



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN VE BAKIM
VERENLERİNİN PSİKOEĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN VE YAŞAM
KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ**

Hazırlayan

Sevcan ÖZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2018



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN VE BAKIM
VERENLERİNİN PSİKOEĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN VE YAŞAM
KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ**

Hazırlayan

Sevcan ÖZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik
Programın Seviyesi :Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Sahibi Adı ve Soyadı : Sevcan ÖZ
Tez Başlığı : Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin ve Bakım Verenlerinin
Psikoeğitim Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu /
Terzioğlu Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 10.08.2018

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi


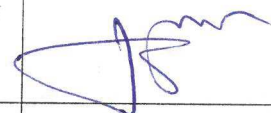

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Doç.Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu-Hemşirelik Bölümü	
Dr. Öğr.Üyesi Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu-Ebelik Bölümü	
Dr. Öğr.Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik Bölümü	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences
Programme Name : Nursing
Programme Level : Master of Science (X) Doctor of Philosophy ()
Department : Department of Nursing
Student Name and Surname : Sevcan ÖZ
Title of the Thesis : Determining Psychoeducation Necessities and Quality of Life
of People Who Have Bipolar Disorder and Their Caregivers
Examination Place : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health
Sciences/Terzioğlu Campus
Examination Date : 10.08.2018

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved
as a Master of Science Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Doç.Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ	Çanakkale Onsekiz Mart University School of Health-Nursing Department	
Dr. Öğr.Üyesi Ayten DİNÇ	Çanakkale Onsekiz Mart University School of Health-Midwifery Department	
Dr. Öğr.Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA	Trakya University Faculty of Health Sciences- Nursing Department	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science
Institute, Çanakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered
.....

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 10.08.2018

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Sevcan ÖZ

İmza:



ÖZET

Bu araştırma bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psiko eğitim gereksinimlerini, yaşam kalitelerini ve bu değişkenleri etkileyen faktörleri belirlemek; psiko eğitim gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, 149 bipolar bozukluğu olan birey ve 120 bakım veren ile yürütüldü. Araştırmanın verileri “Bipolar Bozukluğu Olan Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bakım Verenleri Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Psiko eğitim Gereksinimlerini Değerlendirme Formu” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)” ile toplandı.

Çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin psiko eğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konuların enerji, iştah ve uyku problemleri ile baş etme olduğu belirlendi. Mevsim değişimlerinde duygularında değişiklik olan, hastane yatışı ve intihar girişimi sayısı fazla olan bipolar bozukluğu olan bireylerin psiko eğitim gereksinimlerinin fazla olduğu saptandı. Eşini kaybetmiş, gelir durumu düşük, intihar girişiminde bulunmuş, son duygudurum tipi majör depresif olan ve bipolar bozukluk tip II tanımlı bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulundu. Bakım verenlerin psiko eğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konuların ise bipolar bozukluğun nedenleri, diğer tedavi yöntemleri, erken uyarıcı belirtiler ve yasal haklar olduğu belirlendi. Yakınına tanı koyulmasıyla yaşamında değişiklik olan, zorluklarla baş edemeyen, tıp dışı kişilere başvuran bakım verenlerin psiko eğitim gereksinimlerinin daha fazla, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirlendi. Hem bipolar bozukluğu olan bireylerin hem de bakım verenlerin psiko eğitim gereksinimleri ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı negatif yönlü zayıf ilişki bulundu.

Sonuç olarak bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psiko eğitim gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin bazı sosyodemografik özelliklerden ve hastalıkla ilgili özelliklerden etkilendiği; psiko eğitim gereksinimleri arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: bakım verenler, bipolar bozukluğu olan bireyler, bipolar bozukluk, psiko eğitim gereksinimleri, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Determining Psychoeducation Necessities and Quality of Life of People Who Have Bipolar Disorder and Their Caregivers

The aim of this study was to investigate the relationship between psychoeducation needs, quality of life, and variables influenced by the caregivers of individuals with bipolar disorder and their psychoeducation needs and quality of life.

This descriptive study was carried out with 149 individuals with bipolar disorder and 120 caregivers. The data of the study was collected by the "Information Form of Individuals with Bipolar Disorder", "Caregivers' Information Form", "Psychoeducation Needs Assessment Form", "The World Health Organization Quality of Life Assessment-BREF (WHOQOL-BREF)".

In this study, it was found that the most needed psychoeducation subjects of individuals with bipolar disorder was to cope with energy, appetite and sleep problems. Psychoeducation needs of the individuals with bipolar disorder who had a change in their emotions during the seasons, who had more hospitalizations and suicide attempts were found higher. Moreover it was found that the quality of life of who had lost their spouse, who had low income, who attempted suicide and who had been diagnosed with the latest mood-type major depressive disorder and individuals who had been bipolar disorder type II was lower. The most needed psychoeducation subjects for caregivers was the causes of bipolar disorder, other treatment methods, early warning symptoms and legal rights. Also the psychoeducation needs of caregivers whose lives had been changed with their relatives diagnosis, who were unable to cope with the difficulties and applied to non-medical people were found higher and the quality of lives were found lower. There was significant negative correlation between the psychoeducation needs and the quality of life both individuals with bipolar disorder and caregivers statistically.

As a result, it was determined that psychoeducation needs and quality of life were affected by some sociodemographic and disease characteristics of individuals with bipolar disorder and caregivers. And also it was determined that quality of life decreased as psychoeducation needs increased.

Key Words: caregivers, individuals with bipolar disorder, bipolar disorder, psychoeducation needs, quality of life



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışma sürecimde bilgi ve desteğini esirgemeyen, beni sabır ve hoşgörüsüyle yönlendiren, her zaman örnek aldığım çok değerli hocam Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ'e,

Büyük bir sabır ve çabayla verilerin analizinde bana yardımcı olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma Nesrin TURAN'a,

Tez çalışma sürecimde bana destek olan, yaşamımda her konuda çok şey öğrendiğim değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA'ya,

Tez çalışmamı yaparken hastalar ve bakım verenleriyle bağlantı kurmamda büyük destek olan, beni her daim motive eden Çanakkale TRSM Psikiyatri Hemşiresi sevgili Hatice AŞIK ve tüm Çanakkale TRSM çalışanlarına, Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi Sorumlu Hemşiresi Gülay ATAŞ ve ekip arkadaşlarına, ÇOMÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Birimi Sekreteri Didem KANTAR'a,

Çalışmaya katılarak bu tezin yapılmasına katkı sağlayan tüm bipolar bozukluk tanılı birey ve bakım verenlerine,

Beni yetiştirip hayatım boyunca bana destek olan, her zaman yanımda olduklarımı bildiğim sevgili anneme, babama, anneanneme, kardeşime ve tez çalışma sürecimde ilgi ve bilgisini sakınmayarak en büyük destekçilerimden biri olan Arş.Gör.Uzm. Burcu KÜÇÜKKAYA'ya,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	I
THESIS APPROVAL FORM	II
BEYAN	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar LİSTESİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Bipolar Bozukluk.....	7
2.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi.....	7
2.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi	8
2.4. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi	10
2.4.1. Biyolojik Teoriler.....	10
2.4.2. Psikososyal Teoriler.....	13
2.5. Bipolar Bozukluk Dönemlerinin Belirti ve Bulguları	14
2.6. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması.....	15
2.7. Bipolar Bozukluğun Gidiş ve Sonlanımı	16
2.8. Bipolar Bozukluk Tedavisi	17
2.9. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Gereksinimleri.....	22
2.10. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Psikoeğitim Gereksinimleri	27
2.11. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Kaliteleri	30
2.12. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Yaşam Kaliteleri.....	33
3. YÖNTEM VE GEREÇ	35
3.1. Araştırmanın Türü	35

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	35
3.3. Etik.....	35
3.4. Veri Toplama.....	35
3.4.1. Veri Toplama Yöntemi	35
3.4.2. Veri Toplama Araçları.....	36
3.4.3.1. Bipolar Bozukluğu Olan Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1).....	36
3.4.3.2. Bakım Verenleri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2).....	36
3.4.3.3. Psikoeğitim Gereksinimlerini Değerlendirme Formu (Ek 3).....	37
3.4.3.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF).....	38
3.5. Değişkenler.....	39
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	39
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	39
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
3.7. Verilerin Analiz Yöntemi	40
4. BULGULAR	53
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	109
7. KAYNAKLAR	102
EKLER.....	119
ÖZGEÇMİŞ.....	134

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1 Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özellikleri.....	42
Tablo 4.2 Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalıkla ilişkili özellikleri.....	43
Tablo 4.3 Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin ortalamaları.....	44
Tablo 4.4 Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim puanları.....	46
Tablo 4.5 Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre psikoeğitim gereksinim puanlarının incelenmesi.....	48
Tablo 4.6 Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özelliklerine göre psikoeğitim gereksinimlerinin incelenmesi.....	49
Tablo 4.7 Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile psikoeğitim gereksinimleri arasındaki ilişkiler.....	50
Tablo 4.8 Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	51
Tablo 4.9. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının incelenmesi.....	52
Tablo 4.10 Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının incelenmesi.....	54
Tablo 4.11. Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ortalamaları ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	57
Tablo 4.12. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri.....	58
Tablo 4.13. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri.....	59
Tablo 4.14. Bakım verenlerin hastalığın kendilerine etkisi ile ilgili özellikleri.....	60
Tablo 4.15. Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim puanları.....	62
Tablo 4.16. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile psikoeğitim gereksinim puanlarının karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.17. Bakım verenlerin hastalığın kendilerine etkisine ilişkin özellikleri ile psikoeğitim gereksinim puanlarının karşılaştırılması.....	65

Tablo 4.18. Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları.....	66
Tablo 4.19. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.20. Bakım verenlerin hastalığın kendilerine olan etkileri ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.21. Bakım verenlerin psiko eğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri.....	72



KISALTMALAR LİSTESİ

ACTH	:Adrenokortikotropik Hormon
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
AOT	: Aile Odaklı Terapi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CANE	: Camberwell Assessment of Need for the Elderly
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Terapi
KASRT	: Kişilerarası Sosyal Ritim Terapisi
MÖ	: Milattan Önce
RUSİHAK	: Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHOQOL-BREF-TR:	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu- Türkçe

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Duygudurum bozuklukları hastalıklar arasında sık görülen bozukluklardan biridir (Yalçınarslan, 2013). Bir duygudurum bozukluğu olan bipolar bozukluk mani, hipomani ve depresyon dönemlerinden oluşmaktadır. Bipolar bozukluk, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin yayımlanmış olduğu "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı" olan DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'de "Duygudurum Bozuklukları" olarak (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001) tanımlanmakta iken; DSM-V'te "İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar" olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Bipolar bozukluk yaşam kalitesinde, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açan, kişinin kendisinin ve çevresinin yaşamının olumsuz yönde etkilendiği, tekrarlayıcı ve kronik bir ruhsal bozukluktur (Gümüş 2013; Koç 2016). Dünyada yeti yitimine sebep olan ilk on hastalık içinde yer almaktadır (Çakır 2015). Yaşam boyu görülme oranı ortalama %1'dir (Rihmer ve Angst, 2007; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Demirkıran 2014; Engin ve Çuhadar, 2014; Mutlu ve ark., 2015;); ancak alt tipleri ile beraber düşünüldüğünde %7,8'e ulaştığı bildirilmiştir (Rihmer ve Angst, 2007; Koç 2016).

Psikiyatri kliniklerine yatırılan hastalar genellikle kısa zamanda taburcu edilmekte; ancak toplumsal hayata tam anlamıyla hazır olmadan taburcu edilen hastalar çok geçmeden hastalanıp yeniden hastaneye yatırılmaktadır. Tekrar eden hastane yatışları, hasta ve bakım verenlerinde bazı psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Özgür ve ark., 2010). Bu psikososyal sorunlar arttıkça hasta yakınlarının yaşadığı bıkkınlık, çaresizlik, mutsuzluk gibi olumsuzluklar, yaşam doyumlarının dolayısıyla da yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır (Oksal 2009). Hastaların yatış nedenleri genel olarak hastalığı kabul etmeme, yakınlarıyla olan iletişim sorunları, tedavi uyumsuzluğu, çalışma hayatı, intihar düşünceleri ve diğer sosyal sorunlar olmaktadır (Alataş ve ark., 2007). Bipolar bozukluğu olan bireylerde psikososyal sorunlar diğer hastalık gruplarına göre daha ön planda olduğundan dolayı, bu sorunların çözümünde psikoterapötik yaklaşımlar oldukça önemlidir (Koç 2016). Bu psikososyal yaklaşımların amacı ise; iyileşme sürecinin hızlandırılması, tekrarların geciktirilmesi, hastalığın şiddetinin azaltılması, işlevselliğin ve yaşam

kalitesinin artırılması olmaktadır (Alkan 2010). Ayrıca hastaların hastalık dönemlerini mümkün olduğunca erken tanınması ve ilaç uyumlarının sağlanması, hastalık belirtileri ve stresle baş etmede yardımcı olunması, hastalığı anlaması ve iç görü kazanması gibi hastalığa dair temel bilgilerin sağlanması da psikososyal yaklaşımların amaçlarındandır (Çakır 2015). Bunların yanında düzenli uyku ve beslenme, madde kullanımından kaçınma gibi düzenli yaşam işlevlerinin kazandırılması da psikososyal yaklaşımların diğer amaçlarındandır. Uygulanan bu müdahaleler sayesinde sosyal ve mesleki işlevselliğe olan katılım ve tedavi işbirliği artmakta, dolayısıyla yaşam kalitesi artmaktadır (Gümüş 2013). Bu nedenle psikososyal girişimlere mümkün olan en kısa sürede başlanmasının, bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin hem tedavinin gidişatı hem de yaşam kalitesinin artırılması için oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Çakır ve Özerdem, 2010; Colom ve Vieta, 2012).

Ruhsal bozukluklarda ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal yaklaşım Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Psikoeğitim (Engin 2014), Aile Odaklı Terapi (AOT) ve Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi (KASRT) olmaktadır (Çakır ve Özerdem, 2010; Colom ve Vieta, 2012; Gümüş 2013; Keskin 2016; Koç 2016; Sungur 2013). Sağaltıma eklenen psikososyal girişimlerin tedaviye uyumu artırdığı, hastalığın tekrar etme oranını düşürdüğü (Lukens ve ark., 1999) ve yaşam kalitesini artırdığı (Stafford ve Colom, 2013) belirtilmektedir (Alkan 2010). Ancak diğer tedavi yöntemlerinin uygulanması zor ve zaman alıcı olması (Colom ve Vieta, 2012); psikoeğitimin ise düşük maliyetli olup ve kolay uygulanabilmesi nedeniyle ülkemizde daha çok tercih edilmektedir (Gümüş 2013).

Bipolar bozuklukta ortaya çıkan sorunların önemli bir kısmı bipolar bozukluğun belirtileri ile ilgili olmaktadır. Bipolar bozukluğu olan bireyler, belirtiler hakkında endişelenmekte, bunlarla baş etmede sorun yaşayabilmekte ve bu konularda bilgi alma ihtiyacı duyabilmektedir. Belirtilerle ilgili olan bu gereksinimler, hastalığın çeşitli aşamalarında farklılık göstermekle birlikte; genellikle içgörü eksikliği, bilgi eksikliği ve ailenin ya da sağlık personelinin desteğinin eksik olmasıyla bağlantılı olmaktadır. Hastalığın evresine bağlı olarak gereksinimler değişiklik gösterebilmektedir. (Hajda ve ark., 2016). Morgan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında manik dönem için en sık bildirilen belirtiler artmış duygudurum, aşırı

aktivite, fikir uçuşmaları ve uyku ihtiyacında azalmadır. Depresif dönemlerde en sık görülen semptomlar ise, anhedoni, intihar düşünceleri, enerji kaybı, konsantrasyonda güçlük, uyku problemleri, libidoda azalma ile disfori olarak belirlenmiştir (Morgan ve ark., 2005). Kısaca bipolar bozukluğu olan bireylerin eğitime en çok ihtiyaç duyduğu konular genel olarak hastalığın belirtileri, tedavisi, aile ilişkileri, ilaç tedavisi (Conell ve ark., 2016; Hajda ve ark., 2016), stresle baş etme, problem çözme yöntemleri, erken uyarıcı belirtiler ve boş zaman aktivitelerine ilişkin sorunlarda olmaktadır (Duran ve Eroğlu, 2016).

Bipolar bozukluğu olan bireylerde ilaç uyumu da önemli bir sorun olmakla birlikte (Gümüş 2013), ilaç tedavisi, bipolar bozukluğun hem akut döneminde hem de tedavinin devam ettirilmesinde oldukça önemlidir (Berk ve ark., 2010). Kronik ruhsal bozukluklarda tedaviye uyum sorunları yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Gümüş 2006). İlaç tedavileri bipolar bozukluk için birincil tedavi yöntemi olmakla birlikte; yapılan çalışmalarda tedavide tek başına yeterli olmadığı görülmektedir (Justo ve ark., 2007). Bu sebeple, son zamanlarda ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan psikoeğitim gibi tedavi yöntemleri önem kazanmıştır (Gümüş ve ark., 2015). Psikoterapötik bir yaklaşım olan psikoeğitimde amaç hastanın ilaç uyumunun sağlanması, hasta ve bakım verenlerinin hastalık hakkında eğitiminin sağlanması, emosyonel destek verilmesi, yeterli baş etme becerilerinin kazandırılması (Özgür ve ark., 2010), intihar riskinin, hastalığın tekrarının, hastaneye yatış sayısının ve süresinin azaltılmasıdır (Çakır ve Özerdem, 2010; Gümüş 2013; Çam ve ark., 2014; Koç 2016).

Literatürde bipolar bozuklukta psikoeğitimin relapslara etkisi ile ilgili yapılan sistematik derleme sonucunda psikoeğitimin bipolar bozukluğu pozitif yönde etkilediği görülmektedir (Acar 2014). Bu konuda yapılan bir başka sistematik derlemede psikoeğitimlerin mani döneminin tekrarında olumlu sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Çakır 2010). Yurtsever ve arkadaşlarının (2001) bipolar bozukluk hastalarına uyguladığı psikoeğitim programında hastalara, hastalığın adını bilme ve hastalığı tanıma, hastalık belirtilerini bilme, kullandığı ilaçlar ve ilaçların yan etkilerini bilme konularında eğitim vermiş ve eğitimin hastalar üzerinde yararlı olduğu görülmüştür. Verilen psikoeğitimle hastaların depresyon ve mani puanlarının düştüğü, tedaviye uyum düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Yurtsever ve ark., 2001).

Bugüne kadar psikoeğitimle ilgili yapılmış çalışmalar çerçevesinde (Colom ve ark., 2003; Eker ve Harkin, 2012; Bond ve ark., 2015; Tanji ve ark., 2016; Faridhosseini ve ark., 2017) psikoeğitimin bipolar bozukluğu olan bireylere uygulanabilen bir eğitim olduğu görülmektedir. Literatürde psikoeğitimin bipolar bozukluk tedavisinin bir parçası haline gelmesinin, grup veya bireysel psikoeğitim programları halinde uygulanmasının hastalar açısından faydalı olacağı vurgulanmaktadır (Rouget ve Aubry, 2007). Bu konuda psikiyatri hemşireleri hastaların ve bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimlerini belirleyip, bu gereksinimler doğrultusunda psikoeğitim programları planlamada ve uygulamada önemli bir konuma sahiptir (Gümüş 2013).

Literatürde bipolar bozuklukta psikoeğitim üzerine yapılan çeşitli çalışmalar mevcuttur (Vieta ve Colom, 2004; Colom ve ark., 2009; Candini ve ark., 2013; Hubbard ve ark., 2016). Ancak bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerinin belirlendiği sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Manik dönemde olan hastaların sorunlarının belirlenmesine yönelik yapılan bir çalışmada, hastaların en çok yaşadığı sorunlardan beş tanesi belirlenmiş olup bunlar; gece-gündüz ritminin bozulmasına dair endişe, hastalıkla ilgili iç görünüm olmaması, sözel saldırı, artmış fiziksel aktivite, çevreye karşı sürekli müdahalede bulunma olarak sıralanmıştır. Diğer sorunlar da ilaçlarla ilgili problemler, karmaşık davranışlar, aşırı tepki verme, her şeye tepki gösterme, dürtüsel alışverişler, ilişkilerdeki sorunlar, çok konuşma, uygunsuz davranışlar, fiziksel saldırı, uyku bozuklukları, şüphencilik ve bilgi eksikliği olarak belirlenmiştir (Daggenvoorde ve ark., 2015).

Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin %10'unun uzun vadede bakıma gereksinim duyduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011). Bu nedenle bipolar bozukluk tüm dönemleriyle bakım verenler açısından da oldukça stresli bir yaşam olayıdır (Çoban ve ark., 2013). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bir çoğu aileleri ile birlikte yaşamakta ve aileler bakım verme rolünü genellikle destek almadan yerine getirmektedir (Duman ve Bademli, 2013). Ruhsal problemleri olan bireyle birlikte yaşamak bakım veren kişiye ve ailenin diğer üyelerine yük getirebilmekle birlikte (Oksal 2009), bipolar bozuklukta atakların aniden gelişmesi ataklar arası dönemlerdeki yaşam kalitesinin azalmasına neden olmakta (Çoban ve ark., 2013),

tüm bunların sonucunda bakım veren stres ve depresyon gibi zorluklar yaşamakta, bu da hastanın iyileşme sürecini etkilemektedir (Oksal 2009). Literatürde, bipolar bozuklukta bakım veren desteğinin tedavinin gidişatı açısından olumlu sonuçlarının olduğu belirtilmektedir (Yurtsever ve ark., 2001; Justo ve ark., 2007; Reinares ve ark., 2010; Colom ve Vieta, 2012; Miklowitz ve ark., 2014). Literatürde bakım verenlerin psikoeğitime en çok gereksinim duyduğu konuların hastalık, hastalığın belirtileri, ilaçlar ve yan etkileri, tedavi süreci, sosyal ilişkiler, stresle başetme gibi konularda olduğu görülmektedir (Chien ve Norman, 2003; Gümüş 2006; Yıldız ve ark., 2010). Ülkemizde bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin yaşadığı sorunların belirlendiği bir çalışmada, bakım verenlerin bilgi gereksinimlerinin aile içi ve sosyal ilişkilerde yaşanan zorluklar, ekonomik zorluklar, maddi/manevi destek ve iletişim konularında olduğu belirlenmiştir (Arguvanlı ve Taşcı, 2013).

Bipolar bozukluğun tedavisinin önemli amaçlardan birisi de yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Gümüş 2013). Yaşam kalitesinin artırılmasında ve tekrarlayan hastane yatış sıklığının ve süresinin azaltılmasında ilaç tedavisine ek olarak psikoterapötik yaklaşımların da uygulanması gerektiğine yönelik kanıtlar giderek artmakla birlikte (Vieta ve Colom, 2004; Justo ve ark., 2007; Güçray ve ark., 2009; Çakır ve Özerdem, 2010; Hedayati ve ark., 2013; Javadpour, 2013; Yıldırım 2014; Çakır 2015; Gümüş ve ark., 2015; González-Ortega ve ark., 2016; Faridhosseini ve ark., 2017), psikoeğitim gereksinimlerinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Dautzenberg ve ark., 2016). Ancak literatürde bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimleri ile yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Bipolar bozuklukta tedaviye ek olarak psikoeğitimler uygulanmakta, ancak bu psikoeğitimler uygulanmadan önce bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin hangi konularda psikoeğitime ihtiyaçları olduğu belirlenmemektedir. Bireylerin psikoeğitim gereksinimleri toplumların kültürlerine ve farklı değişkenlere göre değişip etkilenebilmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylere ve bakım verenlerine uygulanacak olan psikoeğitimlerin bu bireylerin gereksinimleri doğrultusunda uygulanmasının önemli olduğu bilinmektedir. Ülkemizde daha önce bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim

gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin belirlendiği bir çalışmaya ulaşamamıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçlarının literatüre ve bipolar bozuklukla ilgili yapılacak psikoeğitim uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerini, yaşam kalitelerini, bu değişkenleri etkileyen faktörleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemektir.

1.4. Araştırma soruları

1. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri nelerdir?
2. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır?
4. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
5. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?
6. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimleri nelerdir?
7. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimlerini etkileyen faktörler nelerdir?
8. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır?
9. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
10. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, DSM'nin daha önceki basımlarında tanımlanmış olan "Major Depresif Bozukluk ve Bipolar I Bozukluğu" veya "Duygudurum Bozuklukları" tanımından farklı olarak DSM-V'te depresyon bozukluklarından ayrılmış ve "İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar" olarak tanımlanmıştır. Tanıları ise "ikiuçlu I bozukluğu, ikiuçlu II bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı ikiuçlu ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı ikiuçlu ve ilişkili bozukluk, siklotimi bozukluğu, tanımlanmış ikiuçlu ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış ikiuçlu ve ilişkili bozukluk" olarak sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Bipolar bozukluk, tekrarlayan atakların görüldüğü kronik seyirli ruhsal bir bozukluktur. Aşırı coşku, mutluluk, taşkınlıktan, çökkün duygudurumuna kadar değişen duygulanımlar görülmekle birlikte (Keskin 2016), mani, hipomani, majör depresyon ve karma dönemlerinden oluşmaktadır (Colom ve Vieta, 2012; Amerikan Psikiyatri Birliği 2013; Koç 2016). Genellikle 15-25 yaşlarında başlayıp, sosyal ve mesleki işlevsellikleri ve yaşam kalitesini bozan (Michalak ve ark., 2006; Alpman 2010), yakın çevrenin ve bakım verenlerin de olumsuz yönde etkilendiği, tekrarlayan hastane yatışlarının görüldüğü kronik bir ruhsal bozukluktur (Wyatt ve Henter, 1995; Akiskal 2007; Gümüş 2013; Keskin 2016; Koç 2016). Bu tabloya halüsinasyon ve varsanılar da eşlik edebilmektedir (Koç 2016).

Mani ve hipomani dönemleri riskli davranışlar, karma ve majör depresyon dönemleri ise suicid riski nedeniyle bipolar bozukluğu olan bireylerin, bakım verenlerinin veya yakınlarının yaşamlarını önemli oranda etkilemektedir (Özerdem ve Tunca, 2010).

2.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi

Hipokrat (M.Ö. 460-357) mani ve melankoli (kara safra) kavramlarını ilk defa sistematik olarak tanımlamış olup (Yazıcı ve Çakır, 2009) melankoliyi çabuk sinirlenme, huzursuzluk, ümitsizlik ve iştahsızlık olarak tanımlamıştır (Akiskal 2007; Gümüş 2013).

Antik Yunan döneminde Aretaeus mood aşırılıklarından bahsetmiş ve maniyi "ciddi delilik" olarak tanımlamıştır. Persli hekim Avicenna 1025 yılında maniyi

”ajitasyon ve iritabiliteyle hızlı başlangıç ve remisyonlarla karakterize olan hayvani delilik” olarak tanımlamıştır (Keskin 2016; Koç 2016).

Modern çağda, bipolar bozuklukla ilgili ilk İngilizce metin Robert Burton’un 1621’de yazdığı “Melankoli’nin Anatomisi”dir. Burton, melankoliyi tanımlarken, depresyonun bazı türlerinin manik belirtilerin daha hafif olduğu şekliyle ve kendisinde de mevcut olduğu düşünülen bipolar bozukluk tip II ile bağdaştırılmıştır. Onsekizinci ve ondokuzuncu yüzyıllarda ruhsal hastalığı olanlara hastanelerde insani şartlara uygun olarak bakım verilmeye başlanmasıyla bipolar bozukluğun klinik açıdan gözlemi kolaylaşmıştır (Akiskal 2007). Ondokuzuncu yüzyılda maninin modern anlamda ilk kez tanımlaması yapılmış ve 1854’te, Jules Beillarger “çift yönlü delilik”, aynı yıl Jean-Pierr Falret ise “sirkülüler delilik” terimlerini kullanmışlardır (Akiskal 2007; Koç 2016).

Çağdaş anlamda ise bozukluğu ilk kez ana hatlarıyla tanımlayan Kraepelin, manik-depresif terimini ilk kullanandır. *Manik-Depresif Delilik ve Paranoya* çalışmasında bipolar bozukluğun nozolojik yönlerini tanımlaması ile bipolar bozuklukta önemli bir boyuta geçilmiştir (Akiskal 2007; Colom ve Vieta, 2012; Koç 2016). Leonhard afektif bozuklukların unipolar ve bipolar biçimleri arasında bazı farklılıklar olduğunu belirtmiş; Angst ve Perris 1966’da bu farklılıkları doğrulamıştır. Tüm bu gelişmelerle beraber lityum tuzunun keşfedilmesi de önemli bir gelişme olmuştur (Colom ve Vieta, 2012).

2.3. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

Günümüzde bipolar bozukluğun genel toplumdaki yaygınlığı yaklaşık olarak %1 kabul edilir (Smoller ve Finn, 2003; Meyer ve ark., 2004; Valentina Candini ve ark., 2013; Engin ve Çuhadar, 2014; Keskin 2016; Koç 2016). Fakat bipolar bozukluk tip II ile birlikte düşünüldüğünde bu oranın %5’e ulaştığı bildirilmektedir (Meyer ve ark., 2004). Diğer alt tipleri ile birlikte ise bu oranın %7,8’e ulaştığı bildirilmektedir. Hipomani dönemindeki belirtilerin gözden kaçması nedeniyle bu oranın daha fazla olabileceği düşünülmektedir (Koç 2016). Ayrıca Amerikan Ulusal Depresif ve Manik Depresif Birliği bipolar bozukluğa sahip bireylerin 1/3’üne bozukluğun başlangıcından itibaren ilk 10 yıl tanı koyulamadığını, bipolar bozukluk tanısı yerine şizofreni, anksiyete bozukluğu, depresyon, kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanımı gibi tanılar koyulduğunu bildirmiştir (Canbaba ve ark., 2011). İzmir’de

yapılan bir araştırmaya göre psikotik belirtili bipolar I bozukluğun yaşam boyu görülme oranı %0,37 olarak belirlenmiştir (Binbay ve ark., 2012).

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşının geç ergenlik döneminden genç erişkinlik dönemine geçişte zirveye ulaştığı kabul edilse de yapılan çalışmalar hastalığın çocukluk dönemlerinde de başlayabileceğini gösteren çalışmalar da vardır. Literatürde bipolar bozukluğun ortalama 7 yaşlarında başladığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte; 2 yaşında maniye benzerlik gösteren vakaların olduğu belirtilmektedir (Parry ve Levin, 2012). Ortalama başlangıç yaşı 20’li yaşların başı olup (Keskin 2016; Koç 2016), ilk manik atak meydana geldikten sonra ikinci bir atağın meydana gelme oranının %90 oranında olduğu belirtilmektedir (Demirkıran 2014). Bipolar I ve bipolar II bozukluklarının başlama yaşları birbirlerine yakındır ve aradaki fark çok az olsa da bipolar II bozukluğun başlama yaşı daha yüksek olmaktadır. Aile öyküsünde bipolar bozukluk varlığında hastalığın başlama yaşı daha küçük olabilmektedir (Gümüş 2013).

Cinsiyete göre bakıldığında bipolar bozuklukta kadın ve erkekte görülme oranları 1,2/1 olmak üzere neredeyse eşittir (Kaplan ve Sadock, 2004; Rihmer ve Angst, 2007; Vega ve ark., 2011; Amerikan Psikiyatri Birliği 2013; Keskin 2016). Bipolar bozukluğun erkeklerde yaklaşık 18, kadınlarda ise 20 yaşlarında başladığı, elli yaşından sonra ise başlama riskinin daha az olduğu kabul edilmektedir (Rihmer ve Angst, 2007; Gümüş 2013). Bipolar bozukluk erkeklerde genellikle mani dönemiyle başlamakla birlikte (Canbaba ve ark., 2011), erkeklerin manik epizod ve komorbid madde bağımlılığı daha yaygın görülmektedir. Kadınlar ise daha çok major depresif epizodda bulunup, tanı koyulmasına kadar geçen süre kadınlarda erkeklere göre daha uzun olmaktadır (Vega ve ark, 2011; Kesebir ve ark., 2013). Bireylerin bipolar bozukluk tanısı almadan önceki tanıları çoğunlukla unipolar depresyon olmaktadır. Geç başlangıçlı bipolar ve unipolar bozukluk arasında cinsiyet açısından fark bulunmamaktadır (Kesebir ve ark., 2013). Bipolar bozuklukta kadınlarda yeme bozuklukları, tiroid hastalığı ve anksiyete bozuklukları (Vega ve ark., 2011), panik bozukluğu olmak üzere eşlik eden diğer tanılar da yaygın olarak görülmektedir (Özdemir ve Doğan, 2015). Literatürde bipolar bozukluğun görülme sıklığının ırklar arasında farklı olmadığı belirlenmiş olup (Kaplan ve Sadock, 2004; Yıldırım 2014);

yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerde daha sık görüldüğüne yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Yıldırım 2014).

2.4.Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

Bipolar bozukluğun kesin nedeni bilinmemekle birlikte genetik, psikososyal ve biyolojik nedenlerin birbiriyle etkileşmesi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Kırmızı 2013; Koç 2016). Geçirilen enfeksiyonlar, karşılaşılan çevresel etkenler, ilaçlar, doğum travmaları (Canbaba ve ark., 2011), kafa travmaları, beyin tümörleri, madde kullanımı (amfetamin) gibi biyopsikososyal faktörlerle karşılaşıldığında manik atak görülebileceği bildirilmiştir (Yılmaz 2007).

Manik ve depresif dönemlerin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin rol oynadığı düşünülmekle birlikte (Kırmızı 2013; Koç 2016), biyolojik faktörlerin daha etkili olduğu belirtilmektedir. Zamanla hastalığın ilerlemesiyle birlikte ataklar psikososyal bir etken olmadan kendiliğinden de ortaya çıkabilmektedir (Kırmızı 2013).

2.4.1.Biyolojik Teoriler

2.4.1.1. Genetik Nedenler

2.4.1.1.1. Kalıtım

Yapılan aile çalışmaları, bireylerde bipolar bozukluk varlığında, aile üyelerinde de bozukluğun görülebileceğini göstermiştir. Buna göre bipolar bozukluğu olan bireylerin birinci derece yakınları, bipolar bozukluğu olmayan kontrol gruplarının yakınlarına göre yaklaşık 10 kat daha fazla risk altındadırlar (Smoller ve Finn, 2003; Craddock ve Sklar, 2013). Aile, ikiz, evlat edinme çalışmaları ile yapılan klinik çalışmalar genlerin bipolar bozukluğa yatkınlığı etkilediğine yönelik önemli kanıt oluşturmaktadır (Smoller ve Finn, 2003; Craddock ve Sklar, 2013; Koç 2016). Ebeveynlerden birinin bipolar bozukluk I'e sahip olma durumunda çocuklarında da bozukluğu görülme oranı % 50-75 olmaktadır (Kırmızı 2013). Risk, bipolar bozukluğa genetik yakınlık azaldıkça, azalmaktadır (Craddock ve Sklar, 2013).

1966-2001 yılları arasında yapılan aile görüşmelerinin değerlendirildiği bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip bireylerin birinci derece yakınlarında bipolar bozukluğun tekrarlama riskinin % 8,7 olduğu sonucuna varılmıştır (Smoller ve Finn, 2003).

2.4.1.1.2. İkiz Çalışmaları

Bipolar bozuklukla ilgili yapılan ikiz çalışmalarında; çift yumurta ikizlerinde %10-20, tek yumurta ikizlerinde ise % 60-80 arasında uyumluluk oranı gösterdikleri saptanmıştır (Craddock ve Sklar, 2013; Keskin 2016). Bununla birlikte, tek yumurta ikizlerindeki oranın yüksek olmasına rağmen % 100'ün altında olması, genlerin tek başına etkili olmadığını da göstermektedir (Craddock ve Sklar, 2013).

2.4.1.1.3. Aile Çalışmaları

Aile çalışmaları, birinci derece yakınlar için bipolar bozukluğun tekrarlama riskinin %8,7 olduğunu belirtmektedir (Smoller ve Finn, 2003; Koç 2016). Yapılan bir başka çalışma ise ebeveynlerden birinin bipolar bozukluğa sahip olması durumunda çocuklarında görülme oranı %28 olarak saptanmıştır. Eğer ebeveynlerin her ikisinde de varsa bu oran 2-3 kat artmaktadır (Keskin 2016).

2.4.1.2. Biyokimyasal Nedenler

2.4.1.2.1. Biyolojik Aminler

Nöroleptik ilaçların biyogenik aminlerin düzeyini etkilemesi nedeniyle bipolar bozuklukta beyinde amin salgılayan hücrelerde yoğunluk artışı olabileceği düşünülmektedir (Koç 2016).

