

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN TEDAVİYE
UYUMLARININ ARTTIRILMASINDA PSİKOEĞİTİMSEL
MODELİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şirin HARKIN

Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.

DÜZCE
2009

**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN TEDAVİYE
UYUMLARININ ARTTIRILMASINDA PSİKOEĞİTİMSEL
MODELİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şirin HARKIN

**Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr. Fatma EKER**

**DÜZCE
2009**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Yrd.Doç.Dr.Fatma EKER
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)



Üye

Yrd.DoçDr.Fatma EKER
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)



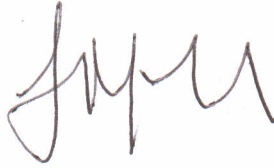
Üye

Doç.Dr.Adnan ÖZÇETİN
(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)



Üye

Arş.Gör.Dr. Figen İNCİ
(Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu
Öğretim Üyesi)



ONAY :

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Özlem YAVUZ
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince her türlü yardım ve desteği esirmeyen, tecrübesi ve bilgisi ile bana daima yol gösteren, tez danışmanı olarak beni yönlendiren değerli hocam Yrd.Doç.Dr. Fatma Eker'e, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda değerli hocalarım Doç.Dr. Numan Konuk, Yrd.Doç.Dr. Levent Atik ve Yrd.Doç.Dr. Nuray Atasoy'a teşekkür ederim. Tezimin hazırlanması ve düzenlenmesi aşamasında destek olan ve birlikte çalışmaktan her zaman kıvanç duyduğum Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servis arkadaşlarıma teşekkür ederim. Araştırmaya verdikleri maddi desteklerinden dolayı Osman Aydın ve İdris Bülent Soysal'a teşekkür ederim. Araştırmaya katılan bireylere çalışmaya gösterdikleri duyarlılıktan dolayı teşekkür ederim. Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü kapisimi çeken, üzüldüğümde benimle üzülen, sevdiğimde benimle sevinen aileme teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bu araştırma Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastalara verilen psikoeğitimin tedaviye uyumun artırılmasında etkinliğini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evreni, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Duygudurum Polikliniğinde ayaktan takip edilen, DSM-IV-TR ölçütlerine göre Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 30 deney, 33 kontrol olmak üzere 63 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, hastaların tanıtıcı özelliklerini belirleyen form, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS), McEvoy Tedavi İzlem Formu ve Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği'nin (ANT) hastalara öntest ve sontest olarak uygulanması suretiyle toplanmıştır. Deney grubuna 6 haftalık, haftada 2 saatlik psikoeğitim uygulanmış, kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Verilerin analizinde ki kare ve t testi uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda; deney grubundaki hastaların %63.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sının tedaviyi bırakma öyküsü olduğu; en fazla tedaviyi bırakma nedenlerinin iyileştiğini düşünme (%35.59) ve ilaçsız başarabileceğini düşünme (%33.89) olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların tedaviye uyum oranı ön testte %40 (12 hasta) iken, son testte bu oran %86.7 (26 hasta), kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyum oranı ön testte %33.3 (11 hasta) iken, son testte %24.2 (8 hasta) olmuştur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testte MARS ve ANT puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$) iken, psikoeğitim sonrası (son test) deney grubunda artış olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda ayaktan tedavi edilen Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış hastaların tedaviye uyumunun artırılması için psikoeğitim uygulanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Affektif Bozukluk, Tedaviye Uyum, Psikoeğitim, Hemşirelik.

ABSTRACT

This study was carried on experimentally to evaluate the efficiency of psychoeducation on enhancing treatment adherence in patients with Bipolar Affective Disorder.

The universe of this research was a group of outpatients of Zonguldak Karaelmas University, Practice and Research Hospital, Mood Disorders Clinic who were diagnosed with Bipolar Affective Disorder according to the DSM-IV-TR criteria. The sample of the study was a group of 63 patients, 30 of whom were experiment and the rest 33 constituted the control group.

The data of this study was obtained by using patient identification forms, Medication Adherence Rating Scale (MARS) and Neuroleptic Treatment (ANT) questionnaire which are given to the patients as pre and post test. The experiment group was given 2 hours of psychoeducation for 6 weeks, while the control group was given nothing. For the data analysis Chi Square and T-tests are used.

As a result of the study, it was found that 63.3% of the experiment group patients and 57.6% of the control group patients had a story of leaving the treatment; and that the most prominent reason of leaving medication was the thought of recovery (35.59%), and the feeling strong to succeed without medication/drugs (33.89%). While the treatment adherence rate of the patients in experiment group was 40% (12 patients) in the first test, this rate was 86.7% (26 patients) in the last test. Meanwhile the treatment adherence rate of the control group patients was 33.3 % (11 patients) in the first test, and 24.2% (8 patients) in the last test. In the first test the difference in the average of MARS and ANT points of the patients in control and experiment group ($p>0.05$) was statistically meaningless; however, after the psychoeducation (the last test) an improvement in the rate of adherence was seen in the experiment group and a statistically meaningful difference between the groups ($p<0.05$) was determined.

As a result, with respect to the findings of this study, in order to enhance the treatment adherence of the outpatients diagnosed with Bipolar Affective Disorder psychoeducation is recommended.

Key Words: Bipolar affective disorder, compliance, psychoeducation, nursing.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| ONAY SAYFASI..... | iii |
| TEŞEKKÜR..... | iv |
| ÖZET | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| İÇİNDEKİLER..... | vii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR | x |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | xi |
| TABLOLAR DİZİNİ..... | xii |
| 1.GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1. Problem Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı..... | 5 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 2.1. Bipolar Affektif Bozukluk..... | 6 |
| 2.1.1. Tanım..... | 6 |
| 2.1.2. Tarihçe..... | 6 |
| 2.1.3. Epidemiyoloji..... | 8 |
| 2.1.4. Etiyoloji | 10 |
| 2.1.5. BAB Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikler | 13 |
| 2.1.5.1. Bipolar I Bozukluğu | 14 |
| 2.1.5.2. Bipolar II Bozukluğu | 14 |
| 2.1.5.3. Siklotimik Bozukluk..... | 15 |
| 2.1.5.4. Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk..... | 15 |
| 2.1.5.5. Hipomanik Dönem | 16 |
| 2.1.5.6. Manik Dönem Klinik Özellikleri | 17 |
| 2.1.5.7. Depresif Dönem..... | 18 |
| 2.1.5.8. Karma Manik Dönem | 20 |
| 2.1.6. Ayırıcı Tanı..... | 21 |
| 2.1.8. Gidiş ve Sonlanma | 22 |
| 2.1.9. Tedavi | 23 |
| 2.1.9.1. Lityum..... | 23 |
| 2.1.9.2. Valproat ve Karbamezapin..... | 23 |

| | |
|---|----|
| 2.1.9.3. Lamotrijin..... | 24 |
| 2.1.9.4. Antipsikotikler..... | 24 |
| 2.1.9.5. Antidepresanlar | 24 |
| 2.1.9.6. EKT (Elektro Konvülsif Tedavi)..... | 25 |
| 2.1.9.7. Koruyucu Tedavi | 25 |
| 2.1.9.8. Psikososyal Yaklaşımlar | 26 |
| 2.1.10. Hemşirelik Yaklaşımı | 26 |
| 2.1.10.1. BAB’da Bazı Hemşirelik Tanıları ve Uygulanacak Girişimler | 27 |
| 2.2. Bipolar Affektif Bozuklukta Tedaviye Uyum | 29 |
| 2.2.1. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk..... | 29 |
| 2.2.2. BAB Olan Hastalarda Tedaviye Uyumun Ölçülmesi | 31 |
| 2.2.3. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumsuzluğun Görülme Sıklığı ve Sonuçları | 34 |
| 2.2.4. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumsuzluğun Risk Faktörleri | 36 |
| 2.2.5. Tedaviye Uyumu Artırmaya Yönelik Genel Yaklaşımlar | 39 |
| 2.3. Psiko eğitim | 41 |
| 2.3.1. Psiko eğitim ve Bipolar Affektif Bozuklukta Kullanımı..... | 45 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM | 52 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 52 |
| 3.2. Araştırmanın Hipotezleri | 52 |
| 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 52 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni | 52 |
| 3.5. Araştırmanın Örneklemi | 52 |
| 3.6. Verilerin Toplanması | 53 |
| 3.6.1. Veri Toplama Araçları..... | 53 |
| 3.6.1.1. Hastanın Tanıtım Formu | 53 |
| 3.6.1.2. Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT)..... | 54 |
| 3.6.1.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS) | 54 |
| 3.6.1.4. Mcevoy Tedavi İzlem Formu..... | 54 |
| 3.6.2. Araştırmanın Uygulanması ve Uygulama Şekli | 54 |
| 3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri | 57 |

| | |
|---|----|
| 3.8. Psikoeğitim Hazırlığı ve Psikoeğitim Grubunun Oluşturulması | 57 |
| 3.9. Verilerin Analizi | 58 |
| 3.10. Araştırmanın Etiği | 58 |
| 4. BULGULAR | 59 |
| 5. TARTIŞMA..... | 66 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER | 72 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 72 |
| 6.2. Öneriler..... | 73 |
| KAYNAKLAR..... | 74 |
| EKLER | |
| EK-1A: HASTA BİLGİLENDİRME FORMU | |
| EK-1B: HASTA RIZA FORMU | |
| EK-2: HASTALARI TANITICI VERİ TOPLAMA FORMU | |
| EK-3: TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS) | |
| EK-4: MCEVOY TEDAVİ İZLEM FORMU | |
| EK-5: NÖROLEPTİK TEDAVİYE KATILIM ÖLÇEĞİ (ANT) | |
| EK-6: ETİK KURUL ONAYI | |
| EK-7: TEZİN UYGULAMA İZİN YAZISI | |
| EK-8: BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GÜNDÜZ HASTANESİ PSİKOEĞİTİM PROGRAMINA KATILIM İZİN YAZISI | |
| EK-9: BİPOLAR BOZUKLUK PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ | |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|----------------------|--|
| ANT | : Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği |
| BAB | : Bipolar Affektif Bozukluk |
| DSM-IV-TR | : Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı |
| MARS | : Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği |
| n | : Olgu Sayısı |
| p | : Anlamlılık Düzeyi |
| PE | : Psikoeğitim |
| sd | : Serbestlik Derecesi |
| SS | : Standart Sapma |
| t | : T Testi |
| WHO | : Dünya Sağlık Örgütü |
| x | : Ortalama |
| x² | : Ki kare testi |
| % | : Yüzde işareti |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| Şekil | Sayfa |
|-----------------------------------|--------------|
| 2.1. BAB Dönemleri | 21 |
| 2.2. Araştırma Planı Şeması | 55 |

TABLOLAR DİZİNİ

| Tablo | Sayfa |
|---|-------|
| 2.1. Duygudurum Bozukluklarının DSM-IV-TR'ye Göre Yaşam Boyu Yaygınlığı ... | 8 |
| 2.2. BAB'un Yaşam Boyu Yaygınlığı | 9 |
| 2.3. DSM IV TR'ye Göre BAB'un Sınıflandırılması | 13 |
| 2.4. DSM IV-TR'ye Göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri | 14 |
| 2.5. DSM IV-TR ye Göre Bipolar II Bozukluk Tanı Ölçütleri | 14 |
| 2.6. DSM-IV-TR' ye Göre Siklotimik Bozukluğun Tanı Ölçütleri | 15 |
| 2.7. Hipomanik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri..... | 16 |
| 2.8. Manik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri | 18 |
| 2.9. DSM IV-TR Depresif Dönem Tanı Ölçütleri | 19 |
| 2.10. Karma Mani DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri | 20 |
| 2.11. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde İlaç Tedavisi Uyumunu Ölçme Metotlarının Avantaj ve Dezavantajları | 33 |
| 2.12. Barcelona Psiko eğitim Programı | 45 |
| 2.13. BAB Olan Hastalar İçin Psiko eğitimsel Yaklaşımların Gelişimi | 48 |
| 4.1. Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri | 59 |
| 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri | 60 |
| 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tedaviye Uyumları İle İlgili Bazı Özellikleri | 61 |
| 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviyi Kendiliğinden Bırakma Nedenleri ... | 62 |
| 4.5. Araştırmaya Katılan Hastaların İlaç Dozunu Artırma/Azaltma Nedenleri | 62 |
| 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psiko eğitim Öncesi ve Sonrası Tedaviye Uyumlarının Karşılaştırılması | 63 |
| 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psiko eğitim Öncesi (Öntest) ve Sonrası (Sontest) MARS Puan Ortalamaları | 64 |
| 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psiko eğitim Öncesi (Öntest) ve Sonrası (Sontest) ANT Puan Ortalamaları..... | 64 |
| 4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psiko eğitim Öncesi (Öntest) McEvoy Tedavi İzlem Formu'na Göre Tedaviye Uyumları | 65 |

1.GİRİŞ

1.1 . Problem Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı, kişinin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürmesi olarak tanımlanabilir (Öz, 2004; Pektaş ve ark, 2006). Ruhsal hastalık ise, bireyin kendisine ve toplumun beklentilerine cevap verme yeteneğinin kaybolduğu, ruhsal dengesinin bozulduğu bir durumdur ve kısaca “yaşama kötü uyum” olarak tanımlanmaktadır. Bir kişinin ruhsal yönden hasta sayılabilmesi için sürekli ya da yineleyici bir biçimde davranışlarında tutarsızlık, uygunsuzluk, aşırılık ve yetersizlik görülmesi, bu davranışların bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekmektedir (Anlar, 2002; Öztürk, 2001). Ruhsal hastalıklar bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında bozukluk, kişilerarası ilişkilerinde uyumsuzluk yaratır (Bostancı,2005).

Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar sık görülmeleri, yetiyitimi ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olabilmeleri nedeniyle toplumsal açıdan büyük bir öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre küresel düzeyde hastalık yükünün %12.3'ünün ruh sağlığı ile ilgili sorunlar oluşturmaktadır. Türkiye'de yapılan alan araştırmaları ruh sağlığı bozukluklarının yaygınlığının %20 dolayında olduğunu göstermektedir (Ocaktan ve ark, 2004). Sağlık Bakanlığı'nın 2001 yılında yaptığı sağlık profili çalışmasında toplumun %2-10'unun tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluğu olduğu saptanmıştır (Bostancı, 2005).

Ruhsal hastalıklar, etkilediği nüfus yoğunluğu, yaygınlığı, intihar riski, neden olduğu yetiyitimi ve işgücü kaybı ile topluma getirdiği ekonomik yük nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden öncelikli sağlık sorunlarıdır. Tedavi edilebilir olan bu hastalıklarda ilaç tedavisine uyumsuzluk çoğu zaman sağlık kurumlarına zaman ve enerji kaybı, aileye ve topluma da ekonomik yük olarak yansımaktadır. Psikiyatri hastalarının sağlık kurumlarını tekrarlı kullanmaları ve tedavinin getirdiği ekonomik yük yadsınamaz büyüklüktedir. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. İlaç tedavisine uyumun sağlanması kayıpları azaltacağı gibi, hastaların yaşam kalitesinin de

artmasını sağlayacaktır (Demirkıran ve Terakye, 2001). Çoğu hastanın yaşamları boyunca birden fazla atak yaşadığı ve üçten fazla atak olduğunda uzun süreli tedavinin atakların tekrarını önlemede etkili olduğu düşünüldüğünde, tedaviye uyumun önemi daha da ortaya çıkmaktadır (Saka ve ark, 2001).

Tedaviye uyumun önemli olduğu, aynı zamanda tedaviye uyumsuzluk açısından risk grubunda olan hastalıklardan biri de bipolar affektif bozukluktur. Bipolar affektif bozukluk (BAB) uzun süreli, hastalık ve iyilik dönemleri ile giden, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen bir hastalıktır. Son dönemlerde yapılan çalışmalar (Golberg ve Harrow, 1999) hastalığın zannedilenden çok daha yüksek morbiditeye sahip olduğunu göstermektedir (Aktaran Saka ve ark, 2001). Genel olarak bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans %0.7-1.6 (ortalama 1.2) olarak kabul edilmektedir. Unipolar affektif bozukluk için bu oran % 0.4-1.6, bipolar affektif bozukluk için %0.5, siklotimi için %0.4-1 olarak bildirilmektedir (Ünal ve ark, 2007). Tüm duygudurum bozuklukları içinde bipolar bozukluk yüzdesi ise %10-15 olarak saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda bir yılda görülen hastalık tekrarlama oranı %37 (Gitlin ve ark. 1995) ile %44 (O'Connel ve ark. 1991), 5 yıla kadar olanlarda ise %87 (Keller ve ark. 1993) olarak bildirilmektedir. Lityum tedavisinin ilk yıllarında hastaların %50'sinden fazlasında hastalığın tekrar ettiği görülmüştür (Goldberg ve Harrow 1999).

BAB'da tedaviye uyumsuzluk oranının %20-60 arasında değiştiği bildirilmektedir (Keck ve ark, 1996; Scott, 2002). Bu geniş aralık sadece BAB'da değildir, aynı zamanda unipolar duygudurum bozukluğunda ve psikotik bozuklukta (%20-89) da benzer şekilde bildirilmiştir. Bu geniş aralığın nedeni her bir çalışmadaki tedaviye uyumun veya uyumsuzluğun tanımındaki farklılıklardan kaynaklandığını düşünülmektedir (Colom ve ark., 2005).

Bipolar hastaların üçte birinden fazlası iki veya çok defa doktorunun önerisi olmadan tedavilerini kestikleri bildirilmiştir. Her 10 bipolar hastadan 9'u tedaviyi kesmeyi ve en az biri hayatı boyunca ciddi bir şekilde tedaviyi sonlandırmayı düşünmüştür. Aynı zamanda bipolar hastaların en az 1/3'lük kesimi kendisine verilen ilaçların %70'inden fazlasını almamışlardır. Bu durum zaman içinde artmamaktadır (Scott, 2002; Colom ve ark., 2005).

Tedaviye uyumsuz hastaların yüksek maliyete neden olduğu, tedaviye uyumsuzluğun hastalığın gidişini kötü yönde etkilediği bildirilmiştir. Yaşam kalitesi düşmekte, relapsa neden olmakta, intihar riski artmaktadır. Aynı zamanda uyumsuzluğun bipolar bozukluktaki tedavi araştırmalarını ciddi şekilde engellemekte olduğu görülmüştür (Colom ve ark, 2005).

Bipolar bozukluğun, 1990-1991 fiyatları kullanılarak ve yaşam boyu prevalansı %1-1,5 kabul edilerek hesaplanan maliyeti yılda 30,5-45 milyar dolar olduğu, bunun 7 milyar dolarının (%16'sı) tedavi maliyetleri olduğu bildirilmiştir. Amerika'da yapılan bir çalışmada tedavi dışı maliyetlerin 38 milyar dolar olduğu, bunun 17 milyar dolarının (%45'i) işgücü kaybı ve 8 milyar dolarının intihar sonrası insan kaybı nedeni olduğu gösterilmiştir. Avrupa'da yapılan çalışmalar da benzer özellik göstermektedir. İngiltere'de 1991-2000 yılları fiyatları ve İngiltere'de yaşayan 300 bin hasta olduğu tahminiyle hesaplanan maliyetin 2 milyon pound olduğu saptanmıştır (Das, 2002).

BAB olan hastalarla yapılan çalışmalarda tedaviyi uyumu etkileyen faktörlerin; sürgit seyir ve yineleme gibi hastalık özellikleri, yaşlılık ve cinsiyet gibi hastaya ilişkin özellikleri, ilaç rejiminin şekli ve yan etkileri, hastanın hekimde gözülediği özellikler ve aile desteğinin yeterli olmaması olduğu bildirilmiştir. Oral ve arkadaşlarının (2002) aktardığına göre, Demyttenarea'nın hekimlerle yaptığı çalışmasında (1996), tedaviye uyumsuzluğu %59 oranında direnç, %31 oranında ilaç tadı, %10 oranında kaçınma ile açıkladıklarını ve Warner ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1994), tedaviye uyumu bozan etmenlerde psikiyatristlerin hastanın kişiliğini ilk sıraya aldıklarını, hastaların ise plansız yaşamı ilk sıraya aldıklarını belirtmişlerdir (Oral ve ark, 2002).

Tedaviye uyumda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, toplumsal sınıf gibi değişkenlerle ilgili sonuçlar çelişkilidir ve belirgin bir özellik göze çarpmamaktadır. Birçok çalışmada saptanan tek ortak özellik genç yaşlarda tedaviye uyumsuzluğun daha yüksek oranda oluşudur. Bu durumda tedaviye uyum doğrudan yaşa değil, yıllar geçtikçe kişinin hastalığını ve ilacın etkisini öğrenmesine bağlı olduğu bildirilmiştir (Oral ve ark, 2002).

Tedaviye uyumsuzluğun hastaya ve ailesine verdiği zararları azaltmak için hastanın tedaviye uyumunun artırılması gerektiği açıktır. Tedaviye uyumun

arttırılmasına yönelik yapılan müdahale çalışmaları incelendiğinde psikoeğitimsel yaklaşımın son yıllarda etkin bir yöntem olduğu görülmektedir. Psikoeğitim, klinisyenin yaklaşımı ve tekniklerle hastayı kendi tedavisine uyumunu arttırmaktır. Hastalara ayrıntılı olarak uyumu bozabilecek durumlar ve eğer uyum sağladıysa bunun sürdürülmesinde yaşanabilecek zorluklar konusunda bilgilendirilmelidir. Son yıllarda hastaların tedaviye uyumsuzluklarına yol açabilecek tutumlarının bilinmesi yanında yan etki hakkındaki düşüncelerinin, terapistle ilişkisinin de önemli olduğu vurgulanmıştır (Colom ve ark, 2005).

Psikoeğitimde amaç, bilgi ve davranışta bir değişim oluşturmaktır. Psikoeğitim bireylere problemleri veya özürleriyle nasıl yaşayacaklarını öğretmeye odaklanır (Rindner, 2000). Hasta ve hasta ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şunlardır; hastalığın bazı belirtilerini iyileştirmek, aile yükünü ve stresini azaltmak, değişim umudunu arttırmak, relapsı önlemek, hasta ve ailesi için hayat kalitesini arttırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek, kognitif, affektif ve davranış değişiklikleri yapmak, emosyonel destek sağlamak ve tedavi uyumunu arttırmaktır (Yurtsever, 2001).

Psikoeğitim hastalık hakkında bilgiyi, stresin ve potansiyel relapsın farkına varmayı, yaşam biçimini düzenlemeyi, semptomlarla başa çıkmayı, problem çözme becerilerini, içgörüyü arttırmayı, ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında bilgiyi içerir (Baker, 2000). Psikoeğitsel grup uygulaması gibi sistematik, ekip çalışmasına dayalı yapılandırılmış aktiviteler hastaneden çıkış sonrası hastanın ayaktan tedaviyi sürdürmesi, motivasyonu, hazır olması açısından önemlidir (Duman ve ark, 2006). Tel ve Terakye (2000) yaptıkları bir çalışmada, araştırma grubundaki şizofrenik hasta yakınlarına hastanın hastanede bulunduğu süre ve taburculuk sonrası iki aylık sürede uygulanan psikoeğitimsel yaklaşımın uygulanması sonucunda; hasta yakınlarının hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, hastalık semptomlarını etkin olarak ele aldıkları, stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yaklaşımları birlikte kullandıkları, hastaların tamamına yakınının ilaç tedavisini sürdürdükleri ve aylık kontrollere isteyerek geldikleri belirlenmiştir (Tel ve Terakye, 2000). Yine Duman ve arkadaşlarının (2006) yatan hastalarda uyguladıkları psikoeğitsel tedavi grubunun etkinliği çalışmasında; araştırmaya alınan hastaların psikoeğitsel grup öncesi bilgi puanı ortalamaları 6.3 iken, psikoeğitsel grup sonrası bilgi puanı ortalamaları 10.6'a

çıkmiştir. Hastaların hastalıklarını yönetme, ilaçlar, hastalığın haberci belirtileri ve acil plan geliştirme alt bölümlerinin psikoeğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş ve aynı çalışmanın ayaktan hastalara da uygulanması önerilmiştir (Duman ve ark., 2006).

Türkiye’de BAB olan hastaların tedaviye uyumlarıyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; hastaların tedaviye uyum durumları ve uyumsuzluğun nedenlerinin (Demirkıran, 2001; Oral ve ark., 2002; Dilbaz ve ark., 2006) tanımlayıcı olarak ele alındığı, yapılan müdahale çalışmalarının (Tel ve Terakye, 2000; Yurtsever, 2001; Duman ve ark., 2006) ise yatan hastalarla gerçekleştirildiği görülmüştür. Bu nedenle araştırmacı tarafından klinikte rehber olarak kullanılması düşünülen bir deneysel çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma Bipolar bozukluk tanısı alan, ayaktan takip edilen hastaların tedaviye uyumlarının arttırılmasında psikoeğitimsel modelin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Affektif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisine duygulanım denir. Duygudurum ise bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır (Öztürk, 2001).

Bipolar Affektif Bozukluk (iki uçlu bozukluk), belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) ataklarla giden ve ataklar arasında kişinin sağlıklı duygudurumu haline (ötimi) dönebildiği kronik seyirli duygulanım bozukluğunu tanımlar (Öztürk, 2001; Işık, 2003).

2.1.2. Tarihçe

Bipolar Affektif Bozukluk (iki uçlu bozukluk) kavramının kökeni Eski Yunan düşünürlerinin klasik dönem yapıtlarına dayanır. Mani ve melankoli tanımlanan en eski hastalıklardandır. Hipokrat (M.Ö. 460-337) mani ve melankoliyi sistematik olarak tanımlayan ilk düşünürdür (Pies, 2007). Hipokrat insanın duygudurumu ile beden sıvıları arasında bağlantı kurmuş, hafif kanlı mizaç, ağırkanlı mizaç, kara sevdalı mizaç ve sinirli mizaç olarak birbirinden farklı dört mizaç (duygudurum) tanımlamıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelen melankoli terimiyle de, karaciğer ve safra yollarındaki bozukluklardan kaynaklanan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik, uykusuzluk, kaygı, yetersizlik ve intihar düşünceleriyle ortaya çıkan bir hastalık tablosu tanımlamıştır (Köknel, 2000).

Asklepiades, Aurelius Cornelius Celsus, Efesli Soranus ve Galenus gibi çok sayıda klasik dönem Eski Yunan düşünürleri bu konuda çeşitli yapıtlar vermişlerdir. Aristo 2000 yıl önce yazdığı *Problemata* adlı yapıtında iki uçlu spektrum kavramının bazı biçimlerini tanımlamış, aynı kişide birden fazla iki uçlu dönemlerin olduğunu belirtmiş ve distimi ile majör depresyon arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır (Pies, 2007). Mani ve melankoli arasındaki ilişkiyi açık şekilde ilk tanımlayan ise Kapadokyalı

Aretaeus'dur (Angst ve Marneros, 2001). Aretaeus gülen, oynayan, gündüz ve gece dans eden, kalabalık pazar yerlerine giderek bahse tutuşan, kısa süre sonra da kederli, donuk ve hareketsiz duran bir grup öforik hasta tanımlamıştır. Günümüz iki uçlu duygudurum bozukluğu literatürü Aretaeus'un yapıtlarıyla başlamaktadır (Pies, 2007).

19. yüzyılda, hastanede yatan bazı psikotik hastaların diğerlerinden farklı olarak kendiliğinden iyileşmeler gösterdiği ve hastalıkların periyotlarla ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. 1840 yılında Esquirol, depresyon ve maninin kronik akıl hastalıklarından farklı olduğunu ortaya koymuştur. Baillarger ve Falret, 1851 yılında, Fransa'da birbirlerinden ayrı olarak, mani ve melankoli klinik tablolarını gösteren birdenbire başlayan hastalıkları, aynı hastalığın iki değişik görünümü olarak kabul etmişlerdir. Nöbet nöbet gelen bu hastalığa, Baillarger "folie a double forme", Falret "folie circulaire" adını vermiştir (Köknel, 2000).

Alman psikiyatrist Wilhelm Griesinger 1845'de mani ve melankoli ilişkisinin yanı sıra mevsimsel özelliğe dikkat çekmiş; maninin ilkbaharda, melankolinin ise sıklıkla sonbahar ve kış mevsimlerinde görüldüğünü belirtmiş, ayrıca hızlı döngülü duygudurum bozukluklarını tanımlamıştır (Angst ve Marneros, 2001).

1895 yılında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin, manik-depresif hastalığı tanımlayarak, bu hastalık için üç önemli tanı ölçütü olarak; depresyon ya da öfori tarzında yoğun duygusal durum, daha önceki sağlıklı işlevselliğe geri dönebilme özelliği, hastanın yaşamı boyunca tekrarlayan bir çok atak yaşaması özelliklerini öne sürmüştür (Işık, 2003). Kraepelin depresif ve döngüsel formlar arasındaki farklılığı belirtmiş ve tüm duygudurum bozuklukları tiplerini tek bir manik-depresif kavramı altında toplamıştır. 'Döngüsel delilik' ve 'manik depresif delilik' kavramları özellikleriyle birlikte 1899'da iki ayrı çalışma olarak yayımlanmıştır (Angst ve Marneros, 2001).

Hipomani kavramı ilk kez 1881'de Erich Mendel tarafından hipertimik kişiliği tanımlamak için kullanılmıştır. 1904'de Carl Gustav Jung stabil submanik belirtilerle giden bir grup hasta tanımlamış, bunlarda alevlenmelerle giden bir gidiş olduğunu alkolizm, huzursuzluk, suç işleme gibi sosyal sorunlar görüldüğünü bildirmiştir (Angst ve Marneros, 2001).

1960'lı yıllarda manik ve depresif ataklarla giden bipolar bozukluk ve sadece depresif ya da sadece manik ataklarla giden monopolar bozukluk olmak üzere iki alt gruba bölünmüştür. Daha sonraları sadece depresif epizotlarla giden hastalar unipolar olarak adlandırılmıştır (Işık, 2003).

1980'de DSM-III'ün kullanıma girmesiyle birlikte 'affektif bozukluklar' (duygulanım bozukluğu) tanımı kabul edilmiş, 1987'de DSM-III-R'de ise 'duygudurum bozuklukları' tanımı benimsenmiştir. 1994'te DSM-IV'ün kabulüyle birlikte dört tip iki uçlu bozukluk tanımlanmıştır: İki uçlu I bozukluk, iki uçlu II bozukluk, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan iki uçlu bozukluklar. ICD-10'da (International Classification of Diseases) ise iki uçlu bozukluklar 'bipolar affektif bozukluk' olarak tanımlanmıştır (Öztürk(çev), 1993).

2.1.3. Epidemiyoloji

BAB yaşam boyu yaygınlığı % 0.4-1.6 (ortalama 1.2) arasındadır. Bipolar spektrum olarak ele alındığında, oran % 5'i geçmektedir. BAB'ta sıklık oranı erkekler için 9–15/100.000, kadınlar için 7.4–30/100.000'dir (Weissman ve ark, 1996; Akiskal ve ark, 2000). BAB'nun yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel faktörlerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir (Ball ve Whbrow, 1993; Weissman ve ark, 1996; aktaran Turhan; 2007). DSM-IV-TR'ye göre duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranları Tablo 2.1'de gösterilmiştir. Değişik çalışmalardaki yaygınlık oranları da Tablo 2.2'de gösterilmiştir (Turhan, 2007).

Tablo 2.1. Duygudurum Bozukluklarının DSM-IV-TR'ye Göre Yaşam Boyu Yaygınlığı (Amerikan Psikiyatri Birliği: Washington DC, 2000).

| Duygudurum Bozukluğu | Yaşam boyu prevalans |
|-------------------------|---------------------------|
| Major Depresif Bozukluk | Kadın;%10-25, Erkek;%5-12 |
| Distimik Bozukluk | % 6 |
| Bipolar I Bozukluk | % 0.4-1.6 |
| Bipolar II Bozukluk | % 0.5 |
| Siklotimik Bozukluk | % 0.8-1.0 |

Tablo 2.2. BAB'un Yaşam Boyu Yaygınlığı (Turhan, 2007)

| Araştırmacılar (Yılı) | Yapıldığı Ülke ve Oranı |
|--------------------------|-------------------------|
| Regier ve ark. (1998) | ABD -%1.2 |
| Kessler ve ark. (1994) | ABD- % 1.6 |
| Lewinsohn ve ark. (1995) | ABD -%5.7 |
| Weissman ve ark. (1996) | Uluslar arası-% 0.3-1.5 |
| Szadoczky ve ark. (1998) | Macaristan -%5.0 |
| Angst ve ark. (1998) | İsviçre -%8.3 |

ABD'de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında BAB yaşam boyu yaygınlık oranı %1.5 olarak bulunurken, Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMED (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında bu oran %1 olarak bulunmuştur (Carta ve Angst, 2005).

BAB'ta başlama yaşı 15-19 yaşları arasında pik yapar, bunu 20-24 yaş arası dönem izler. İlk başlangıç yaşıyla ilk tedavi veya hastaneye yatma yaşı arasında 5 ile 10 yıllık bir süre vardır (Tohen ve ark., 1992; Lish ve ark., 1994; aktaran Yılmaz, 2007). 15 yaş öncesi mani hakkında daha az çalışma vardır. Bu grupta bipolar bozukluk tanısını belirlemenin, atipik özellikleri ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (ADHD) ile birlikteliği yüzünden zor olduğu bildirilmiştir (Goldberg ve ark., 1995; Ghaemi ve ark., 1999; aktaran Yılmaz, 2007). Maninin 60 yaşından sonra ortaya çıkışı ailesel öykü ile değil büyük oranda stroke ve diğer santral sinir sistemi hastalıkları gibi genel tıbbi durumlarla ilgili olarak bulunmuştur (McDonald ve Nemeroff, 1993; aktaran Yılmaz, 2007).

BAB'un görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı, kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü bildirilmiştir (Kawa ve ark., 2005). BAB II ve 'karma disforik mani', 'kış depresyonu', 'atipik klinik görünümlü iki uçlu depresyon' ve 'hızlı döngülü iki uçlu depresyon' gibi alt tiplerin kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir. BAB'un kadınlarda depresif, erkeklerde ise en sık manik dönemle başladığı bildirilmiştir (Kawa ve ark., 2005; Sadock ve Kaplan, 2005).

Bekâr olmak, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak BAB için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Majör depresif bozukluk ve BAB boşanmış, ayrı yaşayan ya da dul olanlarda daha sık görülmektedir (Sadock ve Kaplan, 2005).

Bipolar affektif bozukluk tanılı hastaların birinci derece akrabalarında, BAB tanı riskinin % 3-8 arasında değiştiği bildirilmiştir (Sadock ve Kaplan, 2005). Normal popülasyonda ise bu oran çok daha düşüktür (%0.4-1.6). Hem anne hem de babada BAB varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı % 50-75 arasında olacağı belirtilmiştir (Balmaker, 2004; aktaran Turhan, 2007).

Birçok çalışmada BAB I ile düşük sosyoekonomik düzey arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. BAB II'de ise gerek eğitim gerek sosyoekonomik düzeyin toplum ortalamasının üzerinde olduğu bildirilmiştir (Turhan, 2007).

Bipolar affektif bozukluğun, kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilediği, şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açtığı ileri sürülmüştür (Coryell ve ark, 1993). Coryell ve ark. (1993)'nın 6 yıl süreyle izledikleri 148 bipolar hastanın normal kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmada, hastaların anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleki durumlarını ilerletemediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz kaldıkları belirlenmiştir. Yaş olarak normal kontrollerle eşleşmiş olmalarına rağmen, evlenme oranlarının yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma ve ayrılma oranlarının iki kat yüksek olduğu görülmüştür. Kişilerarası ilişkiler, cinsel işlevler, boş zaman aktiviterleri ve hayattan genel tatmin açılarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmiştir (Aktaran Yılmaz, 2007).

2.1.4. Etiyoloji

Genetik

BAB, psikiyatrik hastalıklar içinde kalıtsal özelliğin klinik anlamda en çok görüldüğü karmaşık bir genetik bozukluktur. Çok sayıda aile ve ikiz çalışmaları bu bozukluğun kalıtsal yönünü ortaya koymuştur. Genetik geçiş şekli tam olarak ortaya konabilmiş değildir. Ancak birden fazla duyarlı genin yatkınlığıyla oluştuğu sanılmaktadır (Ceylan ve Oral, 2001; Sadock ve Kaplan, 2005; Savaş ve Yumru, 2006).

Bipolar affektif bozukluğun toplumdaki yaygınlığı %1 civarındayken bu hastaların birinci derece akrabalarında bu oran %3-9 arasında değişmektedir (Sadock ve Kaplan, 2005). Monozigot ikizlerde %40-70 olan birlikte hastalanma oranı dizigotlarda %10-20 bulunmuştur (Savaş ve Yumru, 2006). Biyolojik anne babasında

BAB olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verilse bile, çocuklarda BAB görülme oranı normalden yüksektir. Biyolojik anne babasında BAB olmayan çocuklar, bu rahatsızlıkları bulunan anne babaya evlatlık verilse bile iki uçlu duygudurum bozukluğu riski artmamaktadır (Ceylan ve Oral, 2001). Sonuç olarak epidemiyolojik veriler, aile ve ikiz araştırmaları iki uçlu duygudurum bozukluğunun oluşumunda kalıtımın önemli rol oynadığını göstermektedir (Sadock ve Kaplan, 2005).

Biyokimyasal Nedenler

Nörotransmitterler ve bunların metabolitleriyle yapılan çalışmalarda, özellikle norepinefrin (NE) olmak üzere biyojenik aminlerdeki artış, maninin biyokimyasal etyolojik açıklaması olarak görülmektedir. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeyleri daha yüksek bulunmuş, bunun da noradrenerjik faaliyetin artmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeyleri anlamlı ölçüde azalmıştır (Ceylan ve Oral, 2001).

Maninin oluşumunda noradrenerjik aktivasyondan ve noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğundan (kolinerjik yetersizlikten) sözedilmektedir. Serotonerjik sistemin BAB'taki rolü, lityumun serotonerjik sistem üzerindeki etkisi nedeniyle gündemde kalmaktadır.

Dopaminin BAB'un etyolojisindeki yerinin diğer katekolaminlere göre daha az olduğunu gösteren kanıtlara rağmen dopaminin manik dönemde rol oynadığına dair bazı önemli kanıtlar olduğu öne sürülmüştür. Örneğin dopamin miktarını arttıran ilaçlar (L-Dopa, bromokriptin, amfetamin, priedil) bipolar hastalarda hipomanik nöbeti tetikler.

Hormonlar; çok sayıda çalışmada hızlı döngülü BAB tanısı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda klinik hipotiroidi bulunmuştur.

BAB olan hastalarda kan, idrar ve BOS kortizol düzeylerinde yükselme ile kortizol salgılanmasının sirkadiyen ritminde anormallik görülebilir. Gonadal hormonlar BAB açısından önemlidir. Artmış dopamin 2 duyarlılığı puerperal BAB'ta özellik belirleyici olarak kabul edilmesi de önerilmektedir. Melatonin düzeyleri

BAB'un manik dönemlerinde depresif dönemdekinden yüksek bulunmuştur. Duygudurum dengeleyicileri, dopamin, noradrenalin, GABA döngüsünü azaltarak etki yapar. BAB'ta klinik belirti vermeyen, hızlı döngülü olgularda subklinik hipotiroidizm daha çok görülür. Hızlı döngüde tiroperoksidaz otoantikorları yüksektir (Ceylan ve Oral, 2001; Sadock ve Kaplan, 2005).

Psikososyal Nedenler

Duygudurum bozukluklarının ilk dönemlerine, sıklıkla stres verici yaşam olaylarının öncülük ettiği klinik gözlemler bildirilmiştir. Bu gözlemi açıklamak için öne sürülen duyarlılaşma modeli ile ilk döneme eşlik eden stresin beyin biyolojisinde uzun süreli değişikliklere yol açtığı saptanmıştır (Ceylan ve Oral, 2001; Sadock ve Kaplan, 2005). İlk nöbeti tetikleyen yaşam olaylarının çoğunun özgül olmadığı, biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda rahatsızlığın başlamasında önemli etken oldukları bildirilmiştir (Köknel, 2000; Öztürk, 2001; Işık, 2003).

