uygulayıcı bunu sağlamak için açık uçlu sorular sorma, yansıtmalı dinleme, özetleme, kabullenme, değişimi konuşma, karar dengesini açığa çıkarma, ayrıntılandırma gibi yöntemlerden

yaralanabilmektedir (63). İkinci aşama da değişim kararını desteklemek ve bunu başarmaya yönelik bir değişim planı ile motivasyonunu güçlendirmek gerekmektedir (61, 65). Bu aşamada ise değerlendirme, sorun ve değişim konusunda gelinen noktayı özetleme, anahtar sorular sorma ve gerektiğinde bilgi ve tavsiyede bulunma gibi birçok yöntemlerden yararlanılmaktadır (58).

Motivasyonel Görüşme'nin, hastalık ve tedaviye uyumsuzluk oranlarının fazla görüldüğü ruhsal bozukluklarda tedavi uyum üzerine etkili olduğu belirtilmektedir (66). Lawrence ve diğerlerinin 2005 yılında yaptıkları ruhsal bozukluklarda MG'nin tedaviye uyum üzerine etkisinin değerlendirildiği sistematik-meta-analiz çalışmasında da ruhsal bozukluğu olan bireylerde MG'nin tedaviye uyumu artırdığı bildirilmiştir (67).

Motivasyonel Görüşme tedavi uyumunun ciddi bir sorun olarak görüldüğü İUDB hastaları için önemli bir yaklaşımdır (68). McKenzie ve Chang 2015 yılında, İUDB olan hastalarda tedavi uyumunu artırma amacı ile bir çalışma yapmıştır. Çalışmada bir bireysel görüşme, iki telefon görüşmesi şeklinde üç haftalık MG yapılmış ve görüşme sonucunda hastaların tedaviye uyumunda, öz etkililiğinde ve değişime karşı motivasyonunda anlamlı şekilde artış olduğu saptanmıştır (22). Türkiye'de ise Gülcü'nun 2018 yılında İUDB olan 54 hasta ile randomize kontrollü olarak yaptığı çalışmada, deney grubundaki hastalara altı oturumluk toplamda 240-270 dakika süren tedavi uyumunu artırmaya yönelik MG uygulanmıştır. Program uygulandıktan sonra deney grubundaki hastalara üç ay süre ile ilaç saatlerinde kısa mesaj ile hatırlatıcılar gönderilmiş, üç aylık ve altı aylık izlem takibi yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda deney grubundaki hastaların program ve telefon izlemi sonrası tedaviye uyumlarında belirgin düzeyde artış olduğu gösterilmiştir (69).

2.3.3. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım kişilerin davranışları ile bağlantılı, bilişsel kalıpları, düşünceleri ve duyguları tanımlamasına yardımcı olarak, olumlu davranışları öğretme ve güçlendirme sürecidir (70). Bilişsel Davranışçı Yaklaşım üç evreden oluşmaktadır. Başlangıç evresinde hastanın var olan sorunu değerlendirilmekte olup hastalık belirtileri, belirtiler ile ilişkili faktörler, bilişsel ve duygusal özellikler belirlenmektedir. İkinci evrede hastanın temel belirtilerine uygun bilişsel davranışçı teknik ve müdahaleler uygulanmakta ve hasta, olumsuz davranışları devam ettirme ve yinelemesini önleme için hazır hale getirilmektedir. Son evrede ise bu sürdürüm ve yinelemeyi önleme tekniklerine odaklanılıp tedavinin yoğunluğu azaltılarak hastaya daha çok sorumluluk verilmektedir (71).

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım etkililiğinin uzun sürmesi ve hastalığın tekrarlarını önlemesi açısından tedaviye yönelik uyumu güçlendirmektedir (72). Butler ve diğerlerinin 2006 yılında yaptığı bir meta-analiz çalışmasında, BDY'nin tek uçlu depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluklar, obsesif-kompulsif bozukluk ve şizofreni gibi birçok ruhsal bozukluğun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (73). Bilişsel Davranışsal Yaklaşım'ın İUDB olan hastaların koruyucu ve önleyici tedavisinde, hastalık yinelemelerini önlemede ve çökkünlük dönemlerinde daha umut verici sonuçlar elde edildiği belirtilmektedir (72).

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım'ın İUDB olan hastalarda temel amacı tedaviye uyumu destekleme, erken tanı ve müdahaleyi sağlama, stresi ve yaşam biçimini yönetme, ek tanı ve çökkünlük tedavisini kapsamaktadır (74). Genel olarak ise duygudurum dalgalanmalarını dengeleyerek hastalık yinelemelerini azaltmak (70), psikososyal stres faktörlerini saptayarak işlevsel olmayan temel inançları

değiştirmek, başa çıkma becerileri kazandırmak ve tedavi sürecinde öz etkililik ve sorumluluk geliştirmeyi amaçlamaktadır (72). Chiang ve diğerlerinin 2017 yılında yaptığı bir meta-analiz çalışmasında, toplam 19 çalışma incelenmiş ve BDY'nin İUDB olan hastalarda, hastalık yineleme oranlarını düşürdüğü, çökkünlük ve taşkınlık belirtilerini iyileştirdiği ve psikososyal işlevselliği geliştirdiği saptanmıştır (75). Cochran'nın 1984 yılında İUDB olan hastalarda ilk kez BDY tekniklerini kullanarak haftada bir uyguladığı altı oturumluk bir çalışmada, BDY uygulanan hastaların yalnızca ilaç tedavisi alan hastalara göre tedaviye uyumlarının arttığı, hastaneye yatış ve hastalık yineleme sayılarının azaldığı saptanmıştır (76). Brandon ve diğerlerinin 2008 yılında İUDB olan hastalarda BDY'nin tedaviye uyum üzerine etkisini incelediği bir derleme çalışmasında, incelenen altı çalışmanın dördünde, tedaviye uyumun arttığı belirtilmiştir (16).

2.3.4. Psikoeğitim

Psikoeğitim, hasta ve ailesini yaşamda karşılaştıkları sorunlar hakkında eğitmeye, sorunun yönetimini sağlamak için kaynak ve destek geliştirmede yardım etmeye odaklı, çeşitli birey aile ve toplum girişimlerini kapsayan yöntem ve teknikleri tanımlamaktadır. Ayrıca ruhsal bozuklukların tedavi ve iyileştiriminde kullanılan bir süreç olup, hastaların ve ailelerinin toplumda verimli bir yaşam sürmesini desteklemektedir (77).

Psikoeğitimin birincil amacı, hastalık ve hastalığın tedavisi ile ilişkili sistematik, yapılanmış ve eğitici bilginin paylaşılmasıdır. İkinicil amacı ise hastada farkındalık geliştirmek, hastanın tedaviye uyumunu artırmak, hastalığın haberci belirtilerini hastanın tanınmasını sağlamak ve hastanın sosyal ilişkilerini, işlevselliğini, yaşam kalitesini artırmaktır (11, 78). Ayrıca yalıtım, çaresizlik, üzüntü

ve damgalanma gibi duyguların tartışılması ve bunlara yönelik baş etme yöntemlerinde geliştirilmeside psikoeğitimin amaçlarındandır (77).

Psikoeğitim, İUDB olan bireyin hastalığı ve etkileri hakkında eğitilmesinde (78) ve hastalığın tedavisinde temel basamak olarak önerilmektedir (79). İki uçlu duygudurum bozukluğu hastaları için psikoeğitim, üç temel aşama üzerine oluşturulmuştur. İlk aşama hastalık ve tedavisi hakkında bireyde farkındalık oluşturmak, bireyin bilgisini arttırmak ve hastalığın uyarı belirtilerinin erken tesbitini sağlamaktır. İkinci aşama stres yönetimi geliştirmek, yaşam tarzında düzenlilik sağlamak, özkıyımı ve hastanede yatış sayısını azaltmayı kapsamaktadır. Üçüncü aşama ise bilgiyi arttırmak, geçmiş ve gelecekteki atakların psikososyal sonuçları ile yüzleşmek, tedavi uyumunu arttırmak, iyilik halini, işlevselliğini ve yaşam kalitesini geliştirmektir (11).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda psikoeğitim bireysel, grup ve aileye yönelik yapılabilmesine rağmen genellikle grup psikoeğitim çalışmaları bulunmaktadır (80). Colom ve diğerleri 2003 yılında, İUDB olup iyilik döneminde olan hastalarla grup psikoeğitim programı uygulayarak yürüttüğü bir çalışmada deney grubuna (n=60) her biri 90 dakika süren toplam 21 oturumluk psikoeğitim programı, kontrol grubuna (n=60) ise belirli bir psikoeğitim içeri bulunmayan 21 haftalık normal bir grup toplantısı uygulamıştır. Çalışmada hastalık farkındalığı, tedaviye uyum, hastalık yinelenmesi, hastaneye yatış ve yaşam biçimi düzenliliği iki yıllık takip ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda psikoeğitim alan grupta taşkınlık, hipomanik ve karma atakların sayısında azalma, atak aralarındaki sürede artma ve hastaneye yatış sayısında azalma saptanmıştır (81). Aynı çalışmanın 5 yıllık takibi ise 99 hasta (deney=50, kontrol=49) ile tamamlanmış olup deney grubunda

yinelemenin, atak süresinin ve hastaneye yatışların azaldığı belirtilmiştir (82). Bauer ve diğerleri tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada da İUDB olan bireylere uygulanan psikoeğitimin taşkınlık dönemlerini kısalttığı, yinelemeleri azatlığı ve hastaların yaşam kalitesi, sosyal işlevsellği ve tedavi memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır (83). Türkiye’de ise Gümüş ve diğerlerinin 2015 yılında İUDB olan hastalarla yaptığı bir psikoeğitim çalışmasında, deney grubuna (n=41) dört oturumluk bireysel psikoeğitim verilmiş ve bir yıllık izlemi sağlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre psikoeğitim alan grupta ilaçların iyileştireceğine dair inaç ve ilaç uyumunun arttığı, yinelemelerin ve hastaneye yatış oranlarının azaldığı belirlenmiştir (84). Yine İUDB olan hastalarla yapılan birçok çalışma, psikoeğitimin hastaların hastalık yinelemesini (85, 86), hastaneye yatış sayısını azalttığını (87) işlevselliği (83, 88), yaşam kalitesini (89, 90) ve tedavi uyumunu (91) artırdığını göstermiştir.

2.3.5. Klinik Girişimler

Klinik uygulamaların amacı hastalara hastaneye yatmasına neden olan ruhsal sorunu tanıması, fark etmesi ve sağaltımı için yardım etmektir. İdeal bir klinik ortamının, hastalık odaklı değil, sosyal organizasyonlar desteği ve toplumsal değerleri ile hastanın benliğini güçlendiren, güvenini artıran akılcı bir ortam olması gerekmektedir (92). Bu nedenle tedavi edici ortam, sağaltımı sağlamayı, sağlığı yükseltmeyi, hastanın bir an önce sosyal işlevselliğine geri dönmeyi amaçlayan ortam olarak tanımlanır (77). Mistral ve diğerleri 2002 yılında yaptıkları çalışmada klinikte tedavi edici ortam sağlandığında, hastada gözüken agresif davranışlar ve izole odalarına alınmanın % 62 oranında azaldığını belirtmişlerdir (93).

2.3.6. Tedaviye Uyum Programı

Tedaviye Uyum Programı, Gray ve diğeri tarafından 2004 yılında hastaların tedavilerini yönetebilmesi ve tedaviye uyumlarının artırılmasında toplum ruh sağlığı hemşirelerine yol göstermesi amacı ile hemşirelere verilen bir eğitimde kullanılmıştır. Eğitimden sonra program daha net şekilde 2006 yılında geliştirilmiştir (24). Programının temeli MG, BDY ve UT'ye dayanmakta olup, genel olarak Kemp ve diğeri tarafından geliştirilen UT'den (1996) esinlenmiştir (94). Uyum Terapisinden farkı tedaviye düşük uyum gösteren, ayaktan ve yatan tüm hastalara uygulanabilmesidir. Yüz yüze ve bireysel görüşmeler şeklinde uygulanan TUP, hasta ile işbirliğine dayanan, hasta merkezli ve hastaya birebir uygulanan bir programdır (24).

Tedaviye Uyum Programı tedaviye olan uyumun nasıl oluşturulup, nasıl geliştirileceğini belirlemede altı önemli faktörü temel alır. Bunlar;

Tedavinin etkililiği: Hastaların kişisel olarak bilinçli şekilde tıbbi tedaviyi istediklerini belirtmesi ve tedavi için hazır olması.

Tedavide yan etkiler: Hastada tedaviden kaynaklı oluşabilecek hareket, kilo ve cinsel sorunlar gibi yan etkilerin önemini bilmesi.

Yan etki öz yönetimi: Tedavinin bir sonucu olarak yan etkilerin varlığı ve bu yan etkilere karşı kendi öz yeteneklerin bilinmesi.

Uygulayıcı karakteri: Uygulayıcının oluşturacağı işbirlikçi ve hasta merkezli yaklaşımın önemi.

Hastalık ve tedavi ile ilgili öznel deneyimler: Hastanın hastalığı ve tedavisi ile ilgili geçmişte yaşadığı olumlu, olumsuz deneyimler ve bu deneyimlerin bireyi nasıl etkilediği.

Tedavi hakkında inanç ve tutumlar: Tedavinin gereksinimi hakkında yaşadığı kararsızlık ve ikilemli duyguların hasta üzerine etkisi (95).

Tedaviye Uyum Programı, kişisel beceriler (temel beceriler ve anahtar beceriler) ile programı yönetmek, TUP'un temel taşlarını kullanmak ve TUP'u değerlendirmek olmak üzere toplam üç aşamayı içermektedir. Bir aşamanın eksikliğinde ikinci aşamaya geçmek mümkün değildir (23, 95).

2.3.6.1.Tedaviye Uyum Programında Temel Beceriler

Temel beceriler iletişim ve süreç becerileridir. Bu beceriler program boyunca aktif olarak kullanılmaktadır ve genel olarak sorunu tanımlayıp, süreci yapılandırma ve uyumu değerlendirmeye odaklıdır (24, 23).