Dopamin; artmış, aşırı hareketlilikten sorumlu tutulmakla birlikte bipolar bozukluğun etiolojisinde etkili olduğuna yönelik kanıtlar mevcuttur. Noradrenalinin ise öfori etkisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Serotonin; merkezi sinir sistemi düzenleyicisidir (Gümüş 2013). Hem mani hem de depresyon dönemlerinde düşük olduğu saptanmıştır (Gümüş 2013; Keskin 2016).

Günümüzde yapılan çalışmalarda nörotransmitter olan asetilkolinin etkisi incelenmektedir. Kolinergik ajanların mizaç, uyku, nöroendokrin gibi fonksiyonlar üzerine de etkisi olduğundan dolayı; mani ve depresyondaki problemin diğer aminler ve asetilkolin arasındaki dengesizlikten kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Kolinergik aktarımın depresyonda aşırı, manide yetersiz olduğu düşünülmektedir (Keskin 2016).

2.4.1.2.2. Hormonlar

Bipolar bozukluğun etiolojisinde sık karşılaşılan düzensizlikler adrenal, büyüme ve tiroid hormonları ile ilgili olmaktadır. Fakat bu düzensizliklerin

beyindeki bir işlev bozukluğundan kaynaklı olabileceği de düşünülmektedir (Kırmızı 2013).

Tiroid hormonlarının duygudurumu etkilediği (Özel ve ark., 2002) ve bipolar bozuklukların seyrinde etkili olduğu bilinmektedir (Eren ve ark., 2006). Hipertiroidide büyük oranda manik duygudurum (Yontar ve ark., 2015), hipotiroidide ise büyük oranda depresif duygudurum görülmekle birlikte (Özel ve ark., 2002).

Bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan ACTH, kortizol gibi çeşitli ilaçlar; bipolar bozukluk başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğa neden olabilmektedir. Manik atak, sık bildirilen olgulardan biridir (Tunç ve ark., 2013). Ayrıca manik dönemde ACTH ve kortizolun arttığı, işlevselliğin de bozulduğu görülmüştür (Gümüş 2013).

Depresyonda gece melatonin salgılanmasının azaldığı (Yılmaz 2007), manide ise arttığı bilinmektedir (Gümüş 2013). Yapılan bir çalışmada, kış ve yaz aylarında gün ışığı döngü sürelerinin farklı olmasından kaynaklanan, gün ışığının azalması depresyona yatkın bireylerde depresyon atağını; artması ise bipolar bozukluğu olanlarda hipomanik ya da manik atağı tetiklediği belirtilmektedir (Atalar 2012).

2.4.1.3. Fizyolojik Etkiler

2.4.1.3.1. Beyin Değişiklikleri

Günümüzde yapılan bipolar bozukluğu olan bireylerin beyin görüntüleme çalışmalarında, sol taraftaki ön singulat hacminde ve gri cevherdeki yoğunlukta sağlıklı kontrol gruplarına göre azalma olduğu ancak; lityum kullananlarda böyle bir farka rastlanmadığı belirtilmektedir (Kırmızı 2013).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin ölümü sonrasında yapılan incelemelerde nöron içi ileti sistemlerinde değişiklik saptandığı; bunun hastalığın oluşumunda beynin kimyasal iletileri arasında meydana gelen denge bozukluğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Koç 2016).

2.4.1.3.2. Nöropsikolojik Değerlendirmeler

Bipolar bozuklukta, bireylerde yoğunlaşmada, işlevsellikte, bilişsel alanda, görsel ve mekansal yetilerde bozulmalar olmakla birlikte; hem manik hem de ötimik dönemlerde uzun süreli dikkatte bozulmalar görülebilmektedir (Koç 2016).

2.4.1.3.3. İlaç Yan Etkileri

Multipl skleroz ve sistemik lupus eritamatozusun tedavisi için kullanılan steroid içerikli ilaçların manik atağın ortaya çıkmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Yüksek doz narkotik, antikonvülsan, amfetamin, antidepresanların (Keskin 2016; Koç 2016) ve bazı tüberküloz ilaçlarının manik nöbeti başlatabileceği yönünde bulgular vardır. Çocuklarda bipolar bozukluk tanısı konurken bazı hastalıklar ile karıştırılabileceği, bu çocuklara yanlış tanı koyulup stimülan ilaç verilmesi ile manik atağın tetiklenebileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Yılmaz 2007).

2.4.2. Psikososyal Teoriler

Günümüzde bipolar bozukluk ve şizofreni gibi hastalıkların meydana gelme nedenlerinin biyolojik nedenli beyin hastalığı olduğu yönündeki ortak fikir artmakta; psikososyal teorilerin güvenilirliği ise azalmaktadır. Fakat bu belirsizliğe rağmen etiolojide hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerin etkili olma olasılığı bulunmaktadır (Keskin 2016).

2.4.2.1. Psikososyal Etkenler

Atakların ortaya çıkacağı zaman, atakların şiddeti ve bu bireylerin ataklar arasındaki sağlık ve işlevsellik düzeyleri psikososyal etkenlerden etkilenmektedir. Bu etkenlere; sosyal destek, kişilik özellikleri, stresli yaşam olayları örnek verilebilir (Koç 2016). Literatüre göre sosyal desteğin olmaması veya yetersiz olması durumları bipolar bozukluk için risk faktörü olmaktadır (Rihmer ve Angst, 2007; Koç 2016). Ancak, kişilik yapısı ne olursa olsun, hastalık atağı herhangi bir psikososyal etken olmadan da başlayabilmektedir (Koç 2016).

2.4.2.2. Psikanalitik ve Psikodinamik Etmenler

Psikanalitik görüşe göre; Abraham maninin depresyona karşı bir savunma olduğunu söyler (Koç 2016). Freud'a göre, ego ile süperego arasındaki ilişkiden bahseder. Bu iki olgu arasındaki çatışmalara harcanılan enerji, manide zevk amacıyla kullanılır (Koç 2016). Klein, manik depresif döngüleri, çocuklukta sevilen nesnelere oluşturmadaki başarısızlığın bir yansıması olarak öne sürer. Maniyi, diğer insanları yüceltmek, onlara karşı olan saldırganlığı yok sayıp kayıp sevgi nesnesini onarmak amacıyla düzenlenen bir savunma yöntemi olarak tanımlar (Kaplan ve Sadock, 2004). Bibring ise depresyonu, egonun özsaygısının kısmi veya tamamen çökmesi olarak tanımlar (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.4.2.3. Çevresel Etkenler

Bipolar bozuklukta zorlayıcı yaşam olaylarının, ilk atağın ortaya çıkmasında diğer ataklara göre daha fazla etkisinin olduğu doğrulanmıştır. İlk atakta meydana gelen zorlanma, beyinde uzun süreli değişikliklere yol açtığı yönündeki kuram bu durumu açıklamak amacıyla önerilmiştir. Beyindeki bu değişikliklerin sonucu olarak da kişi daha sonrasında çevresel bir zorlanma olmadan bile atak geçirebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004).

2.5. Bipolar Bozukluk Dönemlerinin Belirti ve Bulguları

2.5.1. Mani Dönemi Belirti ve Bulguları

Mani dönemi en az bir hafta süresince, neredeyse her gün olmak üzere günün büyük bir bölümünde taşkın, çabuk kızan, artmış duygudurumun mevcut olması durumudur. İçsel güçlerin arttığı bu dönem boyunca benlik saygısında aşırı artış, uyku ihtiyacında azalma, konuşmada aşırı artış, fikir uçuşmaları, düşüncede hızlanma, dikkatin çabuk dağılması, kötü sonuçlar doğurabilecek riskli davranışlar görülebilmektedir. Ayrıca hastane yatışını gerektirecek kadar iş veya toplumsal hayatta belirgin işlevsel bozukluklar meydana gelebilmekte, psikotik özellikler görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.5.2. Hipomani Dönemi Belirti ve Bulguları

En az dört gün boyunca, hemen her gün ve günün büyük kısmını kapsayan, taşkın, kabarmış, çabuk kızan duygudurumunun mevcut olduğu, benlik saygısında aşırı artış, uykuda azalma, konuşmada aşırı artış, fikir uçuşmaları, dikkat dağınıklığı ve kötü sonuçlara yol açabilecek riskli davranışların görüldüğü dönemdir. İşlevsellikte bozulmalar görülebilmekte, ancak bu durum, bireyin kendisine ve topluma zarar verecek derecede hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır olmamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.5.3. Majör Depresyon Dönemi Belirti ve Bulguları

İki hafta süresince hemen her gün, günün büyük bölümünde bireyin çökkün duygudurumu içinde olması, etkinliklere karşı ilgide azalma, kiloda belirgin azalma veya artma, uykuda azalma veya artmanın olduğu; odaklanmada güçlük, bitkinlik, enerji düşüklüğü değersizlik, suçluluk duygularının yaşandığı dönemdir. Bu dönemde intihar düşünceleri olabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.5.4. Karma Dönemi Belirti ve Bulguları

Karma atak DSM IV'te, ayrı bir dönem olarak, en az bir hafta süren, manik ve depresif dönemlerdeki belirtilerin birlikte görüldüğü dönemler şeklinde tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2001). DSM 5'te ise ayrı bir dönem tanımı kaldırılarak klinik belirteç olarak ifade edilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.6. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması

Bipolar bozukluklar DSM-5'e göre "İkiuçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar" olarak değerlendirilmiş ve bu başlık altında yedi gruba ayrılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.6.1. İkiuçlu (Bipolar) I Bozukluğu

Bipolar I bozukluğu tanısı koyulabilmesi için kişinin yaşamı boyunca en az bir mani dönemi geçirmiş olmalı; mani döneminin öncesinde veya sonrasında ise majör depresyon ya da hipomani dönemleri bulunabilmektedir. Hipomani ve majör depresyon dönemleri sık görülmekle birlikte, tanı koyulabilmesi için bu dönemlerinin olması şart değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.6.2. İkiuçlu (Bipolar) II Bozukluğu

Bipolar II bozukluğu tanısı koyulabilmesi için kişinin bir veya birden fazla hipomani ve majör depresyon dönemi geçirmiş olması gerekir. Bipolar II bozukluğunda mani dönemi görülmemekte; yalnızca hipomani ya da majör depresyon dönemleri görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.6.3. Siklotimi Bozukluğu

En az iki yıllık süre boyunca hipomani dönemi tanı ölçütlerini karşılamayan, fakat hipomani ve depresyon belirtilerinin olduğu bozukluktur. Bu bozuklukta majör depresyon, mani ve hipomani dönemlerinin tanı ölçütlerini tam anlamıyla görülmemektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.6.4. Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

Madde entoksikasyonu veya yoksunluğundan dolayı meydana gelen çökkün duygudurumla birlikte veya bu durumlar olmadan, taşkın, kabarmış, çabuk kızan bir duygudurumda bulunduğu, sürekli bir duygudurum bozukluğudur. Etkinlere ilgi ve

istek kaybı ya da bunlardan zevk almama durumu mevcuttur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.6.5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

Bu bozukluğun başka hastalığın bir sonucu olduğu dűřünülmektedir. abuk kızan, kabarmış, taşkın duygudurumun ve etkinliklerde abartılı artışın olduğu bozukluktur. Mani, hipomani ve karma dđnem tanı ölçütleri tam olarak karşılanmamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliđi 2013).

“Tanımlanmış diğer ikiuçlu ve ilişkili bozukluk” ve “tanımlanmamış ikiuçlu ve ilişkili bozukluk” olmak üzere iki çeşidi daha bulunmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

2.7. Bipolar Bozukluğun Gidiş ve Sonlanımı

Bipolar bozukluk hastalığın seyri, tedaviye yanıt gibi konularda kişiden kişiye farklılıklar gđstermekle birlikte, dđnem dđnem tekrar eden kronik seyirli bir bozukluk olması, yaşanılan ortak sorunlarındanır. Atakların sayısı arttıka, sűresi de kısaltılmaktadır. Ayrıca eşlik eden diğer ruhsal bozuklukların varlığında hastalığın gidişinin daha kđtű olduğu, dđnemlerin daha ağır geçtiği, işlevselliğin oldukça azaldığı, dđngűlerin daha hızlı olduğu belirtilmektedir. Koç’un (2016) belirttiğine gđre, literatűrde bozukluğun tekrarlama oranı bir yıl içinde %50, beř yıl içinde ise %70 olmaktadır (Koç 2016).

Kadınlarda bipolar bozukluk tip II’ye erkeklere gđre daha sık karşılaşılmaktadır. Bazı hastalarda duygudurum, mevsime bağlı olarak değişebilmektedir. İlbahar ve sonbaharda depresif özellikler, yaz aylarında ise manik özellikler daha belirgin gđrűlebilmektedir (Rihmer ve Angst, 2007; Koç 2016).

Bipolar I bozukluğu olan bireylerde manik atak meydana geldikten sonra iki yıl içinde bir diğer atağın meydana gelme oranı yaklaşık %40-50’dir. Literatűre gđre bireylerin yaklaşık %45’i birden fazla atak geçirmekte, %40’ında ise bozukluk kronikleşmektedir. Hastalarda hayat boyu 2 ile 30 (ortalama 9) arasında ataklar meydana gelmekte ve %40’ından fazlasının ise 10’dan fazla atağı olabilmektedir (Koç 2016).

İkiuđlu bozukluđun sűrekli dđngű yařandıđı durumlarında hastalar, otimik dđnem olmadan giden bir dđnem içinde olabilirler. Hızlı dđngűlű dđnemde yılda dđrt

veya daha fazla; aşırı hızlı döngülü dönemde ise, gün içinde değişebilen stabil olmayan dönemler görülebilmektedir (Koç 2016).

İkiüçlü ve ilişkili bozuklukta daha çok karma ve depresif dönemlerde olmak üzere intihar girişimi oranı %25, intihardan ölüm oranı ise %10'dur (Koç 2016).

Bireylerin aile ve sosyal ilişkileri, mesleki başarı ve ilişkileri, evlilik ilişkileri gibi alanlarda etkilendiği yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Michalak ve ark., 2006; Sanchez-Moreno ve ark., 2009; Alpman 2010; Gümüş 2013; Koç 2016).

2.8. Bipolar Bozukluk Tedavisi

Bipolar bozukluk için morbidite ve mortaliteyi azaltan çeşitli tedavi yöntemleri olmakla birlikte, kesin bir tedavisi yoktur (Koç 2016). Ancak tedavi için çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte uygulanan bu tedavilerin amacı; akut epizodun düzeltilmesi, belirtilerin kontrol altına alınması, hastalığın tekrarının önlenmesi, bilişsel yıkımların en az seviyede olmasının sağlanması ve işlevselliğin artırılmasıdır (Aksoy 2013; Koç 2016).

2.8.1. İlaç Tedavisi

Bipolar bozukluk tedavisinde ilaçlar ve psikoterapiler önemli rol oynar. Bipolar bozukluğun kontrolü için ilaç tedavisinde süreklilik gereklidir. Günümüzde bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlar, psikoterapi ile birlikte hastaların %75–80 duygudurum yönünden dengeli bir hayat geçirmelerini sağlamaktadır (Aksoy 2013).

Bipolar bozukluk tedavisi üç dönemden oluşmaktadır. Akut dönem tedavisi ilk olarak yapılır. Bu dönemin tedavisi genellikle 2-12 hafta sürer. Sonrasında sürdürme dönemi gelir. Sürdürme dönemi hastalığın tekrar etme riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Bu dönem yaklaşık 2-9 ay sürer. Sürdürme döneminin sonrasında yeni atakların olmaması amacıyla sürekli ilaç tedavisinin uygulanacağı idame dönemine geçilir (Aksoy 2013).

Bipolar bozukluk tedavisinde ilk olarak lityum veya valproat kullanılmaktadır. Bu tedavilere yanıt alınmadığında ikinci seçenek olarak atipik antipsikotik ilaçlar kullanılır. Üçüncü yöntem ise karbamazepin, gabapentin, topiramet, lamotrijin gibi ilaçlar ya da bu ilaçların kombinasyonları olmaktadır (Nivoli ve ark., 2012; Aksoy 2013).

Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçlar şunlar olmaktadır (Post ve Altshuler, 2007; Rush 2007; Engin ve Çuhadar, 2014; Keskin 2016):

Antimanik; lityum,

Antikonvülzanlar; karbamazepin, klonazepam, valproik asit, lamotrijin, gabapentin, topiramate, oxcarbazepine,

Kalsiyum kanal blokerleri; verapamil,

Antipsikotikler; olanzapin, fluoksetin, aripiprazol, chlorpromazin, quetiapine, risperidon, ziprasidon, asenapine.

2.8.2. Diğer Tedavi Yöntemleri

İkiuçlu ve ilişkili bozukluklarda ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi, kişilerarası sosyal ritim terapisi, bilişsel ve davranışçı tedavi yöntemleri, psikoeğitim gibi destekleyici girişimlerin uygulanması şarttır (Post ve Altshuler, 2007).

2.8.2.1. Bireysel Psikoterapi

Psikoterapiler, bozukluğun belirtilerinin düzeltilmesi, psikososyal yönden iyileşmenin sağlanması ve atakların tekrarının önlenmesini hedeflenmektedir (Rush 2007). Manik hastalara uygulanması zor olsa da bazı çalışmalarda psikoterapi ve danışmanlığın olumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir (Keskin 2016).

2.8.2.2. Kişilerarası Sosyal Ritim Terapisi (KASRT)

KASRT'nin amacı, günlük yaşamda biyolojik ve sosyal ritimlerde dengeyi sağlamaktır. Bu psikoterapi şekli bireyleri sadece biyolojik ve sosyal yönden değil, aynı zamanda onları kişilerarası ilişkiler ve sosyal roller bakımından da dengelemeye çalışır. Literatürde bipolar bozukluğun tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak kullanımı önerilmektedir (Sayar ve ark., 2014).

2.8.2.3. Aile Odaklı Terapi

Bipolar bozukluk, yalnızca hastaları değil, birlikte yaşanan aile üyelerini/bakım verenlerini ve onların yaşamlarını da birçok yönden etkilemektedir. Aile odaklı terapiler ile ailelerin işlevselliğinin artırılması, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, aile içi iletişimin artırılması, hastalığa dair belirti ve bulguların tanınması, stresle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Morris ve ark., 2007; Tezcan 2017). Yapılan aile müdahaleleri çalışmalarında ilaç tedavisine ek olarak uygulanan aile müdahalelerinin bipolar bozukluk tedavisine yarar sağladığı belirlenmiştir (Colom ve Vieta, 2012). Miklowitz ve arkadaşlarının bipolar I ve II bozukluğu olan bireylerde yaptığı, aynı zamanda ilaç tedavisi ve psikoeğitim de

uyguladığı aile odaklı tedavi çalışmasında, bireylerin ikinci yılda daha az şiddetli manik belirtilere sahip olduklarını ortaya koymuştur (Miklowitz ve ark., 2014).

2.8.2.4. Elektrokonvülsif Terapi (EKT)

EKT ile beyne elektrik akımı uygulanarak grand mal epileptik nöbet oluşumu sağlanır (Keskin 2016). Tek bir ilaca veya birden fazla ilaca yanıt alınmadığı durumlarda bile etkili olmaktadır. Sekiz-oniki seans arası uygulanır (Rus 2007). Bipolar bozuklukta lityum ve diğer tedavilere yanıt alınmadığı durumlarda, hayatı tehlikeye sokacak riskli davranışların olduğu bitkinlik veya akut mani dönemlerinde uygulanabilmektedir (Engin ve Çuhadar, 2014; Keskin 2016; Keskin 2016).

2.8.2.5. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

BDT, işlevsel olmayan davranışlara, duygusal tepkilere ve yaşam olaylarına tepki olarak meydana gelen düşünceler temeline dayanmaktadır. BDT ile bu olumsuz tepkilerin azaltılarak işlevsel olanların artırılması amaçlanmaktadır (Post ve Altshuler, 2007).

Bilişsel davranışçı terapiler, bipolar bozuklukların tedavisinde özellikle unipolar depresyonda uzun süre kullanılmış etkili bir tedavi yöntemidir. İlaç tedavisiyle birlikte kullanıldığında olumlu sonuçlar vermektedir (Colom ve Vieta, 2012).

2.8.2.6. Psikoeğitim

Psikiyatrik bozukluklarda bireylerin ve bakım verenlerinin eğitimi tedavide oldukça önemli bir konudur. Literatürde psikoeğitim kavramının tanımı hakkında net bir fikir birliğine varılamamıştır (Alataş ve ark., 2007), ancak; Alataş ve arkadaşlarının (2007) aktardığına göre, Goldman (1988) psikoeğitimi; “psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek; örneğin; kişinin hastalığını kabul etmesini sağlamak, tedavi ve rehabilitasyon için aktif kooperasyonu ilerletmek ve hastalığın neden olduğu kayıpları karşılamaya dönük başa çıkma yeteneklerini kuvvetlendirmek” olarak tanımlamıştır. Psikoeğitimler bireysel olarak (Perry ve ark., 1999; Saito-Tanji ve ark., 2016) veya grup eğitimi olarak (Güçray ve ark., 2009; Colom ve ark., 2009; Candini ve ark., 2013; Tambağ ve Öz, 2014) uygulanabilmektedir.

Psikoeğitimde amaç; sadece atak sayılarının ve hastane yatışlarının azaltılması değil (Colom ve Vieta, 2012); aynı zamanda hastalar tarafından algılanan bakımın kalitesindeki iyileşmenin, dolayısıyla tedavide hastalarla olan işbirliğinin sağlanması

ve ilaç uyumlarının artırılmasıdır (Colom ve Vieta, 2012; akır 2015). Ayrıca bazen manik atakların veya intihar düşüncelerinin başlangıcında görülebilen şüphecilik ve üzerine alınma gibi düşüncelerin varlığında hastaların yardım isteme oranlarının artırılması (Colom ve Vieta, 2012), kendilerine neler olduğu ve kendilerini neyin beklediğine dair olumsuz düşüncelerin ortadan kalkması, başkaları tarafından daha iyi anlaşıldıklarını hissetmelerinin sağlanması da psikoeğitimin amaçları arasındadır. Psikoeğitim almış bir hasta, yaşadığı suçluluk hissinden kurtulup, kendisi ve hayatı ile ilgili sorumluluk duymaya başlar. Eğitimlerin sağladığı tüm bu yararlar, daha iyi bir yaşam kalitesine ve psikolojik iyilik haline ulaşılması için son derece önemlidir (Colom ve Vieta, 2012). Tüm bu değişimler sayesinde hastaların işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri de artmış olacaktır (akır 2015).

Tedavinin birçok aşamasında yer alan hemşireler, hastanın ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerini belirlemede (Goossens ve ark., 2008) ve psikoeğitim programları uygulamada son derece önemli bir role sahiptir (am ve ark., 2014). Verilen psikoeğitimler psikiyatristler ve psikologlar tarafından uygulanmakla birlikte (Colom ve Vieta, 2012), hemşirelerin temel görevlerinden biridir (Tredget ve Svobodova, 2013). Literatürde ruhsal bozukluklarda ve bipolar bozuklukta uygulanan psikoeğitimler kısıtlı olmakla birlikte, hemşirelerin de psikoeğitimler verdiği görülmektedir (uhadar ve am, 2014; Gabriel ve Violato, 2011; Gümüş ve ark., 2015; Rahmani ve ark., 2016; Tambağ ve Öz, 2014; Yıldırım, 2014).

Psikoeğitimde önemli bir konu da eğitimin, psikoeğitim konusunda deneyimli eğiticiler tarafından verilmesidir (am ve ark., 2014). Bu sürecin, ailelerin veya bakım verenlerinin de katılımı ile aktif, bilgiye ve güvene dayalı uygun işbirliği çerçevesinde uygulanması sağlanmalıdır. Literatür doğrultusunda bugüne kadar verilen aile eğitimi çalışmalarında görülmektedir ki, psikoeğitimlerin sonucunda ailelerin, bipolar bozukluğa karşı yaklaşımları değişmiş, hastalıkla baş edebilmeleri kolaylaşmıştır (Colom ve Vieta, 2012). Bunların yanında ilaç kullanımı ve yan etkileri hakkında bilgilenme sağlanmış, hastalığın erken uyarıcı belirtileri hakkında farkındalık gelişmiş, tedaviye uyum ve hastalıkla baş etme becerileri artmış, hastalık ve bakım verdikleri hastalar hakkındaki olumsuz tutumları değişmiştir (Yurtsever ve ark., 2001). Bunların sonucunda da bipolar bozukluğu olan bireyler için hastalığın

gidiş ve seyrinin olumlu yönde etkilendiği (Colom ve Vieta, 2012), uzun dönem sonuçları iyileştirdiği saptanmıştır (Reinares ve ark., 2010).

Ruhsal bozukluğu olan hastalara ve yakınlarına uygulanan çeşitli eğitimler olmakla birlikte, çoğu zaman hastalara ve bakım verenlere özgü eğitim ihtiyaçları hakkında yeterli bilgi sahibi olunmamaktadır (Gümüş 2008; Yu ve ark.,2012). Psikoeğitim verilirken, bu konuda deneyimli eğiticiler tarafından verilmesi kadar önemli olan diğer bir önemli konu da verilen eğitimlerin içeriği, yani hastaların ihtiyaçlarına yönelik olmasıdır. Psikoeğitime başlamadan önce, gereksinim duyulan konular araştırılmalı, gruba eğitim verilecek ise öncelikle grubun ihtiyaçları saptanmalıdır (Çam ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda hastaların psikolojik iyilik hallerinin, yaşam kalitelerinin ve tedavi uyumlarının artması gibi amaçların gerçekleşebilmesi için psikoeğitimlerde genel olarak, yaşanan zorluklar ve zorluklarla baş etme becerileri, hastalık sürecinin gidişi ve seyri, düzenli ilaç kullanımı vb. konuları üzerinde durulmaktadır. Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde psikoeğitimlerin kliniklerde büyük oranda hastaların ihtiyaçları doğrultusunda uygulandığı görülmektedir (Lelliot ve ark, 2003; Colom ve Vieta, 2012; Stafford ve Colom, 2013; Coker ve ark, 2016). Stafford ve Colom psikoeğitimde tedavi planını geliştirirken dikkate alınması gereken dört ana konudan bahseder. Bunlar; iletişim, bilgi akışı ve miktarı, hastanın tedavi planına katılımı ve güven verici bir hasta-sağlık personeli ilişkisi kurulmasıdır (Stafford ve Colom, 2013). Colom ve Vieta'nın bipolar bozukluğu olan bireylerle yaptıkları psikoeğitim çalışması beş ünite ve bu üniteleri oluşturan yirmi bir oturumdan oluşmaktadır. Programa genel hatlarıyla bakıldığında; ünite 1; bipolar bozukluğun tanımı, etiyolojisi ve tetikleyicilerinin neler olduğu, bipolar bozukluk dönemlerinin belirtileri, süreç ve prognoz hakkında bilgilendirme, ünite 2; farmakolojik tedavi yöntemleri, ilaçlar hakkında bilgilendirme, hamilelik ve genetik öneriler, psikofarmakolojiye karşılık alternatif terapi yöntemleri, tedavinin kesilmesiyle ortaya çıkabilecek olan risklerden yani kısaca ilaç uyumu hakkında bilgilendirme, ünite 3; madde kötüye kullanımının engellenmesi, ünite 4; atakların erken tespiti, ünite 5 ise; düzenli yaşam alışkanlıkları kazandırma ve stresle baş etme yöntemleridir. Uygulanan bu program alanında uzman kişilerin uygulaması için tasarlanmış, etkinliği kanıtlanmış, uzun süreli ve yoğun bir programdır. Altı ay gibi uzun bir

dönemi kapsar. Dönemin uzun olmasından kaynaklanan bazı olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Olumsuz yönlerine bakıldığında; program bitmeden programda ayrılanların olması ve uzun sürdüğü için maliyetli olması sayılabilir. Ancak bu durumun pek çok avantajı da vardır. Pratikte göz ardı edilebilen farklı konuların ele alınmasını sağlar, daha geniş katılımcı sayısının olması nedeniyle damgalanmışlık hissinin azaltılmasına katkı sağlar. Grupta güçlü bir uyumun oluşmasıyla katılımcıların soracakları sorular hakkında güvende hissetmeleri yönünde olumlu bir etki yapar. Diğer katılımcıların tedavi süresince yaptıkları hatalardan ders çıkarmalarını mümkün kılar. Son olarak da altı aylık programdan sonra bir altı aylık dönem boyunca da hastalığın seyrine olumlu katkılar sağlar. Uzun süreli eğitimin mümkün olmadığı durumlarda uygulanabilen kısaltılmış eğitim programları da mevcuttur (Colom ve Vieta, 2012) . Colom ve Vieta'nın Barcelona'da deneysel olarak kullandıkları kısa eğitim programının içeriği ise şu şekildedir (Colom ve Vieta, 2012); oturum 1, kavramlar ve nedenler; oturum 2 ve 3, dönemlerin belirtileri; oturum 4, bipolar bozukluğun gidişi ve seyri; oturum 5 ve 6, ilaç tedavileri; oturum 7, atakların tespiti; 8. ve son oturum ise, hastalığın tekrarı durumunda ne yapılması gerektiği ile ilgilidir. Gereksinimlerin saptanarak verilen psikoeğitimler ile gözden kaçabilen konular farkedilmekte, damgalanmışlık hissi azalmakta, tedavi uyumu artarak yaşam kalitesi olumlu yönde değişmektedir (Colom ve Vieta, 2012).

Ülkemizde uygulanan psikoeğitimler olmakla birlikte, bipolar bozukluğu olan bireylerin eğitim gereksinimlerinin saptanıp; Türk toplumunun kültürüne göre uygulanmış bir psikoeğitim çalışmasına rastlanmamıştır. Buradan özetle verilecek olan psikoeğitimlerde bipolar bozukluğu olan bireylerin en çok hangi konularda eğitime ihtiyaçlarının olduğu tanımlayıcı çalışmalarla ve literatür doğrultusunda belirlenip ülkemize uyarlanması, psikoeğitimlerin bu doğrultuda uygulanması gerektiği düşünülmektedir. Bu konunun ülkemizde geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

2.9. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Gereksinimleri

Bipolar bozukluğun belirtilerine bağlı olarak bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında meydana gelen değişiklikler, bireyler açısından birçok soruna yol açmaktadır. Bu sorunlar hastalar için tekrarlayan hastane yatışlarına neden

olmaktadır. Yatış nedenleri genellikle hastalığı kabul etmeme, iletişim sorunları, tedavi uyumsuzluğu, intihar düşünceleri, stresle baş etmede yetersizlik ve iş ile ilgili sorunlar olmaktadır (Alataş ve ark., 2007). Ayrıca bipolar bozukluğu olan bireylerin ihtiyaç duyduğu destek, mani ve depresyon dönemlerinde birbirinden farklı olmaktadır. Örneğin; mani döneminde bireylerin aşırı uyarıcı faaliyetlerden uzak durması gerekirken; majör depresif dönemde daha çok fiziksel aktivite ve günlük yaşam aktivitelerinin olması bireyler açısından yararlı olmaktadır (Billsborough ve ark., 2014).

Hemşirelerin rolleri kapsamındaki eğitici rolü, onların en önemli rollerindedir. Hasta eğitimi bir çok aşamadan oluşan bir süreç olmakla birlikte, veri toplamak eğitim için en önemli unsurdur. Hastalara eğitim verilirken, bakım verenlerinin de eğitimlere dahil edilmesi, tedavinin gidişatı açısından oldukça önemlidir (Gülseren 2002; Stengard 2003). Eğitim için veri toplanırken bireylerin eğitim almak isteyip istemedikleri, öğrenme yetenekleri ve en önemlisi eğitim gereksinimleri dikkate alınmalıdır (Öztürk 2011). Uygulanan psikoeğitimlerde de hastaların ve bakım verenlerinin sağlıkla ilgili eğitim gereksinimlerinin belirlenerek, bu gereksinimlerin karşılanması amaçlanmaktadır (Cook ve ark., 2008). Psikiyatri hemşireleri, hastalar ve bakım verenleri ile sürekli iletişim halinde olduklarından, hastalığın seyri ve tedaviye uyumda, gereksinimlere yönelik psikoeğitim programlarının hazırlanmasında önemli rol oynamaktadır (Gümüş 2006).

Literatürde sosyal, biyolojik ve psikolojik kayıplar yaşanmadan yaşam kalitesi ve işlevselliği yükseltmek için bipolar bozukluk gibi kronik seyirli ruhsal bozukluklarda psikoeğitimin tedavi programı içinde bulunmasının ve psikoeğitimi mümkün olduğunca erken başlanılmasının son derece önemli olduğu belirtilmektedir (Gümüş 2013).

Taburculuk sonrası bakımda da oldukça önemli olan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin rehabilitasyonu ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, ruhsal bozuklukların gidişine dair olumlu sonuçlar alınması açısından önemli bir konudur (Yılmaz 2011; Çam ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan bireylerin sağlık eğitimlerine gereksinim duydukları görülmektedir (Gümüş 2006; Bademli ve ark., 2016). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitim gereksinimlerinin belirlendiği çalışmalar mevcut olmakla birlikte, bu alandaki çalışmaların çoğunlukla

psikiyatrik veya şizofreni tanımlı bireyler ve bakım verenleri ile yapıldığı görülmektedir (Lelliott ve ark., 2003; Gümüş 2006; Yılmaz 2011; Bademli ve ark., 2016; Coker ve ark., 2016; Duran ve Eroğlu, 2016).

Lelliott ve arkadaşlarının (2003) ruhsal bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin ihtiyaçlarını belirledikleri çalışmada, yardım ve desteğin nasıl alınacağı, sağlık çalışanları hakkında bilgi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi, bakım verilene sosyal destek, bakım verilen bireyle olan ilişkiler, aile ve arkadaşlar, maddi sorunlar, damgalama, risk-emniyet ve bakım hizmeti seçimi gibi soruları içeren, kendi geliştirdikleri “Carers’ and Users’ Expectations of Services – Carer Version” (CUESC) soru formunu kullanmışlardır (Lelliott ve ark., 2003). Coker ve arkadaşlarının (2016) Avustralya’da ruhsal bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinde yaptıkları çalışmaya göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin; iletişim sorunları ve sosyalleşmeyle ilgili sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. İletişim sorunlarıyla ilgili olarak bireyler; kendi kendilerine yaptıkları veya çevreleri tarafından yapılan damgalama, sosyalleşme ve birbirleriyle bağlantı kurma sorunları olduğu için endişe duyduklarını; kendileriyle aynı özellikleri ve aynı zevkleri paylaştıkları kişilerle aynı ortamda olmak istediklerini ifade etmişlerdir. Sosyalleşme ile ilgili bazı engellerin ekonomik sorunlar ve ulaşım sorunlarından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Ayrıca zamanlarını aileleriyle ve arkadaşlarıyla vakit geçirme, ders çalışma veya bir işte çalışma gibi aktiviteler için istedikleri gibi kullanıp hayata daha çok katılmak istediklerini belirtmişlerdir. Hastalar maddi olanaksızlıklardan dolayı bir araç sahibi olamadıkları ve ulaşım olanaklarının yetersizliğinden dolayı arkadaşlarıyla buluşmaya gidemediklerini, bunun da sosyalleşmelerini engellediğine değinmişlerdir (Coker ve ark., 2016). Conell ve arkadaşlarının (2016) iki uçlu bozukluğu olan hastaların online bilgi taraması konusunda uluslararası yaptıkları bir çalışmada; hastaların online olarak bipolar bozukluğun semptomları (%83), ilaç bilgisi (%73), hastalığın genel seyri (%58), stresle baş etme (%52) ve ilaç yan etkileri (%51) gibi çeşitli konuları incelediği belirlenmiştir (Conell ve ark., 2016). Avustralya’da bir depresyon destek forumunda depresyonu olan hastaların bilgi gereksinimlerinin online olarak belirlendiği bir çalışmada, hastaların bilgi gereksinimleri altı alt boyutta belirlenmiştir. Hastaların depresyon belirtileri ile baş etme, ilaçlar, profesyonel yardım alma, depresyonu anlama, damgalama, komorbid

psikiyatrik tanılar konularında daha çok eğitime ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır (Barney ve ark., 2011).

