2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Adviye Büşra İNEM



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN YAKINLARINA İLAÇ YÖNETİMİ KONUSUNDA VERİLEN PLANLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Adviye Büşra İNEM

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN YAKINLARINA İLAÇ YÖNETİMİ KONUSUNDA VERİLEN PLANLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Adviye Büşra İNEM

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Ankara, 2019

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarına İlaç Yönetimi Konusunda Verilen Planlı Hemşirelik Eğitiminin Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Adviye Büşra İNEM

Yüksek Lisans Tezi

22.05.2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Nesibe Günay MOLU

Dr Öğr. Üyesi Sibel KÜÇÜK

Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

22.05.2019

Adviye Büşra İNEM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimden bu yana bana her zaman destek olan ve bu çalışma süresince bilgi, birikim ve deneyimleriyle bana yol gösteren, sabrı ve güler yüzü ile beni sürekli motive eden değerli hocam ve danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Tezimin gerçekleşmesine olanak sağlayan, tez çalışmam boyunca bana zaman ayırıp yardımcı olan ve desteklerini esirgemeyen Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Bölümü İdari ve Eğitim Sorumlusu sayın Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ'ye, yardımlarını desteğini benden esirgemeyen sevgili meslektaşım sayın Hemşire Saliha Çıtır'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam ve iş hayatım boyunca yardımlarını ve desteğini esirgemeyen sevgili servis sorumlum Sibel ERTUĞRUL' a teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde yanımda olan, beni motive edip destekleyen babam Ali İNEM'e annem Gönül İNEM'e ve kardeşim Mustafa İNEM'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET..... iv

ABSTRACT v

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....vi

ŞEKİLLER DİZİNİ……..……..……..…….vii

TABLOLAR DİZİNİ……...……..……..….viii

1.GİRİŞ..... 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... 1

1.2. Araştırmanın Amacı..... 4

1.3. Araştırmanın Hipotezi..... 4

2. GENEL BİLGİLER 5

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı……..…….. 5

2.1.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi……...……. 5

2.1.2. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi……..……...……. 6

2.1.3. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi…….……..……..…….. 7

2.1.3.1. Genetik Faktörler……...…….……...……... 7

2.1.3.2. Biyokimyasal Nedenler……...…….……. 7

2.1.3.3. Beyin Görüntüleme……..……..…..…… 7

2.1.3.4. Psikososyal Etmenler……...……. 8

2.1.4. Bipolar Bozuklukta Klinik Belirtiler……..…...…..…… 9

2.1.4.1. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma……...…... 11

2.1.5. Bipolar Bozukluk Tedavisi……..……...…… 15

2.1.5.1. Farmakolojik Tedavi……..…..……... 15

2.1.5.2. Elektro Konvülsif Terapi (EKT)…….…… 15

2.1.5.3. Psikososyal Müdahaleler……..…….....… 16
2.1.5.3.1. Aile Odaklı Psikoterapi……..……..……...…… 16
2.1.5.3.2. Grup Terapileri……...…...…... 16
2.1.5.3.3. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi……....…...…… 17
2.1.5.3.4. Psikoeğitim Uygulamaları…….……..…….... 18
2.2. İlaç Uyumu…….……..…….…… 18
2.2.1. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumu……..……...…..…….. 20
2.3. Bipolar Bozukluk ve Aile Yakınları……...…….…..… 20
2.4. Bipolar Bozukluk ve Psikiyatri Hemşireliği……..…... 21
2.4.1. Birincil Koruma Düzeyinde Psikiyatri Hemşireliği…….....…... 21
2.4.2. İkincil Koruma Düzeyinde Psikiyatri Hemşireliği……..……...…… 22
2.4.3. Üçüncül Koruma Düzeyinde Psikiyatri Hemşireliği…….…… 22
2.5. Yaşam Kalitesi……..…… 23
2.5.1. Bipolar Bozukluğa Sahip Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi....…….. 23
3. MATERYAL VE YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Tipi..... 25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... 25
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri……..……. 26
3.4. Araştırmanın Etik Yönü 28
3.5. Veri Toplama Araçları 28
3.5.1.Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu……. 29
3.5.2.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)……..…...……. 29
3.5.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Soru Form……...…..…… 30
3.6. Araştırmanın Uygulanması .....……..…….. 30
3.6.1. Araştırmanın Ön Uygulaması..... 30

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması……..…….…. 31

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi…….……..……. 33

3.8. Araştırmanın Değişkenleri……..…….……..……... 33

3.8.1. Bağımsız Değişkenler…….……... 33

3.8.2. Bağımlı Değişkenler……..……..…… 33

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği…….……..…….... 34

4. BULGULAR..... 35

5. TARTIŞMA……..…… 58

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER…….……. 62

7. KAYNAKLAR 64

8. EKLER……...…….....……. 73

EK-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu……..…… 73

EK-2. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu…….....…..74

EK-3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)……...……. 75

EK-4. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Soru Formu…….……..…..79

EK-5.İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi…….....84

EK-6. Etik Kurul Raporu…….……..……..…85

EK-7. Etik Kurul Dilekçesi.……...…..… 86

EK-8. Çalışma İzni Red Yazısı ……....…….87

EK-9. Eğitim Kitapçığının Kapak Sayfası……...…….88

EK-10. Eğitim Kitapçının İçindekiler Kısmı……...…….……89

EK-11. Özgeçmiş……..90

ÖZET

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarına İlaç Yönetimi Konusunda Verilen Planlı Hemşirelik Eğitiminin, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesine Etkisi