İletişim becerileri, hastanın kendi sözcüklerini kullanma, açık uçlu sorular sorma, yansıtma dinleme, özetleme ve geri bildirim vermeyi kapsamaktadır (24). Oturumlar boyunca hasta ile tıbbi terminolojiden uzak, hastanın kendi sözcükleri ile konuşmak, hastanın uygulayıcıyı daha iyi anlamasını sağlamak ve açık uçlu sorular ile hastadan daha net cevaplar elde edilmektedir. Açık uçlu sorulardan sonra tedavisi hakkında hastanın kendi olumlu ifadelerini güçlendirmek için yansıtma tekniği kullanmak önemlidir (23). Yansıtma, hasta ile iletişimde empati yaparak esas ve doğru noktaların hasta ile paylaşılmasıdır (96). Görüşme sırasında veya sonrasında özetleme yapmak, hastanın dinlendiğini gösterme olanağı sunar ve bilgilerin toplanmasına yardımcı olur. Hastanın söylediklerinin doğru anlaşılıp anlaşılmadığını öğrenmek için ise düzenli olarak geri bildirimler vermek önemlidir (23).

Süreç becerileri işbirliği yapma, hastayla birlikte gündem belirleme, hastanın kişisel tercih ve sorumluluğunu vurgulama, öz etkililiği geliştirme, benlik

saygısını yapılandırma ve hastanın güvenliğini sağlamayı içermektedir (24). İşbirlikçi yaklaşım, hasta ile uygulayıcının birlikte çalışması ve karar vermesini amaçlar. Gündem oluşturma ise hastalara kişisel kontrollerini sağlamada ve zamanın etkin kullanılmasında yardımcı olmaktadır. Bu beceriler sayesinde hastanın öz etkililiği, geçmiş olumlu deneyimlerine bakarak, hedefler belirleyerek yapılandırılmaktadır. Belirlenen hedeflere ulaşmak ise benlik saygısının gelişimini desteklemektedir (23).

2.3.6.2. Tedaviye Uyum Programında Anahtar Beceriler

Tedavi ile ilgili problemleri çözme, geçmişe bakma, kararsızlık ve ikilemleri ortaya çıkarma, inançlar hakkında konuşma ve gelecek planları yapma anahtar becerileri kapsar. Oturumlar boyunca hastanın problemlerini kendinin tanımlaması, problemlerine çözüm önerilerini yine kendisinin bulması amaçlanmaktadır (95). Hastanın geçmiş deneyimleri ve inançları hakkında konuşup sağlık davranışlarını olumsuz etkileyen bakış açıları ve ikilemler belirlenmelidir. Geçmişteki deneyimlerin iyi olan yönleri pozitif geri bildirim ile desteklenmelidir. Gelecekle ilgili hedefler koymak ve bu hedefler üzerine konuşmak ise öz etkililiği ve öz saygısını geliştirmek için önemlidir. Bireyler hedeflerine ulaşırsa öz etkililiği ve öz saygısı artacaktır (23). Anahtar beceriler değişim ve uygulamaya odaklı olup, hastanın direnç nedenlerini netleştirmek ve değişim için motivasyon oluşturmada kullanılmaktadır (24). Teknik olarak bunlar tedavinin kişisel faydalarını artırır, hastaların tedaviye karşı inançlarını değiştirir ve tedavi almaya yönelik belirsizlikleri çözer (94).

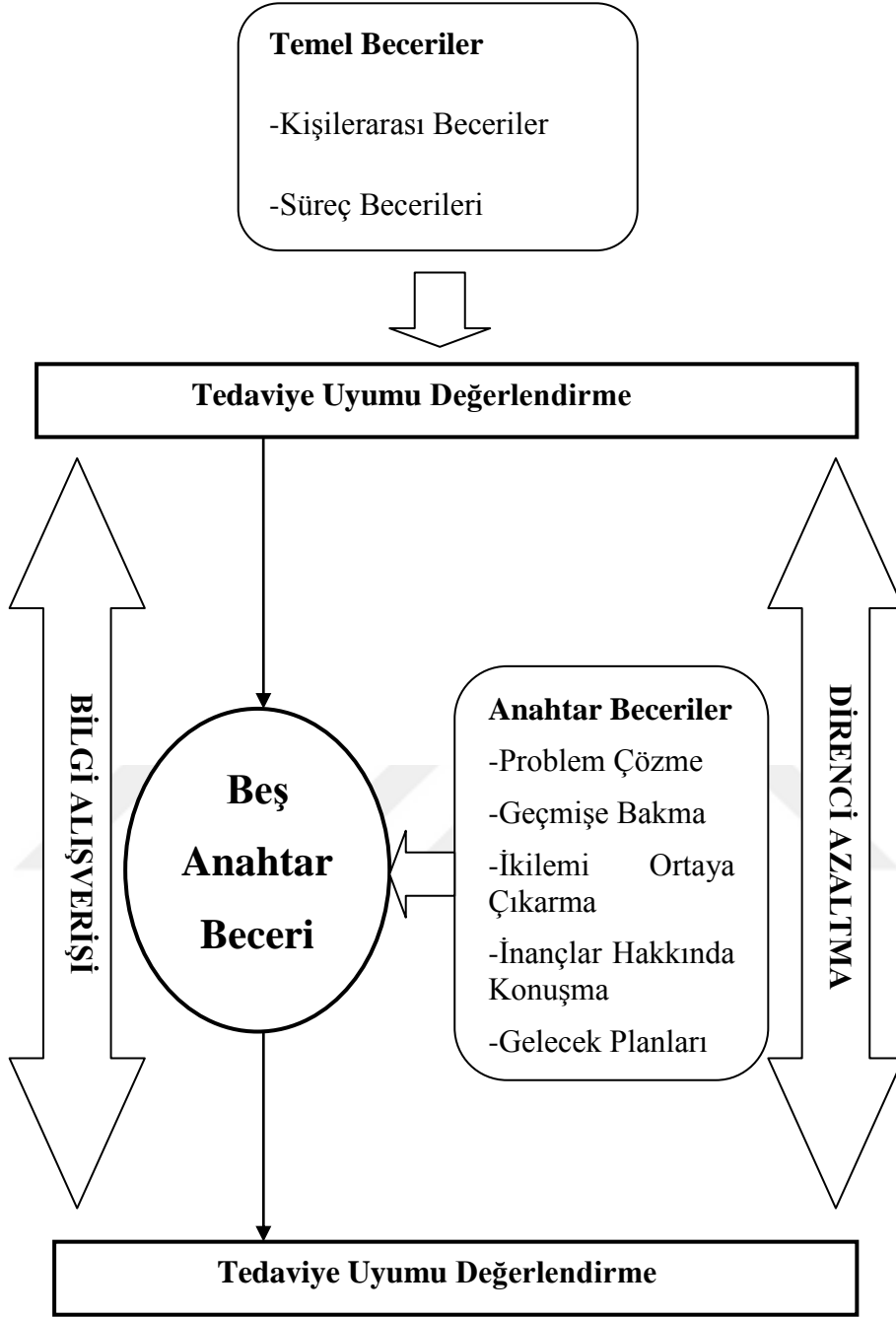
2.3.6.3. Tedaviye Uyum Programının Temel Taşları

Tedaviye Uyum Programının iki temel taşı vardır. Bunlar program boyunca hasta ile bilgi alışverişi yapmak ve değişim için gerekli motivasyonu oluşturup direnci azaltmaktır (23). Amaç, hastanın tedavisi hakkında konuşmasını sağlamak ve işbirlikçi yaklaşım ile hastalık ve tedavisi hakkındaki tutarsızlıkları ortaya çıkartmaktır (95). Bu sayede yanlış bilgi, doğrusu ile değiştirilip direncin en aza indirilmesi sağlanmaktadır (23, 24).

2.3.6.4. Tedaviye Uyum Programını Değerlendirme

Tedaviye Uyum Programında hastanın uyum problemlerini, hastalık belirtilerini, tedavi memnuniyetlerini tanımlamak amacı ile yapılandırılmış sorular ve ölçekler bulunmaktadır (24). Bu sorular ve ölçekler ile hastanın tedavisi hakkındaki bakış açısı, tedavi alma ya da almama kararı, tedavisine verdiği önemi ve bu konudaki kendine güveni tanımlanmaktadır. Değerlendirme ise hastanın bu sorulara ve ölçeklere verdiği cevapları uygulayıcının yorumlamasını kapsamaktadır (23).

Tedaviye Uyum Programı Diyagramı



Şekil 2.1. Tedaviye Uyum Modeli (Gray,2012).

2.3.6.5. Tedaviye Uyum Programında Oturumlar

Tedaviye Uyum Programı her bir oturumu yaklaşık 30 ile 45 dakika süren toplam yedi oturumdan oluşmaktadır (24). Literatürde bazı oturumların birleştirilerek haftada iki, dört-altı oturumluk (55); haftada bir, yedi oturumluk (27) ve ayda iki oturum şeklinde altı oturumluk (26) yapılan farklı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar mevcuttur.

1. Oturum- Tedaviye Uyumu Tanılama

Bu oturumda hastanın tedavi ile ilgili bilgi, tutum ve düşünceleri saptanır. Olumsuz tedavi deneyimleri ve yan etkilerine ilişkin sorunlar tanımlanır. Tedaviye verdiği önem ve tedavi alımında kendine olan güven yapılandırılmış sorular ve ölçekler ile değerlendirilir. Burada amaç, hastanın tedavi hakkındaki görüşünü belirleme, tedavi almak istemiyorsa bunun nedenini saptamaktır (23, 24).

2. Oturum- Tedaviye Uyumu Tanılama ve Özetleme

Hastanın tedavi alımında kendine olan güven ve memnuniyeti yeniden ölçülür. Tedavi alımında yaşadıkları zorluklar tanımlanır. Bilgi alışverişi sağlanarak işbirlikçi bir yaklaşım ile ilk oturumdaki konular tekrar pekiştirilir ve özetlenir. Tedavisi üzerine farkındalık oluşturarak değişim için motivasyon kurulur (23, 24).

3. Oturum-Tedavi ile İlgili Sorunları Saptama, Problem Çözme

Hastanın tedaviyle ilgili sorunlarını, olumlu olumsuz deneyimlerini açıklaması ile başlar. Hastadan bu sorunları çözecek çözüm olasılıklarını listelemesi istenir. Belirlenen sorunların çözümleri üzerinde konuşulur. Burada amaç, hastanın problemlerini kendisi tanımlayıp, en iyi çözüm yolunu yine kendisinin bulmasıdır. Oturum boyunca kişisel tercih kontrolü hastaya bırakılıp, problem çözme becerisi öğretilir, öz etkililiği geliştirilir (23, 24).

4. Oturum-Tedavi ile İlgili Geçmişe Bakma

Hastanın geçmiş deneyimleri üzerine konuşulur. Tedavisine düzenli devam ettiği ve devam etmediği zaman yaşadıkları deneyimler ve kendisini nasıl hissettiği konuşularak değerlendirilir. Tedavi ile ilgili farkındalık ve sağlığı sürdürmedeki önem vurgulanır (23, 24).

5. Oturum-Tedavi ile İlgili İkilemi Ortaya Çıkarma

Hastanın tedaviyi kabul etme ya da bırakma nedenleri üzerinde durulur. Hastadan tedaviye uyumun ve uyumsuzluğun olumlu ve olumsuz yönlerini listelemeleri istenir. Hastanın tedaviyi alma ve bırakma arasında yaşadığı ikilem keşfedilir (23, 24).

6. Oturum-Tedavi ile İlgili İnanç ve Kaygıları Değerlendirme

Hastanın önceki oturumda listelediği tedaviyi alma veya bırakma nedenleri ele alınarak tedaviyi almayı etkileyen inançlar, tutumlar ve kaygılar değerlendirilir. Burada amaç bu inançların hastayı ne kadar etkilediğini saptamaktır. Olumlu inançlar pozitif geri bildirimler ile güçlendirilir. Negatif inançlar ise kanıtlara dayalı şekilde azaltılmaya çalışılır (23, 24).

7. Oturum-Tedavi ile İlgili Gelecek Planları

Hastaların tedavi üzerine gelecekte yapmak istediği hedefler ve bu hedefleri gerçekleştirmede olası engeller tanımlanır. Sorun çözme yöntemi kullanılarak belirlenen hedeflere ulaşmak için yapılacak adım ve girişimler belirlenir. Bunlara karşı önlemler alınır, plan yapılır. Yapılan planlar desteklenerek öz etkililik ve öz saygı desteklenir (23, 24)

2.4. Öz Etkililik

Özel bir durumla ilişkili olan öz etkililik, temelini Albert Bandura tarafından oluşturulan “Sosyal Bilişsel Kuramdan” almıştır (97). Kurama göre, insanlar yalnızca başarabileceklerine inandıkları işleri denerler. Kişisel tehdit olarak gördüğü ve başarısız olacaklarına inandıkları işleri denemezler. Güçlü bir algı olan öz etkililiğin varlığında birey yapmayı planladığı işlerden kaçınmayarak, kendisini zorlu işleri bile başarabilecek güçte ve kapasitede hisseder (98). Bir kavram olarak değerlendirildiğinde de öz etkililik, bireyin bir davranışı yapabilme algısı, bireysel motivasyonu ve başarılı olarak yapma kapasitesine olan inancını ifade etmektedir (21).

Öz etkililik inancı bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim süreçleri olmak üzere dört süreçten oluşmaktadır. Bu süreçler bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, ne düşündüğünü ve ne şekilde motive ettiğini belirleyerek, uygun davranışı seçme, benimseme, davranışa başlama ve edinilen davranışı sürdürmede etkili olmaktadır (97). Birey, bir davranışı benimseme ve eyleme dönüştürmeden önce olumlu ve olumsuz yönlerini belirlemektedir. Eyleme dönüştürme kararından sonra ise öz etkililik algısı yüksek düzeyde olan bireyler, öz etkililik algısı düşük olan bireylerden daha fazla amaçlarına ulaşmak için mücadele vermekte ve olumsuz gidiş olduğunda kendilerini daha çabuk toparlamaktadırlar (99). Herhangi bir sorunla karşılaşması durumunda, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin düşük olanlara göre karar alıp, bunu uygulamaya geçirmede daha yatkın olacakları ifade edilmektedir (100).

Öz etkililik, bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyup, sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazanmasında bireye yardım etmektedir (101).