Ağır psikiyatrik bozukluğu olan bireyler çoğunlukla zeka problemi olmayan bireylerdir. Uygun rehabilitasyon programları sayesinde öz-bakımlarını yerine getirip üretime de katkıda bulunabilmektedirler. Kontroller sırasında terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi ile hem hastanın evden çıkması ile sosyal işlevselliği ve özgüvende artışı, ekonomik koşullarının iyileşmesi gibi pek çok yarar elde edilebilmekte hem de bakım verenin yükü azaltılabilmektedir. Ulusal ruh sağlığı eylem planında 2011 yılında belirtilen psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin karşılaştıkları sorunlar belirlenmiş ve sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi ana konuları olmak üzere sınıflandırılmıştır. Sosyal boyutta yaşanan sorunlara bakıldığında; hastaların bakıma ihtiyaç duydukları, aileleri ve çevreleriyle olan ilişkilerinde zorluklar yaşadıkları, bakım verenlerinin ihmal ve istismarına uğrayabildikleri, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle bakım verenlerine ve çevrelerine zarar verme ihtimallerinin bulunduğu, boş zaman aktiviteleri için yeterli imkanlarının bulunmadığı ve bunun sonucunda yaşadıkları sosyal izolasyon, damgalanma sorunları ve sorunlarla baş etmede yetersizlik olarak sıralanmıştır. Ekonomik boyutta belirlenen sorunlar; eğitim hayatlarını tamamlamada yaşanan zorluklar nedeniyle meslek sahibi olamamaları, iş ve iş ortamından kaynaklanan sorunlar, yetersiz ekonomik koşullar olarak belirlenmiştir. Hukuki açıdan yaşanan sorunlar; psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin sosyal hakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmamaları sebebiyle hak ihlallerine uğrayabildikleridir. Tıbbi boyutta yaşanan sorunlar ise; ilaçların düzenli kullanılmamasının neden olduğu ataklar, sık ve tekrarlayan hastane yatışları, atakların erken uyarıcı belirtileri, hastalıkların gidişi ve seyri, öz bakımlarını yerine getirme konuları ile ilgili sorunlar belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitim ihtiyaçları, bakım verenlerden daha fazla olabilmektedir. Duran ve Eroğlu'nun (2016) ruhsal bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitim gereksinimleri puan ortalamaları bakım verenlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin eğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konular genel olarak; depresyon ve intihar düşünceleriyle baş etme, kişi hastalandığında ne olacağı,

hastalık hakkında hissedilenler, hastalığı algılama şekli, hastalığın belirtileri, sorun çözme yöntemleri, stresle baş etme, erken uyarıcı belirtiler ve boş zaman aktiviteleri olarak belirlenmiştir (Duran ve Eroğlu, 2016).

Türkiye’de bipolar bozukluk tanılı bireylerle yapılan çalışma sayısı yetersiz olmakla birlikte; “Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği” (RUSİHAK) tarafından yapılan bir projede ruhsal bozukluğu olan bireylerle ve ruh sağlığı çalışanlarıyla, sorunlar ve çözüm önerileri konuşulmuştur. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sorunları; hastane koşulları, genel sağlık hizmetleri, kurumlardaki meşguliyet olanakları, hasta-hekim ilişkileri, tedavi imkanları, hastalık hakkında bilgilenme, ilaç tedavisi, ilaçların yan etkileri, hastalığın seyri, terapi hizmeti alma ile ilgili sorunlar, iş bulma ve çalışma saatleri, damgalama, yasal haklar, barınma ile ilgili sorunlar, dernek, psikolojik danışma merkezleri gibi alternatif merkezler, maddi sorunlar, alkol-madde sorunları, öfkeli davranışlar olarak ifade edilmiştir (Dağdır ve Layıkel, 2008).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri konusunda yeterli çalışmaya ulaşamamış olmakla birlikte Hollanda’da yapılan bir çalışmada hemşireler manik dönemde olan hastaların sorunlarını saptamış ve hastaların en çok yaşadığı beş sorun belirlenmiştir. Bu sorunlar gece-gündüz ritminin bozulmasına dair endişe, hastalıkla ilgili içgörünün olmaması, sözel saldırı, artmış fiziksel aktivite, etrafa karşı aşırı müdahalelerde bulunma olarak sıralanmıştır. Diğer sorunlar ise ilaçlarla ilgili problemler, karmaşık davranışlar, aşırı tepki verme, her şeye tepki gösterme, dürtüsel alışverişler, ilişkilerdeki sorunlar, çok konuşma, uygunsuz davranışlar, fiziksel saldırı, uyku bozuklukları, şüphecilik ve bilgi eksikliği olarak sıralanmıştır (Daggenvoorde ve ark., 2015). Hollanda’da yapılan bir başka çalışmada ise Goossens ve arkadaşları, bipolar bozukluğu olan bireylerin karşılaştıkları sorunları, yapılan müdahaleleri ve bu bireylerin ayaktan tedavisinde halk sağlığı hemşirelerinin rollerini belirlemiştir. Hemşireler bipolar bozukluğu olan bireylerin en önemli beş sorununu; hastalığın kabul edilmemesi, toplumsal sorunlar, işle ilgili sorunlar, ilişki problemleri, değişken duygudurumu olarak sıralamışlardır. Diğer problemler ise; günlük faaliyetlerle ilgili sorunlar, hastalıkla bütünleşme, sosyal izolasyon, damgalama, belirsizlik, hastalık hakkında bilgi, ilaçlarla ilgili problemler, maddi sorunlar, düşük benlik saygısı, yaşam olayları, bağımlılık, uyku

problemleri, barınma sorunları, endişe, stres ve tedavi uyumsuzluğu olarak sıralanmıştır (Goossens ve ark., 2008). Stafford ve Colom (2013) hastaların yaklaşık olarak yarısının finansal yardımlar, çalışma ve konaklama hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmektedir (Stafford ve Colom, 2013).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ruh sağlığı sistemlerinde hasta ve bakım verenlerine daha iyi bakım verilebilmesi için eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesine dünya genelinde daha fazla önem verilmektedir (Kamlesh ve ark., 2010). Ülkemizde ise bu konuda yapılan çalışmaların psikiyatrik bozukluğa veya şizofrenik bozukluğa dair olduğu görülmüş olup (Kutlu ve ark., 1999; Gümüş 2006; Dağdır ve Layıkel, 2008; Sağlık Bakanlığı 2011; Yılmaz 2011; Sabancıogullari ve Tel, 2015; Bademli ve ark., 2016; Duran ve Eroğlu, 2016), bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerinin belirlendiği yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamamıştır.

Buradan özetle uygulanan psikoeğitimlerin bireysel ihtiyaçlara yönelik olmasının, hastaları desteklemek açısından önemli olduğu söylenebilir (Bademli ve ark., 2016). Bu nedenle hemşirelerin, bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerini belirleyerek psikoeğitim programlarını bu doğrultuda hazırlayıp uygulamalarının bipolar bozukluğu olan bireylerde önemli bir fark yaratacağına inanılmaktadır.

2.10. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Psikoeğitim Gereksinimleri

Sağlık çalışanlarının bakım verenlerin eğitim ihtiyaçları hakkındaki fikirleri ile bakım verenlerin eğitim ihtiyaçları birbirlerinden farklı olabileceğinden dolayı, psikoeğitimlerin içeriği oluşturulurken bakım verenlerin fikri alınmalı, eğitime en çok ihtiyaç duyulan konular belirlenmelidir (Gülseren 2002; Stengard 2003). Eğitimler, her bir bakım verenin ihtiyacını karşılayacak kadar esnek olmalı ve tüm katılımcılarla ilgili genel bilgi vermelidir (Stengard 2003).

Bakım verenler kimi zaman yeterli bilgi ve bakımı alamadıklarında, sağlık çalışanlarına karşı olumsuz bir tutum içinde olabilmekte, bu da tedaviden alınan yanıtın olumsuz yönde olmasına neden olabilmektedir. Bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ile yalnızca bakım verenlerin ruh sağlığı çalışanları hakkındaki olumsuz algılamaları iyileşmekle kalmayıp, aynı zamanda tedaviden

duyulan memnuniyet artmakta ve aile terapilerine aktif katılımları sağlanmaktadır (Ascher-Svanum ve ark., 1997).

Psikoeğitim ile ilgili yapılan çalışmaların daha çok psikiyatri hastaları ile veya şizofreni tanılı bireyler ve bakım verenleri ile yapıldığı görülmektedir (Lelliott ve ark., 2003; Gümüş 2006; Yılmaz 2011; Bademli ve ark., 2016; Coker ve ark., 2016; Duran ve Eroğlu, 2016). Lelliott ve arkadaşlarının ruhsal bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin ihtiyaçlarını saptadıkları çalışmada, kendi geliştirdikleri “Carers’ and Users’ Expectations of Services – Carer Version” (CUESC) soru formu kullanılmıştır. Bakım verenlerin hakkında en fazla bilgi almak istedikleri konular sırayla, sağlık personelleri hakkında bilgi, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi, bakım verenler için destek, yardım ve desteğin nasıl alınacağı, tedaviyi ve bakımı planlama, bakım verenlerin kendi sağlıklarıyla ilgili bilgi, bakım verdikleri bireyle olan ilişkiler, günlük yaşamları hakkında genel bilgiler, risk-emniyet, aile ve arkadaşlar, maddi sorunlar, damgalama ve ayrımcılık ve bakım seçimi olarak belirlenmiştir (Lelliott ve ark., 2003).

Bakım verenler tedavideki rollerini, kimden yardım isteyecekleri veya kiminle iletişime geçeceklerini kesin olarak bilemediklerinden dolayı belirsizlik içinde olabilmektedirler. Coker ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) bakım verenler de belirsizlik duygularından yakınmış olup; hastalık belirtileri, hastalığı önleme ve tedavi, özellikle de ilaçlar hakkında daha fazla bilgilenmek istediklerini, ayrıca hastalığın nedenleri, erken belirtileri, hastalığın üstesinden gelme ve prognozu hakkında da bilgi sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Bunların yanında, hastalığın nasıl yönetileceği ve aile üyelerinin doğru ilaç ve desteği aldığından nasıl emin olabilecekleri üzerinde de durulmasını istediklerini ifade etmişlerdir. (Coker ve ark., 2016).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenleri birçok zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu zorluklar sağlıkta veya sosyal ilişkilerde yaşanan sorunlarla ilgili olabilmektedir. Bu sorunlara karşı İngiltere’de ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin ihtiyaçlarının değerlendirilebilmesi için bazı yasal haklar tanınmıştır. Bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin en çok gereksinim duyduğu eğitim konularının kendi hayatlarının yönetimi, bakım seçimi, tedavi ve bakım planlamasında yer alma, bakım

verenlere destek, bakım verilen kişiyle ilişkiler, güvenlik, bakım verenin iyilik hali, hastalık ve hastalığın etkileri hakkında bilgi vb. konularını içermektedir (Lelliott ve ark., 2003).

Avustralya'da ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinin psikoeğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, ana konuların bilgi ve eğitim ihtiyaçları, bilgi ve desteğe ulaşmadaki engeller ve karşılanmamış diğer ihtiyaçlar olduğu saptanmıştır. Çalışmada, ailelere göre bakım hizmetinin karmaşık ve bazen de olumsuz olabildiği, ayrıca ailelerin ihtiyaçlarını karşılayamayan yapısal engellerin de mevcut olduğu vurgulanmıştır. Aileler, verilen psikoeğitimde iletişim ve baş etme becerileri gibi alanları oldukça yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir (Reid ve ark., 2005).

Ascher-Svanum ve arkadaşlarının (1997) Hindistan'da psikiyatrik bozukluğu olan hasta ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirledikleri çalışmada ailelerin çoğunun (%78), yakınlarının hastalık ve hastalıkla nasıl başa çıkılacağı konusunda bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin eğitime en çok gereksinim duydukları eğitim konularının, hastalığın seyri, ilaçlar ve yan etkileri, hastalarla birlikte krizi yönetme; en az tercih edilen konuların ise; alkol-madde kullanımı olduğu saptanmıştır (Ascher Svanum ve ark., 1997).

Ulusal ruh sağlığı eylem planında, 2011 yılında psikiyatrik bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar belirlenmiş olup sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi konularında yaşanan güçlükler sınıflandırılmıştır. Sosyal boyutta yaşanan sorunlara bakıldığında; hastaların bakım ihtiyaçlarının bakım verenlerine ekonomik ve sosyal açıdan yük getirdiği, bakım verdikleri kişilerle ilişkilerinde zorluklar yaşadıkları, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle bakım verenlerin zarar görme ihtimallerinin bulunduğu, boş zaman aktiviteleri için yeterli imkanlarının bulunmadığı ve bunun sonucunda yaşadıkları sosyal izolasyon, damgalanma sorunları ve tüm bu sorunlarla baş etmede güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Ekonomik boyutta belirlenen sorunlar; bakım veren kişinin, hastasının bakıma ihtiyacı olduğundan dolayı işinden ayrılmak zorunda kalması, eğitim hayatlarını tamamlamada yaşadıkları zorluklar nedeniyle meslek sahibi olamamaları, iş ve iş ortamından kaynaklanan sorunlar, yetersiz ekonomik koşullar olarak belirlenmiştir. Hukuki açıdan bakıldığında; bakım verenlerin sosyal hakları konusunda yeterli bilgi

sahibi olmamaları nedeniyle hak ihlallerine uğrayabildikleri belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

Sabancıoğulları ve Tel'in (2015) psikiyatrik bozukluk tanılı hastaların ailelerinin bilgi gereksinimi, bakımda yaşanan zorluklar ve başa çıkma stratejilerini belirlemek amacıyla 134 bakım verenle yaptıkları çalışmada; bakım verenlerin %79,1' inin kendi hastalarının hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu belirlenmiş, bakım verenlerin hastayla iletişimde, ilaç uyumunda, öfke yönetiminde, psikolojik ve sosyal konularda baş etme ile ilgili sorunları olduğu belirlenmiştir (Sabancıoğulları ve Tel, 2015).

Duran ve Eroğlu'nun (2016) ruhsal bozukluğu olan hastalar ve bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin eğitim gereksinimlerinin; ilaçlar ve yan etkileri, günlük yaşamı sürdürme becerileri, özbakım, stresle baş etme, iletişim, hastalıkla ilgili güncel gelişmeler, erken uyarıcı belirtiler ve tatil planı olarak belirlenmiştir (Duran ve Eroğlu, 2016).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin eğitim gereksinimleri ve sorunlarla başa çıkma yollarının belirlendiği bir başka çalışmada ise, bakım verenlerin eğitime en fazla "hasta kendini kötü hissetmeye başlayınca ne yapacağı hakkında bilgi verilmesi", "yapılacak açıklamaların anlaşılabilir olması" ve "hastanın evde kullanacağı ilaçlar ve saatleri hakkında bilgi verilmesi" konularında ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Kutlu ve ark., 1999).

Uygulanan psiko eğitimlerin bireysel ihtiyaçlara yönelik olması, bakım verenler için de önemlidir (Bademli ve ark., 2016). Bu nedenle psiko eğitimlerin, bakım verenlerin psiko eğitim gereksinimlerinin saptanarak verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

2.11. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Kaliteleri

Yaşam kalitesi için yapılmış birçok tanım olmakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşam kalitesi tanımına bakıldığında; "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını nasıl algıladıkları" olarak tanımlanır (Top ve ark., 2003). Öznel iyi olma, sosyal iyilik, mutluluk, işlevsellik, yaşam doyumu gibi kavramlar yaşam kalitesinin bileşenleridir (Akdeniz ve ark., 1999). Sağlık ve sağlık bakımı sadece hastalığın sıklığında meydana gelen değişimin değerlendirilmesi değil,

aynı zamanda iyilik hali ve yaşam kalitesindeki gelişmenin de bir göstergesidir. DSÖ yaşam kalitesini, amaçlar, beklentiler, standartlar ve endişeler gibi bileşenlerin, yaşanan kültür ve değerler sistemi bağlamında bireylerin hayatlarındaki yerinin bir algısı olarak tanımlar. Karmaşık bir şekilde yaşam kalitesi kişinin psikolojik ve fiziksel sağlığından, kişisel inançlarından ve sosyal ilişkilerinden etkilenen geniş bir kavramdır (World Health Organization 1998).

Kronik hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da toplumsal, mesleki ve ailesel işlevlerde bozukluklar görülmektedir. Bu işlevlerde meydana gelen düşüş, bireylerin sağlık kuruluşlarına olan başvurularının artmasına (Sanchez-Moreno ve ark., 2009) ve yaşam kalitelerinin önemli derecede düşüş yaşanmasına neden olmaktadır (Wyatt ve Henter, 1995; Lee ve ark., 2017). Bipolar bozukluğu olan bireylerin, ötimik dönemde olsalar bile yaşam kalitelerinde düşüş yaşandığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Michalak ve ark., 2005; Sierra ve ark., 2005; Zhang ve ark., 2006; Rojas ve ark., 2008; Alpman 2010). Sierra ve arkadaşlarının (2005) bipolar bozukluğu olan bireylerde yaptıkları çalışmada, kontrol grubuna kıyasla, bipolar bozukluk tanılı bireylerin ötimik dönemde olsalar da olmasalar da yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Sierra ve ark., 2005).

Yaşam kalitesinin düşük olmasının, bipolar bireylerde intihar girişimleri için risk oluşturabileceği; düşük yaşam kalitesi ve intihar davranışlarının da bipolar I bozukluğunun şiddetini artırabileceği belirtilmektedir (Abreu ve ark., 2012). Ayrıca düşük yaşam kalitesinin içselleştirilmiş damgalamayı artıracığı ve tedavi uyumunu zorlaştıracığı belirtilmektedir (Üstündağ ve Kesebir, 2013).

Bipolar bozuklukta eşlik eden anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar gibi eş tanıların varlığında; ataklar daha şiddetli geçebilmekte, hastalar endişe, gerginlik, kaygı gibi belirtileri daha çok yaşayabilmekte; bunun sonucunda da işlevselliklerinde ve yaşam kalitelerinde düşüş yaşanabilmektedir (Uluşahin ve Akdeniz, 2010; Aydemir 2016). Yaşam kalitesinde meydana gelen bu düşüş, aile ve genel sağlık sisteminde ciddi oranda yük olmaktadır (Sanchez-Moreno ve ark., 2009).

Michalak ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların çoğunluğunda bipolar bozukluğun yaşam kalitesi açısından özellikle eğitim, meslek, maddi konular, işlevsellik, sosyal ve yakın ilişkiler alanları üzerinde olumsuz etkiye neden olduğu

belirlenmiştir. Yaşam kalitesi açısından en önemli sorunların başında sosyal destek, sonrasında ise ruh sağlığının geldiği sonucuna ulaşılmıştır (Michalak ve ark., 2006). Yapılan diğer çalışmalarda bakım verenlerin, bipolar bozukluğun belirtileriyle başa çıkmada ve bakım yükü açısından en fazla zorlandıkları dönemlerin mani ve hipomani dönemleri olduğu, bipolar bozukluğu olan bireylerin ise depresif belirtilerin varlığında yaşam kalitelerinin bozulduğu belirlenmiştir (Alpman, 2010; Vergunst ve ark., 2013).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşadıkları sorunlardan biri de damgalamadır. Bipolar bozuklukta damgalama ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların %46 oranında içselleştirilmiş damgalama yaşadıkları, damgalama yaşayan hastaların da yaşam kalitelerinin de belirgin bir şekilde azaldığı bulunmuştur (Üstündağ ve Kesebir, 2013).

Bipolar bozukluklar, yüksek sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde, yeti yitiminin neden olduğu kayıp yaşam yılı ölçümünde en çok yük getiren hastalıklardan biri olarak görülmüştür. Ruhsal bir sorun olan bipolar bozuklukta yaşanan sorunlar; serebrovasküler veya iskemik kalp hastalıklarına göre yaşam kalitesini daha büyük oranda bozmakta ve daha büyük oranda işlevsellik kaybına yol açmaktadır (Alpman, 2010).

Tüm bu sorunlar göz önünde bulundurulduğunda yaşam kalitesindeki iyileşmenin sağlanması, bipolar bozukluğun temel hedeflerinden biri olmalıdır (Alpman, 2010). Bu nedenle bipolar bozukluğun tedavisinde, bozukluğun yol açtığı yaşam kalitesi ve işlevselliğin kötüye gitmesi gibi diğer sorunların çözülmesinde uygulanan çeşitli psikososyal girişimler bulunmaktadır. Literatürde bipolar bozuklukta ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bu psikososyal yaklaşımlar ve bu yaklaşımların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalar (Michalak ve ark., 2005; Javadpour ve ark., 2013; Yıldırım 2014; Gümüş ve ark., 2015; González-Ortega ve ark., 2016; Faridhosseini ve ark., 2017) mevcuttur. Bu çalışmalarda bipolar bozukluğu olan bireylere psikoeğitim uygulanmış ve bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Verilen psikoeğitimlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, psikoeğitimin bireysel uygulanması yerine genellikle gruplara uygulandığında yaşam kalitesi puan ortalamalarını artırdığı sonucuna

ulaşmıştır (Michalak ve ark., 2005; Colom ve Vieta, 2012). Michalak ve arkadaşlarının (2005) bipolar bireylerde uyguladıkları grup psikoeğitiminin, hem genel hasta memnuniyeti açısından hem de fiziksel işlevsellik seviyeleri ile ilişkili olarak, yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Michalak ve ark., 2005). Faridhosseini ve arkadaşlarının (2017) bipolar bozukluğu olan bireylere ilaç tedavisine ek olarak uyguladıkları grup psikoeğitiminde, bipolar bozukluk tanıılı bireylerin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmış ve tedavi uyumları artmıştır. Ayrıca psikoeğitim uygulanan bipolar bireylerin altı ay içinde geçirdikleri ataklar ve hastane yatışları azalmıştır (Faridhosseini ve ark., 2017). Bauer ve arkadaşlarının (2006) bipolar bozuklukta tekrarlayan atakların önlenmesi amacıyla uyguladıkları psikoeğitim programında, psikoeğitim verdikleri grupta mani dönemlerinin daha kısa sürdüğü, hastaların sosyal işlevselliklerinin daha iyi olduğu ve yaşam kalitesi ve tedavi memnuniyetlerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bauer ve ark., 2006).

Doğan ve Sabancıoğulları'nın (2003) lityum kullanan hastalarda uyguladıkları üç aylık bir psikoeğitim programında deney grubunda ilaç bilgisinde ve yaşam kalitesinde artış olurken; hastalığın belirtilerinde azalma olduğu saptanmıştır (Doğan ve Sabancıoğulları, 2003).

Görüldüğü gibi bipolar bozukluk, hastaların yaşam kalitelerini ciddi oranda bozmakta; uygulanan psikoeğitimler ise yaşam kalitesini yükselerek, erken belirti ve bulguları fark etmelerinde avantaj sağlamaktadır (Colom ve ark., 2003).

2.12. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Yaşam Kaliteleri

Bipolar bozukluk, büyük oranda morbidite ile ilişkili, sık tekrarlayan, ciddi bir duygudurum bozukluğudur (Müller-Oerlinghausen ve ark., 2002). Bozukluğun alevlenme ve düzelleme dönemleriyle giden bir döngüsünün olmasından dolayı bakım verenler fiziksel ve duygusal yönden etkilenmektedir. Bunlarla birlikte aile uyumları, iş yaşantıları, sosyal ilişkiler gibi birçok alanda da bozulmalar yaşanmaktadır. Tüm bunlar tedavi uyumu, işlevsellik, yaşam kalitesi gibi alanlarda bozulmalar yaşanmasına neden olmaktadır (Colom ve ark., 2003; Michalak ve ark., 2005; Alataş ve ark., 2007). Ayrıca bakım verenlerin yaşam kalitelerinde meydana gelen bozulma, sadece hastalık dönemlerini değil, hastalık dışı dönemleri de etkilemektedir (Michalak ve ark., 2005). Ancak bakım verenlerde yapılan çalışmaların çoğunlukla

bakım veren yükü, işlevsellik ve diğer değişkenleri üzerine olduğu görülmekle birlikte (Gümüş ve ark., 2015; Hancı ve ark., 2018), yaşam kalitelerinin psikoeğitim gereksinimleri ile ilişkisinin incelendiği çalışmaya ulaőlamamıőtır.

Psikoeğitim gibi psikososyal müdahaleler, psikiyatrik bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenleri açısından oldukça önemlidir. oban ve arkadaşlarının bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, bipolar bozukluk tanılı bireylerin ve bakım verenlerinin yaşam kalitelerinin birbirlerinden etkilendiği bulunmuştur. Ayrıca psikososyal yönden destek alan bakım verenlerin, destek almayanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (oban ve ark., 2013).

Görüldüğu gibi bipolar bozukluk nedeniyle bakım verenlerinin yaşam kaliteleri ciddi oranda bozulmakta; psikoeğitim uygulamalarıyla ise yaşam kalitesi yükselerek, erken belirti ve bulguların fark edilmesi sağlanmaktadır (Colom ve ark., 2003; Alataş ve ark., 2007). Sağlık alıőanları bakım verenlerin, yaşam kalitelerini rutin olarak değerlendirmeli ve buna yönelik girişimlerde bulunmalıdır (Ndikuno ve ark., 2016).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel türde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi'ne, Çanakkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi'ne başvuru yapan ve bipolar bozukluk tanısı konan bireyler ve bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenleri oluşturdu.

Araştırmanın örnelemi; 15.02.2017-31.06.2017 tarihleri arasında çalışmaya alınma kriterlerine uygun bipolar bozukluğu olan 149 birey ve bipolar bozukluğu olan bireylere bakım veren 120 bireyden oluşmaktadır. Çalışmaya alınma kriterleri bipolar bozukluğu olan bireyler için; ötimik dönemde olan, ayaktan izlenen, on sekiz yaş üstü, iletişim kurabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü, bilgilendirmiş onam verme yeterliliği olan, bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerdir. Bakım verenler için çalışmaya alınma kriterleri ise; on sekiz yaş üstü, iletişim kurabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü, ruhsal bozukluğu olmayan ve bipolar bozukluğu olan bireyin bakımından birinci derece sorumlu olan bireylerdir.

3.3.Etik

Araştırmanın uygulanabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan, Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır. Ayrıca Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 2011-KAEK-27/2017-E.12799 nolu proje ile ilgili 01/03/2017 tarih ve 04-07 sayılı toplantı kararı ile olur alınmıştır.

3.4.Veri Toplama

3.4.1. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından belirlenen birimlere başvuruda bulunan, örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun bipolar bozukluğu olan birey ve bakım verenlerinden toplanmıştır. Bipolar bozukluğu olan bireylere ve bakım verenlerine çalışmanın amacı anlatılmış olup, çalışmaya

katılmayı kabul edenlerden gönüllü onam formu alınarak anket formları uygulanmıştır. Anket formları, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Polikliniğe başvuran bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenleriyle psikiyatri polikliniğinde, TRSM'ye başvuranlar ile görüşme odasında, yatan hastaların bakım verenleriyle ziyaret saatinde görüşme odasında görüşülmüştür. Görüşme süresi her bir birey için ortalama yirmi beş dakika sürmüştür.

Veri toplama süresince, verilerin toplandığı merkezlere başvuruda bulunan bipolar bozukluğu olan bireylerin, bu merkezlere her zaman bakım verenleriyle gelmemesinden dolayı bakım verenlere ulaşılmakta güçlük çekilmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Bipolar Bozukluğu Olan Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bakım Verenleri Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Psikoeğitim Gereksinimlerini Değerlendirme Formu” ve “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF)” kullanılmıştır.

3.4.2.1. Bipolar Bozukluğu Olan Bireyleri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Gümüş 2006; Colom ve ark., 2009; Gümüş ve ark., 2015; Neogi ve ark., 2016). Bipolar bozukluğu olan bireyleri tanıtıcı bilgi formu, bireylerin cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler, yaşanan yer, eğitim düzeyi, mesleği, daha önceki çalışma durumu, gelir gider durumuna ait sorular içermektedir. Ayrıca ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalığın başlama yaşı, hastane yatışı, tıp dışı kişilere başvuru, dernek/grup üyeliği, eğitime katılma durumu, hemşireden eğitim alma durumu, mevsim değişimlerinde duygularda değişiklik olma durumu, intihar girişimi, fiziksel hastalık, sigara, alkol ve bağımlılık yapan madde kullanımı, son duygudurum tipi, bipolar bozukluğun tipi gibi hastalığa ilişkin bilgileri içeren 32 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2.2. Bakım Verenleri Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2)

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Gümüş 2006; Arguvanlı ve Taşçı, 2013). Bakım verenleri tanıtıcı bilgi formu bakım verenlerin cinsiyetleri, medeni durumları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, gelir düzeyleri, bakım verdikleri bireye yakınlık dereceleri, sosyal güvenceleri, en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi, yakınına tanı konmasıyla yaşamlarında değişiklik olma

durumu, zorluklarla baş etme düzeyleri, tıp dışı kişilere başvuruda bulunma, bipolar bozuklukla ilgili eğitim alma, bipolar bozuklukla ilgili hemşirelerden eğitim alma, dernek/grup üyeliği gibi bilgileri içeren 17 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2.3. Psikoeğitim Gereksinimlerini Değerlendirme Formu (Ek-3)

Bu form araştırmacı tarafından bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla ilgili literatür (Mueser ve ark., 1992; Gümüş, 2002; Drapalski ve ark., 2008; Yılmaz, 2011; Arguvanlı ve Taşçı, 2013; Sabancıoğulları ve Tel, 2015) doğrultusunda hazırlanmıştır. Form toplam 42 sorudan oluşmaktadır. Formda aşırı çöşku, mutluluk ve hayalperestlik ile baş etme, enerji sorunları ile baş etme, duygulardaki ani ve şiddetli değişiklikler ile baş etme, kötü sonuçlar doğurabilecek riskli davranışlar ile baş etme, iştah ve uyku problemleri ile baş etme, öfke, kavgacı ve geçimsiz davranışlar ile baş etme, gerçeğe uymayan düşünce ve inançlar ile baş etme, fikir uçuşmaları ile baş etme, endişe ve gerginlik ile baş etme, cinsel problemler ile baş etme, intihar düşünceleri ile baş etme, şiddetli mutsuzluk, umutsuzluk ve karamsarlık ile baş etme, dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü ile baş etme, etkinliklere ilgi ve istek kaybı ile baş etme ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Formda bulunan maddelerden bir kısmı ise bipolar bozukluğun gidiş ve seyri, nedenleri, uygulanan diğer tedavi yöntemleri, ilaç tedavileri, ilaç yan etkileri, belirtiler, erken uyarıcı belirtiler, bipolar bozukluğun tipleri, yasal haklar, günlük yaşamı sürdürme becerileri, düzenli ilaç kullanımı, boş zaman aktiviteleri ve sağlık hizmeti veren kurumlar ile ilgilidir. Ayrıca formda hastane yatışı ile ilgili sorunlar ile baş etme, sosyal ve ev yaşamına uyum sorunları ile baş etme, sigara, alkol veya bağımlılık yapan madde kullanma ile baş etme, iş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunlar ile baş etme, iş bulamama/çalışamamanın yarattığı sorunlar ile baş etme, problem çözme becerileri, özel grup/dernekler, iletişim becerileri, sosyal desteğin önemi, damgalayıcı tutum ve davranışlar ile baş etme gibi maddeler de bulunmaktadır.

Form 3'lü likert tipte hazırlanmıştır. "Bu konuda eğitime ihtiyacım var" seçeneğine 3, "kararsızım" seçeneğine 2, "bu konuda eğitime ihtiyacım yok" seçeneğine ise 1 puan verilmiştir. Değerlendirme, puan ortalaması 3'e yaklaştıkça psikoeğitim gereksiniminin fazla; 1'e yaklaştıkça psikoeğitim gereksiniminin düşük olduğu şeklinde yapılmıştır. Psikoeğitim gereksinimleri değerlendirme formu için

faktör analizi yapılmış; ancak bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin verdiği cevaplara göre faktör yapılarının düzenli oluşmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle formdan elde edilen puanların değerlendirilmesi tek bir faktör gibi düşünülerek yapılmıştır.

Psikoeğitim gereksinimlerini değerlendirme formunun cronbach alfa güvenilirlik katsayıları, bipolar bozukluğu olan bireyler için 0,968 olarak, bakım verenler için ise 0,964 olarak bulundu.

3.4.2.4.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF, yaşam kalitesini değerlendirmek üzere, WHOQOL-100'den geliştirilen 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL çalışması, dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapılabilmesi amaçlı (World Health Organization, 1998) 1992 yılında geliştirilmiş olup Türkiye ekibi bu çalışmaya 1995 yılında katılmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2007). Bir ulusal sorunun daha eklenmesi ile 27 soru olarak uygulanmaktadır (Eser ve ark., 1999).

WHOQOL-BREF'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Beşli likert tipte olan ölçek, 1=Hiç Memnun Değilim seçeneği ile 5=Çok Memnunum seçeneği arasında değişmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2007). Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel olmak üzere 4 alandan oluşmaktadır (World Health Organization, 1998; Eser ve ark., 1999). Bedensel alanda ağrı, ilaçlara bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, uyku ve dinlenme, gündelik işleri yapabilme ve çalışabilme gücü; ruhsal alanda olumlu ve olumsuz duygular, kişisel inançlar, öğrenme, bellek ve dikkati toplama, beden imgesi ve benlik saygısı ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Sosyal alanda diğer kişilerle olan ilişkiler, cinsel hayat, sosyal destek; çevre alanında ise fiziksel güvenlik ve emniyet, fiziksel çevre, maddi kaynaklar, yeni bilgi ve beceri edinme olanakları, boş zamanları değerlendirme, ev ortamı, sağlık hizmetlerine ulaşabilme, ulaşım ve sosyal baskı ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Ölçeğin toplam puanı olmamakla birlikte, her alan birbirinden bağımsız kendi alanında değerlendirilmektedir. Her alan maksimum 20 veya 100 üzerinden puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın artması, yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir (Eser ve ark., 1999; Aydemir ve Köroğlu, 2007). Bu

çalışmada WHOQOL-BREF'in puan ortalaması 0-20 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Bizim örneklemimizde bipolar bozukluğu olan bireyler için yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayıları; bedensel alan 0,790, ruhsal alan 0,804, sosyal alan 0,698, çevresel alan 0,786 olmak üzere yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır. Güvenilirlik katsayısı 0,698-0,968 arasında değişkenlik göstermektedir. Bakım verenler için ise; bedensel alan 0,773, ruhsal alan 0,730, sosyal alan 0,608, çevresel alan 0,787 olmak üzere yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu saptanmıştır. Güvenilirlik katsayısı 0,608-0,964 arasında değişkenlik göstermektedir.

3.5. Değişkenler

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmamızın bağımlı değişkenleri, psiko eğitim gereksinimlerini değerlendirme formundan elde edilen puan ve yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarıdır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmamızın bağımsız değişkenleri bipolar bozukluğu olan bireyler için sosyodemografik özellikler olarak; cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler, yaşanan yer, eğitim düzeyi, meslek, daha önceki çalışma durumu, gelir gider durumudur. Hastalıkla ilişkili özellikler olarak ise; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastane yatışı, tıp dışı kişilere başvuru, dernek/grup üyeliği, eğitime katılma durumu, hemşireden eğitim alma durumu, mevsim değişimlerinde duygulardaki değişiklik, fiziksel hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma, bağımlılık yapan madde kullanma, son duygudurum tipi, bipolar bozukluğun tipidir.

Çalışmamızın bağımsız değişkenleri bakım verenler için; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yakınlık derecesi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, yaşanan yerleşim birimi, yaşamında değişiklik olma durumu, zorluklarla baş etme düzeyi, tıp dışı başvuruda bulunma, bipolar bozuklukla ilgili eğitim alma, bipolar bozuklukla ilgili hemşirelerden eğitim alma ve dernek/grup üyeliği bulunma durumudur.

3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi, Çanakkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi'nde yapılmasından dolayı tüm bipolar bozukluğu olan birey ve bakım verenlere genellenememesi çalışmanın sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Araştırmanın başında, Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi, Çanakkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi'ne ayaktan izlenen bipolar bozukluk tanısı konmuş bireyler ve bakım verenlerin araştırma kapsamına alınması planlandı. Fakat gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmak istemeyen bireylerin olması nedeniyle evrenin tamamına ulaşılamadı. Bu nedenle araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler araştırmaya dahil edildi. Örneklem sayısının düşük olması çalışmamızı sınırlandıran bir diğer faktördür.

3.7.Verilerin Analiz Yöntemi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerden ve bakım verenlerden toplanan sosyodemografik özellikler, hastalık özellikleri ve hastalığın kendilerine etkileri ile ilgili özellikleri için tanımlayıcı istatistiklerden frekans, yüzde ve ortalama değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Likert tipi form kullanılan anketlerde, çoğu zaman veriler normal dağılmamaktadır. Psikoeğitim gereksinimlerini değerlendirme formunda, bipolar bozukluğu olan bireylerin değerleri normal dağılıma uymadığı için istatistik değerlendirmelerinde nonparametrik testler, yaşam kalitesi düzeyi normal dağılım gösterdiği için parametrik testler kullanılmıştır. Psikoeğitim gereksinimlerini değerlendirme formunda ve yaşam kalitesi ölçeğinde bakım verenlerin değerleri normal dağılım gösterdiği için istatistik değerlendirmelerinde parametrik testler kullanılmıştır.