Psikodinamik Yaklaşımlar

Freud tarafından betimlenmiş ve Karl Abraham tarafından da genişletilmiş klasik depresyon görüşü dört anahtar noktayı içerir: Oral evrede bebek anne ilişkisinin bozulması depresyona yatkınlığı artırabilir. Depresyon gerçek ya da hayali nesne kaybı ile ilişkilendirilebilir. Nesne kaybı ile bağlantılı distresle başetmek üzere ayrılan nesnelerin introjeksiyonu, devreye giren bir savunma düzeneğidir.

Kayıp nesne sevgi ve nefretin bir karışımı olarak dikkate alındığından, öfke duyguları kişinin kendi içine yönlendirilmiştir. Melanie Klein depresyonu, Freud'un yaptığı gibi sevilen kişilere karşı agresyonun ekspresyonu olarak algılamıştır (Ceylan ve Oral, 2001; Öztürk, 2001; Sadock ve Kaplan, 2005).

Mani ile ilgili kuramların çoğu, manik dönemleri altta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görür. Karl Abraham manik dönemlerin, gelişimsel bir trajediyi tolere etme yetisinin yokluğunu yansıtıyor olabileceğine inanır. Bertram Lewin, manik hastanın egosunu, cinsellik gibi zevkli uyarılar ya da agresyon gibi korkulan uyarılar tarafından ezilmiş olarak ele almıştır. Klein ise kişinin büyüklük sanrıları geliştirdiği omnipotans gibi manik savunmaları maninin, depresyona karşı bir savunma tepkisi olarak görmüştür (Sadock ve Kaplan, 2005).

Bilişsel Yaklaşımlar

Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon, temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincil gelişir. Bilişsel görüşe göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı yerleşmiş olumsuz kavramlar vardır ve bu kavramlar giderek olumsuz yargı, düşünce ve tutumlara neden olur. Olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu oluşur (Öztürk, 2001; Sadock ve Kaplan, 2005).

Davranışçı Yaklaşımlar

Depresyonun öğrenilmiş çaresizlik kuramı, kontrol edilemeyen yaşantıları depresif fenomene bağlar. Bir laboratuardaki köpekler kaçamayacakları elektrik sokuyla karşılaştıktan sonra, yeni bir öğrenme durumuna konulduklarında bir engeli geçerek elektrik akımını durduramazlar. Bu görüşe göre depresyon, çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşmış, bunlardan kaçmayı kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur (Öztürk, 2001; Işık, 2003; Sadock ve Kaplan, 2005).

2.1.5. BAB Tam Ölçütleri ve Klinik Özellikler

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayınlamış olduğu "Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (DSM-IV-TR)" na göre ise, bipolar bozukluklar başlığı altında dört tip bozukluktan söz edilir. Bu bozukluklar şu şekildedir (Tablo 2.3):

Tablo 2.3. DSM IV TR'ye Göre BAB'un Sınıflandırılması (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|---|
| BAB I: Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mixt) tip dönem geçirilmesi. |
| BAB II: En az bir major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı. |
| Siklotimik Bozukluk: Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregen bir şekilde sürmesi. |
| Başka Türli Adlandırılmayan BAB: Herhangi özgül bir BAB'nun tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar. |
| Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu Başka Türli Adlandırılmayan Duygudurum Bozukluğu: Duygudurumu belirtileriyle giden ancak herhangi özgül bir duygudurum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar. |

2.1.5.1. Bipolar I Bozukluğu

Bipolar I bozukluğun ana özelliği, bir ya da daha fazla manik ya da karışık tip (mikst) epizod geçirmiş olmaktır. Majör depresif epizodlar bulunmasa bile, ileride geçirecekleri varsayılmaktadır. Bipolar I bozukluğun, DSM-IV-TR'e göre tanı kriterleri, şu şekildedir (Tablo 2.4):

Tablo 2.4. DSM IV-TR'ye Göre Bipolar I Bozukluk Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|--|
| A. En az bir manik ya da karma bir dönem vardır. |
| B. Depresif dönem geçirilmiştir ya da ileride ortaya çıkacağı varsayılmaktadır. |
| C. Duygudurum dönemleri şizoaffektif bozukluğa uymamaktadır. |
| D. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur. |
| E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. |

DSM IV-TR' ye göre, Bipolar I bozukluğun altı alt tipi vardır, bunlar; Bipolar I bozukluğu, tek manik epizod; Bipolar I bozukluğu, en son epizod hipomanik; Bipolar I bozukluğu, en son epizod manik; Bipolar I bozukluğu, en son epizod mikst; Bipolar I bozukluğu, en son epizod depresif ve Bipolar I bozukluğu, en son epizod belirlenmemiş, şeklindedir.

2.1.5.2. Bipolar II Bozukluğu

Hastalığın manik evresinde, hipomanik atakların belirgin olduğu hastalıktır. Hipomanik ataklar, manik özellikte olan ancak, maniye göre daha hafif şiddette yaşanan nöbetlerdir. DSM-IV-TR' ye göre, hastalığın tanı kriterleri şu şekildedir (Tablo 2.5):

Tablo 2.5. DSM IV-TR ye Göre Bipolar II Bozukluk Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|---|
| A. En az bir major depresif dönemin ya da geçirilmiş major depresif dönem öyküsünün varlığı |
| B. En az bir hipomanik dönemin ya da geçirilmiş hipomanik dönem öyküsünün varlığı |
| C. Manik ya da karma bir dönemin geçirilmemiş olması |
| D. A ve B ölçütlerindeki duygudurum belirtileri şizoaffektif bozukluğa uymaz. |
| E. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur. |

2.1.5.3. Siklotimik Bozukluk

Bu hastalığın en belirgin özelliği, en az iki yıl süreyle depresyon ve hipomani türünden belirtilerin olmasıdır. DSM-IV-TR' ye göre hastalığın tanı kriterleri şunlardır (Tablo 2.6):

Tablo 2.6. DSM-IV-TR' ye Göre Siklotimik Bozukluğun Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|---|
| A. Hipomanik belirtilerin ve majör depresif epizod ölçütlerini doldurmayacak kadar hafif depresif belirtilerin, en az iki (çocuk ve ergende en az bir) yıl süreyle, çok sayıda sergilenmiş olması. |
| B. Bu iki yıl içerisinde, A ölçütlerine uymayan sürekli bir iyilik döneminin iki aydan fazla sürmemesi. |
| C. İlk iki yıl içerisinde manik, karışık tip ve majör depresif bir epizod ortaya çıkmaması (İlk iki – çocuk ve ergende bir- yıllık böyle bir dönem ardından manik ya da karışık tip bir epizod tabloya eklenirse, tanı siklotimi ve bipolar I bozukluğa çevrilir. Eğer bu iki yıllık dönem ardından majör depresif bir epizod tabloya eklenirse, tanı siklotimi ve bipolar II bozukluğuna çevrilir). |
| D. Duygudurum epizodları sizoaffektif bozukluğa uymamaktadır ve sizofreni, sizofreniform bozukluk, delüzyonel bozukluk ya da bir yerde sınıflandırılmayan psikotik bozukluk üzerine eklenmemiştir. |
| E. Belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. |
| F. Belirtiler sosyal, iş ya da diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı bir rahatsızlık ya da bozulmaya neden olmaktadır. |

2.1.5.4. Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluklar grubu içindeki herhangi bir hastalığın tanı ölçütleri tam olarak karşılayamayan, ancak bipolar özelliklerin görüldüğü durumları kapsayan bir bozukluk türüdür.

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk, net bir hastalık tablosu değil, bipolar grubundaki hastalıklara benzer özellikler gösteren semptomların birarada görüldüğü bozukluklar hali olduğu için, gruptaki diğer hastalıklar gibi epidemiyoloji, etyoloji, klinik belirti ve bulgular gibi özellikleri bakımından incelenememektedir.

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluğun kapsamına, şu örneklerdeki gibi durumlar girebilir: Manik ve depresif belirtilerin çok kısa ve hızlı dalgalanarak epizod için gereken süreyi doldurmadığı durumlar; depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik epizodlarla giden durumlar; manik ve depresif epizodların delüzyonel bozukluk, rezidüel sizofreni ya da başka yerde sınıflandırılmayan

psikotik bir bozuklukla üstüste bindiği durumlar; BAB saptandığı ama birincil mi yoksa genel bir tıbbi bozukluğa ya da bir madde etkisine bağlı ikincil nitelikte mi olduğuna karar verilemediği durumlar.

2.1.5.5. Hipomanik Dönem

DSM-IV- TR ye göre hipomanik dönem tanı ölçütleri tablo 2.7’de verilmiştir.

Tablo 2.7. Hipomanik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|---|
| A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması. |
| B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3’ünün (duygudurum yalnızca irritabl ise 4’ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı. |
| 1.Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite. |
| 2.Uyku gereksiminde azalma. |
| 3.Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma. |
| 4.Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşi sıra gelmesi. |
| 5.Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi. |
| 6.Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon. |
| 7.Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn. aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları gibi). |
| C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur. |
| D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkaları tarafından gözlenebilir düzeydedir. |
| E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez. |
| F. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik antidepresan sağaltımın (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu hipomanik benzeri dönemler iki uçlu II bozukluğu olarak sayılmamalıdır. |

2.1.5.6. Manik Dönem Klinik Özellikleri

Manik dönem klinik özellikleri içinde; düşünce akışı hızlanmıştır, benlik duygusu ve kendine güven abartılı artmıştır. Öfori, neşe artışı, engellenme eşiğinde düşme, yeni ilgi alanları, riskli davranışlar belirgindir.

Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların %75'inde görülür. Dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastaların %75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar duyguduruma uygun olabileceği gibi uygunsuz da olabilir. Psikomotor hızlanma, uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış vardır. Manik dönemde kişinin uyumunu bozarak hastaneye yatmasını gerektirecek düzeyde ağır taşkınlık olur, buna karşılık hipomanideki taşkınlık hastaneye yatışı gerektirmeyecek düzeydedir ve kısa sürer (Sadock ve Kaplan, 2005).

Manik dönemdeki hastalar genelde kendi istekleri dışında hastaneye getirilirler. Aşırı hareketli, konuşkan, coşkulu, aşırı neşeli ya da öfkeli olabilir, çevreye karşı alaycı, küçümseyici davranışlarda bulunabilirler. Giyimleri sosyal ve ekonomik konumlarıyla uyumsuz olabilir. Konuşma miktarları artmıştır, yüksek sesle ve hızlı konuşabilirler. Bazen konuşmaları kesilemeyecek tarzda basınçlı olur ve asıl konudan uzaklaşırlar, çağrışımları dağınık ve hızlıdır.

Duygulanımlarında coşku ya da çevresine de bulaşabilen neşe bulunabilir, engellendiklerinde öfke ve saldırganlık gelişebilir. Hastalarda kendiliğinden dikkat artmışken en küçük uyarılarla dikkat kolayca dağılır. Dikkatleri hızla başka uyarılara kayar. Duygudurumla uyumlu işitsel varsanılar görülebilir. Hastalarda uykusuzluk görülür, çok az uyumalarına rağmen uyku ihtiyacı duymazlar ve kendilerini güçlü ve enerjik hissedebilirler (Oral, 2003). DSM IV- TR'ye göre manik dönem tanı ölçütleri Tablo 2.8'de gösterilmiştir.

Tablo 2.8. Manik Dönem DSM – IV- TR Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|---|
| A. En az 1 hafta süreyle (hastaneye yatış gerekiyorsa süreye bakılmaksızın) anormal ve sürekli şekilde yükselmiş, öforik ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin varlığı. |
| B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden en az 3'ünün (duygudurum yalnızca iritabl ise 4'ünün) önemli derecede ve sürekli varlığı. |
| 1. Abartılı yükselmiş benlik değeri duygusu ya da grandiyözite. |
| 2. Uyku gereksiminde azalma. |
| 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da basınçlı konuşma. |
| 4. Fikir uçuşması ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi peşi sıra gelmesi. |
| 5. Distraktibilite, yani dikkatin önemsiz ya da konu dışı uyaranlara kolayca çekilerek dağılabilmesi. |
| 6. Amaca yönelik etkinlik artışı (sosyal, iş, okul, ya da cinsel aktivitede) ya da psikomotor ajitasyon. |
| 7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk verici etkinliklere aşırı girme (örn.aşırı harcama, düşüncesizce cinsel ilişkiler ve iş yatırımları.) |
| C. Belirtilerin karma (mikst) tip döneme uymaması. |
| D. Duygudurum bozukluğunun iş yaşamı, sosyal etkinlik ve ilişkilerde önemli bozulmaya yol açacak ya da kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmasını gerektirecek ağırlıkta ya da psikotik özellikte olması. |
| E. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Not: Somatik antidepresan sağaltım (örn. İlaç, elektrokonvulsif terapi, ışık sağaltımı) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler iki uçlu I bozukluğu olarak sayılmamalıdır. |

2.1.5.7. Depresif Dönem

Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında çeşitli klinik farklar tanımlanmıştır. Psikomotor retardasyon; değersizlik, değişmeyen duygudurum ve belirgin anhedoni gibi melankolik belirtiler; hipersomnia ve kurşun paralizi gibi atipik belirtiler; psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülür. Anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama unipolar depresyona oranla daha az görülür. Depresyonlu hastalarla yapılan 11 yıllık izlem çalışmasında BAB I bozukluğa dönüşmüş olanların, manik depresif bozukluk tanısında kalanlara göre ilk depresif ataklarında psikotik özelliklerin ve hastaneye yatışların daha fazla olduğu gösterilmiştir. Unipolar depresif hastalarla karşılaştırıldığında, bipolar depresif dönemlerin daha kısa sürdüğü bildirilmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanım bipolar depresyonda daha sık görülür. Tanımlanan klinik farklar patognominik değildir ve uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar/unipolar depresyon ayırımı yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne denli

erken başlamış ve psikotik özellikli olsun ya da olmasın ağır ise bu dönemin ilerde manik ya da hipomanik dönem yaşamanın habercisi olma olasılığı o denli yüksektir.

Depresyon dönemlerinde hastaların hareketlerinde yavaşlama ve durgunluk görülür. Konuşma miktarları azalır, yavaş ve alçak sesle konuşurlar. Genel olarak isteksizlik, keyifsizlik, etkinliklerden zevk alamamak, bunaltı ve sık ağlama isteği görülebilir. Algı bozukluğu görülmez, ancak unutkanlık sık görülür. Düşünce içeriklerinde çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik duyguları ve özkıyım düşünceleri olabilir. Özellikle orta yaş döneminde bedensel yakınmalar da sıklıkla eşlik eder. Hareketlerde yavaşlama, konuşmada, iş yapmada zorlanmalar ve kişisel bakımda azalmalar görülebilir. İştah kaybı ya da aşırı yeme isteği, uyku artışı ya da uykusuzluk görülebilir. Halsizlik, güçsüzlük ve çabuk yorulmadan yakınır. Cinsel isteksizlik ve uyarılma sorunları eşlik edebilir (Öztürk,2001; Oral, 2003; Sadock ve Kaplan, 2005; Güleç ve Köroğlu, 2007). DSM – IV- TR depresif dönem tanı ölçütleri Tablo 2.9’da gösterilmiştir.

Tablo 2.9. DSM IV-TR Depresif Dönem Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|---|
| A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir. |
| 1. Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. |
| 2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere) |
| 3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun % 5’inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. |
| 4. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması. |
| 5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması. |
| 6. Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması. |
| 7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması. |
| 8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık. |
| 9. Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım için özgül bir tasarının olması. |
| B. Bu semptomlar bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. |
| C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur. |
| D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. |
| E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz. |

2.1.5.8. Karma Manik Dönem (disforik mani)

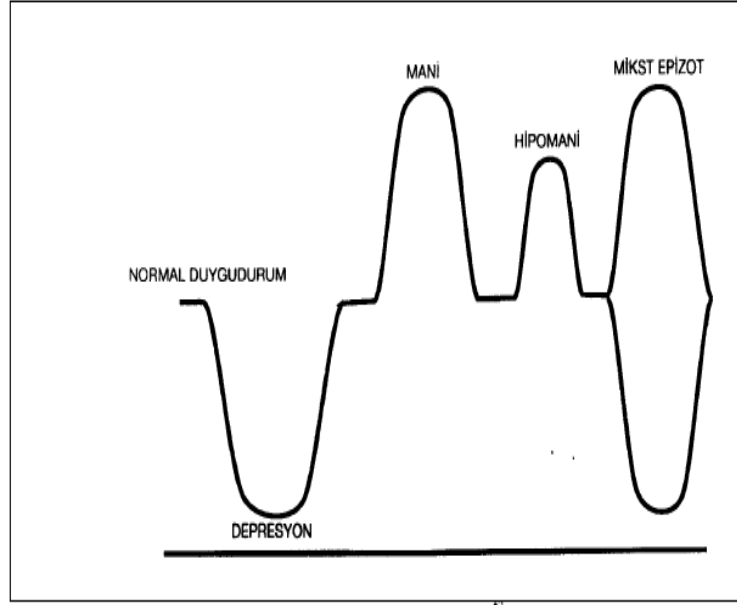
Karma mani, en az bir hafta süren hem manik, hem de depresif dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemdir. Hasta hızla değişen duygudurum dalgalanmaları yaşar. Tanısal açıdan en önemli nokta; mani sırasında görülen sendromal depresyon için DSM- IV-TR’de belirtilen eşiğin karma mani tanısı için çok kısıtlayıcı olduğu doğrultusunda uluslararası bir uzlaşma sağlanmış olmasıdır. Karma mani tanısının koyulabilmesi için mani sırasında Mc Elroy ve ark.(1992), üç veya daha fazla, Akiskal ve ark.(1998), en az iki, Swann ve ark.(1997), en az bir depresyon belirtisinin yeterli olacağını önermişlerdir.

Karma mani; öfori, iritabilite, insomni, ajitasyon gibi manik belirtiler, en az 2 depresif belirtiyile izlenir. Kadınlarda siktir, geç iyileşir, yineleme, özkıyım, madde kötüye kullanımı ve süregenleşme olasılığı çöktür. Karma mani ilk olarak Kraepelin tarafından tanımlanmıştır. Manik ve major depresif dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemdir(Güleç ve Köroğlu, 2007). Hasta her iki dönem ölçütlerini dolduracak derecede ciddi dalgalanmaları, aynı dönem içinde ardarda yaşamaktadır. Diğer manik dönemlerin %16-37’sini oluşturmaktadır. Bazı kaynaklarda ise, bipolar hastaların %50’sinin karma manik dönem geçirdiği ileri sürülmektedir (Öztürk; 2001; Işık 2003). DSM-IV-TR karma mani tanı ölçütleri Tablo 2.10’da gösterilmiştir.

Tablo 2.10. Karma Mani DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri (Güleç ve Köroğlu, 2007).

| |
|--|
| A. En az 1 hafta süreyle, hemen hergün, hem manik hem de major depresif dönem ölçütlerine uyuyor olmak. |
| B. Duygudurum bozukluğunun iş ya da sosyal yaşamda önemli bozulmaya yol açıyor ya da başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla hastaneye yatırılmasını gerektiriyor, ya da psikotik özellikli. |
| C. Belirtilerin bir maddenin ya da genel tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olmamak. |

İki uçlu duygudurum bozukluğunun her iki cinsiyette eşit oranda görüldüğü bildirilse de erkekler daha çok manik, kadınlar daha çok depresif ve karma dönem yaşamaktadırlar (Oral, 2003). BAB dönemleri şematik olarak Şekil 1’de gösterilmiştir (Turhan, 2007).



Şekil 2.1. BAB Dönemleri (Stephen M. Stahl Essential Pharmacology, 2000).

2.1.6. Ayırıcı Tanı

Major depresyon ve BAB ayırımı; major depresyonda görülen belirtiler, bipolar I ve bipolar II de görülen depresif dönemlerdeki belirtilerle benzerdir. BAB'ı olan hastaların ilk kez hekime başvurma nedeni depresif dönem olabilir. İlk dönemi depresyon olan hastalarda klinik tablonun hızla ilerlemesi, duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler, aile öyküsü, ilaçla manik dönem tablosu çıkması BAB yönündedir.

Siklotimi-Distimi ve BAB ayırımı; siklotimide duygudurumdaki bozukluk, BAB'tan daha kısa süreli ve daha az şiddetlidir. İki yıl süre dolduktan sonra hastada manik dönem ya da major depresif dönem gözlenirse bipolar bozukluk tanısının yanına siklotimik bozukluk tanısı da konulmalıdır. Siklotimiklerin 1/3'ü, sonunda bipolar tanısı alırsa da, siklotimi BAB'un öncüsü değildir ve koruyucu sağaltım gerekmez. Psikoterapiden yararlanırlar. Alkol ve madde bağımlılığı da sık gözlenir. Distimide belirtiler depresif duygudurumu yönündedir.

Psikotik bozukluk ve BAB ayırımı; kesitsel bakıldığında iki hastalık benzer, ancak hasta uzunlamasına değerlendirildiğinde iki hastalık arasındaki ayırım yapılabilir. Özellikle psikotik özellikler gösteren, dezorganize konuşma ve davranışın

gözlendiği manik tablolar şizofreniyle karışabilir. Aileden alınan öykü önemlidir. Şizoafektif bozuklukta ara dönemlerde psikotik belirtiler süregider.

Sınır kişilik bozukluğu ve BAB ayrımı; sınır kişilik bozukluğunda yoğun disforik dönemler, irritabilite ve anksiyete gözlenir. Karma ya da disforik atak geçiren bipolar hastalar ve bipolar II hastalarının bir kısmı, yanlışlıkla sınır kişilik bozukluğu tanısı alır. Sağaltım farklılıkları açısından iki hastalık arasındaki ayrımın yapılması zorunludur. Bazı bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya duygudurum bozukluğu tabloları çıkabilir. Bunların her birinin ayırıcı tanısı yapılmalıdır (Öztürk, 2001; Işık, 2003; Sadock ve Kaplan, 2005; Güleç ve Köroğlu, 2007).

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin tümörleri ve amfetamin, steroid, meskalin, bazı tüberküloz ilaçlarının entoksikasyonlarında mani ile karışabilecek tablolar görülebildiği bildirilmiştir. Deliryum durumlarında bilinç, yönelim ve algı bozukluğu baskındır. Manide bilinç, yönelim ve algı bozukluğu genellikle saptanmamıştır (Öztürk, 2001).

2.1.8. Gidiş ve Sonlanma

Bipolar bozukluğun epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterdiği, epizot sayısı arttıkça döngü uzunluğunun kısalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir. Geç yaş başlangıçlı olgularda, döngü uzunluğunun daha kısa olma eğilimi, olguların %34-79'unda ilk epizodun genellikle manik olduğu, erkeklerde ilk epizodun mani, kadınlarda ise depresyon şeklinde ortaya çıkmasının daha sık olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde manik ve depresif epizotların yıllar içerisinde aşağı yukarı eşit kalma özelliğine karşılık, kadınlarda depresif epizotların baskın olduğu belirtilmiştir (Sadock ve Kaplan, 2005).

Erken başlangıçlı bipolar bozukluğu olan hastaların genellikle ilk mani epizodundan önce birkaç depresyon epizodu geçirdiği bildirilmiştir (Öztürk, 2001). İlk epizottan sonra kadınlarda rekürrens daha sık olduğu ve ileri yaştaki kadınlarda gençlere oranla rekürrens riskinin yüksek olduğu öne sürülmüştür. Tüm epizotlar değerlendirildiğinde hastalık başlangıcının erken yaşta olmasının rekürrens riskini artırdığı belirtilmiştir (Oral (çev), 2003).

Hızlı döngünün kadınlarda, ultra hızlı döngünün erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Hızlı döngü olma özelliğinin, olguların %80'inin başlangıç döneminde olmadığı, ilerleyen yıllarda artışın antidepresan kullanımı gibi ilaç etkileri ile de bağlantılı olabileceği ileri sürülmüştür (Sadock ve Kaplan, 2005).

1-4 yıl süreyle yapılan izlem çalışmasında hastalık öncesi kötü iş yaşantısı, alkol bağımlılığı, psikotik özellikler, depresif özellikler, dönemler arası depresif özellikler ve erkek olma zayıf prognostik belirteçler olarak saptanmıştır. Manik dönemlerin süresinin kısa olması, başlangıç yaşının ileri olması, özkıyım düşüncelerinin az olması, eşlik eden psikiyatrik veya tıbbi sorunların az olması iyi prognoz göstergesi olarak belirtilmiştir. Hastaların %7'sinin tam iyileştiği, %45'inin birden fazla dönem geçirdiği ve %40'ının süregenleştiği, ortalama manik dönem sayısı dokuz olmasına karşın hastaların 2-30 manik dönem yaşayabildiği bildirilmiştir (Sadock ve Kaplan, 2005).

2.1.9. Tedavi

BAB oldukça yaygın olarak bulunan, kötü sonuçlar doğurabilen fakat tedavi edilebilir bir hastalıktır. %1'e yakın prevalansıyla ülkemizde pek çok insanı etkilemekte, ağır morbidite ve hatta mortalite ile seyretmektedir. Tedavide en sık karşılaşılan problemlerden biri de pek çok ilaç arasından hangisinin seçileceği konusudur (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000).

2.1.9.1. Lityum

Lityum bipolar bozukluğun hem akut fazında tedavi edici ve hem de sürdürüm tedavisi döneminde koruyucu olarak uzun süreli kullanımında Amerikan Federal İlaç ve Gıda Dairesi (FDA)'nden onay almış ilk ilaçtır (Şengül ve ark, 2004).

Genel olarak BAB'ta lityuma yanıt %80 olarak kabul edilirken daha yeni çalışmalarda lityuma yanıtızılığın %50 ve daha fazla olduğu iddia edilmektedir (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Sertöz ve ark, 2002).

2.1.9.2. Valproat ve Karbamezapin

Lityuma dirençli hastalar için alternatif tedaviler olarak ortaya çıkan duyudurum düzenleyicileri valproat ve karbamezapinin gerek akut gerekse sürdürüm

dönemlerinde lityuma alternatif oldukları ve profilaksisindeki etkinlikleri kontrollü çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu ilaçlar özellikle atipik klinik özellikleri olan hastalarda, hızlı döngüleri olan hastalarda, lityum tedavisine yanıt vermeyen ya da uyum göstermeyen hastalarda kullanılmaktadır (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000).

2.1.9.3. Lamotrijin

Lamotrijin bir antiepileptik olduğu kadar FDA tarafından BAB'ta depresif dönemlerini geciktirmek amacıyla idame tedavisinde onaylanmış bir ilaçtır. Tedaviye dirençli hastalarda ilave tedavi olarak kullanılan ve kilo artışı yapmayan antiepileptik bir ilaçtır. Özellikle hızlı döngülü tipte daha etkin olduğu bildirilmektedir. Lamotrijinin en fazla iki uçlu depresyonda etkinliği gözlenmiş olup antimanik ve antihipomanik olarak etki ettiği şu ana kadar net olarak ortaya konmuş değildir (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Bülbul ve ark., 2005).

2.1.9.4. Antipsikotikler

BAB'ta %60 oranında başta hezeyanlar olmak üzere psikotik belirti hikayesi bulunur. Duygudurum bozukluklarının tedavisinde antipsikotikler tek başına, diğer ilaçları destekleyici, güçlendirici olarak veya tedaviye direnç durumlarında kullanılabilir (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Öztürk, 2001; Güleç ve Köroğlu, 2007).

Bu ilaçlar şizofreni tedavisinde kullanıma sunulmuşken günümüzde artık BAB tedavisinde de etkin olarak kullanılmaktadırlar. Bunlar yakından tanıdığımız klozapin, risperidon ve olanzapin'dir (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Ayar, 2006).

2.1.9.5. Antidepresanlar

Bipolar depresif dönem sağaltımının amacı, özkıyım riskini gözeterek hastayı, olabilecek en etkili ve hızlı biçimde depresyondan çıkarmaktır. Depresyonun iyileşmesini hedeflerken, manik kayma, döngü hızlanması gibi süreçlere karşı da kaygı duyulmalı ve önlemler en üst düzeyde tutulmalıdır (Ceylan ve Oral, 2001; Işık, 2003; Turhan 2007).

Antidepresanların düşük dozda başlanması, etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan sağaltımın uzun sürdürülmemesi önerilir (Öztürk, 2001; Güleç ve Köroğlu, 2007).

Antidepresanlar arasında daha çok SSRI'lar tercih edilir. Genel olarak depresyon sağaltımındaki yaygın kullanımları ve özellikle yan etki profillerindeki üstünlükleri ikiüçlü depresyonda kullanılmalarına yol açmıştır (Ceylan ve Oral, 2001; Ayar, 2006; Güleç ve Köroğlu, 2007).

2.1.9.6. EKT (Elektro Konvülsif Tedavi)

EKT, BAB tedavisinde en etkili seçeneklerden birisidir. Genellikle ilaçların etkili olmadığı durumlarda, özkıyım riskinin yüksek olduğu olgularda, ağır/psikotik bulgulu olgularda ve gebelikte uygulanmaktadır (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Öztürk, 2001; Işık, 2003).

Uygulanan tedavi seçeneklerinin başarısız olması durumunda tedaviye lityum veya valproat ilaveten karbamezapin, klozapin veya EKT eklenmesi önerilmektedir. Hastanın hem kendi hem de çevresi için tehlikeli olması, farmakolojik tedavinin kontrendike olduğu durumların bulunması, geçmişinde EKT'ye iyi cevap vermiş olması durumlarında EKT ilk adım olabilir. EKT yaygın olarak maninin akut ve sürdürüm tedavisinde kullanılmaktadır (Ayar, 2006; Turhan, 2007; Yılmaz, 2007).

2.1.9.7. Koruyucu Tedavi

Aralıklarla gelen ve yinelemesi kaçınılmaz olan hastalıklarda önleyici ve koruyucu tedavi tıbbın tüm dallarında olduğu gibi psikiyatride de bir gerekliliktir. Koruyucu tedavinin gerekliliğini iki temele dayandırmak mümkündür:

1)Hastalığın yineleyici özelliği nedeniyle bu yinelemelerin öngörülebilir ve engellenebilir olma olasılığı.

2)Hastalığın neden olduğu yeti yitimi ve bu kayıpların her atakla birlikte ağırlaşarak devam etmesi (Konuk ve Kocabaşoğlu, 2000; Ayar, 2006; Turhan, 2007; Yılmaz, 2007).

BAB'ta koruyucu tedavi ile %70-80 oranında başarı sağlanabilmektedir. Bu başarı hastaların %70-80'inde sağlanabileceği gibi, bir hastadaki başarının oranı aynı oranda olabilir (Öztürk, 2001).

Hastaların çoğunda koruyucu sağaltıma akut dönemde etkili olan ilaçla devam edilir. Akut dönemin manik olduğu durumda duygudurum dengeleyicisinin dozunun azaltılması düşünölmelidir (Öztürk, 2001; Işık, 2003).

2.1.9.8. Psikososyal Yaklaşımlar

Psikososyal yaklaşımlar ile, hastanın etkin biçimde ve gerçekçi düzeyde, hastalığı kendi denetiminde tutma çabası gösteren bir kişi haline gelmesi, psikososyal sorunlarla başa çıkması ve psikososyal işlevselliğin artırılması hedeflenir. Psikoeğitim programları ve bilişsel davranışçı teknikler etkin hasta odaklı yaklaşımlardır. Bu yöntemlerin, hastalığa bağlı ikincil sorunların çözümünün yanısıra, hem sürdürüm sağaltımına eklendiğinde hem de depresif dönemlerin tedavisinde etkinliği bildirilmiştir (Turhan, 2007).

2.1.10. Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler ruh sağlığı sorunu olan bireylerin yönlendirilmesinde ve gittikçe artan bir şekilde de tedavisinde yer alarak, hastalıkla ilgili olan ve olmayan düzenlemeleri yürütmeleri ile kaliteli klinik bakımın önemli bir parçasıdır. Hemşirelerin davranış bozukluklarını doğru değerlendirmelerinin ve hastaya doğru yaklaşımlarının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu yaklaşımın, depresyon teşhisi konmuş hastaların izlenmesi ve BAB'tan kaynaklanan potansiyel durumlara karşı hazır olmayı gerektirdiği belirtilmiştir. Hemşireler BAB'un teşhisinde, hasta ve ailelerin eğitiminde, tedavide ve uzun vadeli hasta bakımında anahtar role sahiptirler (Varcarolis, 1998).

Psikiyatri hemşiresinin, BAB tanısı olan hasta ve ailesi için eğitici danışmanlık yapmasının ve tedavi planında eğitimin yer almasının önemli ve gerekli olduğu belirtilmektedir. Böylece hastalığın tedavi yönetimi ve sorumluluğunun mümkün olduğu kadar sağlık hizmeti verenlerden aile ve hastaya kaydırılması sağlanabilecektir. Tedavinin sorumluluğunun hemşire tarafından hastaya verilmesi hastanın mutluluğunu ve tedaviye uyumu arttırmaktadır. Hasta ve ailesinin tedaviye aktif katılımını sağlayan bu eğitim programlarının mutlaka psikiyatri hemşiresi, psikiyatrist veya psikolog gibi bireysel veya ailesel tedavi yapanlarla işbirliği içerisinde yürütülmelidir (Kum, 1996; Varcarolis, 1998).

2.1.10.1. BAB'da Bazı Hemşirelik Tanıları ve Uygulanacak Girişimler

2.1.10.1.1. Beslenmede bozukluk:

-Diyetisyenle işbirliği yapılarak hastaya uygun kalori miktarında bir diyet belirlenir.

-Hastanın günde yaklaşık olarak 3 litre sıvı tüketmesi sağlanır.

-Hastanın bol lif içeren yiyecekler ve bol sıvı alımı yardımıyla normal barsak hareketlerine sahip olması sağlanır.

-Hastanın yüksek protein, vitamin ve mineral içeren besin ve sıvıları tüketmesi sağlanır.

-Eğer bir dehidrotasyon ya da elektrolit dengesizliği durumu söz konusu ise, sıvı desteği sağlanır, aldığı-çıkarıldığı ve laboratuvar sonuçları doğru olarak kaydedilir; izlenir. Hastanın haftalık kilosu takip edilir.

-Hastanın sevdiği yiyecekleri, gerekiyorsa hasta ailesinin getirmesi sağlanır.

2.1.10.1.2. Uyku düzeni bozukluğu:

-Uyaranların az olduğu sessiz bir ortam sağlanır.

-Hastaya gün boyu dinlenebileceği ve uyumasını engelleyici bir etkinlik programı hazırlanır.

-Çay, kahve, kola gibi uyarıcı içecekler sınırlanır.

-Ilık, uyarıcı olmayan içecekler, ılık banyo ve sırt masajı gibi uykuyu kolaylaştırıcı yollarla hastaya yardımcı olunur.

-Uykudan önce, müzikle gevşeme egzersizleri yardımcı olabilir.

-Aşırı uyuyan hastaya odada oturması için sınır konur. Günlük etkinliklere katılımı için desteklenir.

2.1.10.1.3. Aile sürecinde değişim:

Genelde dönem sonlandığında hastalar normal işlevlerine geri dönerler. Bazen bu aşamada kendilerini halsiz, işsiz, arkadaşsız ve eşsiz bulabilirler. Ailelerin, ne olduğunu anlamaya, desteğe ve psikolojik danışmanlığa ihtiyaçları vardır.

2.1.10.1.4. Kendine ya da başkalarına yönelik şiddet riski:

-En sıkı önlemler altında bile özkıyım olayı görülebilir. Fakat bu konuda her zaman uyanık olunmalıdır. Çok sıkıntılı ağır çökkün hastalarda duruma göre aileyi uyarmak, hastanın yalnız bırakılmamasını söylemek gerekir.

-Hastayla daha sık birlikte olunur.

-Her türlü özkıyım düşüncesi ya da girişimi ciddiye alınmalıdır. Her özkıyım düşüncesinin anlatımı ya da girişimi ciddi bir uyarıdır, bir yardım çağrısıdır.

-Uyaranların gerginliği artırıcı etkisi nedeniyle çevre düzenlemesi yapılır. Zararlı olabilecek tüm nesnelere hastanın çevresinden uzaklaştırılır.

-Hastanın öfkesini boşaltabileceği bir yol bulabilmesi için; fizik egzersiz, iş- uğraşı programları gibi etkinliklere katılması sağlanır.

-Hasta yaklaşımında sakın bir tavır sergilenir.

-Hekimin önerdiği sedatif ilaçlar verilir. Etkisi ve yan etkisi gözlenir.

-Eğer hasta görüşme ve ilaçlarla sakinleşemiyorsa, mekanik kısıtlama yapılabilir. Kısıtlama sonrası, hasta 5 dakikada bir izlenir, yalnız bırakılmaması sağlanır. Hastanın güvenliği yönünden ekstremiteler ve pozisyon kontrol edilir. Hastanın yeme, içme ve boşaltım gereksinimleri zamanında ve yeterince karşılanmalıdır. Hastanın huzursuzluğu azalmışsa kısıtlamadan çıkmaya hazır olup olmadığı belirlenir.

-Hastayla açıkça konuşularak bir anlaşma yapılması, tedavi süresince herhangi bir özkıyım girişiminde bulunmayacağına dair hastadan söz alınması gerekir.

-Diğer bireylerin güvenliği için görevli sayısının yeterli olması sağlanır.

-Bir sağaltım kurumunda özkıyım karşı önlemler, hastaların özerklik, özgürlük gereksinimlerini engelleyecek, terapötik ortamı olumsuzlaştıracak nitelikte olmamalıdır.

2.1.10.1.5. Yaralanma riski:

-Hemşire hasta ile birlikte huzurlu bir ortamda 07.00-23.00 arasında günde 3-4 defa vakit geçirmelidir.

-Grup etkinlikleri sınırlanır. Hastanın bir ya da iki kişi ile yakın ilişki kurması sağlanır. Hasta teke tek ilişkide kendini daha güvenli hisseder.

-Zararlı olabilecek nesnelere (kibrit, çakmak dahil) hastadan uzaklaştırılır. Hasta güvenliğinin sağlanması hemşirenin önceliklerindedir.

-Mevcut enerjinin zarar görmeden atılması ve gerginliğin azalması için yazı yazma, pinpon, jimnastik gibi fiziksel etkinlikler belirlenir ve uygulanması sağlanır.

-Hastanın aktif uyarıcı çevreden uzaklaştırılması veya çevrenin uyaranları azaltacak biçimde düzenlenmesi sağlanır (sessizlik, loş ışık, sakın atmosfer gibi).

2.1.10.1.6. Düşünce süreçlerinde değişim:

-Hemşire hastanın sanrısına katılmaz; sanrıya katılmak, hastanın sanrılarını gerçek kabul etmesine yol açar.

-Hastanın inandığı olgular yadsınmaz ya da tartışmaya girilmez.

-Düşünce bozukluğu nedeni ile hastayı anlamak zorlaştığında somutlaştırma gibi terapötik teknikler kullanılır.

-Gerçeklere yoğunlaşılır (şimdi ve burada ilkesi).

-Hasta gerçekte olan ile sanrısını ayırt ettiğinde olumlu pekiştirme yapılır. Olumlu pekiştirme benlik saygısını yükseltir.

-Hastaya düşünceyi durdurma teknikleri öğretilir. Böylece sanrısı ortaya çıktığında hasta, bunların üstesinden gelebilir.

-Dokunma dikkatle kullanılır. Perseküsyon sanrıları olan hastalar bunu tehdit olarak algılayabilir ve saldırgan tepki verebilirler (Varcarolis, 1998; Kum, 2000; Erdemir (çev.),2005).

2.2. Bipolar Affektif Bozuklukta Tedaviye Uyum

2.2.1. Tedaviye Uyum ve Uyumsuzluk

Uyum, kelime anlamı olarak bir olay ya da durum karşısında gösterilen olumlu tavır, kabullenme ve beklenen tarzda davranışı ifade etmektedir. Hedeflenen yönde davranış değişikliğinin kişide gözlenmesi uyumun göstergesidir. Hemşire kuramcılardan Roy, bir sistem olarak insanı, çevredeki değişikliklere etkili şekilde düzenleme kapasitesine sahip olduğu şeklinde açıklar. Bu sayede kişi karşılaştığı değişik durumlara uyum gösterebilir (Velioğlu, 1999; Okçin, 2000).