Yanısıra bireyin davranış sürecini kontrol ederek kendi kapasitenin farkına varmasında ve bir davranışı yapabilme algısını artırmasında etkili olur (98). Drapeau ve diğerlerinin 2007 yılında sağlamlığa giden süreçte nelerin etkili olduğunu araştırdıkları çalışmada, öz etkililik duygusunun ruhsal sağlamlığa ulaşmada önemli bir aşama olduğunu bildirmişlerdir (102).

Öz etkililik ile tedaviye uyum arasında önemi ilişki bulunmaktadır (23). Jose ve Mendez tarafından 2016 yılında kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan bir çalışmada, düşük öz etkililik algısına sahip bireylerin tedaviye karşı daha uyumsuz oldukları bulunmuştur (103). Yine benzer şekilde Chen ve diğerlerinin 2013 yılında hastaların sağlık bilgisinin ile öz etkililik ve kendine bakım davranışı üzerine etkisini incelediği bir çalışmada tedaviye uyum davranışının gelişmesi ile öz etkililik algısının pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır (104).

2.4.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Öz Etkililik

İki uçlu duygudurum bozukluğu çökkünlük, taşkınlık ve karma dönem gibi olumlu olumsuz duygudurum dalgalanmalarının görüldüğü bir ruhsal bozukluktur (31). Öz etkililik ise ruh hali ile ilişkili olup, olumlu ruh halinin algılanan öz etkililik algısını arttırdığı, umutsuz bir ruh halinin ise azatlığı belirtilmektedir (98). Scmutle ve diğerlerinin 2009 yılında İUDB olan bireylerin bakış açılarını incelediği çalışmada, hastaların ruh hallerini kontrol etmede, sağlıklarını iyileştirmede ve stresleri yönetebilmede istekli olmalarına rağmen yeteneklerinden şüphe duyan bireyler olduğu bildirilmiştir (105). Bu durum İUDB olan bireylerin yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini düşürmektedir (5). Öz etkililik ise bireylere sorunlarla başa çıkabilecek davranış değişikliği kazanmasına ve bunu sürdürmesine yardım etmektedir (97). Ayrıca Holua ve diğerlerinin 2013 yılında yaptıkları çalışmada

özetkililiğin çökkünlük dönemindeki bireylerin kişisel gelişimlerinde, ruhsal ve fiziksel semptomlarını iyileştirmede öz yönetimi desteklediği bildirilmiştir (106).

Duygudurum bozuklukları (iki uçlu duygudurum ve majör depresif bozukluk) ile yapılan çalışmada hastalarda yüksek düzeyde algılanan öz etkililiğin psikososyal uyumu artırdığı saptanmıştır (107). Kristen ve diğerleri tarafından 2014 yılında yapılan bir başka çalışmada ise İUDB olan hastalarda öz etkililiğin yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (108).

Duygudurum bozukluklarında BDY'nin tedavi sürecinde hastaların öz etkililiğini geliştirdiği ve desteklediği belirtilmektedir (27). Motivasyonel Görüşmeye dayalı deneysel bir çalışmada da İUDB olan bireylerde öz etkililik ile tedavi uyumunun pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir (22).

2.5. Benlik Saygısı

Benlik, ruhsal yapıyı düzenleyen ve bu yapının denge ve uyumunu sağlayan parçadır (109). Benlik saygısı ise kişinin kendi dünyası ile ilgili kişisel kararları, becerileri, yetenekleri ve sosyal ilişkileri hakkındaki kişisel inançlarını içermektedir (110). Rosenberg benlik saygısını kişinin kendi dünyası ile ilgili kişisel kararlarına ve ideal benliğe göre yaptığı olumlu davranışlarına dayandırmıştır (20). Benlik saygısının ruhsal işlevsellikteki rolü üzerine uzun zamandır çalışmalar yapılmakta olup (110), benlik saygısının yüksek oluşunun ruhsal sağlığın önemli belirteçlerinden biri olduğu kabul edilmektedir (111). Kararımak ve Çetinkaya'nın 2011 yılında benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi belirlemek amacı ile yaptıkları bir çalışmaya göre benlik saygısı ve denetim odağının duygular üzerinde etkili olduğu, ayrıca olumlu olumsuz duygularında psikolojik sağlamlığı yordadığı sonucuna varılmıştır (112).

Benlik saygısı ile tedavi uyumu arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Düşük benlik saygısı tedaviye uyumu azaltmaktadır (23). Benlik saygısı düşük hastanın kendini toplumdan uzaklaştırdığı, hastanın tedaviye yönelik uyumsuzluğu yüksek olduğu bildirilmiştir (113).

2.5.1. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı hastaların kendini değerli bulması, beğenmesi ve etrafındaki bireylerden aldığı değerlendirme ile yakından ilişkilidir (109). Olumlu ve olumsuz duygulanım, bilişsel faktörler hastaların benlik saygısını etkiler. İki uçlu duygudurum bozukluğunda eksiklik, yetersizlik, değersizlik, küçüklük düşünceleri ve işe yaramazlık gibi olumsuz durumlar çökkünlük döneminde sık karşılaşılmaktadır (2). Bu nedenle olumsuz duyguların sık rastlandığı ve hastaların kendini değersiz gördüğü İUDB olgularında benlik saygısı hem çökkünlük hem de iyilik döneminde düşüktür (2, 18). Taşkınlık dönemlerinde ise hastalar içinde bulunduğu duyguduruma bağlı olarak kabarmış bir benliğe sahip olurlar. Bu durum hastayı akıl almaz işler yaptırıp, yaşamını tehdit edebilecek boyutta olabilmektedir (2).

İki uçlu duygudurum bozukluğunda benlik saygısı ile ilgili çalışmalar genelde damgalanmanın oluşturduğu etki üzerinde değerlendirilmiştir. Mileva ve diğerlerinin 2013 yılında yaptıkları çalışmada İUDB olan sahip hastaların % 50'den fazlasında yaşadıkları damgalanmanın yaşam kalitelerini ve benlik saygılarını düşüreceği algısı saptanmıştır (114). Türk tarafından 2018 yılında İUDB olan iyilik dönemindeki hastalarla yapılan kesitsel bir çalışmada hastaların % 26'sının benlik saygısının düşük olduğu, içselleştirilmiş damgalanma ile yaşam kalitesi ve benlik saygısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (115).

2.6. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunda Tedaviye Uyum Programı ve Hemşirelik Yaklaşımları

İki uçlu duygudurum bozukluğunda tedavi, kesin sonuçlar vermemekle birlikte bilişsel işlevlerin korunmasında, tekrarların ve ek hastalıkların oluşumunu önlemede ve hastaların işlevsellik düzeylerini artırmada etkin, önemli bir araçtır. İki uçlu duygudurum bozukluğunda tedavi uyumsuzluğuna neden olan en büyük etkenlerden birisi ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin uyumsuzluk sorununun farkında olmamasıdır (48). Ruhsal bozukluğu olan hastalara yaklaşımda, tedavi uyumsuzluğunun neden olduğu sıkıntılara ve kötü sağlık sonuçlarına sık aşına olan (116) ve disiplinler arası ekip içinde hastalar ile beraber en fazla zaman geçiren ruh sağlığı hemşirelerinin birçok görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Çünkü hemşireler hastaların tedaviye uyumunda, amaçlanan hedeflere ulaşma ve tedavi planlarını gerçekleştirmede rol alan kişilerdir (117). Bu nedenle tedavi yönetimi ruh sağlığı hemşireliği çalışmalarının önemli bir bölümünü içermeli ve tedavi yönetim eğitimi her psikiyatri hemşiresi için uygunabilir olmalıdır (95).

Ruh sağlığı hemşireleri hastalarda tedavi uyumunu desteklemek için sağlık kurumlarında veya evlerde hastalara gerekli destek, danışmanlık hizmetleri ve izlem sağlamalı ve hastaların kendine olan güvenini arttırmak için uygun hemşirelik girişimlerini yerine getirmelidir (118). Son yıllarda ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedavi uyumunu desteklemek için, geliştirilen programlardan biri olan TUP, işbirlikçi ve hasta merkezli bir yaklaşım olup, MG, BDY ve psikoeğitim gibi birçok psikososyal programlar sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmaya başlanmıştır (24).

Tedaviye Uyum Programı uygulamasında hemşirelerin kişiler arası becerileri kullanarak hastayla işbirliği yapabilme, empati yaparak hastaya doğru noktaları yansıtmaya ve hastaların kişisel tercih ve sorumluluklarını vurgulamaları önemlidir. Ayrıca hastaların öz saygılarını yapılandırmada ve tedaviye uyum sürecini değerlendirmede anahtar becerileride başarılı şekilde sergilemeleri gerekmektedir (23). Bu sayede ruh sağlığı hemşiresi tedaviye uyum sürecini değerlendirirken problem çözmede, ikilemi ortaya çıkarmada ve gelecek planları yapmada hastayı destekleyerek programın etkinliğini sağlamış olacaktır (94). Hastalar, hastalıklarını kabul ettiklerinde, tedavi sürecinde ruh sağlığı hemşireleri ile hem fikir olduklarında, tedavileri ve olası yan etkileri hakkında bilgilendirildiklerinde, uyum sürecinde karara dahil edildiklerinde ve tedaviye yönelik kaygıları açığa çıkarıldığında tedaviye karşı daha uyumlu ve daha istekli olmaktadır (23). Tedaviye Uyum Programında hemşirelerin diğer bir görevi ise hastanın tedavisi hakkındaki önem, güven ve memnuniyetinin değerlendirilmesidir (94). Bu durum hastaların tedaviyi kabul etme ya da reddetme kararını etkilemektedir. Eğer hasta tedavi almanın önemli olmadığını düşünüyor, kendine bu konuda güvenmiyor ve bu durumdan memnun değilse, tedavi almak için henüz hazır değildir (117). Bu durumda ruh sağlığı hemşiresinin TUP sürecinde hastalara yapılandırılmış ölçekler ile tedavisinin hasta için ne kadar önemli olduğunu, tedavi konusunda kendilerine ne kadar güvendiklerini ve tedavi almaktan ne kadar memnun olduklarını sorgulaması gerekir. Hemşire tedavi almanın hasta için ne kadar önemli ve ciddi olduğunu belirlemeli, işbirlikçi yaklaşım ile çözmeli ve tedavi almada daha memnun olmak için nelere ihtiyaç duyduğunu belirlemeli ve hastaya bu konuda yardımcı olmalıdır (23).

Ruh sağlığı hemşireliğinin, disiplinler arası tedavi yönetimine sağladığı katkı, temelinde güven olan birebir ilişki ile bağımsız öz bakımı geliştirmeve desteklemeye odaklıdır (117). Bu nedenle ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedaviye karşı uyumu destekleyen yaklaşımlar geliştirme ve uygulamada ruh sağlığı ekibinin bir parçası olan hemşirelerin de aktif rol almaları önemlidir. Bu bağlamda TUP'un psikiyatri hemşireleri tarafından kolayca uygulanabilen bir program olarak hem hemşirelik mesleğine hemde hastaların tedaviye karşı uyumuna katkı sağlayacağı belirtilmektedir (24, 95).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu tasarımda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi 'nde Şubat-Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmış, Mayıs 2019'da tamamlanmıştır.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisi 34 yataklıdır. Serviste bir profesör, üç dr. öğretim üyesi, on araştırma görevlisi, dokuz hemşire, bir psikolog, bir servis sekreteri, bir poliklinik sekreteri ve beş yardımcı personel görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) ölçütlerine göre İUDB tanısı alan, kayıtlı hastalar oluşturmuştur (N:288). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya alma/dışlama ölçütlerini karşılayan hastalar örneklem grubunu oluşturmuştur (n=74).

Araştırmaya alma ölçütleri:

- ✓ DSM-5 ölçütlerine göre İUDB tanısı alma,
- ✓ Klinik remisyonda olup, ayaktan izlenen hasta olma,
- ✓ İl merkezinde bulunma,

- ✓ 18-65 yaş arasında olma,
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olma.

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

- ✓ Formların uygulamasını etkileyecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, görme, konuşma bozukluğu), nörolojik bozukluk ve zihinsel engellilik durumu olma,
- ✓ Ek bir psikiyatrik tanı alma,
- ✓ Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'ne göre tedaviye tam uyum sağlamış olma.

İlgili hastanenin biyoistatistik biriminden arşiv incelemesi yapılmış ve toplam 288 hastanın bilgilerine ulaşılmıştır. Bunlardan 91 hasta il merkezinde olmadığından, 46 hasta telefonu kapalı veya cevap vermediğinden, 19 hasta araştırmanın yaş kriterlerini sağlamadığından, 50 hasta çalışmaya katılmak istemediğinden ve sekiz hasta Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nden tam puan aldıklarından çalışmaya dahil edilmemiştir (n=74). Girişim grubundaki (n=38) iki hasta ön test formları uygulandıktan sonra, üç hasta ilk oturumdan ve iki hasta ikinci oturumdan sonra araştırmadan ayrılmıştır. Kontrol grubunda ise (n=36) altı hasta son test formların uygulanmasını kabul etmediklerinden dolayı girişim grubu 31, kontrol grubu 30 olmak üzere araştırma 61 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu (Ek I), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (Ek II), Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (Ek III) ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) (Ek IV) kullanılmıştır.

Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu: Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, hastalık

sürecinde destek alınan kişi varlığı, yaşı, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısını belirleyen 10 sorudan oluşmaktadır.

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ): Morisky, Gren ve Levine (1986) tarafından geliştirilen ölçek, dört adet iki seçenekli (evet/ hayır) kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Soruların tümüne “hayır” cevabı verildiğinde ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” cevabı verildiğinde ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya evet cevabı verildiğinde ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilmektedir (119). Türkiye’de Bahar ve arkadaşları (2014) tarafından İÜDB olan hastalarda geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılan ölçeğin, yeterli iç tutarlığa (0.62), test-tekrar test güvenilirliğine (0.64-0.96) sahip olduğu belirlenmiştir (120). Bu çalışma için Kuder Richardson-20 (KR-20) güvenilirlik katsayısı 0.51 olarak bulunmuştur. Kuder Richardson-20 katsayısı az sayıda maddeden oluşan skalalar için (15 maddeye kadar) uygulanmışsa 0.50 kabul edilebilir bir değerdir. Madde sayısı 50’den fazla olunca 0,80’in üzerinde olması istenmektedir (121). Bu çalışmada madde sayısı dört olduğu için KR-20 kat sayısı yeterli olarak kabul edilmiştir.

Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ): Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir (122). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmıştır (123). Ölçek herhangi bir duruma özgü olmayan genel öz etkililik yeterlilik algısını ölçmekte olup 5’li likert tipi 23 maddeden oluşmuştur. Her bir madde için; 1 “beni hiç tanımlamıyor”, 2 “beni biraz tanımlıyor”, 3 “kararsızım”, 4 “beni iyi tanımlıyor”, 5 “beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınır. Ancak 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeler ters yönde puan alır. Böylece ölçekten az 23, en fazla 115 puan

alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireyin öz etkililik-yeterlilik algısının iyi olduğunu göstermektedir (122, 123). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.81 (123), bu çalışmada ise 0.87 olarak bulunmuştur.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) (CBSE):

Coopersmith (1959) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Turan tarafından 1987 yılında yapılmıştır (124). Ölçek, kişinin hayata bakış açısı, aile ve sosyal ilişkisi, kendisi hakkındaki değerlendirmesi, kendini nasıl gördüğü ile ilgili 25 maddeden oluşmaktadır. Maddeleri tanımlayan 'Benim Gibi' ve 'Benim Gibi Değil' şeklinde ifadelerden uygun olanı işaretlenmektedir. Buna göre ölçekteki 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 ve 20. maddeler ''Benim Gibi'' olarak işaretlendiğinde; 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24 ve 25. maddeler ''Benim Gibi Değil'' olarak işaretlenirse puanlamaya girer ve her birine 4 puan verilir, bunlar uygun şekilde yanıtlanmazsa ''0'' puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0'dır. Bireyin ölçekten almış olduğu puan 0-30 arasında "düşük", 30- 70 arasında "orta" ve 70-100 arasında ise "yüksek" benlik saygısını göstermektedir (124, 125). Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.76 (124), bu çalışmada ise 0.71 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada Morisky Tedavi Uyum Ölçeği, Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu) puan ortalamaları **bağımlı**; Tedaviye Uyum Programı **bağımsız**; hastaların cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, ekonomik durum algısı, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, hastalık sürecinde destek alınan kişi varlığı, yaşı, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı ise **kontrol değişkenlerini** oluşturmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

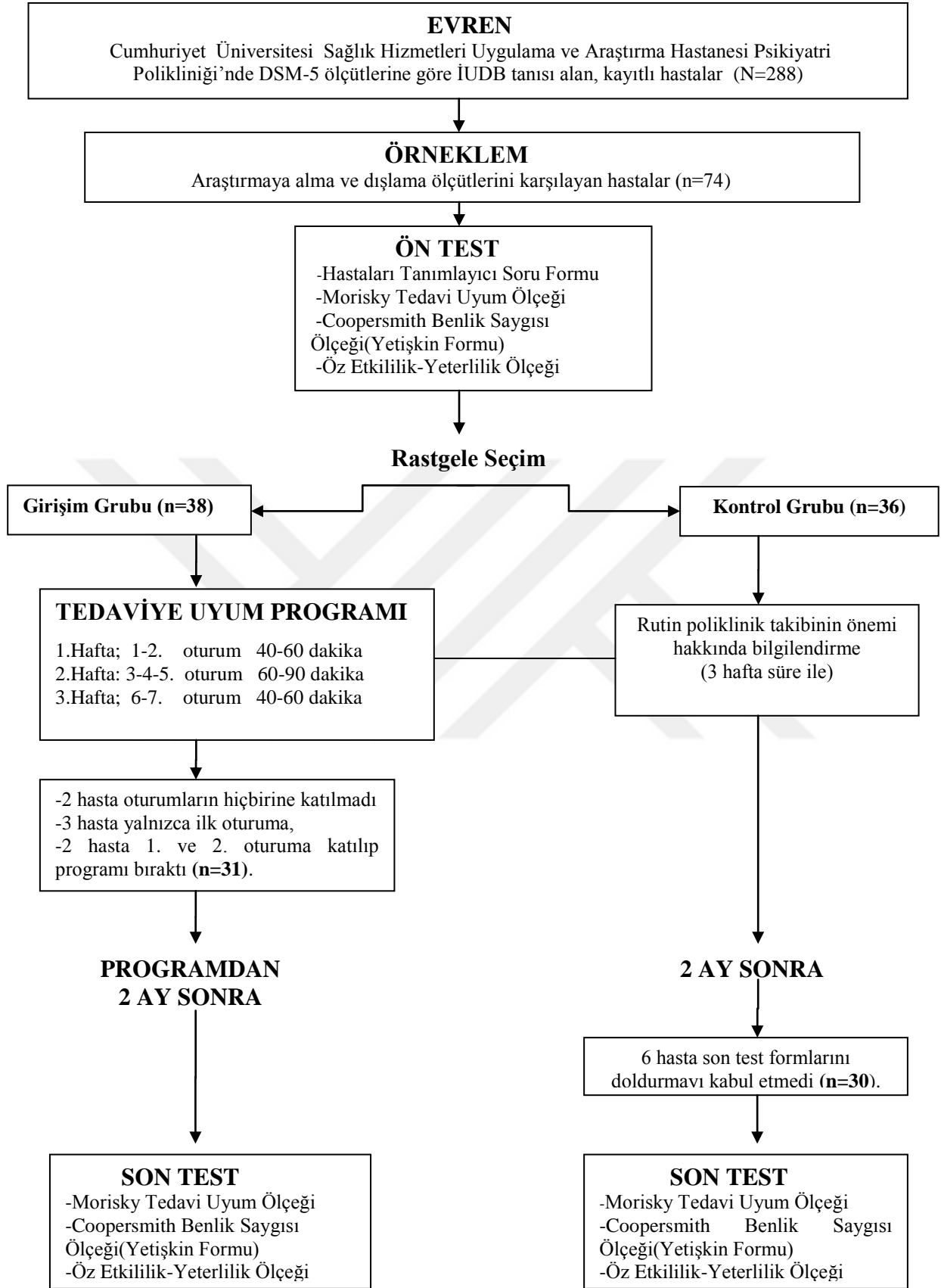
Araştırma kapsamına alınan hastalara bireysel olarak araştırmanın amacı, yöntemi ve yararları anlatılmış ve ön test formları uygulanmıştır. Daha sonra soru formlarına verilen numaralara göre, çalışmada yer almayan bağımsız bir araştırmacı tarafından rastgele sayısal tablo kullanılarak hastalar girişim (n=38) ve kontrol (n=36) grubuna ayrılmıştır. Girişim grubundaki hastalara TUP'un uygulanışı ve yöntemi hakkında sözlü olarak bilgi verilmiş ve her hastaya bireysel olmak üzere haftada bir, 40-90 dakika aralığında değişen, toplam üç hafta süre ile TUP uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise herhangi bir girişim uygulanmamış, rutin poliklinik takibinin önemi hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Girişim grubundaki hastalara TUP' un bitiminden, kontrol grubundaki hastalara da rutin poliklinik takibinin önemi hakkında bilgilendirmeden iki ay sonra son test formları uygulanmıştır. Formları 65 hasta kendisi doldurmuş, dokuz hasta (girişim grubundan dört, kontrol grubundan beş) ise formları kendisi doldurmak istemediğinden araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Formların doldurulması ortalama 25-30 dakikada tamamlanmıştır.

Formların uygulanmasının ve TUP'un oturumlarının yapılacağı yer, her görüşme öncesi hasta ve araştırmacı tarafından birlikte planlanmıştır. Hastalar görüşmeler için önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne davet edilmiştir. Ancak ilgili hastanenin şehir merkezinden uzak olması nedeniyle hastalar bu hastaneye gelemeyeceklerini belirtmiştir. Bu nedenle bazı hastalar ile görüşmeler il merkezinde bulunan Sivas Sağlık Bakanlığı Numune Hastanesi psikiyatri sevisinde yapılmıştır. Sivas Sağlık Bakanlığı Numune Hastanesine gelemeyen hastaların isteklerine göre görüşmeler için ev ziyaretleri, iş

yeri ziyaretleri ve bakım merkezlerinde yatılı kalan hastalara da bakım evi ziyaretleri yapılmıştır. Hastane, ev, iş yeri ziyaretleri ve bakım merkezlerinde yapılan tüm görüşmeler ve oturumlar uygun bir ortam sağlanarak hastalar ile birebir, yüz yüze görüşme şeklinde olmuştur. Tedaviye Uyum Programı'nın oturumları, hastaların istekleri dahilinde üç hastaya evinde, beş hastaya işyerinde, dört hastaya üç ayrı bakım merkezinde yapılmış, diğer hastalara ise Sivas Numune Hastanesi psikiyatri servisinde uygulanmıştır.

Tablo 3.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test-Son Test Formları Uygulama Yerleri

Ön test uygulamaları		Son test uygulamaları	
Girişim (n=38)	Kontrol (n=36)	Girişim (n=31)	Kontrol (n=30)
-10 hasta evinde	-11 hasta evinde	-3 hasta evinde	-3 hasta evinde
-8 hasta işyerinde	-7 hasta işyerinde	-5 hasta işyerlerinde	-4 hasta işyerlerinde
-4 hasta bakım merkezinde	-1 hasta bakım merkezinde	-4 hasta bakım merkezinde	-1 hasta bakım merkezinde
-16 hasta hastanede	-17 hasta hastanede	-19 hasta hastanede	-22 hasta hastane



Şekil 3.2. Araştırma uygulama çizelgesi

3.7. Tedaviye Uyum Programının Uygulanması

Tedaviye Uyum Programı haftada bir, toplam yedi hafta süre ile uygulanmaktadır. Ancak hastaların bu süreyi uzun bulmaları, programa katılım için zaman bulamamaları ve yedi hafta boyunca sürekli görüşmek istememeleri nedeni ile bu çalışmada program, bazı oturumların birleştirilmesi ile üç haftada tamamlanmıştır. İlk hafta 60 dakika süren 1. ve 2. oturum, ikinci hafta 90 dakika süren 2-3-4. oturum, üçüncü hafta ise 60 dakika süren 5-6. oturum şeklinde uygulanmıştır. Program her bir hastaya bireysel olarak istekleri doğrultusunda ev, işyeri, hastane ve bakım merkezlerinde uygulanmıştır.

Tedaviye Uyum Programının içeriğinde, tanışma ve duyguların paylaşımı, hastalığın tanıtımı, tedavi ile ilgili sorunlar, geçmiş deneyimler, hastanın tedavi ile ilgili bilgi ve inançları, gelecek planları ve bunların değerlendirmeleri yer almıştır. Program, her bir hastaya MG Teknikleri ve psikoeğitime dayalı olarak hasta merkezli öz ve anlaşılır bir dil ile yavaş yavaş sunulmuş, karşılıklı etkileşimlerde bulunulup, sürekli tekrarlar ve geri bildirimler yapılmıştır. Programın oturumları sırasında TUP el kitapçığı, Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim el kitapçığı ve Motivasyonel Görüşme Teknikleri kitapları kullanılmıştır. Ayrıca oturumlarda bilgi alış veriş, açık uçlu sorular sorma, yansıtmalı dinleme, detaylandırma, ajanda oluşturma, geri bildirim verme, özetleme gibi öğrenme tekniklerinden de yararlanılmıştır.

Araştırmacı bir psikolojik araştırma ve danışmanlık merkezinde üç oturum süren Motivasyonel Görüşme Teknikleri eğitimini tamamlayarak Motivasyonel Görüşme Teknikleri Uygulama sertifikası almış ve uzman görüşlerinden yararlanmıştır.

Tablo 3.2. Tedaviye Uyum Programı

OTURUM	AMAÇ	UYGULAMA	YÖNTEM
1.ve 2. Oturum (40-60 dakika)	<ul style="list-style-type: none">-Tanışma ve duyguların paylaşımı-Tedaviye Uyum Programının tanıtımı-Tedavi ile ilgili bilgi, düşünce ve tutumları ölçme-Tedavi sürecinde yaşanan zorluklar ve sıkıntıları tanımlama-Tedavinin yararları ve zararları ile ilgili inanç ve kaygıları tanımlama-Olumsuz tedavi deneyimleri ve yan etkilere ilişkin sorunları tanımlama-Tedaviye yönelik kendine güven, yeterlilik ve memnuniyetini ölçme-Tedavi üzerine farkındalık yaratma ve değişim için motivasyon kurma	<ul style="list-style-type: none">-Tedaviye Uyum Programının oturum ve içeriği tanıtıldı-Hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilerek karşılıklı güven sağlandı-Hasta ile tartışmadan, yargılamadan, işbirlikçi bir yaklaşım ile hastanın hastalık hakkındaki düşünceleri, tutumları ve inançları TUP'a bağlı yapılandırılmış sorular ile ölçülüp değerlendirildi-Tedavi sürecindeki yaşadıkları deneyimler paylaşıldı. Tedavi alımını engelleyen sorunlar ve engeller üzerine konuşulup hasta tepkileri takip edildi-Tedavi almadaki memnuniyeti ve kendine olan güven TUP içindeki cetveller ile ölçülüp değerlendirildi.- Oturum sonunda tüm değerlendirmeler üzerine hasta ile nazik bir şekilde konuşulup tedaviye direnç nedenleri hakkında farkındalık oluşturuldu.	<ul style="list-style-type: none">-Bilgi alış verişi-İşbirliği yapma-Açık uçlu ve yapılandırılmış sorular sorma-Güven ve memnuniyet cetveli kullanma-Yapılandırılmış formlar kullanma-Yansıtmalı Dinleme-Değişimi konuşma-Kabullenme-Özetleme
3. 4. 5. Oturum (60-90 dakika)	<ul style="list-style-type: none">-Tedavi ile ilgili problemleri tanımlama-Problemlere yönelik çözümler ve hedefler oluşturma-Çözümlerin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirme-Tedavi ile ilgili geçmiş olumlu ve olumsuz deneyimleri hatırlatma-Tedaviyi bırakmanın iyi ve iyi olmayan yönlerini tanımlama	<ul style="list-style-type: none">-Hastanın kendi cümleleri ile problemleri tanımlaması ve tanımladığı problemlere yönelik tüm çözüm önerilerini kendisinden listelemesi istendi-Listelenen önerilerin iyi olan ve iyi olmayan yönlerini yazması ve kendisi için en iyi çözüm önerisini hedefleyerek çözüm basamakları oluşturması sağlandı.-Hasta ile geçmiş deneyimler üzerine konuşuldu. Hastadan TUP içinde kullanılan formlara tedavi almanın iyi olan ve iyi olmayan yönlerini yazması istendi. Farkındalık yaratıp tedavi alma ve bırakma arasında yaşanan ikilem çözülmeye çalışıldı. Yazılanlar tek tek değerlendirilip tedavi almanın olumlu yönlere pozitif geri bildirim yapıldı	<ul style="list-style-type: none">-Açık uçlu ve anahtar sorular sormaYapılandırılmış formlar kullanma-İşbirliği yapma-Yansıtmalı dinleme-Detaylandırma-Geçmişe Bakma-Ajanda Oluşturma