4. BULGULAR

- 4.1. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri
- 4.2. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri
- 4.3. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre psikoeğitim gereksinimlerinin incelenmesi
- 4.4. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları
- 4.5. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam kalitelerinin incelenmesi
- 4.6. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiler
- 4.7. Bakım verenlerin sosyodemografik ve hastalığın kendilerine etkisi ile ilgili özellikleri
- 4.8. Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimleri
- 4.9. Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ve hastalığın kendilerine etkisine göre psikoeğitim gereksinimlerinin incelenmesi
- 4.10. Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları
- 4.11. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve hastalığın kendilerine etkisine göre yaşam kalitelerinin incelenmesi
- 4.12. Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiler

4.1. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

Tablo 4.1. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özellikleri (n=149)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	81	54,4
	Erkek	68	45,6
Medeni durum	Bekar	51	34,2
	Evli	81	54,4
	Boşanmış	14	9,4
	Eşini kaybetmiş	3	2,0
Çocuk sayısı	Yok	64	43,0
	1	45	30,2
	2	32	21,5
	3 ve üzeri	8	5,3
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız	19	12,8
	Ebeveyn	43	28,9
	Aile	77	51,7
	Diğer	10	6,6
Yaşanılan yer	Kendi evi	96	64,4
	Kira	44	29,5
	Diğer	9	6,1
Eğitim düzeyi	İlköğretim	48	32,2
	Ortaöğretim	62	41,6
	Lisans	39	26,2
Meslek	Çalışmıyor	75	50,3
	Çalışıyor	49	32,9
	Emekli	25	16,8
Daha önceki çalışma durumu	Evet	104	69,8
	Hayır	45	30,2
Gelir gider durumu	Yüksek	5	3,4
	Orta	103	69,1
	Düşük	41	27,5
Toplam		149	100,0

Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin yer aldığı Tablo 4.1 incelendiğinde; bipolar bozukluğu olan bireylerin %54,4'ünün kadın, %54,4'ünün evli, %57'sinin bir ve üzeri çocuğunun olduğu, %51,7'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı, %64,4'ünün kendi evinde yaşadığı, %41,6'sının eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu, %50,3'ünün çalışmadığı, %69,8'inin daha önce bir işte çalıştığı, %69,1'inin gelir gider durumunun orta olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalıkla ilişkili özellikleri (n=149)

Hastalıkla İlişkili Özellikler		n	%
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	80	53,7
	Var	69	46,3
Hastane yatışı	Evet	123	82,6
	Hayır	26	17,4
Tıp dışı kişilere başvuru	Evet	57	38,3
	Hayır	92	61,7
Dernek/grup üyeliği	Evet	6	4,0
	Hayır	143	96,0
Bipolar bozukluk ile ilgili herhangi bir eğitim alma	Evet	40	26,8
	Hayır	109	73,2
Bipolar bozukluk ile ilgili hemşirelerden eğitim alma	Evet	72	48,3
	Hayır	77	51,7
Mevsim değişimlerinde duygularda değişiklik	Evet	101	67,8
	Hayır	48	32,2
İntihar girişimi	Evet	44	29,5
	Hayır	105	70,5
Fiziksel hastalık	Var	40	26,8
	Yok	109	73,2
<i>Diyabet</i>	Evet	16	10,7
	Hayır	133	89,3
<i>Hipertansiyon</i>	Evet	14	9,4
	Hayır	135	90,6
<i>Tiroid</i>	Evet	11	7,4
	Hayır	138	92,6
<i>Kalp yetmezliği</i>	Evet	4	2,7
	Hayır	145	97,3
<i>Astım/KOAH</i>	Evet	4	2,7
	Hayır	145	97,3
Sigara kullanma	Evet	80	53,7
	Hayır	69	46,3
Alkol kullanma	Evet	37	24,8
	Hayır	112	75,2
Bağımlılık yapan madde kullanma	Evet	7	4,7
	Hayır	142	95,3
Son Duygu Durum Tipi (n=137)	Manik/hipomanik	67	48,9
	Majör depresif	29	21,2
	Karma	41	29,9
Bipolar Bozukluk Tipi (n=130)	Bipolar bozukluk I	65	50,0
	Bipolar bozukluk II	28	21,5
	Hızlı döngülü bozukluk	37	28,5
Toplam		149	100

Bipolar bozukluğu olan bireylerden hastalıkla ilişkili özelliklere cevap verenlere ait veriler Tablo 4.2’de incelenmiştir. Buna göre, bipolar bozukluğu olan bireylerin %46,3’ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, %82,6’sının hastane yatışının olduğu, %38,3’ünün tıp dışı kişilere başvurduğu, %96,0’ının dernek veya

gruplara üye olmadıkları, %73,2'sinin bipolar bozukluğu ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı görülürken, %51,7'sinin hemşirelerden de eğitim almadığı, %67,8'inin mevsim değişikliğinde duygularında değişiklik olduğu, %29,5'inin intihar girişimi gösterdiği, %26,8'inin fiziksel hastalığı olduğu, bu bireylerden %10,7'sinin diyabet, %9,4'ünün hipertansiyon, %7,4'ünün tiroid, %2,7'sinin kalp yetmezliği, %2,7'sinin astım/KOAH hastası olduğu saptandı. Bipolar bozukluğu olan bireylerin %53,7'sinin sigara kullandığı, %24,8'inin alkol kullandığı ve %4,7'sinin bağımlılık yapan madde kullandığı belirlendi. Son duygudurum tipine cevap verenlerin %48,9'unun manik/hipomanik, %29,9'unun karma ve %21,2'sinin majör depresif duygudurumda oldukları saptandı. Bipolar bozukluk tipine cevap verenlerin %50,0'ının bipolar bozukluk tip I tanılı, %28,5'inin hızlı döngülü bozukluk tanılı, %21,5'inin ise bipolar bozukluk tip II tanılı olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin ortalamaları (n=149)

Hastalıkla İlişkili Özellikler	n	Min.	Max.	Ortalama
Yaş	149	18	65	40,76±12,11
Sigortalı bir işte çalışma süresi (yıl)	52	1	32	13,96±10,39
Bipolar bozukluk tedavisi görme süresi (yıl)	149	1	45	11,29±9,83
Bipolar bozukluğun başlama yaşı	148	7	59	27,55±10,53
Bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış sayısı	126	1	15	3,32±2,62
Bipolar bozukluğun tekrar etme sayısı	136	0	20	4,76±3,38
İntihar girişimi sayısı	45	1	6	2,04±1,35
Manik dönem sayısı	44	1	10	1,93±1,59
Hipomanik dönem sayısı	17	1	8	1,82±1,74
Depresif dönem sayısı	43	1	9	2,47±1,84
Karma dönem sayısı	9	1	10	5,67±3,71

Bipolar bozukluğu olan bireylere ilişkin ortalama değerlerin verildiği Tablo 4.3'te analizler, bu sorulara cevap verenler üzerinden yapılmıştır. Buna göre, bireylerin yaş ortalamalarının 40,76±12,11, sigortalı bir işte çalışma yıllarının 13,96±10,39, bipolar bozukluk tedavisi alma süresi ortalamasının 11,29±9,83, bipolar bozukluğun başlama yaşının ortalamasının 27,55±10,53, hastane yatış sayısı ortalamasının 3,32±2,62, hastalığın tekrar etme sayısı ortalamasının 4,76±3,38, intihar girişimi sayısı ortalamasının 2,04±1,35, manik dönem nöbet sayısı

ortalamasının $1,93 \pm 1,59$, hipomanik dönem nöbet sayısı ortalamasının $1,82 \pm 1,74$, depresif dönem nöbet sayısı ortalamasının $2,47 \pm 1,84$, karma dönem nöbet sayısı ortalamasının $5,67 \pm 3,71$ olduğu belirlendi.



4.2.Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Gereksinimleri

Tablo 4.4. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim puanları

	N	X±Ss	Min-Max (Medyan)
1.Aşırı çöşku, mutluluk ve hayalperestlik ile baş etme	149	1,36±0,69	1-3 (1)
2.Enerji sorunları ile baş etme	149	2,48±0,82	1-3 (3)
3.Duygulardaki ani ve şiddetli değişiklikler ile baş etme	149	1,48±0,79	1-3 (1)
4.İstenmeyen, kötü sonuçlar doğurabilecek davranışlar ile baş etme (hızlı araç kullanma, hayat hakkında ani kararlar verme vb.)	149	1,40±0,72	1-3 (1)
5.İştah problemleri ile baş etme	149	2,41±0,87	1-3 (3)
6.Uyku problemleri ile baş etme	149	2,23±0,91	1-3 (3)
7.Öfke, kavgacı ve geçimsiz davranışlar ile baş etme	149	1,42±0,75	1-3 (1)
8.Gerçeğe uymayan düşünce ve inançlar ile baş etme	149	1,26±0,62	1-3 (1)
9.Fikir uçuşması, konudan konuya atlama ile baş etme	149	1,47±0,78	1-3 (1)
10.Endişe ve gerginlik ile baş etme	149	1,50±0,79	1-3 (1)
11.Cinsel problemler ile baş etme	149	2,03±0,88	1-3 (2)
12.İntihar düşünceleri ile baş etme	149	1,28±0,63	1-3 (1)
13.Şiddetli mutsuzluk, umutsuzluk ve karamsarlık ile baş etme	149	1,53±0,83	1-3 (1)
14.Dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü ile baş etme	149	1,53±0,83	1-3 (1)
15.Etkinliklere ilgi ve istek kaybı ile baş etme	149	1,47±0,76	1-3 (1)
16.Bipolar bozukluğun zaman içinde gidişi ve seyri	149	1,58±0,84	1-3 (1)
17.Bipolar bozukluğun nedenleri	149	1,58±0,86	1-3 (1)
18.Bipolar bozuklukta uygulanan ilaç tedavisi	149	1,60±0,87	1-3 (1)
19.Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri	149	1,56±0,85	1-3 (1)
20.Bipolar bozuklukta uygulanan diğer tedavi yöntemleri	149	1,54±0,85	1-3 (1)
21.Bipolar bozukluğun belirtileri	149	1,51±0,84	1-3 (1)
22.Bipolar bozuklukta ataklar öncesinde ortaya çıkan erken uyarıcı belirtiler	149	1,64±0,93	1-3 (1)
23.Bipolar bozukluğun tipleri	149	1,59±0,92	1-3 (1)
24.Bipolar bozukluğu olan hastaların yasal hakları	149	1,65±0,95	1-3 (1)
25.Düzenli ilaç kullanmayı öğrenme ve sürdürme	149	1,35±0,78	1-3 (1)
26.Başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşamı sürdürme becerileri	149	1,38±0,81	1-3 (1)
27.Sağlık hizmeti veren kurumlardan yararlanma	149	1,49±0,87	1-3 (1)
28.Boş zaman aktivitelerini planlama	149	1,42±0,72	1-3 (1)
29.Hastaneye yatma ile ilgili sorunlar ile baş etme	149	1,41±0,74	1-3 (1)
30.Sosyal yaşama uyum sorunları ile baş etme	149	1,52±0,80	1-3 (1)
31.Evdeki yaşama uyum sorunları ile baş etme	149	1,46±0,78	1-3 (1)
32.Alkol veya uyuşturucu kullanma ile baş etme	149	1,16±0,51	1-3 (1)
33.Aşırı sigara kullanma ile baş etme	149	1,31±0,67	1-3 (1)
34.İş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunlarla baş etme (vardiya usulü çalışma, uygun olmayan işte çalışma vb.)	149	1,21±0,55	1-3 (1)
35.İş bulamama / çalışmamanın yarattığı ekonomik, duygusal ve sosyal sorunlar ile baş etme (engelli kadrosunda işe girmek, iş ve işçi bulma kurumu)	149	1,24±0,60	1-3 (1)
36.Problem çözme becerileri	149	1,46±0,74	1-3(1)
37.Bipolar bozukluk ile ilgili özel grup ya da dernekler	149	1,44±0,77	1-3(1)

Tablo 4.4'ün devamı

	N	X±Ss	Min-Max (Medyan)
38. İletişim becerileri	149	1,47±0,78	1-3 (1)
39. Bipolar bozukluğu olan hastalar ve/veya yakınları için sosyal desteğin önemi	149	1,50±0,81	1-3 (1)
40. Toplumun damgalayıcı tutum ve davranışları ile baş etme	149	1,38±0,72	1-3 (1)
41. Aile üyelerinin birbirini damgalayıcı tutum ve davranışları ile baş etme	149	1,30±0,64	1-3 (1)
42. Kendi kendini damgalayıcı düşünceler ile baş etme	149	1,36±0,70	1-3 (1)

Bipolar bozukluğu olan bireylerin eğitime en fazla ihtiyaç duydukları konuların enerji sorunları ile baş etme ($X\pm Ss=2,48\pm 0,82$), iştah problemleri ile baş etme ($X\pm Ss=2,41\pm 0,87$), uyku problemleri ile baş etme ($X\pm Ss=2,23\pm 0,91$) ve cinsel problemler ile baş etme ($X\pm Ss=2,03\pm 0,88$) olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

4.3. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Psikoeğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi

Tablo 4.5. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre psikoeğitim gereksinim puanlarının incelenmesi (n=149)

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Medyan</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Test ve p değerleri</i>
Cinsiyet				
Kadın (81)	1,29	1	3	U=2751,500 p=0,992
Erkek (68)	1,29	1	3	
Medeni durum				
Bekar (51)	1,33	1	3	KW=5,575 p=0,134
Evli (81)	1,21	1	3	
Boşanmış (14)	1,55	1	3	
Eşini kaybetmiş (3)	1,21	1	3	
Birlikte yaşadığı kişiler				
Yalnız (19)	1,33	1	3	KW=4,445 p=0,217
Ebeveyn (43)	1,33	1	3	
Aile (77)	1,21	1	3	
Diğer (10)	1,20	1	3	
Yaşanılan yer				
Kendi evinde (96)	1,24	1	3	KW=2,716 p=0,257
Kirada (44)	1,33	1	3	
Diğer (9)	1,21	1	3	
Eğitim düzeyi				
İlköğretim (48)	1,21	1	3	KW=3,502 p=0,174
Ortaöğretim (62)	1,26	1	3	
Lisans (39)	1,43	1	3	
Daha önce bir işte çalışma durumu				
Evet (104)	1,29	1	3	U=2246,500 p=0,699
Hayır (45)	1,31	1	3	
Gelir-Gider durumu				
Yüksek (5)	1,19	1	3	KW=0,664 p=0,717
Orta (103)	1,29	1	3	
Düşük (41)	1,31	1	3	

*p<0,05

U: Mann-Whitney U testi

KW: Kruskal Wallis H testi

Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile psikoeğitim gereksinim düzeylerinin karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 4.5'te verilmiştir. Buna göre, bireylerin cinsiyete, medeni duruma, bakım aldıkları kişilere, yaşanılan yere, eğitim seviyelerine, daha önceki çalışma durumlarına ve gelir gider durumlarına göre psikoeğitim gereksinim düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı (p>0,05).

Tablo 4.6. Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özelliklerine göre psiko eğitim gereksinimlerinin incelenmesi (n=149)

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Medyan</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Test ve p değerleri</i>
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü				
Yok (80)	1,31	1	3	U=2628,000 p=0,615
Var (69)	1,24	1	3	
Hastane yatışı				
Evet (123)	1,29	1	3	U=1265,500 p=0,095
Hayır (26)	1,38	1	3	
Tıp dışı kişilere başvuru				
Evet (57)	1,29	1	3	U=2539,500 p=0,747
Hayır (92)	1,29	1	3	
Bipolar bozukluk hakkında eğitim alma				
Evet (40)	1,26	1	3	U=1888,500 p=0,211
Hayır (109)	1,29	1	3	
Bipolar bozukluk hakkında hemşirelerden eğitim alma				
Evet (72)	1,31	1	3	U=2344,000 p=0,104
Hayır (77)	1,21	1	3	
Mevsim değişimlerinde duygularda değişiklik olma durumu				
Evet (101)	1,31	1	3	U=1938,000 *p=0,048
Hayır (48)	1,24	1	3	
İntihar girişimi				
Evet (44)	1,35	1	3	U=1861,500 p=0,062
Hayır (105)	1,21	1	3	
Fiziksel hastalık durumu				
Var (40)	1,30	1	3	U=2078,500 p=0,663
Yok (109)	1,29	1	3	
Sigara kullanma durumu				
Evet (80)	1,31	1	3	U=2484,000 p=0,293
Hayır (69)	1,24	1	3	
Alkol kullanma durumu				
Evet (37)	1,31	1	3	U=2033,000 p=0,864
Hayır (112)	1,25	1	3	
Son duygu durum tipi				
Manik/hipomanik (67)	2,14	1	3	KW=4,904 p=0,086
Major depresif (29)	1,43	1	3	
Karma (41)	1,24	1	3	
Bipolar bozukluğun tipi				
Bipolar bozukluk I (65)	1,24	1	3	KW=1,299 p=0,522
Bipolar bozukluk II (28)	1,27	1	3	
Hızlı döngülü bozukluk (37)	1,21	1	3	

*p<0.05

U: Mann-Whitney U testi

KW: Kruskal Wallis H testi

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özellikleri ile psiko eğitim gereksinim düzeylerinin karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 4.6'da verilmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastaneye yatış durumu, tıp dışı kişilere başvuru, hastalıkla ilgili eğitime katılma, hemşireden eğitim alma, intihar girişimi, fiziksel hastalık, sigara ve alkol kullanma, son duygudurum

tipi ve bipolar bozukluk tipine göre psikoeğitim gereksinim düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin mevsim değişimlerinde duygularda değişiklik olma durumuna göre psikoeğitim gereksinim düzeyleri incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p=0,048$). Buna göre; mevsim değişikliğinde duygularında değişim yaşayan bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 4.7. Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile psikoeğitim gereksinimleri arasındaki ilişkiler

Hastalık Özellikleri	r	p
Yaş	-0,11	0,179
Sigortalı işte çalışma süresi (yıl)	-0,02	0,883
Bipolar bozukluk tedavisi görme süresi (yıl)	-0,05	0,521
Bipolar bozukluğun başlama yaşı	-0,07	0,343
Bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış sayısı	0,25**	0,005
Bipolar bozukluğun tekrar etme sayısı	0,07	0,402
İntihar girişimi sayısı	0,31*	0,038
Manik dönem sayısı	0,18	0,256
Hipomanik dönem sayısı	-0,07	0,779
Depresif dönem sayısı	0,20	0,206
Karma dönem sayısı	0,22	0,578

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 4.7'ye göre bipolar bozukluğu olan bireylerin yaş, sigortalı bir işte çalışma süresi, tedavi görme süresi, bipolar bozukluğun başlama yaşı, tekrar etme sayısı ve bipolar bozukluğun dönem sayıları ile psikoeğitim gereksinimleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış ($r= 0,25$, $p=0,005$) ve intihar girişimi sayıları ($r=0,31$, $p=0,038$) ile psikoeğitim gereksinim puan ortalaması arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Buna göre, bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış ve intihar girişimi sayıları arttıkça, hastaların psikoeğitim gereksinimleri de artmaktadır.

4.4. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 4.8. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları

Boyutlar	n	Ortalama	SS
Bedensel alan	149	13,77	2,98
Ruhsal alan	149	13,00	3,06
Sosyal alan	149	12,77	3,71
Çevre alanı	149	13,75	2,62

Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları Tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre, bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları bedensel alanda $13,77\pm 2,98$, ruhsal alanda $13,00\pm 3,06$, sosyal alanda $12,77\pm 3,71$, çevre alanında $13,75\pm 2,62$ olarak bulundu.

4.5. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Tablo 4.9. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının incelenmesi (n=149)

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Bedensel alan</i>	<i>Ruhsal alan</i>	<i>Sosyal alan</i>	<i>Çevre alanı</i>
Cinsiyet				
(1) Kadın(81)	13,53±2,79	12,82±3,10	12,46±3,66	13,66±2,74
(2) Erkek(68)	14,06±3,19	13,22±3,03	13,16±3,76	13,76±2,49
Test ve p değeri	t=-1,078	t=-0,779	t=-1,141	t=-0,224
	p=0,283	p=0,437	p=0,256	p=0,823
Medeni durum				
(1)Bekar (51)	14,33±3,06	13,39±3,38	13,49±3,57	14,34±2,20
(2)Evlili (81)	13,71±2,80	13,29±2,90	12,91±3,79	13,56±2,88
(3)Boşanmış (14)	13,02±2,90	11,62±1,73	10,38±2,04	12,86±1,59
(4)Eşini kaybetmiş (3)	9,52±3,67	8,44±1,68	8,44±4,29	10,83±3,25
Test ve p değeri	KW=6,395	KW=12,103	KW=11,983	KW=9,623
	p=0,094	p=0,007*	p=0,007*	p=0,022*
Bonferroni		1>3[¥], 2>3[¥]	1>3[¥], 2>3[¥]	1>3[¥], 1>4[¥]
Birlikte yaşanan kişiler				
Yalnız (19)	14,70±3,05	13,02±3,28	13,40±3,28	13,92±2,57
Ebeveyn (43)	13,74±3,23	12,84±3,10	12,59±3,87	13,79±2,29
Aile (77)	13,68±2,72	13,19±2,80	12,78±3,72	13,45±2,76
Diğer (10)	12,86±3,68	12,20±4,53	12,40±4,12	14,0±3,00
Test ve p değeri	KW=1,989	KW=1,114	KW=1,165	KW=4,669
	p=0,575	p=0,774	p=0,761	p=0,198
Yaşanılan yer				
Kendi evinde (96)	13,76±2,74	12,90±2,95	12,86±3,31	13,90±2,62
Kırada (44)	14,10±3,41	13,59±3,27	13,12±4,41	13,53±2,70
Diğer (9)	12,31±3,07	11,26±2,70	10,22±3,59	12,50±2,15
Test ve p değeri	KW=2,205	KW=4,493	KW=3,939	KW=2,528
	p=0,332	p=0,106	p=0,140	p=0,283
Eğitim düzeyi				
İlköğretim (48)	13,24±2,64	12,96±3,15	12,53±3,61	13,29±2,84
Ortaöğretim (62)	13,83±3,25	12,78±3,19	12,77±3,90	13,81±2,75
Lisans (39)	14,33±2,89	13,40±2,76	13,09±3,59	14,05±2,08
Test ve P değeri	F=1,476	F=0,490	F=0,248	F=0,981
	p=0,232	p=0,614	p=0,781	p=0,377
Daha önce çalışma durumu				
Evet (104)	13,80±2,99	12,92±3,13	12,79±3,78	13,91±2,25
Hayır (45)	13,70±3,00	13,20±2,91	12,74±3,59	13,22±3,31
Test ve p değeri	t=0,189	t=-0,518	t=0,081	t=1,279
	p=0,851	p=0,606	p=0,935	p=0,205
Gelir durumu				
(1)Yüksek (5)	14,17±3,53	13,07±5,64	13,87±2,60	15,80±3,19
(2)Orta (103)	14,00±3,05	13,15±3,07	13,00±3,70	13,97±2,62
(3)Düşük (41)	13,14±2,70	12,60±2,68	12,01±3,83	12,79±2,30
Test ve p değeri	KW=3,032	KW=2,503	KW=2,737	KW=9,187
	p=0,220	p=0,286	p=0,255	p=0,010*
Bonferroni				2>3[¥]

*p<0,05 U: Mann-Whitney U testi KW: Kruskal Wallis H testi t: Student t testi F: F test
[¥]: Bonferroni

Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 4.9’da verilmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarının cinsiyete, birlikte yaşadıkları kişilere, yaşanılan yere, eğitim düzeylerine, daha önceki çalışma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Bireylerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından ruhsal alanının istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p=0,007$). Bekarların ruhsal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının evli, boşanmış veya eşini kaybetmiş olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan bonferroni testine göre boşanmış olanların ruhsal alanda yaşam kalitesi puan ortalamaları, bekar ve evli olanlardan farklıdır. Medeni durumlarına göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından sosyal alanın istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p=0,007$). Bekarların sosyal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları; evli, boşanmış ve eşini kaybetmiş olanlara göre daha yüksektir. Bonferroni testine göre boşanmış olanların sosyal alandaki yaşam kalitesi puan ortalamaları, bekar ve evli olanlardan farklıdır. Bipolar bozukluğu olan bireylerin medeni duruma göre çevre alanının istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p=0,022$). Bekar olanların çevre alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamasının evli, boşanmış veya eşini kaybetmiş bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bonferroni testine göre, bekar olanların çevre alanındaki yaşam kalitesi puan ortalamaları, boşanmış ve eşini kaybetmiş bireylerden farklıdır. Bipolar bozukluğu olan bireylerin medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel alanın istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin gelir durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarından çevre alanında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,010$). Buna göre, gelir durumu “yüksek” olanların çevre alanı puan ortalamalarının, gelir durumu “orta” ve “düşük” olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bonferroni testine göre, gelir durumu “orta” olanların çevre alanı puan ortalamaları, gelir durumu “düşük” olandan farklıdır. Gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve sosyal alanların istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının incelenmesi (n=149)

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Bedensel alan</i>	<i>Ruhsal alan</i>	<i>Sosyal alan</i>	<i>Çevre alanı</i>
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü				
Yok (80)	13,76±2,92	12,78±3,03	12,43±3,76	13,47±2,43
Var (69)	13,79±3,06	13,27±3,10	13,18±3,65	13,98±2,82
Test ve p değeri	t=-0,064 p=0,949	t=-0,976 p=0,331	t=-1,224 p=0,223	t=-1,183 p=0,239
Hastaneye yatma durumu				
Evet (123)	13,59±2,94	12,87±3,15	12,67±3,77	13,64±2,70
Hayır (26)	14,62±3,06	13,62±2,56	13,28±3,47	14,02±2,26
Test ve p değeri	U=1350,000 p=0,212	U=1411,500 p=0,347	U=1524,000 p=0,705	U=1517,500 p=0,683
Tıp dışı kişilere başvuru				
Evet (57)	13,55±3,06	12,71±3,04	12,80±3,64	13,52±2,56
Hayır (92)	13,91±2,94	13,18±3,08	12,77±3,78	13,82±2,67
Test ve p değeri	t=-0,701 p=0,484	t=-0,906 p=0,366	t=0,043 p=0,966	t=-0,684 p=0,495
Bipolar bozukluk ile ilgili eğitime katılma durumu				
Evet (40)	14,10±2,24	13,50±2,30	12,80±2,68	13,86±2,45
Hayır (109)	13,65±3,21	12,82±3,29	12,77±4,04	13,64±2,69
Test ve p değeri	t=0,958 p=0,341	t=1,415 p=0,160	t=0,051 p=0,959	t=0,514 p=0,608
Bipolar bozukluk ile ilgili hemşireden eğitim alma durumu				
Evet (72)	14,10±2,74	13,10±2,99	13,13±3,59	13,80±2,49
Hayır (77)	13,46±3,18	12,91±3,14	12,45±3,82	13,62±2,76
Test ve p değeri	t=1,316 p=0,190	t=0,383 p=0,702	t=1,117 p=0,266	t=0,421 p=0,674
Mevsim değişikliğinde duygularda değişim olma durumu				
Evet (101)	13,73±2,71	12,73±2,82	12,66±3,29	13,71±2,13
Hayır (48)	13,86±3,51	13,57±3,48	13,03±4,50	13,69±3,47
Test ve p değeri	t=-0,240 p=0,811	t=-1,567 p=0,119	t=-0,505 p=0,615	t=0,047 p=0,963
İntihar girişimi				
Evet (44)	13,06±2,82	12,08±3,08	12,27±3,52	13,17±2,49
Hayır (105)	14,07±3,01	13,39±2,98	12,99±3,79	13,93±2,66
Test ve P değeri	t=-1,890 p=0,061	t=-2,431 p=0,016*	t=-1,077 p=0,283	t=-1,618 p=0,108
Fiziksel hastalık				
Var (40)	13,51±2,74	12,77±3,13	12,83±3,15	13,84±2,54
Yok (109)	13,87±3,07	13,09±3,05	12,76±3,91	13,66±2,67
Test ve p değeri	t=-0,638 p=0,525	t=-0,568 p=0,571	t=0,109 p=0,914	t=0,373 p=0,710
Sigara kullanma durumu				
Evet (80)	13,80±2,90	12,59±3,22	12,83±3,77	13,66±2,50
Hayır (69)	13,74±3,09	13,48±2,81	12,72±3,67	13,76±2,77
Test ve p değeri	t=0,124 p=0,902	t=-1,776 p=0,078	t=0,193 p=0,847	t=-0,242 p=0,809

Tablo 4.10'un devamı

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Bedensel alan</i>	<i>Ruhsal alan</i>	<i>Sosyal alan</i>	<i>Çevre alanı</i>
Alkol kullanma durumu				
Evet (37)	14,24±3,47	12,90±3,80	13,33±4,52	13,84±3,00
Hayır (112)	13,62±2,80	13,04±2,79	12,60±3,41	13,66±2,50
Test ve p değeri	t=1,102 p=0,272	t=-0,199 p=0,843	t=0,911 p=0,367	t=0,355 p=0,723
Son duygudurum tipi				
(1)Manik/hipomanik (67)	14,35±2,93	14,19±2,56	13,83±3,42	14,31±2,54
(2)Major depresif (29)	12,47±2,63	11,06±2,63	11,72±3,33	12,31±2,99
(3)Karma (41)	13,21±2,93	12,24±3,40	11,41±3,90	13,63±2,44
Test ve p değeri	F=4,854 p=0,009*	F=14,023 p=0,000*	F=7,170 p=0,001*	F=5,964 p=0,003*
Bonferroni	1>2^Y	1>2, 1>3^Y	1>2, 1>3^Y	1>2^Y
Bipolar bozukluk tipi				
(1)Bipolar bozukluk I (65)	14,31±2,74	13,87±2,57	13,62±3,18	14,05±2,54
(2)Bipolar bozukluk II (28)	12,73±3,16	12,07±3,32	12,19±4,16	12,82±3,28
(3)Hızlı döngülü bozukluk (37)	13,59±2,78	12,27±3,42	11,35±3,88	13,68±2,55
Test ve p değeri	F=3,103 p=0,048*	F=5,147 p=0,007*	F=4,965 p=0,008*	F=1,989 p=0,141
Bonferroni	1>2^Y	1>2, 1>3^Y	1>3^Y	
*p<0,05 U: Mann-Whitney U testi KW: Kruskal Wallis H testi t: Student t testi F: F test Y: Bonferroni				

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özellikleri ile yaşam kalitesi düzeylerine ait veriler Tablo 4.10'da verilmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarının, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastane yatışı, tıp dışı başvuru, hastalıkla ilgili eğitime katılma, hemşireden eğitim alma, mevsim değişikliğinde duygularda değişim, fiziksel hastalık, sigara kullanma, alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği saptandı (p>0,05).

Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar girişimlerine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel, sosyal ve çevre alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Ancak intihar girişimlerinin olup olmamasına göre ruhsal alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,016). Buna göre; intihar girişimi olmayan bireylerin, intihar girişimi olan bireylere göre ruhsal alan puan ortalamaları daha yüksektir.

Bireylerin son duygudurum tipine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,009). Buna göre, son duygudurum tipi manik/hipomanik olan bireylerin bedensel alanda yaşam kalitesi

puan ortalamaları, son duygudurum tipi majör depresif veya karma olanlara göre daha yüksektir. Bonferroni testine göre fark yaratan bireyler tespit edilmiş olup; son duygudurum tipi manik/hipomanik olanlar, majör depresif veya karma olanlardan farklıdır. Bireylerin son duygudurum tipine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından ruhsal alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,000$). Son duygudurum tipi manik/hipomanik olanların ruhsal alan puan ortalamasının, son duygudurum tipi majör depresif ve karma olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Son duygudurum tipi manik/hipomanik olan bireyler, majör depresif veya karma olanlardan farklıdır. Bireylerin son duygudurum tipine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,001$). Buna göre, son duygudurum tipi manik/hipomanik olanların sosyal alan puan ortalamaları, majör depresif veya karma olanlardan daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre son duygudurum tipi manik/hipomanik olan bireyler majör depresif veya karma tip olanlardan farklıdır. Bipolar bozukluğu olan bireylerin son duygudurum tipine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından çevre alanında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,003$). Buna göre, son duygudurum tipi manik/hipomanik olanların çevre alanı puan ortalamaları, majör depresif veya karma tip olanlara göre daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre son duygudurum tipi manik/hipomanik olan bireyler, majör depresif olanlardan farklıdır,

Bipolar bozukluğu olan bireylerin, bipolar bozukluk tipine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,048$). Tanısı bipolar bozukluk tip I olan bireylerin bedensel alan puan ortalamalarının, tanısı bipolar bozukluk tip II ve hızlı döngülü bozukluğa göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan Bonferroni testine göre; bipolar bozukluk tip I olan bireyler, bipolar bozukluk tip II olanlardan farklıdır. Bireylerin bipolar bozukluk tipine göre yaşam kalitesi alt boyutlarından ruhsal alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,007$). Tanısı bipolar bozukluk tip I olan bireylerin ruhsal alanı, tanısı bipolar bozukluk tip II ve hızlı döngülü bozukluğa göre daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre bipolar bozukluk tip I olan bireyler, bipolar bozukluk tip II ve hızlı döngülü bozukluk olanlardan farklıdır. Bireylerin bipolar bozukluk tipine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından sosyal alanın istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği tespit edildi ($p=0,008$). Tanısı bipolar

bozukluk tip I olan bireylerin, sosyal alan puan ortalamasının, tanısı bipolar bozukluk tip II ve hızlı döngülü bozukluğa göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan Bonferroni testine göre bipolar bozukluk tip I tanılı bireyler, hızlı döngülü bozukluk tanılı olanlardan farklıdır.

Tablo 4.11. Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ortalamaları ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

<i>Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puan Ortalamaları (n)</i>	<i>Bedensel alan</i>		<i>Ruhsal alan</i>		<i>Sosyal alan</i>		<i>Çevre alanı</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Yaş (149)	-0,040	0,629	0,075	0,365	-0,012	0,880	0,045	0,590
Sigortalı işte çalışma süresi (yıl) (52)	-0,041	0,775	0,004	0,980	0,026	0,853	0,075	0,595
Bipolar bozukluk tedavisi görme süresi (yıl) (149)	-0,056	0,497	-0,075	0,363	-0,072	0,386	-0,026	0,771
Bipolar bozukluğun başlama yaşı (148)	0,034	0,685	0,132	0,109	0,051	0,539	0,052	0,530
Bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış sayısı (126)	-0,233**	0,009	-0,080	0,38	-0,085	0,35	-0,193*	0,031
Bipolar bozukluğun tekrar etme sayısı (136)	-0,163	0,058	-0,058	0,500	-0,043	0,621	-0,009	0,919
İntihar girişimi sayısı (45)	-0,223	0,141	0,002	0,990	0,048	0,755	-0,016	0,919
Manik dönem sayısı (44)	-0,232	0,130	-0,056	0,718	-0,234	0,126	0,034	0,827
Hipomanik dönem sayısı (17)	0,146	0,577	0,305	0,234	0,414	0,098	0,204	0,432
Depresif dönem sayısı (43)	-0,355*	0,019	-0,330*	0,031	-0,215	0,167	-0,324*	0,034
Karma dönem sayısı (9)	-0,024	0,951	0,216	0,576	-0,256	0,506	0,226	0,558

*p<0,05

**p<0,01

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özellikleri ortalamaları ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiler Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Buna göre yaş, sigortalı bir işte çalışma süresi, bipolar bozukluk tedavisi görme süresi, bipolar bozukluğun başlama yaşı, bipolar bozukluğun tekrar etme sayısı, intihar girişimi sayısı, manik, hipomanik ve karma dönem sayıları ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05).

Bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile bedensel alan puan ortalaması (r=-0,233, p=0,009) ve çevre alanı puan ortalaması (r=-0,193, p=0,031) arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptandı. Buna göre hastane yatış sayısı arttıkça bedensel alan ve çevre alanı puan ortalaması azalmaktadır.

Depresif dönem sayısı ile bedensel alan ($r=-0,355$, $p=0,019$), ruhsal alan ($r=-0,330$, $p=0,031$) ve çevre alanı ($r=-0,324$, $p=0,034$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptandı. Buna göre; depresif dönem sayısı arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamaları bedensel, ruhsal ve çevre alanlarında azalmaktadır.

4.6. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Gereksinim Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.12. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri ($n=149$)

Değişkenler	Bedensel alan		Ruhsal alan		Sosyal alan		Çevre alanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması	-0,198*	0,016	-0,188*	0,021	-0,223**	0,006	-0,225**	0,006

* $p<0,05$

** $p<0,001$

Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki spearman korelasyon analizi Tablo 4.12’de verilmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi alt boyutu olan bedensel alan arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü çok zayıf ilişki saptandı ($r=-0,198$; $p<0,05$). Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile ruhsal alan arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü çok zayıf ilişki saptandı ($r=-0,188$; $p<0,05$). Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile sosyal alan arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü çok zayıf ilişki saptandı ($r=-0,223$; $p<0,001$). Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile çevre alanı ($r=-0,225$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü çok zayıf ilişki saptandı.