Genel olarak tıbbın her alanında, beklenen bir davranış olarak düşünülen uyum, sağlık personelinin tavsiyeleri ile hastanın davranışı arasındaki birlikteliğin bir boyutudur. Hastalıkların tedavisinde, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanması ve tıbbi önerilere uyması, tedavinin başarısı için birinci derecede önem taşımakta olup; hasta açısından son derece önemlidir (Çam, 1989; Demirtaş, 1995).

1980'lere kadar medikal tedaviye uyum, tedaviye uyum şeklinde tarif edilmiştir. Literatüre bakıldığında bu yaklaşım halen devam etmektedir. Fakat bu yaklaşım klinik pratikte destek görmemektedir. Çünkü medikal tedaviye uyum hastaların hiçbir katılım olmadan doktorun tedavilerine uyduğu bir durumdur. Son

yıllarda medikal tedaviye uyum yerine tedaviye uyum terimi kullanılır olmuştur (Frank ve ark, 1992).

Tedaviye uyum konusunda farklı birçok tanımlama yapılmıştır. Sofuoğlu ve Turan (2000)'ın çalışmalarında belirttiği gibi "tedaviye uyum" gözlenen davranış etkisinin, tedavinin beklenen standardına oranı olarak ifade edilir. Bu terim sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil, tedaviye karışan bütün diğer faktörlere uyumu da içine alır. Bunlar; tedavinin başlatılmasına istekli olma, tedavi planına uyma, tedavi randevularına uymadır.

Başka bir çalışmada Cameron (1996) uyumu, verilen tedaviyi takip etmek için hasta tarafından gönüllü bir tutum sergilemek ve bu konuda verilen tedavi planının hasta tarafından davranış olarak tam anlamıyla başarılmasıyla ilişkilendirmiştir.

Tedaviye uyum, hastanın hekimi tarafından kendisine önerilenleri yapması, yapmaması gerekenlerden kaçmasıdır. Başka bir deyişle, hastanın verilen ilaçları eksiksiz, zamanında ve önerilen biçimde kullanması veya iyileştiğini varsayarak ilaçlarını önerilen zamandan önce bırakmaması, yapması ya da yapmaması gereken davranışlara uygun davranmasıdır. Uyum, vücutta etki yapan, biyolojik bir faktör değildir; ancak sağlanamadığında tedavinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olan önemli bir etkidir. Bu açıdan, hastanın tedaviye uyumu, doğru tanı konması, tedavinin doğru ve zamanında başlanması kadar önem taşımaktadır (Akıncı, 2003).

Tedaviye uyum hem prognozu etkileyen, hem de tedavi maliyetini düşüren bir faktör olarak kabul edilmektedir. Birçok çalışma hastaların 1/3'ünün ilaç tedavisine tamamen uyumlu, 1/3'ünün kısmen uyumlu (yazılan ilaç dozunu azaltma veya ilacı düzenli almama şeklinde), geri kalanın ise kesinlikle uyumsuz olduğunu ortaya koymuştur (Aktaran Sofuoğlu ve Turan, 2000).

Literatürde en az 7 farklı seviyede tedaviye uyumsuzluk tariflenmiştir. Bu tariflerin karşılamadığı başka uyumsuzluk davranışlarının da olduğu belirtilmektedir (Taj ve Khan, 2002; Colom ve ark, 2005).

Tam Uyumsuzluk: Hastanın doktorun direktiflerine hiçbir şekilde uymadığı durumdur. Bu grup hastalar en az çalışılmış hastalardır. Bu hastalar içinde psikiyatrist ile görüşmeye devam edenler vardır. Fakat ilaç almayı reddederler. Ötimik bipolar hastaların %10 u bu gruptadır.

Selektif Uyumsuzluk: Bazı hastalar idame tedavi sırasında atipik antipsikotik almayı reddederler. Bir diğer hasta grubu lityumu almasına rağmen diğer grup ilaçları almayı reddederler.

Aralıklı Uyumsuzluk: Aralıklı ya da tam olmayan uyum genelde lityum kullanan hastalarda görülür. Tedaviyi hiçbir zaman tamamen kesmezler. Fakat ilaç dozlarına uymazlar. Kendilerine ilaç tatilleri verirler. Bazılarını almazlar, bazılarını alırlar. Bazı özel zamanlarda örneğin, hafta sonu veya iş görüşmelerinden önce duygudurum ilaçlarını kendi kendilerine düşürürler.

Geç Uyum: Bazı hastalar bipolar bozukluğu olmadığını, tedaviye gereksinimi olmadığını söyleyerek başlangıçta tedaviye direnç gösterirler. Fakat relapslar ve tanıyı kabullenmesi ile tam veya kısmi uyum gösterirler.

Geç Uyumsuzluk: Tam uyumdan 2 veya 3 yıl sonra bazı hastalar idame tedaviyi sürdürmemeye başlarlar. Bu fenomen hem lityum hem de antikonvülzanlar için bildirilmiştir.

Kötüye Kullanım: Bipolar bozuklukta reçete edilenden daha fazla ilaç alınması psikiyatristlerin hoşnut olmadığı bir durumdur. Bipolar bozukluğun genellikle madde bağımlılığı ile komorbiditesi vardır veya kişilik bozukluğu eşlik etmektedir. Benzodiazepin suistimali bipolar bozuklukta siktir; fakat bu buzdağının görünen kısmıdır ki olgu sunumlarında antidepresanların, antipsikotiklerin ve hatta atipik antipsikotiklerin kötüye kullanımı bildirilmiştir. Fakat hiç duygudurum düzenleyici kötüye kullanımı bildirilmemiştir.

Davranışsal Tedaviye Uyumsuzluk: Uyum tanımı sadece farmakolojik tedaviye uyumu işaret etmez, aynı zamanda hastanın bipolar hastalığına ve yaşamındaki konulara (alkol, uyku, madde kullanımı) bakışını da içerir. Uyku ve diğer davranışların düzenlenmesi, duygudurumun değişmesi riskini minimize eder. Bazı hastalar reçete edilen ilaçlara tam olarak uyarlar, fakat diğer risk içeren davranışların düzenlenmesinden kaçınırlar.

2.2.2. BAB Olan Hastalarda Tedaviye Uyumun Ölçülmesi

Hastaların ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilebilmesi için bir çok yöntem vardır. Bunlar; hasta ile görüşme sonucu hastadan alınan veriler, klinisyenin tutumu, tablet sayma, elektronik ilaç izleme, kan ve idrarda ilaç düzeyine bakma gibi yöntemlerdir. İlaç sayımları teknik olarak güçtür (Roisin ve Anthony, 2001).

Laboratuvarlarda yapılan testler çoğu zaman tek başına yetersizdir; bu nedenle hasta ile doğrudan yüz yüze görüşme yöntemi, tercih edilen bir yöntem olmaktadır (George ve ark, 2000; Thompson ve ark, 2000). George ve arkadaşlarının (2000), trisiklik antidepressanlara uyumu ölçmede dört farklı yöntemi karşılaştırdıkları bir çalışmada, uyumu ölçmede elektronik izlem ve hastanın öz bildirim sonuçlarının, ilaç sayma ve ilaç kan düzeyi ölçümü sonuçlarına göre uyumu ölçmede daha geçerli olduğunu bulmuşlardır.

Psikiyatrik araştırmalarda ilaç tedavisine uyumu ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Hogan ve ark. (1983) uyum üzerine yüksek tahmin edici değeri olduğu gösterilen Drug Attitude Inventory (DAI) adında davranış skalası geliştirmişlerdir. Kampman ve ark. (2000) tarafından Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT) oluşturulmuştur. Thompson ve ark. (2000) ilaç uyumunu ölçen yeni Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Skalası (MARS) adında bir anket formu geliştirilmiş ve Koç ve ark. (2006) tarafından ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Aktaran Koç, 2006).

BAB tanılı bireylerde tedaviye uyumu ölçme metotları üzerine yapılan çalışmalar arasında oldukça farklılıklar görülmektedir (Satatovic ve ark, 2004). Araştırmalar öz bildirim yöntemi, ilacın plazmadaki değerinin ölçümü, tablo tutma, eczane ilaç temin kayıtları, doktorun raporu ve hasta yakını raporu gibi çok farklı yaklaşımlar içermektedir. Genel uyum literatüründe, hastalık kontrolünün zayıflığı tedaviye uymamanın potansiyel göstergesi olarak ifade edilmekte (Bender, 2005); ancak BAB gibi döngüsel bir durumda, bipolar semptomların kontrolü ile ilacın kısa sürede etkisinin beklenmesinin pek pratik olmayabileceği düşünülmektedir. Tablo 2.11'de, BAB'ta tedaviye uyumu ölçmede kullanılan yöntemler ile, her birinin potansiyel avantajları, dezavantajlarını görülmektedir. Bazı gruplar, hasta öz bildirimini, doktor raporu ve serum seviyeleri gibi çoklu kaynaklardan elde edilen bilgileri kullanarak tedaviye uyumu ölçmede karma ve birleşik bir değerlendirme tipini kullanmışlardır (Miklowitz ve ark, 2000; Satatovic ve ark, 2007).

Tablo 2.11. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde İlaç Tedavisi Uyumunu Ölçme Metotlarının Avantaj ve Dezavantajları (Satatovic ve ark, 2007).

| Yöntem | Avantajları | Dezavantajları |
|--------------------------|---|---|
| Hasta öz bildirimi | Değerlendirilmesi kolaydır. Çok düşük maliyet ve emek gerektirir. | Eksik bildirimde bulunabilir. |
| Plazma seviyeleri | Gerçek ilaç emilimini/ etkisini gösterir. | Sadece bazı duygudurum dengeleyicilerle ve antidepresanlarla (lityum, bazı antikonvülsanlar ve bazı antidepresanlar) kullanılabilir. Kanda lityumun ölçülmesine yönelik parmak=çubuk örneği hariç damar yolu açmayı gerektirir. Son doza göre testin zamanlamasından etkilenir. |
| Yakınlar/Aile bildirimi | Bireylerin içgörüsü olmadığı durumlarda ya da eksik bildirimde bulduklarında faydalıdır. | Bazı bireylerin bilgi verecek yakınları güvenilir olmayabilir ya da özel yaşama taciz olarak algılanabilir. |
| İlaç sayımı | Nispeten ölçmesi kolay, çok düşük maliyet ve emek gerektirir. | Bireylerin saymak üzere ilaçlarını getirmeleri gerekir; ilaçların gerçekten alınıp alınmadığını garanti edemez. |
| Eczane Kayıtları | Uzun dönemde uyumu değerlendirmede özellikle faydalıdır. | Genellikle tek bir eczaneden temini gerektirir; ilaçların içildiğini garanti etmez. |
| Mikro-Elektrik Aletler | Bireylerin içgörüsü olmadığı durumlarda ya da eksik bildirimde bulduklarında faydalıdır. | Maliyetli olabilir; rutin klinik ortamında her zaman uygulanamayabilirler. |
| Tablo Hesabi | Uzun dönemde uyumu değerlendirmede özellikle faydalıdır. | Yoğun zaman gerektirir farklı kayıtların kullanıldığı farklı ortamlarda sunulan tedavi durumlarında uygun değildir. |
| Ziyaret sıklığı | Uzun dönemde uyumu değerlendirmede özellikle faydalıdır. | İlaç tedavisi uyumu ile korelasyonu olmayabilir. |
| Doktor raporu | Bireylerin öz görüşü olmadığı durumlarda ya da eksik bildirimde bulduklarında faydalıdır. | Fazla ya da eksik bilgi verebilir. |
| Karma (Kombine) metotlar | Uyumun anlaşılır bir şekilde ölçümünü verir\ bilgi kaynakları içinde kıyas yapma olanağı verir. | Kombine bir kriter oluşturmak için farklı metotların en iyi ne şekilde nasıl birleştirilecekleri konusunda net değildir. |

Güncel bipolar tedavi uyum araştırmalarında karşılaşılan başlıca problemlerden biri tedaviye uyumu ölçebilmek için ortak kabul gören bir “altın standart”ın olmamasıdır (Satatovic ve ark, 2004). Örneğin, BAB için kullanılan yeni tedavilerin bazılarında tedavi yönetimine rehberlik etmesi açısından atipik antipsikotik ajanlar ve plazma seviyelerinden düzenli bir şekilde faydalanılmamaktadır; bu durum plazma seviyelerinin hem ilaç titrasyonları hem de tedavi uyumunun ölçülmesinde bilgi verdiği lityum gibi daha eski ajanlarla tam bir zıtlık teşkil etmektedir. Bir diğer güçlük pek çok çalışmada kullanılan karma tedavi uyum kriterlerinin açık ve net olmamasıdır (Satatovic ve ark, 2007).

2.2.3. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumsuzluğu Görölme Sıklığı ve Sonuçları

Bipolar affektif bozukluk, osteoartrit, HIV enfeksiyonu, diyabet ve astım gibi bilinen pek çok kronik hastalığa nazaran daha yüksek derecede özüre ve bozukluğu neden olan, kronik ve ciddi bir zihinsel hastalıktır (Murray ve Lopez, 1997; Satatovic ve ark, 2007). İşlevsellik sonuçları BAB olan bireyler arasında değişiklik göstermektedir ve intihar oranları oldukça yüksektir (Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2007). Ayrıca, BAB sağlık hizmeti sistemi üzerindeki yükü artıran önemli bir hastalıktır. Begley ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir araştırmada BAB olan hastaların toplam yaşam maliyetinin ABD’de 24 milyar dolar olduğu bulunmuştur.

Tedaviye uyumsuzluğu BAB olan hastalarda yaşanan en büyük problem olduğu düşünölmektedir (Begley ve ark, 1998). Lityum, valproat, yeni antikonvülsanlar ve son zamanlarda piyasaya sürölen atipik antipsikotik ilaçlar gibi tedaviler, ulusal ve uluslararası BAB tedavi yönergeleri tarafından ortak şekilde önerilen tedavilerin başlıcaları olduğu belirtilmiştir (Colom ve ark, 2005; American Psychiatric Association, 2002). Günümüzde, erken dönemde tedaviye devam etmemenin; BAB da dahil olmak üzere ciddi ruhsal hastalığı olanlarda iyi sonuçlar almanın önündeki en büyük engel olduğu konusunda gittikçe yaygınlaşan bir fikir birliği vardır.

Tedaviye uyumsuzluk, BAB olan bireyler açısından hem kişisel hem de ekonomik maliyetleri ciddi şekilde artırmaktadır (Begley ve ark, 1998; Colom ve ark, 2005; Osterberg ve ark, 2005). BAB olan her on bireyden dokuzu tedaviyi bırakmayı ciddi şekilde düşünmüş ve üçte biri de reçeteli ilaçlarının %70’inden fazlasını almamışlardır (Scott, 2002). BAB olan hastalarda ilaç tedavisine uymama durumunu değerlendiren iki çalışmada, tedaviye uyumsuzluk oranı sırasıyla %41 (Lingam ve Scott, 2002) ve %42 (Perlick ve ark, 2004) olarak bulunmuştur.

Bipolar affektif bozukluk için kullanılan ilaç tedavilerinde gittikçe büyüyen bilgi akışına rağmen son derece çelişkili bir şekilde bu hastalarda tedaviye uyum kötüye gidebilmektedir. Son bildiriler duygudurum düzenleyici ilaç tedavilerine uymama oranlarının arttığını göstermektedirler. Bu durum muhtemelen çok daha atipik ve kompleks hastalık göstergeleri ve daha çok sayıda komorbid bozukluk

(özellikle madde ve alkol kullanımı) durumlarıyla ilişkili görülmektedir (Colom ve ark, 2005).

Bipolar affektif bozukluk olan hastaların tedaviyi bırakmalarından kaynaklanan riskler oldukça iyi belgelenmiştir ve manik-depresif nöksler, yeniden hastaneye yatma ve çok daha uzun süreler hastanede kalma durumları bu riskler arasındadır (Svarstad, 2001). Muller-Oerlinghausen ve arkadaşları (2001), BAB olan hastalarda koruyucu lityum tedavisinin, intihar girişimi ve intiharı gerçekleştirme riskini azalttığını, lityum terapisini sonlandırmanın ise intihar sonucu ölümleri ve diğer bozuklukları artırdığını göstermişlerdir. Franks ve arkadaşları (2005) da altta yatan hastalığın yeniden ortaya çıkması ve/veya tedaviyi aniden bırakma sonucu yeni semptomların ortaya çıkması ile karakterize olan lityum rebaundunun, tedavi uyumu zayıf olan hastalarda hayati öneme sahip olduğunu belirtmişlerdir.

2001 yılında Begley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada belirttiklerine göre, ABD’de, sadece tek bir manik atak geçiren bireyler için kişi başı bakım maliyeti 11720 dolar iken, kronik ve tedaviye cevap vermeyen BAB vakalarında kişi başı bakım maliyeti yaklaşık kişi başı 264785 dolardır (Aktaran Satatovic ve ark, 2007). Benzer bir şekilde Durrenberger ve arkadaşları (1999) bir olgu serisinde sık manik relaps olan bir hastanın 6 yıllık maliyetinin, tedaviye uyumlu 13 hastanın 6 yıllık izlem maliyetine eşit olduğunu bildirmişlerdir.

ABD’de tedaviye uyumlu ve uyumsuz bipolar hastaların maliyeti birçok çalışmada hesaplanmıştır. Svarstad ve arkadaşları (2001), bipolar hastaların %33’ünün düzensiz ilaç kullandıklarını bildirmişlerdir. Bu düzensiz ilaç kullananların hastaneye yatış oranları %73’dür. Düzenli ilaç kullananların %31’i hastaneye yatmıştır. Hastaneye ortalama yatış süresi her iki grupta belirgin farklılık göstermektedir. Düzensiz ilaç kullananlarda hastane yatış süresi 37 gün iken, düzenli ilaç kullananlarda 4 gün olarak hesaplanmıştır. Buna bağlı olarak yatış ücretlerinde de farklılık gözlenmiştir, düzensiz ilaç kullananların maliyeti 9700 dolar iken, düzenli ilaç kullananların 1657 dolar olarak hesaplanmıştır.

Son olarak Wyatt ve arkadaşları (2001), düzenli lityum kullanımının her yıl maliyetleri 8 bin dolar azalttığını belirlemişlerdir. Bu durumda, BAB’da tedaviye uyumsuzluk kişisel ve sosyal sonuçlar ile ciddi ekonomik maliyetlerle yakından ilgilidir.

Scott ve Pope (2002) 98 hasta üzerinde tedaviye uyumu, duygudurum düzenleyicileri plazma düzeyleri ve hastaneye yatışın birbiri arasındaki ilişkilerini incelemiştir. Hastaların %32'si profilaktik tedaviye kısmi uyum sağlamış, %50'si de tedaviye uyum sağlamıştır. 18 ay içinde 92 hastadan 27'si bir veya daha fazla yatışa gereksinim duymuştur. Toplam yatışa gereksinim duyanlar %29 olduğu bulunmuş ve yatış oranları tedaviye kısmi uyum sağlayan hastalarda belirgin olarak yüksek (%81.2) iken tedaviye uyumu tam sağlanan hastalarda çok düşük (%9.7) olarak bildirilmiştir.

17 bin hasta ve 28 çalışmayı içeren bir metaanaliz çalışma sonucunda uzun dönem lityum tedavisi almayan hastalarda intihar girişimleri düzenli lityum alanlara göre 8.6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Bütün bu veriler uzun dönem lityum kullanımının faydalarını göstermektedir, duygudurum düzenleyici tedavisine uyumun potansiyel yararlarının da dolaylı kanıtı niteliğindedir (Colom ve ark, 2005).

Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte; Atbaşoğlu ve arkadaşlarının (1993) psikiyatri polikliniğine kontrol muayenesi için gelen hastaların uyumlarını ve ilişkili özelliklerini araştırdığı bir çalışmada, BAB tanısı ile izlenen hastaların % 79'u uyumlu, % 21'i uyumsuz kabul edilmiştir. Demirtaş (1995)'in bipolar hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %44'ü tedaviye uyumlu, %56'sı uyumsuz olarak belirlenmiştir.

2.2.4. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyumsuzluğun Risk Faktörleri

Tıpkı diğer ciddi ruhsal hastalıklarda da olduğu gibi, BAB'da tedaviye uymamayı etkileyen faktörlerin çoklu ve karmaşık olduğu belirtilmiştir (Murray ve Lopez, 1997; Sofuoğlu ve Turan, 2000; Satatovic ve ark, 2004; Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2007). Bazı çalışmalar demografik özelliklerin (kadın cinsiyet ve genç yaş gibi) bireylerde tedaviye uyumu etkilediğini belirtmelerine rağmen bu bulguların BAB olan bireylerde tam olarak tutarlı olmadığı bildirilmiştir (Colom ve ark, 2000; Colom ve ark, 2005). Hastalığın kendisi de uyumu bozan bir faktör olabilir. Hastanın perseküsyon sanrıları varsa ve "kendisinin zehirleneceğine" inanıyor ise ilaç almaya direnecektir. Grandiyöz hastalar da ilaç almaya isteksizdirler (Sofuoğlu ve Turan, 2000; Satatovic ve ark, 2004).

Bipolar gruplarda tedaviye uymamaya ilişkin daha tutarlı belirteçlerden bazıları; hastalığa eşlik eden madde ve alkol bağımlılığı, yaşa bağlı aşırılıklar (ergenler ve yetişkinler), ciddi psikotik semptomlar ve kişilik bozukluklarıdır (Scott ve Pope, 2002; Colom ve ark, 2005; ; Satatovic ve ark, 2007). Colom'un (2000) yaptığı bir çalışma, kişilik bozukluğu ve hastalığı inkârın, ötimik bipolar bireylerde tedaviye uymamada başlıca risk faktörleri olduğunu göstermiştir. Bu bireyler tıbbi tavsiyeleri takip etme ve prodromal semptomları fark etmede çok daha fazla eksiklik yaşayabilmektedirler (Keck ve ark, 1996; Colom ve ark, 2000; Colom ve ark, 2005).

Keck ve arkadaşları (1996), akut mani nedeniyle psikiyatriye yatışlı hasta olarak kabul edilen bireylerin çoğunluğunda, ilaç tedavisine uymama durumunu tespit etmişler ve tedaviye uymamanın aynı zamanda maninin şiddetiyle de ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Bipolar affektif bozukluk tanılı tedavi uyumu olmayan bireyler, uyumlu bireylerden tutum/ inanç değişkenleri (hastalığın ciddiyetinin inkârı, ilaç tedavisine karşı genel negatif tutum, yan etkilerden korkma ve profilaksiye karşı direnç gibi) bakımından farklılık göstermektedirler (Scott ve Pope, 2002). Bazı tedaviye uyumsuz BAB olan bireylerin ilaçları bırakmalarının başlıca nedenlerinin; kronik bir hastalığa sahip olma fikrinden rahatsız olma (%48), ruh hallerinin ilaçlar tarafından kontrol ediliyor fikrinden rahatsızlık (%45), depresyon hissi (%42) ve ilaçların "eziyet" olduğu hissinden (%33) oluştuğu belirtilmiştir (Scott ve Pope, 2002; Colom ve ark, 2005). Schaffer ve arkadaşları (2006) düşük öğrenim düzeyi ve göç etme durumunun BAB olan bireylerde ilaç kullanımı ile negatif yönde ilişki olduğunu bulmuşlardır (Aktaran; Satatovic ve ark, 2007).

Sosyal ve çevresel özellikler de hasta uyumunu etkileyebilmektedir. Bekarlık (yalnızlık) ya da duygusal bir destek kaynağının olmaması gibi durumların da bazı çalışmalarda uyum üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Satatovic ve ark, 2004). Bazı çalışmalarda ise sosyal ve çevresel özelliklerin tedaviye uyumda risk faktörü olmadığı ileri sürülmüştür (Keck ve ark, 1996; Colom ve ark, 2000).

Son olarak, psikotropik ilaçlar BAB olan bireyler açısından toplumsal anlamda rahatsız edici olabilir, utanç verici gibi görülebilir ve bu durum da kişinin tedaviye uyumsuzluğunu artırabilir. Algılanan ve içselleştirilen damgalanma bazı

hastaların ilaçları reddetmesinin iyi bilinen nedenidir (Colom ve ark, 2000; Scott ve Pope, 2002; Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2004; Satatovic ve ark, 2007).

Uzun süreli tedavilerde, ilaç tedavisi uyumsuzluğu öyküsü olan BAB olan bireyler, gelecekte de uyum göstermeme açısından “yüksek risk” grubu olarak sınıflandırılabilirler. Bu nedenle ilaç tedavisine uyumsuzluk gösteren BAB hastalarında tedaviye devamlılığın vurgulanması önemlidir (Scott ve Pope, 2002).

Bipolar affektif bozukluk tedavileri literatüründe bazı tedavilerin diğerlerinden daha fazla uyumu sağlayıp sağlayamayacağı konusunda bir uzlaşma ya da ortak görüş yoktur. Uzun etkili, enjekte edilebilen antipsikotik formülasyonlarının şizofrenili gruplarda uyumu artırdığı bilinmesine rağmen; bu tedavilerin BAB olan bireylerde avantajlarının olup olmayacağı netlik kazanmamıştır (Scott ve Pope, 2002; Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2007).

İlaç tedavilerine bağlı yan etkilerin, bireyin ilaç tedavisine uyum gösterip göstermeme kararını etkilediği bilinen bir gerçektir (Scott, 2002; Scott ve Pope, 2002). Perlic ve arkadaşları (2004), BAB olan hastalarda tedavi uyumunu değerlendiren çalışmalarında hastaların %60'ının ilaç yan etkileri nedeniyle tedaviye uyum göstermediklerini saptamışlardır. Benzer bir şekilde, Scott ve Pope (2002) yan etki korkusunun (yaşanmış veya yaşanmamış) gerçek yan etkilere kıyasla BAB olan bireylerde tedaviye uymamada çok daha büyük rol oynadığını bildirmişlerdir.

Bipolar bozukluklarda ilaç kombinasyonu sıklık ve hastalar ortalama 4 ila 6 değişik ilaç tedavisi alırlar. Her ne kadar bazı hastalar çoklu medikasyona ihtiyaç duysalar da ilaç çeşidinin artması düşük tedavi uyumuna neden olabilir (Colom ve ark, 2000; Scott ve Pope, 2002; Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2007).

BAB bulunan gruplarda tedavi uyumunda çok önemli faktörlerden biri de hastanın tedavi ekibiyle arasındaki ilişki olduğu görülmektedir (Satatovic ve ark, 2007). Tedavi ekibinin hastanın tedaviye uymamasının özel nedenlerini bilmesi, yapıcı bir hasta-tedavi ekibi/kurum ilişkisini en iyi düzeyde kurma fırsatını sağlar. BAB olan bireylerle ilgili yapılan bir çalışma (Satatovic ve ark, 2004), klinisyenler arasında kabul gören bir ilişkinin tedavi yönetiminde kilit rol oynadığı ve tüm tedaviyi ve tedaviye alınan yanıtı etkilediğini savunmaktadır. Erken dönemde tedavinin bırakılması durumunu değerlendiren son çalışmalardan birinde yazarlar, ilaç tedavisine güvenme, tedaviyi yürüten sağlık ekibine güvenme ve olumsuz tedavi

beklentilerinin olmayışı durumlarının profilaktik lityuma uyum üzerinde kayda değer ve olumlu bir etkisi olduğunu saptamışlardır. Tüm bunlar bir arada ele alındığında güçlü ve gerçeğe dayalı bir bilgi ile birlikte iyi bir hasta-tedavi ekibi ilişkisinin duygudurum dengeleyici ilaç tedavisinde optimal uyumu artırması çok olasıdır (Scott, 2002; Satatovic ve ark, 2004; Satatovic ve ark, 2007).

Bilişsel engeller, klinik bakımın uygulanmasında tedaviye uyumu entegre etmedeki güçlüklerin nedenleridir. Bilişsel bozuklukların sadece akut alevlenme olan gruplarda değil aynı zamanda ötimik durumda da görüldüğü çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca bireylerdeki bilişsel durum, zamanla değişebilir. Örneğin daha yaşlı bireylerde duygudurum nökslerinin yeniden ortaya çıkması, sonraki ısrarcı bir hastalığın ortaya çıkmasında bir risk faktörüdür (Scott ve Pope, 2002; Satatovic ve ark, 2007).

Özetle, BAB olan bireylerde tedavi uyumunu etkileyen faktörler oldukça karmaşıktır ve sosyal/psikolojik konular, tedavi konuları, hasta-tedavi ekibi ilişkileri ve bilişsel/işlevsel durumları içerir. Komorbid (eş zamanlı) durumların şiddeti ve hastalık hakkında bilgi gibi hastayla ilgili olan faktörlerin bir kısmı dönüştürme ve değişikliklere uyumlu olabilir ve bunlar tedavinin hedef odakları olarak kullanılabilirler. Tedaviye giriş, damgalanma (stigma) ve psikososyal destek gibi sosyal ve ekonomik faktörler daha yakın ilgi ve destekle iyileştirilebilirler. Modifiye edilebilir tedavi ekibi merkezli faktörler, tedavide işbirliği ve ilaç tedavisi yan etkilerinin tanınması ve idare yönetiminden oluşur. Bilişsel eksiklikler, belirli bir çevreye adaptasyon/destek ile telafi edilebilirler. Tüm bu faktörlerin tedavi uyum üzerinde önemli kısıtlayıcılıkları olabilmektedir ancak bu durum aynı zamanda gelecek tedavi uyumu vakalarında pozitif bir etki yapmak için olanaklar sunmaktadır (Satatovic ve ark, 2007).

2.2.5. Tedaviye Uyumu Artırmaya Yönelik Genel Yaklaşımlar

Görece sınırlı sayıda olmasına rağmen, gittikçe büyümekte olan literatür kaynakları BAB olan hastalarda tedavi uyumunu artırmanın mümkün olduğunu savunmaktadırlar. BAB olan hastalarda tedavi uyumunu geliştirmeye yönelik en pozitif kanıt ve bulgular ilaç tedavisi ile birlikte belirli psikososyal tedavilerin kullanıldığı çalışmalardan gelmektedir (Satatovic ve ark, 2004). Bu yaklaşımların tümünün ortak noktası, psikoeğitimi ve hastalığı kendi başına yönetme yetisinin

geliştirmeleri ve devam eden nükslerin engellenmesini vurgulayan işbirlikçi bir yaklaşıma sahip olmalarıdır (Miklowitz ve ark, 2000; Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2007).

Bipolar affektif bozukluk olan bireylerden alınan sonuçları geliştiren birçok psikososyal uygulamanın olduğu çok kez ifade edilmiştir (Miklowitz ve ark, 2000; Satatovic ve ark, 2004; Satatovic ve ark, 2007). Bunlar; aile odaklı terapi (FFT), kişiler arası sosyal ritim terapisi (IPSRT), bilişsel davranışsal terapi (CBT) ve bireysel yada grup psikoeğitimi içerir. BAB’da ilaç tedavisi alan hastaların tedavisinde birleşik/kombine psikososyal terapinin olması gerektiği belirtilmektedir (Colom ve ark, 2003). Psikoterapötik uygulamaların hareket mekanizması tümüyle net değildir ve terapiden terapiye değişiklik göstermektedir. Scott ve arkadaşları (2007) , bipolar hastalarda ya CBT, IPSRT, FFT’den ya da psikoeğitimden faydalanılan 9 deneme içeren birleşik psikososyal terapilerin bir meta analizini yapmışlardır. Bu araştırmacılar psikolojik tedavilerin bipolar gruplarda nüks oranı etkilerinin kabaca kıyaslanabilir olduğunu ancak istatistiksel olarak CBT ve grup psikoeğitiminin hastalığın nüks etme ihtimalini önemli ölçüde azalttığını bulmuşlardır. Psikoterapötik uygulamalar arasındaki kıyaslamalı etkinliği ölçen meta-analitik metot, BAB olan alt gruplarda tedaviye yanıt tahminlerinde önemli katkılar sağlayabilir. Örneğin, Scott ve arkadaşlarının (2007) yaptığı analiz, psikoterapötik uygulamaların yürütüldüğü süre boyunca, uzun süre ötimik olan bireyler gibi, bazı grupların daha düşük nüks riski ile de kanıtlanan bir şekilde, uygulamaya daha iyi cevap verdiklerini göstermektedir. Benzer şekilde, ötimik bireyler, uzun dönem tedavi uyumunu artıracak uygulamalar için de en uygun adaylar olabilirler.

Bipolar gruplarda, psikoeğitimsel yaklaşımların gözlenen pozitif getirilerinden en azından bir tanesinin gelişmiş tedavi uyumu olduğu belirtilmektedir (Colom ve ark, 2003). Pek çok BAB olan hastalar hala hastalıklarıyla ilgili nispeten bilgisizdirler ve bu durum optimal tedavi uyumunun önünde potansiyel bir engel teşkil etmektedir. (Miklowitz ve ark, 2000; Colom ve ark, 2003; Satatovic ve ark, 2007; Scott ve ark, 2007). Miklowitz ve ark. (2000)’nın 1041 hasta üzerinde yaptıkları geniş bir çalışmanın sonucunda, bireylerin %70’inden fazlasının hastalıklarıyla ilgili daha fazla bilgiye, günlük hastalık/semptom yönetimi önerilerine ve bipolar ilaç tedavilerinin belirli riskleri ve özellikleri konusunda danışmanlığa hazır oldukları belirlenmiştir.

Duygudurum semptomlarının yeniden ortaya çıkma ihtimali ve kötü sonuçların önlenmesine yönelik mevcut tedavinin gerekliliği üzerine verilen eğitim, BAB olan bireylerin tedavilerini düzenli almalarını sağlayabilir/artırabilir. Verilen eğitim sayesinde tedaviye dirençli ya da yarı optimal düzeyde cevap veren bireyler, tedaviye devam ederken ve/veya doktorlarıyla farklı tedavi alternatiflerini ararken mevcut bipolar semptomlarla nasıl başa çıkacaklarını öğrenebilirler (Satatovic ve ark, 2007).

Sonuçta var olan farmakolojik tedaviye psikoeğitimin eklenmesi ile daha etkili tedavi rejimi sağlanacak ve hastaların yaşamlarını daha az semptomla, hastalık hakkında daha bilinçli olarak yaşamaları mümkün olacaktır. Ancak tedavi ekibi üyelerinin %30'undan azı tedavi uyumunun sağlanmasında psikoeğitimin önemli rol oynadığını düşünmektedirler; bunun nedeni bazı psikoterapi modellerinin tedaviye alternatif gösterilmesi ya da ilaç tedavisinin tamamlayıcı olarak eklenmesine bağlı olabilir. Barcelona psikoeğitim programının manik, hipomanik, miks veya depresif rekürrenslerin sayısını azalttığı gösterilmiştir. Görüldüğü gibi farmakolojik tedaviye uyum tedavinin amaçlarından biridir. Psikoeğitim hastaların medikal tedaviye uyumunu artırmanın yanında, yaşam kalitelerini artırmakta ve relapsların erken bulgularını fark etmelerini sağlamaktadır. Bununla beraber psikoeğitim farmakolojik tedavi uyumu artırarak, bu sayede serum lityum düzeylerini stabil tutarak etkisini göstermektedir (Colom ve ark, 2003; Colom ve ark, 2005).

2.3. Psikoeğitim

Ruh sağlığı ekibinin ayrılmaz bir parçası olan psikiyatri hemşirelerinin, önemli işlevlerinden biri sağlık eğitimidir. Yapılan çalışmalarda hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler doğrultusunda sağlık eğitimine gereksinim duydukları belirtilmiştir (Chien ve ark, 2001; Chien ve Norman, 2003). Psikiyatride eğitim, daha geniş bir kavram olan psikoeğitim olarak adlandırılmakta ve genel olarak hasta ve aileler için yapılandırılmış bilişsel, davranışsal, psikososyal tedavi yaklaşımlarını anlatmak için kullanılmaktadır. Psikoeğitimin amacı; hasta ve ailelere sadece bilgi vermek değil, aynı zamanda onların streslerini azaltmak, emosyonel destek sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve başa çıkma yeteneklerini arttırmaktır (Yurtsever ve ark, 2001). Özellikle BAB gibi kronik ruhsal hastalıklarda psikoeğitim uygulamalarının rutin tedavi programları içinde yer alması son derece önemlidir.

Bununla birlikte ülkemizde rutin tedavi programları içinde psikoeğitimsel uygulamalar istenen düzeyde değildir ve bu uygulamalarda yer alan psikiyatri hemşirelerinin sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Oysa psikiyatri hemşireleri hasta ve ailelerle tedavinin birçok aşamasında ilişki içinde olduklarından, hasta ve ailelerin gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları hazırlamada uygun bir konuma sahiptirler. Bu doğrultuda psikiyatri hemşirelerinin rutin uygulamalarının bir parçası olarak hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirlemeleri ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları geliştirip uygulanmaları yararlı sonuçlar verecektir (Gümüş, 2006).

Temel anlamda, psikoeğitimin hastalık ve tedaviye ilişkin bilginin bireylere sağlanması işi olduğu düşünülebilir (Michalak ve ark, 2004; Jones, 2004). Psikoeğitim, sadece eğitim içerikli uygulamalardan ayrı düşünülmelidir, çünkü psikoeğitim nüksleri engellemeyi ve onlarla başa etmeyi artırmayı amaçlayan, hem psikoterapötik hem de eğitsel uygulamaların birleşiminde uzmanlığı olan bir tedavi profesyoneli tarafından sağlanmaktadır. Psikoeğitimsel uygulamalar, belirli bir hastalık üzerinde çok daha öğretici/didaktik ve kurallıdır. Daha az süreç merkezlidir.

Psikoeğitim, genellikle oturumların hedeflerini belirleyen bir uzman tarafından verilir. Bireyler tanı, semptomlar, ilaçlar, tedaviler hakkında eğitilir ve nükslerin önlenmesini sağlamaları geliştirilir. Uygulamalar bir grup veya bireysel formatı takip edebilir, aileye dayalı olabilir, hasta yakınlarına ya da sadece bakımvericilere sağlanabilir ya da kombine bir formatta olabilirler. Bazı geleneksel psikoterapilerin aksine, tedavinin odağı etkin deneyimden çok bilişsel uzmanlık üzerinedir (Satatovic ve ark, 2007).

Psikoeğitim, hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgi edinme temel hak ve hürriyetleri olduğu prensibine dayalıdır. Hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi sahibi olan hastaların, hastalıklarıyla başa çıkmada çok daha aktif rol aldıkları ve dolayısıyla da olumlu sağlık getirileri elde edebildikleri gözlenmiştir. Psikoeğitimin pek çok tıbbi ve psikolojik problem için semptomların azalması, artan yaşam kalitesi ile sonuçlanan ve hem sağlıklı bireylerde hem de belirli hastalıklarla başa çıkanlarda da etkili olan kanıt temelli bir uygulama olduğu kabul edilmektedir (Yazıcı, 2001).

Goldman (1988) psikoeğitimi; psikiyatrik hastalığı olan bir kimseyi konu alanlarında tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için aktif işbirliğini

geliştirmek ve hastalığın neden olduğu kayıpları karşılamak için başa çıkma yeteneklerini kuvvetlendirmek olarak tanımlamaktadır(Aktaran; Yurtsever, 1999).

Hasta ve hasta ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şunlardır(Yurtsever, 1999; Gümüş, 2006).

- ✓ Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek,
- ✓ Aile yükünü ve stresini azaltmak,
- ✓ Değişim umudunu arttırmak,
- ✓ Relapsı nlemek,
- ✓ Hasta ve ailesi için hayat kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek,
- ✓ Kognitif, affektif ve davranış değişiklikleri yapmak,
- ✓ Emosyonel destek sağlamak,
- ✓ Tedavi uyumunu artırmak.