Tablo 3.2. Tedaviye Uyum Programı-Devamı

<p>3. 4. 5. Oturum (60-90 dakika)</p>	<p>-Tedavi ile ilgili ikilemi keşfetme ve direnci azaltma</p> <p>-Tedavinin olumlu yönlerini pekiştirme</p> <p>-Tedaviye yönelik yanlış inançları saptama</p> <p>-Değişimi konuşma ve değişim için motivasyon kurma</p> <p>-Sorunlar için başa çıkma stratejileri geliştirme problem çözmeye becerisi kazandırma</p> <p>-Çözüm odaklı uzun vadeli hedefler oluşturma</p> <p>-Özsaygıyı ve öz yeterliliği güçlendirme</p>	<p>- İyi olmayan yönlerini açıklığa kavuşturmak için ise hastanın tedavi almasını etkileyen inançları sorgulandı. Hasta deneyimlerine bağlı şekilde sorular hazırlandı, hastaya tek tek soruldu. Bu inançların tedaviye uyum üzerine etkisinin yüzdesi istendi. Bu şekilde yanlış inançlar ve bunların etki seviyesi netleştirildi.</p> <p>-Hastaya her olumsuz inancı hakkında kendi deneyimlerinden kanıtlar sunuldu, hasta yazdığı her bir inanç üzerinde düşünmesi için cesaretlendirildi. Hastadan yanlış inançlara karşı çözüm önerisi yazıp hedeflemesi istendi.</p> <p>-Oturumlar boyunca hasta ile işbirliği sağlandı. Taraf tutulmadan tavsiyelerde bulunuldu. Tedaviye uyum konusunda kendine güven geliştirilip direncin azalması hedeflendi.</p>	<p>-Önem cetveli kullanma</p> <p>-Karar dengesini açığa çıkarma</p> <p>-Kişisel tercih ve kontrolü vurgulama</p> <p>-Öz yeterliliği destekleme</p> <p>-Geribildirim verme</p> <p>-Özetleme</p>
<p>6. ve 7. Oturum (40-60 dakika)</p>	<p>-Tedavi ile ilgili inançlar, tutumlar ve kaygılar hakkında tekrar konuşma</p> <p>-Tedavinin önemi ve tedavi alımında kendine güveni tekrar değerlendirme</p> <p>-Tedavinin önemini vurgulama ve değişimi güçlendirme</p> <p>-Tedaviye yönelik hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak</p> <p>-Çözüm odaklı uzun vadeli hedefler oluşturma</p> <p>-Tedavi almada kendine güveni artırma</p> <p>-Tedavi ile ilgili gelecek planları sağlama</p> <p>-Benlik saygısının ve öz etkililiği güçlendirme</p>	<p>-Hastaların tedavileri ile gelecek hedefleri TUP içinde bulunan yapılandırılmış tablolara yazması istendi.</p> <p>-Hastanın geçmişte neler yaparak başarılı olduğu sorgulandı ve cevapları tek tek hasta ile beraber değerlendirildi.</p> <p>-Gelecek hedefleri için nelere ihtiyacı olduğu ve tedavinin gelecek yaşamını nasıl etkileyeceği üzerinde konuşularak farkındalık oluşturuldu.</p> <p>-Yaptığı planlamalarda ne gibi beklenmedik durumlar ve olasılıklar olabileceği üzerine konuşuldu.</p> <p>-Olası sorunlara ve engellere karşı alınabilecek önlem ve çözümler planlandı.</p> <p>-Hastanın hedeflerine ulaşabilmesi için cesaretlendirildi ve kendine güvenmesine fırsat sağlandı</p>	<p>-İşbirliği yapma</p> <p>-Yapılandırılmış formlar kullanma</p> <p>-Uyumu değerlendirme</p> <p>-Motivasyonu güçlendirme</p> <p>-Yeniden çerçevlendirme</p> <p>-Öz yeterliliği destekleme</p> <p>-Geri bildirim yapma</p> <p>-Geleceğe bakma</p> <p>-Özetleme</p>

3.8. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.3. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
-Ön test girişim ve kontrol grubu öz etkililik ve benlik saygısı puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi	-
-Ön test girişim ve kontrol grubu tedaviye uyum durumlarının karşılaştırılması	-	Ki-kare analizi
-Son test girişim ve kontrol grubu öz etkililik ve benlik saygısı puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi	-
-Son test girişim ve kontrol grubu tedavi uyum durumlarının karşılaştırılması	-	Ki-kare analizi
-Girişim ve kontrol grubu ön test son test öz etkililik-yeterlilik ve benlik saygısı puan ortalamalarının karşılaştırılması	Bağımlı Gruplarda t testi	-
-Girişim ve kontrol grubu ön test son test benlik saygısı ve tedavi uyum durumlarının karşılaştırılması	-	McNemar testi
-Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları (126)	
-İç Tutarlılık	Cronbach alfa katsayısı, KR-20	

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılması için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay (EK 5) ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden resmi izin (EK 6) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara istedikleri zaman araştırmadan ayrılabilirler ifade edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan yazılı/sözlü onam alınmış ve "Helsinki Bildirgesi" ilkelerine bağlı kalınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada iki sınırlılık bulunmaktadır. Birinci sınırlılık çalışmanın farklı ortamlarda yürütülmesi, ikinci sınırlılık ise oturumların sayısının az olması ve programın üç hafta gibi kısa sürede tamamlanmasıdır.

4. BULGULAR

Girişim grubundaki hastaların % 54.8'inin kadın, % 64.5'inin evli, % 64.5'inin çalışmadığı, % 45.2'sinin ekonomik durumunu orta olarak algıladığı, % 35.5'inin üniversite mezunu olduğu, % 58.1'inin eşi ve çocukları ile yaşadığı ve % 58.1'inin hastalık süresince destek aldığı kişi olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların yaş ortalaması 39.48 ± 12.93 yıl, hastalık süresi 12.42 ± 9.74 yıl ve hastaneye yatış sayısı ise ortalama 6.13 ± 10.57 'dir (Tablo 4.1).

Kontrol grubunda hastaların % 53.3'ünün kadın, % 53.3'nün evli, % 60'ının çalışmadığı, % 46.7'sinin ekonomik durumu orta olarak algıladığı, % 40'ının üniversite mezunu olduğu, % 46.7'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı ve % 73.3'ünün hastalık süresince destek aldığı kişi olduğu bulunmuştur.. Ayrıca hastaların yaş ortalaması 37.57 ± 8.60 yıl, hastalık süresi 13.07 ± 9.39 yıl ve hastaneye yatış sayısı ise ortalama 5.80 ± 7.21 'dir (Tablo 4.1).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının tanımlayıcı özellikler bakımından istatistiksel olarak benzer oldukları belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Girişim		Kontrol		Test ve Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kadın	17	54.8	16	53.3	$\chi^2=0.014$
Erkek	14	45.2	14	46.7	$p=0.906$
Medeni durum					
Evli	20	64.5	16	53.3	$\chi^2=0.788$
Bekâr/Dul/Boşanmış	11	35.5	14	46.7	$p=0.375$
Çalışma durumu					
Çalışıyor	11	35.5	12	40.0	$\chi^2=0.132$
Çalışmıyor	20	64.5	18	60.0	$p=0.716$
Ekonomik durum algısı					
Kötü	9	29.0	9	30.0	$\chi^2=0.050$
Orta	14	45.2	14	46.7	$p=0.975$
İyi	8	25.8	7	23.3	
Eğitim durumu					
İlkokul	6	19.4	9	30.0	
Ortaokul	6	19.4	4	13.3	$\chi^2=1.720$
Lise	8	25.8	5	16.7	$p=0.633$
Üniversite	11	35.5	12	40.0	
Birlikte yaşanan kişi					
Eş ve çocuklar	18	58.1	14	46.7	
Anne baba	7	22.6	12	40.0	$\chi^2=3.419$
Yalnız	1	3.2	2	6.7	$p=0.331$
Yurt / Bakım Merkezi	5	16.1	2	6.7	
Destek alınan kişi varlığı					
Var	18	58.1	22	73.3	$\chi^2=1.575$
Yok	13	41.9	8	26.7	$p=0.210$
		Girişim	Kontrol		
		Ort±SS	Ort±SS		Test ve Önemlilik
Yaş		39.48±12.93	37.57±8.60		$t=-0.684$, $p=0.500$
Hastalık Süresi (yıl)		12.42±9.74	13.07±9.39		$t=0.265$, $p=0.729$
Hastaneye Yatış Sayısı		6.13±10.57	5.80±7.21		$U=431.500$, $p=0.625$

χ^2 :Ki-kare analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Girişim grubu hastaların ön test, ÖEYÖ puan ortalamasının 77.90 ± 17.02 , CBSE puan ortalamasının 52.13 ± 16.83 olduğu, hastaların % 74.2'sinin orta düzey benlik saygısına, % 54.8'inin orta düzey tedavi uyumuna sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Girişim Grubu Hastaların Ön Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerin Dağılımı

Girişim	Alnabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort \pm SS
ÖEYÖ	23-115	41- 113	77.90 ± 17.02
CBSE	0-100	16- 80	52.13 ± 16.83
	%	-	-
Düşük Benlik Saygısı	6.4	-	-
Orta Benlik Saygısı	74.2	-	-
Yüksek Benlik Saygısı	19.4	-	-
MTUÖ	Orta Uyum	54.8	-
	Düşük uyum	45.2	-

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Kontrol grubu hastaların ön test ÖEYÖ puan ortalamasının 77.30 ± 16.96 , CBSE puan ortalamasının 58.40 ± 19.84 olduğu, hastaların % 56.7'sinin orta düzey benlik algısına, % 66.7'sinin orta düzey tedavi uyumuna sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerinin Dağılımı

Kontrol	Alnabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort \pm SS
ÖEYÖ	23-115	43-100	77.30 ± 16.96
CBSE	0-100	24-92	58.40 ± 19.84
	%	-	-
Düşük Benlik Saygısı	10.0	-	-
Orta Benlik Saygısı	56.7	-	-
Yüksek Benlik Saygısı	33.3	-	-
MTUÖ	Orta Uyum	66.7	-
	Düşük uyum	33.3	-

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Girişim ve kontrol grubu hastaların ön test ÖEYÖ ve CBSE puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ÖEYÖ ve CBSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖEYÖ	Ort ± SS	Test ve Önemlilik
Girişim	77.90±17.02	t=-0.139
Kontrol	77.30±16.96	p=0.890
CBSE	Ort ± SS	Test ve Önemlilik
Girişim	52.13 ± 16.83	t=1.333
Kontrol	58.40 ± 19.84	p=0.188

t: Bağımsız gruplarda t testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Girişim ve kontrol grubu hastaların ön test tedaviye uyum oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test MTUÖ Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Orta Uyum		Düşük Uyum		Test ve Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	
Girişim	17	54.8	14	45.2	$\chi^2=0.894$
Kontrol	20	66.7	10	33.3	p=0.344

χ^2 :Ki-kare analizi

Girişim grubu hastalarınson test, ÖEYÖ puan ortalamasının 80.29±13.42, CBSE puan ortalamasının 56.26±13.22 olduğu, hastaların % 77.4'ünün orta düzey benlik saygısına, % 58.1'inin orta düzey tedavi uyumuna sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Girişim Grubu Hastaların Son Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerinin Dağılımı

Girişim	Alınabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort±SS
ÖEYÖ	23-115	49-110	80.29±13.42
CBSE	0-100	24-84	56.26±13.22
	%	-	-
Düşük Benlik Saygısı	3.2	-	-
Orta Benlik Saygısı	77.4	-	-
Yüksek Benlik Saygısı	19.4	-	-
	Yüksek Uyum	35.5	-
MTUÖ	Orta Uyum	58.1	-
	Düşük uyum	6.5	-

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Kontrol grubu hastaların son test, ÖEYÖ puan ortalamasının 77.30±19.06, CBSE puan ortalamasının 59.47±19.76 olduğu, hastaların % 53.3'ünün orta düzey benlik saygısına, % 56.7'sinin düşük düzey tedavi uyumuna sahip oldukları saptanmıştır (Tablo4.7).

Tablo 4.7. Kontrol Grubu Hastaların Son Test ÖEYÖ, CBSE Puan Ortalamaları ve MTUÖ Uyum Düzeylerinin Dağılımı

Kontrol	Alınabilecek alt ve üst değer	Alınan alt ve üst değer	Ort±SS
ÖEYÖ	23-115	41-109	77.30±19.06
CBSE	0-100	24-88	59.47±19.76
	%	-	-
Düşük Benlik Saygısı	10.0	-	-
Orta Benlik Saygısı	53.3	-	-
Yüksek Benlik Saygısı	36.7	-	-
	*Yüksek Uyum	-	-
MTUÖ	Orta Uyum	43.3	-
	Düşük uyum	56.7	-

*Yüksek uyum gösteren hasta yoktur. Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Girişim ve kontrol grubu hastaların son test ÖEYÖ ve CBSE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Son Test ÖEYÖ ve CBSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖEYÖ	Ort±SS	Test ve Önemlilik
Girişim	80.29±13.42	t=-0.706
Kontrol	77.30±19.06	p=0.483
CBSE	Ort±SS	Test ve Önemlilik
Girişim	56.26±13.22	t=0.743
Kontrol	59.47±19.76	p=0.461

t: Bağımsız gruplarda t testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma.