4.7.Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Hastalığın Kendilerine Etkisi ile İlgili Özellikleri

Tablo 4.13. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri (n=120)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	68	56,7
	Erkek	52	43,3
Medeni durum	Bekar	22	28,3
	Evli	86	71,7
	Boşanmış	6	5,0
	Eşini kaybetmiş	6	5,0
Yakınlık derecesi	Anne/baba	45	37,5
	Kızı/oğlu	18	15,0
	Eş	33	27,5
	Diğer	24	20,0
Eğitim düzeyi	İlköğretim	50	41,7
	Ortaöğretim	38	31,7
	Lisans	32	26,6
Çalışma durumu	Çalışıyor	39	32,5
	Çalışmıyor	81	67,5
Gelir-gider düzeyi	Yüksek	3	2,5
	Orta	95	79,2
	Düşük	22	18,3
Sosyal güvence durumu	Var	108	90,0
	Yok	12	10,0
En uzun yaşanan yerleşim birimi	Köy	25	20,9
	İlçe	43	35,8
	Şehir	52	43,3
Toplam		120	100,0

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ait verilerin yer aldığı Tablo 4.13 incelendiğinde; bireylerin %56,7'sinin kadın, %71,7'si evli, %37,5'ine bakım verenin anne/babası, %41,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %67,5'inin çalışmadığı, %79,2'sinin orta gelir seviyesinde olduğu, %90,0'ının sosyal güvencesinin olduğu, en uzun süre yaşanan yerleşim biriminin %43,3'ünün şehir olduğu saptandı.

Tablo 4.14. Bakım verenlerin hastalığın kendilerine etkisi ile ilgili özellikleri (n=120)

Hastalığın Kendilerine Etkisi		n	%
Yaşamında değişiklik olma durumu	Evet	86	71,7
	Hayır	34	28,3
Sosyal yaşamda kısıtlanma (n=86)	Evet	48	55,8
	Hayır	38	44,2
Üzüntü, çaresizlik, moral bozukluğu (n=86)	Evet	39	45,3
	Hayır	47	54,7
Karamsarlık, endişe, kaygı, huzursuzluk (n=86)	Evet	22	25,6
	Hayır	64	74,4
Aile içi huzursuzluk, uyumsuzluk, tartışma (n=86)	Evet	19	22,1
	Hayır	67	77,9
Maddi sıkıntı (n=86)	Evet	14	16,3
	Hayır	72	83,7
Yıpranma, yorulma (n=86)	Evet	13	15,1
	Hayır	73	84,9
Stres (n=86)	Evet	11	12,8
	Hayır	75	87,2
Uyku düzeninde bozulma (n=86)	Evet	8	9,3
	Hayır	78	90,7
İletişim problemleri (n=86)	Evet	7	8,1
	Hayır	79	91,9
Yaşam kalitesinde bozulma (n=86)	Evet	7	8,1
	Hayır	79	91,9
İş hayatında değişiklikler (n=86)	Evet	6	7,0
	Hayır	80	93,0
Mutsuzluk, umutsuzluk, depresyon (n=86)	Evet	6	7,0
	Hayır	80	93,0
Zorluklarla baş etme düzeyi	Çok iyi baş ediyorum	19	15,8
	İyi baş ediyorum	58	48,4
	Biraz baş ediyorum	37	30,8
	Hiç baş edemiyorum	6	5,0
Tıp dışı kişilere başvuru durumu	Evet	27	22,5
	Hayır	93	77,5
Bipolar bozuklukla ilgili hemşirelerden eğitim alma	Evet	50	41,7
	Hayır	70	58,3
Bipolar bozukluk ile ilgili eğitim alma	Evet	24	20,0
	Hayır	96	80,0
Dernek/grup üyeliği	Evet	1	0,8
	Hayır	119	99,2
Toplam		120	100,0

Bakım verenlerin bipolar bozukluğun özelliklerine ait verilerin yer aldığı Tablo 4.14 incelendiğinde; bakım verenlerin %71,7'sinin yakınına bipolar bozukluk tanısı konması ile yaşamında değişiklik olduğu saptandı. Yaşamında değişiklik olan bakım verenlerin %55,8'inin sosyal hayatının kısıtlandığı, %45,3'ünün üzüntü, çaresizlik, moral bozukluğu yaşadığı, %25,6'sının karamsarlık, endişe, kaygı, huzursuzluk

yaşadığı, %22,1'inin aile içi huzursuzluk, uyumsuzluk, tartışma yaşadığı, %16,3'ünün maddi sıkıntı yaşadığı, %15,1'inin yıprandığı, yorulduğu, %12,8'inin stres yaşadığı, %9,3'ünün uyku düzeninde bozulma olduğu, %8,1'inin iletişim problemleri yaşadığı, %8,1'inin yaşam kalitesinde bozulma yaşadığı, %7,0'ının iş hayatında değişiklikler olduğu, %7,0'ının mutsuzluk, umutsuzluk, depresyon yaşadığı belirlendi.

Bakım verenlerin %48,4'ünün zorluklarla "iyi" baş ettiği, %22,5'inin tıp dışı kişilere başvurduğu, %99,2'sinin dernek veya gruplara üye olmadığı, %80,0'ının bipolar bozukluk ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı görülürken, %58,3'ünün hemşirelerden de eğitim almadığı belirlendi.



4.8.Bakım Verenlerin Psikoeğitim Gereksinimleri

Tablo 4.15. Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim puanları

	N	X±Ss	Min-Max (Medyan)
1.Aşırı çöşku, mutluluk ve hayalperestlik ile baş etme	120	1,68±0,89	1-3 (1)
2.Enerji sorunları ile baş etme	120	2,10±0,92	1-3 (2)
3.Duygulardaki ani ve şiddetli değışiklikler ile baş etme	120	1,88±0,94	1-3 (1,5)
4.İstenmeyen, kötü sonuçlar doğurabilecek davranışlar ile baş etme (hızlı araç kullanma, hayat hakkında ani kararlar verme vb.)	120	1,71±0,88	1-3 (1)
5.İştah problemleri ile baş etme	120	1,92±0,96	1-3 (1,5)
6.Uyku problemleri ile baş etme	120	2,04±0,96	1-3 (2)
7.Öfke, kavgacı ve geçimsiz davranışlar ile baş etme	120	1,86±0,94	1-3 (1)
8.Gerçeğe uymayan düşünce ve inançlar ile baş etme	120	1,82±0,93	1-3 (1)
9.Fikir uçuşması, konudan konuya atlama ile baş etme	120	1,83±0,91	1-3 (1)
10.Endişe ve gerginlik ile baş etme	120	1,91±0,93	1-3 (2)
11.Cinsel problemler ile baş etme	120	1,68±0,86	1-3 (1)
12.İntihar düşünceleri ile baş etme	120	1,59±0,85	1-3 (1)
13.Şiddetli mutsuzluk, umutsuzluk ve karamsarlık ile baş etme	120	1,97±0,93	1-3 (2)
14.Dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü ile baş etme	120	2,01±0,94	1-3 (2)
15.Etkinliklere ilgi ve istek kaybı ile baş etme	120	1,78±0,88	1-3 (1)
16.Bipolar bozukluğun zaman içinde gidişi ve seyri	120	2,02±0,91	1-3 (2)
17.Bipolar bozukluğun nedenleri	120	2,20±0,93	1-3 (3)
18.Bipolar bozuklukta uygulanan ilaç tedavisi	120	2,00±0,96	1-3 (2)
19.Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri	120	2,12±0,94	1-3 (2,5)
20.Bipolar bozuklukta uygulanan diğer tedavi yöntemleri	120	2,20±0,93	1-3 (3)
21.Bipolar bozukluğun belirtileri	120	2,10±0,95	1-3 (2,5)
22.Bipolar bozuklukta ataklar öncesinde ortaya çıkan erken uyarıcı belirtiler	120	2,20±0,94	1-3 (3)
23.Bipolar bozukluğun tipleri	120	2,10±0,92	1-3 (2)
24.Bipolar bozukluğu olan hastaların yasal hakları	120	2,37±0,86	1-3 (3)
25.Düzenli ilaç kullanmayı öğrenme ve sürdürme	120	1,82±0,95	1-3 (1)
26.Başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşamı sürdürme becerileri	120	1,81±0,93	1-3 (1)
27.Sağlık hizmeti veren kurumlardan yararlanma	120	1,89±0,96	1-3 (1)
28.Boş zaman aktivitelerini planlama	120	1,83±0,94	1-3 (1)
29.Hastaneye yatma ile ilgili sorunlar ile baş etme	120	1,70±0,90	1-3 (1)
30.Sosyal yaşama uyum sorunları ile baş etme	120	1,81±0,92	1-3 (1)
31.Evdeki yaşama uyum sorunları ile baş etme	120	1,75±0,93	1-3 (1)
32.Alkol veya uyuşturucu kullanma ile baş etme	120	1,27±0,63	1-3 (1)
33.Aşırı sigara kullanma ile baş etme	120	1,52±0,82	1-3 (1)
34.İş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunlarla baş etme (vardiya usulü çalışma, uygun olmayan işte çalışma vb.)	120	1,42±0,77	1-3 (1)
35.İş bulamama / çalışmamamanın yarattığı ekonomik, duygusal ve sosyal sorunlar ile baş etme (engelli kadrosunda işe girmek, iş ve işçi bulma kurumu)	120	1,37±0,71	1-3 (1)
36.Problem çözme becerileri	120	1,68±0,90	1-3 (1)
37.Bipolar bozukluk ile ilgili özel grup ya da dernekler	120	1,81±0,96	1-3 (1)

Tablo 4.15'in devamı

	N	X±Ss	Min-Max (Medyan)
38. İletişim becerileri	120	1,81±0,94	1-3 (1)
39. Bipolar bozukluğu olan hastalar ve/veya yakınları için sosyal desteğin önemi	120	2,04±0,97	1-3 (2)
40. Toplumun damgalayıcı tutum ve davranışları ile baş etme	120	1,73±0,91	1-3 (1)
41. Aile üyelerinin birbirini damgalayıcı tutum ve davranışları ile baş etme	120	1,49±0,81	1-3 (1)
42. Kendi kendini damgalayıcı düşünceler ile baş etme	120	1,70±0,90	1-3 (1)

Tablo 4.15'e göre bakım verenlerin psikoeğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konuların; bipolar bozukluğun nedenleri ($X\pm Ss=2,20\pm 0,93$), bipolar bozuklukta uygulanan diğer tedavi yöntemleri ($X\pm Ss=2,20\pm 0,93$), bipolar bozuklukta ataklar öncesinde ortaya çıkan erken uyarıcı belirtiler ($X\pm Ss=2,20\pm 0,94$), bipolar bozukluğu olan bireylerin yasal hakları ($X\pm Ss=2,37\pm 0,86$), bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ($X\pm Ss=2,12\pm 0,94$) ve bipolar bozukluğun belirtileri ($X\pm Ss=2,10\pm 0,95$) olduğu belirlendi (Tablo 4.15).

4.9.Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Hastalığın Kendilerine Etkisine Göre Psikoeğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi

Tablo 4.16. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile psikoeğitim gereksinim puanlarının karşılaştırılması (n=120)

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Medyan/ Ortalama</i>	<i>Test ve p değerleri, Bonferroni</i>
Cinsiyet	Ortalama (Ss)	
Kadın (68)	1,95 (0,60)	t=2,366 p=0,020*
Erkek (52)	1,70 (0,51)	
Medeni durum	Medyan (Min-Max.)	
Bekar (22)	1,66 (1-3)	KW=2,124 p=0,547
Evli (86)	1,86 (1-3)	
Boşanmış (6)	2,11(1-3)	
Eşini kaybetmiş (6)	1,79(1-3)	
Yakınlık derecesi	Medyan (Min-Max.)	
Anne/Baba (45)	1,82(1-3)	KW=1,088 p=0,780
Kızı/Oğlu (18)	1,99(1-3)	
Eş (33)	1,79(1-3)	
Diğer (24)	1,71(1-3)	
Eğitim düzeyi	Ortalama (Ss)	
İlköğretim (50)	1,90(0,64)	F=0,445 p=0,642
Ortaöğretim (38)	1,78(0,55)	
Lisans (32)	1,84(0,49)	
Çalışma durumu	Ortalama (Ss)	
Çalışıyor (34)	1,77(0,51)	t=-1,670 p=0,098
Çalışmıyor (68)	1,91(0,59)	
Emekli (18)	1,74(0,49)	
Gelir-Gider durumu	Medyan (Min-Max.)	
Yüksek (3)	1,88(1-3)	KW=4,265 p=0,119
Orta (95)	1,73(1-3)	
Düşük (22)	2,10(1-3)	
Sosyal güvence	Medyan (Min-Max.)	
Var (108)	1,79(1-3)	U=619,500 p=0,803
Yok (12)	1,73(1-3)	
En uzun süre yaşanan yerleşim yeri	Ortalama (Ss)	
Köy (25)	1,81(0,54)	F=0,178 p=0,837
İlçe (43)	1,88(0,68)	
Şehir (52)	1,83(0,49)	

*p<0,05 U: Mann-Whitney U testi KW: Kruskal Wallis H testi t: student t testi F: F test
¥: Bonferroni

Bakım verenlerin özellikleri ile psikoeğitim gereksinim düzeyi ve alt boyutlarının karşılaştırılmasına ait veriler Tablo 4.16'da verilmiştir. Bakım

verenlerin cinsiyetlerine göre psiko eğitim gereksinim düzeyleri t testi ile incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,020$). Buna göre; kadınların erkeklere göre psiko eğitim gereksinimleri daha yüksektir. Bakım verenlerin medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, sosyal güvence, en uzun süre yaşanan yerleşim yerine göre psiko eğitim gereksinim düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Bakım verenlerin hastalığın kendilerine etkisine ilişkin özellikleri ile psiko eğitim gereksinim puanlarının karşılaştırılması (n=120)

<i>Değişkenler(n)</i>	<i>Medyan/ Ortalama</i>	<i>Test ve p değerleri, Bonferroni</i>
Yakına bipolar bozukluk tanısı koyulmasıyla yaşamında değişiklik olma	Ortalama (Ss)	
Evet (86)	1,95(0,59)	t=4,065
Hayır (34)	1,56(0,43)	p=0,000*
Zorluklarla baş etme düzeyi	Medyan (Min-Max.)	
(1) Çok iyi baş ediyorum (19)	1,24(1-3)	KW=7,851**
(2) İyi baş ediyorum (58)	1,80(1-3)	p=0,049*
(3) Biraz baş ediyorum (37)	1,97(1-3)	1<3[¥]
(4) Hiç baş edemiyorum (6)	2,10(1-3)	
Tıp dışı kişilere başvuru	Ortalama (Ss)	
Evet (27)	1,93(0,66)	t=0,873
Hayır (93)	1,82(0,55)	p=0,384
Bipolar bozukluk ile ilgili eğitime katılma	Ortalama (Ss)	
Evet (24)	1,88(0,56)	t=0,315
Hayır (86)	1,83(0,58)	p=0,753
Hemşirelerden eğitim alma	Ortalama (Ss)	
Evet (50)	1,78(0,56)	t=-1,068
Hayır (70)	1,89(0,58)	p=0,288

* $p<0,05$ U: Mann-Whitney U testi KW: Kruskal Wallis H testi t: student t testi F: F test
 ¥: Bonferroni

Tablo 4.17'ye göre bakım verenlerin psiko eğitim gereksinim düzeylerinin, yakınının bipolar bozukluk tanılı olmasının yaşamda değişikliğe neden olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan t testine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0,000$). Buna göre; yakınının bipolar bozukluk hastası olması ile yaşamında değişiklik olan bakım verenler, yaşamında değişiklik olmayanlara göre daha fazla psiko eğitime ihtiyaç duymaktadır.

Bakım verenlerin zorluklarla baş etme düzeylerine göre psiko eğitim gereksinim

düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği tespit edildi ($p=0,049$). Zorluklarla baş etme düzeyi sorusuna “biraz baş ediyorum” cevabı verenlerin psikoeğitim gereksinimlerinin “çok iyi baş ediyorum”, “iyi baş ediyorum” ve “hiç baş edemiyorum” cevabı verenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan Bonferroni testine göre, zorluklarla baş etme düzeyine “biraz baş ediyorum” cevabı verenler, “çok iyi baş ediyorum” cevabı verenlerden farklıdır ($1<3$).

Bakım verenlerin tıp dışı başvuru, bipolar bozuklukla ilgili eğitime katılma ve hemşirelerden eğitim alma durumlarına göre psikoeğitim gereksinim düzeylerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

4.10. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

Tablo 4.18. Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları

Boyutlar	n	Ortalama	SS
Bedensel alan	120	14,90	2,35
Ruhsal alan	120	14,29	2,08
Sosyal alan	120	13,93	2,75
Çevre alanı	120	13,89	2,00

Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları bedensel alanda $14,90\pm 2,35$, ruhsal alanda $14,29\pm 2,08$, sosyal alanda $13,93\pm 2,75$, çevre alanında $13,89\pm 2,00$ olarak bulundu (Tablo 4.18).

4.11.Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığın Kendilerine Etkisine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Tablo 4.19. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=120)

Değişkenler (n)	Bedensel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevre alanı
Cinsiyet				
Kadın (68)	14,74±2,32	13,99±1,89	14,01±2,53	13,74±2,02
Erkek (52)	15,11±2,40	14,69±2,27	13,82±3,05	14,10±1,99
Test ve p değeri	t=-0,854 p=0,395	t=-1,848 p=0,067	t=0,391 p=0,696	t=-0,958 p=0,340
Medeni durum				
Bekar (22)	15,48±2,57	14,03±2,26	13,88±2,69	14,25±1,59
Evlü (86)	14,78±2,29	14,44±2,04	14,22±2,58	13,85±2,12
Boşanmış (6)	14,48±3,06	12,67±2,23	10,89±3,09	13,00±1,52
Eşini kaybetmiş (6)	14,95±1,96	14,78±1,49	13,11±3,72	14,08±2,18
Test ve p değeri	KW=1,499 p=0,683	KW=4,895 p=0,180	KW=6,575 p=0,087	KW=2,126 p=0,547
Yakınlık derecesi				
(1)Anne/Baba (45)	14,84±2,17	14,02±2,19	13,27±2,65	13,82±1,94
(2)Kızı/Oğlu (18)	14,32±2,49	14,15±1,74	13,85±1,95	13,50±1,93
(3)Eş (33)	15,15±2,11	15,17±1,79	14,67±2,91	13,99±2,37
(4)Diğer (24)	15,10±2,90	13,69±2,22	14,22±3,10	14,21±1,66
Test ve p değeri	KW=2,045 p=0,563	KW=9,585 p=0,022* 3>4^y	KW=5,852 p=0,119	KW=1,907 p=0,592
Bonferroni				
Eğitim düzeyi				
(1)İlköğretim (50)	14,39±2,22	14,36±2,01	13,73±2,56	13,38±2,07
(2)Ortaöğretim (38)	15,26±2,64	14,16±2,24	14,28±2,72	14,14±2,09
(3)Lisans (32)	15,27±2,10	14,35±2,06	13,83±3,12	14,41±1,63
Test ve p değeri	F=2,062 p=0,132	F=0,118 p=0,889	F=0,451 p=0,638	F=3,096 p=0,049* 1<3^y
Bonferroni				
Çalışma durumu				
Çalışıyor (39)	15,19±2,07	15,04±2,04	14,67±2,63	14,38±2,09
Çalışmıyor (81)	14,76±2,48	13,93±2,02	13,58±2,76	13,66±1,93
Test ve P değeri	t=0,950 p=0,344	t=2,809 p=0,006*	t=2,051 p=0,042*	t=1,874 p=0,063
Gelir-Gider durumu				
(1)Yüksek (3)	17,52±0,87	16,67±1,15	18,22±2,04	17,50±2,18
(2)Orta (95)	15,07±2,34	14,32±2,15	14,02±2,63	14,09±1,83
(3)Düşük (22)	13,82±2,11	13,88±1,68	12,97±2,83	12,57±1,87
Test ve p değeri	KW=10,031 p=0,007*	KW=5,423 p=0,066	KW=8,757 p=0,013*	KW=17,924 p=0,000*
Bonferroni				
Sosyal güvence				
Var (108)	14,92±2,33	14,43±2,00	13,89±2,73	13,89±1,95
Yok (12)	14,71±2,68	13,11±2,50	14,33±3,07	13,92±2,55
Test ve p değeri	U=626,000 p=0,847	U=497,000 p=0,044*	U=630,000 p=0,873	U=583,000 p=0,568

Tablo 4.19' un devamı

Değişkenler (n)	Bedensel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevre alanı
Uzun süre yaşanan yerleşim birimi				
(1)Köy (25)	14,74±2,12	14,48±2,11	13,71±2,13	13,12±1,75
(2)İlçe (43)	14,55±2,55	14,05±2,20	13,52±2,93	14,78±2,16
(3)Şehir (52)	15,26±2,28	14,41±1,99	14,38±2,85	14,37±1,88
Test ve p değeri	F=1,152	F=0,480	F=1,274	F=3,520
Bonferroni	p=0,319	p=0,620	p=0,283	p=0,033* 1<3^Y

*p<0,05 U: Mann-Whitney U testi KW: Kruskal Wallis H testi t: Student t testi F: F test
Y: Bonferroni

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin incelendiği veriler Tablo 4.19'da verilmiştir. Bakım verenlerin cinsiyete, medeni duruma, hastalıkla ilgili eğitime katılma ve hemşireden eğitim alma durumlarına göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Bakım verenlerin bakım verdikleri bireye yakınlık derecesine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel, sosyal ve çevre alanlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı (p>0,05), ancak ruhsal alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,022). Bakım veren kişinin eş olması durumunda ruhsal alan puan ortalamasının, bakım verenin anne/baba, çocuk veya diğer kişiler olması durumlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Yapılan Bonferroni testine göre; yakınlık derecesinin eş olduğu durum, bakım verenin anne/baba, çocuk veya diğer kişiler olması durumundan farklıdır (3>4).

Bakım verenlerin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda anlamlı fark saptanmadığı (p>0,05), ancak çevre alanında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandığı belirlendi (p=0,049). Eğitim durumu lisans olan bakım verenlerin çevre alanı puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan Bonferroni testine göre; eğitim düzeyi lisans olan bakım verenler, eğitim düzeyi ilköğretim olanlardan farklıdır (3>1).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel ve çevre alanlarında anlamlı bir fark saptanmadığı (p>0,05) ancak ruhsal alan (p=0,006) ve sosyal alanlarda (p=0,042) istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi. Buna göre; çalışan bireylerin çalışmayanlara göre ruhsal ve

sosyal alanlarının daha iyi olduğu, bu alanlardaki yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin gelir gider durumlarına göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel alanın istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p=0,007$). Gelir seviyesi gider seviyesinden yüksek olan bakım verenlerin bedensel alan puan ortalaması; gelir seviyesi orta ve düşük olanlara göre daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre gelir gider durumu yüksek olan bakım verenler düşük olanlardan farklıdır ($1>3$). Sosyal alanın istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p=0,013$). Buna göre, gelir durumu yüksek olan bakım verenlerin sosyal alan puan ortalamaları, diğer bakım verenlere göre daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre, geliri yüksek olan bakım verenler düşük olanlardan farklıdır ($1>3$). Çevre alanının istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p=0,000$). Buna göre, gelir durumu yüksek olan bakım verenlerin çevre alanı puan ortalamaları diğer bakım verenlere göre daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre, geliri yüksek ve orta olan bakım verenler düşük olanlardan farklıdır ($2>3, 1>3$). Bakım verenlerin gelir gider durumuna göre ruhsal alanın anlamlı fark göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Bakım verenlerin sosyal güvence durumlarına göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel, sosyal ve çevre alanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği ($p>0,05$), ancak ruhsal alanın anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p=0,044$). Buna göre, sosyal güvencesi olan bakım verenlerin ruhsal alan puan ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin uzun süre yaşanılan yerleşim birimine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel, ruhsal ve sosyal alanların istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği ($p>0,05$), ancak çevre alanının anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p=0,033$). Uzun süre ilçede yaşayan bakım verenlerin çevre alanı puan ortalamaları, köy veya şehirde yaşayanlara göre daha yüksek bulundu. Yapılan Bonferroni testine göre, şehirde uzun süre yaşamış olan bakım verenler köyde yaşamış olanlardan farklıdır ($1<3$).

Tablo 4.20. Bakım verenlerin hastalığın kendilerine olan etkileri ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=120)

Değişkenler (n)	Bedensel alan	Ruhsal alan	Sosyal alan	Çevre alanı
Yakına bipolar bozukluk tanısı koyulmasıyla yaşamda değişiklik olma				
Evet (86)	14,70±2,28	14,02±2,01	13,49±2,62	13,59±1,85
Hayır (34)	15,41±2,50	15,00±2,13	15,06±2,80	14,66±2,19
Test ve p değeri	t=-1,507 p=0,135	t=-2,378 p=0,019*	t=-2,901 p=0,004*	t=-2,703 p=0,008*
Zorluklarla baş etme düzeyi				
(1)Çok iyi (19)	15,19±2,22	15,09±2,60	14,60±2,38	14,45±2,28
(2)İyi (58)	14,96±2,55	14,45±2,09	14,48±2,81	14,22±2,81
(3)Biraz (37)	14,76±2,02	13,80±1,68	13,19±2,45	13,43±1,79
(4)Hiç (6)	14,29±3,05	13,33±1,74	11,11±2,88	11,92±2,88
Test ve p değeri	KW=1,566 p=0,667	KW=7,145 p=0,067	KW=11,577 p=0,009*	KW=8,670 p=0,034*
Bonferroni			1>4[¥], 2>4[¥], 2>3[¥]	1>4[¥], 2>4[¥]
Tıp dışı kişilere başvuru				
Evet (27)	14,26±2,43	13,48±2,32	13,38±2,78	13,37±2,27
Hayır (93)	15,08±2,31	14,53±1,96	14,09±2,74	14,05±1,90
Test ve p değeri	t=-1,605 p=0,111	t=-2,347 p=0,021*	t=-1,182 p=0,240	t=-1,558 p=0,122
Bipolar bozukluğu ile ilgili eğitime katılma				
Evet (24)	14,64±1,85	14,22±1,93	13,17±3,20	14,02±2,04
Hayır (96)	14,96±2,47	14,31±2,13	14,13±2,61	13,86±2,00
Test ve p değeri	t=-0,597 p=0,552	t=-0,189 p=0,850	t=-1,533 p=0,128	t=0,341 p=0,734
Hemşirelerden eğitim alma				
Evet (50)	14,67±2,34	14,29±2,07	13,71±2,63	13,64±1,87
Hayır (70)	15,06±2,36	14,30±2,10	14,10±2,85	14,08±2,09
Test ve p değeri	t=-0,888 p=0,377	t=-0,005 p=0,996	t=-0,761 p=0,448	t=-1,184 p=0,239

*p<0,05 U: Mann-Whitney U testi KW: Kruskal Wallis H testi t: Student t testi F: F test
¥: Bonferroni

Tablo 4.20'ye göre bakım verenlerin, yakınının bipolar bozukluk tanılı olması nedeniyle yaşamlarında değişiklik olması durumuna göre, yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel alan ile istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05), ancak ruhsal alan (p=0,019), sosyal alan (p=0,004) ve çevre alanları (p=0,008) ile istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlendi. Buna göre; yaşamında değişiklik olmayan bakım verenlerin ruhsal, sosyal ve çevre alanı puan ortalamaları yaşamında değişiklik olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin zorluklarla baş etme düzeylerine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel ve ruhsal alanların anlamlı bir fark göstermediği (p>0,05),

ancak sosyal alanın anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p=0,009$). Zorluklarla baş etme düzeyi “çok iyi” olan bakım verenlerin sosyal alan puan ortalamalarının “iyi”, “biraz” ve “hiç” olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan Bonferroni testine göre; zorluklarla baş etme düzeyi “hiç” olanlar “çok iyi” ve “iyi” olanlardan ($1>4$), zorluklarla baş etme düzeyi “hiç” olanlar “iyi” olanlardan ($2>4$), zorluklarla baş etme düzeyi “biraz” olanlar “iyi” olanlardan ($2>3$) farklıdır. Çevre boyutunun istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p=0,034$). Zorluklarla baş etme düzeyi “çok iyi” olan bireylerin çevre alanı puan ortalamalarının; diğer bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan Bonferroni testine göre zorluklarla baş etme düzeyi “hiç” olan bireyler, “çok iyi” ve “iyi” olanlardan farklıdır ($1>4$, $2>4$).

Bakım verenlerin tıp dışı kişilere başvurma durumuna göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel, sosyal ve çevre alanlarında anlamlı fark göstermediği ($p>0,05$), ancak ruhsal alanda ($p=0,021$) istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği belirlendi. Buna göre; tıp dışı kişilere başvurmayan bakım verenlerin, başvuranlara göre ruhsal alan puan ortalamaları daha yüksektir.

4.12. Bakım Verenlerin Psikoeğitim Gereksinim Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.21. Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki korelasyon değerleri (n=120)

Değişkenler	Bedensel alan		Ruhsal alan		Sosyal alan		Çevre alanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması	-0,293*	0,001	-0,170	0,064	-0,281**	0,002	-0,325**	0,000

*p<0,05

**p<0,001

Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasındaki spearman korelasyon analizinin bulunduğu Tablo 4.21’de psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile bedensel alan arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü zayıf ilişki saptandı (r=-0,293; p<0,001). Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile sosyal alan arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü zayıf ilişki saptandı (r=-0,281; p<0,001). Psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması ile çevre alanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü zayıf ilişki bulunurken (r=-0,325; p<0,001); ruhsal alanda anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05).

5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin ve bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1 Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2 Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerine ilişkin bulguların tartışılması

5.3 Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre psikoeğitim gereksinimlerinin incelenmesine ilişkin bulguların tartışılması

5.4 Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

5.5 Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre yaşam kalitelerinin incelenmesine ilişkin bulguların tartışılması

5.6 Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinim düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiye dair bulguların tartışılması

5.7 Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin ve hastalığın kendilerine etkisine ilişkin bulguların tartışılması

5.8 Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimlerine ilişkin bulguların tartışılması

5.9 Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ve hastalığın kendilerine etkisine göre psikoeğitim gereksinimlerine ilişkin bulguların tartışılması

5.10 Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının tartışılması

5.11 Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ve hastalığın kendilerine etkisine göre yaşam kalitelerine ilişkin bulguların tartışılması

5.12 Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiye dair bulguların tartışılması

5.1.Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışmasına yer verildi.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1);

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin %54,4'ünün kadın, %54,4'ünün evli, %57'sinin çocuk sayısının bir ve üzeri olduğu, %51,7'sinin ailesiyle birlikte yaşadığı, %64,4'ünün kendi evinde yaşadığı, %41,6'sının eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu, %50,3'ünün çalışmadığı, %69,8'inin daha önce bir işte çalıştığı, %69,1'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlendi. Literatürde bipolar bozukluğu olan bireylerin çocuk sayılarının az olduğu belirtilmektedir (Gültekin ve ark., 2014).

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan her iki bireyden birinin (%51,7) ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin büyük oranda (%90) aileleriyle yaşadığı saptanmıştır (Erten ve ark., 2014). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Bipolar bozukluğu olan her iki bireyden birinin (%50,3) çalışmadığı belirlendi. Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında bipolar bozukluğu olan bireylerin büyük çoğunluğunun (%35,6) işinin olmadığı ve çalışamaz durumda olduğu belirlenmiştir (Akkaya ve ark., 2012). Literatür bu bulguyu desteklemektedir (Kelleci ve ark., 2011; Akkaya ve ark., 2012; Erten ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2015).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık ile ilişkili özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.2);

Çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin %46,3'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptandı. Erten ve arkadaşlarının (2014) bipolar bozukluk tanımlı bireylerde yaptıkları çalışmada, birinci derece yakınında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan hastaların oranı %61,8 olarak bulunmuştur (Erten ve ark., 2014). Bu bulgu literatür ile uyumludur (Akkaya ve ark., 2012; Erten ve ark., 2014; Yılmaz ve ark., 2015).

Çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin %38,3'ünün hastalıkla ilgili tıp dışı kişilere başvuruda bulunduğu belirlendi. Literatürde psikiyatrik bozukluğu olan

bireylerin tıp dışı yardım arama davranışında bulduklarını saptayan çalışmalar mevcuttur (Bahar ve ark., 2010; Leung ve ark., 2012; Mutlu ve ark., 2012; Yalvaç ve ark., 2015; Al Shammari ve ark., 2016; Urbanoski ve ark., 2017). Teksas'ta depresif belirtileri olan 516 bireyin yardım arama davranışlarının incelendiği çalışmada, bireylerin %5'inin herhangi bir ruhsal bozukluk durumunda, bir din adamından yardım almayı tercih ettiği belirlenmiştir (Leung ve ark., 2012). Ülkemizde ise, Bahar ve arkadaşlarının (2010) psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışları üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların %48'inin tıp dışı başvuruda bulunduğu saptanmıştır (Bahar ve ark., 2010).

EĞitim vermek hemşirenin rollerinden biridir (Mete, 2016). Hemşirenin eğitim verme rolü özellikle psikiyatri kliniklerinde daha da önemli bir hale gelmektedir. Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin %73,2'sinin bipolar bozuklukla ilgili herhangi bir eğitim almadığı, %51,7'sinin ise hemşirelerden de eğitim almadığı saptandı. Literatür incelendiğinde ruhsal bozukluğu olan bireylere hemşireler tarafından verilen eğitimler olmakla birlikte (Michalak ve ark., 2005; Harkın, 2011; Eker ve Harkın., 2012; Madigan ve ark., 2012; Gümüş ve ark., 2015; Wilson ve ark., 2017), bu oranın yeterli olmadığı düşünülmektedir. Hastalar, ruhsal bozukluklarıyla ilgili çoğu zaman yeterli bilgi sahibi olmamakta, (Duran ve Eroğlu, 2016), hastalıklarıyla ilgili hemşirelerden daha fazla bilgi almak istemekte, bilgi gereksinimlerinin karşılanması durumunda kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmektedirler (Wortans ve ark., 2006). Verilen psikoeğitimlerde hastaların hangi konularda eğitime daha çok ihtiyaçlarının olduğunun belirlenmediği ve eğitimcinin kendi planı doğrultusunda yapıldığı görülmektedir (Daştan ve Kılıç, 2014). Clarke ve arkadaşlarının (2016) hasta merkezli bakımın sağlanması için birinci basamak bakım hastalarının bilgi gereksinimleri, bilgi kaynakları ve bilgi almada karşılaştıkları engellerini belirledikleri literatür taramasında makalelerin %24'nde hastaların hemşirelerden bilgi aldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Clarke ve ark., 2016). İngiltere'de şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların bilgi gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada, çoğu hasta hastalıkla ilgili bir eğitim grubuna hiç katılmadığını belirtmiştir. şizofreni hastalarının % 75'inin, bipolar bozukluğu olanların % 91'inin ne bir psikoz seminerine ne de psikoeğitim grubuna katıldığı (% 93) saptanmıştır (Hallett ve ark., 2013). Psikiyatrik hastalık tanısı olan hastaların

taburculuk eğitimi alma durumlarının incelendiği bir çalışmada, hastaların ve bakım verenlerin %35,1'ine tanı ve hastalığın seyri ile ilgili bilgi verilmediği saptanmıştır. Eğitim alan hastaların ise bu bilgiyi, %93,9'unu doktordan, %6,1'ini ise hemşireden aldığı belirlenmiştir. Hastaların %51,1'inin taburculuk sonrası eğitim almadığı; eğitim alan hastaların ise aldıkları eğitimin %98,1'ini doktordan, %1,9'unu ise hemşireden aldığı belirlenmiştir (Duran ve Gürhan, 2012).

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin %67,8'inin mevsim değişimlerinde duygudurumlarında değişiklik olduğu saptandı. Dağdeviren ve arkadaşlarının (1998) bipolar bozuklukta mevsimsellik üzerine yaptığı çalışmada, hastaların %46,2'sinin mevsim değişimlerinde duygudurumda değişiklik yaşadıkları belirlenmiştir (Dağdeviren ve ark., 1998).