Psikoeğitimsel gruplara yönelişin günümüzde birçok nedeni vardır (Yazıcı, 2001; Yurtsever, 2001). Başlıca nedenler şöyle sıralanabilir;

- ✓ Psikoeğitim sayesinde psikiyarik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan biyo-psiko-sosyal nedenleri birlikte gözden geçirerek bu konudaki değerlendirmelerin hasta ve ailelerine ulaştırılması ile hastalık belirtileriyle daha iyi başedilebilmektedir.
- ✓ Uzun süreli hastane tedavilerinin maliyet tutarlarının artması ve bunu karşılayan kaynakların azalması, kısa yatış süreli hastane tedavilerinin ve ayaktan tedavilerin eğitimle desteklenmesi gereğini açığa çıkmıştır.
- ✓ Psikoeğitimin nüks ve relapsların önlenmesinde, ilaç ve tedaviye uyumda, iş ve günlük yaşam olaylarının hastalık sürecine olumsuz etkilerini gidermede ve ortaya çıkmasını önlemede anlamlı biçimde yararlı olduğu bilinmektedir.

Hatfield'a (1988) göre aileler için psikoeğitimin amacı, kronik psikiyatrik hastası olan ailelere bilmedikleri ve zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretip benimsetebilmektir (Aktaran; Yurtsever, 1999). Bu süreçte ailelerin karşılaşabilecekleri olası sorunlar hakkında bilgilenmeleri zm hızlandırıcı ve kolaylaştırıcıdır.

Son yıllarda şizofreni, affektif bozukluklar, depresyon, alkol ve madde kullanımı olan hastalar ve ailelerini de kapsayan genelden özele sorun çözmeye yönelik psikoeğitim iyileştirme programları geliştirilmektedir (Yurtsever, 2001).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında psikoeğitim programlarının hasta ve ailelerin, yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde, problem çözme yetilerinin arttırılmasında, hastalığın yineme riskinin azaltılmasında ve aile işlevlerinin düzelmesinde olumlu sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Tel ve Terakye, 2000; Yazıcı, 2001; Yıldız ve Yüksel, 2001; Dülgerler 2004).

Yapılan çalışmalarda sosyal beceri eğitiminin şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumunu ve tedavinin etkinliğini arttırdığı; aynı zamanda hastaların yaşam kalitesine de olumlu yönde katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Yıldız ve Yüksel, 2001; Yıldız ve ark, 2002). Diğer bir psikoeğitim uygulaması Duman ve arkadaşları (2006) tarafından yatarak tedavi gören 60 (şizofreni tanılı 28, BAB tanılı 32 olmak üzere) hastaya uygulanmıştır. Bu araştırma sonucunda; hastaların hastalıklarını yönetme, ilaçlar, hastalığın haberci belirtileri ve acil plan geliştirme alt bölümlerinin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasında anlamlı fark ($p=0,001$) bulunmuştur. Ülkemizde BAB olan hastalar ve aileleri için psikoeğitim programı Yurtsever (1999) tarafından uygulanmış ve olumlu sonuçları bildirilmiştir.

Bipolar affektif bozukluk için yapılandırılmış psikoeğitim programı (Barselona Psikoeğitim Programı) Colom ve ark. (2003) tarafından oluşturulmuştur. Barselona Psikoeğitim Programı yirmi bir oturumdan oluşmuştur;

Tablo 2.12. Barcelona Psiko eğitim Programı (Colom ve ark, 2003).

| |
|---|
| 1. Giriş |
| 2. Bipolar bozukluk nedir? |
| 3. Sebep olan ve tetikleyen faktörler |
| 4. Bulgular (I): Mani ve hipomani |
| 5. Bulgular (II): Depresyon ve karışık dönemler |
| 6. Gidiş ve sonuç |
| 7. Tedavi (I): Duygudurum düzenleyicileri |
| 8. Tedavi (II): Antimanik ilaçlar |
| 9. Tedavi (III): Antidepresanlar |
| 10. Serum düzeyleri: Lityum, karbamazepin ve valproat |
| 11. Gebelik ve genetik konsültasyon |
| 12. Psikofarmakoloji vb. terapiler |
| 13. Tedavi bırakılması ile ilişkili riskler |
| 14. Psikoaktif ilaçlar: Bipolar hastalıkta riskler |
| 15. Manik ve hipomanik dönemlerin erken saptanması |
| 16. Depresif ve miks dönemlerin erken saptanması |
| 17. Yeni bir dönem saptanmadığında yapılması gerekenler |
| 18. Yaşam tarzının düzenlenmesi |
| 19. Stres yönetim teknikleri |
| 20. Problem çözme teknikleri |
| 21. Sonuç görüşmesi. |

Eğitimsel girişimlerde dersler, özel bir konu veya problem üzerinde yapılandırılmış gruplar, yarım gün ya da tam gün psiko eğitimsel çalışmalar, zamanla sınırlandırılmış gruplar ve problem çözme, kognitif, davranışsal yetenekler üzerine kursları kapsamaktadır. Bu gruplarda, yürütülen program psikiyatrik hastalığın nedenleri ve etkileri; tedavi girişimleri, ilaç tedavisinin etkileri, hastalığın aileye etkileri, bakım planlaması ve özel konular (stresle başa çıkma) hakkında formal hasta eğitimi oturumlarını kapsar. Eğitimin içeriği (öğretilen) ve işlem (nasıl öğretildiği) oturumların önemli parçalarıdır (Colom ve ark, 2005; Satatovic ve ark, 2007).

2.3.1. Psiko eğitim ve Bipolar Affektif Bozuklukta Kullanımı

Psiko eğitim, hastalıklarını anlama ve başa çıkma konusunda bilgi sağlamak ve tedavi uyumunu artırmak amacıyla bireyleri aktif şekilde içine alan bir süreçtir. BAB olan 36 birey üzerinde manuel-tabanlı bir psiko eğitim programının etkileri üzerine

yapılan son yayınlardan birinde, psikoeğitimde yer alan bireylerin “ilaçlarını almanın daha kolay olduğunu düşündükleri” sonucuna varılmıştır (Andres ve ark, 2006).

Psikoeğitim aynı zamanda tedavideki bireyler ve tedaviyi sağlayanlar arasındaki terapatik birlikteliği geliştirerek, bireylerin tedaviyi sağlayanların önerilerini takip edip, dinlemelerini artırır (Satatovic ve ark, 2007). Grup formatında verilen psikoeğitim programları bipolar hastalığı olan bireylere, birbirleriyle etkileşimde bulunma, tecrübelerini paylaşma ve onlar üzerinde etkili (ya da etkisiz) olan stratejilerin özelliklerini tartışma olanağı sağlamıştır (Andres ve ark, 2006; Satatovic ve ark, 2007).

Bipolar affektif bozukluk olan hastalarda psikoeğitimin hedefleri; ilaç tedavisinin devamlılığına odaklanma, ilk nöks semptomlarının tanınması, mevcut semptomlar ve/veya yan etkilerle başa çıkma, intihar riskini azaltma ve yaşam kalitesini artırmaya kadar uzanır (Colom ve Lam, 2005). BAB olan hastalara yönelik psikoeğitim stratejileri, lityum uyumunu ve ilaç tedavisine tutumları geliştiren yalnızca eğitimden ibaret olan uygulamalar (Andres ve ark, 2006) gibi tek yönlü basit stratejilerden; artan işlevsellik, yaşam kalitesi ve tedavi başarısı, hastalarda daha az atağı sağlayan çok daha kompleks, çok yönlü ve işbirlikçi tedavi sistemi uygulamalarına (Bauer ve ark, 2006) kadar çeşitlilik göstermektedir.

Colom ve arkadaşları (2005) BAB olan hastalarda nöks profilaksisinde grup psikoeğitiminin etkililiği üzerine yaptıkları çalışmada, 2 yılı aşkın bir süre zarfında psikoeğitim alan (n=49) ve psikoeğitim almayan (n=44) hastalardaki plazmada lityum seviyelerini kıyaslamışlar ve psikoeğitim grubundakilerde plazma lityum seviyesi ortalamasının daha yüksek ve stabil olduğunu (p=0,03) bulmuşlardır. Harvey ve Peet (1991) çalışmalarında video kaydı şeklinde lityum üzerine dersler, eğitsel broşürler ve ev ziyaretlerinden oluşan, psikoeğitim alan BAB olan bireylerin kaçırdıkları lityum dozlarının kontrol grubuna kıyasla daha az olduğunu bulmuşlardır (Aktaran; Satatovic ve ark, 2007).

Miklowitz ve arkadaşları (2000) ise manuel yürütülen, aile odaklı psikoeğitim alan bireyleri (n=28), kontrol grubundaki bireylerle kıyaslamışlar ve tedavi uyumu tahmininde uygulamalara yönelik hiçbir temel etkisini kaydetmemişlerdir.

Daha kısa aşamalı uygulama paketlerinden, çok daha kapsamlı grup paketlerine kadar çeşitlilik gösteren psikoeğitimsel uygulamaların tedavi uyumuna

faydalı olduğu bir gerçektir (Satatovic ve ark, 2007). Rouget ve Aubry derleme çalışmalarında (2007); BAB olan hastalar için psikoeğitim hakkındaki tüm çalışmaları ve sonuçlarını incelemişlerdir (Tablo 2.12).

Tablo 2.13. BAB Olan Hastalar İçin Psikoeğitimsel Yaklaşımların Gelişimi (Rouget ve Aubry, 2007).

| Araştırmacılar/ Yılı | Çalışma Tipi | Müdahale İçerikleri | Müdahale Biçimi | Denek/ Kontrol Sayısı | Hasta Tipi | PE Yapanlar | Oturum Sayısı | Çalışma Süresi | Sonuçlar |
|---------------------------|-----------------------------|---|-----------------|--|---------------------------|--|---|--|---|
| Cochran (1984) | Randomize kontrollü çalışma | PE odaklı CBT | Bireysel | 14/14 | Ayaktan hastalar | Psikologlar | Haftada bir 60 dakikalık oturum (6 hafta) | 6 ay | Tedaviye uyum(6. hafta) (+) Hastaneye yatış(6. ayda)(+) Tedaviye uyumsuzluğunun başlattığı epizod (+) |
| Kripke ve Robinson (1985) | Retrospektif değerlendirme | PE ve problem çözme | Grup | 14 | Ayaktan hastalar | Belirtilmemiş | Belirtilmemiş | 10 yıl | Klinik durumda iyileşme (+) Sosyoekonomik işlevsellik (+) Hastaneye yatış (+) |
| Foelker ve ark. (1986) | Olgu sunumu | Tedaviye uyum odaklı PE | Olgu sunumu | 2 olgu sunumu | Ayaktan hastalar | Psikiyatrist ve sosyal çalışmacı | Aylık 60 dakikalık oturum | Belirtilmemiş | 2 olguda pozitif gelişim |
| Van Gent ve ark. (1988) | Randomize çalışma | PE müdahalesi, genel kişilerarası görüşme ve psikolojik konular | Grup | 20/14 (Grup başına 6 ya da 8 katılımcı) | Ayaktan hastalar | Belirtilmemiş | 90 dakikalık 10 oturum | 15 ay | Özgüven (+) Problemlerini kendi kendine çözme becerisi (+) |
| Clarkin ve ark. (1990) | Randomize kontrollü çalışma | Aile odaklı PE (stresle baş etme, duygudışavurumu) | Grup | 12/9 | Yatan hastalar | Sosyal çalışmacı, ayrıca psikiyatrist ya da psikolog | En az 45-60 dakika süren 6 oturum | 18 ay | Genel durumda iyileşme (+) Belirtiller (+) Rol işlevi (+) Ailesel tutumlar (+) |
| Peet and Harvey (1991) | Randomize kontrollü çalışma | PE(lityum hakkında bilgi danışmanlığı) | Grup | 30/30 | Ayaktan hastalar | Belirtilmemiş | 1 oturum video ve lityum hakkında el kitabı İleri danışmanlık için ev ziyareti | 6 ay | Lityuma karşı tutum (+) Lityum tedavisi hakkında bilgilendirme (+) Tedaviye uyum (+) |
| Van Gent ve Zwart (1991) | Randomize kontrollü çalışma | PE (tema odaklı) | Grup | 14/12 | Ayaktan hastaların eşleri | Psikiyatrist ve sosyal çalışmacı | 5 yapılandırılmış oturum (süre ve sıklık belirtilmemiş) | 12 ay | Hastalık ve ilaçlar hakkında eşlerin bilgilendirilmesi (+) Eşlerin sosyal stratejisi (+) Hastaların anksiyete düzeyi(-) Hastaların duygudurumu (Ø) Hastaların ve eşlerinin etkileşim derecesi(Ø) Tedaviye uyum (Ø) Tekrarlı yatış (Ø) |
| Cerbone ve ark. (1992) | Pre/post terapi | PE (nitelikli danışmanlık ve destek) | Grup | 43 | Ayaktan hastalar | 2 co-terapist, en azından biri uzman doktor | En az haftada bir 75 dak. Oturum (süresi ve sıklığı belirsiz) | 12 ay retrospektif 12 ay prospektif | Epizod süresi ve şiddeti (+) Hastaneye yatış süresi (+) Sosyal ve kişilerarası işlevsellik (+) Tedaviye uyum (Ø) Nöroleptik kullanımı (Ø) |
| Van Gent ve Zwart (1993) | Açık çalışma | PE | Grup | 26 | Ayaktan hastalar | Psikiyatrist ve sosyal çalışmacı | 90 dakikalık 10-13 oturum (oturum sıklığı belirtilmemiş) | 5 yıl | Özsaygı (+) Tedaviye uyum (5. yılda) (+) Hastaneye yatış(5. yılda) (+) |

PE: Psikoeğitim, (+): olumlu sonuç, (-):olumsuz sonuç, (Ø): değişken üzerinde etkisiz sonuç.

Tablo 2.13.'ün devamı arka sayfadadır.

(Tablo 2.13.'ün devamı)

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|---|--------------------------------|---------------------------|---|--|--------|---|
| Brennan (1995) | Açık çalışma | PE | Kısa süreli çoklu aile grup terapisi (hastalar ve aile üyeleri) | 2 grup (grup başına 6-8 hasta) | Daha çok ayakta hastalar | Hemşire ve sosyal çalışmacı | 14 haftalık 90 dakikalık oturumlar | 3,5 ay | Tedaviye karşı hasta ve aile memnuniyeti (+) |
| Honig ve ark. (1997) | Kontrollü çalışma | PE | Aile psikoeğitimi | 29(23) | Ayaktan ve yatan hastalar | Belirtilmemiş | 2 haftada bir 120 dak süren 6 oturum | 3 ay | Yüksek duygudışavurumu (+) Hastane yatış (+) |
| Bauer ve ark. (1998) | Açık çalışma | PE ve yapısal psikoterapi (CBT) | Grup | 29 | Ayaktan hastalar | Hemşire ve sosyal çalışmacı. 2 psikiyatrist | I. aşama: 60 dak süren 5 haftalık oturum II. aşama: haftalık 60 dak süren 2-17 oturum | 24 ay | Bipolar bozukluk hakkında bilgilendirme (+) |
| Colom ve ark. (1998) | Randomize kontrollü pilot çalışma | PE | Grup | 10 | Genç kadın hastalar | Psikologlar | Aylık oturumlar | 24 ay | Hastalıkla ilgili bilgilendirme (+) Tedaviye uyum (Ø) Relaps (Ø) |
| Clarkin ve ark. (1998) | Randomize kontrollü çalışma | Evlilik PE | Grup | 18(15) | Ayaktan ve yatan hastalar | Sosyal çalışmacı | 25 oturum (sıklığı ve süresi belirtilmemiş) | 11 ay | Semptomatoloji (Ø) Tedaviye uyum (+) Genel işlevsellik (+) |
| Perry ve ark. (1999) | Çift-kör Randomize kontrollü çalışma | PE (erken belirtileri tanıma ve acil plan) | Bireysel | 34(35) | Ayaktan hastalar | Psikologlar | 7 ya da 12 oturum (sıklığı belirtilmemiş) | 18 ay | İlk manik relaps süresinde uzama (+) Manik relaps sayısı (+) Genel işlevsellik ve çalışma (+) Depresif relapslar (Ø) (antidepresan kullanımında artma) |
| Miklowitz ve ark. (2000) | Randomize kontrollü çalışma | Aile odaklı PE | Aile psikoeğitimi | 31(70) | Ayaktan ve yatan hastalar | Psikolog ve ko-terapist | 60 dakikalık 21 oturum (ilk 3 ay haftada bir, 3 ay iki haftada bir, 2 ay ayda bir) | 12 ay | Relaps oranı (+) Çalışma yılı boyunca relapsta gecikmeler (+) Depresif semptomlar (+) Manik semptomlar (Ø) Aile yüksek duygudışavurumu (+) |
| Rucci ve ark. (2002) | Randomize kontrollü çalışma | PE | Bireysel | 175 | Ayaktan hastalar | Deneyimli terapist ve uzman psikiyatrist | Akut dönem boyunca haftada bir, 3 ay 2 haftada bir, 21 ay ayda bir. | 24 ay | Akut ve tedavi döneminde Suicid girişimi (+) |
| Colom ve ark. (2003) | Randomize kontrollü çalışma | PE | Grup | 60(60) | Ayaktan hastalar | Psikologlar | 21 oturum 90 dakika | 24 ay | Relaps oranı (+) Hasta başına relaps (+) Nükste azalma (+) Hastane yatış sayısı ve süresi (+) Tedaviye uyum (+) |

PE: Psikoeğitim, (+): olumlu sonuç, (-):olumsuz sonuç, (Ø): değişken üzerinde etkisiz sonuç.

Tablo 2.13.'ün devamı arka sayfadır.

(Tablo 2.13.'ün devamı)

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--------------|---|------------------|---|--|-------|--|
| Colom ve ark. (2004) | Randomize kontrollü çalışma | PE | Grup | 15(22) | Ayaktan hastalar | Psikologlar | 21 oturum 90 dakika | 24 ay | Hastaneye yatış (+) Manik ve depresif atak sayısı (+) Hastaneye yatış süresi (kontrol grubunda daha yüksek) (+) |
| Miklowitz ve ark. (2004) | Açık çalışma | Aile odaklı terapi | Aile Oturumu | 20 Ergen bipolar hastaların aileleri | Ayaktan hastalar | Belirtilmemiş | 21 oturum 60 dakika (12 hafta haftada bir, 12 hafta 2 haftada bir, 3 ay ayda bir) | 12 ay | Depresif ve manik semptomlar (+) Davranış problemleri (+) |
| Simon ve ark. (2005) | Randomize kontrollü çalışma | Yaşam hedefleri programı (aşama 1 ve 2) | Grup | 212(229) | Ayaktan hastalar | Hemşireler | I. aşama: 60 dak süren 5 haftalık oturum. II. aşama: ayda 2 kez 60 dak. Oturum | 24 ay | Manik atak oranı (+) Depresyon oranı (+) |
| Michalak ve ark. (2005) | Retrospektif değerlendirme | Yapılandırılmış PE | Grup | 57 | Ayaktan hastalar | Hemşire, sosyal çalışmacı ve psikiyatrist | 8 haftalık 90 dakikalık oturumlar | 2 ay | Yaşam kalitesi (+) (genel memnuniyet ve fiziksel çalışma) |
| Colom ve ark. (2005) | Sub analiz (2003 yılında Randomize kontrollü çalışmanın) | PE | Grup | 49(44) | Ayaktan hastalar | Psikologlar | 21 oturum 90 dakika | 24 ay | Serum lityum düzeyi (+) |
| Ball ve ark. (2006) | Randomize kontrollü çalışma | PE destekli kognitif terapi | Bireysel | 25(27) | Ayaktan hastalar | Psikologlar | 20 hafta 60 dak oturumlar | 12 ay | 6. ayda Depresif semptomlar (-) Klinik global izlenim (+) Davranış kontrolü (+) 12. ayda Manik semptomlarda azalmaya eğilim (+) |
| Bauer ve ark. (2006) | Randomize kontrollü çalışma | Yapılandırılmış PE ve CBT | Grup | 166(164) | Ayaktan hastalar | Hemşireler ve psikiyatristler | I. aşama: 60 dak süren 5 haftalık oturum. II. aşama: haftalık 60 dakika süren oturumlar | 32 ay | Sosyal işlevsellik (+) Zihinsel yaşam kalitesi (+) Tedavi memnuniyeti (+) Manik ya da depresif semptomlar (Ø) |

PE: Psikoeğitim, (+): olumlu sonuç, (-):olumsuz sonuç, Ø): değişken üzerinde etkisiz sonuç.

Yurtsever ve arkadaşlarının (2001) BAB olan hasta ve yakınlarına uyguladığı psikoeğitim programı (n=180) sonucunda; hasta ve aile hastalık, ilaç kullanımı, ilaç yan etkileri hakkında bilgilenmiş, hastalık belirtilerinin farkındalığı konusunda beceri geliştirmiş, tedavi uyumu artmış, hastalıkla başa çıkma yeteneklerinde olumlu değişiklikler sağlanmış, ailenin hastalık ve hasta ile ilgili olumsuz tutumları değiştirilmiş olup geliştirilen psikoeğitimsel modelin hasta ve aileleri üzerinde beklenen faydayı sağladığı gözlenmiştir.

Ülkemizde psikoeğitim uygulamalarına yönelik artan bir ilgi söz konusudur. Ancak bu programlara psikiyatri kliniklerindeki rutin uygulamalar içinde yeterince yer verilmediği ve psikiyatri hemşirelerinin bu uygulamalarda yeterince görev almadığı görülmektedir. Oysa hasta ve ailelerine sistematik biçimde yardımcı olma sürecinde, hasta ve ailelere olduğu kadar ruh sağlığı çalışanlarına ve özellikle psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düştüğü bildirilmektedir (Gümüş, 2006).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Duygudurum Polikliniğine başvuran Bipolar Affektif Bozukluğu olan, ayaktan tedavi edilen hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında psikoeğitimsel modelin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış deneysel (ön test – son test, kontrol grupları) bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Bipolar bozukluğu olan hastalarda psikoeğitim sonrasında tedaviye uyum artar.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Duygudurum Polikliniğinde Şubat 2009 ile Haziran 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği 14 yataklıdır. 1 Doçent, 2 Yardımcı Doçent, 8 Araştırma Görevlisi, 5 Hemşire, 1 Psikolog görev yapmaktadır. 2 Erişkin Psikiyatri Polikliniği, 1 Duygudurum Polikliniği bulunmaktadır.

Duygudurum Polikliniğinde 1 Araştırma Görevlisi bulunmakta olup, haftada 1 gün hizmet vermektedir. Duygudurum Polikliniğinin 1 yıllık hasta kapasitesi 60'dır ve 2007 yılında 68 Bipolar Affektif Bozukluk hastası kabul edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Duygudurum Polikliniği' ne Şubat 2009 ile Mart 2009 tarihleri arasında başvuran Bipolar Affektif Bozukluk tanısı almış ve ayaktan takip edilen hastalar oluşturmuştur.

3.5.Araştırmanın Örnekleme

Araştırmaya, Duygudurum Polikliniği'nde ayaktan tedavi gören ve araştırmacı tarafından belirlenen kriterleri karşılayan, araştırmaya katılmayı kabul eden

71 hasta alınmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların bazı bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve tedaviye uyum durumu) yönünden birbirine yakın dağılım göstermelerine dikkat edilmiş ve benzer özellikler taşımaları sağlanmıştır. Deney grubu 36, kontrol grubu 35 hasta olarak belirlenmiştir.

Deney grubundaki dört hasta eğitim programını düzenli tamamlamadığından ve iki hasta psikoeğitim programına katılmak için zamanı olmadığından, kontrol grubunda ise üç hastaya son test için ulaşamadığından araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Araştırma örneklemini 30 deney, 33 kontrol olmak üzere 63 hastadan oluşmuştur.

Araştırmaya katılma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Bipolar Affektif Bozukluğu DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayan hastalar,
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
3. Okuma yazma bilmek,
4. Oturumlardaki her bir öğrenme aktivitesinde tanımlananları öğrenebilecek düzeyde olmak,
5. 30-45 dakika sürecek oturumlara dikkatini verebilmek,
6. Bu programda öğretilen becerileri öğrenmeye gereksinim duymak;
7. Grubun işleyişini tolere edebilmek. Belirtiler (bağırarak, tehdit etmek vb., halüsinasyonları ya da aktif hezeyanlar gibi) grupta öğretilenleri, öğrenme sürecini bozmadıkça hastalar gruptan dışlanmayacaktır.
8. Ötimik dönemde olan.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

3.6.1.1. Hastanın Tanıtım Formu

Veri toplama formunda; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, tıbbi tanısı, aldığı tedavi, tedavisi hakkındaki düşünceleri, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı, daha önce tedavisini bırakıp bırakmadığı, bıraktıysa nedenlerini içeren 20 sorudan oluşmuştur. Formu yanıtlama süresi ortalama 10 dakika olup; form hasta ile yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Hastaların belirttiği tanılar ve

aldıkları ilaçlar araştırmacı tarafından sağlık karnelerindeki reçeteleri ve hastane otomasyon sisteminden kontrol edilerek doğrulanmıştır.

3.6.1.2. Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT)

ANT her biri 0-100 puan arasında değerlendirilen 10 alt birimden oluşan 12 soru içerir. Kampman (2000) tarafından geliştirilmiştir. 4, 7, 10, 11, 12. sorular subjektiviteyi gösterir. Bunlar hastaların kendi subjektif durumları hakkındaki beklentilerini ölçer. 1, 2, 3, 5, 6. sorular genel tavrı ölçer (Kampman, 2000).

3.6.1.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

MARS, psikiyatrik hastalarda, tedaviye katılımı ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Evet-Hayır şeklinde cevap verilecek olan 10 soru içerir. Hızlı ve basit testtir. Düşük değerler (0-7 puan) zayıf, yüksek değerler (8-10 puan) yüksek uyumu gösterir (Thompson 2000). Koç ve ark. (2006) tarafından, Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. MARS, katılımı ölçmek anlamında geçerli ve güvenilir görünmektedir. Ayrıca, geleneksel olarak psikiyatrik hastalarda tedavi katılımını ölçmek için kullanılan DAI’dan daha fazla geçerliliğe sahip olduğu belirtilmektedir (Koç ve ark, 2006).

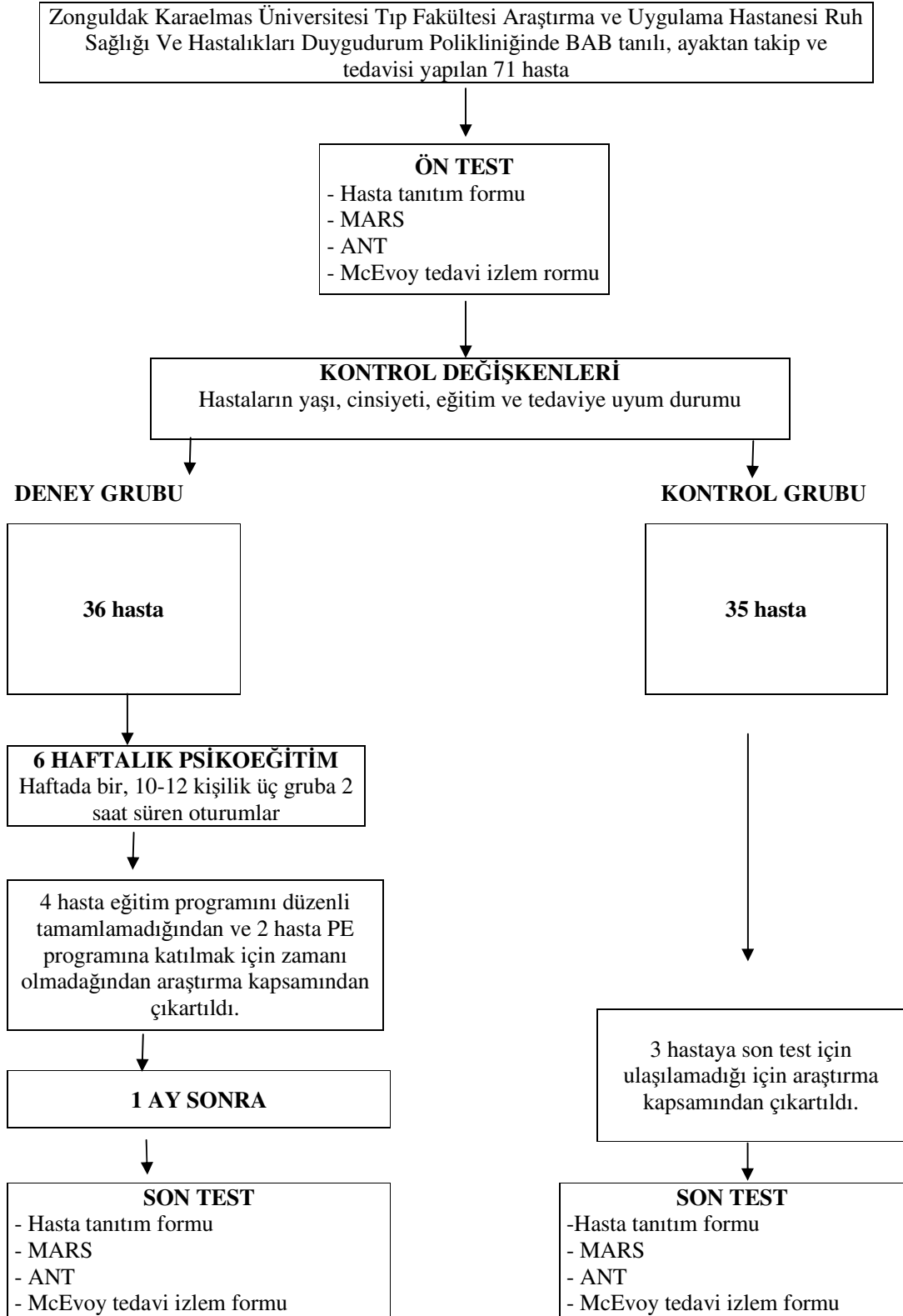
3.6.1.4. Mcevoy Tedavi İzlem Formu

McEvoy ve arkadaşlarının 1989 yılında yaptıkları araştırmada kullandıkları, hastaların ilaca uyum davranışlarını değerlendiren dört maddeden oluşan bir formdur. İlaç tedavisine aktif uyum, pasif uyum, direnç ve açıkça reddetme maddelerini içerir. Aktif uyum 4 puan, açıkça reddetme 1 puan olarak değerlendirilmektedir (Mcevoy Ve ark, 1989).

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması ve Uygulama Şekli

Araştırma, aşağıdaki şemada gösterildiği şekilde uygulanmıştır (Şekil 2.2).

ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 2.2. Araştırma Planı Şeması

Gerekli izinler alındıktan sonra, DSM-IV kriterlerine göre BAB öyküsü olan hastalara araştırmanın amacı açıklanıp, Hasta Bilgilendirme Formu (EK-1A) ile bilgilendirilmiş, Hasta Rıza Formu'nu (EK-1B) onaylayan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hasta ile yüzyüze görüşülerek Hasta Tanıtım Formu (EK-2) doldurulmuştur. Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS) hastalara nasıl doldurulacağı hakkında bilgi verildikten sonra kendilerinden doldurulması istenmiştir. McEvoy Tedavi İzlem Formu hasta yakınından alınan bilgiler doğrultusunda doldurulmuştur.

Hastaların tedaviye uyumunu belirlemek için beş alt kategoriden oluşan bir değerlendirme şeması oluşturulmuş ve kullanılmıştır.

- a. İlaç tedavisine aktif uyum, pasif uyum, direnç ve açıkça reddetme maddelerini içeren McEvoy Tedavi İzlem Formu hastanın yakınından alınan bilgilerle doldurulmuştur. İstatiksel analiz için aktif uyum maddesi uyumlu, diğer maddeler uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.
- b. Hastalardan evet-hayır şeklinde cevap verilecek olan 10 soru içeren MARS'ı doldurmaları istenmiştir. Ölçekten alınan düşük değerler zayıf, yüksek değerler yüksek uyumu göstermektedir. İstatiksel analiz için 1-7 puan arasında alanlar uyumsuz, 8-10 puan arasında alanlar uyumlu olmak üzere sınıflandırılmıştır.
- c. Hastalardan her biri 0-100 puan arasında değerlendirilen 10 alt birimden oluşan 12 soru içeren ANT'ı doldurmaları istenmiştir. İstatiksel analiz için uyum oranları; uyumlu ($>75\%$) veya uyumsuz ($\leq 75\%$) olmak üzere sınıflandırılmıştır.
- d. Hasta tanıtıcı veri toplama formunda bulunan "kullandığınız ilaçların doktorun önerdiği dışında dozunu azalttığınız/artırdığınız oluyor mu?" sorusuna evet cevabını verenler uyumsuz, hayır cevabını verenler uyumlu olarak değerlendirilmiştir.
- e. Hasta tanıtıcı veri toplama formunda bulunan "daha önce tedaviyi bıraktınız mı?" sorusuna evet cevabını verenler uyumsuz, hayır cevabını verenler uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Uyumla ilgili bu 5 alt kategoride elde edilen veriler bilgisayarda istatistik programında uyumlu hastalar '1', uyumsuz hastalar '0' olarak girilerek

değerlendirilmiştir. Hastalar, beş alt kategorinin en az dördünde uyumlu olanlar ‘uyumlu’ olarak tanımlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

Beş alt boyuta göre hastanın tedaviye uyum durumu ve tedaviye uyum ile ilgili ölçek puanları bağımlı değişkenler olarak alınmıştır.

Bağımsız Değişkenler

Hastaların psikoeğitim alıp almamaları yani deney ya da kontrol grubunda olmaları bağımsız değişken olarak alınmıştır.

3.8. Psikoeğitim Hazırlığı ve Psikoeğitim Grubunun Oluşturulması

Araştırmacı, Ekim 2008 ile Şubat 2009 tarihleri arasında Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Gündüz Hastanesi’nde haftada bir gün 90 dakika süren BAB psikoeğitim programına 14 hafta boyunca izleyici olarak katılmış ve bu konuda uzmanların bilgi ve deneyimlerinden faydalanmıştır.

Araştırmacı tarafından deney grubunu oluşturan hastalara poliklinik kontrollerinde ve bazı hastalara telefonla ulaşılmış, program hakkında bilgi verilmiştir. Yapılan görüşmelerde, programın başlama-bitiş tarihleri, yapılacak yer, programın içeriği hakkında bilgi, en az iki toplantıya katılmayan hastaların grup süreci dışı bırakılacağı belirtildikten sonra üç psikoeğitim grubu oluşturulmuştur. Buna göre, 1. grupta 12, 2. grupta 10 ve 3. grupta 12 hasta belirlenmiştir (gruba düzenli devam etmeyen 4 hasta gruba dahil edilmemiştir).

Psikoeğitim grupları, gerekli izinler alındıktan sonra Nisan 2009-Mayıs 2009 tarihleri arasında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Ayaktan Tedavi Merkezi’nde bulunan toplantı odası kullanılarak yapılmıştır. Psikiyatri Ayaktan Tedavi Merkezi toplantı odasının psikoeğitim programı uygulamaları için yeterli büyüklükte, giriş ve çıkışların olmadığı, grup etkileşimleri ve paylaşımlar için uygun koşulları olan, güvenli bir ortam olduğu belirlenmiştir. Ayrıca odaya psikoeğitim programında kullanılmak üzere yazı tahtası, projeksiyon aleti edinilmiştir.

Psikoeğitim programı haftada bir, 10-12 kişilik üç gruba (Salı, Perşembe, Pazar) 90-120 dakika süren aşağıda belirtilen 6 oturumdan oluşmuştur (EK-9).

1. Oturum: Bipolar bozukluk psikoeğitim programına giriş
2. Oturum: Bipolar bozukluğun tanımı, nedenleri ve belirtileri
3. Oturum: Bipolar bozuklukta uygulanan tedaviler ve tedaviye uyumun önemi
4. Oturum: Bipolar bozuklukta kullanılan ilaçlar, etkileri ve yan etkileri
5. Oturum: Bipolar bozuklukta haberci belirtileri tanıma ve takip etme
6. Oturum: Stresle baş etme, problem çözme stratejileri ve değerlendirme

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket programında bilgisayara girilmiş, verilerin analizinde kıkare ve t testi kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden ve Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı'dan izin alınmıştır. Ayrıca Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (EK-6).

Kontrol grubunda bulunan hastalara istedikleri takdirde, çalışmanın verilerinin toplanması sona erdikten sonra psikoeğitimin yapılabileceği söylenmiştir.

4. BULGULAR

Deney ve kontrol grubunu oluşturan BAB hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırması Tablo 1’de görülmektedir. Tablo’da görüldüğü gibi, hastaların çoğu kadın (%55.69), evli (%52.4), lise mezunu (%33.3) ve çalışmamaktadırlar (%74.6). Hastaların çoğunluğu kendini orta sosyoekonomik düzeyde algılamakta (%63.5) ve yaş ortalamaları 35.65 ± 10.78 ’dir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu değişkenleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.1. Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n:63).

| ÖZELLİKLER | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | | Anlamlılık Derecesi |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| <u>Cinsiyet</u> | | | | | | | $x^2 = 0.458$ sd = 1 $p > 0.05$ |
| Kadın | 18 | 60.0 | 17 | 51.5 | 35 | 55.6 | |
| Erkek | 12 | 40.0 | 16 | 48.5 | 28 | 44.4 | |
| <u>Medeni Durum</u> | | | | | | | $x^2 = 1.333$ sd = 1 $p > 0.05$ |
| Bekar/ Boşanmış/ Dul | 12 | 40.0 | 18 | 54.5 | 30 | 47.6 | |
| Evli | 18 | 60.0 | 15 | 45.5 | 33 | 52.4 | |
| <u>Eğitim Durumu</u> | | | | | | | $x^2 = 0.491$ sd = 3 $p > 0.05$ |
| İlkokul | 8 | 26.7 | 11 | 33.3 | 19 | 30.2 | |
| Ortaokul | 7 | 23.3 | 7 | 21.7 | 14 | 22.2 | |
| Lise | 10 | 33.3 | 11 | 33.3 | 21 | 33.3 | |
| Üniversite | 5 | 16.7 | 4 | 12.1 | 9 | 14.3 | |
| <u>Çalışma Durumu</u> | | | | | | | $x^2 = 0.129$ sd = 1 $p > 0.05$ |
| Çalışıyor | 7 | 23.3 | 9 | 27.3 | 16 | 25.4 | |
| Çalışmıyor | 23 | 76.7 | 24 | 72.7 | 47 | 74.6 | |
| <u>Algılanan Sosyoekonomik Düzey</u> | | | | | | | $x^2 = 2.310$ sd = 2 $p > 0.05$ |
| Düşük | 10 | 33.3 | 11 | 33.3 | 21 | 33.3 | |
| Orta | 18 | 60.0 | 22 | 66.7 | 40 | 63.5 | |
| İyi | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 | 2 | 3.2 | |
| <u>Yaş</u> | $\bar{X} \pm SS$ 34.57 ± 11.03 | | $\bar{X} \pm SS$ 36.64 ± 10.63 | | $\bar{X} \pm SS$ 35.65 ± 10.78 | | t= 0.758 $p > 0.05$ |
| TOPLAM | 30 | 100.0 | 33 | 100.0 | 63 | 100.0 | |

Tablo 4.2’de, deney ve kontrol grubunu oluşturan BAB hastalarının, hastalık ve tedavileri ile ilgili özellikleri karşılaştırılmıştır. Tablo’da görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların hastalık ve ilaç kullanma süresi kontrol grubuna göre daha fazla

olsa da gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla; $t=0.656$, $t=0.674$; $p>0.05$). Her iki grubun günlük kullandığı ilaç sayısı ve ilaç alma sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bazı Özellikleri (n:63).

| ÖZELLİKLER | Deney Grubu | Kontrol Grubu | t ve p |
|-------------------------------|------------------|------------------|--------------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | |
| Hastalık süresi (ay) | 86.30±112.22 | 69.61±76.17 | t= 0.696 p>0.05 |
| İlaç kullanma süresi (ay) | 58.00±68.41 | 48.09±47.25 | t= 0.674 p>0.05 |
| Günlük kullanılan ilaç sayısı | 3.17±0.98 | 3.33±0.95 | t= 0.680 p>0.05 |
| Günlük kaç kez ilaç aldığı | 2.40±1.27 | 2.36±0.74 | t= 0.140 p>0.05 |

Tablo 4.3’de deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyumları ile ilgili bazı özellikleri verilmiştir. Tablo’da görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların %93.3’ü, kontrol grubundaki hastaların %90.9’u kullandıkları ilaç dozunun yeterli olduğunu belirtmiştir. İlaç dozlarını kendiliğinden artırma/azaltma durumları incelendiğinde; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların %10’u, kontrol grubundaki hastaların %9.1’i tedavinin işe yaramadığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Tablo’da görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki hastaların yarısı ilaç hakkında bilgilendirildiklerini; deney grubundaki hastaların %36.7’si, kontrol grubundaki hastaların %30.3’ü verilen bilgiyi yeterli bulduklarını bildirmişlerdir. Her iki grupta da ilaç hakkında bilgilendirilme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tedaviye Uyumluları İle İlgili Bazı Özellikleri (n:63).

| ÖZELLİKLER | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | | x ² sd ve p |
|--------------------------------------|-------------|-------|---------------|-------|--------|-------|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| <u>Dozu Yeterli Bulma Durumu</u> | | | | | | | |
| Yeterli bulan | 28 | 93.3 | 30 | 90.9 | 58 | 92.1 | x ² = 0.126 sd = 1 p> 0.05 |
| Yetersiz bulan | 2 | 6.7 | 3 | 9.1 | 5 | 7.9 | |
| <u>Dozu Kendiliğinden Arttırma</u> | | | | | | | |
| Arttıran | 6 | 20.0 | 3 | 9.1 | 9 | 14.3 | x ² = 1.527 sd = 1 p> 0.05 |
| Arttırmayan | 24 | 80.0 | 30 | 90.9 | 54 | 85.7 | |
| <u>Dozu Kendiliğinden Azaltma</u> | | | | | | | |
| Azaltan | 9 | 30.0 | 12 | 36.4 | 21 | 33.3 | x ² = 0.286 sd = 1 p> 0.05 |
| Azaltmayan | 21 | 70.0 | 21 | 63.6 | 42 | 66.7 | |
| <u>Tedavi Hakkındaki Düşünceler</u> | | | | | | | |
| İşe yaramadığını düşünen | 3 | 10.0 | 3 | 9.1 | 6 | 9.5 | x ² = 0.015 sd = 1 p> 0.05 |
| İyileştirdiğini düşünen | 27 | 90.0 | 30 | 90.9 | 57 | 90.5 | |
| <u>Tedaviyi Bırakma Öyküsü</u> | | | | | | | |
| Olan | 19 | 63.3 | 19 | 57.6 | 38 | 60.3 | x ² = 0.218 sd = 1 p> 0.05 |
| Olmayan | 11 | 36.7 | 14 | 42.4 | 25 | 39.7 | |
| <u>İlaç Hakkında Bilgilendirilme</u> | | | | | | | |
| Bilgilendirilen | 15 | 50.0 | 17 | 51.5 | 32 | 50.8 | x ² = 0.218 sd = 1 p> 0.05 |
| Bilgilendirilmeyen | 15 | 50.0 | 16 | 48.5 | 31 | 49.2 | |
| <u>Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma</u> | | | | | | | |
| Yeterli bulan | 11 | 36.7 | 10 | 30.3 | 21 | 33.3 | x ² = 0.757 sd = 2 p> 0.05 |
| Yeterli bulmayan | 4 | 16.7 | 7 | 21.2 | 11 | 17.5 | |
| TOPLAM | 30 | 100.0 | 33 | 100.0 | 63 | 100.0 | |

Tablo 4.4’de araştırmaya katılan hastalarının tedaviyi kendiliğinden bırakma nedenleri gösterilmiştir. Tedavilerini bırakanların %35.59’u iyileştirdiğini düşünerek, %33.89’u ilaçsız başarabileceklerini düşünerek tedaviyi bırakmışlardır.