Girişim ve kontrol grubu hastaların son test tedavi uyum oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Son Test MTUÖ Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Yüksek Uyum		Orta Uyum		Düşük Uyum		Test ve Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Girişim	11	35.5	18	58.1	2	6.5	$\chi^2=23.639$
Kontrol	-	-	13	43.3	17	56.7	p<0.001

χ^2 :Ki-kare analizi.

Girişim grubu hastaların ön test - son test ÖEYÖ puan ortalamaları karşılaştırmasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), CBSE puan ortalamalarının ise anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Kontrol grubu hastaların ön test - son test ÖEYÖ ve CBSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test - Son Test ÖEYÖ ve CBSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Ort±SS	Test ve Önemlilik
Girişim	ÖEYÖ	Ön Test	77.90±17.02	t=-1.549
		Son Test	80.29±13.42	p=0.132
	CBSE	Ön Test	52.13±16.83	t=-2.221
		Son Test	56.26±13.22	p=0.034*
Kontrol	ÖEYÖ	Ön Test	77.30±16.96	t=0.000
		Son Test	77.30±19.06	p=1.000
	CBSE	Ön Test	58.40±19.84	t=-0.496
		Son Test	59.47±19.76	p=0.624

t: Bağımsız gruplarda t testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *p<0.05.

Girişim grubu hastaların ön test - son test tedaviye uyum oranları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.05), kontrol grubunda farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Son testte girişim grubu hastalarında “orta/yüksek ilaca uyum” oranı daha fazladır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test - Son Test MTUÖ Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması

		Ön Test		Son Test		Test ve Önemlilik
		Sayı	%	Sayı	%	
Girişim	Orta/Yüksek Uyum	17	54.8	29	93.6	p=0.002*
	Düşük Uyum	14	45.2	2	6.5	
Kontrol	Orta Uyum	20	66.7	13	43.3	p=0.065
	Düşük Uyum	10	33.3	17	56.7	

McNemar testi, *p<0.01.

5. TARTIŞMA

Tedaviye Uyum Programı hastaların tedavisini, hastalıklarını yönetebilmelerini ve ruhsal belirtileri iyileştirmeyi amaçlayan bir müdahaledir (94). Bu çalışmada İUDB olan hastalara uygulanan TUP'un tedaviye uyum, öz etkililik ve benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amaçlanmış ve ulaşılan sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

Ruhsal bozukluklar için yeni bir yaklaşım olan TUP'un, İUDB olan hastalarda uygulandığına dair bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak İUDB olan hastalarda TUP'un temelini oluşturan MG, BDY ve psikoeğitim gibi girişimlerin tedaviye uyum üzerine etkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar (22, 69, 84, 16) mevcut olup, öz etkililiği değerlendiren bir çalışmaya (22) rastlanılmış, benlik saygısını değerlendiren deneysel çalışmaya ise rastlanılmamıştır.

İki uçlu duygudurum bozukluğunda tedaviye uyumsuzluk sık rastlanan bir durumdur (16). Bu durum tedaviye yönelik yaklaşımların artırılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada TUP'dan sonra girişim grubu hastaların, kontrol grubu hastalara göre tedaviye uyum düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. McKenzie ve Chang tarafından 2015; Gülcü tarafından 2018 yıllarında MG ve tele psikiyatrik izlemin İUDB olan hastalarda tedaviye uyum üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışma sonuçlarında, deney grubu hastaların kontrol grubuna göre tedaviye uyumlarının arttığı bildirilmiştir (22, 69). Gümüş ve Buzlu'nun 2015 yılında İUDB olan hastalar ile yaptığı bireysel (84) ve Rahmani ve

diğerlerinin 2016 yılında yaptığı grup psikoeğitiminin hastaların tedaviye yönelik uyumlarını artırdığı belirlenmiştir (127). Yapılan diğer çalışmalarda da psikoeğitimin İUDB olan bireylerde tedaviye uyumu arttırdığı saptanmıştır (82, 91). Brandon ve diğerleri tarafından 2008 yılında yapılan sistematik derleme çalışmasında İUDB olan hastalarda BDY'nin tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmiştir (16). Scot ve diğerlerinin 2006 yılında İUDB olan hastalar ile yaptığı çalışmada ise BDY'nin tedaviye uyum üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiş ve bu sonuçta uygulamaya taşkınlık döneminde olan hastaların da dahil edilmesinin etkisi olabileceği belirtilmiştir (128).

Tedaviye Uyum Programının şizofreni ve psikoz hastalarında tedaviye uyumu artırdığı bildirilmektedir (25-27). Maneesakorn ve diğerlerinin 2007 yılında şizofreni hastaları ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, TUP uygulanan (n=14) hastaların kontrol grubu hastalara (n=14) göre hastaların tedaviye karşı tutumunda, tedavi almadaki memnuniyetlerinde ve hastalık belirtilerinde iyileşme olduğu, genel işlevsellik ve ilaç yan etkilerinde ise önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir (129). Staring ve diğerlerinin 2010 yılında psikotik bozukluklarda TUP'un etkililiğini değerlendirme amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, TUP uygulanan deney grubundaki hastaların tedaviyi kabul etmede daha istekli oldukları, fakat hastalık semptomları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır (26). Dikeç ve Kutlu'nun 2015 yılında Türkiye'de şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada, deney grubuna (n=15) haftada bir kez yedi oturumdan oluşan ve her bir oturumun ortalama 40 dakika sürdüğü TUP uygulanmıştır. Çalışma sonucunda TUP'un hastaların tedaviye uyumunu artırdığı ancak, içgörü ve içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir (27). Tayland'da

Borman ve diğerlerinin 2015 yılında yatan şizofreni hastaları ile sekiz haftalık uyum terapisinin, klinik sonuçları iyileştirmeye etkisinin değerlendirildiği paralel grup, tek kör, randomize kontrollü çalışmada, programın hastalığın taşkınlık-yoksunluk belirtileri iyileştirdiği ancak, hastaların tedaviye karşı tutumları, işlevsellikleri ve ilaç yan etkileri üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir (130). Chien ve diğerlerinin 2015 yılında şizofreni spektrum bozukluğu olan hastalarla yaptığı tekrarlanan ölçümlerle tek kör, randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubuna (n=57) iki haftada bir ev ziyareti ile MG temelli uyum terapisi uygulanmıştır. Programdan sonra hastalık belirtilerinde, hastaneye yatış sayısında, tedaviye uyumda, hastalık ve/veya tedavi içgörülerinde ve işlevselliklerinde kontrol grubuna göre belirgin düzeyde iyileşme olduğu bildirilmiştir (25). Bununla birlikte Gray ve diğerlerinin 2006 yılında şizofreni hastaları ile Hollanda, Almanya, İngiltere ve İtalya da yaptıkları çok merkezli randomize kontrollü çalışmada, deney grubu hastalara (n=178) TUP, kontrol grubu hastalara (n=194) ise sağlık eğitimi uygulamışlardır. Çalışma sonucunda TUP'un hastaların tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve hastalık belirtileri açısından sağlık eğitiminden daha etkili olmadığı gösterilmiştir (131). Schultz ve diğerlerinin (2013) akut psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastaları ile Almanya'da ve İsviçre'de üç merkezde yaptıkları çok merkezli randomize kontrollü çalışmada, TUP'un hastalık belirtilerini iyileştirdiği ancak, hastaların tedaviye karşı tutumlarını, uyumlarını ve işlevselliklerini etkilemediği bildirilmiştir (132).

Hastaların tedaviye uyumunu artırmada davranış değişikliği kazandırmak için MG, BDY gibi yapılandırılmış programların kullanımı önemlidir. Tedaviye Uyum Programı hastaların tedaviye uyumlarını geliştirmesine ve yönetebilmesine odaklanmaktadır. Program kişiler arası iletişim becerileri ile birlikte her fırsatta

hastanın kişisel tercih ve sorumluluğunu vurgulama, öz etkililiğini geliştirme, benlik saygısını yapılandırma ve hastanın güvenliğini sağlamayı içeren tedaviye uyum sürecine yardımcı becerilerden oluşmaktadır. Bu çalışmada TUP, MG ve psikoeğitime dayalı olarak uygulanmıştır. Program hastalara yüz yüze ve bireysel görüşmeler şeklinde hastaların gereksinimleri de göz önünde bulundurularak, hasta ile işbirliğine dayalı ve hasta merkezli olarak uygulanmıştır. Programda hastalar sürece dahil edilmiş, kişisel tercihlerine saygı gösterilmiştir. Tercihlerinde kendi sorumluluğu olduğu konusunda bilgilendirilmiş ve bilgiye dayalı karar vermelerine yardımcı olunmuştur. Ayrıca hastalara empati yaparak onlara faydalı olacak beceriler geliştirmelerine destek olunmuştur. Bu doğrultuda program, hastaların tedaviye uyum durumlarını önemli düzeyde artırmada etkili olmuştur. Bu sonuç araştırmanın birinci hipotezi olan “Tedaviye Uyum Programı uygulanan İUDB olan hastalarda tedaviye uyum, bu programın uygulanmadığı hastalara göre daha yüksek olacaktır.” hipotezini doğrulamaktadır.

Ruh halinin öz etkililik algısı üzerinde önemli etkisi olduğu belirtilmektedir (16). Aynı zamanda öz etkililik ile tedaviye uyum arasında önemli ilişki olduğu ifade edilmektedir (23). Bu çalışmada TUP’dan sonra girişim grubu hastaların kontrol grubu hastalara göre öz etkililik algısı anlamlı bir artışın olmadığı belirlenmiştir. McKenzie ve Chang (2015) tarafından üç hafta süre ile uygulanan MG ve iki takip telefonu müdahalesi ile yapılan çalışmada, hastaların tedaviye uyumu, öz etkililiği ve değişim motivasyonunda önemli iyileşme olduğu bildirilmiştir (22). Bu çalışmada TUP’un hastaların öz etkililik algısını etkilememesinde program içeriğinin genel olarak hastalarda tedaviye uyumu artırmaya odaklanması ve çalışmanın kısa süreli olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle TUP oturumlarının ön

yargı ve olumsuz inanç ve tutumları ele alarak, öz etkililiği ve benlik saygısını artıran ilave oturumlar ile yeniden yapılandırılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuç araştırmanın ikinci hipotezi olan “Tedaviye Uyum Programı uygulanan İUDB olan hastalarda öz etkililik algısı, bu programın uygulanmadığı hastalara göre daha yüksek olacaktır.” hipotezini doğrulamamaktadır.

Benlik saygısının, olumsuz duyguların sık rastlandığı ve hastaların kendini değersiz gördüğü İUDB olgularında, hem çökkünlük hem de iyilik döneminde düşük olduğu belirtilmektedir (2, 18). Duygudurum bozukluklarında tedaviye uyumun, hastaların benlik saygısını artırmada etkili olduğu bildirilmektedir (23). Bu çalışmada TUP’dan sonra girişim grubu hastaların düşük benlik saygısı düzeyinin azaldığı, orta benlik saygısı düzeyinin arttığı, yüksek benlik saygısı düzeyinin ise değişmediği, CBSE puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Bununla birlikte grışım ve kontrol grubu arasında ise bir fark belirlenmemiştir. Mileva ve diğerleri tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada, İUDB olan hastaların % 50’den fazlasının hastalıklarının benlik saygılarını olumsuz şekilde etkileyeceğini ifade ettiği, bu durumun hastalarda damgalanmanın etkisi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (114). Türk’ün 2018 yılında kesitsel türde yaptığı çalışmasında ise İUDB olan hastaların % 26’sının benlik saygısının düşük olduğu ve benlik saygısı ile tedavi ve kontrollere uyum durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir (115). Bu çalışma sonucu İUDB olan hastalara uygulanan TUP’un hastaların tedaviye uyumu ile birlikte benlik saygısını artırmada etkili bir girişim olduğunu göstermiştir. Bu sonuç araştırmanın üçüncü hipotezi olan “Tedaviye Uyum Programı uygulanan İUDB olan hastalarda benlik saygısı, bu programın uygulanmadığı hastalara göre daha yüksek olacaktır.” hipotezini doğrulamamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile Türkiye’de İUDB olan hastalara ilk defa uygulanan TUP’un hastaların tedaviye uyumunu artırdığı belirlenmiştir. Benlik saygısının ise girişim grubu hastalarında artmakla birlikte kontrol grubu ile bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların öz etkililik algılarında önemli bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

-Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin İUDB olan hastalarda tedavi uyumsuzluğuna neden olan faktörleri belirlemesi,

-İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedavi uyumunu, öz etkililiği ve benlik saygısını artıracak kanıt temelli girişimlerin geliştirilmesi,

-TUP’un hasta gereksinimlerine göre yapılandırılması,

-Psikiyatri hemşirelerinin farklı ruhsal bozukluğu olan bireylerde TUP’un kullanım alanlarını arttırması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bobo, W. V. (2017). The Diagnosis and Management of Bipolar I and II Disorders: Clinical Practice Update. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(10), 1532-1551.
2. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Duygudurum Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi. 261-326.
3. Ayano, G. (2016). Bipolar Disorder: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology and Management: Review of Literatures. *SOJ Psychology*, 3(1), 1-8.
4. Culver, J.L., Arnow, B.A. ve Ketter, T.A. (2007). Bipolar Disorder: Improving Diagnosis and Optimizing Integrated Care. *Journal Clinical Psychology*, 63(1), 73-92.
5. Yeloğlu, Ç.H. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54
6. Eroğlu, M. Z. ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.
7. Michalak, E. E., Yatham, L.N. ve Lam, R.W. (2005). Quality of Life in Bipolar Disorder: A Review of the Literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 72.