5.2. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri incelendiğinde (Tablo 4.4);

Bipolar bozuklukta, depresyon ve mani arasındaki geçişlerde meydana gelen duygudurum dalgalanmalarından dolayı, bu dönemlerde hastaların destek ihtiyaçları değişebilmektedir. Dolayısıyla literatür, bipolar bozukluk tanılı bireylere verilecek psikoeğitimlerin, bu ihtiyaçların dikkate alınarak verilmesi gerektiği görüşünü destekler (Gümüş, 2006; Yazıcı ve ark., 2010; Billsborough ve ark., 2014).

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitime en fazla gereksinim duyduğu konuların enerji, iştah, uyku ve cinsel problemler ile baş etme; en az gereksinim duydukları konuların ise aşırı çöşku, duygulardaki ani ve şiddetli değişiklikler, kötü sonuçlar doğurabilecek davranışlar, öfke ve geçimsiz davranışlar, gerçeğe uymayan düşünceler, fikir uçuşmaları ile baş etme gibi bipolar bozukluğun belirtilerine yönelik, ayrıca bipolar bozukluğun nedenleri, ilaçlar ve yan etkileri, diğer tedavi yöntemleri, erken uyarıcı belirtiler, yasal haklar, günlük yaşamı sürdürme, sağlık hizmeti veren kurumlar, boş zaman aktiviteleri, ev ve sosyal yaşama uyum sorunları, dernekler, iletişim becerileri ve damgalama gibi konularda olduğu belirlendi.

Literatürde bipolar bozukluğu olan bireylerin eğitime en çok ihtiyaç duydukları konular genel olarak hastalığın belirtileri, tedavisi, aile ilişkileri ve ilaç tedavisi

(Conell ve ark., 2016; Hajda ve ark., 2016), stresle baş etme, sorun çözme yöntemleri, erken uyarıcı belirtiler, boş zaman aktivitelerine dair konularda olduğu görülmektedir (Duran ve Eroğlu, 2016).

Conell ve arkadaşlarının (2016) 17 ülkede 1222 birey ile yaptıkları bir çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların online bilgi tarama davranışları belirlenmiş, buna göre hastaların hakkında en çok tarama yaptığı konuların hastalığın belirtileri, ilaçlar, hastalığın genel seyri, baş etme yöntemleri ve ilaçların yan etkileri olduğu belirlenmiştir (Conell ve ark., 2016). Bipolar bozukluğu olan bireylerin karşılanmamış ihtiyaçları üzerinde yapılan bir sistematik derlemede; hastaların gereksinimlerinin en fazla hastalığın belirtileri, tedavi yöntemleri, ilaçlar, ilaç yan etkileri, psikososyal müdahaleler, erken uyarıcı belirtiler, uyku problemleri ile baş etme, stresle baş etme yöntemleri, sağlık hizmeti veren kurumlara ulaşımında yaşanan güçlükler, toplum tarafından damgalama ve kendi kendini damgalamaya yönelik konularda olduğu belirtilmektedir (Hajda ve ark., 2016).

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylere yönelik eğitim programlarının geliştirilmesinde, ihtiyaçların tam olarak anlaşılması oldukça önemlidir (Chien ve ark., 2001). Ancak, psikoeğitim programlarının etkinliğini iyileştirmek amacıyla, bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerinin belirlendiği yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Morgan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hastaların manik dönemde en sık yaşadığı sorunların; artmış duygudurum, aşırı aktivite, fikir uçuşmaları ve uyku ihtiyacında azalma olduğu bulunmuştur. Depresif dönemlerde en sık yaşadıkları sorunların ise, anhedoni, intihar düşünceleri, enerji kaybı, konsantrasyonda güçlük, uyku problemleri, libidoda azalma ile disfori olduğu saptanmıştır (Morgan ve ark., 2005).

Charney ve arkadaşlarının (2003) bipolar bozukluk tanılı yaşlı bireylerin ihtiyaçları ile ilgili makalesinde bireylerin depresyonla ilişkili bilişsel bozukluk ve engellilik, yaşlı nüfusun karşılanmamış gereksinimleri, yaşlılarda intiharın önlenmesi, ileri yaşlardaki farklı depresyon alt tipleri ve geriatrik bipolar bozukluk konularında eğitimlere ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bireylerin damgalamaya maruz kaldıkları ve ekonomik yetersizlik, işlevsellikte bozulma nedenleriyle sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşadıkları belirtilmektedir (Charney ve ark., 2003).

Dautzenberg ve arkadaşlarının (2012) bipolar bozukluk tanılı yaşlı bireylerin ihtiyaçlarını saptadıkları çalışmada daha çok sosyal alanlarda olmak üzere ev becerileri, fiziksel sağlık, ilaçlar, arkadaşlık ilişkileri ve günlük yaşam aktiviteleri konularında sağlık ihtiyaçlarının olduğu bulunmuştur (Dautzenberg ve ark.,2016). Literatürde de belirtildiği gibi hastalara gereksinimleri olan konularda verilecek olan psikoeğitimin, tedavinin gidişatını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (Colom ve Vieta, 2012).

Bipolar bozukluk tanılı bireylere uygulanan psikoeğitimlerde içgörü kazanımının, daha erken yardım aramaya teşvik edeceğine ve hastalığı daha iyi tanımada etkili olacağına dair çalışmalar mevcuttur. Switsers ve arkadaşlarının (2018) bipolar bozukluk tanılı bireylerde yaptıkları çalışmada hastaların ilaç, mevcut destek imkanları, bozukluğunun seyri, uyku, beslenme, egzersizler hakkında bilgi ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (Switsers ve ark., 2018). Bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin ihtiyaçlarının belirlendiği bir başka çalışmada ise, bireylerin eğitim ihtiyaçları sırayla; depresyon tedavisi, tedaviye erişim, tedavi masrafları, tekrarları önleme, mani tedavisi ve hipomani tedavisi olarak saptanmıştır (Masand ve Tracy, 2014). Todd ve arkadaşlarının (2012) bipolar bozukluk tanılı hastaların sorunlarını belirledikleri çalışmada hastalar ruh halindeki değişiklikler, işlevsellik ve iletişim problemleri gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (Todd ve ark., 2012).

Hastalara verilecek psikoeğitimin, onların ihtiyaçları doğrultusunda olmasının, tedavi sürecine yarar sağlayacağı belirtilmektedir (Colom ve Vieta, 2012). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında ise; Daştan ve Kılıç'ın yapmış olduğu çalışmada, psikiyatri kliniğinde tedavi gören hastaların eğitim gereksinimleri saptanmış ve psikoeğitime gereksinim duyulan on önemli konu belirlenmiştir. Belirlenen konular sırayla; “öfke, şiddet, saldırgan davranışlar”, “uyku problemleri”, “konsantrasyonda güçlük”, “kendi kendine yardım kuruluşları”, “stresle baş etme”, “depresyon ve intihar düşünceleriyle baş etme”, “stres ve hastalık”, “hastalık hakkında bilgi”, “bakım verenin ölmesi durumunda ne olacağı” ve “hastalığın tekrarı ve erken uyarı işaretleri” şeklindedir (Daştan ve Kılıç, 2014).

Duran ve Eroğlu'nun (2016) ruhsal bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerde yaptığı çalışmada eğitime en fazla ihtiyaç duyulan konular; depresyon ve intihar

düşünceleriyle baş etme, stresle baş etme, hastalığın yaygınlığı ve kişi hastalandığında ne olacağı, hastalık hakkındaki hissedilenler, hastalığı algılama şekli, hastalığın belirtileri, sorun çözme yöntemleri, erken uyarıcı belirtileri, boş zaman aktiviteleri, psikiyatrik tanı nasıl koyulur?, tatilde karşılaşılabilecek durumlarla baş etme olarak belirlenmiştir. Hastaların eğitime en az ihtiyaç duydukları konular ise; hastanın istenmeyen davranışlarına getirilen sınırlamalar, uyku problemleri, gerçek olmayan düşünce ve inançlar, kliniğe yatış problemleri, kendi kendine yardım grupları, özel grup ya da dernekler, saldırgan davranışlar, sosyal destek, yasal haklar ve iletişim becerileri olarak sıralanmıştır (Duran ve Eroğlu, 2016). Araştırmanın bulguları literatür ile kısmen uyumludur.

5.3.Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Psiko eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre psiko eğitim gereksinimleri incelendiğinde (Tablo 4.5);

Çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin psiko eğitim gereksinimlerinin cinsiyete, medeni duruma, bakım aldıkları kişilere, yaşanan yere, eğitim seviyelerine, daha önceki çalışma durumlarına ve gelir gider durumlarına göre anlamlı fark göstermediği saptandı. Yapılan diğer çalışmalarda psikiyatrik bozukluk tanılı bireylerin psiko eğitim gereksinimlerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler, hastane yatış sayısı, aile yapısı, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu gibi değişkenlerine göre anlamlı fark göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Kutlu ve ark., 1999; Yılmaz ve ark., 2011; Çoban ve ark., 2013; Bademli ve ark., 2016; Duran ve ark., 2016; Arguvanlı). Literatür bu bulguyu desteklemektedir.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özelliklerine göre psiko eğitim gereksinimleri incelendiğinde (Tablo 4.6);

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerden hastane yatışı olmayanların psiko eğitim gereksinim puanlarının, hastane yatışı olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak bu fark anlamlı değildir. Bu sonucun hastanede yatan hastaların, sağlık personellerine ihtiyaçları doğrultusunda daha kolay ulaşabildiği;

hastane yatışı olmayaların ise daha fazla gereksinim içinde olabileceğinden kaynaklandığı düşünöldü.

Psikiyatrik bozukluğu olan bireylere verilecek olan psikoeğitimlerde, gereksinimlerin belirlenerek, psikoeğitimin bu gereksinimler doğrultusunda verilmesi psikoeğitimin en önemli amaçlarından biridir (Duran ve ark., 2016). Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerden hastalığı hakkında eğitim almayanların psikoeğitime daha çok gereksinim duyduğu belirlendi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Duran ve arkadaşlarının (2016) psikiyatri hastalarının eğitim gereksinimlerini belirledikleri bir çalışmada hastaların eğitim gereksinimlerinin bipolar bozukluk nedeni hastane yatış sayısı, hastalık hakkında bilgi alınan kişi/kişiler, hastalık hakkında bilgi alma durumu değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir (Duran ve ark 2016).

Mevsimselliğın bipolar bozuklukta önemli olduğu, mevsim değişimlerinde hastaların duygudurumlarında değişimler yaşandığı bilinmektedir (Akarsu ve ark., 2012; Dağdeviren ve ark., 1998). Bu çalışmada mevsim değişimlerinde duygularda değişiklik olma durumları ile psikoeğitim gereksinimleri arasında anlamlı fark bulundu. Buna göre mevsim değişikliğinde duygularında değişiklik yaşayan bipolar bozukluk tanılı bireylerin psikoeğitim gereksinimleri, yaşamayanlara göre daha fazladır. Literatürde bipolar bozukluk tanılı bireylerin mevsim geçişlerinde duygularda değişiklik olma durumunun psikoeğitim gereksinimi üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılammıştır.

Çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar girişimleri, fiziksel hastalıkları, sigara ve alkol kullanma durumları, son duygudurum tipi ve bipolar bozukluğun tipi ile psikoeğitim gereksinim puanları arasında anlamlı fark saptanmadı. Literatürde bipolar bozukluk tanılı bireylerin bu hastalık özellikleri ile psikoeğitim gereksinimlerinin ilişkisinin incelendiği çalışmaya ulaşılammadığı için bu bulgular tartışılammıştır. Bu nedenle çalışma amacımız doğrultusunda literatüre kaynak oluşturmuştur.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile psikoeğitim gereksinimleri arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.7);

Çalışmada yaş, sigortalı bir işte çalışma süresi, bipolar bozukluk tedavisi görme süresi, hastalığın başlama yaşı, hastalığın tekrar etme sayısı, bipolar bozukluğun

dönem sayıları ile psikoeğitim gereksinimleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile psikoeğitim gereksinim düzeyi puan ortalaması arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r= 0,25$, $p=0,005$). Buna göre, bipolar bozukluk nedeniyle hastaneye yatış sayısı arttıkça, hastaların psikoeğitim gereksinimleri de artmaktadır. Bu sonucun, hastanın tedavi uyumunun zayıf olması, tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması, intihar girişimi gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Tomita ve arkadaşlarının Güney Afrika'da şiddetli ruhsal bozukluk hastalarının (şizofreni ve bipolar bozukluk) karşılanmamış ihtiyaçları ile ilgili yaptıkları çalışmada, tekrarlayan hastane yatışı olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri, hastane yatışı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tomita ve ark., 2016). Literatür bu bulguyu desteklemektedir.

Bipolar bozukluk nedeniyle intihar girişimi sayıları ile psikoeğitim gereksinim puan ortalaması arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,31$, $p=0,038$). Buna göre, hastaların bipolar bozukluk nedeniyle intihar girişimi sayısı arttıkça, psikoeğitim gereksinimleri de artmaktadır. Bu sonucun, hastanın tedavi uyumunun zayıf olması ya da hiç olmaması, stresle baş etme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaması, sosyal iletişim becerilerinin zayıf olması, mevsimsellik gibi nedenlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın literatür taramasında benzer çalışmalara ulaşamadığı için, sonuçlar literatür ile karşılaştırılmamıştır.

5.4. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.8);

Bipolar bozukluğun hem bipolar bozukluk tanılı bireyler hem de bakım verenlerinde, yaşam kalitesi de dahil olmak üzere bir çok alanda olumsuz etkileri vardır. İşlevselliğin azalması, tekrarlayan hastane yatışları, tedavi uyumunun bozulması gibi bir çok faktörden dolayı bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Morselli ve ark., 2004). Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları bedensel alanda $13,77\pm 2,98$, ruhsal

alandaki 13,00±3,06, sosyal alanda 12,77±3,71, çevre alanında 13,75±2,62 olarak bulundu.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşam kalitelerinin belirlendiği bir çalışmada, yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları bedensel alanda 16,90±3,55, psikolojik alanda 15,00±2,44, sosyal alanda 08,54±2,08 ve çevre alanında 23,09±6,56 olarak bulunmuştur (Grover ve ark., 2011). Bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin WHOQOL-BREF kullanılarak yaşam kalitelerinin belirlendiği bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları bedensel alanda 20,4±3,8, ruhsal alanda 19,2±3,1, sosyal alanda 8,0±2,4 ve çevre alanında 26,6±4,5 olarak bulunmuştur (Çoban ve ark., 2013). Doğan ve Sabancıoğulları'nın (2003) lityum tedavisi alan 26 bipolar bozukluk tanılı bireyin yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmada, yaşam kalitesi alt boyutları bedensel alanda 21,28±3,95, ruhsal alanda 19,28±3,07, sosyal alanda 8,78±2,48, çevre alanında 26,42±4,41 olarak bulunmuştur (Doğan ve Sabancıoğulları, 2003). Bipolar bozuklukta yaşam kalitesinin incelendiği diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında, bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir.

5.5. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kaliteleri incelendiğinde (Tablo 4.9);

Bipolar bozukluğu olan bireylerin cinsiyet, birlikte yaşanılan kişiler, yaşanılan yer, eğitim düzeyi ve daha önceki çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarının istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturmadığı saptandı. Yapılan diğer çalışmalarda da cinsiyet (Rojas ve ark., 2008; Brissos ve ark., 2008), eğitim durumu (Bajor ve ark., 2013), gelir düzeyi, çalışma durumu (Kocakaya 2016), birlikte yaşanılan kişiler ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Canbaba, 2011). Bu sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından ruhsal alan, çevre alanı ve sosyal alan arasında anlamlı fark saptandı. Bu fark bekarlardan kaynaklanmaktadır. Buna göre bekarların yaşam kaliteleri ruhsal, sosyal, çevre

alanlarında; evli, boşanmış veya eşini kaybetmiş olanlara göre daha yüksektir. Bekarların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarının eğitim durumu, çocuk sahibi olmamaları, bakım aldıkları kişi, yaşanılan yer gibi faktörlerden etkilenmiş olabileceği düşünüldü. Literatür incelendiğinde bekarların yaşam kalitesi puan ortalamalarının evlilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çoban ve ark., 2013). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Literatürde belirtildiği gibi maddi açıdan yaşanan zorluklar, düşük işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Aydemir, 2016). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin gelir durumlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırıldığında, gelir düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin de azaldığı saptandı. Ancak gelir durumunun sadece yaşam kalitesinin çevre alanı ile anlamlı fark oluşturduğu saptandı ($p=0,010$). Buna göre, gelir durumu düşük olanların çevre alanındaki yaşam kaliteleri, gelir durumu yüksek ve orta olanlara göre daha düşüktür. Bu fark gelir durumu orta olan bireylerden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla gelir durumu orta olanlar, düşük olanlardan farklıdır. Canbaba'nın (2011) bipolar bozukluk tanılı hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini incelediği çalışmasında gelir durumu ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Canbaba, 2011). Bu bulgu literatür ile kısmen uyumludur.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin hastalık özelliklerine göre yaşam kaliteleri incelendiğinde (Tablo 4.10);

Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarının ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastane yatışı, tıp dışı kişilere başvurma, hastalıkla ilgili eğitime katılma, hemşireden eğitim alma, mevsim değişikliğinde duygularda değişim, fiziksel hastalık, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermediği saptandı ($p>0,05$). Literatürde bipolar bozukluğu olan bireylerde fiziksel hastalıkların yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir (Kocakaya 2016).

Bipolar bozukluğu olan bireylerden hastane yatışı olanların yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları tüm alanlarda hastane yatışı olanlara göre daha düşük bulundu. Ancak bu fark anlamlı değildi. Literatürde bipolar bozukluğu olan bireylerde hastane yatışının yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir (Kocakaya 2016).

Hastalara verilen eğitimlerin yaşam kalitesi, işlevsellik ve tedavi uyumunu artırdığı bilinmektedir (Faridhosseini ve ark., 2017). Bu çalışmada da bipolar bozukluk ile ilgili herhangi bir yerden veya hemşireden bipolar bozukluk ile ilgili eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesinin anlamlı fark göstermediği bulundu. Literatürde eğitim almanın yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir (Özer ve ark., 2004).

Artmış bunalıtlı sıkıntı hislerinden dolayı intihar girişimi, bipolar bozuklukta sık görülen bir sorundur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Sosyal destek, bir grubun parçası olma, değer görme, sevme-sevilme gibi temel ihtiyaçlar, yaşam kalitesiyle yakından ilişkilidir (Studard ve ark., 2016). Bipolar bozuklukta bireylerin bu alanlarda yaşadığı eksikliklerden dolayı yaşam kalitelerinin azaldığı ve bunun sonucunda intihar girişiminde bulunabildikleri belirtilmektedir (Abreu ve ark., 2012; Studard ve ark., 2016). Bu çalışmada, bipolar bozukluğu olan bireylerden intihar girişiminde bulunanların, bulunmayanlara göre ruhsal alanda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. Bu sonucun, bireylerin yaşadığı sosyal destek eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda daha önce intihar girişiminde bulunan bipolar bozukluğu olan bireylerin, intihar girişiminde bulunmayanlara göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Abreu ve ark., 2012; Kim ve ark., 2013). Bu bulgu literatüre paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerden sigara ve alkol kullananların, kullanmayanlara göre yaşam kaliteleri ruhsal alanda düşük bulundu. Ancak bu fark anlamlı değildi. Rojas ve arkadaşlarının bipolar bozukluğu olan bireylerde yaptığı çalışmada sigara kullananların, kullanmayanlara göre yaşam kalitesi ruhsal alan alt boyut puanı daha düşük bulunmuş olup alkol kullanımı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır (Rojas ve ark., 2008). Sigara kullanımının yaşam kalitesini etkilemediğine yönelik çalışma bulgusu da mevcuttur (Kocakaya 2016). Amerika'da yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğa sahip bireylerde alkol gibi zararlı içecek tüketimi ile yaşam kalitesi alt boyutu olan ruhsal alanda anlamlı fark bulunmazken; bedensel alanda puan daha düşük bulunmuştur (Bajor ve ark., 2013).

Toplum geneli ile karşılaştırıldığında, bipolar bozuklukta yaşam kalitesi ve genel işlevsellikte bozulmalar yaşanmakta, ruhsal ve sosyal alanlar etkilenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Çalışmada son duyudurum tipi

manik/hipomanik olan hastaların yaşam kalitesinin tüm alanlarındaki puan ortalaması, majör depresif veya karma olanlara göre daha yüksek bulundu. Alpman'ın çalışmasında, son duygudurum tipi manik/hipomanik ve karma olan hastalarda yaşam kalitesi, son duygudurum tipi depresyon olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Alpman, 2010). Yapılan diğer çalışmalarda depresyon döneminde olan hastaların yaşam kalitesinin, mani/hipomani döneminde olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Bajor ve ark., 2012; Aydemir ve ark., 2003; Vojta ve ark., 2001; Özdemir ve Doğan, 2015; Aydemir, 2016). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Çalışmada bipolar bozukluk-I tanılı olan bireylerin, bipolar bozukluk-II ve hızlı döngülü bozukluğu olan bireylere göre yaşam kalitesinin tüm alanlarda daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde yaşam kalitesinin bipolar bozukluğun tipinden etkilenebileceği belirtilmekle birlikte (Rojas ve ark., 2008), yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk-I tanılı bireylerin yaşam kalitesinin bipolar bozukluğun diğer tiplerine göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Özdemir ve Doğan, 2015). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada ise bipolar bozukluk-II'de yaşam kalitesindeki bozulmanın daha fazla olduğu belirtilmiştir (Gazalle ve ark., 2007).

Bipolar bozukluğu olan bireylerin bazı sosyodemografik ve hastalık özellikleri ortalamaları ile yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde (Tablo 4.11);

Bu çalışmada yaş, bipolar bozukluk tedavisi görme süresi, bipolar bozukluğun başlama yaşı, hastalığın tekrar etme sayısı, intihar girişimi sayısı, manik/hipomanik ve karma dönem sayıları ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Ancak bipolar bozukluk nedenli hastane yatışı sayısı, depresif dönem sayısı ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulundu. Buna göre; bipolar bozukluk nedenli hastane yatışı sayısı daha az olan hastaların yaşam kaliteleri sadece bedensel ve çevresel alanda daha yüksektir. Kocakaya'nın (2016) bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirdiği bir çalışmada yaş, hastalık süresi, hastane yatış sayısı ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Kocakaya 2016). Rojas ve arkadaşlarının (2008) bipolar bozukluk tanılı hastalarla yaptığı çalışmada hastane yatış sayısı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Rojas ve ark., 2008). Özer ve arkadaşlarının (2001), bipolar bozukluk tanılı bireylerin, Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi (Q-LESQ) uygulayarak yaşam kalitelerini değerlendirdikleri

çalışmada; yaş, manik ve depresif dönem sayısı, hastaneye başvurma sayısı, hastaneye ilk başvurma yaşı gibi değişkenler ile Q-LESQ arasında anlamlı ilişkili bulunmamıştır (Özer ve ark., 2001).

Bilindiği gibi majör depresif bozuklukta, yaşam kalitesinin tüm alanlarında bozulmalar yaşanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Bu çalışmada da bipolar bozukluk tanılı bireylerin depresif dönem sayısı arttıkça; bedensel, ruhsal ve çevre alanlarda yaşam kalitelerinin bozulduğu saptandı. Yatham ve arkadaşlarının (2004) WHOQOL-SF 36 kullanarak bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada, depresif dönemde hastaların yaşam kalitesinde belirgin şekilde bozulmalar yaşandığı saptanmıştır (Yatham ve ark., 2004). Aydemir ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, majör depresif bozukluğu olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Aydemir ve ark., 2003). Literatürde majör depresyonun yaşam kalitesini tüm alanlarda etkilediği belirtilmektedir (Gazalle ve ark., 2007; Grover ve ark., 2011; Bajor ve ark., 2013; Aydemir, 2016). Bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir.

5.6. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Psikoeğitim Gereksinim Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimleri ile yaşam kaliteleri arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde (Tablo 4.12);

Hasta eğitimi, hastalığın seyrini ve hastalığa uyumu geliştirmeye yardımcı olmasının yanı sıra yaşam kalitesini de desteklemektedir (Mueser ve ark., 1992, Doğan ve Sabancıoğulları, 2003; Öztürk ve ark., 2011). Bu doğrultuda psikoeğitim uygulanırken, hastaların gereksinimlerin saptanarak, onların ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi son derece önemlidir (Gümüş, 2006; Bademli ve ark., 2016). Literatürde de psikoeğitimlerin hastaların ihtiyaç duyduğu konularda verilmesinin tedaviyi ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Colom ve Vieta, 2012).

Bu çalışmada yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile psikoeğitim gereksinim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulundu. Buna göre bipolar bozukluk tanılı bireylerin psikoeğitim gereksinimleri arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu sonucun bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları için hastalıklarını tanımamaları, hastalık

hakkında herhangi bir eğitime katılmamaları/katılamamaları, hastalık ile ilgili dernek veya gruplara üye olmadıkları dolayısıyla bilgi alıp paylaşımında bulunamamaları, hastalık sebebiyle sosyal ilişkilerinin kısıtlanması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerinin belirlenerek yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak Amsterdam'da Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) ölçeği kullanılarak bipolar bozukluğu olan yaşlı bireylerin karşılanmamış gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada, yaşam kalitesi ve karşılanmamış gereksinimler arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre hastaların karşılanmamış gereksinimleri arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır (Dautzenberg ve ark., 2016).

5.7. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Hastalığın Kendilerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin hastalığın kendilerine etkisi ile ilgili özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.14);

Bipolar bozukluğu olan bireyle birlikte yaşamak bakım verenin kendine daha az zaman ayırmalarına neden olup ve bağımsızlığını azaltabilir. Bu nedenle bakım verenlerin yaşamlarında bazı değişiklikler meydana gelebilir. Literatürde bakım verenlerin yaşamlarında bakım vermektten dolayı herhangi bir değişiklik meydana gelmese de, bakım verenlerin başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesinin tedavide yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Erten ve ark., 2014). Çalışmada yakınına bipolar bozukluk tanısı koyulmasıyla bakım verenlerin %71,7'sinin yaşamında değişiklik olduğu belirlendi. Yaşamında değişiklik olanların %55,8'inin sosyal hayatının kısıtlandığı, %45,3'ünün üzüntü, çaresizlik, moral bozukluğu yaşadığı, %25,6'sının endişe, kaygı, huzursuzluk yaşadığı saptandı. Bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin karşılaştığı güçlüklerin incelendiği bir çalışmada bakım verenlerin %90,8'inin ruhsal, %63,2'sinin ekonomik; %36,8'inin fiziksel yönden etkilendiği; %60,5'inin aile ilişkilerinin, %55,3'ünün sosyal ilişkilerinin, %50'sinin kendi kişisel bakımlarının etkilendiği saptanmıştır (Arguvanlı ve Taşçı, 2013). Yakınının bipolar bozukluk tanısı almasıyla yaşamında değişiklik meydana gelen bakım verenlerin sosyal hayatlarının kısıtlanması, bakım verenin hastasını yalnız bırakıp bir yere gidememesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Psikiyatrik bozuklukların kronikleşme oranları yüksek olmakta ve bazı psikiyatrik bozuklukların nedeni kesin olarak açıklanamamaktadır. Bu da toplumumuzun dini inançları ve kültürel yapısına bağlı olarak hastalıklara karşı kaderci yaklaşımlarda bulunulabildiği veya hastalıkların mistik güçlere bağlandığı bilinmektedir. Yerleşim yeri olarak daha küçük şehirlerde yaşayan bireyler, karşılaştıkları ruhsal ya da sosyal sorunlarla baş edemediklerinde; özel güçlerinin olduğuna inandıkları kişilere başvurabilmektedirler (Sarıkoç ve ark., 2015). Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin %22,5'inin tıp dışı başvuruda bulunduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin %40,8'inin tıp dışı kaynaklara başvurduğu, başvurduğu bu kaynakların ise %96,7'sinin din adamı olduğu saptanmıştır (Arguvanlı ve Taşçı, 2013). Sarıkoç ve arkadaşlarının (2015) ruhsal bozukluğu olan hasta ailelerinin hastalıkla ilgili tıp dışı yardım arama tutumlarını inceledikleri çalışmada, aile üyelerinin %40'ünün tıp dışı kişilere başvurdukları, %89,1'inin dini yardım aradığı belirlenmiştir (Sarıkoç ve ark., 2015).

Hemşireler, en önemli rollerinden biri olan eğitici rolü ile sağlıklı bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme, hasta bireylerin de iyileşmesi ve rehabilitasyonunda görev alır (Birol L, 2009; Taylan ve ark., 2011; Mete S, 2016). Hastaların ve ailelerinin hastalık hakkında bilgi sahibi olması ile tedavi uyumu artmakta; bunun sonucunda hastalıkla baş etme gücü artarak hastalığın tekrar etme oranı azalmaktadır (Yurtsever ve ark., 1999). Bu çalışmada bakım verenlerin %80'inin hastalıkla ilgili herhangi bir eğitim almadığı, yarısından fazlasının (%58,3) hemşirelerden eğitim almadığı saptandı. Chan ve arkadaşlarının (2016) belirttiğine göre, bakım verenlerin çoğu farklı kuruluşlardan ve sosyal hizmet uzmanlarından hizmet almaktadır (Chan ve ark., 2016). Psikiyatrik bozukluk tanısı almış hastaların ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada hasta ailelerinin edindikleri bilgileri büyük oranda sağlık personelinin (%77,5), medyadan (%21,3) ve son olarak da diğer hastalardan (%1,3) öğrendikleri belirlenmiştir (Duran ve Eroğlu, 2016). Bu konuda yapılmış bir diğer çalışmada ise taburculuğu planlanan hastaların bakım verenlerinin %60,2'sinin taburculuk eğitimi almadığı belirlenmiştir (Duran ve Gürhan, 2012). Yapılan diğer çalışmalarda da ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım

verenlerin eğitim alma oranlarının düşük olduğu ya da eğitime hiç katılmadıkları belirlenmiştir (Alpman, 2010; Erten ve ark., 2014; Sabancıoğulları ve Tel, 2015).

5.8.Bakım Verenlerin Psikoeğitim Gereksinim Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim puanları incelendiğinde (Tablo 4.15);

Kronik psikiyatri hastalarının bakım verenleri hastalığın belirtileri, süreci ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamakta; bakım verdikleri hastanın ilaçlarını düzenli kullanmaması, sorunlarla baş edememesi, sosyal izolasyon yaşaması, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük yaşaması ve diğer gereksinimlerinin karşılanması konularında sorunlar yaşayabilmektedir (Çabuk, 2014). Bu çalışmada bakım verenlerin psikoeğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konular bipolar bozukluğun nedenleri, diğer tedavi yöntemleri, erken uyarıcı belirtiler, yasal haklar, bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve bipolar bozukluğun belirtileri olarak belirlendi. Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimlerinin en düşük olduğu konuların ise; aşırı coşku, kötü sonuçlar doğurabilecek davranışlar, kavgacı ve geçimsiz davranışlar, gerçeğe uymayan düşünceler, fikir uçuşmaları, cinsel problemler, intihar düşünceleri, etkinliklere ilgi ve istek kaybı ile baş etme gibi bipolar bozukluğun belirtilerine yönelik olduğu belirlendi. Bunların yanında, hastaneye yatma, aile ve sosyal yaşama uyum, sigara, alkol veya uyuşturucu kullanımı, çalışma hayatı ve damgalama sorunları ile baş etme; ayrıca düzenli ilaç kullanımı, günlük yaşamı sürdürme becerileri, sağlık hizmeti veren kurumlar, boş zaman aktiviteleri, problem çözme becerileri, bipolar bozukluk ile ilgili dernekler, iletişim becerileri, sosyal destek ile ilgili maddelerde psikoeğitim gereksinimleri düşük bulundu.

Literatür incelendiğinde bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin psikoeğitime gereksinim duydukları görülmektedir. Bakım verenlerin bilgi gereksinimlerinin en çok hastalık, hastalığın belirtileri, ilaçlar ve ilaçların yan etkileri, tedavi süreci, sosyal ilişkiler, stresle baş etme gibi konularda olduğu görülmektedir (Yurtsever ve ark., 2001; Chien ve ark., 2001, Gülseren 2002, Chien ve Norman, 2003; Gümüş 2006; Yıldız ve ark., 2010). Gasque-Carter ve Curlee'nin (1999) ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirledikleri çalışmada, en önemli sorunların sağlık profesyonelleriyle iletişimde

destek, hastalığın tedavisi ve rehabilitasyonu, ilaç uyumu, ilaç yan etkileri, ruh sağlığı destek programları, ekonomik sorunlar, hastalığı anlama, hastalığın belirti ve bulguları, toplu konut yaşamı, iletişim ve sosyal ilişkiler ve grup/dernekler hakkında bilgi gereksinimi olduğu sonucuna varılmıştır (Gasque-Carter ve Curlee, 1999). St. Onge ve Lavoie'nin (1997) çalışmasında, aile üyelerinin sağlık çalışanlarından sosyal destek, ruhsal bozukluklar hakkında bilgi ve hasta krizleriyle başa çıkma konularında daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları saptanmıştır (St. Onge ve Lavoie, 1997). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin ve bakım verenlerinin karşılanmamış ihtiyaçlarının belirlendiği bir başka çalışmada ise; bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının; depresyon tedavisi, tedaviye erişim, tedavi masrafları, tekrarları önleme, mani tedavisi ve hipomani tedavisi konularında olduğu belirlenmiştir (Masand ve Tracy, 2014).

Ülkemizde ise, Arguvanlı ve Taşçı'nın bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunları belirledikleri çalışmada, bakım verenlerin bilgi ihtiyaçlarının (%68,4) olduğu, aile içi (%60,5) ve sosyal ilişkilerde (%55,3) zorluklar yaşadıkları, ekonomik açıdan zorlandıkları (%63,2) ve maddi/manevi desteğe ihtiyaç duydukları (%64,5), bipolar bozukluğu olan bakım verenlerle iletişimlerinin olmadığı (%65,8) belirlenmiştir (Arguvanlı ve Taşçı, 2013). Bu sonucun, bakım verenlerin bu konularda psikoeğitime daha çok gereksinim duyduklarının bir göstergesi olduğunu düşündürmektedir.

Duran ve Eroğlu'nun (2016) psikiyatri hasta ve ailelerinin eğitim ihtiyaçlarını belirledikleri çalışmada, ailelerin en çok ihtiyaç duydukları eğitim gereksinimlerinin; kendine bakım, hastalık-stres ilişkisi, stresle baş etme, iletişim becerileri, erken uyarıcı belirtiler, hastalıkla ilgili gelişmeler, tatilde karşılaşılabilecekleri durumlarla baş etme, ilaç yan etkileri, yalnız yaşayabilme becerilerini geliştirme, ilaçlar hakkında genel bilgiler olduğu saptanmıştır. Ailelerin eğitime en az gereksinim duyduğu konular ise; hastaneye yatış problemleri, hastaların yasal hakları-iş ile ilgili problemler, kliniğe yatırılma, özel grup ya da dernekler, destek grupları, ruh sağlığı hizmetleri, alkol/madde kullanımı, kaygılar ve panik atak durumları, intihar ve depresyon durumlarıyla baş etme, gerçek olmayan düşünce ve inançlar olarak bulunmuştur (Duran ve Eroğlu, 2016).

Hastalık sürecinde hastalıkla ilgili bilgilenmenin yeterli düzeyde olmaması, tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir. Bakım verenlerin, tedavi sürecinde rol almasına önem verilmesi ve bunun giderek yaygınlaşması ile bakım verenin yaşadığı sorunlar konusunda bilgi sahibi olmaları amaçlanarak, bakım verenlere sağlık personeli tarafından verilecek psikoeğitimlerle hastanın tedavi uyumu ve yaşam kalitesinin artması da sağlanabilecektir (Şahin ve ark., 2002).

5.9.Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Hastalığın Kendilerine Etkisine Göre Psikoeğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile psikoeğitim gereksinim düzeylerinin karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.16);

Bu çalışmada kadın bakım verenlerin psikoeğitim gereksinim düzeyleri erkeklere göre daha yüksektir. Ülkemizde psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin ailelerinin bilgi gereksinimleri ile ilgili yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaş, cinsiyet, çalışma durumu, gelir durumu değişkenleri ile hastalıkla ilgili bilgi seviyeleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım veren kadınların eğitim gereksinimlerinin, erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Sabancıoğulları ve Tel, 2015).