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedaviyi Kendiliğinden Bırakma Nedenleri (n:38).

| NEDENLER | Sayı | % |
|---|------|-------|
| İyileştiğini düşünme | 21 | 35.59 |
| İlaçsız başarabileceğini düşünme | 20 | 33.89 |
| Tedavinin işe yaramadığını düşünme | 8 | 13.55 |
| Yan etkilerin artması | 6 | 10.16 |
| İlaçların bağımlılık yapmasından korkma | 3 | 5.08 |
| İlaçları almayı unutma | 1 | 1.69 |
| TOPLAM* | 59 | 100.0 |

*n katlanmıştır

Tablo 4.5’de araştırmaya katılan hastaların ilaç dozunu artırma/azaltma nedenleri gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastalar en çok unutkanlık (%37.83) ve ilaç yan etkileri (%21.62) nedeni ile ilaç dozunu değiştirmişlerdir.

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Hastaların İlaç Dozunu Artırma/Azaltma Nedenleri (n:30).

| NEDENLER | Sayı | % |
|----------------------------------|------|-------|
| İlaçları almayı unutma | 14 | 37.83 |
| Yan etkilerin artması | 8 | 21.62 |
| İlaçsız başarabileceğini düşünme | 5 | 13.51 |
| Şikâyetlerin artması | 4 | 10.81 |
| Şikâyetlerin azalması | 3 | 8.10 |
| İyileştiğini düşünme | 3 | 8.10 |
| TOPLAM* | 37 | 100.0 |

*n katlanmıştır

Tablo 4.6’da deney ve kontrol grubundaki hastaların psiko eğitim öncesi ve sonrası tedaviye uyumları karşılaştırılmıştır. Her iki grupta psiko eğitim öncesi tedaviye uyum durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.301$, $sd = 1$, $p > 0.05$).

Tabloda görüldüğü gibi deney grubundaki hastaların psiko eğitim öncesi tedaviye uyumları %40 iken, psiko eğitim sonrası tedaviye uyumları %86.7 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların psiko eğitim öncesi tedaviye uyumları %33.3 iken, psiko eğitim sonrası tedaviye uyumları %24.2 olarak bulunmuştur. Deney

ve kontrol grubundaki hastaların psikoeğitim sonrası tedaviye uyum durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($x^2 = 24.649$, $sd=1$, $p>0.01$).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası Tedaviye Uyumlarının Karşılaştırılması (n:63).

| TEDAVİYE UYUM | | Deney Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | | x ² sd ve p |
|---------------|---------|-------------|-------|---------------|-------|--------|-------|---|
| | | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | |
| Öntest | Uyumlu | 12 | 40.0 | 11 | 33.3 | 23 | 36.5 | x ² = 0.301 sd = 1 p> 0.05 |
| | Uyumsuz | 18 | 60.0 | 22 | 66.7 | 40 | 63.5 | |
| Sontest | Uyumlu | 26 | 86.7 | 8 | 24.2 | 34 | 54.0 | x ² =24.649 sd = 1 P< 0.01 |
| | Uyumsuz | 4 | 13.3 | 25 | 75.8 | 29 | 46.0 | |
| TOPLAM | | 30 | 100.0 | 33 | 100.0 | 63 | 100.0 | |

Psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS) ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi deney ($\bar{X}=6.90\pm1.90$) ve kontrol ($\bar{X}=7.03\pm1.94$) grubu hastalarının öntest MARS puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.269$, $p>0.05$).

Deney grubu hastalarının sontest MARS puan ortalaması 8.23 ± 1.56 , kontrol grubu hastalarının puan ortalaması 6.90 ± 1.86 bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu hastalarının sontest MARS puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3.038$, $p<0.05$).

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikoeğitim Öncesi (Öntest) ve Sonrası (Sontest) MARS Puan Ortalamaları (n:63).

| GRUP | Ön Test $\bar{X} \pm SS$ | Son Test $\bar{X} \pm SS$ |
|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Deney Grubu (n:30) | 6.90±1.90 | 8.23±1.56 |
| Kontrol Grubu (n:33) | 7.03±1.94 | 6.90±1.86 |
| t ve p | t=0.269 p>0.05 | t=3.038 p<0.05 |

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu hastalarının psikoeğitim öncesi ve sonrası Tıbbi Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi deney (68.61±8.63) ve kontrol (64.77±12.34) grubu hastalarının öntest ANT puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (t=1.416, p>0.05).

Deney grubu hastalarının sontest ANT puan ortalaması 75.86±8.00 ve kontrol grubu sontest ANT puan ortalaması 64.04±13.27’dir. Psikoeğitim uygulanan deney grubu hastaları ile uygulanmayan kontrol grubu hastalarının sontest ANT puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=4.227, p<0.05).

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikoeğitim Öncesi (Öntest) ve Sonrası (Sontest) ANT Puan Ortalamaları (n:63).

| GRUP | Ön Test $\bar{X} \pm SS$ | Son Test $\bar{X} \pm SS$ |
|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Deney Grubu (n:30) | 68.61±8.63 | 75.86±8.00 |
| Kontrol Grubu (n:33) | 64.77±12.34 | 64.04±13.27 |
| t ve p | t =1.416 p>0.05 | t =4.227 p<0.05 |

Tablo 4.9’da psikoeğitim öncesi ve sonrası McEvoy Tedavi İzlem Formu’na göre aktif ve pasif uyumlu olan hastalar karşılaştırılmıştır. McEvoy’a göre deney grubundaki hastaların %86.7’si, kontrol grubundaki hastaların %84.8’i tedaviye aktif

uyum göstermektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2 = 0.042$, $sd=1$, $p>0.05$). Psikoeğitim sonrası deney grubundaki hastaların %90.0'ı, kontrol grubundaki hastaların %81.8'i tedaviye aktif uyum göstermiştir. McEvoy'a göre psikoeğitim sonrası her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.859$, $sd=1$, $p>0.05$).

Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikoeğitim Öncesi (Öntest) McEvoy Tedavi İzlem Formu'na Göre Tedaviye Uyumluları (n:63).

| GRUP | McEvoy (ön test) | | | | McEvoy (son test) | | | |
|----------------------|--|-----------------|--------------|--------------|--|-----------------|--------------|--------------|
| | Aktif Uyum Sayı | Pasif Uyum Sayı | Aktif Uyum % | Pasif Uyum % | Aktif Uyum Sayı | Pasif Uyum Sayı | Aktif Uyum % | Pasif Uyum % |
| Deney Grubu (n:30) | 26 | 4 | 86.7 | 13.3 | 27 | 3 | 90.0 | 10.0 |
| Kontrol Grubu (n:33) | 28 | 5 | 84.8 | 15.2 | 27 | 6 | 81.8 | 18.2 |
| χ^2 sd ve p | $\chi^2 = 0.042$ $sd = 1$ $p > 0.05$ | | | | $\chi^2 = 0.859$ $sd = 1$ $p > 0.05$ | | | |

5. TARTIŞMA

Günümüzde yaygın bir şekilde, BAB olan bireyler arasında olumlu sonuçlar ve gelişmeler elde etmenin önündeki temel engelin tedaviyi vaktinden önce bırakmak olduğu konusunda bir fikir birliği vardır. BAB olan hastalarda tedavi uyumsuzluğuna ilişkin riskler oldukça iyi belgelenmiştir. Bunlar; manik ve depresif nüks etmeler, yeniden hastaneye yatırma ve çok daha uzun süre hastanede kalma gibi durumları içermektedir (Colom ve ark., 2005; Rouget ve Aubry, 2007). Bu konuda oldukça sınırlı olmasına rağmen gittikçe artan yayınlar, BAB olan hastalarda tedaviye uyumu artırmanın mümkün olabileceğini savunmaktadırlar. BAB olan hastalarda tedaviye uyumun geliştirilmesi konusunda en güçlü kanıt ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan belirli psikososyal uygulamalardır. Bipolar gruplarda tedaviye uyumu geliştirmede, psikoeğitimsel yaklaşımların, gözlenmiş olumlu sonuçları mevcuttur.

Çalışmada hastalık süresi deney grubunda ortalama 86.30 ± 112.22 ay, kontrol grubunda 69.61 ± 76.17 ay olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bireylerin kronik bir hastalığa sahip olma fikrinden rahatsız olup tedaviye uyumsuzluk riski olabileceği literatürde belirtilmiştir (Scott ve Pope, 2002; Colom ve ark, 2005). Ayrıca Meriç'in depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarla yaptığı çalışmada (2006) hastalık süresi ile tedaviye uyum arasında ters yönde gelişen bir ilişki bulunmuştur. Aker ve arkadaşlarının belirttiğine göre; yapılan çalışmalarda, hastalık süresinin uzun olması ve yatış sayısının fazlalığı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle hastalık süresinin uzunluğu ve sık yatışlar, hastalarda; hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerin gelişmesine neden olarak tedavi uyumlarını bozmaktadır (Aktaran, Çobanoğlu ve ark, 2003).

İlaç kullanma süresi tedaviye uyumda önemli bir etkidir. Literatürde tüm kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluğun varlığının tedavi süresi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Atbaşoğlu ve ark., 1993; Demirtaş, 1995; Dilbaz ve ark., 2006; Koç, 2006; Meriç, 2006; Taşkın, 2006). Uzun süreli kullanımda uyum sorunları hastalık kaynaklı olabileceği gibi (sanrılar, ilacın durumunu kötüleştirdiği düşüncesi, hastalığını yadsıma, damgalanma) ilaç kaynaklı (yan etkiler) da olabilmektedir. Dilbaz ve arkadaşlarının (2006) şizofreni hastalarında tedaviye uyumu değerlendirdikleri bir çalışmada, uzun süreli ilaç kullanan şizofreni hastalarının tedaviye uyumsuzluk nedeni olarak hastalıklarını yadsıma en yaygın sebep olarak bulmuşlardır. Abula ve

Worku (2001)'nin Etiyopya'da kronik hastalıkları olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kronik hastalıklarda genellikle zaman içinde uyumun azaldığını ve kısa süreli tedavilerdeki hasta uyumunun uzun süreli tedavilerdeki hasta uyumundan daha iyi olduğu bildirmektedirler (Aktaran; Taşkın, 2006). Bu çalışmada ilaç kullanma süresi deney grubunda ortalama 58.00 ± 68.41 ay; kontrol grubunda 48.09 ± 47.25 ay olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Hastaların günlük kullandığı ilaç sayısı ve ilaç kullanım sıklığı tedaviye uyumunu etkileyen önemli etkenlerdendir. Ayrıca günlük doz sayısının az olmasının tedaviye uyumu arttırdığı bildirilmiştir (Rush, 2000; Aktaran Meriç, 2006). Bunun sebebi olarak ilaç sayısının arttıkça, hastanın ilaç alımının da karmaşık bir hale geliyor olması düşünülebilir. Literatürde ilaç sayısı ve dozu ile tedaviye uyumsuzluk arasında ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (Aker ve ark., 2000; (aktaran, Çobanoğlu ve ark., 2003); Claxton ve ark., 2000; (aktaran, Ervatan ve ark, 2000); ilaç sayısı ve dozunun tedaviye uyumla arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Ervatan, 2003; Meriç, 2006). Bu çalışmaya katılan hastaların günlük kullandığı ilaç sayısı ortalama 3-4 tane; günde ortalama 2-3 kez ilaç aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Deney grubundaki hastaların %63.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sının tedaviyi bırakma öyküsü olduğu belirlenmiştir. Doz artırma davranışı deney grubundaki hastalarda %20, kontrol grubundaki hastalarda %9.1'dir. Doz azaltma davranışı deney grubundaki hastalarda %30, kontrol grubundaki hastalarda %36.4 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Cramer ve Rozenheck'in (1998) belirttiğine göre, kullanılan ilaç dozunu azaltma davranışı genellikle hastalarda sık görülen bir uyumsuzluk davranışıdır (Aktaran, Meriç, 2006). Aker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2000) en sık görülen uyumsuzluk şeklinin doz atlamak olduğu gözlenmiştir (Aktaran, Çobanoğlu ve ark., 2003). Çalışmada hastaların ilaç dozunu azalttıkları belirlenmiş olup; bu bulgu literatürle paralellik göstermektedir.

Literatürde, tedaviyi bırakma öyküsü olan BAB tanılı hastaların gelecekte de tedaviye uyumsuzluğu oldukça yüksek olasılık olarak belirtilmiştir (Scott ve Pope, 2002; Çobanoğlu ve ark., 2003; Satatovic ve ark., 2007). Uzun dönemli tedavilerde, ilaç tedavisi uyumsuzluğu öyküsü olan BAB'lı bireyler, gelecekte de uyum göstermeme açısından "yüksek risk" grubunu oluşturduğu söylenebilir. Bu grup hastalarda ilaç tedavisi optimizasyonun sağlanması ve devamlılığının önemi vurgulanması gereken bir

konu olmalıdır (Satatovic ve ark., 2007). Çalışmada tedaviyi bırakma öyküsü deney (%63.3) ve kontrol grubunda (%57.6) oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3).

Literatürde hastalığın sonuçları ve tehditleri konusunda bilgilendirilen ve tedavinin faydaları anlatılan hastaların daha fazla uyumlu olduğu bildirilmiştir (Swartz ve ark., 1998; Scott, 1999; Adams ve Scott, 2000; Aktaran Ateş ve Algül, 2006). Deney (%50) ve kontrol (%48.5) grubundaki hastaların yarısı ilaçlar hakkında bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Oral ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında hastalara; hastalığın ve önerilen ilaçların kendilerine anlatılıp anlatılmadığı sorulduğunda Diabetes Mellitus tanımlı hastaların %78'ine karşın, BAB olan hastaların %52'sinin "evet" yanıtını verdikleri saptanmıştır. Çalışmada; bilgilendirildiğini belirten hastaların oranı (Tablo 4.3); Oral (2002) ve Yılmaz'ın (2004) çalışma sonuçlarına paralel bulunmuştur. Literatürde tedavi hakkında hastaya bilgi verilmesinin tedaviye uyumu arttırdığı gösterilmiştir. Hasta tedavinin başlangıcında ilaç hakkında mutlaka bilgilendirilmeli ve "risk/kazanç oranı" kendisi ile tartışılmalıdır (Çam, 1989; Sofuoğlu, 2000; Yıldız ve ark., 2002).

Tedavi hakkındaki düşünceler, tedaviye uyum bakımından önemlidir. Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubu hastaları %90 oranında tedavinin iyileştirdiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Meriç (2006)'ın anksiyolitik ve antidepressan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarını incelediği çalışmada hastalar benzer şekilde tedavinin iyileştirdiğini (%86.6) düşündüklerini belirtmişlerdir. Yılmaz (2004)'ın 117 psikiyatri hastası (psikotik bozukluk n:75; duygudurum bozukluğu n:34; diğer bozukluklar n:8) ile yaptığı çalışmada, hastaların %69.2'si kullandıkları ilaçların rahatsızlığını iyileştireceğine inandıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada sadece BAB olan hastaların çalışmaya alınması nedeni ile sonucun yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %35.5'inin iyileştiğini, %33.8'inin ilaçsız başarabileceklerini, %12.7'sinin tedavinin işe yaramadığını düşünerek tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Meriç (2006)'ın aktardığına göre; Rush'ın (1999) ve Court'un (2004) yaptıkları araştırmalarda, tedavi sürecinde tedaviye uyumsuzluğun yüksek oranda izlendiği dönemlerden birinin, hastalığın kontrol altına alınarak kısmi bir düzelmeye izlendiği dönemin hemen sonrası olduğu bildirilmektedir. Çalışmada da hastaların kendilerini göreceli olarak iyi hissettiği (%35.5) ve ilaca ihtiyaç duymadan hastalıkla baş

edebileceklerini düşündükleri (%33.8) dönemlerde tedavilerini bırakmış olabilecekleri söylenebilir. İlaçsız baş edebileceğini düşünme yönünden (%29.5) Meriç (2006)'in çalışması araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların ilaç dozunu artırma/azaltma nedenlerine baktığımızda; ilaçlarını almayı unutma %37.8, yan etkilerin artması %21.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Tedavinin erken dönemlerinde ortaya çıkan akut distoni, akatizi ve akinezi gibi yan etkiler tedaviye uyumu etkiler. Ayrıca tedaviye disforik yanıt verenler ile nöroleptiklerin yol açtığı defisit sendromu yaşayanlar uyumsuzluk için özel bir risk grubu oluşturur. Sedasyon, bireyin yerine getirmesi gereken alanlardaki işlevselliğini bozması nedeniyle, bireyde uyumsuzluğa yol açabilmektedir (Çobanoğlu ve ark, 2003; Meriç, 2006; Satatovic ve ark, 2007).

Antidepresan ve antipsikotik kullanımında libido kaybı, erektil disfonksiyon, retrograd ejakulasyon, anorgazmi gibi cinsel işlev sorunları % 80 oranında gözlenir. Kilo alımı da uyumu olumsuz yönde etkileyen diğer bir yanettir (Çobanoğlu ve ark. 2003). Weiss (1998)'in yaptığı çalışmada, valproatın lityuma göre daha az yan etkisi olduğu için valproat kullanan hastaların tedaviye uyumlarının lityum kullananlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır (Aktaran, Ateş ve Algül, 2006). Literatürle uyumlu olarak çalışmada yan etkiler nedeniyle tedaviye uyumsuzluk ikinci sırada yer almaktadır. İlaçları almayı unutma, hastalığı yadsıma savunma mekanizması olabileceği gibi, tedaviye önem vermeme düşüncesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bazı çalışmalar hastaların farmakolojik tedaviyi bırakma nedenlerini, ilaç yan etkilerden çok önyargılar, gerçekçi olmayan korkular ve bilgisizlikle ilgili olarak değerlendirmişlerdir (Frank ve ark., 1992; Colom ve ark., 2000). Bu önemli tespit farmakolojik tedavinin psikoeğitimle desteklenmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Psikoeğitim ile artan uyuma ek olarak, hiperaktivite ve azalmış uyku ihtiyacı gibi nöks belirtilerinin tespiti, günlük tedavi rejiminin düzenlenmesi yoluyla hastaneye yatırılma riskinin azaltılması sağlanabilmektedir (Colom ve ark., 2003).

Deney grubundaki hastaların psikoeğitim öncesi uyum oranı %40 iken, psikoeğitim sonrası uyum oranı %86.7 olarak bulunmuştur. Buna karşın kontrol grubunda ön testte uyum oranı %33.3 iken, son testte uyum oranı %24.2 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Jamison ve arkadaşları (1979), Cochran (1984), Harvey ve Peet (1991), Clarkin ve arkadaşları (1998), Colom ve arkadaşları (2003a, 2003b ve 2005), Miklowitz ve

arkadaşları (2003) ve Andres ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmalar, psikoeğitimle artırılan ve geliştirilen tedavi uyumunu gösterirken, Vangent ve Zwat (1991), Perry ve ark (1999), Miklowitz ve ark (2000) ve Fristad (2006)'ın yaptığı çalışmalar eğitimle artan bir uyum olduğunu göstermişlerdir (Aktaran Satatovic ve ark. 2007). Bu çalışmada psikoeğitimle artırılan uyumu gösteren çalışmalara benzer şekilde tedaviye uyumun psikoeğitim sonrası deney grubunda arttığı belirlenmiştir.

Kleindienst ve Greil (2004)'in yaptıkları çalışmada, psikoeğitimin aynı zamanda tedavideki bireyler ve tedaviyi sağlayanlar arasındaki terapatik birlikteliği geliştirerek, bireylerin tedaviyi sağlayanların önerilerini takip edip dinlemelerini artırdığını göstermişlerdir (Aktaran Satatovic ve ark. 2007).

Colom ve arkadaşları (2003) Bipolar I tanısı almış hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; somatik tedaviye ilaveten hastalık ve tedavi hakkındaki eğitim toplantılarına katılan grupta rekürrens daha az görüldüğü ve tedaviye uyumun daha iyi olduğu saptamışlardır (Colom ve ark., 2003).

Peet ve Harvey (1991) lityum kliniğine katılan 30 hasta üzerinde randomize kontrollü çalışmalarında; basit bilgilendirme eğitim programının ve ilaca karşı olan olumlu tutumların tedavi uyumunda yararlı olduğunu göstermişlerdir (Aktaran Ateş ve Algül, 2006).

Colom ve arkadaşları (2005), 2 yılı aşkın bir süre psikoeğitim alan (n=49) ve psikoeğitim almayan (n=44) hastalardaki plazmada lityum seviyelerini karşılaştırmışlardır. Psikoeğitim grubundakilerde plazma lityum seviyesi ortalamasının psikoeğitim almayanlara göre daha yüksek ve stabil olduğunu (p=0,03) bulmuşlardır (Colom ve ark., 2005).

Yurtsever ve arkadaşları (1999 ve 2001) BAB olan hastalar ve ailelerine verdikleri psikoeğitim sonucu hastaların tedaviye uyumlarının arttığını belirtmişlerdir (Yurtsever, 1999; Yurtsever ve ark, 2001).

Şizofreni hasta ve aileleri üzerinde yapılan çalışmalarda (Yıldız ve ark, 2002; Dülgerler, 2004; Duman ve ark, 2006; 2007; Yıldırım, 2007) psikoeğitim sonrası tedaviye uyumda artış olduğu belirtilmiştir. Çalışmada da benzer şekilde psikoeğitim sonrası tedaviye uyumda artış olduğu belirlenmiştir.

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS) puan kategorisinde düşük değerler (0-7 puan) zayıf, yüksek değerler (8-10 puan) yüksek uyumu göstermektedir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testte MARS puan ortalamaları 7 puanın altında, zayıf

uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7). Son testte MARS puan ortalamaları deney grubundaki hastaların 8.63, kontrol grubundaki hastaların 6.90 puan olup, psikoeğitim sonrası deney grubundaki hastaların yüksek uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo 4.7). Son testte deney grubundaki MARS puan ortalamasının verilen psikoeğitime bağlı olarak yükseldiği düşünülmüştür.

Nöroleptik Tedaviye Katılım Ölçeği (ANT) puanlamasında 75 puan altı uyumsuz, 75 puan üstü ise uyumlu olarak sınıflandırılmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön testte ANT puan ortalamaları 75 puan altında olduğu ve tedaviye uyumsuz oldukları saptanmıştır (Tablo 4.8). Son testte ANT puan ortalamaları deney grubundaki hastaların 75.86, kontrol grubundaki hastaların 64.04 puan olup, deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür (Tablo 4.8). Psikoeğitimde ilaçlar hakkında geniş bilgiye yer verilmesi; hastaların endişelerini azaltmış ve tedavileri hakkındaki düşünceleri değiştirmiş olabileceği için ANT puan ortalamalarında yükselme olduğu düşünülmüştür.

McEvoy Tedavi İzlem Formuna göre ön test ve son testte gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (4.9). Form hasta yakınlarından alınan bilgilere göre doldurulmuştur. Hasta yakınları hastayı tedaviye uyumlu olarak değerlendirirken, hastaların tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Varılan bu sonuca göre hasta yakınlarının da psikoeğitime ihtiyacı olduğu ortaya çıkmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

BAB olan bireylere psikoeğitim programı uygulayarak tedaviye uyumlarını arttırmak amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

6.1.1. Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması \bar{X} :34.57±11.03, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması \bar{X} :36.64±10.63'dür. Deney grubundaki hastaların %60'ı kadın, %40'ı erkek, kontrol grubundaki hastaların %51.5'i kadın, %48.5'i erkek olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; sırasıyla %60'ı ve %45.5'i evlidir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların eğitim durumları incelendiğinde; çoğunluğun lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta çoğunluğun çalışmadığı ve orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Deney ve kontrol grubu hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları açısından benzer özelliklerde olduğu görülmüştür.

6.1.2. Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastalık ve tedavi özellikleri incelendiğinde, deney grubunda hastalık süresi ortalaması 86.30±112.22 ay, kontrol grubunda 69.61±76.17 aydır. İlaç kullanma süresi ortalaması deney grubundaki hastalarda 58.00±68.41 ay, kontrol grubundaki hastalarda 48.09±47.25 ay olarak saptanmıştır. Her iki gruptaki hastaların günde üç adetten ve günde 2 kezden fazla ilaç aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

6.1.3. Deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyumları ile ilgili özellikleri incelendiğinde, her iki grubun çoğunluğu ilaçların dozunun yeterli olduğunu, tedavinin iyileştirdiğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Deney grubundaki hastaların %50'si, kontrol grubundaki hastaların %51.5'i ilaçları hakkında bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Deney grubundaki hastaların %63.3'ünün, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sının tedaviyi bırakma öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

6.1.4. En fazla tedaviyi bırakma nedenlerinin iyileştiğini düşünme (%35.59); ilaçsız başarabileceğini düşünme (%33.89) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). En çok doz artırma/azaltma nedenleri unutkanlık (%37.83) ve yan etkiler (%21.62) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

6.1.5. Deney grubundaki hastaların psikoeğitim 6ncesi tedaviye uyum oranı %40 iken, eğitim sonrası bu oran %86.7, kontrol grubundaki hastaların psikoeğitim 6ncesi tedaviye uyum oranı %33.3 iken, psikoeğitim sonrası tedaviye uyum oranı %24.2 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6).

6.1.6. Deney ve kontrol grubundaki hastaların psikoeğitim 6ncesi MARS puan ortalamaları incelendiğinde, deney ve kontrol grubu hastalarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (Tablo 4.7), psikoeğitim sonrası MARS puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.7), iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

6.1.7. Deney ve kontrol grubundaki hastaların psikoeğitim 6ncesi ANT puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.8), her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Psikoeğitim sonrası ANT puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.8), deney grubu hastalarının puan ortalamalarının yükseldiği, her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

6.2.1. BAB olan hastalarda tedaviye uyumun düzenli olarak standardize kriterler ve ölçeklerle değerlendirilmesi,

6.2.2. BAB olan hastaların tedaviye uyumsuzluk nedenlerinin araştırılması,

6.2.3. Ayaktan takip edilen BAB olan hastaların tedaviye uyumlarının artırılması için psikoeğitimsel programın uygulanması,

6.2.4. BAB olan hastaların aileleri için psikoeğitim programlarının oluşturulması,

6.2.5. Bu programın yatan hasta gruplarına da uygulanması ve psikoeğitim programlarının psikiyatri hemşirelerinin uygulamaları arasına yerleştirilmesi,

6.2.6. Örneklem sayısının artırılabilereği çok merkezli 6alışmaların yapılması ve sonuçların sadece tedaviye uyuma değil aynı zamanda yaşam kalitesi, işlevsellik düzeyi, hastaneye yatış oranı vb gibi konulara etkisinin değerlendirilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- Akıncı F, Öz F. HIV/AIDS'li Hastaların Tedaviye Uyumunu Etkileyen Psikososyal Faktörler. HIV/AIDS Dergisi, Ekim-Kasım-Aralık, 2003.
- Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst, Post R, Moller H, Hirshfeld R. Reevaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. Journal of Affective Disorders, 2000;59(1):5-30.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am J Psychiatry 2002; 159 Suppl. 4: 1-50.
- Andres RD, Aillon N, Bardiol MC. et al. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients; an open study. J Affect Disord Jul 2006; 93 (1-3): 253-7.
- Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord 2001; 67:3-19.
- Anlar L. Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Sonrası Ruhsal Durumları, İşlev Görme Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Sivas. 2002.
- Atbaşoğlu C, Çermik Ö, Göğüs AK. Ayakta İzlenen Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1993; 1(1): 35-39.
- Ateş A, Algül A. Bipolar Bozukluklarda Tedavi Uyumsuzluğu. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006, 2(29):60-64.
- Ayar D. İkiuçlu Bozuklukta Hastalar ve Hasta Yakınlarının Elektrokonvülsif Tedaviye İlişkin Tutumları. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, 2006.
- Baker JA: Developing Psychosocial Care For Acute Psychiatric Wards. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing. 2000; 7:95-100.
- Bauer MS, McBride L, Williford WO, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. Psychiatr Serv 2006; 57 (7); 927-36.
- Begley CE, Annegers JF, Swann AC. The lifetime cost of bipolar disorder in the US: an estimate for new cases in 1998, Pharmacoeconomics 2001; 19:483-95 .
- Bender BG, Screening patients for nonadherence. Female Patient. 2005.
- Bostancı N. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. Düşünen Adam Dergisi, 2005.
- Bülbül F, Savaş E, Savaş HA, Selek S, Kaya C. İkiuçlu ve Tek Uçlu Bozuklukta Lamotrijin Kullanımı: Geriye Dönük Bir Çalışma. Türkiye'de Psikiyatri, 2005; 7: 88-90.

- Cameron C. Patient Compliance: Recognition Of Factors Involved And Suggestions For Promoting Compliance With Therapeutic Regimens, *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24, 244–250.
- Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı (Çev: F Erdemir), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2005.
- Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 4:1-4.
- Ceylan ME, Oral ET. Duygudurum Bozuklukları. İstanbul, 2001.
- Chien WT, Kam CW, Lee IFK. An assessment of the patients' needs in mental health education. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 34(3): 304-311.
- Chien WT, Norman I . Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 2003 ;44(5): 490-498.
- Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2005; 20 (5-6): 359-64.
- Colom F, Vieta E, Reinares M, Martinez-Aran A, Torrent C, Goikolea JM. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003a;64:1101-5.
- Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J. et al. Sitabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord* 2005; 7 Suppl. 5; 32-6.
- Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005; 7: 24–31.
- Colom F, Vieta E. Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University, Press 2006. New York.
- Colom F, Vieta F, Martinez-Aran A. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (8): 549-55.
- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A. 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* 2003b; 60 (4); 402-7.
- Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*. 1993;150(5):720-727.
- Çam F. Tüberkülozlu Hastaların Tedaviye Uyum Durumları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1989.
- Çobanoğlu S, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, 2003.

- Das GR, Guest JF. Annual Cost Of Bipolar Disorder To UK Society. Br J Psychiatry 2002; 180: 227–233.
- Demirkıran F, Terakye G. Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluluğu ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi, Kriz Dergisi. 2001; 9 (2): 29-39.
- Demirtaş S. Bipolar Bozukluğu Olan Tedaviye Uyumlu ve Uyumsuz Hastaların Hastalıklarına İlişkin Atıfları ve Sosyal Destek Sistemleri Açısından İncelenmesi. Klinik Psikoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1995.
- Dilbaz N, Karamustafaloğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006;16:223-232.
- Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu K. Şizofreni hastalarına ve ailelerine ‘bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı’ uygulaması ve izlemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:91-101.
- Duman ZÇ, Kocaman N, Üçok A, Er F, Kanık T, Doğaner M. Yatan Hastalarda Psikoeğitsel Tedavi Grubunun Etkinliği. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2006;19(2):64-71.
- Durrenberger S, Rogers T, Walker R. Economic grand rounds: the high costs of care for four patients with mania who were not compliant with treatment. Psychiatr Serv 1999; 50: 1539-42.
- Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi. 2004.
- Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. MO Öztürk (çev.), Ankara, Medikomat Matbaası, 1993.
- Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif Hastalarda Tedaviye Uyum: Doğal İzlem Çalışması. Klinik Psikiyatri, 2003;6:5-11.
- Frank E, Perel JM, Mallinger AG, Thase ME, Kupfer DJ. Relationship Of Pharmacologic Compliance To Long-Term Propylaxis In Recurrent Depression. Psychopharmacol Bull 1992; 28:231-235.
- Franks MA, Macritchie KAN, Young AH. The consequences of suddenly stopping psychotropic medication in bipolar disorder. Clin app bipolar disord 2005: 4:11-7.
- George CF, Peveler RC, Heiliger S, Thompson C. Compliance With Tricyclic Antidepressants: The Value Of Four Different Methods Of Assessment, Clinical Pharmacology, 2000; 50: 166-171.
- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL et al. Relapse And Impairment In Bipolar Disorder. Am J Psychiatry, 1995;152: 1635-1640.
- Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 8. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.

- Gümüş AB. Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim Ve Hemşirelik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2006;1: 23-34.
- <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/17-2/Rizwan%20Taj.htm>, Taj R, Khan S; A Study of Reasons of Non-Compliance to Psychiatric Treatment. Pakistan Institute of Medical Sciences; 2002. (23.11.2008 Ulaşım Tarihi).
- Işık E. Duygudurumu Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İç: Işık E, editör. Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası; 2003; 467-509.
- Jones S. Psychotherapy of bipolar disorder; a review. J Affect Disord 2004; 80:101-114.
- Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. Bipolar Disord 2005; 7:119-125.
- Keck PE, McElroy SL, Strkowski SM. Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania, J Clin Psychiatry, 1996; 57 (7): 292-297 .
- Keller MB, Lavori PW, Coryell W ve ark. Bipolar I, A Five-Year Prospective Follow-Up. Journal Of Nervous And Mental Disorders, 1993;181:238-245.
- Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2006.
- Konuk N, Kocabaşoğlu N. Bipolar affektif bozuklukta güncel tedaviler. Yeni Symposium, 2000; 38 , 56-62.
- Köknel Ö. Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. Duygudurum Bozuklukları. 2000;1:5-11.
- Kum, N. Editör: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Birlik Ofset, 1996.
- Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorder. Acta Psychiatr Scand 2002: 105(3): 164-72.
- Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. İki Uçlu Bozukluk. Oral ET. (çev.), İstanbul, CSA Medikal Yayın, 2003.
- McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS ve ark. Insight in schizofreniz. Its relation ship to acute psychopathology. J Nerv Ment Dis 1989; 177:43-47.
- Meriç M. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, GATA, Ankara, 2006.
- Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. The role of psychoeducation in the treatment of bipolar disorder; a clinical perspective. Clin App Bipolar Disord 2004: 3: 5- 11.
- Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. Bid Psychiatry, 2000: 48: 582-92.

- Mulier-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 1172-1175.
- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease study. *Lancet* 1997; 349: 1436-42.
- Ocaktan EM, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 2004;12 (2) :63-73
- O'Connell RA, Mayo JA, Flatlow L ve ark. Outcome Of Bipolar Disorder On Long Term Treatment With Lithium. *Br J Psychiatry*, 1991;159: 123-129.
- Okçın F, Koroner Stent Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2000.
- Oral ET, Şahin Ş, Akman B, Verimli A. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum: "Farz Edelim Ki, Şeker Hastası." Demek Yeterli Mi?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3:212-222
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487-97.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç Ve Dış Ticaret AŞ. Ankara, 2004.
- Öztürk MO. Duygulanım Bozuklukları. İç:Öztürk MO, editör. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 8. Basım. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri; 2001.s. 291-342.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Kacynski R. Medication non-adherence in bipolar disorder: a patient-centered review of research findings. *Clin App Bipolar Disord* 2004; 3: 56-4.
- Pies R. The historical roots of the "bipolar spectrum": did Aristotle anticipate Kraepelin's broad concept of manic-depression? *J Affect Disord* 2007; 100:7-11.
- Rindner EC: Group Process-Psychoeducation Model For Psychiatric Clients And Their Families. *Journal Of Psychosocial Nursing* 2000, 38:35-41.
- Roisin A Kemp and Anthony S. Patient Compliance David Comprehensive Care of Schizophrenia, 2001; 269-280.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh ed., Philadelphia; Lippincott Williams&Wilkins, 2005.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı. *Dünyada Ruh Sağlığı*, 2001.
- Sajatovic M, Davies M, Hrouda DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, 2004; 55: 264-9.
- Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006; 8 (3): 232-41.