8. World Health Organization. (2011). World Report on Disability. Erişim tarihi 12.03.2018. (URL: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/) 297.
9. Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K.R., Hengartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. ve Rössler, W. (2016). The Epidemiology of Common Mental Disorders Fromage 20 to 50: Results from The Prospective Zurich Cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(1), 24–32.
10. Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A. ve diğerleri. (2012). İzmir Kent Merkezinde Şizofreni ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşamboyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 149-160.
11. Collom, F. ve Vieta, E. (2012). Bipolar Bozuklukta Psiko eğitim El Kitabı. (L.Tamam ve E. Özalp, Çev. Ed.). Ankara: Tuna Matbacılık.
12. Chakrabarti, S. (2016). Treatment-Adherence in Bipolar Disorder: A Patient-Centred Approach. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 399-409.
13. Moosa, M.Y.H., Jeeah, F.Y. ve Kazadi, N. (2007). Treatment Adherence. *Department of Neurosciences, University of the Witwatersrand*, 13(2), 40-44.
14. Copeland, L.A., Zeber, J.E., Salloum, I.M., Pincus, H.A., Fine, M.J. ve Kilbourne, A.M. (2008). Treatment Adherence and Illness Insight in Veterans with Bipolar Disorder. *Journal Nervous Mental Disorder*, 196(1), 16-21.
15. Aksoy, A. ve Kelleci, M. (2016). Bipolar Hastalarda İlaç Uyumu: Stresle Baş etme ve Sosyal Destekle İlişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(3), 210-218.

16. Gaudiano, B.A., Weinstock, L.M. ve Miller, I.W. (2008). Improving Treatment Adherence in Bipolar Disorder: A Review of Current Psychosocial Treatment Efficacy and Recommendations for Future Treatment Development. *Behavior Modification*. 32(3), 267–301.
17. Jawad, İ., Watson, S., Peter M., Haddad, P.M., Talbot, P.S. ve McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication Nonadherence in Bipolar Disorder: A Narrative Review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(12), 349–363.
18. Nilsson, K.K., Jorgensen, C.R., Craig, T.K., Straarup, K.N. ve Licht, R.W. (2010). Self – Esteem İn Remitted Bipolar Disorder Patients: A Metaanalysis. *Bipolar Disorder*, 128(6), 585-592.
19. Ragesh, G., Hamza, A. ve Chaturvedi, S. K. (2016). Nonadherence to Medications among Persons with Bipolar Affective Disorder - A Review. *International Journal of Health Sciences&Research*, 6(6), 352-359.
20. Körpe G. (2017). Plastik–Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Benlik Saygısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisi*. 2(3), 223-231.
21. Lamarche, L., Tejpal, A. ve Mangin, D. (2018). Self-Efficacy For Medication Management: A Systematic Review Of Instruments. *Patient Preference and Adherence*. 12, 1279–1287.
22. McKenzie, K. ve Chang, Y.P. (2015). The Effect Of Nurse-Led Motivational Interviewing On Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 36–44.

23. Gray, R. (2006). Adherence Therapy; Working to Gether to Improve Health. A Treatment Manual for Health Care Workers. University Of East Anglia, United Kingdom. Erişim tarihi: 20.02.2016. http://www.academia.edu/2436503/Adherence_therapy_manual. .
24. Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 40-46.
25. Chien, W.T., Mui, J.H., Cheung, E.F. ve Gray, R. (2015). Effects of Motivational Interviewing-Based Adherence Therapy for Schizophrenia Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Trials*, 16: 270.
26. Staring, A. B., Van der Gaag, M., Koopmans, G. T., Selten, J. P., Van Beveren, J. M., Hengeveld, M. V. ve diğerleri. (2010). Treatment Adherence Therapy In People With Psychotic Disorders: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 448–455.
27. Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Effectiveness of Adherence Therapy for People With Schizophrenia in Turkey: A Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 249-256.
28. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu Aşlar R. Toplumda Ruhsal Bozuklukların Yönetimi ve Hemşirelik. (2019). (Hacıhasanoğlu Aşlar R, Ed.). Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 85-92.

29. Munezero, M.D., Montero, C.S., Sutinen E. ve Pajunen, J. (2016). "Are They Different? Affect, Feeling, Emotion, Sentiment, and Opinion Detection in Text. *Transactions on Affective Computing*, 5(2), 101-111.
30. Işık, E. ve Işık, U. (2013). Çocuk, Ergen, Yetişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. . İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar. Ankara: Rota Tıp Kitapevi 325-382.
31. Bourin, M. (2017). Bipolar Disorder is Now a More Common Disease to be Treated. *Theranostics Brain Disorder*, 1(3).
32. Price, A. L. ve Marzani G. R. (2012). Bipolar Disorders: A Review. *American Family Physician*, 85(5), 483-493.
33. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. (2014). (E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği: 63-91.
34. Morrison, J. (2016). Made Easy The Clinician's Guide To Diagnosis DSM- 5'i kolaylaştıran "Klinisyenler İçin Tanı Rehberi". (M. Şahin, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. Duygudurum Bozuklukları. 108-171.
35. Jongsma, A. E. Peterson, L. M. ve Bruce, T. J. (2016) . Bütün Ruh Sağlığı Hastalıkları İçin Yetişkin Psikoterapisi Tedavi Planlayıcısı. (M. Şahin, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. Bipolar Bozukluk-Depresyon-Mani. 62-75.
36. Videbeck, S. L. (2011). Psychiatric-mental health nursing 5th Edition. China; Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Erişim tarihi: 20.05.2017 <http://site.iugaza.edu.ps/bhajjar/files/2013/10/010-Psychiatric->

Mental-Health-Nursing-5th-Edition-Sheila-L.-Videbeck-160547861X-
Lippincott-Willi.pdf. 280-313.

37. Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A. ve diğlerleri (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in The World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251.
38. Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M. ve Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, (64), 543-52.
39. Özdemir, Ö., Doğan, O. (2014). Sivas İl Merkezinde İki Uçlu Duygudurum Bozukluğunun Yaygınlığı, Psikiyatrik Eş Tanıları ve Hastaların Yaşam Kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 85-94
40. Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. Türkiyede Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dzini, 62, 25-30.
41. Bauer, M., Pfennig A. (2005). Epidemiology of Bipolar Disorders. *International League Against Epilepsy*, 4: 8-13.
42. Baytunca, M. B., Aydın, R. ve Erermiş, S. (2014). Bipolar Bozukluğun Genetik Altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53.
43. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016). Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (A. Bozkurt, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi. Duygudurum Bozuklukları.

44. Yüksel, N. (2014). Ruhsal Hastalıklar. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi.
Bipolar ve İlişkili Bozukluklar, 306.
45. Işık, E. (2003). Duygu Durumu Bozuklukları Depresyon ve Bipolar Bozukluklar.
İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık,
46. Köroğlu, E. (2009). Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları.
Ankara: HYB Basım Yayın. Bipolar Bozukluk, 117.
47. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients
with bipolar disorder. (2002). *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 1-50.
48. Demirkol, M. E.ve Tamam, L. (2016). Psikiyatrik Bozukluklarda Tedavi Uyumu.
Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(1), 85-93.
49. Çobanoğlu, Z.S.Ü., Aker, T. ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer
Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşnen
Adam*, 16(4): 211-218.
50. Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P. L. ve Shirley E. Psychoeducational Approaches
to Medication Adherence in Patinet with Bipolar disorder. *Dis Manege Health
Outcomes*, 15(3), 181-192.
51. Bahar, G., Savaş, H., Ünal, A., Bahar, A. (2015). İki Uçlu Duygudurum
Bozukluğu Hastalarının Tedaviye Katılımları ve Etkileyen Faktörlerin
Belirlenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 5(3), 95-103.
52. Savaş, H.A., Unal, A. ve Vırit, O. (2011). Treatment Adherence İn Bipolar
Disorder. *Journal of mood disorders*, 1(3), 95-102.

53. Soykan, A. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Tedavi Uyumunu Arttırma Stratejileri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 9-10.
54. Eckman, T. A., Liberman, R. P., Phipps C. C., Blair K. E. (1990). Teaching Medication Management Skills to Schizophrenic Patients. *Journal Clinical Psychopharmacol*, 10, 33-8.
55. Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B. ve David, A. (1996). Compliance Therapy in Psychotic Patients: Randomised Controlled Trial. *Biritish Medical Journal*, 312:345-9.
56. McIntosh , A. M., Conlon, L., Lawrie, S. M. ve Stanfield, A. C. (2006). Compliance Therapy For Schizophrenia. Cochrane Database Systematic Review. 19, (3)
57. Miller W.R, Rollnick S. (2002) What is Motivational Interviewing? Motivational Interviewing, Second Edition, New York, The Guilford Press,
58. Miller, W. R., Rollnick, S. (2009). Motivasyonel Görüşme İnsanları Değişime Hazırlama. (F. Karadağ, K. Ögel, A. E. Tezcan, Çev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
59. Cangöl, E., Şahin, N. H. (2017). Emzirmenin Desteklenmesinde Bir Model: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Motivasyonel Görüşmeler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 14 (1), 98-103.
60. Hall, K., Gibbie, T. ve Lubman, D. I. (2012). Motivational Interviewing Techniques: Facilitating Behaviour Change İn The General Practice Setting. *Australian Family Physician*, 41(9), 660-667.

61. Dicle, A. N. (2017). Motivasyonel Görüşme: Öğeler, İlke ve Yöntemler., *Journal of Social And Humanities Sciences Research*. 4(15), 2043-2053.
62. Özdemir, H., Taşçı, S. (2013). Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Hemşirelikte Kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 41-47.
63. Ögel, K. (2009). “Motivasyonel Görüşme Tekniği”. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 2 (2), 41- 44.
64. Chanut, F., Brown, T. G., Donguier, M. (2005). “Motivational Interviewing and Clinical Psychiatry”. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(11), 715–721.
65. Rubak, S., Sandback A., Lautritzen, T. ve Christensen, B. (2005). Motivastional Interviewing: A Systematic and Meta-Analysis. *British Journal of General Practice*, 5, 305-312.
66. Barkhof, E., Haan, L., Carin J., Meijer, C.J., Fouwels, A. J., Ireneus P.M. ve diğerleri. (2006). Motivational Interviewing in Psychotic Disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 2(2), 207-213.
67. Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S. ve Schulz, P. (2017). Motivastional Interview to Enhance Treatment Attendance in Mental Healt Setting: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Journal Psychiatric Ment al Health Nurse*. , 224(9-10), 699-718.
68. Laakso, L. J. (2012). Motivastional Interviewing: Addressing Ambivalence To Improve Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Issues in Mental Health Nurse*, 33(1), 8-14.

69. Gülcü, G. Z. (2018). *Bipolar Hastalarda Motivasyonel Görüşme ve Telepsikiyatrik İzlemin İlaç Uyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas.
70. Somers, J., ve Querée, M. (2007). *Cognitive Behavioural Therapy: Core Information Document*. Vancouver, BC: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Retrieved from. Erişim tarihi; 27.03.2019. <http://www.gov.bc.ca/health/>
71. Özcan, Ö. ve Özçelik, G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi*, 3(2), 115-120.
72. Maçkalı, Z., Tosun, A. (2011). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 571-594.
73. Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. ve Beck, A. T. (2006). The Empirical Status Of Cognitive Behavioral Therapy: A Review Of Meta-Analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
74. Juruena, M. F. P. (2012). *Cognitive-Behavioral Therapy for the Bipolar Disorder Patients, Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*, (Irismar Reis De Oliveira, Ed.), InTech, DOI: 10.5772/27379. Erişim tarihi: 30.05.2019.<http://www.intechopen.com/books/standard-and-innovative-strategies-in-cognitive-behavior-therapy/cognitive-behavioral-therapy-for-the-bipolar-disorder-patients>.
75. Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C.H., Chiu, H.L. ve Chou, K. R. (2017). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy in Patients with Bipolar

Disorder: Ameta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos one*, 12(5), 1-19.

76. Cochran, S. D. (1984). Preventing Medical Noncompliance İn The Outpatient Treatment of Bipolar Affective Disorders. *Journal Consult Clinical Psychology*, 52(5), 873-878.
77. Engin, E. ve Çuhadar D. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. Bakım Sanatı. (O. Çam., E. Engin, Çev. Ed.). Bipolar Bozukluk. İstanbul: Tıp Kitapevi.
78. Smith, D., Jones, I., Simpson, S. (2010). Psychoeducation For Bipolar Disorder. *Advances İn Psychiatric Treatment*, 16(2), 147–154.
79. Worley, N. K. (1997). Psychosocial rehabilitation. (N. K. Worley Çev.Ed.). London: U.K. Mosby. Mental health nursing in the community. 159–171.
80. Gümüş, F., Buzlu, S. (2018). Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 131-139.
81. Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. ve diğerleri. (2003). A Randomized Trial on The Efficacy of Group Psychoeducation in The Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease İs in Remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402–407.
82. Colom , F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea. J. M. ve diğerleri. (2009). Group Psychoeducation for Stabilised Bipolar Disorders: 5-Year Outcome of A Randomised Clinical Trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265.

- 83.** Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altsuhler, L. ve diğeri. (2006). Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder, II: Impact on Clinical Outcome, Function and Costs. *Psychiatric Services*, 57(7), 937–945.
- 84.** Gümüş, F., Buzlu, S. ve Çakır, S. (2015). Effectiveness of Individual Psychoeducation on Recurrence in Bipolar Disorder; A Controlled Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 174–179.
- 85.** Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L. ve Suddath, R. L. (2003). A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in The Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904–912.
- 86.** Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M. ve diğeri. (2008). Impact of Caregiver Group Psychoeducation on The Course and Outcome of Bipolar Patients in Remission. A Randomized Controlled Trial. *Bipolar Disorders*, 10(4), 511–519.
- 87.** Klut, C., Xavier, S., Graça, J., Carreteiro, G. ve Melo, J. C. (2013). Department of Psychiatry, Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, EPE, Amadora, Portuga. Psychoeducation for Bipolar Disorders' Patients: The "Porta Aberta" Programme, 231-236.
- 88.** Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E. ve Limb, K. (1999). Randomised Controlled Trial Of Efficacy Of Teaching Patients With Bipolar

Disorder To Identify Early Symptoms Of Relapse And Obtain Treatment. *British Medical Journal*, 318(7177), 149–153.