Bu çalışmada bakım verenlerin medeni durumu, yakınlık derecesi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir-gider durumu, sosyal güvencesi ve en uzun süre yaşanan yerleşim yerine göre psikoeğitim gereksinim düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı. Ruhsal bozukluğu olan hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence durumları ile eğitim gereksinimleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Duran ve Eroğlu, 2016). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde yapılan diğer çalışmalarda da cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, eğitim durumu ve hastalık hakkında bilgi/eğitim alma gibi değişkenler ile eğitim gereksinimleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Bademli ve ark., 2016). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Bakım verenlerin hastalığın kendilerine etkisi ile ilgili özellikleri ile psikoeğitim gereksinimlerinin karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.17);

Yakınına bipolar bozukluk tanısı koyulmasıyla yaşamında değişiklik olan bakım verenlerin, yaşamında değişiklik olmayanlara göre psikoeğitim gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptandı ($p=0,000$). Bu sonucun, yakınının hastalığı nedeniyle işten ayrılmak zorunda kalması, gelir düzeyi, bakım verenin mevcut psikiyatrik veya fiziksel hastalıkları, yakınının ruhsal bozukluk tanısı almasıyla yaşanan damgalama, tekrarlayan ataklar gibi faktörlere bağlı olabileceği düşünüldü. Çalışmanın literatür taramasında benzer çalışmalara ulaşamadığı için, sonuçlar literatür ile karşılaştırılmamıştır.

Bakım verenlerin zorluklarla baş etme düzeyi ile psikoeğitim gereksinim düzeyi puanı arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,049$). Buna göre zorluklarla “hiç baş edemiyorum” diyenlerin psikoeğitim gereksinimleri; zorluklarla çok iyi, iyi ve biraz baş edenlerden daha fazladır. Yapılan bonferroni testine göre, zorluklarla baş etme düzeyine “biraz baş ediyorum” cevabı verenler, “çok iyi baş ediyorum” cevabı verenlerden farklıdır ($1<3$). Bu farkın bakım verenin stresle baş etme konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, bakım verdiği bireye bipolar bozukluk tanısı koyulmasıyla birlikte yaşamında değişikliklerin olması, bakım verdiği birden fazla kişinin olması, bakım verme süresi, hastalığın tekrar etme süresi gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünüldü. Bu konuda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada bu sonuca benzer bir sonuca ulaşamadığı için, literatür ile karşılaştırılmamıştır.

Bu çalışmada bakım verenlerin tıp dışı kişilere başvuru, bipolar bozuklukla ilgili eğitime katılma, bipolar bozuklukla ilgili hemşirelerden eğitim alma durumları ile psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmadı. Psikiyatrik tanılı hasta ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada bakım verenlerin hastalık ile ilgili eğitim alma ve eğitim alınan kişiler değişkenleri ile eğitim gereksinimleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Duran ve Eroğlu, 2016). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

5.10. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.18);

Bipolar bozukluk, hem bipolar bozukluğu olan bireyler hem de bakım verenleri için, yaşam kalitesi de dahil olmak üzere bir çok alanda olumsuz etkilere sahiptir. Tedavi uyumunun bozulması, tekrarlayan hastane yatışları gibi bir çok faktörden dolayı bakım verenlerin yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Morselli ve ark., 2004).

Çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamaları bedensel alanda 14,90±2,35, ruhsal alanda 14,29±2,08, sosyal alanda 13,93±2,75, çevre alanında 13,89±2,00 olarak bulundu. WHOQOL-BREF ölçeğinin Portekizceye uyarlama çalışmasında psikiyatri hastalarının yaşam kaliteleri bedensel alanda 13,5±2,8, ruhsal alanda 13,3±3,1, sosyal alanda 13,9±3,9 ve çevre alanında 13,1±2,7 olarak bulunmuştur (Fleck ve ark., 2000).

5.11. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalığın Kendilerine Etkisine Göre Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitelerinin karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.19);

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklar, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olur (Balaban ve ark., 2016). Özellikle bakım verenin yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalıklar gibi sosyodemografik değişkenleri, yaşam kalitesi üzerinde önemli etkilere sahiptir (Wong ve ark, 2012). Bu çalışmada, bakım verenlerin anne/baba, kızı/oğlu, eşi haricinde diğer kişiler olması, düşük eğitim seviyesinde olmaları, çalışmamaları, düşük gelir seviyesinde olmaları ve sosyal güvencelerinin olmaması durumlarında yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir. Ancak cinsiyet ve medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Uganda’da ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmada, bakım verenlerin cinsiyet ve medeni durumlarının yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (Ndikuno ve ark., 2016).

Bakım verenlerin yakınlık derecesine göre ruhsal alanda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,022). Buna göre, bakım verenin hastanın eşi olması durumunda; bakım verenin anne/baba, çocuk veya diğer kişiler olması durumuna göre yaşam kalitesi ruhsal alanda daha yüksektir. Singapur’da ruhsal bozukluğu olan bireylerin birinci derece bakım verenlerinin psikolojik durumlarının ve yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada bakım verenin “eş” olması durumunda ruhsal alanda yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Jeyagurunathan ve ark., 2017). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Bakım verenlerin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından çevre alanında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0,049). Eğitim durumu

lisans olan bakım verenlerin çevre alanı puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda yüksek eğitim seviyesinde olan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Çoban ve ark., 2013; Jeyagurunathan ve ark., 2017; Soltaninejad ve ark., 2017).

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre yaşam kalitesi düzeyi alt boyutlarından bedensel ve çevre alanlarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ancak ruhsal alan ($p=0,006$) ve sosyal alanda ($p=0,042$) istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Buna göre; çalışan bireylerin çalışmayanlara göre ruhsal ve sosyal alanlardaki yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonucun çalışan bireylerin sosyal olarak daha aktif olmaları ve daha geniş bir sosyal ağa sahip olmaları, böylece duygusal sıkıntılarının azalmasından kaynaklı olabileceği düşünüldü. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, çalışan bakım verenlerin çalışmayanlara göre ruhsal alanda yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Jeyagurunathan ve ark., 2017). Bu bulgu literatür ile uyumludur.

Bu çalışmada gelir durumu düşük olan bakım verenlerin yaşam kaliteleri tüm alt boyutlarda düşük olarak bulundu. Ancak yalnızca bedensel, sosyal ve çevre alanlarında anlamlı fark saptandı. Bu sonucun gelir durumu düşük olan bireylerin yaşadıkları bölgenin çevre yönünden sağlık üzerindeki olumsuz etkisi, herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşıldığında sağlık merkezlerine ulaşımın zor olması, hayattan beklentilerin karşılanamaması, eğitim seviyelerinin düşük olması nedeniyle maddi ve sosyal kaynakları yeterli düzeyde kullanamayıp bakım yükü ile baş etmelerinin zorlaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde gelir durumu düşük olan bakım verenlerin, gelir durumu yüksek olanlara göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Zendjidjian ve ark., 2012; Wong ve ark., 2012; Çoban ve ark., 2013; Erten ve ark., 2014). Bu sonuç literatür ile uyumludur.

Çalışmada en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi şehir olan bakım verenlerin bedensel ve sosyal alanlarda, köyde yaşayanların ise ruhsal alanda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak bu fark anlamlı olmadığı, yalnızca çevre alanının istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p=0,033$). İlçede yaşayan bakım verenlerin çevre alanındaki yaşam kaliteleri köy ve şehirde yaşayanlara göre daha yüksektir. Yapılan Bonferroni testine göre, şehirde uzun süre yaşamış olan bakım verenler köyde yaşamış olanlardan farklıdır. Kırsal alanlarda

yaşayan bakım verenlerin yaşam maliyetlerinin düşmesi ile mali olarak daha iyi koşullara sahip oldukları ve şehir yaşamına oranla daha sakin olduğu göz önünde bulundurulduğunda, farkın bu nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatür kırsal kesimde yaşayan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin şehir merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulgusunu desteklemektedir (Soltaninejad ve ark., 2017).

Bakım verenlerin hastalığın kendilerine olan etkileri ile yaşam kalitelerinin karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.20);

Bakım verenlerin, yakınlarının bipolar bozukluk tanılı olması nedeniyle yaşamlarında değişiklik olma durumuna göre ruhsal alan ($p=0,019$), sosyal alan ($p=0,004$) ve çevre alanları ($p=0,008$) ile istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı. Buna göre; yaşamında değişiklik olan bakım verenlerin, yaşamında değişiklik olmayanlara göre ruhsal, sosyal ve çevre alanı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptandı. Bu sonucun bakım verenlerin kendi yaşamları ve bakım verdikleri birey üzerindeki kontrolünün azalması, mevcut sorumluluklarına ek olarak yeni sorumlulukların eklenmesi, hastalıkla baş etmede yaşanan zorluklar ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın literatür taramasında benzer çalışmalara ulaşamadığı için, sonuçlar literatür ile karşılaştırılmamıştır.

Bakım verenlerin zorluklarla baş etme düzeylerine göre yaşam kaliteleri incelendiğinde, zorluklarla baş etme düzeyine hiç baş edemiyorum cevabı verenlerin yaşam kaliteleri tüm alanlarda düşük olarak bulundu. Ancak sadece sosyal ($p=0,009$) ve çevre ($p=0,034$) alanlarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonucun bakım verenlerin mevcut sorumluluklarına ek olarak yeni sorumlulukların eklenmesi, bakım verdikleri birey üzerindeki kontrollerinin azalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın literatür taramasında benzer çalışmalara ulaşamadığı için, sonuçlar literatür ile karşılaştırılmamıştır.

Bakım verenlerin tıp dışı kişilere başvurma durumlarına göre yaşam kaliteleri incelendiğinde, tıp dışı kişilere başvuranların yaşam kaliteleri tüm alt boyutlarda düşük bulundu. Ancak sadece ruhsal alanda yaşam kalitesi ile arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,021$). Bu farkın hastalığın tedavisinin uzun süreli ve yıpratıcı olması, sık tekrarlayan atakların olması, ilaçlardan kısa sürede yanıt alınmaması gibi nedenlerle yaşadıkları çaresizlikten kaynaklanabileceği düşünüldü. Çalışmanın

literatür taramasında benzer çalışmalara ulaşılamadığı için, sonuçlar literatür ile karşılaştırılamamıştır.

5.12.Bakım Verenlerin Psikoeğitim Gereksinim Düzeyleri ile Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimleri ile yaşam kaliteleri arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde (Tablo 4.21);

Bakım vermek bireylerin yaşamlarında ek sorumluluklar doğurmakta, bu da onları zaman, enerji ve dikkat yönünden yormaktadır. Bu ek sorumluluklar bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek onlarda strese yol açmaktadır. Literatür bakım verenlerin yaşam kalitelerini artırmak için çeşitli müdahalelerde bulunulmasının gerekliliğinden bahseder (Ndikuno ve ark., 2016). Bu konudaki müdahalelerden biri de psikoeğitimidir. Bakım verenin eğitimi, hastalığın seyriyi olumlu yönde etkilemesinin yanı sıra yaşam kalitesini de yükseltmektedir (Mueser ve ark., 1992, Öztürk ve ark., 2011). Bu doğrultuda psikoeğitim uygulanırken, bakım verenlerin gereksinimlerinin saptanarak, ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi son derece önemlidir (Gümüş, 2006; Bademli ve ark., 2016). Çalışmada yaşam kalitesinin ruhsal alan dışında, bedensel, sosyal ve çevre alanları ile psikoeğitim gereksinim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki bulundu. Ancak ruhsal alanda yaşam kalitesi ile psikoeğitim gereksinimi arasındaki ilişki anlamlı değildi. Buna göre bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin psikoeğitim gereksinimleri arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir. Bu sonucun bakım verenlerin hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları, hastalık hakkında herhangi bir eğitime katılmamaları/katılamamaları, hastalık ile ilgili dernek veya gruplara üye olmadıkları dolayısıyla bilgi alıp paylaşımında bulunamamaları, yakınına bakım verdiği için sosyal ilişkilerinin kısıtlanması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünüldü. Çalışmanın literatür taramasında benzer çalışmalara ulaşılamadığı için, sonuçlar literatür ile karşılaştırılamamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi, Çanakkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Biriminde yapılan bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

- ‡ Araştırmaya katılan bipolar bozukluğu olan bireylerin %54,4'ünün kadın, %54,4'ünün evli, %43'ünün çocuğunun olmadığı, %51,7'sinin ailesiyle yaşadığı, %64,4'ünün kendi evinde yaşadığı, %41,6'sının eğitim düzeyinin ortaöğretim olduğu, %50,3'ünün çalışmadığı, %69,8'inin daha önce bir işte çalıştığı, %69,1'inin gelir gider durumunun orta olduğu belirlendi.
- ‡ Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %46,3'ünün ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, %38,3'ünün tıp dışı kişilere başvurduğu, %96,0'ının dernek veya grup üyeliklerinin olmadığı, %73,2'sinin bipolar bozukluğu ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı görülürken, %51,7'sinin hemşirelerden de eğitim almadığı belirlendi. Ayrıca %67,8'inin mevsim değişikliğinde duygularında değişiklik olduğu, %29,5'inin intihar girişimi öyküsünün bulunduğu, %48,9'unun son duygudurum tipinin manik/hipomanik, %29,9'unun karma ve %21,2'sinin majör depresif olduğu saptandı.
- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaş ortalamasının $40,76 \pm 12,11$, bipolar bozukluk tedavisi alma süresi ortalamasının $11,29 \pm 9,83$, bipolar bozukluğun başlama yaşı ortalamasının $27,55 \pm 10,53$, hastane yatış sayısı ortalamasının $3,32 \pm 2,62$, hastalığın tekrar etme sayısı ortalamasının $4,76 \pm 3,38$, intihar girişimi sayısı ortalamasının $2,04 \pm 1,35$, manik dönem nöbet sayısı ortalamasının $1,93 \pm 1,59$, hipomanik dönem nöbet sayısı ortalamasının $1,82 \pm 1,74$, depresif dönem nöbet sayısı ortalamasının $2,47 \pm 1,84$, karma dönem nöbet sayısı ortalamasının $5,67 \pm 3,71$ olduğu belirlendi.
- ‡ Çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konuların başında enerji, iştah, uyku ve cinsel problemler ile baş etme gelmektedir.

- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının en yüksek bedensel, ruhsal ve çevre alanlarında, en düşük ise sosyal alanda olduğu bulundu.
- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireylerin psikoeğitim gereksinimlerinin cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanılan kişiler, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, daha önce bir işte çalışma durumu ve gelir durumundan etkilenmediği belirlendi.
- ‡ Mevsim değişimlerinde duygularda değişiklik yaşayan bipolar bozukluğu olan bireyler ile psikoeğitim gereksinim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu. Ancak psikoeğitim gereksinimlerinin ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, daha önceki hastane yatışı, tıp dışı kişilere başvuru, bipolar bozukluk hakkında eğitim alma ve hemşirelerden eğitim alma, intihar girişimi, fiziksel hastalıklar, sigara ve alkol kullanma durumları, son duygudurum tipi ve bipolar bozukluk tipinden etkilenmediği bulundu.
- ‡ Bipolar bozukluk nedeniyle intihar girişimi ve hastane yatışı sayısı arttıkça, hastaların psikoeğitim gereksinimlerinin arttığı belirlendi. Ancak psikoeğitim gereksinimlerinin yaş, çalışma süresi, bipolar bozukluk tedavisi görme süresi, bipolar bozukluğun başlama yaşı ve bipolar bozukluğun tekrar etme sayısı ve bipolar bozukluğun dönem sayısından etkilenmediği bulundu.
- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireylerden bekar olanların ruhsal, sosyal ve çevre alanlarındaki yaşam kalitesi düzeyleri evli, boşanmış ve eşini kaybetmiş olanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca gelir durumu yüksek olanların, orta ve düşük olanlara göre çevre alanında yaşam kalitesi daha yüksekti. Cinsiyet, birlikte yaşanılan kişiler, yaşanılan yer, eğitim düzeyi, daha önceki çalışma durumunun bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerini etkilemediği görüldü.
- ‡ İntihar girişiminde bulunmayan, son duygudurum tipi manik/hipomanik olan, tanısı bipolar bozukluk tip I olan bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksekti. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastane yatışı, tıp dışı başvuru, bipolar bozukluk ile ilgili eğitime katılma, hemşireden eğitim alma, mevsim değişikliği, fiziksel hastalık, sigara ve alkol kullanma bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili değildi.
- ‡ Hastaneye yatış sayısı arttıkça bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam

kalitelerinin bedensel ve çevre alanlarında azaldığı, depresif dönem sayıları arttıkça ise yaşam kalitelerinin bedensel, ruhsal ve çevre alanlarında azaldığı bulundu. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi yaş, sigortalı bir işte çalışma süresi, bipolar bozukluğun başlama yaşı, bipolar bozukluğun tekrar etme sayısı, intihar girişimi sayısı, manik/hipomanik ve karma dönem sayısından etkilenmemektedir.

- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesi alt boyutu olan bedensel alan ($r=-0,198$; $p<0,05$), ruhsal alan ($r=-0,188$; $p<0,05$), sosyal alan ($r=-0,223$; $p<0,001$) ve çevre alanı ($r=-0,225$; $p<0,001$) ile psikoeğitim gereksinim düzeyi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki saptandı.
- ‡ Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine ait veriler incelendiğinde; bireylerin %56,7'sinin kadın, %71,7'sinin evli, %37,5'ine anne/babasının bakım verdiği bulundu. Bakım verenlerin yakınına bipolar bozukluk tanısı konması ile büyük oranda yaşamlarında değişiklik olduğu, değişiklik olanların %55,8'inin sosyal hayatının kısıtlandığı, %45,3'ünün üzüntü, çaresizlik, moral bozukluğu, %25,6'sının karamsarlık, endişe, kaygı, huzursuzluk, %22,1'inin aile içi huzursuzluk, uyumsuzluk, tartışma, %16,3'ünün maddi sıkıntı yaşadığı, %15,1'inin yıprandığı, yorulduğu, %12,8'inin stres yaşadığı, %9,3'ünün uyku düzeninde bozulma olduğu, %8,1'inin iletişim problemleri yaşadığı, %8,1'inin yaşam kalitesinde bozulma yaşadığı, %7'sinin iş hayatında değişiklik olduğu, %7,'sinin mutsuzluk, umutsuzluk, depresyon yaşadığı belirlendi.
- ‡ Bakım verenlerin psikoeğitime en fazla ihtiyaç duyduğu konuların başında bipolar bozukluğun nedenleri, diğer tedavi yöntemleri, erken uyarıcı belirtiler ve yasal haklar gelmektedir.
- ‡ Bakım verenlerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının bedensel alanda $14,90\pm 2,35$, ruhsal alanda $14,29\pm 2,08$, sosyal alanda $13,93\pm 2,75$, çevre alanında $13,89\pm 2,00$ olduğu belirlendi.
- ‡ Kadın bakım verenlerin erkeklere göre, yakınına bipolar bozukluk tanısı koyulmasıyla yaşamında değişiklik olanların olmayanlara göre, zorluklarla hiç baş edemeyenlerin çok iyi, iyi ve biraz baş edenlere göre psikoeğitim gereksinimleri daha yüksek bulundu. Medeni durum, eğitim düzeyi, gelir

durumu, çalışma durumu, yakınlık derecesi, sosyal güvence, yaşanılan yerleşim yeri, tıp dışı başvuru, bipolar bozuklukla ilgili eğitime katılma ve hemşirelerden eğitim alma durumu ile psikoeğitim gereksinimleri arasında anlamlı fark saptanmadı.

- ‡ Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eşine bakım verenlerin anne/baba, çocuk veya diğer yakınlarına bakım verenlere göre ruhsal alanda, çalışanların çalışmayanlara göre ruhsal ve sosyal alanda yaşam kaliteleri anlamlı derecede yüksek bulundu. Ayrıca gelir durumu yüksek olan bakım verenlerin gelir durumu orta ve düşük olanlara göre bedensel, sosyal, çevresel alanda; sosyal güvencesi olanların olmayanlara göre ruhsal alanda; ilçede yaşayan bakım verenlerin köy ve şehirde yaşayanlara göre çevre alanında yaşam kalitelerinin yüksek olduğu belirlendi. Cinsiyet, medeni durum, bipolar bozukluk ile ilgili eğitim alma ve hemşirelerden eğitim alma durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı.
- ‡ Bakım verenlerin hastalığın kendilerine olan etkileri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yakınının bipolar bozukluk tanısı almasıyla yaşamında değişiklik olmayan bakım verenlerin olanlara göre ruhsal, sosyal ve çevre alanında yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu. Zorluklarla baş etme düzeyi çok iyi olanların iyi, biraz ve hiç olanlara göre sosyal ve çevre alanlarında yaşam kaliteleri yüksek bulundu. Tıp dışı kişilere başvuruda bulunmayanların, bulunanlara göre ruhsal alanda yaşam kalitelerinin yüksek olduğu bulundu. Bipolar bozukluk ile ilgili eğitime katılma ve hemşirelerden eğitim alma durumları ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmadı.
- ‡ Bakım verenlerin bedensel, sosyal ve çevre alanlarındaki yaşam kaliteleri ile psikoeğitim gereksinim düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulundu.

ÖNERİLER

Bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerini, yaşam kalitelerini, bu değişkenleri etkileyen faktörleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları doğrultusunda öneriler aşağıda verilmiştir.

- ‡ Ruh sağlığı hizmetlerinde bipolar bozukluk tanılı birey ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerinin tanımlanması,
- ‡ Bipolar bozukluğun bireyler üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde, diğer tedavilere ek olarak uygulanan psikoeğitimlerin içeriğinin, tanımlanan psikoeğitim gereksinimleri doğrultusunda oluşturulması,
- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik, ruh sağlığı çalışanlarına bilgi, beceri ve farkındalıklarının artırılması için hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- ‡ Bakım verenlerin, hastalık hakkında doğru bilgiye sahip olup ataklar öncesi ve sırasında bakım verdikleri bireylere en iyi şekilde destek ve katkı verebilmeleri için psikoeğitim ihtiyaçlarının belirlenerek verilen eğitimlerin bu yönde olması,
- ‡ Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin psikoeğitim gereksinimleri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğinden, bakım verenlerin yaşam kalitesini yükseltmek için psikoeğitim programlarını uygulayacak profesyonellere yönelik psikoeğitim sertifika programlarının düzenlenmesi,
- ‡ Toplum ruh sağlığı merkezleri gibi kurumlarda yaşam kalitesinin artırılması amaçlı uygulanacak olan psikoeğitimlere bakım verenlerin de dahil edilmesi, bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve sonuca yönelik önlemlerin alınması,
- ‡ Geliştirilen psikoeğitim gereksinimlerini değerlendirme formunun daha geniş örneklemelerde, psikometrik özelliklerinin incelenerek bir ölçek geliştirme çalışması yapılması ve bu aracın psikoeğitim gereksinimlerini belirlemede kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abreu LN, Nery FG, Harkavy Friedman JM, Almeida KM, Gomes BC, Oquendo MA, Lafer B. Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(2), s.125–129.
- Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M, Zincir S. Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2012; 54, s.279-283.
- Akdeniz C, Aydemir Ö, Akdeniz F. Sağlık Düzeyi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 1999; 9(2), s.104–108.
- Akiskal HS. Duygudurum bozuklukları: Tarihsel gelişimi ve kavramın tanımı. İçinde: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Çev. Aydın H, Bozkurt A (Eds.). Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara; 2007; s.1559–1574.
- Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Türkiye'de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2012; 22(1), s.31-42.
- Aksoy A. Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. 2013, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 82 sayfa, Sivas, (Doç. Dr. Meral Kelleci).
- Alataş G, Kurt E, Alataş ET, Bilgiç V, Karatepe HT. 2007. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*. 2007; 20(4), s.196–205.
- Alkan M. Psikososyal ve psikoterapötik girişimler. İçinde: *İki uçlu bozukluk sağaltım kılavuzu*. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F (Ed.). Birinci baskı, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010: s.83–94.
- Alpman N. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda karma dönemin ve hızlı döngülülüğün bakıcı yüküne ve yaşam kalitesine etkisi. 2010, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi, 108 sayfa, İstanbul, (Dr. Evrim Erten).
- Al Shammari SA, Alhaidar SA, Alotaibi MA, Alanazi AA, Al Shammari, WK, Alanazi M, Alsahabi HK, Altammami AF, Thaler TM. Help-seeking behavior among adults in Riyadh, Saudi Arabia-a crosssectional study. *Alternative & Integrative Medicine*. 2016; 5(1), s.1-6.

- Amerikan Psikiyatri Birliği, Duygudurum bozuklukları. İçinde: *Psikiyatride hastalıkların tanınlanması ve sınıflandırılması elkitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren* Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001;s.151–190.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, İkiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar, İçinde: Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-V), Tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Arguvanlı S, Taşcı S. Bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1(1), s.21-30.
- Ascher Svanum H, Lafuze JE, Barrickman PJ, Van Dusen C, Fompa Loy L. Educational needs of families of mentally ill adults. *Psychiatric Service*. 1997; 48(8), s:1072–1074.
- Atalar A. Tıp fakültesi öğrencilerinde mevsimsel duygudurum bozukluğu. 2012, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 54 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora).
- Aydemir Ö, Köroğlu E. (Eds.). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Üçüncü baskı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği; 2007; s.354-362.
- Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009; 20(3), s.205-212.
- Aydemir O. Functioning and quality of life in bipolar disorder. *Dusunen Adam*, 2016; 29, s.1-7.
- Bademli K, Keser İ, Lök N, Acar G, Kaya Kılıç A, Güvendiren H, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 1(19): s.1-9.
- Bahar A, Savaş H.A, Bahar G. Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. *New Symposium Journal* 2010; 48(3), s.216-222.
- Bajor LA, Lai Z, Goodrich DE, Miller CJ, Penfold RB, Kim HM, Bauer MS, Kilbourne AM, Posttraumatic stress disorder, depression, and health-related quality of life in patients with bipolar disorder: Review and new data from a multi-site community clinic sample. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 145(2), s.232-239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.005>.
- Balaban ÖD, Küçüktüfeki AH, Binbay T, Karamustafahoğlu N. Bipolar I bozukluk hastalarının bakımverenlerinde yaşam kalitesi yük ve sosyal destekle ilişkili mi?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2016; 19(1), s.15-26.

- Barney LJ, Griffiths KM, Banfield MA. Explicit and implicit information needs of people with depression: a qualitative investigation of problems reported on an online depression support forum. *Bmc Psychiatry*, 2011; 11(1), 88, s.1-11.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, Beresford T, Kilbourne AM, Sajatovic M. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*. 2006; 57(7), s.937–945.
- Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder, *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2010; 25(1), s.1-16.
- Billsborough J, Mailey P, Hicks A, Sayers R, Smith R, Clewett N, Griffiths C.A, Larsen J. Listen, empower us and take action now!': reflexive-collaborative exploration of support needs in bipolar disorder when 'going up' and 'going down. *Journal of Mental Health*, 2014; 23(1), s.9-14.
- Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanik Aksu F, Özkınay F, Onay H, Van Jim O. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012; 23(3), s.149-160.
- Biröl, L. Hemşirelik ile İlgili Kavramlar. İçinde: *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım*. Etki Yayınları, 2009; s.12-53.
- Bostancı N. Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psikoeğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi. 2008, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 171 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Sevim Buzlu).
- Bond K, Im, A. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. 2015; (3), s.349–362.
- Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Arán A. Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 2008; 160(1), s.55-62.
- Canbaba C. Takipli bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalarda ve ailelerinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması. 2011, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp fakültesi, Uzmanlık tezi, 88 sayfa, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem Atay).

- Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A, Nobili G, Pioli R, Sabauda M, Sacchetti E, Saviotti FM, Seggioli G, Zanini A, Girolamo G. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151(1), s.149–155.
- Chan SK, Tse S, Sit HLT, Hui CL, Lee E.H, Chang WC, Chen EY. Web-based psychoeducation program for caregivers of first-episode of psychosis: An experience of Chinese population in Hong Kong. *Frontiers in psychology*, 2016; 7, 2006, s.1-6.
- Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, Blazer DG, Katz IR. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of general psychiatry*, 2003; 60(7), s.664-672.
- Chien WT, Kam CW, Lee IFK. An assessment of the patients needs in mental health education. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(3), s.304–311.
- Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44(5), s.490-498.
- Clarke MA, Moore JL., Steege LM, Koopman RJ, Belden JL, Canfield SM, Meadows SE, Elliott SG, Kim MS. Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. *Health informatics journal*, 2016; 22(4), s.992-1016.
- Coker F, Williams A, Hayes L, Hamann J, Harvey C. Exploring the needs of diverse consumers experiencing mental illness and their families through family psychoeducation. *Journal of Mental Health*. 2016; 25(3), s.197–203.
- Colom F, Vieta E, Martínez Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas, J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60, s.402–407.
- Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, Gastó C. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2003; 64(9), s.1101–1105.
- Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Goikolea JM, Popova E, Bonnin CM, Scott J. Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. *Journal of Affective Disorders*. 2009;112(1–3), s.30–35.

- Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM., Benabarre A, Martínez-Arán A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2009; 194(3), s.260–265.
- Colom F, Vieta E, 2012, *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Bipolar bozuklukta psikoeğitim el kitabı, Birinci baskı, Çev. Tamam L, Özalp E, (Eds.). BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Ankara, 2012.
- Conell J, Bauer R, Glenn T, Alda M, Ardu R, Baune BT, Berk M, Bersudsky Y. Online information seeking by patients with bipolar disorder: results from an international multisite survey. *International journal of bipolar disorders*, 2016; 4(1), 17, s.1-14.
- Cook L, Castrogiovanni A, David D, Stephenson DW, Dickson M, Smith D, Bonney A. Patient education documentation: is it being done?. *Medsurg Nursing*, 2008; 17(5), s.306-310.
- Craddock N, Sklar P. Bipolar disorder 1: Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*. 2013; 381(9878), s.1654–1662.
- Çabuk, M. *Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi*. 2014, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 106 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Hülya Arslantaş).
- Çakır S, Özerdem A. İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: Sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21(2), s.1–12.
- Çakır S. Psikososyal tedaviler ve psikoterapiler. İçinde: *Bipolar Bozukluk Tip II*, Bozkurt A, Oral ET (Eds.), Birinci baskı, Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara; 2015; s.68–77.
- Çam O, Dülgerler Ş, Çuhadar D. Psikoeğitim. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. Çam O, Engin E. (Eds.). Birinci baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul; 2014; s.1039–1048.
- Çoban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013;4(2)(January), s.61–66.
- Çuhadar D, Çam MO. Archives of psychiatric nursing effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014; 28(1), s.62–66.

- Daggenvoorde T, Geerling B, Goossens PJJ. Archives of psychiatric nursing a qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015; 29(3), s.186–191.
- Dağdeviren N, Oral ET, Dedeoğlu S. Bipolar affektif bozuklukta mevsimsellik. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1998; 11, s.53-55.
- Dağdır FZ, Layıkel Ş. Psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli bireylerin haklarının tanınmasına ve toplumsal yaşama katılımına yönelik proje. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 2008;11(3), s.62–69.
- Daştan NB. Evre I-II meme kanseri hastalarına uygulanan psikoeğitimin kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profiline etkisi. 2008, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 171 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Sevim Buzlu).
- Daştan NB, Kılıç N. The educational needs of the patients who take treatment in psychiatric clinic in Kars. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014; 114, s.506-510.
- Dautzenberg G, Lans L, Meesters PD, Kupka R, Beekman A, Stek ML, Dols A. The care needs of older patients with bipolar disorder. *Aging & mental health*, 2016; 20(9), s.899-907.
- Demirkıran F. Duygulanım ve Duygudurum Problemleri. İçinde: *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. Öz F, Demiralp M. (Eds.). Üçüncü baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2014; s.99–156.
- Doğan S, Sabancıoğulları S. The effects of patient education in lithium therapy on quality of life and compliance. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2003; 17(6), s.270–275.
- Drapalski AL, Marshall T, Seybolt D, Medoff D, Peer J, Leith J, Dixon LB. Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric Services*. 2008; 59(6), s.655–662.
- Duman Z. Families of chronic psychiatric patients. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2013; 5(1), s.78-94.
- Duran S, Eroğlu S. Psikiyatrik hastalık tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016; 13(3), s.237–247.
- Eker F, Harkin S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 138(3), s.409–416.

- Engin E, Çuhadar D. Bipolar bozukluk. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinin Bakım Sanatı*. Çam O, Engin E. (Eds.). Birinci baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2014; s.367-390.
- Eren İ, Cüre E, İnanlı İÇ, Kutlucan A, Köroğlu BK, Tamer MN. Klinik ve subklinik hipotiroidide psikiyatrik belirti düzeyi ve psikiyatrik belirtilerin tiroid hormon düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2006; 9, s.131-137.
- Ernest S, Nagarajan G, Jacob K.S. Assessment of need of patients with schizophrenia: A study in Vellore, India. *International Journal of Social Psychiatry*, 2013; 59(8), s.752-756.
- Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkcı N. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 2014; 25, s.114-123.
- Eser E, Fidaner H, Eser SY, Elbi H. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999; 7, s.23-40.
- Faridhosseini F, Baniyasi M, Reza M, Bordbar F, Pourgholami M, Ahrari S, Asgharipour N. Effectiveness of psychoeducational group training on quality of life and recurrence of patients with bipolar disorder. *Iranian Journal Of Psychiatry*. 2017; s.21-28.
- Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon, V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saude publica*, 2000; 34(2), s.178-183.
- Fountoulakis KN, Vieta E, Young A, Yatham L, Grunze H, Blier P, Moeller HJ, Kasper S. The international college of neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 4: Unmet needs in the treatment of bipolar disorder and recommendations for future research. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2017; 20(2), s.196-205.
- Gabriel A, Violato C. Psychoeducational methods for patients suffering from depression: The knowledge seeking instrument (KSI). *Journal of Affective Disorders*. 2011; 133(3), s.406-412.
- Gasque-Carter KO, Curlee MB. The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. *Psychiatric Services*, 1999;50(4), s.520-524.
- Gazalle FK, Hallal PC, Andreazza AC, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Weyne F, Corrêa da Costa S, Santin A, Kapczinski F. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 2007; 153(1), s.33-38.

- Gonzalez Ortega I, Ugarte A, Ruiz de Azúa S, Nunes N, Zubia M, Ponce S, Casla P, Llano JX, Faria A, González-Pinto A. Online psycho-education to the treatment of bipolar disorder: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1), 452, s.1-8.
- Goossens PJJ, Beentjes TAAB, Leeuw JAM, Van Der Klein EAMK, Van Achterberg T. The nursing of outpatients with a bipolar disorder : What nurses actually do. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008;22(1), s.3–11.
- Grover S, Painuly N, Gupta N, Mattoo SK. Bipolar ve yineleyici depresyonda öfke nöbetleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011; 22(4), s.239-244.
- Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar disorders*, 2008;10(5), s.625-634.
- Güçray SS, Çekici F, Çolakkadıoğlu O. Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009; 5(1), s.134-153.
- Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(2), s.143-151.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21, s.1-10.
- Gümüş AB. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin incelenmesi. 2002, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 164 sayfa, İzmir, (Yrd.Doç.Dr. Aycan Karaaslan).
- Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7, s.33-42.
- Gümüş F. Bipolar bozukluk tanılı hastalara uygulanan bireysel psikoeğitimin yinleme hızı işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisi. 2013, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 147 sayfa, İstanbul, (Prof Dr. Sevim Buzlu).
- Gümüş F, Buzlu S, Çakır S. Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder: A controlled study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015; 29(3), s.174–179.
- Hajda M, Prasko J, Latalova K, Hruby R, Ociskova M, Holubova M, Kamaradova D, Mainerova B. Unmet needs of bipolar disorder patients. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2016; 12, s.1561-1570.

- Hallett C, Gupta S, Priebe S. What do outpatients with schizophrenia and mood disorders want to learn about their illness?. *Psychiatric Services*, 2013; 64(8), s.764-769.
- Hanci N, Sarandöl A, Eker S, Akkaya C. İki uçlu bozukluk-I ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yük düzeylerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2018; 19(5), s.451-458.
- Harkin Ş, Eker F. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında psikoeğitimsel modelin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Bilimsel Çalışmalar Dergisi*, 4, s.3-24.
- Hätönen H, Kuosmanen L, Malkavaara H, Välimäki, M. Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17(6), s.752-762.
- Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L, Kane RT. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 200, s.31–36.
- Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi G, Azizi A. The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life , rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013; 6(3), s.208–213.
- Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Abdin E, Zhang Y, Chang S, Shafie S, Abdul Rahman RF, Vaingankar JA, Chong SA, Subramaniam, M. Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health and quality of life outcomes*, 2017; 15(1), 106, s.1-14.
- Justo L, Soares B, Calil H. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; (4) s.1-44. DOI: 10.1002/14651858.CD005167.pub2.
- Kamlesh KS, Sophia CA, Dharitri R, Kalyanasundaram S. Met and unmet needs of persons with severe mental illness in a half way home. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Vol2010;15(2),s.13-22. http://www.psychosocial.com/IJPR_15/Met_and_Unmet_Needs_Sahu.html Erişim tarihi: 10.06.2018
- Kaplan HI, Sadock BJ. Major Depresif Bozukluk ve Bipolar Bozukluğu. İçinde: Abay E. (Ed.). *Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri*. 2004; s.159-177.
- Kelleci M, Doğan S, Ata EE, Avcı A, Sabancıoğulları S, Başeğmez F, İşkey M. Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011; 2(3),

s.128-135.