- Saka MC, Özer S, Uluşahin A. Bipolar Bozuklukta Bir Yıllık İzlem Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(4):283-292
- Satavovic M, Chen D, Dines P, Shirley E. Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. Disease management and health outcomes. 2007; 15(3): 181-192.
- Savaş AH, Yumru M. Bipolar (iki uçlu) bozuklukta genetik çalışmalar. Türkiye Klinikleri Psikiyatri, 2006; 2:10-16.
- Scott J, Colom F, Vieta E, A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorder. Inl J Neuropsychopharmacol 2007 Feb; 10 (1); 123-9.
- Scott J, Pope M. Non-adherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. J Clin Psychiatry 2002; 63: 384-390.
- Scott J, Pope M. Self-Reported Adherence to Treatment With Mood Stabilizers, Plasma Levels, and Psychiatric Hospitalization. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1927-1929.
- Scott J. Using health belief models to understand the efficacy-effectiveness gap for mood stabilizer treatments. Neuropsychobiology 2002; 46 (1 Suppl.): 13-5.
- Sertöz ÖÖ, Akdeniz F, Vahip S. Bipolar Bozukluk ve Şizoaffektif Bozukluk Sağaltımında Klozapinin Yeri: Geriye Dönük Bir Çalışma. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2002; 12: 142-147.
- Sofuoğlu S, Turan T, Antipsikotik İlaç Tedavisinde Uyum Problemleri: Bunların Ekstrapiramidal Yan Etkilerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):100-106.
- Sütçügil L, Cansever A. Bipolar Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Girişimler. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2006; 2(29):46-51.
- Svarstad BL, Shirman TI, Seeney JK. Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs. Psychiatr Serv 2001; 52: 805-11.
- Şengül C, Şengül CB, Okay T, Dilbaz N. Ellibeşinci yılında lityumun öyküsü. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004;14:50-56.
- Taşkın M. Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyumunu Etkileyen Faktörler. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2006.
- Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000;1(3): 133-142.
- Thompson C, Peveler R.C, Stephenson D, McKendrick J. Compliance With Antidepressant Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder in Primary Care: A Randomized Comparison of Fluoxetine and a Tricyclic Antidepressant, American Journal Psychiatry, 2000;157, 338-343.
- Turhan N. Bipolar bozukluk: Kesitsel bir değerlendirme. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 2007.

- Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan E. Bipolar Bozukluğa Eşlik Eden Eksen I Ve Eksen II Tanıları. Türkiye’de Psikiyatri, 2007; Cilt 9 – Sayı :1
- Varcarolis ME. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. Third Edition, Saunders Company, 1998, 603-604.
- Velioğlu P, Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, İstanbul, Atlas Ofset, 1999; 256-257.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio –Stipec M, Wells JE, V Vickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA.1996;276:293-299.
- Wyatt RJ, Henter ID, Jamison JC. Lithium revisited: savings brought about by the use of lithium, 1970-1991. Psychiatry Q 2001; 72:149-166.
- Yazıcı A. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. İstanbul, Parem. Kutu Grafik,2001.
- Yıldırım A. Psikoeğitimsel Yaklaşımın ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevleri ve Hastaların Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2007.
- Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S ve ark. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(1): 41-47.
- Yıldız M, Yüksel AG. Şizofreni rehabilitasyonunda aileyi etkinleştiren bir model denemesi. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. 2-6 Ekim 2001, İstanbul.
- Yılmaz G. Bipolar Affektif Bozuklukta Komorbid Anksiyete Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık tezi, Osmagazi Üniversitesi, Eskişehir, 2007.
- Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N ve ark. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. Düşünen Adam, 2001; 14(1): 33-40.
- Yurtsever ÜE. Bipolar Bozukluğu Olan Hasta ve Ailelerin Ele Alınışında Yapılandırılmış Psikoeğitimsel Yaklaşımlar. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 1999.

EKLER

EK-1A: HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

Bu klinik araştırmanın amacı, Bipolar Affektif Bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında psikoeğitimsel modelin etkinliğini değerlendirilmektir.

Bu amaçla çalışma süresinde klinik görüşme ve psikolojik testler ve ölçekler yapılacaktır.

Hasta ve ailesine hastalık hakkında ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilecektir. Aşağıdaki belirli yerleri onaylamanız durumunda bu araştırmaya katılacaksınız.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz, başlangıçta çalışmayı kabul edip daha sonra fikir değiştirip hiçbir gerekçe göstermeden bu çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi özende hiçbir değişiklik olmayacaktır.

Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Araştırma sorumluları
Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker
Hemşire Şirin Harkın

EK-1B: HASTA RIZA FORMU

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: şirin Harkın

Görevi: Hemşire

Adresi: ZKÜ Uyg. Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi

Tel.-Faks: 261 2232

Tarih ve İmza:

EK-2: HASTALARI TANITICI VERİ TOPLAMA FORMU

Adı Soyadı:

Dosya No:

Tlf:

1. Doğum yılınız

2. Cinsiyetiniz

Kadın

Erkek

3. Medeni durumunuz

Evli

Bekar

Dul

Boşanmış

Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumunuz

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

5. Mesleğiniz

Ev Hanımı

Boş

Memur

İşçi

Emekli

Öğrenci

6. Şu anda çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

7. Kiminle yaşadığınız:

Yalnız yaşıyor

Anne-baba ile

Eş ve çocukları ile

Bakıcı ile

Bakım merkezinde

Diğer bir yakınlı birlikte

8. Sosyal Güvenceniz:

Yok

Var

9. Size göre ekonomik durumunuz nasıldır?:

Geliri giderinden az

Geliri giderini karşılıyor

Geliri giderinden fazla

10. Kaç yıldır bu tıbbi tanınız mevcut?

11. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

1.

2.

12. Ne kadar zamandır devamlı ilaç kullanıyorsunuz?

.....ay yıl

13. Devamlı olarak kullandığınız kaç adet ilaç var?

- 1 2 3 4 ve fazlası

14. Günde kaç kez ilaç alıyorsunuz? (Dr tarafından reçete edilen)

- 1 kez 2 kez 3 kez 4 kez ve fazlası

15. Kullandığınız ilaçların dozlarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır Kısmen

16. Kullandığınız ilaçların doktorun önerdiği dışında dozunu arttırdığınız oluyor mu?

- Evet Hayır

17. Kullandığınız ilaçların doktorun önerdiği dışında dozunu azalttığınız oluyor mu?

- Evet Hayır

18. İlaç dozunu değiştirme nedeniniz nedir?

- Şikayetlerimin artması nedeniyle arttırdım
 Şikayetlerimin azalması nedeniyle azalttım
 Yan etkilerin artması
 İlaçsız Başarabilirim Düşüncesi
 Unutkanlık
 Diğer

19. İlaçlarınız reçete edildiğinde bir sağlık personeli tarafından ilaç hakkında bilgilendirildiniz mi?

- Evet Hayır

20. Bilgilendirildiyse ne derece bilgilendirildiniz?

- Yeterli Yetersiz

21. Tedaviniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

İşe yaramıyor

İyileştiriyor

22. Daha önce tedavinizi bıraktınız mı?

Evet

Hayır

23. Tedaviyi bıraktıysanız, bırakma nedeniniz ne idi?

Yan etkilerinin olması

Tedavinin İşe Yaramadığı Düşüncesi

İlaçsız Başarabilirim Düşüncesi

Unutkanlık

Bağımlılık Yapmasından Korkma

İlacı temin etmede zorluk

Diğer

EK-3: TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS)

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

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

EK-4: MCEVOY TEDAVİ İZLEM FORMU

Aktif uyum: Hasta ilacı kendiliğinden alıyor.

Pasif uyum: Uyarıldığında isteksizce alıyor, ancak aldığı yutuyor.

Direnç: verilen ilacı alıyor, ancak yutmuyor, dilinin altına saklıyor, üstelendiğinde yutuyor.

Açıkça reddetme: ilacını zorla içirmek mümkün oluyor ya da enjeksiyon gerekiyor.

EK-5: NÖROLEPTİK TEDAVİYE KATILIM ÖLÇEĞİ (ANT)

Bu sorular psikiyatrik ilaç kullanımı ile ilgili görüşlerinizi (yargılarınızı) değerlendiriyor. Her soru için sizin şu andaki durumunuzu en iyi anlatan seçeneği işaretleyiniz.

1. Psikiyatrik ilaç kullanımının önemi hakkındaki düşünceleriniz

- 100 ilaç kullanımı olmadan iyileşmek mümkün değildir.
- 90 ilaç kullanımı iyileşmede ileri derecede önemlidir.
- 80 ilaç kullanımı iyileşmede çok önemlidir.
- 70 ilaç kullanımı iyileşmede önemlidir.
- 60 ilaç kullanımı iyileşmede biraz önemlidir.
- 50 İyileşmede ilaç kullanımı bazı yönlerden önemli, bazı yönlerden önemli değildir.
- 40 ilaç kullanımı iyileşmede pek önemli değildir.
- 30 ilaç kullanımı iyileşmede önemli değildir.
- 20 ilaç kullanımı iyileşmede hiçte önemli değildir.
- 10 ilaç kullanımı iyileşmede tamamen önemli değildir.
- 0 ilaç kullanımı iyileşmede hiçbir katkısı yoktur.

2. İlaç kullanımı ile psikososyal tedavinin karşılaştırılması (bireysel ve grup görüşmeleri, aile görüşmeleri)

- 100 ilaç kullanımı tek uygun tedavidir ve psikososyal tedavi anlamlı değildir.
- 90 ilaç kullanımı ileri derece önemlidir ve psikososyal tedavi onu gerçekten çok az destekler.
- 80 ilaç kullanımı çok önemlidir ve psikososyal tedavi onu gerçekten çok az destekler.
- 70 ilaç kullanımı önemlidir ve psikososyal tedavi onu az destekler.
- 60 ilaç kullanımı biraz önemlidir ve psikososyal tedavi onu bir ölçüde destekler.
- 50 ilaç kullanımı ve psikososyal tedavi eşit derecede önemli tedavilerdir.
- 40 psikososyal tedavi biraz önemlidir ve ilaç kullanımı onu bir ölçüde destekler.
- 30 psikososyal tedavi önemlidir ve ilaç kullanımı onu az destekler.
- 20 psikososyal tedavi çok önemlidir ve ilaç kullanımı onu çok az destekler.
- 10 psikososyal tedavi son derece önemlidir ve ilaç kullanımı onu gerçekten çok az destekler.
- 0 psikososyal tedavi tek uygun tedavidir ve ilaç kullanımı önemli değildir.

3. Belirtiler kaybolduktan sonra ilaç tedavisini ne kadar devam ettirmek gerektiği hakkındaki tahminleriniz

- 100 ilaç kullanımını hayatın geri kalanında devam ettirmek gereklidir.
- 90 ilaç kullanımını ileri derecede uzun bir süre (8yıl) devam ettirmek gereklidir.
- 80 ilaç kullanımını çok uzun bir süre (4yıl) devam ettirmek gereklidir.
- 70 ilaç kullanımını uzun bir süre (2yıl) devam ettirmek gereklidir.
- 60 ilaç kullanımını biraz uzun bir süre (2yıl) devam ettirmek gereklidir.
- 50 ilaç kullanımı bir süre (6ay) devam ettirmek gereklidir.
- 40 ilaç kullanımı oldukça kısa bir süre (4ay) sonra kesilebilir.
- 30 ilaç kullanımı kısa bir süre (2ay) sonra kesilebilir.
- 20 ilaç kullanımı çok kısa bir süre (1ay) sonra kesilebilir.
- 10 ilaç kullanımı son derece kısa bir süre (2hafta) sonra kesilebilir.
- 0 ilaç kullanımı hemen kesilebilir ve sadece belirtiler tekrar ortaya çıkınca kullanılabilir.

4. İlaç kullanımı kişiliğinizi nasıl etkileyeceğine dair düşünceleriniz

- 100 ilaç kullanımı kişiliğimi etkilemeyecek.
- 90 ilaç kullanımı kişiliğimi ileri derece az etkileyecek.
- 80 ilaç kullanımı kişiliğimi çok az etkileyecek.
- 70 ilaç kullanımı kişiliğimi az etkileyecek.
- 60 ilaç kullanımı kişiliğimi hafifçe etkileyecek.
- 50 ilaç kullanımı kişiliğimi biraz etkileyecek.
- 40 ilaç kullanımı kişiliğimi oldukça etkileyecek.
- 30 ilaç kullanımı kişiliğimi çok etkileyecek.
- 20 ilaç kullanımı kişiliğimi çok fazla etkileyecek.
- 10 ilaç kullanımı kişiliğimi ileri derecede etkileyecek.
- 0 ilaç kullanımı kişiliğimi tamamen tanınmaz hale çevirecek.

5. İlaç kullanımına ne kadar hazır olduğunuz ile ilgili düşünceleriniz

100 ilacı sadece kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için ileri derecede önemli olduğunu düşünüyorum

90 ilacı kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için en önemli şeylerden biri olduğunu düşünüyorum

80 ilacı kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için çok önemli olduğunu düşünüyorum.

70 ilacı kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için önemli olduğunu düşünüyorum.

60 ilacı sadece kendi isteğim ile alıyorum ve ilaç kullanımının benim için biraz önemli olduğunu düşünüyorum.

50 ilaç tedavisini alıyorum

40 ilacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için önemli olduğunu düşünüyorum.

30 ilacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için yararsız olduğunu düşünüyorum.

20 ilacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için zararlı olabileceğini düşünüyorum.

10 ilacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için daha çok zararlı olabileceğini düşünüyorum.

0 ilacı kendi isteğim dışında alıyorum ve ilaç kullanımının benim için sadece zararlı olduğunu düşünüyorum.

6. İlacın olası yan etkileri ile nasıl başa çıkacağımıza ilişkin düşünceleriniz

100 yan etkilere rağmen ilaçları normal dozlarda almaya devam ederim.

90 ilaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama yan etkiler hakkında doktorumu bilgilendiririm.

80 ilaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama dozunun azaltılacağını ümit ederim.

70 ilaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama dozunun azaltılmasını isterim.

- 60 ilaçlarımı aynı dozda almaya devam ederim, ama dozunun azaltılmasında ısrar ederim.
- 50 ilaçlarımı aynı dozda almaya devam etsem de, gerekli dozuna karşı çıkarım.
- 40 ilaç dozunu çok az azaltırım.
- 30 ilaç dozunu biraz azaltırım.
- 20 ilaç dozunu oldukça azaltırım.
- 10 ilaç dozunu çok azaltırım.
- 0 yan etkilerden dolayı ilaç tedavisi almayı tamamen keserim.

7. İlaç kullanımının duygularınızı nasıl etkileyeceği ile ilgili düşünceleriniz

- 100 ilaç kullanımı beni tamamen iyileştirecek.
- 90 ilaç kullanımı durumumu ileri derece olumlu etkileyecek.
- 80 ilaç kullanımı ruhsal durumumu çok iyi etkileyecek.
- 70 ilaç kullanımı ruhsal durumumu iyi etkileyecek.
- 60 ilaç kullanımı ruhsal durumumu oldukça iyi yönde etkileyecek.
- 50 ilaç kullanımı ruhsal durumumu etkilemeyecek.
- 40 ilaç kullanımı ruhsal durumumu biraz kötü etkileyecek.
- 30 ilaç kullanımı ruhsal durumumu kötü etkileyecek
- 20 ilaç kullanımı ruhsal durumumu çok kötü etkileyecek.
- 10 ilaç kullanımı ruhsal durumumu ileri derece kötü etkileyecek.
- 0 ilaç kullanımı ruhsal durumumu tamamen mahvedecek.

8. Şu andaki ruhsal problemlerinizi ile ilgili düşünceleriniz

- 100 dayanılmaz derecede ruhsal problemlerim var.
- 90 çok fazla ruhsal problemlerim var.
- 80 fazla ruhsal problemlerim var.
- 70 oldukça fazla ruhsal problemlerim var.
- 60 biraz fazla ruhsal problemlerim var.
- 50 bazı ruhsal problemlerim var.
- 40 az ruhsal problemlerim var.
- 30 oldukça az ruhsal problemlerim var.

- 20 çok az ruhsal problemlerim var.
10 çok çok az ruhsal problemlerim var.
0 hiç ruhsal problemlerim yok.

9. Şu anda yardıma ihtiyacınız ile ilgili düşünceleriniz

- 100 alabileceğim her türlü yardıma ihtiyacım var.
90 çok fazla yardıma ihtiyacım var.
80 yardıma çok ihtiyacım var.
70 yardıma oldukça çok ihtiyacım var.
60 biraz yardıma ihtiyacım var.
50 bazı yardımlara ihtiyacım var.
40 yardıma az ihtiyacım var.
30 yardıma oldukça az ihtiyacım var.
20 çok az yardıma ihtiyacım var.
10 çok çok az yardıma ihtiyacım var.
0 hiç yardıma ihtiyacım yok.

10. İlaç kullanımı düşünce yeteneğinizi nasıl etkileyeceğine ilişkin düşünceleriniz

- 100 ilaç kullanımının etkilerine bağlı olarak tamamen normal düşünebileceğim ve düşüncelerim çok daha net olacak.
90 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi önemli ölçüde iyileştirecek ve düşüncelerimi çok daha net yapacak.
80 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi çok fazla iyileştirecek ve düşüncelerimi oldukça net yapacak.
70 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi fazlaca iyileştirecek ve düşüncelerimi daha net yapacak.
60 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi biraz iyileştirecek ve düşüncelerimi bir miktar daha net yapacak.
50 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi ya da düşüncelerimin netliğini etkilemeyecek.

40 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi biraz kötüleştirecek ve düşüncelerimi bir miktar karıştıracak.

30 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi daha fazla kötüleştirecek ve düşüncelerimi oldukça fazla karıştıracak.

20 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi çok fazla kötüleştirecek ve düşüncelerimi önemli ölçüde karıştıracak.

10 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi ileri derecede kötüleştirecek ve düşüncelerimi çok daha fazla karıştıracak.

0 ilaç kullanımı düşünce yeteneğimi mahvedecek ve düşüncelerimi tamamen karıştıracak.

11. İlaç kullanımının özerkliğinizi (kişisel kontrolünüzü-bağımsızlığınızı) nasıl etkileyeceği ile ilgili düşünceleriniz

100 ilaç kullanımı bağımsızlığımı ileri derecede artıracak.

90 ilaç kullanımı bağımsızlığımı çok fazla artıracak.

80 ilaç kullanımı bağımsızlığımı fazlaca artıracak.

70 ilaç kullanımı bağımsızlığımı oldukça artıracak.

60 ilaç kullanımı bağımsızlığımı bir miktar artıracak.

50 ilaç kullanımı bağımsızlığımı etkilemeyecek.

40 ilaç kullanımı bağımsızlığımı bir miktar azaltacak.

30 ilaç kullanımı bağımsızlığımı oldukça azaltacak.

20 ilaç kullanımı bağımsızlığımı fazlaca azaltacak.

10 ilaç kullanımı bağımsızlığımı çok fazla azaltacak.

0 ilaç kullanımı bağımsızlığımı ileri derecede azaltacak.

12. İlaç kullanımının gelecekte iş yapma yeteneğinizi nasıl etkileyeceği ile ilgili düşünceleriniz

0 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi tamamen mahvedecek ve başkalarının yardımı olmadan çalışmaz olacağım.

10 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok daha fazla kötüleştirecek.

20 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok fazla kötüleştirecek.

- 30 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi oldukça kötüleştirecek.
- 40 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi biraz kötüleştirecek.
- 50 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi etkilemeyecek.
- 60 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi biraz artıracak.
- 70 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi oldukça artıracak.
- 80 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok fazla artıracak.
- 90 ilaç kullanımı gelecekte iş yapma yeteneğimi çok daha fazla artıracak.
- 100 ilaç kullanımı etkilerine bağlı olarak gelecekte işlerimi tamamen bağımsız yapabileceğim.

EK-6: ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
ZONGULDAK KARAELMAS ÜNİVERSİTESİ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu**


TOPLANTI TARİHİ : 19.03.2009
TOPLANTI NO : 2009/04

KARARLAR :

29- Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün” Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoegitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi” konulu başvurusunun Etik Kurallara uygun olduğuna,

Oy Birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R


Doç.Dr. Banu D. GÜN
Hastane Etik Kurulu Başkanı

EK-7: TEZİN UYGULAMA İZİN YAZISI



**T.C.
ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ
Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği**

SAYI : B.30.2.ZKÜ.0.H1.00.00/001-462-4090
KONU: Bilimsel Çalışma

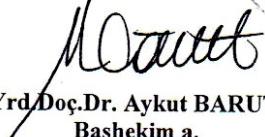
13/04/2009

T.C.DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞNE

İlgi: 23.02.2009 tarih ve 400-46 sayılı yazınız.

Bölümünüz öğretim üyelerinden Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans öğrencilerinden Şirin HARKIN'ın tez çalışması için "Bipolar Affektif Bozukluğu olan Hastaların Tedaviye Uyumlarının Arttırılmasında Psikoëğitimsel Modelin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu çalışma yapma talebi Hastane Etik Kurulunca incelenerek uygun bulunmuş olup; 19.03.2009 tarih ve 2009/04/29 nolu toplantı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Yrd.Doç.Dr. Aykut BARUT
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek: 1 adet toplantı kararı

**EK-8: BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE
SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GÜNDÜZ
HASTANESİ PSİKOEĞİTİM PROGRAMINA KATILIM İZİN YAZISI**



T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Baştabipliği

SAYI : B.10.4.İSM.4.34.0018- 909/99
KONU: Öğr.Şirin HARKIN

34000

10 Kasım 2008

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
DÜZCE

İlgi : 16.10.2008 tarih ve 185 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen öğrencilerinizden Şirin HARKIN'ın tez çalışmaları için Hastanemizde eğitim amaçlı görevlendirilmesi tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğin bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Medaim YANIK
Baştabip

18-11-2008
Doç.Dr. Medaim YANIK

Zuhuratbaba Mah .Demirkapı Cad.No: Bila Bakırköy/İSTANBUL
Tel: (0 212) 543 65 65 Fak: (0 212) 572 95 98

EK-9: BİPOLAR BOZUKLUK PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ

Programın Amacı

Bu programın amacı, kronik ve yineleyici bir hastalık olan BAB tanısı alan bireyleri;

- Tedavi ekibi ile bir ilişki başlatmak,
- Hastalığı tanıtarak hastalığın kabul edilmesini sağlamak,
- İlaçları ve etkileri hakkında bilgi vermek,
- İlaç uyumunu arttırmak,
- Erken belirtileri tanımalarını sağlamak,
- Hastalığın tekrarlama riskini azaltmak,
- Stres kaynaklarına karşı uyarmak ve hazırlamak,
- Yaşam kalitesini arttıracak yeni baş etme yöntemleri geliştirmelerini sağlamaktır.

Öğrenme Aktiviteleri

Oturuma başlama: Eğitimciler herbir oturumun amacını açıklar, kullanılan terimler hakkında bilgi verir. Katılımcı o oturumda öğreneceklerinin kişisel olarak kendisine ne fayda sağlayacağını bilmelidir.

Vaka okuma ve soru-cevaplar: O bölümle ilgili örnek oluşturan bir vakanın okunmasıdır. Eğitici aralarda duraklayarak konuları pekiştirmek için sorular sorar. Bu sorular hem katılımcının dikkatini toparlamaya, hem de işlenen konunun ne kadar özümsemediğini anlamaya yöneliktir.

Rol oynama: Katılımcılar o bölümle ilgili anlatıldığı biçimde, yapılandırılmış bir çerçevede rolü uygularlar. Grup üyeleri birbirlerine destekleyici mesajlar verirler.

Sorun çözme alıştırmaları: Katılımcılar hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve toplum içinde karşılaşacakları sorunları ve bu sorunları nasıl çözeceklerini öğrenirler. Özellikle hastalıklarıyla, tedavileriyle ve başkalarıyla ilişkiler gibi konular üzerinde yoğunlaşan sorular ve bunlara yönelik problem çözme alıştırmalarına yer verilir.

Ev Ödevleri: Katılımcılar verilen ödevleri kendi başlarına doldurmaya çalışırlar. Katılımcılar bunun için sıklıkla tedavi ekibinin belirli üyeleriyle görüşerek yardım alırlar.

Oturumlar

1. Oturum: Bipolar bozukluk psikoeğitim programına giriş
2. Oturum: Bipolar bozukluğun tanımı, nedenleri ve belirtileri
3. Oturum: Bipolar bozuklukta uygulanan tedaviler ve tedaviye uyumun önemi
4. Oturum: Bipolar bozuklukta kullanılan ilaçlar, etkileri ve yan etkileri
5. Oturum: Bipolar bozuklukta haberci belirtileri tanıma ve takip etme
6. Oturum: Stresle baş etme, problem çözme stratejileri ve değerlendirme

Bipolar Bozukluk Psikoeğitim Programının Bileşenleri

Bir grubu yönetmek için; 12 katılımcı, bir eğitimci ve (mümkünse) bir yardımcı-eğitimciden oluşan bir grup idealdir. Üye sayısı arttıkça her bir üyenin alıştırmalara aktif olarak katılma şansı azalır. Ayrıca her bir oturumu tamamlamak için gereken süre de uzayacaktır.

O oturumda öğretilen alıştırmaları kavrayabilecek durumdaysa, grup başladıktan sonra yeni katılımcıların katılımı mümkündür. Ancak kişi programa alınmadan önce, program hakkında ve biten oturumlar hakkında kısa bilgi verilmelidir.

Her eğitim oturumu 80-90 dakika sürer. Bazı oturumlarda diğerlerine göre daha fazla eğitim alıştırmaları bulunmaktadır. Bu oturumları iki kısa oturum şeklinde yapılabilir ya da katılımcıların dikkatinin ve aktivitesinin devamlılığını sağlamak için kısa aralar verilebilir.

Her oturum başında her üyenin doldurması beklenen (Ek.3, Form-3) kendilerini hissediş şekillerini derecelendirdikleri form hakkında, teker teker her grup üyesi için konuşulmasıyla başlar. Sonrasında önceki oturumda öğrenilenlerin kısaca gözden geçirilir. Oturumun temel konusu işlenir. Her oturum o toplantıda işlenen materyalin kısaca gözden geçirilmesiyle sona erer.

Her hafta bir oturum yapılmalıdır. Oturumların daha seyrek olması durumunda katılımcılar öğrendiklerini unutacaklardır.

Gerekli Kaynaklar

Ekip, Zaman ve Mekan

Bipolar bozukluk psikoeğitim programını uygulamak için;

- *Her hafta bu programa ayrılmış yeterli zamana,
- *Sakin ve yeterince geniş bir mekana,
- *Bir kara tahta ya da flipcharta,
- *Power-point sunusu için bir projeksiyon makinasına,
- *Daha önceden hazırlanmış vaka örneklerine,
- *Daha önceden hazırlanmış oyunlara,
- *Daha önceden hazırlanmış görsel şekillerden oluşmuş eğitici formlara,
- *Öğrenme aktivitelerine ve bir yardımcı-eğitimciye (şart değil) gereksinim vardır. Program bunları temin edilebilen her yerde (hastane, muayenehane, vb.) uygulanabilir.

Eğitimcide Olması Gereken Özellikler

- *Coşku, sabır ve sıcaklık,
- *Ayrı ayrı her katılımcının gereksinimlerine karşı duyarlı olmak,
- *Uzun süreli ruhsal hastalığı olan kişilerle çalışma konusunda deneyimli olmak,
- *Her bir katılımcıya saygı duymak,
- *Her bir katılımcının çabasını ve gösterdiği küçük gelişme belirtilerini içtenlikle takdir edebilmek gibi özellikler barındırması gerekmektedir.

Ayrıca programın başarıya ulaşabilmesi ve bunun süreklilik kazanabilmesi için klinik ekibin ve idari kademenin bütünü tarafından destekleniyor olması gereklidir.

Katılımcılar

Belirtileri grubun öğrenme sürecini bozmadıkça (bağırarak, tehdit etmek vb... gibi) halüsinasyonu ya da diğer belirtileri olan hastalar gruptan dışlanmamalıdır. Katılımcılar için temel ölçütler;

- *Herbir öğrenme aktivitesindeki tanımlananları öğrenebilecek durumda olmak,
- *İstenenlere uygun yanıtlar verebilmek,
- *Oturum süresince anlatılanlara dikkatini verebilmek,
- *Bu programda öğretilen becerileri öğrenmeye gereksinim duymak,
- *Grubun işleyişini tolere edebilmek.

I.OTURUM

OTURUM 1: BİPOLAR BOZUKLUK PSİKOEĞİTİM

PROGRAMININ TANITILMASI

Bu oturum Bipolar Bozukluk Psikoeğitim Programının genel olarak gözden geçirilmesi ve tanışma oturumudur.

Amaçlar: Grup üyelerinin kaynaşması ve etkileşimini sağlamak, programın ayrıntıları konusunda bilgilendirmek, beklentileri gözden geçirmek.

Öğrenim Hedefleri: Grup üyesinin,

- Bipolar bozukluk psikoeğitim programını tanıyabilmesi,
- Bipolar bozukluk psikoeğitim programı ile ilgili beklentileri fark edebilmesi,
- Grup sürecini tanıyabilmesi,
- Grup kurallarını benimsemesi,
- Okunan vakayı anlaması,
- Geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiğini değerlendirebilmesi.

İçerik:

1. Tanışma
2. Bipolar bozukluk psikoeğitim programını tanıtma
3. Grup üyelerinin beklentilerini belirleme
4. Psikoeğitim için motivasyon oluşturma
5. Bipolar Affektif bozukluk ile ilgili vaka okuma
6. Grup değerlendirme formunun doldurulması.

Öğretim Yöntemleri:

- Tartışma
- Anlatım
- Soru-yanıt
- Vaka okuma

Süre: 2 saat

Grup Süreci

1.Eğitici, önce kendini tanıtır, sonrasında grup üyeleri ile tanışılır. İsimleri, çalışıyorlarsa meslekleri, kimlerle birlikte yaşadıkları, nerde oturdukları, kaç yıldır hasta oldukları, hastalıklarının şimdiye kadar olan seyri ve şuan ki hastalık durumları hakkında söylemek istedikleri dinlenir. Hastalar gerekirse yönlendirilmeli ve kendileri hakkında verdikleri bilgiler ayrıntılandırılmalıdır.

2. Tanışma bittikten sonra eğitici, program hakkında bilgi verir ve programın bölümlerini tanıtır. Daha önceden hazırlanmış olan formlar verilir (Form:1,2; Ek:1,2).bu formların birincisi, grup yöneticisinin adını, grubun yapıldığı yeri, zamanı ve oturumların tarihini belirten formdur. İkincisi grupta konuşulacak ana konuların başlıklarını içerir.

3.Genel grup ilkeleri anlatılır ve yazılı materyal olarak gruba dağıtılır.

4.Her üyeye halen kullandıkları ilaçları, en son doktora gittikleri tarihi belirtecekleri bir form daha verilir (Form:3; Ek:3). Bu formda üyeden gruba gelmeden önceki hafta kendisini nasıl hissettiğini belirtmesinin istendiği bir kısım daha vardır. üyenin o hafta boyunca kendini hissettiği şeklini 100 üzerinden değerlendirmesi istenir. Bu form her hafta grup başlangıcında üye tarafından doldurulur. Ancak ilk değerlendirmenin birlikte grupta yapılmasında fayda vardır. Her üyenin ayrı ayrı verdikleri puanlar üzerine konuşulur. Bu formda üyelerin kendilerinden bekledikleri ile gerçekte olması olduklarının arasındaki farkları görmeleri mümkün olabilir. O hafta boyunca çalışma durumları, kendi özbakımlarına gösterdikleri özen, ilgilendikleri alanlar, duygudurumlarına göre kendilerini değerlendirmeleri beklenir.

5.Bunlardan sonra ilgili vaka okunur. Aralarda durarak vaka ile ilgili sorular sorulur. Katılımcıların işittiklerini ne kadar anladıklarını ölçmek için bütün soruları sormak önemlidir. Bazı katılımcılar diğerlerine göre daha yavaş öğreneceklerinden ilerleme hızını tüm grubun düzeyine göre ayarlanır. Gerekirse vaka tekrar edilir.

6.Vakadan sonra, bu programa katılmakla ne gibi bir kazançları olabileceğini katılımcıların her biriyle teker teker tartışılır. Tanıtılan program hakkında neler düşündükleri, merak ettikleri ya da endişe ettikleri konuların olup olmadığı sorulur.

7.Oturum grubun aktif katılımı ile özetlenir.

8.Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılarak doldurmaları istenir.

9. Form toplanarak grup sonlandırılır.

Oturum Materyalleri

Gruba okuyun

Benim ismim Şirin Harkın, psikiyatri servisinde çalışmaktayım. Şimdi sizleri tanıyalım (katılımcının ismi,yaşı, işi, medeni durumu, hastalığının süresi vb...).

Bipolar Bozukluk Psikoeğitim Programına hoş geldiniz. 6 bölümden oluşacak bu programın ilk bölümünde size programın amacını ve içeriğini tanıtacağım. Bu eğitim günlerinde,saatlerinde yapılacak ve toplam 90 dakika sürecektir.

Bu pogramun amacı hastalığınızı sizlere tanıtmak, hastalığınızın tekrar etmesini engelleyici önlemleri anlatmak, kişisel deneyimlerinizi paylaşmanızı sağlamaktır. Çünkü sizler bu hastalık konusunda bizzat yaşayan kişiler olarak birer uzmansınız. Şimdi sizlere grubumuzun kurallarını anlatacağım.

Grup Kuralları

Bütün gruplarda olduğu gibi psikoeğitim gruplarında da grup sürecinin daha sağlıklı yürütülmesi ve grup sürecinin kolaylaştırılması için gerekli olan bazı grup kuralları vardır.

Bu kurallar:

Gizlilik: *Bireylere ve gruba güvenin artması ve daha fazla paylaşım için gerekli bir kuraldır. Grupta konuşulanların grupta kalması beklenir. Program süresince konuşulanlar isim kullanılmadan yalnızca eğitim ve bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.*

Süreklilik: *Grubun sürekliliğinin sağlanması ve grup sürecinde kopukluk olmaması için gerekli bir kuraldır. Bu amaçla grup üyelerinin gruba düzenli olarak katılmaları beklenir.*

Sorumluluk: *Her bir grup üyesinin ortak hedefine yönelik sorumluluk alması önemlidir. Bunun hem bireysel olarak hem de grup olarak yapılması beklenir.*

Aktif olma: *Bireysel olarak sorumluluk alma, çaba gösterme, hangi zorluklarla mücadele edeceğine karar verme, kişiliğin zayıf ve güçlü yönleriyle tanışma ya da bunları değiştirme cesareti gibi zihinsel ve fiziksel olarak aktif çaba gösterilmesi beklenir.*

Yardım edici iletişim kurma: *Grup üyelerinden; aktif dinleme, her bir üyenin kendisini ifade etmesine izin verme, karşılıklı saygı gösterme, olumlu ve yapıcı eleştiri, karşılıklı destek olma gibi pozitif iletişim tekniklerinin kullanılması beklenir. Yıkıcı eleştiri, yargılama, reddetme ve önemsememe gibi işe yaramayan yaklaşımlardan kaçınılması grubun temel kurallarındandır.*

Programın ana konuları hakkında size bilgi vereceğim. Programın ilk bölümünde hastalığınız, nedenleri, belirtileri, sonraki bölümlerde tedaviler ilaçlar ve yan etkileri ve son olarak da hastalığınızın öncül belirtileri ve kriz dönemlerinde başa çıkma yöntemleri ile ilgili konuşacağız. Dağıtacağım formlarda oturum tarihleri, yeri ve konuları bulunmaktadır.

Geçen hafta boyunca çalışma durumunuz, özbakımınıza gösterdiğiniz özen, ilgilendiğiniz alanlar ve duygudurumunuza göre kendinizi 100 puan üzerinden değerlendirmenizi bekliyorum. Bu değerlendirmeleri vereceğim formlara yazın. Sonra da beraber puanlarınız hakkında konuşacağız.

Şimdi size bir hastanın öyküsünü okuyacağım. Dikkatle dinleyin. Çünkü arada durup gördükleriniz ve dinledikleriniz hakkında sorular soracağım.

Vaka

Ahmet Bey 36 yaşında, evli, 3 çocukluklu, bir bankada memur olarak çalışmaktadır. Bir yıl önce birden aşırı neşelenerek “gelirini üç katına” çıkarma planları hakkında konuşmaya, parasını savurmaya, ailedeki herkese pahalı hediyeler almaya, gençler gibi ve renkli giyinmeye, yüksek ve saldırgan bir ses tonuyla konuşmaya başlar. Sık sık şehirlerarası telefon görüşmeleri yapar. Eşinden cinsel istemleri artar. Giderek daha hızlı konuşur, çok az uyur ve yemeğe bile vakit ayıramamaya başlar. Kendinden savaştı ve iş adamı olarak söz eder, kazanç sağlayacak yeni anlaşmalar yaptığını sanmaktadır. Bu dönemde psikiyatri kliniğine yatırılır ve tedavi olur. Taburculuk sonrası kendini iyi hissettiği için ilaçlarını almayı bırakır ve daha sonra yavaş yavaş yine uykusu bozulmaya, etrafındakilerle kavga etmeye başlar. Sonra tekrar psikiyatri kliniğine getirilir.

Vaka ile ilgili sorular sorulur. Vakadaki kişi hastalığının başlamasına neden olacak herhangi bir şey yapmış mı? Vakadaki kişi iyileştikten sonra neden hastaneye yatmak zorunda kalmış? gibi sorular yöneltir.

Katılımcıların programla ilgili bütün çabalarını takdir edin ve katılımcıların devamı için destek olun. Oturum sonlanırken anlayamadıkları bir şey varmı sorulur. Eğer yanıtlayamayan bir soru/sorunla karşılaşırsa ya o kişiyi uygun birine gönderin ya da bir sonraki oturuma kadar bu sorunun yanıtını bulmaya çalışılacağı söylenir. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu 1

S. Bu programın adı nedir?

C.

S. Bipolar bozukluk psikoeğitim programı kişilere nasıl yardımcı olur?

C.

S. Bu programın yararlarından üç tanesini yazın.

C.(1)

(2)

(3)

S. Bipolar bozukluk psikoeğitim programında neler öğretilmektedir?

C.

S. Vakadaki kişinin ne hastalığı var. Belirtileri neymiş?

C.

S. Vakadaki kişi hastalığının başlamasına neden olacak herhangi bir şey yapmış mı?

C.

S. Vakadaki kişi iyileştikten sonra neden hastaneye yatmak zorunda kalmış?

C.

S. Bir hastalığın "tekrarlaması" ne demektir?

C.

S. Hastalığın tekrarlamaması için ne yapmak gerekir?

C.

II. OTURUM

OTURUM 2: BİPOLAR BOZUKLUĞUN TANIMI, NEDENLERİ VE BELİRTİLERİ

Amaçlar: Bipolar affektif bozukluk (BAB) tanımını yapmak, genel özelliklerini tanıtmak, hastalığın biyolojik doğasını öğretmek, tüm bunlarla birlikte hastalığı tetikleyen faktörleri ve de hem biyolojik hem de çevresel etmenlerin farkında olmalarını ve hastalık belirtilerini tanımalarını sağlamaktır.

2.oturum birçok hastanın hissettiği suçluluk duyguları ile mücadele etmeleri yönünden çok yararlıdır.

Öğrenim Hedefleri: Grup üyesinin,

- Geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiğini değerlendirebilmesi,
- Önceki oturumu hatırlayabilmesi,
- Hastalığının isimlerini söyleyebilmesi,
- Hastalığının tanımını yapabilmesi,
- Hastalığın nedenlerini fark edebilmesi,
- Hastalık belirtilerini tanıyabilmesi,
- Konuyu özetleyebilmesi.

İçerik:

1. Ruh sağlığı ve hastalığı tanımı
2. BAB'un tanımı ve diğer adları
3. BAB'un nedenleri
4. BAB 'u tetikleyen etmenler
5. BAB'un seyri
6. BAB'un belirtileri
7. Ev ödevi

Öğretim Yöntemleri:

- Anlatım\Sunum
- Soru-Yanıt
- Tartışma
- Oyun

Süre: 2 saat

Grup Süreci

1.Oturumun başında her üyenin doldurması beklenen (Form:3) kendilerini hissediş şekillerini derecelendirdikleri form hakkında, teker teker her grup üyesi için konuşulur.

1.oturumda verilen bilgilerle ilgili ve grup süreci hakkında soruları olup olmadığı sorulur, grup üyelerinin aktif katılımı ile özet yapılır.

2.BAB kavramı hakkında konuşma bu oturumun temel konusudur. Hastaların BAB denince ne anladıkları konuşulur. Isınma turu yapmak için “Bipolar Bozuklukla İlgili 10 Kötü Yalan” isimli oyun oynanır.

3.Etyolojik faktörler ve hastalığın belirtileri üzerinde durulur. Toplum içinde hastalığa atfedilen şeyler(yanlış inanç ve bilgiler) ve hastalığın uyandırdığı tepkiler tartışılır.

4.Oturum grubun aktif katılımı ile özetlenir.

5.Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır, ev ödevi açıklaması yapılır ve oturum sonlandırılır.