- 89.** Javadpour, A., Hedayati, A., Dehbozorgi, G.R. ve 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 Psychiatr*, 6(3), 208–213.
- 90.** Saito-Tanji, Y., Tsujimoto, E., Taketani, R., Yamamoto, A. ve Ono, H. (2016). Effectiveness of Simple Individual Psychoeducation for Bipolar II Disorder. *Case Reports in Psychiatry*, 1-4.
- 91.** Harkin, S., Eker, F. (2012). Effectiveness of Six-Week Psychoeducation Program on Adherence of Patients With Bipolar Affective Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409–416.
- 92.** Oflaz F. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortamı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 55-61.
- 93.** Mistral, W., Hall, A. ve Mc Kee, P. (2002). Using Therapeutic Community Principles to Improve The Functioning of A High Care Psychiatric Ward in The UK. *International Journal Mental Health Nursing*, 11(1), 10–17.
- 94.** Gray, R., Bressington, D., Ivanecka, A., Hardy, S., Jones, M., Schulz, M. ve diğerleri. (2016). Is Adherence Therapy An Effective Adjunct Treatment For Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 6(16), 1-12.
- 95.** Gray, R., White, J., Schulz, M. ve Abderhalden, C. (2010). Enhancing Medication Adherence in People with Schizophrenia: An International

Programme of Research. *International Journal Mental Health Nursing*, 19(1), 36-44.

96. Demirel, Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı İletişim. Sağlıklı İletişim Teknikleri. Ankara. Akademisyen Kitapevi.
97. Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy. Revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.
98. Bandura, A. (1998). İnsan Davranış Ansiklopedisi. (V.S. Ramachaudran., H. Friedman Çev. Ed.). Öz-yeterlik. New York: Akademik Basın. 4, 71-81.
99. Scholz, U., Dona, B.G., Sud, S. ve Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 3(18), 242-521.
100. Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31 (2), 143-164.
101. Aksayan S., Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi., *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 35-41.
102. Drapeau, S., Saint-Jacques, M., Le'pinia, R., Be'gin, G. ve Bernard, G. (2007). Processes That Contribute to Resilience Among Youth in Foster Care. *Journal of Adolescence*, 30(6), 977-999.
103. Jose M. ve Mendez M. (2016). Self-Efficacy And Adherence To Treatment: The Mediating Effects Of Social Support. *Journal of Behavior, Health & Social Issue*, 7(2), 19-29

- 104.** Chen, A. M., Yehle, K.S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., Mason, H. L., Murawski, M. M. ve diğeri. (2013). Relationships Between Health Literacy and Heart Failure Knowledge, Self-Efficacy and Self-Care Adherence. *Research in Social and Administrative. Research in Social Administrative Pharmacy*. 10(2), 378-386.
- 105.** Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L, Ridgway, P., Sells, D., Styron, T. ve Davidson L. (2009). Self-Efficacy and Self-Care: Missing Ingredients in Health and Healthcare Among Adults with Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Quarterly*, 80(1), 1-8.
- 106.** Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G. ve Cardinal, C. (2013). Depression Self-Management Support: A Systematic Review. *Patient Education Counselling*, 91(3), 271-279.
- 107.** Cutler, C. G. (2005). Self-Efficacy and Social Adjustment of Patients with Mood Disorder. *Journal American Psychiatric Nurses Association*, 11(5), 283-289.
- 108.** Abraham, K.M., Miller, C.J., Birgenheir, D.G., Lai, Z. ve Kilbourne, A.M. (2014). Self-efficacy and Quality of Life among People with Bipolar Disorder. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 202(8), 583-588.
- 109.** Öz, F. (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: 2. Baskı. Mattek Matbaacılık. Benlik Kavramı. 68-89.
- 110.** Abdel-Khalek, A. M. (2016). Introduction to the Psychology of Self-Esteem (F. Holloway, Ed.). Nova Science Publishers. Erişim tarihi: 20.02.2018. file:///C:/Users/Grundig/Desktop/17.pdf.

111. Crocker, J. ve Park, L. E. (2004). The Costly Pursuit of Self-Esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392- 414.
112. Kararırmak, Ö. ve Çetinkaya., R.S. (2011). Benlik Saygısının ve Denetim Odağının Psikolojik Sağlık Üzerine Etkisi: Duyguların Aracı Rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (35), 30-43.
113. Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P. ve Roe D. (2008). Associations of Multiple Domains of Self-Esteem with Four Dimensions of Stigma in Schizophrenia. *Journal Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194-200.
114. Mileva, V. R., Vázquez, G. H. ve Milev, R. (2013). Neuropsychiatric Disease and Treatment Effects, Experiences, and Impact of Stigma on Patients With Bipolar Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 31–40.
115. Türk, A. (2018). *Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalama, Yaşam Kalitesi ve Benlik Saygısı*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
116. Kalogianni, A. (2012). Can Nursing Interventions Increase Adherence Medication Regimen? *Health Science Journal*. 6(1), 1-2.
117. Yıldırım, S. Eren, H.K. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıtı Daylı Uygulamam Bakım Kavramları. (C.T. Özcan ve N. Gürhan Çev. Ed.). Ankara: Akademisyen Kitapevi, 130-153.
118. Pınar, Ş. E. ve Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86-91.

119. Morisky, D. E., Green, L. W., Levine, D. M. (1986). Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
120. Bahar , G., Savaş, H., Ünal, A., Savaş, E., Kata, H. ve Bahar, A. (2014). Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 141-149.
121. Şencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. Ankara. Seçkin Yayıncılık: 135-136.
122. Sherer M. ve Adams S.(1983). Construct Validation Of The Self-Efficacy Scale. *Psychological Reports*, 53, 899-902.
123. Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2(1), 21-34.
124. Turan, N. ve Tufan. B. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nin geçerlik-güvenirlik çalışması. (1987). 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi; İstanbul-Türkiye, 816-817.
125. Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.
126. Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik. SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.

127. Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S.S. ve Asghari, E. (2016). The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. *JCS Journal of Caring Sciences*, 5(4), 287–297.
128. Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T. ve diğerleri. (2006). Cognitivebehavioural Therapy for Severe and Recurrent Bipolar Disorders: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313–320.
129. Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K. ve Gray, R. (2007). An RCT of Adherence Therapy for People with Schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1302–1312.
130. Von Bormann, S., Robson, D. ve Gray, R. (2014). Adherence Therapy Following Acute Exacerbation Of Schizophrenia: A Randomised Controlled Trial in Thailand. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 3-9.
131. Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A. ve diğerleri. (2006). Adherence Therapy For People With Schizophrenia. European Multicentre Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 508–514.
132. Schulz, M., Gray, R., Spiekermann, A., Abderhalden, C., Behrens, J. ve Driessen, M. (2013). Adherence Therapy Following an Acute Episode of Schizophrenia: A Multi-Centre Randomised Controlled Trial. *Schizophrenia Research*, 146(1-3), 59–63.

EKLER

EK 1. Hastaları Tanımlayıcı Soru Formu

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli

b) Bekar/Dul/Boşanmış

4. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

5. Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) Kötü

b) Orta

c) İyi

6. Eğitim durumunuz nedir?

a) İlkokul

b) Ortaokul

c) Lise

d) Yüksek okul

7. Kiminle yaşıyorsunuz?

a) Eş ve çocuklar b) Anne –baba c) Yalnız d) Yurt/ Bakım merkezi

8. Hastalık süresince destek aldığınız kişiler var mı?

a) Evet

b) Hayır

9. Hastalık süresi (yıl): _____

10. Toplam hastaneye yatış sayısı: _____

EK 2. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği

İki Uçlu Bozukluk sorununuz için kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (İki uçlu bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

SIRA NO	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı kestiğiniz olur mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bazen ilacınızı aldığımızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 3. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği

ÖZETKİLİLİK-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1. Yaptırım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2.Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3.Bir işi bir seferde yapamıyorsam, yapıncaya kadar devam ederim	1	2	3	4	5
4.Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5.İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6.Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7.Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem	1	2	3	4	5
8.Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9.Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10.Yeni şeyler öğrenmeye çalıştığımda, başlangıçta başarılı olmazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11.Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12.Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13.Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14.Bir şeyler yapabilme konusunda kendime fazla güvenemem.	1	2	3	4	5
15.Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16.Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17.Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulmam.	1	2	3	4	5
18.Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19.Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20.Arkadaşlık kurması güç, ilginç,birisiyle tanışırsam,o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21.Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22.Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23.Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

EK 4. Coopersmith Banlık Saygısı Envanteri (Yetişkin Formu)

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlara 'benim gibi' uygun olmayanlarla ise 'benim gibi değil' sütununa (X) işaretini koyunuz. Teşekkürler.

		Benim Gibi	Benim Gibi Değil
1.	Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam.		
2.	Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.		
3.	Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim.		
4.	Karar vermede fazla zorluk çekmem.		
5.	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.		
6.	Evde kolayca moralim bozulur.		
7.	Yeni şeylere kolay alışamam.		
8.	Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.		
9.	Ailem genelde duygularıma önem verir.		
10.	Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.		
11.	Ailem benden çok şey bekler.		
12.	Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13.	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanmıyorum.		
14.	Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.		
15.	Kendimi yetersiz buluyorum.		
16.	Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.		
17.	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.		
18.	Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.		
19.	Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam.		
20.	Ailem benim duygularımı anlar.		
21.	Çok sevilen bir kimse değilim.		
22.	Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.		
23.	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.		
24.	Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünüyorum.		
25.	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.		

EK 5. Etik Kurul Onayı



T.C.
ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 44495147-050.01.04-E.53514
Konu : Etik Kurul Kararı

28/12/2016

Sayın Mehtap BUDAK
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversitemiz Etik Kurul Başkanlığının 23.12.2016 tarih ve 7 sayılı oturumunda alınan 7/04 sayılı kararı aşağıya çıkarılmıştır.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK
Etik Kurul Başkanı

Karar 07/04 Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Mehtap BUDAK**'a ait "*İki Uçlu Duygudurum Bozukluk Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Tedaviye Uyum Programının Tedaviye Uyum, Öz Etkillilik ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi*" konulu çalışması görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; adı geçen Yüksek Lisans öğrencisinin değerlendirilmek üzere Etik Kurula sunduğu bilimsel çalışmasının Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği ile ilgili mevzuat hükümleri bakımından uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Adem BAŞIBÜYÜK tarafından 28.12.2016 tarihinde elektronik ortamda imzalanmıştır. Evrakımızı <http://evrakdogrulama.erkincan.edu.tr> linkinden DAĞITIM EKİNE bildirebilirsiniz.

Adres : Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Genel Sekreterlik 24100/ERZİNCAN
Telefon : 0 (446) 226 66 66-11446 **Ayrıntılı Bilgi İçin:** S.GÜNEŞ (Dâhili: 11446)
Belge Geçer : 0 (446) 226 26 60

EK 6. Resmi İzin Yazısı

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri
Uygulama ve Araştırma Hastanesi
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

Sayı: 93596471/38 06/02 / 2017


Konu:

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı öğrencisi Mehtap BUDAK'ın "İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu Tanısı alan Hastalara Uygulanan Tedavi Uyum Programının , Tedaviye Uyum Özetkililik ve Benlik Saygısı üzerine Etkisi" konulu tez çalışması yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Nesim KUĞU
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.Başkanı



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BAŞHEKİMLİĞİNE
Sivas

Erzurum Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemsirelik Ana Bilim Dalı öğrencisiyim. Çalışma yerim Sivas olmasında dolayı tez çalışmamı Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde yapmak istiyorum. Çalışmam için hastanemiz Patiyatri Polikliniğinde Ekim 2015-Ekim 2016 tarihleri arasında İki Üstü Ağza Darım Bozukluğu tanısı olan hastaların bilgilerini toplayarak verilerini ve çalışmalarını uygunluğuna göre değerlendirilmesi istiyorum.

Çalışmamın yapılmasını arz ederim.

TEL : 0545-568-88-58
0507-604-38-81

22.01.2017
Mehmet BUDAK

Tarih	22.01.2017
Gelen Evrak Kırt No	836
Yazı No	1512/17
TH	

ASLINA AYKIRDIR



Mehmet Budak
izin alınarak
yazılıya geçmiştir

A

EK 7. Bilgilendirilmiş Onam

Bu araştırma İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu tanısı alan hastalara uygulanan Tedaviye Uyum Programının tedaviye uyum, öz etkililik, benlik saygısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizden istediğimiz sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Araştırmaya katılmak zorunda değilsiniz ancak vereceğiniz bilgiler bilime katkı sağlayacaktır. Sizin bu araştırmaya katılmanız tamamen şans eseri olup, vereceğiniz tüm bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Verileri toplama esnasında istediğiniz zaman bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilebilirsiniz.

Yukarıdaki metni araştırmadan önce okudum/okundu. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Mehtap BUDAK

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

Adresi:

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacının;

Adı Soyadı: Mehtap BUDAK

Adresi: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik

Anabilim Dalı Merkez/Erzincan

Tarih:

İmza:

EK 8. Tedavi Uyum Programı Kullanım İzin Yazısı

Richard John Gray <RGray@hamad.qa>
16.08.2016 Sal 12:44

Dear Mehtap,

I'm happy for you to use the adherence therapy intervention that we developed.

Richard

Professor R. J. Gray

Sent from my iPhone

On 15 Aug 2016, at 13:36, mehtap GÜNEŞ BUDAK
<myrose__20@hotmail.com<mailto:myrose__20@hotmail.com>> wrote:

Dear Gray

I am master student (in psiciatric nursing) in Türkiye. I will prepare my thesis in this year. I want to use medication adherence programme developed by you. Can I use it? Thanks

Richard John Gray <RGray@hamad.qa>

Paz 21.08.2016 16:54

Good luck with your research. I would be very interested to hear about the findings of your work.

Richard

Sent from my iPad

On 21 Aug 2016, at 16:06, mehtap GÜNEŞ BUDAK

<myrose__20@hotmail.com<mailto:myrose__20@hotmail.com>> wrote:

I have the program to the Turkish of adherence therapy intervention that you developed. I took the training motivational interviewing techniques, and I have a certificate now. I want to use this program on bipolar disorder

EK 9. Ölçek Kullanım İzin Yazısı

Guven.Bahar <gbahar@gantep.edu.tr>
5.11.2018 Pzt 07:26

MORİSKY İLAÇ UYUM ÖLÇEĞİ.docx
18 KB

Selamlar;

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

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.



EK 10. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Uygulama Sertifikası



ÖZGEÇMİŞ

BUDAK Sivas ilinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini tamamladıktan sonra Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 2012 yılında mezun oldu. Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2013 ve 2016 yılları arasında hemşire olarak çalışmış olup, şuan Sivas Numune Hastanesi'nde görevine devam etmektedir. Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda 2015 yılında yüksek lisans eğitimine başlayan BUDAK, evli ve bir çocuk annesidir.

Mehtap BUDAK