- Kesebir S, Inanc L, Bezgin C, Cengiz F. Bipolar disorder in women. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*. 2013; 5(2), s.220-231.
- Keskin G. Duygudurum-bipolar ve ilgili bozukluklar. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Çev. Özcan CT, Gürhan N. (Eds.). 2016; s.428–458.
- Kırmızı A. Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının birinci derece yakınlarının yaşam kalitesi açısından kontrol grubuyla karşılaştırılması. 2013, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakırköy Bölgesi İstanbul ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tıpta uzmanlık tezi, 82 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Güliz Özgen).
- Kim YS, Cha B, Lee D, Kim SM, Moon E, Park CS, Kim BJ. The relationship between impulsivity and quality of life in euthymic patients with bipolar disorder. *Psychiatry investigation*, 2013; 10(3), s.246-252.
- Kocakaya H. Bipolar bozuklukta metabolik sendromun yaşam kalitesi ve işlevsellikle ilişkisi. 2016, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 112 sayfa, Tokat, (Yard.Doç.Dr. Emrah Songur).
- Koç M. Bipolar (ikiüçlü) ve ilişkili bozukluklar. İçinde: *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. Gürhan N. (Eds.). 2016; s.433-474.
- Kutlu Y, Buzlu S, Küçük L, Pektekin Ç. Ruhsal bozukluğa sahip hastası olan aile bireylerinin gereksinimleri ve sorunları ile başa çıkma yolları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 1999; 45(12), s.29–35.
- Lelliott P, Beevor A, Hogman G, Hyslop J, Lathlean J, Ward M. Carers' and users' expectations of services - carer version (CUES-C): A new instrument to support the assessment of carers of people with a severe mental illness. *Journal of Mental Health*. 2003; 12(2), s.143–151.
- Leung P, Cheung M, Tsui V. Help-seeking behaviors among Chinese Americans with depressive symptoms. *Social Work*, 2012; 57(1), s.61-71.
- Lukens EP, Thorning H, Herman DB. Family psychoeducation in schizophrenia: Emerging themes and challenges. 1999; 5(6), s.314–325.
- Madigan K, Egan P, Brennan D, Hill S, Maguire B, Horgan F, Flood C, Kinsella A, O'Callaghan E. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 2012; 27(4), s.281-284.

- Masand PS, Tracy N. Results from an online survey of patient and caregiver perspectives on unmet needs in the treatment of bipolar disorder. *The primary care companion for CNS disorders*, 2014; 16(4).
- Mete S, Hemşireliğin Temel Kavramları. İçinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Aştı AT. (Eds.) Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2016; s.57-78.
- Meyer TD, Kobmann-Bohm S SP. Do child psychiatrists in Germany diagnose bipolar disorders in children and adolescents? Results from a survey. *Bipolar disorders*. 2004; s.426–431.
- Michalak EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2005; 50(2), s.95–100.
- Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life : A patient-centered perspective. *Quality of Life Research*. 2006; 15(1), s.25-37.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60, s.904–912.
- Miklowitz DJ, Schneck, CD, George EL, Taylor DO, Sugar CA, Birmaher B, Kowatch RA, Delbello MP, Axelson DA. Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: A 2-year randomized trial. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(6), s.658–667.
- Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar disorders*, 2005; 7(4), s.326-337.
- Morris CD, Miklowitz DJ, Waxmonsky JA. Family-focused treatment for bipolar disorder in adults and youth. *Journal of Clinical Psychology*. 2007; 63(5), s.433–445.
- Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar disorders*, 2004; 6(6), s.487-497.
- Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, Sayers SL, Rosenthal CK. An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *The British Journal of Psychiatry*, 1992;160(5), s.674-680.
- Mutlu C, Doksat N, Erdogan A. Epidemiology in pediatric bipolar disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2015; 7(4), s.382-390.

- Mutlu E, Karas H, Gözden S. Do Psychiatric Patients Benefit from Non-Medical Help?. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2012; 22(1), s.92.
- Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Bauer M. Bipolar disorder. *The Lancet*, 2002; 359(9302), s.241-247.
- Neogi R, Chakrabarti S, Grover S. Health-care needs of remitted patients with bipolar disorder: A comparison with schizophrenia. *World journal of psychiatry*, 2016, 6(4), s.431-441.
- Ndikuno C, Namutebi M, Kuteesa J, Mukunya D, Olwit C. Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *BMC psychiatry*, 2016; 16(1), 400, s.2-9.
- Nivoli AMA, Murru A, Goikolea JM, Crespo JM, Montes JM, González-Pinto A, Garcia-Portilla P, Bobes J, Saiz-Ruiz J, Vieta E. New treatment guidelines for acute bipolar mania: A critical review. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 140(2), s.125–141.
- Oksal H. Psikiyatri hastalarının yakınlarının duygu kontrol durumları ve yaşam doyumları. 2009, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 92 sayfa, (Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar).
- Özdemir Ö, Doğan O. Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16(2), s.85–94.
- Özel A, Akdemir A, Örsel S. Hipertiroidinin neden olduğu psikotik bozukluk: Bir olgu sunumu. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2002; 39, s.64–66.
- Özer SK, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(2), s.111-120.
- Özerdem A, Tunca Z. Hipomanik-manik-karma dönemin sağaltımı. İçinde: *İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu*. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. (Eds.). Birinci baskı, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2010; s.21–40.
- Özgür G, Gümüş AB, Durdu B. Evde ve yurtda kalan üniversite öğrencilerinde yaşam doyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(1), s.25–32.
- Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. 2011; 4 (4), s.153-158.
- Parry PI, Levin EC. Pediatric bipolar disorder in an era of “mindless psychiatry”. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2012; 13(1), s.51-68.

- Perry A, Tarrrier N, Morriss R, Mccarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999; 318(January), s.149–153.
- Post RM, Altshuler LL. Duygudurum bozuklukları: İkiüçlü bozukluğun tedavisi. İçinde: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Çev. Aydın H, Bozkurt A (Eds.). Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara; 2007; s.1661–1706.
- Rahmani F, Ebrahimi, H, Ranjbar F, Razavi SS, Asghari E. The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorders: A randomized controlled trial. *Tabriz University of Medical Sciences*. 2016; 5(4), s.287–297.
- Reid J, Lloyd C, Groot L. The psychoeducation needs of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Advances in Mental Health*. 2005;4(2), s.65–77.
- Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnín CM, Franco C, Solé B, Kapczinski F, Vieta E. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 123(1–3), s.81–86.
- Rihmer Z, Angst J. Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. İçinde: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Çev. Aydın H,Bozkurt A. (Eds.). Sekizinci baskı, Güneş Kitabevi, Ankara; 2007; s.1575–1581.
- Rush AJ. Duygudurum bozuklukları: Depresyonun tedavisi. İçinde: *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Çev. Aydın H,Bozkurt A. (Eds.). Sekizinci baskı, Güneş Kitabevi, Ankara; 2007; s.1652–1661.
- Sabanciogullari S, Tel H. Information needs, care difficulties, and coping strategies in families of people with mental illness. *Neurosciences*. 2015; 20(2), s.145–152.
- Sachs GS. Unmet clinical needs in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2003; 23(3 Supp: 1), s.2-8.
- Saito-Tanji Y, Tsujimoto E, Taketani R, Yamamoto A, Ono H. Effectiveness of simple individual psychoeducation for bipolar II disorder. *Case Reports in Psychiatry*. 2016; s.1–4.
- Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009; 78(5), s.285–297.
- Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açikel CH. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. 2015; 4(1), s.32-38.

- Sayar GH, Özten E, Ünsalver BÖ. Bipolar bozuklukta kişilerarası ilişkiler ve sosyal ritim terapisinin temel ilkeleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; 6(4), s.438-446.
- Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar disorders*, 2005; 7(2), s.159-165.
- Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*. 2003; 123C(1), s.48-58.
- Soltaninejad A, Von Kardorff E, Kamali M, Shahrabaki ME. Development and validation of a questionnaire to measure quality of life in caregivers of patients with schizophrenia and affective disorders (SAC-QoL). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2017; 11(2):e9195, s.2-11.
- Stafford N, Colom F. Purpose and effectiveness of psychoeducation in patients with bipolar disorder in a bipolar clinic setting. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013; 127(Suppl:442), s.11-18.
- Stengard E. Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nordic journal of psychiatry*, 2003; 57(4), s.271-277.
- Studart P, Galvão-de Almeida A, Bezerra-Filho S, Caribé A, Afonso NR, Daltro C, Miranda-Scippa Â. Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder?. *Psychiatry research*, 2016; 246, s.796-802.
- Sungur MZ. İki uçlu bozuklukta bilişsel davranışçı terapilerin yeri ve önemi, *Journal of Mood Disorders*. 3(5), s.41-44.
- Switsers L, Dauwe A, Vanhoudt A, Van Dyck H, Lombaerts K, Oldenburg, J.F.E. Users' Perspectives on mHealth Self-Management of Bipolar Disorder: Qualitative Focus Group Study. *JMIR Health and Health*, 2018; 6(5), e108.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2011-2016 yılları için planlanan eylemler. İçinde: *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK. (Eds.). Ankara; 2011; s.22-25.
- Tambağ H. Huzurevindeki yaşlılara sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam doyumu geliştirmeye yönelik verilen psikoeğitimin değerlendirilmesi. 2010, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 116 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Fatma Öz).
- Tambağ H, Öz F. Grup psikoeğitiminin yaşlıların hemşirelik bakımında kullanılması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; s.47-53.
- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 2012; 14(3), s.66-74.

- Tezcan G. İki uçlu bozukluk hastalarında grup psikoeğitiminin hastalık belirtileri, içgörü, tedavi uyumu ve işlevsellik üzerine etkilerinin araştırılması. 2017, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, 138 sayfa, Ankara, (Uzm. Dr. Seher Olga Güriz).
- Todd NJ, Jones SH, Lobban FA. What do service users with bipolar disorder want from a web-based self-management intervention? A qualitative focus group study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2013; 20(6), s.531-543.
- Tomita A, Burns J K, King H, Baumgartner, J N, Davis G P, Mtshemla S, Nene S. Beyond symptom management: Family relations, unmet needs of persons living with severe mental illnesses, and potential implications for social work in South Africa. *Social work in health care*, 2016;55(1), s.12-27.
- Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*, 2003; 16(1), s.18–23.
- Tredget J, Svobodova M, Group psycho-education for bipolar disorder. *Nursing Times*. 2013; 109(5), s.21–23.
- Tunç S, Yiğiter S, Altınbaş K, Kurt E, Oral T. Çok nadir görülen bir olgu: 17- α hidroksilaz eksikliği ve duygudurum bozukluğu birlikteliği. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 2013; 50(3), s.279–282.
- Urbanoski K, Inglis D, Veldhuizen S. Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2017;62(8), s.551-559.
- Üstündag MF, Kesebir S. İki uçlu bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: Klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013; 24(4), s.1–9.
- Vega P, Barbeito S, Ruiz de Azúa S, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Ortega I, Saenz M, González-Pinto A. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health (London, England)*. 2011; 7(6), s.663-674.
- Vergunst FK, Fekadu A, Wooderson SC, Tunnard CS, Rane LJ, Markopoulou K, Cleare AJ. Longitudinal course of symptom severity and fluctuation in patients with treatment-resistant unipolar and bipolar depression. *Psychiatry Research*. 2013; 207(3), s.143–149.

- Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder : From wishful thinking to an evidence-based approach, 2004; 110(1), s.34–38.
- Vojta C, Kinoshian B, Glick H, Altshuler L, Bauer M.S. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Comprehensive psychiatry*, 2001; 42(3), s.190-195.
- Wilson L, Crowe M, Scott A, Lacey C. Psychoeducation for bipolar disorder: A discourse analysis. *International journal of mental health nursing*, 2018; 27(1), s.349-357.
- Wong DFK, Lam AYL, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and quality of life outcomes*, 2012; 10(1), s.1-9.
- World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life (Vol. 28). 1998 <https://doi.org/10.5.12>
- Wortans J, Happell B, Johnstone H. The role of the nurse practitioner in psychiatric/mental health nursing: Exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006; 13(1), s.78-84.
- Wyatt RJ, Henter I. An economic evaluation of manic-depressive illness-1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995; 30(5), s.213–219.
- Yalvaç HD, Kotan Z, Ünal S. Şizofreni hastalarında çare arama davranışı ve ilişkili faktörler: Türkiye'nin doğusunda ve batısındaki iki popülasyon arasında karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015; 28, s.154-161.
- Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar disorders*, 2004; 6(5), s.379-385.
- YAZICI A, Saatçioğlu Ö, Coşkun S, Yanık, M. Bakırköy kronik ruhsal hasta rehabilitasyon formu'nun yapılandırılması/Structuring of the Bakırköy rehabilitation form for patient with chronic mental illness. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 2010; 47(3), s.183-195.
- YAZICI O, Çakır S. Duygudurum bozuklukları. İçinde: Psikiyatri. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O. (Eds.). Birinci baskı, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, İstanbul; 2009; s.106-129.
- Yıldırım AD. İki uçlu bozukluğu olan hastalara verilen psikoeğitimin tedavi uyumu ve yaşam kalitesine etkisi. 2014, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 71 sayfa, Gaziantep, (Prof. Dr. Haluk A. Savaş).

- Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. Şizofreni Hastalarının Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgi ve Görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(2), s.105-113.
- Yılmaz G. Bipolar affektif bozuklukta komorbid anksiyete bozuklukları ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması. 2007, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Doç.Dr.Atila Erol).
- Yılmaz S. Şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimleri. 2011, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 154 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Sevim Buzlu).
- Yılmaz FD, Yavuz KF, Altınbas K, Lordoğlu DY, Kurt E. Tek ve ikili duygudurum dengeleyici ile koruma altındaki iki uçlu bozukluk tip 1 tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2015; 28(4), s.356-361.
- Yontar G, Semiz M, Kugu N, Dogan O, Kavakçı O. Psychotic mania associated with hypothyroidism: a case report. *Journal of Mood Disorders*, 2015; 5(3), s.134-137.
- Yu M, Ying Chair S, Wh Chan C, Li X, Choi KC. Perceived learning needs of patients with heart failure in China: A cross-sectional questionnaire survey. *Contemporary nurse*, 2012; 41(1), s.70-77.
- Yurtsever E, Tarlaci N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıklarının tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 2001; 14(1), s.33-40.
- Zendjidjian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Gaubert N, Parola N, Lançon C, Boyer, L. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *Journal of affective disorders*, 2012; 136(3), s.660-665.
- Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS, Sachs GS, Thase ME. Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from the first 2000 systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD) participants. *Comprehensive Psychiatry*, 2006; 47(3), s.161-166.

EKLER

EK-1

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİ TANITICI BİLGİ FORMU

Bu anket formu “**Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin ve Bakım Verenlerinin Psiko eğitim Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi**” adlı tez çalışması için hazırlanmıştır. Bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanılacak olup saklı kalacaktır. Aşağıda verilen soruları dikkatli bir şekilde okuyarak cevaplamanız rica olunur.

**ÇOMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Sevcan ÖZ**

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
1 () Kadın 2 () Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
1 () Bekar 2 () Evli 3 () Boşanmış 4 () Eşini kaybetmiş
4. Kaç çocuğunuz var ?
1 () Yok 2 () Var:.....
5. Şu anda evinizde kim/kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
1 () Yalnız 2 () Annem ve babam ile
3 () Sadece annem ile 4 () Sadece babam
5 () Eş/çocuklar ile 6 () Sadece eşim ile
7 () Sadece çocuklarım ile 8 () Bir yakınım ile
9 () Diğer:.....(Belirtiniz)
6. Yaşadığınız yerle ilgili uygun olan seçeneği işaretleyiniz.
1 () Kendi evimde 2 () Kirada
3 () Bir yakınımın yanında 4 () Diğer:.....(Belirtiniz)
7. Eğitim düzeyiniz nedir?
1 () Okuryazar 2 () İlkokul 3 () Ortaokul 4 () Lise
5 () Lisans 6 () Yüksek lisans 7 () Doktora
8. Mesleğiniz nedir?
1 () Çalışmıyor 2 () Ev hanımı 3 () Esnaf 4 () Memur
5 () Öğrenci 6 () Emekli 7 () İşçi 8 () Diğer.....(Belirtiniz)
9. Daha önce bir işte çalıştınız mı?
1 () Evet 2 () Hayır
10. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
1 () Evet.....(Belirtiniz)
2 () Hayır (Cevabınız hayır ise 12. soruya geçiniz.)
11. Kaç yıldır sigortalı bir işte çalışıyorsunuz?.....(Rakamla belirtiniz)
12. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1 () Yüksek 2 () Orta 3 () Düşük
13. Ailenizde psikiyatrik bir hastalık öyküsü var mı?
1 () Yok 2 () Var
14. Ne kadar süredir bipolar bozukluğu tedavisi görüyorsunuz?.....
15. Hastalığınızın başlama yaşı nedir?
16. Hastalığınız nedeniyle tedavi olmak için hastaneye yattınız mı?
1 () Evet 2 () Hayır (Cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz)
17. Evet ise kaç kez yattınız?

18. Hastalığınız nedeniyle tıp dışı kişilere (hoca, üfürükçü, büyücü) başvurduunuz mu?
1 () Evet 2 () Hayır
19. Bipolar bozuklukla ilgili herhangi bir derneğe, gruba üye misiniz?
1 () Evet 2 () Hayır
20. Kendi doktorunuzla tedavinizle ilgili görüşmelerinizin dışında bipolar bozukluk ile ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?
1 () Evet 2 () Hayır
21. Hastalığınızla ilgili hemşirelerden eğitim aldınız mı?
1 () Evet 2 () Hayır
22. Hastalığınızın tekrar etme sayısı nedir?.....
23. Mevsim değişimlerinde kendinizde/duygularınızda değişim (aşırı mutluluk, aşırı mutsuzluk, hiçbir şeyden zevk alamama vb.) hissettiğiniz oluyor mu?
1 () Evet 2 () Hayır
24. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?
1 () Evet 2 () Hayır
25. Olduysa kaç kere intihar girişiminde bulundunuz?.....
26. Başka bir fiziksel hastalığınız var mıdır?
1 () Yok 2 () Diyabet 3 () Hipertansiyon
4 () Tiroid 5 () Kanser 6 () Kalp yetmezliği
7 () Astım/KOAH 8 () Diğer.....(Belirtiniz)
27. Sigara kullanıyor musunuz?
1 () Evet 2 () Hayır
28. Alkol kullanıyor musunuz?
1 () Evet 2 () Hayır
29. Bağımlılık yapan bir madde kullanıyor musunuz?
1 () Evet 2 () Hayır
30. Son duygudurum tipi nedir?
1 () Manik/hipomanik 2 () Major depresif 3 () Karma
31. Bipolar bozukluğun tipi nedir?
1 () Bipolar I 2 () Bipolar II 3 () Hızlı döngülü bozukluk
32. Hastalıkla ilgili geçirilen nöbet dönemlerinin sayısı nedir?
1 () Manik dönem:..... 2 () Hipomanik dönem:.....
3 () Depresif dönem:.... 4 () Karma dönem

EK-2

BAKIM VERENLERİ TANITICI BİLGİ FORMU

Bu anket formu “**Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin ve Bakım Verenlerinin Psiko eğitim Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi**” adlı tez çalışması için hazırlanmıştır. Bilgileriniz bilimsel amaçlı kullanılacak olup saklı kalacaktır. Aşağıda verilen soruları dikkatli bir şekilde okuyarak cevaplamamız rica olunur.

ÇOMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Sevcan ÖZ

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
1 () Kadın 2 () Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
1 () Bekar 2 () Evli 3 () Boşanmış 4 () Eşini kaybetmiş
4. Hastanıza yakınlık dereceniz nedir?.....(Belirtiniz)
5. Eğitim düzeyiniz nedir?
1 () Okuryazar değil 2 () İlkokul 3 () Ortaokul
4 () Lise 5 () Lisans 6 () Yüksek Lisans
7 () Doktora
6. Mesleğiniz?.....(Belirtiniz)
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
1 () Evet 2 () Hayır
8. Gelir gider durumunuz nasıldır?
1 () Yüksek 2 () Orta 3 () Düşük
9. Sosyal güvence durumunuz nedir?
1 () Var 2 () Yok
- 10.En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?
1 () Köy 2 () İlçe 3 () Şehir
- 11.Yakınınızın bipolar bozukluk hastası olması sizin yaşamınızda değişikliklere neden oldu mu?
1 () Evet 2 () Hayır
- 12.Evet ise ne tür değişiklikler olduğunu belirtiniz?.....
.....
- 13.Yakınınızın bipolar hastası olması nedeniyle, yaşadığınız zorluklarla ne şekilde baş ettiğinizi düşünüyorsunuz?
1 ()Çok iyi baş ediyorum 2 ()İyi baş ediyorum
3 ()Biraz baş ediyorum 4 ()Hiç baş edemiyorum
- 14.Yakınınızın bipolar bozukluk hastası olması nedeniyle tıp dışı kişilere başvurduğunuz mu?
1 () Evet 2 () Hayır
- 15.Bipolar ile ilgili bir dernek ya da gruba üye misiniz?
1 () Evet 2 () Hayır
- 16.Yakınınızın tedavisi ile ilgili doktorla görüşmeleriniz dışında bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?
1 () Evet 2 () Hayır
17. Yakınınızın hastalığı ve tedavisi ile ilgili hemşirelerden eğitim aldınız mı?
1 ()Evet 2 () Hayır

EK-3

PSİKOEĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bu form bipolar bozukluğu olan hastaların ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Formda belirtilen konuları “bu konuda eğitime ihtiyacım var”, “kararsızım” ya da “bu konuda eğitime ihtiyacım yok” şeklinde (X) işaretini kullanarak belirtiniz.

	Bu konuda eğitime ihtiyacım var	Kararsızım	Bu konuda eğitime ihtiyacım yok
1.Aşırı çöşku, mutluluk ve hayalperestlik ile baş etme			
2.Enerji sorunları ile baş etme			
3.Duygulardaki ani ve şiddetli değişiklikler ile baş etme			
4.İstenmeyen, kötü sonuçlar doğurabilecek davranışlar ile baş etme (hızlı araç kullanma, hayat hakkında ani kararlar verme vb.)			
5.İştah problemleri ile baş etme			
6.Uyku problemleri ile baş etme			
7.Öfke, kavgacı ve geçimsiz davranışlar ile baş etme			
8.Gerçeğe uymayan düşünce ve inançlar ile baş etme			
9.Fikir uçuşması, konudan konuya atlama ile baş etme			
10.Endişe ve gerginlik ile baş etme			
11.Cinsel problemler ile baş etme			
12.İntihar düşünceleri ile baş etme			
13.Şiddetli mutsuzluk, umutsuzluk ve karamsarlık ile baş etme			
14.Dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü ile baş etme			
15.Etkinliklere ilgi ve istek kaybı ile baş etme			
16.Bipolar bozukluğun zaman içinde gidişi ve seyri			
17.Bipolar bozukluğun nedenleri			
18.Bipolar bozuklukta uygulanan ilaç tedavisi			
19.Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri			
20.Bipolar bozuklukta uygulanan diğer tedavi yöntemleri			
21.Bipolar bozukluğun belirtileri			
22.Bipolar bozuklukta ataklar öncesinde ortaya çıkan erken uyarıcı belirtiler			
23.Bipolar bozukluğun tipleri			
24.Bipolar bozukluğu olan hastaların yasal hakları			
25.Düzenli ilaç kullanmayı öğrenme ve sürdürme			
26.Başkalarına bağımlı olmadan günlük yaşamı			

sürdürme becerileri			
27.Sağlık hizmeti veren kurumlardan yararlanma			
28.Boş zaman aktivitelerini planlama			
29.Hastaneye yatma ile ilgili sorunlar ile baş etme			
30.Sosyal yaşama uyum sorunları ile baş etme			
31.Evdeki yaşama uyum sorunları ile baş etme			
32.Alkol veya uyuşturucu kullanma ile baş etme			
33.Aşırı sigara kullanma ile baş etme			
34.İş ve çalışma ortamından kaynaklanan sorunlarla baş etme (vardiya usulü çalışma, uygun olmayan işte çalışma vb.)			
35.İş bulamama / çalışmamanın yarattığı ekonomik, duygusal ve sosyal sorunlar ile baş etme (engelli kadrosunda işe girmek, iş ve işçi bulma kurumu)			
36.Problem çözme becerileri			
37.Bipolar bozukluk ile ilgili özel grup ya da dernekler			
38.İletişim becerileri			
39.Bipolar bozukluğu olan hastalar ve/veya yakınları için sosyal desteğin önemi			
40.Toplumun damgalayıcı tutum ve davranışları ile baş etme			
41.Aile üyelerinin birbirini damgalayıcı tutum ve davranışları ile baş etme			
42.Kendi kendini damgalayıcı düşünceler ile baş etme			

EK-4
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU
WHOQOL-BREF

Lütfen her soruyu okuyunuz. Yaşamınızın son iki haftasını değerlendiriniz ve soruların cevaplarından size uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız.

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

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

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

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

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

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

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

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

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

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

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

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derece
U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK 5

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ					
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU					
Doküman:	Form-11	Revizyon No:	02	Revizyon Tarihi:	23 / 01 / 2012

Çalışmanın adı: BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN VE BAKIM VERENLERİNİN PSİKOEĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN VE YAŞAM KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ

Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Tel : 505 704 66 32

Hemşire Sevcan ÖZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Tel : 544 833 69 92

1. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

Bipolar bozukluk ruhsal hastalıklar arasında sık görülen bozukluklardandır. Bipolar bozukluk, sosyal ve meslek hayatında bozulmaya yol açan, kişinin kendisinin ve çevresinin yaşamının olumsuz yönde etkilendiği, tekrarlayıcı ve uzun süren bir ruhsal bozukluktur. Toplumsal hayata tam anlamıyla hazır olmadan taburcu olan hastalar çok geçmeden tekrardan hastalanıp hastaneye yatırılmaktadır. Bu sorun da hasta ve bakım verenlerinde bazı sorunlara neden olabilmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylere ilaç tedavisinin yanı sıra eğitimler verilebilmektedir. Uygulanan bu eğitimlerdeki amaç bipolar bozukluğu olan bireyin ilaç uyumunun sağlanması, bireyin ve bakım verenlerinin hastalık hakkında eğitiminin sağlanması, emosyonel destek verilmesi, yeterli baş etme yeteneklerinin kazandırılması, intihar riskinin, hastalığın tekrarının, hastaneye yatış sayısının ve süresinin azaltılmasıdır.

Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylerin ve bakım verenlerinin hangi konularda eğitime ihtiyaç duyduklarının saptanması ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Bu araştırma yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır. Araştırma Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimi'ne, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi'ne başvuran bipolar bozukluğu olan birey ve bakım verenleri ile yapılacağı için siz seçildiniz.

3. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılma zorunluluğunuz yoktur ve araştırmanın herhangi bir aşamasında bildirmeden araştırmadan ayrılma hakkınız vardır. Araştırmadan çekilmeniz halinde cevaplamış olduğunuz formlar imha edilecektir.

4. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Size bazı anketler verilerek cevaplamanız istenecektir.

5. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir risk bulunmamaktadır.

6. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?

Çalışmaya katılmanız halinde herhangi bir maddi kazancınız olmayacaktır.

7. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?

Araştırmaya katılmanız halinde herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz

8. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Anketler isimsiz olarak doldurulacaktır. Araştırma sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacak olup kişisel bilgileriniz özenle korunacaktır.

9. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

İsterseniz araştırma sonunda size araştırmanın sonucu ile ilgili bilgi verilecektir.

10. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmanın sonuçları tıbbi kongrede(toplantıda) ya da dergide yayınlanacaktır.

11.Daha ayrıntılı bilgi için,

Hemşire Sevcan ÖZ ve Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ ile iletişime geçebilirsiniz.

12.Teşekkür:

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.

ONAM FORMU (D²)

Araştırmanın Adı: BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN VE BAKIM VERENLERİNİN PSİKOEĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN VE YAŞAM KALİTELERİNİN BELİRLENMESİ

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 6

Çanakkale İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Çanakkale İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 33598204-774.01.99
Konu : Araştırma Çalışması(Sevcan ÖZ)

Sayın Sevcan ÖZ

İlgi : 01/02/2017 tarihli dilekçeniz;

"Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin ve Bakım Verenlerinin Psikoeğitim Gereksinimlerinin ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmanız, 20 Şubat 2017 tarihinde toplanan Bilimsel Çalışma ve Anket Komisyonumuzca yeniden değerlendirilmiş ve EK-4 Yaşam Kalitesi Ölçeğinde yer alan hasta mahremiyetine uygun olmayan soruların çıkarıldığı görülmüştür.

27 Şubat 2017 - 29 Aralık 2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Çanakkale Devlet Hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Hasta Hakları ve Mahremiyeti ile Gönüllülük ilkeleri çerçevesinde yapılması uygun bulunmuştur.

Söz konusu çalışmanız bitiminde hazırlayacağınız raporun bir örneğinin Genel Sekreterlik Eğitim AR-GE Birimine gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Kerim YEŞİLDAĞ
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza
Aşılı İle Aynıdır
Serkan ERKUS
Uzman
22.02/2017

TOKİ 960 Konutları Hamidiye Mah. Rauf Denктаş Cad. No: 3 Kepez/ÇANAKKALE

Faks No:0 286 217 63 63

e-Posta:sakibe.karaturna@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sakibe KARATURNA Eğitim
AR-GE Birimi Tel:0 (286) 262 00 10 Dahili 1201 Faks: 0 (286) 217 63 63 E-posta :
sakibe.karaturna@saglik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9ac76239-eafd-4bef-9bd9-66180a8ccca9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Sakibe KARATURNA

Unvan.HEMŞİRE

Telefon No:02862620010

EK 7

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği
Yazı İşleri Birimi

Sayı :27222899-199-E.27448
Konu :Kurum İzni (Sevcan ÖZ)


02.03.2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.02.2017 tarihli ve 78714105-199-E.21256 sayılı yazınız.

Başhekimliğimize ilemiş olduğunuz ilgi yazıya istinaden Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile görüşülmüş olup 23.02.2017 tarih ve 82167243-806.01.03- E.23082 sayılı yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

 e-İmzalıdır

Prof. Dr. Okhan AKDUR
Başhekim V.

Ek : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yazısı

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunun gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Cumhuriyet Mah. Sahil Yolu No: 5 Kepez / ÇANAKKALE Terzioğlu Yerleşkesi EK
Bina, Merkez Çanakkale

Bilgi için:Ömer HADİMOĞLU
Hastane Müdürü

EK 8

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı :18920478-050.01.04/E.29308 06.03.2017

Konu:Başvuru İncelemesi

Sayın Doç. Dr. Aysun Babacan GÜMÜŞ

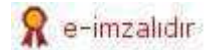
Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerin Ve Bakım Verenlerinin Psikoeğitim Gereksinimlerinin Ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.12799 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 01/03/2017 tarih ve 04-07 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :01.03.2017 14:00

Karar No :2017-04

Karar-07)2011-KAEK-27/2017-E.12799 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ' ün çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR**" kararı verilmiştir.



Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR

Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Faize OTURAN
Sekreter

EK 9

SİRALLI TEZ KONTROL FORMU

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

<p>Tarih: 01/08/2018</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Öğrenci</p> <p>Adı ve Soyadı,</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>İmza</p>	<p>Tarih: 01/08/2018</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Danışmanın</p> <p>Adı ve Soyadı,</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>İmza</p>
---	--

EK 10

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SİRALLI/CİTLİ TEZ YAZIM KONTROL LİSTESİ

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓UYGUN	✓UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Onay sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Teşekkür sayfası	✓UYGUN	✓UYGUN
Türkçe özet	✓UYGUN	✓UYGUN
İngilizce özet	✓UYGUN	✓UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekiller dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tablolar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓UYGUN	✓UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	✓UYGUN	✓UYGUN
Yöntem ve Gereç	✓UYGUN	✓UYGUN
Bulgular	✓UYGUN	✓UYGUN
Tartışma	✓UYGUN	✓UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓UYGUN	✓UYGUN
Kaynaklar	✓UYGUN	✓UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	✓UYGUN	✓UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	✓UYGUN	✓UYGUN
Tez planı	✓UYGUN	✓UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	✓UYGUN	✓UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓UYGUN	✓UYGUN
<p>Tarih: 10.08/2018  Öğrenci Adı ve Soyadı,  İmza</p>		<p>Tarih: 10.08/2018  Danışmanın Adı ve Soyadı,  İmza</p>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sevcan	Soyadı	ÖZ
Doğum Yeri	Osmangazi/BURSA	Doğum Tarihi	25.06.1990
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	sevcanoz202@gmail.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2016-devam ediyor
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi	2013

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2017-Devam ediyor
2. Hemşire	Çanakkale Devlet Hastanesi	2016-2017
3. Hemşire	Uzunköprü Devlet Hastanesi	2015-2016
4. Hemşire	Özel Medigüven Hastanesi-Salihli	2014-2015
5. Hemşire	Salihli Özel Can Hastanesi	2013-2013

Yabancı Dil Sınav Notu#

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
		53						

□ Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır □ KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

1. Gümüş AB, Öz S, Duman M, Türkiye’de Kanser Hastaları ve Yakınları ile Yapılan Psikoeğitim Çalışmaları: Bir Literatür Taraması, 2016. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. (Kasım 2016).
2. Altan Sarıkaya N, Öz S, Öztürk S. Ruhsal Yönden Risk Altında Olan Kadınların Kendini Toparlama Gücü İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. Kocaeli/Türkiye (Ekim 2017).
3. Öz S, Altan Sarıkaya N. Çalışan Anne Olmak: Zorlanmış Anne Sendromu. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi. Kocaeli/Türkiye (Ekim 2017).
4. Öz S, Altan Sarıkaya N. Dijital Oyun Bağımlılığı, I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. Edirne/Türkiye (Kasım 2017).
5. Erdem R, Oktay A, Öz S, Altan Sarıkaya N, Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajı. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Çanakkale/Türkiye (Nisan 2018).
6. Pehlivan Ç, Şeker G, Altan Sarıkaya N, Öz S. Hemşirelik öğrencilerinin olumlu düşünme beceri düzeyleri ile yenilikçilik düzeyleri arasındaki ilişki. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Çanakkale/Türkiye (Nisan 2018).
7. Öz S, Altan Sarıkaya N, Kuçukkaya B, Kahyaoğlu Sut H. The relationship between weight-related body perception in pregnancy and acceptance of pregnancy. 6th International Conference on Advance Nursing Practice. June 22-22, 2018. Paris, France (Haziran 2018).
8. Kuçukkaya B, Sut HK, Oz S, Sarıkaya NA. The relationship between dyadic adjustment and prenatal attachment in pregnancy. 6th International Conference on Advance Nursing Practice. June 22-22, 2018. Paris, France. (Haziran 2018)

B-Katıldığı Uluslararası ve Ulusal Konferans ve Kongreler:

1. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa/Türkiye 6-9 Kasım, 2016.
2. Trakya Üniversitesi Evidence-Based Nursing Research Workshop: International Article Publishing Process With Editor’s Perspective. Çalıştayı, Edirne/Türkiye 15-16 Mayıs 2017.

3. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli/Türkiye 5-6 Kasım, 2017.
4. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi. Edirne/Türkiye Kasım 2017.
5. 17. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Çanakkale/Türkiye Nisan 2018.
6. 6th International Conference on Advance Nursing Practice. Paris/France June 22-22, 2018.

C-Sertifikalar:

1. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından verilen 'Diksiyon Kursu' sertifikası, (2012).
2. Instituto Politecnico de Leiria'da düzenlenen A/1 ve A/2 Seviye Portekizce Dil Eğitimi sertifikaları, (27 Ağustos- 7 Eylül 2011).
3. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından verilen 'İşaret Dili Kursu' sertifikası, (23 Aralık 2015-19 Ocak 2016).
4. 'IV. Uluslararası Ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi' katılım belgesi, (Kasım 2016).
5. 'Psikiyatri Hemşireliğinde Psiko eğitim Uygulayıcı Eğitimi' sertifikası, (Kasım 2016).
6. 'Trakya Üniversitesi Evidence-Based Nursing Research Workshop: International Article Publishing Process With Editor's Perspective Çalıştayı' katılım belgesi, 15-16 Mayıs 2017.
7. 'USUI REIKI RYOHO Usui System Of Natural Healing', Gendai Reiki-Ho, Reiki 1 (Shoden), Edirne, (Temmuz 2017).
8. '2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi' katılım belgesi, (Ekim 2017).
9. '6th International Conference on Advance Nursing Practice' katılım belgesi, (Haziran 2018)