Oturum Materyalleri

Gruba okuyun

Duygulanım, bireyin uyarılara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılma becerisidir. Duygudurum ise bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı, korku doğal duygulanımlardır. Ancak bunlar uzun süre aşırılaştığı yada uygunsuz olarak ortaya çıktığında duygulanım bozukluğu olur. Bu hastalığın diğer isimleri de bipolar affektif bozukluk, iki uçlu bozukluk ya da manik depresif hastalık olarak geçebilir.

BAB duygudurumu düzenleyen mekanizmalardaki değişmelerden kaynaklanır. Tüm ruhsal hastalıkların biyolojik doğası vardır.

Tahtaya limbik sistem ve beynin bölümleri çizilir. Ana hatlarıyla biyolojik mekanizma anlatılır.

Hastalığın gidişini ve rekürrensleri göstermek için ise, tahtaya X ve Y eksenini çizilir. X eksenini zamanı, Y eksenini ise duygudurum değişikliklerini gösterir. D: şiddetli depresif epizodlar, d: hafif orta depresif epizodlar, e: ötimi, H: hipomani, M: mani olarak kullanacağımız kısaltmalar olabilir. Burada duygudurum dalgalanmaları tüm grubun anlayacağı şekilde açıklanır.

Bu sırada duraklama yapılır, anlamadığınız bir şey var mı diye sorulur. Hatırlatıcı sorular sorulur.

Bazı düşünceler üyelerle karamsarlığa yol açabilir. Kronisite, rekürrens, tedaviye cevap alınamaması gibi. Kronisite için diğer kronik hastalıklardan örnek verilir (diabet, hipertansiyon gibi). Rekürrens için hastalığın periyotlar gösterdiği ama bu relaps ve rekürrenslerin sıklıkla onların hastalığa yaklaşımı ile bağlantılı olduğu anlatılır. (farmakolojik uyum, uyku düzeninin sağlanması, epizodların erken teşhisi...). Her ne kadar bunlar anlatılırken farmakolojik ve davranışsal uyum sağlansa bile stabilitenin %100 sağlanamayabileceği belirtilmelidir.

Oyun

Bir liste hazırlanır ve bu listeye 10 kötü yalan ismi verilir. Tüm gruba hastalıkları ile ilgili toplumdaki duydukları ve kendi fikirleri sorulur. Hepsi tahtaya yazılır. Sonrasında bu yazılanlar tartışılır.

Bipolar Bozuklukla İlgili 10 Kötü Yalan

1. *Bunu doktorlar kendi kafalarından uyduruyor???*
2. *Bu hastalık zengin hastalığıdır???*
3. *Yüzyılın hastalığıdır???*
4. *Sadece zayıf insanlar bu hastalığa yakalanır???*
5. *Bulaşıcıdır???*
6. *Sadece terapi ile tedavi edilir???*
7. *Bu hastalık Tanrı'nın bir hediyesidir???*
8. *Bu benim yüzümden oldu???*
9. *İlaç kullanmasam da olur???*
10. *Bu beni yetersiz kılan bir hastalıktır???*

Bu oyunda amacımız hastalığın nedenleri hakkında onların fikirlerini öğrenmektir. Oyundan sonra hastalığın oluş nedenleri; kalıtsal, biyolojik ve çevresel etmenler açıklanır.

Anlatılanların daha kolay anlaşılabilmesi için terazi modeli anlatılır. Terazi çizilir. Bir tarafa ruhsal yüklenmeler, diğer tarafa ise yük kaldırma gücü yazılır. Ruhsal yüklenmeler ve bireyin yük kaldırma gücü eşitse, terazinin iki kefesi birbirine eşit olacak ve terazi dengede kalacaktır. Eğer bu denge bozulur, terazinin göstergesi sağa kayarsa hastalığın erken belirtileri ve sonrasında akut alevlenme ortaya çıkabilir. Ruhsal yüklenmelere hastalardan örnekler söylenmesi istenir. Bu yöntem çok kullanışlıdır. Hastanın hatırlaması kolaydır. Ailesine anlatması ve ailesinin de anlaması kolaydır.

Gruba sorun. Neden bazı insanların ruhsal yük kaldırma gücü daha az? Niçin onların hastalığa yatkınlıkları fazla? Bu soru sormak biyolojik ve kalıtsal etmenlere giriş yapmamızı sağlar.

Sinir hücresi ve ileti maddeleri anlayacakları biçimde anlatılır. Sinir hücresi nedir, ileti maddeleri nelerdir, biz nasıl hissediyoruz, hangi ileti maddesi arttığında ya da azaldığında ne oluyor gibi basitleştirerek hastaların anlayabileceği dilde anlatılır. Sinir hücresi şekli (Şekil-1) dağıtılır. Biyolojik etmenler gözden geçirilir.

BAB kalıtsal yönü mevcuttur. Ama geçiş %100 değildir. Sık görülmesine de bazı hastalarda hastalığının kalıtsallığını fark ettiklerinde olumsuz düşüncelere kapılabilirler. Ailelerini suçlayabilirler. Böyle hastalara çevresel etmenler de hatırlatılır, tetikleyici etmenlerden de söz edilir.

Tahta ikiye bölünür. Bir tarafa oluş nedenleri, diğer tarafa tetikleyici etkenler yazılır. Birkaç örnek verilir(yakın akraba ölümü, iş değişikliği, boşanma vb.). Herhangi bir tetikleyici olmadan da epizodların ortaya çıkabileceği net olarak söylenir.

Son olarak BAB belirtileri anlatılır. Tahtaya mani, hipomani, depresyon belirtileri olarak 3 bölüm çizilir. Hastalardan kendi yaşantularından örnekler verilmesi istenir.

Anlamadıkları bölümler olup olmadığı sorulur ve cevaplanır. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır.

Ev Ödevi

Hastaların aldığı ilaçlar, dozları ve aldıkları saatleri bir sonraki hafta yazıp getirmeleri istenir. Bunun için Form-4(Ek:5) dağıtılır ve oturum sonlandırılır.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu 2

S. Bipolar bozukluk psikoeğitim programının amacı nedir?

C.

S. Duygulanım nedir?

C.

S. Bipolar affektif bozukluğun diğer isimlerini yazınız.

C.

S. Bipolar affektif bozukluk kalımsal mıdır?

C.

S. İleti maddelerini yazınız.

C.

S. Bipolar affektif bozuklukta kaç çeşit duygudurum atağı görülür?

C.

S. Tetikleyici etkenlerden 3 tane yazınız.

C.

S. Mani belirtilerinden 3 tane yazınız.

C.

S. Bipolar affektif bozukluk hastalığı tekrar eder mi?

C.

S. Bipolar affektif bozukluk hastalığı tedavi edilebilir mi?

C.

III. OTURUM

OTURUM 3: BİPOLAR BOZUKLUKTA UYGULANAN TEDAVİLER VE TEDAVİYE UYUMUN ÖNEMİ

Amaçlar: BAB'ta uygulanan tedavi yöntemlerini öğretmek, ilaç tedavisi gereksiniminin nedenini, tedaviye uyumun önemini kavratmak, tedaviye uyumsuzluğun olumsuz etkilerini anlamalarını sağlamak, tedaviye uyumsuzluğu önlemektir.

Öğrenim Hedefleri: Grup üyesinin;

- Geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiğini değerlendirebilmesi,
- Önceki oturumu hatırlayabilmesi,
- Hastalığın tedavi yöntemlerini sayabilmesi,
- Hangi ilaçların niçin kullanıldığını kavrayabilmesi,
- Yaşam boyu önleyici tedavinin gerekliliğinin fark edebilmesi,
- Hastalığın tekrarını önlemek için tedaviye uyumun önemini kavrayabilmesi,
- Tedaviye uyumsuzluğun neler getireceğini öğrenmesi,
- Konuyu özetleyebilmesi.

İçerik:

1. BAB'ta ilaçla tedavi
2. İlaçların etki mekanizması(hücre düzeyinde) ve rol oynama
3. BAB'ta psikoterapi
4. Elektrokonyulsif tedavi
5. Kendi kendine tedavi bırakma nedenleri
6. Yaşam boyu önleyici tedavi ve tedaviye uyumun önemi
7. Ev ödevi

Öğretim Yöntemleri:

- Tartışma
- Anlatım\Sunum
- Oyunlaştırma (Rol Oynama)

Süre: 2 saat

Grup Süreci

1.Form-3'ün değerlendirmesi ile oturum başlar. Bir önceki oturumlar gözden geçirilir, sorular varsa cevaplanır. Oturuma başlamadan önce her üyenin kullandığı ilaçların listesini yapıp yapmadığı kontrol edilir.

2.Neden tedavi gereksinimi olduğu tartışmaya açılır. Tedavi ile elde edilen kazanımlar konuşulur. İlaçla tedaviye giriş yapılır. İlaçların nasıl etki ettiğini anlatmak için rol oynanır. Daha sonra BAB'ta kullanılan diğer tedavi yöntemleri hakkında genel bilgi verilir. Üyelerin tedavi deneyimleri, tedavi konusundaki yanlış-doğru inançları üstünde konuşulur. Grup üyelerinin ilaçlar ve hastaneye yatışları ile ilgili deneyimleri paylaşılır.

3.Tedaviye uyum hakkında fikirleri nelerdir, sorulur. Tedaviyi bırakan üyelerin deneyimleri konuşulur. Tedaviye uyumun öneminden sözedilir. Şekil-2 (Ek.6) dağıtılır ve tedaviye uyumsuzluğun neler getirdiği anlatılır.

4.Oturum grubun aktif katılımı ile özetlenir.

5.Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır, ev ödevi açıklanır ve oturum sonlandırılır.

Oturum Materyalleri

Gruba okuyun

Tedavinin basamakları

- *Akut tedavi (Hastalık belirtileri başladığı sırada)*
- *Koruyucu tedavi (Yeniden hastalanmayı engelleme)*

Tedavinin içeriği

- *İlaç*
- *Eğitim*
- *Psikoterapi*

İlaçla tedaviden başlayarak, ilaçların ne gibi etki yaptıkları anlatılır. Yine burada sinir hücreleri ve ileti maddeleri konusu tekrar edilir. Şekil-1(Ek.4) dağıtılır. İlaçların ileti maddelerinin düzenli salgılanmasını sağladığı anlatılır.

Rol Oynama

Grup üyelerini gördükleri sinir hücresindeki gibi; birinin alıcı birinin iletici olması istenir. Bundan sonra kulaktan kulağa bir emir gönderilir. İlk gönderiş sağlıklı iletiyi anlatmaktadır. İkinci bölümde kulaktan kulağa engellenir ve iletişimin bozuk ve hastalıklı olduğu anlatılır. İkincisinde ilacın bu anlamda bu bozukluğa müdahale ettiğini anlatılır.

BAB'ta duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler, antidepresif ilaçlar kullanıldığı anlatılır.

Elektrokonvülsif tedavi (EKT) anlatılarak devam edilir. EKT'nin kurtarıcı, güvenilir etkili bir tedavi olduğu, ilaçla tedaviye cevap vermeyen hastalarda çok yararlı olduğu vurgulanır. EKT tedavisi olanların deneyimleri paylaşılır.

Psikoterapi ile birlikte manik veya depresif atakları tetikleyebilecek stres faktörlerini etkisinin azalması, stresle başa çıkma yöntemlerinin geliştirilmesi sağlandığı anlatılır.

Gruba okuyun

Hastalık dönemlerinin kişinin hayat akışını olumsuz etkilemesi sonucunda ortaya çıkan dolaylı sorunların çözümünde de psikoterapiden yararlanılabilir. Ayrıca psikoterapi, yeni bir atağın gelmekte olduğunu işaret eden erken bulguları tanıma konusunda yardımcı olabilir. Psikoterapi bazen bireysel bazen de grup ya da aile terapisi şeklinde planlanabilir. Bipolar bozuklukta özellikle bilişsel-davranışçı ve kişilerarası terapi yöntemlerinin etkili olduğu bilinmektedir.

Tedavi için hastaneye yatış sıklıkla gerekir. Manik hastaların genelde içgörüsü yoktur (hasta olduklarını kabul etmezler). Eğer intihar girişimi riski varsa, hastaneye yatış gereklidir. Manik ve depresif dönemlerin erken tanı ve tedavisi, hastaneye yatış olasılığını azalttığı vurgulanır.

Bipolar hastaların yaklaşık yarısı ilk reçete yılında tedavilerini bırakmakta ve bir çoğu da ilerleyen aylarda ilaç alımını kesmektedirler. Pratikte, her 10 hastadan 7si

hayatlarında bir vakitte ilaç tedavisini keserler ve her 10 hastadan 9'u ciddi şekilde tedaviyi bırakmayı düşünürler. Tedaviyi kesmek ise nükslerin en yaygın tetikleyicisidir.

Hastaların da yardımıyla; bipolar bozukluğu olan bir bireyin tedaviyi bırakmasının muhtemel nedenlerini gösteren bir liste hazırlama egzersizi yapmayı önermek çok faydalı olabilir. Her zamanki gibi liste için tahta kullanılır.

En çok tartışılan ilaç tedavisini kesme nedenleri:

- Ruh halini kontrol altına alanın kişinin kendisi değil de ilaçlar olduğunu düşündüğü için kendini kötü hissetmesi.
- Kişinin hiç ilaç almadan da bipolar bozukluğunu kontrol altında tutabilecek kapasiteye sahip olduğuna inanması.
- Hipomania'ya özlem
- Hastalığı inkar etme
- Yan etkileri abartma
- Uzun dönem sonuçlarından korkma
- İlaçlarla ilgili hatalı inançlara sahip olma (“bağımlılık yapar” “seni aptallaştırır”, vb...)
- Yanlış bilgilendirilme
- Kişinin savunma gücünü iyilik aşamasında düşürüp, hastalığın kronik karakterini anlayamama
- Hipomanik veya manik safhanın başlaması

Lityum ve genel anlamda duygudurum düzenleyeciler pek çok vakada nüksleri engelleyebilirler fakat bu amaçla içmeyi unutmaksızın düzgün ve doğru bir şekilde alınmalıdırlar. Kişinin kendini zayıf ve kötü hissetmeye başladığında lityum almak taktiği nükse yol açar, çünkü etkisi çok yavaş çıkan bir ilaçtır. Duygudurum düzenleyecileri almak uzun iyilik dönemlerini garanti eder ve bu da sonuç olarak daha iyi bir yaşam kalitesi sağlar.

Terapatik uyumun sağlanması ailenin tutumu hayati öneme sahiptir ve bu tavrın pozitif olabilmesi için hastanın çevresinin hastalık ve tedavisi konusunda net bir şekilde bilgilendirilmesi çok önemlidir.

Lityum tedavisine ara vermenin yada bırakmanın riskleri nelerdir? Lityum yada herhangi başka bir duygudurum düzenleyici tedavisini kesmek, hastalığın doğal seyrinin aniden kötüleşmesiyle özdeştir ve bir çok kez hastaneye yatırılma gerektirir; hastaların yarısından çoğu duygudurum ilaçlarını bırakmalarından 6 ay sonra bir nöks yaşarlar. Ve 10 kişiden biri de bir sonraki yılda bir nöks yaşar. Yapılan incelemelerde görülmüştür ki, duygudurum ilaçlarını almayı bırakan hastalarda intihar riski gözle görülür şekilde artmaktadır. Ayrıca, lityum örneğinde, tedaviye ara verildikten sonra yeniden tedaviye başlansa bile ilacın etkisiz olması gibi ikinci bir risk de vardır.

Şekil-2 gruba dağıtılır. Bütün üyelerin forma bakması söylenir. Bu formda ilaç alan ve almayan BAB hastaları karşılaştırılmıştır. Bu her iki grup hasta 2 yıl boyunca izlenmiş ve hastalığın nüksetme oranları karşılaştırılmış. Bu karşılaştırma hem 1. hem de 2. yılın sonunda yapılmış. Burada ilaç alan ya da almayan hastalarda farkın ne kadar büyük olduğunu görüyoruz. İşte bu nedenle, yani nöksü azaltmak için mutlaka ilaçları kullanmanız gerekli. Uzun süre kendinizi iyi hissetseniz de ilaçlarınızı önerilen şekilde kullanmaya devam etmeleri gerektiği vurgulanır. Gebelikte veya kullandığımız ilaçlarla uyumsuz olabilecek başka ilaçlar kullanmaları gerektiğinde mutlaka doktorlarına başvurmaları söylenir. İlaçları ve dozlarını kendi kendinize değiştirme durumlarında çok tehlikeli sonuçlar çıkabileceği anlatılır.

Belirli hastalar ilaç almak yada almamanın herhangi bir farkı olmadığını iddia etmektedirler; çünkü ilacı alırken bile atak yaşayabilmektedirler. Bir atak yaşama ihtimali asla tamamen ortadan kaybolmaz fakat ilaç tedavisi gören hastalarda atağın gerçekleşme olasılığı çok daha düşüktür. Ayrıca, eğer gerçekten atak yaşarlarsa bile bu çok daha kısa süreli ve daha az ciddi ve az şiddetli ve elbette daha seyrek olacaktır.

Hastaların mania veya hipomania'yı güzel ve eğlenceli dönemlerle ilişkilendirmemelerini sağlamak özellikle son derece önemlidir; çünkü pek çoğu duygudurum düzenleyici ilaç tedavilerini özellikle bu çeşit bir nöks bekledikleri için

bıraktıkları, yani mania'ya karşı bağımlılık benzeri bir tutum göstermektedirler. Bu durumda kaçınmak için bu aşamaların en hoş olmayan semptomlarını: (endişe, huzursuzluk, fikir karmaşası veya hastanın çok çekerek yaşadığı psikotik semptomlar) vurgulamak gerekecektir. Bu semptomları düşünmek genellikle manik bir nüksten kaçınmaya çalışmak için oldukça iyi bir nedendir.

Yan etkiler konusunu ele almak ve hastaların gerçek yan etkiler ve gelecek rahatsızlık korkusu yada problemleri arasındaki farkı ayırt etmelerini sağlamak ve bipolar hastalıklarının zirve noktasını düşündüklerinde ya da kıyasladıklarında bu yan etkilerin oldukça hafif kaldığını ve eğer kötüleşirse hastalıklarının hayatları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağını düşünmelerini sağlamak son derece önemlidir.

Bu oturumda genellikle ortaya çıkan konulardan biri sosyal çevre ve psikotropik ilaçlar arasındaki ilişkidir. Çünkü pek çok vakada sosyal çevre ve hatta bazen hastanın ailesi bile ilaç almanın gerekliliğini anlamamaktadır ve “ o kadar ilaç içmekten sonunda aptal olacaksın”, “adam sorunlarını kendi çözer, ilaçlarla değil”, veya “bu ilaç seni uyuşturuyor, zombi gibi görünüyorsun” gibi göndermelerde bulunmakta ve bu da ilaç uyumu üzerinde oldukça negatif bir etkiye sahip olmaktadır. Bir kez daha belirtmek gerekirse, hastaların kime ve nasıl bu gibi konuları açacakları konusunda dikkatli seçimler yapmaları gerektiği ısrarlı bir şekilde ifade edilmelidir. Genellikle, tüm hastalara hastalıklarını özellikle biyolojik boyutunu vurgulayarak tedavi ihtiyaçlarını başkalarına anlatmaları tavsiye edilir. Öte yandan, sosyal bakış açıları nedeniyle belirli ilaçların alımın özellikle güç olduğu vakalar da vardır (örn. Eğer hasta öğle yemeğini işyerinde yiyorsa , öğle yemeği vaktinde ilaç alımı). Bu durum sürekli unutma ve ihmale sebep olarak hastanın tedavi uyumunun zayıflamasına yol açar. Bu gibi vakalarda, hastalara psikiyatristleriyle bu rahatsız ortamı konuşarak paylaşımları tavsiyesinde bulunmak yerinde olacaktır. Çünkü unutma olasılığını ortadan kaldırmak için pek çok kez günlük tüm dozları gruplayarak tek bir defada sabah ya da gece almak mümkün olabilmektedir.

Anlamadıkları bölümler olup olmadığı sorulur ve cevaplanır. Katılımcılara bilmek istedikleri başka bir şey olup olmadığını sorulur. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır.

Ev ödevi

Her bir üye deneyimlerinden yararlanarak yaşadığı ilaç yan etkilerini bir sonraki hafta yazıp getirmeleri istenir.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu 3

S. Bipolar affektif bozukluk hastalığı tedavi edilebilir mi?

C.

S. Bipolar affektif bozuklukta tedavi yöntemleri nelerdir?

C.

S. İlaçla tedavide hangi grup ilaçlar kullanılır?

C.

S. EKT(şok tedavisi) sizce tehlikeli midir?

C.

S. Kendinizi iyi hissettiğiniz halde ilaçlarınızı almaya niçin devam etmeniz gerekiyor?

C.

S. İlaçlarınızı almayı bırakırsanız ne olur?

C.

S. Başka ilaçlar kullanmanız gerektiğinde ne yapmalısınız?

C.

S. İlaçlarınızı ya da dozlarını kendi kendinize değiştirir misiniz?

C.

S. İlaçlarla ilgili bir yan etki hissettiğinizde ne yapmalısınız?

C.

S. Hiç tedaviyi bıraktığınız oldu mu?

C.

IV. OTURUM

OTURUM 4: BİPOLAR BOZUKLUKTA KULLANILAN İLAÇLAR, ETKİLERİ VE YAN ETKİLERİ

Amaçlar: Üyelere ilaçların kendilerine neden verildiğini, ilaç tedavisinin kendilerine ne yararı olduğunu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini nasıl takip edeceklerini öğretmektir. Yan etkiler olduğunda ne yapmaları gerektiği konusunda eğitmektir.

Öğrenim Hedefleri: Grup üyesinin;

- Geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiğini değerlendirebilmesi,
- Önceki oturumu hatırlayabilmesi,
- Psikiyatrik ilaçların nasıl etki ettiğini kavraması,
- Kullandığı ilaçları etkilerini ve yan etkilerini sayabilmesi,
- Yan etki olduğunda nasıl davranış göstermesi gerektiğini söylemesi,
- Konuyu özetleyebilmesi.

İçerik:

1. BAB'ta kullanılan ilaçların (antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler, antidepresanlar) etkileri ve takip etme
2. BAB'ta kullanılan ilaçların (antipsikotikler, duygudurum düzenleyiciler, antidepresanlar) yan etkileri ve takip etme
3. Yan etkilerle başa çıkma ve rol oynama
4. Ev ödevi

Öğretim Yöntemleri:

- Tartışma
- Anlatım\Sunum
- Oyunlaştırma (Rol Oynama)

Süre: 1.5 saat

Grup Süreci

1. Form-3 değerlendirilir, her bir üyenin haftalık duygudurumu üzerinde tartışılır. Bir önceki oturum tekrar edilir ve sorular varsa cevaplanır. Üyelerin ev ödevleri toplanır.

2. Sırasıyla duygudurum düzenleyeciler, antipsikotikler ve antidepresanların etkileri anlatılır. İlaçların etkilerini anlatan Form-5 (Ek:7) dağıtılır. Soru- cevaplarla tekrar ettirilerek öğrenmelerine yardım edilir.

3. Daha sonra ilaçların sık görülen yan etkilerinden sözedilir. Yan etkileri anlatan Form-6(Ek:8) dağıtılır. Grup üyeleri ile rol oynama yapılarak konu pekiştirilir.

4.Oturum grubun aktif katılımı ile özetlenir.

5. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır, ev ödevi açıklanır ve oturum sonlandırılır.

Oturum materyalleri

Gruba okuyun

Hepiniz bu günkü toplantımıza hoş geldiniz.

Bu gün yeterli dozda ve uygun sürede kullandığımızda ilaçların ne işe yaradığını, ilaca bedeninizin cevabını değerlendirmeyi ve ilaçların etkilerini nasıl takip edeceğinizi öğreneceksiniz. Kullandığımız ilaçların faydalarını anlayabilmeniz ve takip edebilmeniz için bu bilgileri öğrenmeniz önemlidir. Bu bilgiler ayrıca sizin için en iyi ilaca ve dozuna karar verirken doktorunuza yardımcı olabileceğinizi de sağlayacaktır.

Bu oturumda aynı zamanda ilaçların yan etkilerini ve yan etkileri nasıl çözeceğinizi öğreneceksiniz. İlaçların etkili olabilmesi için kullandığımız ilaçların sizde ne tür yan etkilere neden olduğunu tanımlamanız, ilaç yan etkilerini bilmeniz ve çözebilmeniz önem taşımaktadır.

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçları üç grup altında ele alacağız. Her gruptaki ilaçlara örnekler verip, bu grup ilaçların uygun durumda ve yeterli dozda kullanmanın sağlayacağı yararları konuşacağız. Grup üyelerinin her ilaç grubunun etkisi konusunda fikirleri sorularak, tahtaya yazılır. Bilgiler birleştirilir.

ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR

İlaçların Genel İsimleri:

| | | |
|--------------|---------------|-------------|
| *(Largactil) | *(Fluanxol) | *(zeldox) |
| *(Melleril) | *(Nörofren) | *(Seroguel) |
| *(Stilizan) | *(Dogmatil) | |
| *(Norodol) | *(Leponex) | |
| *(Clopixol) | *(Risperdal) | |
| *(Zyprexa) | *(Abilify) | |

Kas İçine Enjeksiyonla Uygulanan Uzun Etkili İlaçlar

- *(Clopixol depot)
- *(Fluanxol depot)
- *(risperdal consta)

Antipsikotik İlaçların Yararları

Bu ilaçları uygun durumlarda ve yeterli dozda kullanmanın sağlayacağı yararlarından bazıları:

- Seslerin, görüntülerin ve kendi kendine konuşmanın azalmasına yardımcı olurlar.
- Şüpheli düşünceleri azaltırlar.
- Korkuları, kafa karışıklığını azaltırlar.
- Gerginliği, huzursuzluğu azaltırlar, kendinizi daha sakin ve rahat hissetmenizi sağlarlar.
- Daha iyi düşünmenize, dikkatinizi bir konuya verebilmenize yardımcı olurlar.
- Düşmanca, garip ya da saldırganlıkla ilgili düşüncelerinizi azaltırlar.
- Daha tutarlı bir biçimde konuşmanıza yardımcı olurlar. Böylece hem siz kendinizi daha iyi ifade etmiş olursunuz, hem de başkaları ne dediğinizi daha iyi anlayabilir.
- Daha uygun davranmanıza yardımcı olurlar. Örneğin sebepsiz yere gülme ya da ağlamalarınız ortadan kalkar.
- Kendinizi daha iyi ve daha sağlıklı hissetmenize yardımcı olurlar.
- Hastalığın tekrarlamasını ve hastaneye sık yatışları önler ya da en azından geciktirirler.

DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ İLAÇLAR

İlaçların Genel İsimleri:

- *Lityum (Lithuril, Litinat)
- *Karbamazepin (Tegretol, Karbalex)
- *Valproat (Depakin)

Not: Bu ilaçlar kullanılırken kan düzeyi izlenir. Bunun nedeni, kanda tedavi düzeyini sağlamak ve ilaca bağlı bir problem olmasını engellemek.

Bu ilaçlardan size uygun olanları, yeterli dozda kullanmanın sağlayacağı yararlarından bazıları:

- Zaman zaman çökkün zaman zaman da uçuyor gibi hissetmenizi yani ruh halinizdeki belirgin dalgalanmaları önlerler.
- Düşüncelerinizi yavaşlatmanıza yardımcı olurlar, dolayısıyla kendinizi kontrol edebilir hale gelirsiniz.
- İhtiyaç duyduğunuz kadar uyuyabilmenize yardımcı olurlar.
- Kendinizi sakin hissetmenize yardımcı olurlar, çabuk sinirlenmenizi engellerler.
- Hastalığın tekrarlamasını ve hastaneye sık yatışları önler ya da en azından geciktirirler.

ANTİDEPRESAN İLAÇLAR

Antidepresan İlaçların Genel İsimleri

- | | | |
|-------------|---------------|------------|
| *Lustral) | * (Anafranil) | *(Effexor) |
| *Prozac) | *(Ludiomil) | *(Remeron) |
| *(Faverin) | *(Tofranil) | *(Tolvon) |
| *(Cipram) | *(Laroxyl) | *(Desyrel) |
| *(Paxil) | *(cipralel) | |

Size uygun antidepresanı doğru dozda kullanmanın sağlayacağı yararlarından bazıları:

- Kendinizi daha canlı hissetmenize yardımcı olurlar.
- Karamsarlığı giderirler.
- İsteksizliği azaltırlar.
- Kendinize zarar vermekle ilgili düşüncelerinizin azalmasına yardımcı olurlar.
- Daha iyi uyumanıza yardımcı olurlar.
- Dikkat dağınıklığı ve unutkanlığınızın azalmasına yardımcı olurlar.
- Kendinizi daha mutlu ve sağlıklı hissetmenize yardımcı olurlar

Gruba okuyun

Kullandığınız ilaçlar hangi türden? Antipsikotik mi? Duygudurumu düzenleyici ilaçlardan mı? Antidepresanlar mı? Panoya bakarak kullanmakta olduğunuz ilacın hangi türe girdiğini ve ne gibi bir faydası olabileceğini söyleyin.

Duraklama yapılarak katılımcıların bütün çabalarını sürekli olarak takdir edilir, desteklenir ve katılımlarının devamı için teşvik edilir.

Oturumun devamında ilaçların yan etkilerini ve yan etkilerle başatme anlatılır.

Gruba okuyun

Yan etki; istenmeyen ve tedavi edici özellikte olmayan etkilerdir. Maalesef tüm ilaçların bazı yan etkileri vardır. Örneğin aspirin bazı insanların midesine dokunabilir, bazı antibiyotikler de ishale neden olabilir. Dolayısıyla, psikiyatrik tedaviniz için aldığınız ilaçlar da bazı yan etkilere yol açabilir. Form-6 (Ek:8) dağıtılır ve takip etmeleri istenir.

ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| Nörodol | Fluanxol | Norofren | Leponex |
| Risperdal | Dogmatil | Melleril | Olanzapin |
| Largactil | Clopixol | Stilizan | |
| Prolixin ampul (depo) | Clopixol ampul (depo) | Fluanxol ampul (depo) | |

Hafif Yan Etkiler

Bu yan etkileri doktorunuza bir sonraki randevunuzda bildirebilir ya da 10-15 gün bekleyebilirsiniz:

| | |
|---------------------------------|---|
| *Kilo artışı | *Özellikle yatar ya da oturken aniden ayağa kalkınca görülen baş dönmesi, göz kararması |
| *Hafif kabızlık | |
| *Midede yanma, hazımsızlık | *Güneşe ya da kuvvetli ışığa karşı hassasiyet |
| *Yorgunluk hissi | *Ciltte kuruluk |
| *Burun tıkanması | *Hareketlerde yavaşlama |
| *Ağız ve dudaklarda kuruma | *Kaslarda hafif gerginlik hissi |
| *Ciltte güneşe karşı hassasiyet | *Cinsel güçlükler ya da adet düzeninde değişme |

Ciddi Yan Etkiler

Bu yan etkileri vakit geçirmeden doktorunuza bildirmelisiniz:

| | |
|---|----------------------------|
| *Bulanık görme | *Kaslarda kramplar |
| *Ciltte ciddi yanıklar | *Şiddetli ishal |
| *Nöbet (havale) geçirme | *Kaslarda şiddetli sertlik |
| *Yerinde duramama, yatamama | *Aşırı huzursuzluk |
| *Elde, dilde, parmaklarda ya da ayaklarda irade dışı kasılmalar | |

DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİ İLAÇLAR

Lithinat, Lithuril

Tegretol, Karbalex

Depakin,

| Hafif Yan Etkiler | | |
|---|-------------------------------|-----------------------|
| Bu yan etkileri bir sonraki randevuda doktorunuza bildirin | | |
| *Ağızda veya boğazda kuruluk | *Kilo artışı | *Halsizlik, bitkinlik |
| *İstah azalması | *Kabızlık | *Bulantı |
| Ciddi Yan Etkiler | | |
| Bu yan etkileri doktorunuza hemen bildirin | | |
| *Aşırı idrar yapma ve susuzluk hissi | *Ateş, boğazda yanma hissi | |
| *Kolayca morarma ya da kanama | *Sarılık | |
| *Belirgin titreme | *Çift görme | |
| *Unutkanlık | *Sarhoş gibi, dengesiz yürüme | |
| *Kusma | *Şuur kaybı | |
| *Şiddetli ishal | | |

ANTİDEPRESAN İLAÇLAR

Lustral

Aurorix

Ludiomil

Remeron

Faverin

Prozac

Paroxetin

Laroxyl

Cipram

Effexor

Anafranil

Desyrel

Tofranil

Tolvon

| Hafif Yan Etkiler | |
|--|-----------------------------|
| Bu yan etkileri doktorunuza bir sonraki randevuda bildirebilirsiniz | |
| *Kabızlık | *Sinirlilik |
| *Ağız kuruluğu | *Sersemlik hissi |
| *Uykusuzluk | *Hafif baş ağrısı |
| *Bulanık görme | *İştahta azalma ya da artma |
| *Unutkanlık | *Kilo artışı |
| *Terleme | *Cinsel sorunlar |
| *Özellikle yatarken ya da otururken aniden kalkınca baş dönmesi, göz kararması | |

| Ciddi Yan Etkiler | |
|--|-------------------|
| Bu yan etkileri doktorunuza hemen bildirmelisiniz | |
| *Şiddetli baş ağrısı | *Bulantı |
| *İdrar yapmada zorluk | *Şiddetli titreme |
| *Çarpıntı ya da kalp atışlarında düzensizlik | |

Bu konuda eğitime devam etmeden önce gruba soru sorarak onları tartışmaya davet etmek yararlı olacaktır. Şimdiye kadar hiç ilaçlarla ilgili bir sorun yaşayıp da doktorunuza ya da hemşirenize sormaya çekindiğiniz veya utandığınız oldu mu? O zaman bu sorun karşısında ne yapmıştınız?

Her şeyden önce ilaçlarla ilgili yaşadığınız olumsuz etkileri doktorunuza anlatmanız gerektiğini hatırlatmak isterim. Siz yaşadığınız olumsuz etkileri doktorunuza anlatırsanız o da size bu konuda yardımcı olabilecektir. Doktorunuza bu konuda bilgi verebilmeniz için ilaçların yan etkilerini bilmeniz gerekmektedir.

Bu tartışmadan yola çıkarak ne yapmaları gerektiğini anlatın.

Gruba okuyun

Psikiyatrik tedavi sırasında istenmeyen bir etki görüldüğünde ilaç kullanan kişinin en sık yaptığı hata doktoruna ya da hemşiresine danışmadan ilacını bırakmasıdır. Bu durumda belki yan etki gerileyebilir ancak hastalık belirtileri kısa sürede tekrar alevlenir. Oysa bu sorunu doktoruna danışırsa doktor ilacın dozunu ayarlayarak ya da başka bir ilaçla değiştirerek yan etkileri kontrol edebilir.

Her biriniz değişik gruplara dahil ilaçlar kullanıyorsunuz. Biraz önce hangi ilaçları kullandığınızı ve yararlarını öğrenmişsiniz. Bunun yanında şu anda ya da geçmişte bu ilaçlarla ilgili bazı yan etkilerden yakınmış olabilirsiniz. Tahtaya grup üyelerinin yan etkilerle ilgili deneyimleri yazılır.

İlaçların yan etkilerinden bazıları geçicidir. Bunlar vücudunuzun ilaca uyum sağlamasıyla birlikte hafifler ya da kaybolur. Bazı yan etkiler ise ciddi düzeyde olabilir. Bunların hemen doktora bildirilmesi gerekir. İlaç kullanırken yan etki olduğunu düşündüğünüz bir belirtinin hafif mi ciddi mi olduğunu öğrenmek için doktorunuza danışmalısınız.

Rol Oynama

Gruba Okuyun

Bu alıştırmada ilaca bağlı yan etkilerden yakınan birini oynayacaksınız. Bir evde tek başına yaşıyor ve size yazılan ilaçları kendi başınıza alıyorsunuz. Geçen haftadan beri ellerinizin titremeye başladığını farkediyorsunuz. Daha önceden böyle bir sorun yaşamamışsınız. Doktorunuza telefon edip bir randevu ayarlamışsınız. Ben doktorunuzun rolünü üstleneceğim. Sizin göreviniz de odama girip sorunuzla ilgili yardım istemek.

Yapacaklarınız şunlar: (Tahtaya ya da flipcharta yazılır)

- 1.Yan etkiyi tanımlayacaksınız**
- 2.Bunun sizi ne zamandır ve ne şekilde rahatsız ettiğini anlatacaksınız**
- 3.Bu konuda benim yardımcı olmamı isteyeceksiniz**
- 4.Yeni ilaçtan ne beklediğinizi söyleyeceksiz**
- 5.Doktora teşekkür edeceksiniz**

Bunları yaparken iyi iletişim becerilerini kullanmaya dikkat edeceksiniz (Tahtaya ya da flipcharta yazılır)

- 1. göz kontaktı**
- 2.ses tonu**
- 3.konusmanın akıcılığı**
- 4.duruşunuz ve beden hareketleriniz**

5.yüz ifadesi

Tekrar hatırlatıyorum. Siz yan etkilerden yakınan birini, ben de doktoru oynayacağım. Sormak istediğiniz bir şey var mı ?

Doktor olarak bir masa ve sandalye ayarlanır. Hastanın dosyası vazifesini göreceğ bir dosyayı da edinilir. Rol oynayacak kişiye “odaya” nereden girmesi gerektiği gösterilir.

Bir üye seçilir. Rol oynayacak kişinin “muayene odası”na girmesi işaret edilir.

- Eğitici ---Buyrun,....., size nasıl yardımcı olabilirim
Katılımcı ---Ellerimde ciddi bir titreme başladığı için geldim. Galiba kullandığım ilaca bağlı. Bu titreme bir haftadır sürüyor. Bana yardım edebilir misiniz?
Eğitici ---Bu bir tremora benziyor. Kullandığınız ilaçları anlamak için dosyanıza bir bakayım. Daha sonra size yeni bir ilaç yazacağım. Bu ilacı bu akşamdan başlayarak diğerleriyle birlikte alacaksınız. (Bir reçete yazıp verin)
Katılımcı ---Bu ilaç ne işe yarayacak?
Eğitici ---Sizin yakındığınız yan etkiyi giderecek. Yakınmalarınız birkaç gün içinde geçecektir. Geçmezse gelecek hafta beni tekrar arayın.
Katılımcı ---Teşekkür ederim, kendimi daha iyi hissetmezsem birkaç gün sonra size telefon edeceğim. Tekrar teşekkür ederim.

Grubun rol oynayan kişiyi alkışlaması sağlanır.

Gruptaki tüm üyelere teker teker sorulur: adlı üyenin rol oynama sırasında hangi özelliklerini beğendiğini söyler misiniz?

Diğer üyelerin değerlendirme sırasında iletişim becerileri listesindeki maddeleri dikkate almaları telkin edilir. Kişiyi eleştirecek, eksikliklerini vurgulayacak ifadelere engel olunur.

Anlamadıkları bölümler olup olmadığı sorulur ve cevaplanır. Katılımcılara bilmek istedikleri başka bir şey olup olmadığını sorulur. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır.

Ev ödevi

Grup üyelerinin ilaçlarının hangi türden olduklarını yazıp bir sonraki oturuma getirmeleri istenir.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu 4

S.Antipsikotik ilaçların yararlarından birkaçını söyleyin?

C.

S.Duygudurum düzenleyicilerin yararlarından birkaçını söyleyin?

C.

S.Duygudurum düzenleyicileri kullanırken neye dikkat edilmesi gerekir?

C.

S.Antidepresanların yararları nelerdir?

C.

S.Bu ilaçlar alışkanlık yapar mı?

C.

S. Bu ilaçlar bazı kişilerde kilo artışı yapar mı?

C.

S.Kişi bu ilaçları alırken kilo almaması için ne yapabilir?

C.

S.İlacı bağlı olarak ne tür yan etkiler görülebilir?

C.

S.İlaçla ilgili sorunlar nedeniyle kimden yardım isteyeceksiniz?

C.

S. Lityum aç mı yoksa tok mu alınmalı?

C.

V. OTURUM

OTURUM 5: BİPOLAR BOZUKLUKTA HABERCİ BELİRTİLERİ TANIMA VE TAKİP ETME

Amaçlar: BAB'un sık rastlanan haberci belirtilerini öğretmek, kendi kişisel haberci belirtilerini tespit etmelerini sağlamak, haberci belirtileri izlemede yardıma ihtiyaçları olduğunu anlatmak, haberci belirtileri tanımak ve izlemek için tanıdığı ve güvendiği birini tespit etmesine yardım etmek ve bu kişinin yardımıyla kendi haberci belirtilerini nasıl izleyeceklerini öğretmektir.

Öğrenim Hedefleri: Grup üyesinin;

- Geçen hafta boyunca kendini nasıl hissettiğini değerlendirebilmesi,
- Önceki oturumu hatırlayabilmesi,
- Hastaneye yatışının azaltılması,
- Haberci belirtileri öğrenmesi ve takip edebilmesi,
- Haberci belirtileri takip edecek kişiyi(akraba, arkadaş) tespit etmesi,
- Haberci belirtiler olduğunda ne yapacağını planlaması,
- Haberci belirtilerle alevlenme belirtilerini ayırt edebilmesi,
- Konuyu özetleyebilmesi

İçerik:

1. BAB'ta haberci belirtiler
2. BAB'ta haberci belirtileri nasıl takip edilir ve önemi
3. Ev ödevi

Öğretim Yöntemleri:

- Tartışma
- Anlatım\Sunum

Süre: 2 saat

Grup Süreci

1. Her oturum başlangıcında olduğu gibi haftalık hissediş puanlamaların değerlendirmesi yapılır. Ev ödevleri toplanır, grupla birlikte değerlendirilir, böylece geçen oturumun da bir tekrarı yapılmış olur.
2. Haberci belirti kavramı tanıtılır. Sonra katılımcıların kendi haberci belirtilerini tespit etmeleri için desteklenir. Üyelerden örnekler istenir. Tahtaya hepsi yazılır. Form-7(Ek.9)dağıtılır ve hep birlikte haberci belirtiler tekrar edilir. Aralıklı duraklama yapılarak soru cevap şeklinde tartışılır.
3. Evde haberci belirtileri izlemek için kimlerden yardım alabilecekleri konuşulur.
4. Oturum grubun aktif katılımı ile özetlenir.
5. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır, ev ödevi açıklanır ve oturum sonlandırılır.

Oturum Materyalleri

Gruba Okuyun

Bu oturumda, hastalığınızın yinelendiğini gösteren haberci belirtilerin nasıl tanınacağını ve nasıl takip edeceğinizi öğreneceksiniz. Haberci belirti ne demek önce tanımlayalım. Haberci belirti hastalığınızın yinelendiğini gösteren, muhtemel bir alevlenmenin olabileceği uyarısında bulunan belirtiler demektir. Alevlenme, belirtilerin kontrolden çıkması demektir. Nasıl ki bir gribe yakalanmadan önce, grip olmak üzere olduğumuzu haber veren belirtiler hissederiz, boğazımızda hafif bir yanma, karıncalanma, vücudumuzda hafif ağrılar, halsizlik olur. İşte bunlarda gripin haberci belirtileridir.

Haberci belirtilerin neler olduğunu bilmek önemlidir. Bu sayede hastalığınızın tekrarlamasını önlemek, belirtilerin şiddetlenmesini önlemek, belirtiler kötüleşmeden kontrol altına almak ve hastaneye yatışlarınızı azaltmak mümkün olacaktır, hastaneye yatmanız engellenebilecektir. Aynı grip örneğinde olduğu gibi, saydığımız belirtileri

farkettiğimizde dinlenmek, daha fazla C-Vit almak gibi tedbirler alırsınız. Bunları yapmamızın nedeni, belirtilerimiz ağırlaşmasın, grip bizi yatağa düşürmeden günlük yaşamımızı aksatmadan sürdürebilmek içindir.

Haberci belirtiler hastalığınızın belirtileri tamamıyla artmadan birkaç gün ya da birkaç hafta önce ortaya çıkmaya başlar. Belirtilerin şiddetinin artmasını önlemede ilk adım kendi haberci belirtilerinizi tanımaktır.

Şimdi de sizin kendi haberci belirtilerinizden söz edelim. Hastalığınızın alevlenmesinden önceki günlere ya da bir iki hafta önceye dikkatle bakarsak her alevlenmeden önce benzer belirtilerin hastalığın şiddetleneceğini önceden haber verdiğini görebiliriz. Kendi belirtilerinden örnekler tahtaya yazılır. (Hastaları yanıt vermeye teşvik edin, bu paylaşım haberci belirti kavramını kavramaya yardımcı olur.)Bazen hastalar alevlenme belirtileri ile haberci belirtileri karıştırabilirler. Bunlar düzeltilir.

Haberci Belirtiler

*Şimdi en sık görülen haberci belirtilerin neler olduğunu görelim.(Form-7 dağıtılır)
Haberci belirtiler herkeste farklı olmakla birlikte en sık görülenleri;*

Uyku düzeninin de bozulmalar olur. (uykuya dalmakta güçlük, uyuyamama, bazen de fazla uyuma isteği olabilir).

İştah azalması, açlık hissetme, ya da iştahta artmalar olabilir.

Dikkat dağınıklığı (dikkati toparlamakta güçlük, bir konuya konsantre olamama).

Duygudurumunuzda değişimler (İsteksizlik, ilgisizlik ve bunaltı hissi, sinirlilik, her zamankinden daha duyarlı olma, alınganlık, çabuk sinirlenme)

Sosyal davranışlarda değişme (insanlardan uzaklaşma isteği, aşırı girişken davranmak)

Gruba Okuyun

Şimdi, ben sizden haberci belirtilerinizi izlemenize ve kaydetmenize yardım edecek birisini düşünmenizi istiyorum. Bu kişi sizin arkadaşınız, akrabanız, bakım veren biri veya sağlık bakım ekibinin bir üyesi olabilir. Yardım edecek kişinin sizi sıklıkla gören biri olması gerekir.

Yardıı edecek doğru kişiye seğmeniz ęok 6nemlidir.

Yaşamınızdaki 6nemli kişiler hastalığınızı daha iyi anlarılarsa hem size daha ęok yardımcı olabilirler, hem de onlarla ilişkilerinizi geliştirme şansınız olur. Hastalık belirtilerini idare etmenize yakın ęevrenizden kimlerin yardımcı olmasını istersiniz? şimdi onu d6şünelim.

Grup üyelerinin her birine sorun

Haberci belirtilerınızı izlemeye ve kaydetmeye kim yardım edebilir? O'na güvenebilir misiniz? Onunla yeterli sıklıkla görüşebiliyor musunuz? Bu kişinin ismini yazın.

Katılımcılar yardım edecek birini tanımlayamıyorlarsa, bu bölümden sonra yardım istemesine fırsat verilir.

Anlamadıkları bölümler olup olmadığı sorulur ve cevaplanır. Katılımcılara bilmek istedikleri başka bir şey olup olmadığını sorulur. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır.

Ev ödevi

Her üyenin kendi kişisel haberci belirtilerini ve takip edecek yakınlarının isimlerini bir sonraki oturuma yazarak getirmeleri istenir.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu 5

S. Bu oturumun amacı nedir?

C.

S.Haberci belirtilerinizi öğrenmeniz size ne faydası olacak?

C.

S.Haberci belirtilerin neler olduğunu bilmek neden önemli?

C.

S. Haberci belirtiler ne zaman ortaya çıkmaya başlar?

C.

S.En sık görülen haberci belirtiler nelerdir?

C.

S.Bu tür belirtiler kontrolden çıkarsa ne olur?

C.

S.Haberci belirtilerimizi tanımada bir yakınımızdan yardım almak neden önemlidir?

C.

S.Kendi kişisel haberci belirtilerinizden birkaç örnek verin.

C.

S.Haberci belirtiler olursa ne yapmalısınız?

C.

S.Haberci belirtiler her gün takip edilmelidir?

C.

VI. OTURUM

OTURUM 6: STRESLE BAŞ ETME, PROBLEM ÇÖZME STRATEJİLERİ VE DEĞERLENDİRME

Amaçlar: Nüksleri tetikleyici olarak stresin öneminin vurgulanması ve üyelerin normalde sadece iş baskısı ile özdeşleştirdikleri stres kavramının genişliği ve stresle başa çıkma hakkında konuşulması, karar alma sürecini yapılandırmanın yollarını ortaya konulması, katılımcılara haberci belirtileri birden alevlendiği durumda kiminle ilişkiye geçecekleri ve ne yapacaklarını onlara adım adım söyleyen kişisel bir plan geliştirmektir. Aynı zamanda şimdiye kadar yapılan oturumların değerlendirilmesi yapmaktır.

Öğrenim Hedefleri: Grup üyesinin;

- Tüm oturumlar boyunca kendini nasıl hissettiğini değerlendirebilmesi,
- Özgüvenini geliştirmesi,
- Stres kelimesinin geniş anlamını öğrenmesi,
- Kendi stres faktörlerinin farkına varması,
- Stresle başa çıkma için kendi yolunu çizebilmesi,
- Teorik problem çözme modelini kavraması,
- Kendi karar alma sürecini yapılandırması,
- Konuyu özetleyebilmesi,
- Acil durumlarda kişisel planını oluşturması,
- Tüm oturumlar sonunda ruhsal durumunu ve bilgilerini değerlendirmesi.

İçerik:

1. Stres kavramı
2. Stresle nasıl başa çıkılır?
3. Problem çözme ve karar alma
4. Problem çözme aşamaları
5. Acil durumlarda kişisel plan oluşturma ve rol oynama
6. Tüm oturumların değerlendirilmesi.

Öğretim Yöntemleri:

- Anlatım\Sunum
- Soru-Yanıt
- Tartışma
- Oyunlaştırma (Rol Oynama)

Süre: 2 saat

Grup Süreci

1. Eğitici, her bir katılımcının bütün haftalarda doldurduğu kendini hissediş puanlarının ayrı ayrı grafiklerini tahtaya çizer ve katılımcıların fikirlerini açıklamaları için destek verir.
2. Geçen oturumda verilen ödevler değerlendirilir. Önceki oturumun tekrarı yapılır.
3. Daha sonra oturum materyali kullanılarak stres kavramı açıklanır. Eğer somut örnekler kullanılmazsa stres kavramının açıklanması oldukça sıkıcı olabilir. Hastaların aşırı derecede psikolojik yada basit yorumlar ve çıkarımlar yapmalarından kaçınabilmek için hastaların biyokimyasal faktörlerin olduğunu anlamaları oldukça önemlidir.
4. Stresle başa çıkma yolları anlatılır. Kontrollü nefes alma tekniğini denemesi için bir gönüllü istenebilir.
5. Teorik problem çözme modelini kısaca sunulur. Gruptan o an oluşturdukları bir problem ortaya atmalarını istenir ve böylece tekniği bir grup olarak uygulanabilir. Problem işlevsel olarak tanımlanır. Her adımı tahtaya not edilir. Çünkü ancak bu şekilde üye karar almada yazılı materyalle çalışmanın ne kadar kolay olduğunu anlar. Problem üzerinde grup olarak bir “beyin fırtınası” yapılır, tabii bu sırada tüm üyelerin katıldıklarından emin olunur.
6. Problem çözme ya da karar alma adımları anlatılır.
7. Sonra hastalığın tekrarlamasını önleyici acil plan geliştirmenin basamakları anlatılır.
8. Katılımcılarla birlikte rol oynama yapılır. Rol oynama değerlendirilir.
9. En son aşamada tüm oturumların değerlendirmesi yapılır.
10. Grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır, grup sonlandırılır, katılımcıların veda etmelerine izin verilir.

Oturum Materyalleri

Gruba okuyun

Kapanış oturumumuzda sizlerin her hafta doldurduğu haftalık hissediş puanlarınızın grafiğini ayrı ayrı tahtaya çizeceğim. Sizlerden de bu üyenin puanlamaları hakkında fikirlerinizi söylemenizi istiyorum.

Katılımcılar cesaretlendirilir ve fikirleri sorulur.

“Stres” sözcüğü, profesyonellere ne ifade ettiği ve geniş anlamda nüfusa ve topluma ne ifade ettiği kıyaslanırsa muhtemelen çok daha geniş bir anlama sahiptir. Çoğu insan “stres” terimini yorucu aktiviteler içerisinde olmak olarak anlamaktadır. Öte yandan sağlık biliminde, stresi bir uyarıcı nedeniyle vücutta spesifik olmayan değişimlerin tümü olarak tanımlıyoruz. Stres, dış ya da iç çevrede gerçekleşen herhangi bir değişime karşı vücudun otomatik tepkisidir, yeni durum tarafından geliştirilecek olan olası taleplerle başa çıkabilmesi için vücudu hazırlayan bir tepkidir. Bu durum; psikolojik, motor ve bilişsel aktivasyon seviyelerinde önemli bir artış anlamına gelmektedir.

Bu nedenle, stres hem uyarıcıya hem de bireyin onu nasıl algıladığına ve onunla başa çıkma kaynaklarına bağlıdır. Bazı uyarıcılar bazı bireyler tarafından aşırı derecede stresli bulunurken bazıları tarafından da tam tersine oldukça sıradan bulunabilir. Bu durum tıpkı halkın önünde konuşma yapma veya çok yüksek hızda araba kullanma örneğindeki gibidir. Profesyonel bir sürücü için kesinlikle hiç de stresli olmayan bir durum olmasına rağmen diğerleri için değildir. Prensip, stres tepkisindeki aşırı aktivasyon bireyin çevrenin taleplerini karşılamasına imkan sağladığı için pozitifdir fakat biraz zaman geçince vücut çok uzun süre fazla aktive olduğu için davranış üzerinde düzen bozucu bir etkiye sahip olmaktadır. Kronik, devamlı fazla aktivasyon fiziksel ve zihinsel problemlerle sonuçlanabilir: hipertansiyon, astım, insomnia, gastrik problemler, endişe, depresyon, yorgunluk (fatigue), titreme vb.

Strese karşı fizyolojik tepki genellikle fizyolojiktir ve aktivasyon içerir ve üç aşamadan oluşur:

1.Alarm (Uyarı) aşaması: Olası hareket(action) için kaynak sağlayan yoğun ve ani fizyolojik aktivasyon. Eğer stresli durum aşılsa genel aktivasyon sendromu biter; aşılmazsa B aşaması takip eder.

2.Dayanım (Direnç) aşaması: Aktivasyon sağlanır, A aşamasındakinden daha azdır fakat normalden fazladır. Eğer stresli durum aşılsa genel aktivasyon sendromu biter; aşılmazsa C aşaması takip eder.

3.Yorgunluk (Bıkkınlık) aşaması: Vücut tüm kaynaklarını kullanıp bitirir ve aniden aktivasyon kapasitesini kaybeder.

Devamlı bir stres durumu herkes için son derece yıkıcı sonuçlara sahiptir fakat özellikle bipolar bozukluğu olanlar için. Stres iki yoldan kötüleşmeye sebep olabilir:

1.Doğrudan: Fizyolojik alterasyon (değişim) kendisi hormonlarda ve nörotransmitterlerde değişime sebep olur ve bu durum da kötüleşmeye yol açabilir.

2.Dolaylı olarak: Stres, uyku gibi temel alanlarda negatif rol oynar ve karşılığında kötüleşmeye yol açar.

Bu noktada (Pozitif yada negatif) stresörün işaretçisinin kötüleşme işaretçisi olmayacağını vurgulamak çok önemlidir: oldukça pozitif bir stresör depresif bir aşamayı tetikleyebilir ve oldukça negatif bir uyarıcı da manik bir aşamayı doğurabilir. (tıpkı sevdikleri birinin ölümünden sonra manik aşaması başlayan hastalar örneğinde olduğu gibi).

Tavsiye edilen durum, bir nöксе sebep olmadan önce stresi durdurmaya yada aşmaya çalışmaktır. Bunu yapmak için birçok yöntem vardır, özetle:

Stresle Nasıl Başa Çıkılır

• **Problemlerin Rasyonelizasyonu(akla uygun hale getirilmesi):** Çoğu zaman bizi ilgilendiren mevzulara aşırı değer yükleme eğilimimiz vardır. Hayatta gerçekten çok önemli addedilen şeylerle kıyaslandığında oldukça banal olan koşullar eğer önem perspektifine oturtamazsak bizi mahvederler. Bir sınavda başarısız olursak ya da bir iş

terfisini kaçırsak bunlar dünyanın sonu değildir. Kaygılarımızı doğru yönlendirmemiz için yardım almalıyız.

• **Rahatlama(Gevşeme):** Pek çok hasta için bir rahatlama tekniği öğrenmek ve gerektiğinde ya da bazen düzenli aralıklarla nasıl uygulanacağını bilmek faydalıdır. En yaygın kullanılan rahatlama teknikleri Jacobson'ın kas gevşetme ve Schulz'un gevşeme- daha az vücut merkezli daha çok düşünce kontrolü üzerine odaklı gevşeme teknikleridir. Her ikisi de endişeye kapılmış ya da stresorlere maruz kalmış bir bireye faydalı olabilirler.

• **Nefes kontrolü:** Pek çok stresli durumda, tüm bunlar biraz vakit, eğitim ve uygun alan gerektiren teknikler olduğu için kolayca rahatlamak mümkün olmayabilir. Daha yüksek kalitede nefes alma ihtiyacı olan ve sesleriyle çalışan insanlar tarafından sıklıkla kullanılan teknikten farklı olarak; kontrollü veya diyaframik nefes almayı öğrenmek bu durumlarda faydalı olabilir.

Problem çözme/Karar alma

Elbette arzu edilen durum, hiç problemimizin olmamasıdır. Aslında, hayat genellikle bir dizi küçük ve büyük problemin çözülmesi ve bunu takip eden tatmin dakikalarından (ki bunlar genellikle bir problemin çözülmesiyle ilişkilidir) oluşmaktadır. Teşhis konmuş yada konmamış herkesin her gün karşısında çözmesi gereken bir sürü problem yada karar noktası vardır. Bunlar (Bugün ne giysem? Kahvaltıda ne yesem? İşe hangi yoldan gitsem?) gibi çok basit sorulardan (Bir işçiyi kovmalı mıyım? Evimi taşımalı mıyım? Boşanmalı mıyım? Okulda kalmalı mıyım?) gibi çok karmaşık kararlara kadar uzanmaktadır. Karmaşık kararlar stresli olabilirler, karar veren kişilerin hayat kalitesini düşürebilirler ve bipolar bozukluğu olan bir birey örneğinde ise hastada uykusuzluk ve endişe süreçlerini tetikleyerek sonunda bilindiği üzere ataklara sebep olabilmektedir. Şunu asla unutmamalıyız, asla önemli kararlar eğer kötüleşeceğimize(decompensation) dair bir şüphe (çünkü uyarı işaretleri tespit etmişizdir) ya da inanç varsa(çünkü bunu bize psikiyatrist söylemiştir) alınmamalıdır ve bu tip kararlar her zaman ötimik bir moddayken alınmalıdır yani semptomlar yokken. Pek çok bipolar hasta karar almada ya da problem çözmede zorluk yaşamaktadır dolayısıyla birkaç numara öğrenmek faydalı olabilir. Kullanılacak süreç aşağıdaki gibidir:

Akılda tutulması gereken ilk şey, problemlerin çoğunluğunun ya da önemli kararların yavaş bir şekilde alınması gerektiğidir. Acelecilik ve fevrilik(düşünmeden davranmak) kötü rehberlerdir. Problem-çözme planımızdaki ilk adım aceleci bir şekilde yanıt verme eğilimini engellemektir. Mümkün olan her vakitte, önemli kararlar almak için kendimize vakit ayırmamız gerekmektedir. Bu bize şunları yapabilme olanağı sağlar:

- Problemle ilgili objektif ve uygun bilginin toplanması,
- Uyuşmazlığın/ çatışmanın anlaşılması, yani “şu an neredeyim ve nerede olmak istiyorum; değişimin koşulları neler ve bu esnada ne gibi engellerle karşılaşacağım” gibi sorular arasındaki boşluğun ve farkın anlamak,
- Kısa ve uzun dönem kar ve zararların değerlendirilmesi,

Problem-çözme yada karar-almada ikinci adım, hepsini kullanmayacak olduğumuz belliyken yada bazıları uygun değilken veya hatta saçmayken bile mümkün olduğunca çok yanıt üretmektir. Bu yanıtları üretebilmek için “beyin fırtınası” adı verilen ve aynı anda olabildiğince çok alternatifin ortaya çıkmasını ve bunların yazılarak daha sonra değerlendirilmesini sağlayan bir teknik kullanırız. Bu teknik için 3 temel kural vardır:

- 1.Miktar ilkesi:** mümkün olduğunca çok çözüm ortaya çıkar.
- 2.Muhakeme prensibinin ertelenmesi:** her şey eşit derecede geçerlidir. Burada ürettiğimiz alternatiflerin olası etkinliklerini veya kalitesini değerlendirmeye çalışmıyoruz çünkü bu henüz 3. adım.
- 3.Çeşitlilik ilkesi:** alternatifler olabildiğince çok renkli olmalıdır, diğerleriyle aynı kapıya çıkan alternatiflerin tekrarından ve geleneksellikten kaçınılmalıdır.

Üçüncü adım üretilen tüm yanıtlar arasından en uygun yanıtın seçilmesi için bir prosedür kurmaktır. Uzun çözüm listesinden bize en fazla fayda ve en az zarar sağlayan çözümü seçmemiz gerekmektedir. Çözüm hedeflerimize ulaşabilmemiz için etkili ve aynı zamanda da olası/mümkün olmalıdır. Her bir alternatifi aşağıdakilere karşı değerlendiririz:

- Bu alternatifin çatışmayı çözeceği olasılığı (bu zor geliyorsa her birine bir değer verebiliriz.)

- *Ortaya çıkaracağı duygusal tepki: endişeyi azaltıyor mu yoksa bize kolaylık/rahatlık hissi mi veriyor?*
- *Gerektirdiği zaman ve çaba.*
- *Uzun dönem etkileri.*

Eğer bu faktörlerin her birini değerlendirmişsek ve skorlandırmışsak şimdi bize düşen tek şey hangi çözümün en işe yarar olduğunu görmek için skorları toplamaktır.

Elbette bu çok mekanik ve yapay bir karar-alma durumudur ve sadece endişeyi azaltmak için bize oldukça kontrollü bir karar-alma yolu sunmaktadır. Bu kalem-kağıt metodunu birkaç kez uygulamak, bizim bu süreci her defasında tam olarak tüm aşamalarını uygulamaksızın günlük hayatımızın bir parçası olarak kolayca entegre edebilmemizi sağlayacaktır fakat yine de bu süreci “büyük vakalara” saklayarak...

Acil plan oluşturma

Şimdi de acil bir planın ne olduğunu, nasıl yapacağınızı ve acil plan yapmanın size ne faydası olacağını öğreneceksiniz.

Acil plan ne demektir? Acil plan haberci belirtileriniz birden alevlenirse ve yardıma gereksiniminiz olursa adım adım bir planı izlemektir. Acil plan semptomlarla başatmanın önemli bir bölümüdür. Haberci belirtilerinizle başatmanız için adım adım yöntemleri ve kişisel yöntemleri verdiği için hastalığınızın tekrarlamasını önler ya da geciktirir.

Acil plan üç basamakta gerçekleştirilir. Acil bir planın birinci basamağı haberci belirtilerinizi hergün takip etmeniz ve haberci belirtilerinizi dikkatle izlemenize yardımcı olacak bir destek kişi belirlemek. Destek kişi yardıma gereksiniminiz olduğunu düşündüğünüzde başvurduğunuz anne, baba eş vb kişilerdir. Burada haberci belirtilerinizi nasıl takip edeceğinizi öğrendiniz.

Acil planın ikinci basamağı, haberci belirtileriniz kötüye gittiğinde doktorunuzla ya da psikiyatri nöbetçi doktoruyla bağlantı kurulması.

Acil planın üçüncü basmağı, Zonguldak Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğı Acil Polikliniğine başvurulması.

Rol oynama

Şimdi acil planın ne demek olduğunu ve nasıl yapıldığını daha iyi anlamak için acil planla ilgili rol play yapacağız. Ben ekipten birini oynayacağım. Siz kendinizi oynayacaksınız. Sizin işiniz (Tahtaya yazın).

1.Haberci belirtilerinizi bana söylemek.

2.Haberci belirtiler ortaya çıktığında benden yardım istemeniz.

3.Acil planın ne olduğunu ve nasıl yapıldığını bana anlatmanız. Sorularına yapabileceğiniz kadar iyi cevap vermeniz.

Öncelikle rol play yapabilecek bir katılımcıyı seçilir. *Rol oynamaya geçilir.*

Eğitici *Tam olarak bir acil plan nedir?*

Katılımcı *Haberci belirtilerim alevlenirse ve yardıma gereksinimim olursa adım adım bir plan izlemektir.*

Eğitici *Sizin haberci belirtileriniz neler?*

Katılımcı

Eğitici *Birinci basamakta haberci belirtilerinizi dikkatle izlemenize yardımcı olacak birisine ihtiyacınız var. Haberci belirtilerinizi dikkatle takip etmek için kimden yardım isteyeceksiniz?*

Katılımcı *Bu programda belirlediğim bir yakınımdan.*

Eğitici *Haberci belirtilerinizin kötüye gittiğini düşünürseniz ne yaparsınız?*

Katılımcı *Öncelikle yaşadığım ortamda bana destek olacak kişiden yardım isterim.*

Eğitici *Bu birinci basamak. Sonra ne yaparsınız?*

Katılımcı *Acil planımın ikinci basamağına geçerim. Doktorumu ararım. Bende ismi ve telefon numarası var.*

Eğitici Doktoruna ulaşamadıysan veya uygun değilse ne yaparsın ?

Katılımcı 3. basamağa geçerim Zonguldak tıp fakóltes hastanesi acil polikliniğine başvururum.

Eğitici Haberci belirtileriniz alevlendiğinde ne yapacağınız hakkında çok Şey bilmenizden çok etkilendim. Haberci belirtileriniz birden alevlenirse yardımcı olmaktan memnun olurum.

Katılımcı Teşekkürler

Rol oynayan kişi alkışlanır. Katılımcıların da alkışlaması için teşvik edilir.

Grubun her bir üyesine sorarak etkili iletişim kullanımı vurgulanır. Yalnızca pozitif geribildirimler vermek ve hastaların birbirlerini eleştirmelerine izin verilmez.

Tüm oturumlar soru cevap Şeklinde kısaca gözden geçirilir.

Katılımcıların grup hakkında fikirleri sorulur. Olumlu olumsuz yönleri hakkında konuşmak için katılımcılar cesaretlendirilir.

Son olarak tüm oturumların değerlendirmesini içeren grup sonrası değerlendirme formu dağıtılır. Sonrasında küçük bir vedalaşma partisi yapılabilir.

Grup Sonrası Değerlendirme Formu 6

S.Acil bir plan ne işe yarar?

C.

S.Acil planda ilk adım nedir?

C.

S.Bipolar bozukluk psikoğitim programında neler öğretilmektedir?

C.

S.Mani belirtilerinden 3 tane yazınız.

C.

S.Bipolar affektif bozukluk kalıtımsal mıdır?

C.

S.Bipolar affektif bozuklukta tedavi yöntemleri nelerdir?

C.

S.Kendinizi iyi hissettiğiniz halde ilaçlarınızı almaya niçin devam etmeniz gerekiyor?

C.

S.Kullandığınız ilaçların isimlerini yazın

C.

S.ilaçlar alışkanlık yapar mı?

C.

S.En sık görülen haberci belirtiler nelerdir?

C.

KAYNAKLAR

Yazıcı A. Şizofrenik Hasta Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grupları. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. Parem. Kutu Grafik,2001, İstanbul.

Yurtsever ÜE. Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Ve Ailelerin Ele Alınışında Yapılandırılmış Psikoedükatörel Yaklaşımlar. Yüksek Lisans Tezi. 1999. Marmara Üniversitesi.

Colom F, Vieta E. Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University, Press 2006. New York.

Çetinkaya Z.,Doğaner M.,Er F.,Kaçmaz N.,Kanık T.,Kervanklı P., Üçok A.,Ünver A. Topluma Yeniden Katılma Programı Eğitimci El Kitabı. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Araştırma Programı.

EKLER

EK.1

Form-1

GRUP PROGRAMI

Toplantı Tarihleri

| | TARİH |
|------------------|--------------|
| 1.Oturum | |
| 2.Oturum | |
| 3. Oturum | |
| 4.Oturum | |
| 5.Oturum | |
| 6.Oturum | |

EK.2

Form-2

BİPOLAR BOZUKULUK PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ KONULARI

- 1. Oturum:** Bipolar bozukluk psikoeğitim programına giriş
- 2. Oturum:** Bipolar bozukluğun tanımı, nedenleri ve belirtileri
- 3. Oturum:** Bipolar bozuklukta uygulanan tedaviler ve tedaviye uyumun önemi
- 4. Oturum:** Bipolar bozuklukta kullanılan ilaçlar, etkileri ve yan etkileri
- 5. Oturum:** Bipolar bozuklukta haberci belirtileri tanıma ve takip etme
- 6. Oturum:** Stresle baş etme, problem çözme stratejileri ve değerlendirme

EK.3

Form-3

HASTALIK RUHSAL DURUM BAROMETRESİ

Adı ve soyadı :

Bu hatanın ortalama ruhsal durumu

.....

0

100

İlaçların isimleri

1.

2.

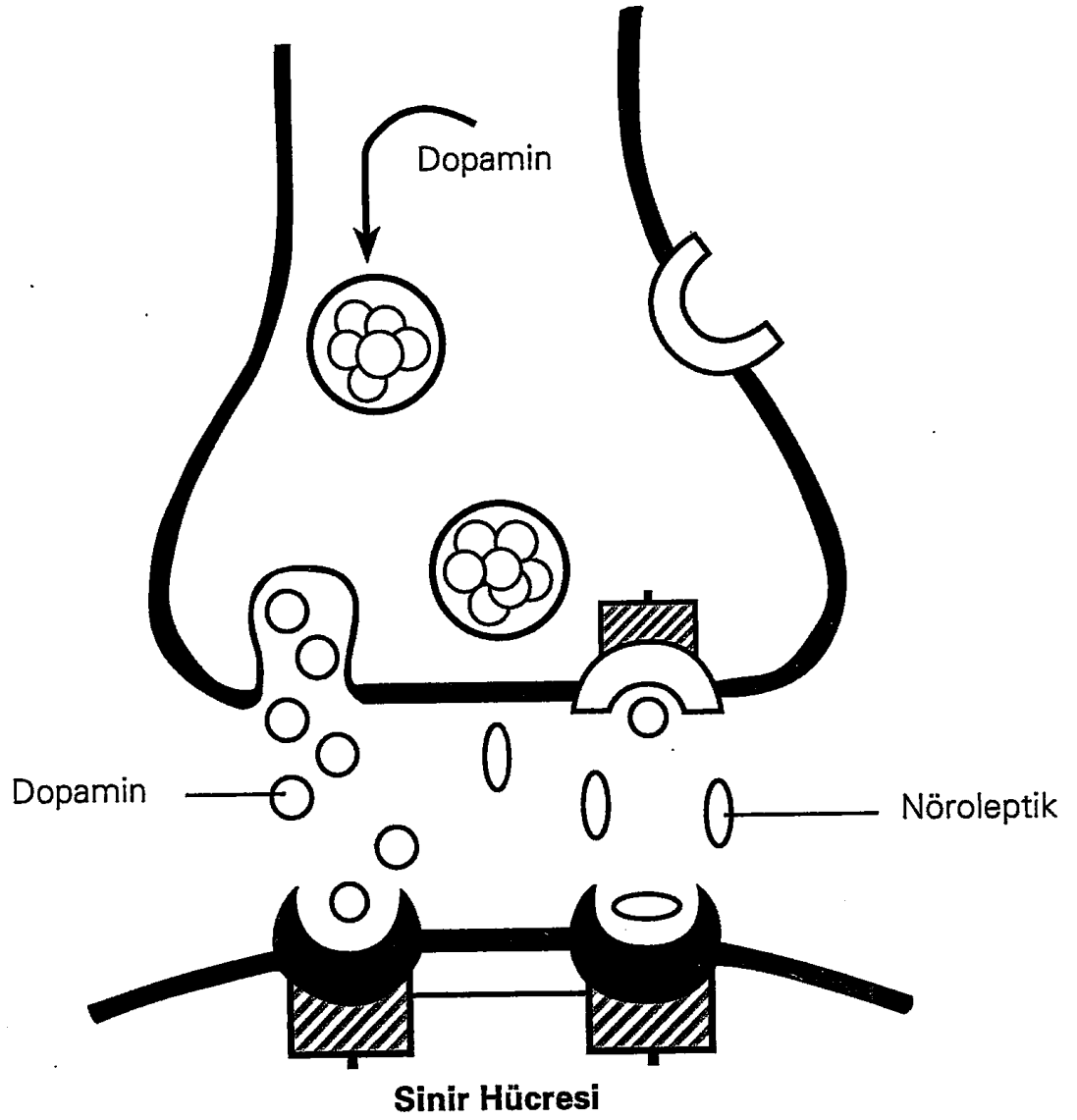
3.

Psikiyatriste son gidiş tarihi:

EK.4

Şekil-1

Sinir hücresi



EK.5

Form-4

İLAC ÇİZELGESİ

Adı – soyadı:

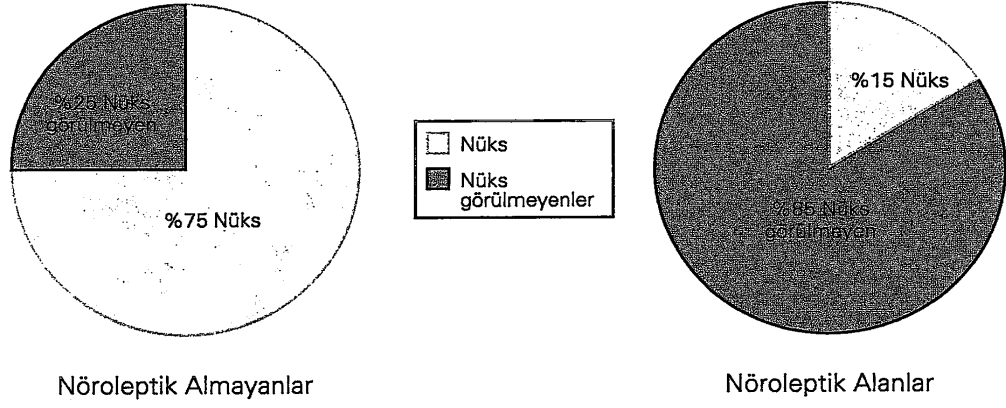
Tarih:

| İlaç adı | Dozu | Aldığımız saatler |
|-----------------|-------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

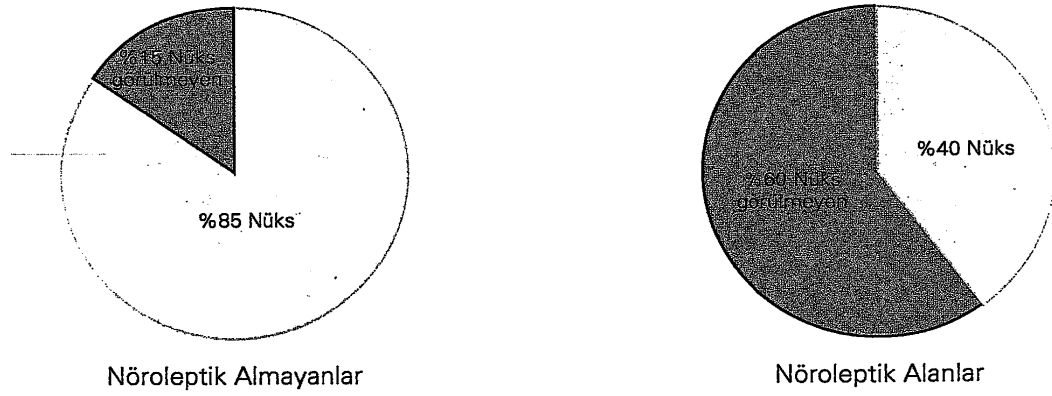
EK.6

Şekil:2

**12 AYLIK SÜRE BOYUNCA NÖROLEPTİK ALAN VE
ALMAYAN HASTALARDA NÜKSLER**



**24 AYLIK SÜRE BOYUNCA NÖROLEPTİK ALAN VE
ALMAYAN HASTALARDA NÜKSLER**



EK.8**Form-6****İLAÇLARLA İLGİLİ PROBLEMLER**

| ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR | | DUYGUDURUM DÜZENLEYİCİLER | | ANTİDEPRESAN İLAÇLAR | |
|---|--|---|--|--|--|
| Nörodol | Prolixin ampul (depo) | Lithuril | | Lustral | Faverin |
| Stilizan | Clopixol ampul (depo) | Lithinat | | Prozac | Ludiomil |
| Melleril | Fluanxol ampul (depo) | Tegretol | | Anafranil | Laroxyl |
| Largaktil | Nörofren | Karbalex | | Tofranil | Cipram |
| Leponex | Risperdal | Depakin | | Remeron | Aurorix |
| Fluanxol | Clopixol | | | Desyrel | Tolvon |
| Zyprexa | Dogmatil | | | Paroxetin | Effexor |
| HAFİF YAN ETKİLER | CİDDİ YAN ETKİLER | HAFİF YAN ETKİLER | CİDDİ YAN ETKİLER | HAFİF YAN ETKİLER | CİDDİ YAN ETKİLER |
| *kilo artışı *hafif kabızlık *midede yanma *hazımsızlık *yorgunluk *burun tıkanması *ağız kuruluğu *baş dönmesi *göz kararması *ciltte kuruluk *hareketlerde yavaşlama *gerginlik hissi *cinsel güçlükler *adet düz. değişme *ciltte ve gözde, güneşe ya da kuvvetli ışığa karşı hassasiyet | *bulanık görme *ciddi yanıklar *havale geçirme *yerinde duramama *yatamama *elde, parmaklarda, ayaklarda, dilde, irade dışı kasılmalar *kaslarda kramplar *kaslarda şiddetli sertlik *şiddetli ishal *aşırı huzursuzluk | *ağızda kuruluk *boğazda kuruluk *halsizlik *bitkinlik *kabızlık *kilo artışı *iştah azalması *bulantı | *aşırı idrar yapma *susuzluk hissi *kolayca morarma veya kanama *belirgin titreme *unutkanlık *kusma *şiddetli ishal *ateş boğazda yanma hissi *sarılık *çift görme *sarhoş gibi dengesiz yürüme *şuur kaybı | *kabızlık *ağız kuruluğu *uykusuzluk *bulanık görme *unutkanlık *terleme *sinirlilik *sersemlik hissi *hafif baş ağrısı *iştahta azalma *iştahta artma *kilo artışı *cinsel sorunlar *baş dönmesi *göz kararması | *şiddetli baş ağrısı *idrar yapmada zorluk *çarpıntı *kalp atışlarında düzensizlik *bulantı *şiddetli titreme |

EK.9
Form-7

ERKEN BELİRTİLER LİSTESİ

- İlaçları kesme isteği, hasta olma bilincinin azalması,
- Güvensizlik,
- Gerilim duyguları,
- Sinirlilik saldırgan duygulanım,
- İlgilerin azalması ya da kaybı, değersizlik hissi,
- Nedensiz yere kendini kötü hissetme,
- Halsizlik, zayıflık hissi,
- Uyku bozuklukları(az yada çok uyuma),
- İştahta değişiklikler,
- Gürültüye duyarlılığın artması,
- Dikkat yetersizliği,
- Sosyal geri çekilme ya da çok girişken davranma,
- Canlı renkler giyinme,
- Özbakımı ihmal ya da aşırı özen,
- Mesleki alanda güçlükler,
- Enerji artışı
- Çok sayıda plan yapmak
- Fikirlerin zihinde uçuşması
- Aşırı konuşma isteği
- Hareketsiz kalmada zorluk
- Sosyalleşme ve heyecan arama