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, ilaç uyumsuzluğu hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Hastalardaki ilaç uyumsuzluğunun en önemli nedeni hasta ve hasta yakınlarının tedavi konusundaki bilgi eksikliğidir.

Bu araştırma psikiyatri polikliniğine gelen ve ayaktan takip edilen bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yakınlarına verilen ilaç eğitiminin hasta yakınlarının yaşam kalitelerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Kasım 2018 - Mart 2019 tarihlerinde yapılmıştır. Çalışma ön test son test desenli deneysel bir çalışmadır. Araştırma Ankara ilinde bulunan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde takipli 10 hastanın yakını ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından Sosyodemografik Özellikler Veri Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF), Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu kullanılarak toplanmıştır. Hasta yakınlarına tek oturumda bipolar bozukluğun ilaç tedavisi hakkında eğitim verilmiştir. Hasta yakınlarından yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Elde edilen verilerin yüzdelik, ortalama istatistikleri ve ön test son test karşılaştırmalarında Wicoxon testi, gruplar arası karşılaştırmalarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada hasta yakınlarının hastalık ve tedavi konusundaki bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Hasta yakınlarının WHOQOL-BREF' de yer alan genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanlar, verilen eğitimle arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Hasta yakınlarına verilen hastalık ve tedavisi konusundaki eğitim ile hasta yakınlarının hastalık ve tedavi bilgi düzeyi puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$).

Sonuç olarak bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınlarının, ilaç tedavisi konusunda bilgi düzeylerinin artması ile hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin de yükseldiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, hasta yakınları, hemşirelik eğitimi, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Planned Nursing Education on Drug Management to the Relatives of Patients with Bipolar Disorder

In patients with bipolar disorder, drug incompatibility leads to a decrease in the quality of life of patients and their relatives. The most important cause of drug incompatibility in patients is the lack of information about the treatment of patients and their relatives.

This study is followed by the outpatient psychiatry outpatient clinic waiting for the diagnosis of bipolar disorder in the relatives of the relatives of the education of the drugs given to the quality of life education. The research was conducted between November 2018 and March 2019. The study is an experimental study with pre-test final test pattern. The study was conducted in Ankara Bilkent City Hospital with 10 people. Sociodemographic Characteristics Data Form, World Health Organization Quality of Life Scale-Short Form (WHOQOL-BREF), Relation of Patients with Bipolar Disorder Diagnoses on Disease and Therapy Form. Learn about the drug treatment of bipolar disorder. Informed consent form. The Wicoxon test was used for the percentage, mean test and pre-test results obtained by the hand, and there was a Mann-Whitney U test where the groups were compared. In the study, it was determined that patient's knowledge, disease and treatment levels increased. General health, physical health, psychological health, social relations and environmental area scores of WHOQOL-BREF were developed by the relatives of the patients ($p < 0.05$). Education and treatment of the relatives of the patient's relatives with the relatives of the relatives of the disease and treatment information level is significantly higher levels. ($P < 0.05$).

In conclusion, the diagnosis of bipolar disorder is increased when the relatives of the relatives increase the quality of life.

Keywords: Bipolar disorder, nursing education, patient relatives, quality of life,

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: Amerika Psikiyatri Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSM-V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı- V
Max	: Maximum
Min	: Minumum
n	: Örneklemdeki Birey Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SS	: Standart Sapma
WHOQOL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu
$\bar{X}$	: Ortalama

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil. 3.1. Verilen eğitimin akış şeması ...……..……..32

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Mani dönemi klinik belirtileri……..……..……...9

Tablo 2.2. Depresyon dönemi klinik belirtileri……..……...……10
.
Tablo 4.1. Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=10)……..… 35

Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamaları (n=10)..….. 38

Tablo 4.3. Hasta yakınlarının yaş özelliklerine göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)..……...…… 39

Tablo 4.4. Hasta yakınlarının cinsiyet özelliklerine göre WOHQOL –BREF Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının dağılımı (n=10)……..……..……..…… 41

Tablo 4.5. Hasta yakınlarının çalışma durumuna göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)…….……..…… 43

Tablo 4.6. Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)……..…….....…..… 44

Tablo 4.7. Hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumuna göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)……..…..…….……..……... 46

Tablo 4.8. Hasta yakınlarının birlikte yaşadıkları kişi sayısı durumuna göre WHOQOL – BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)…….… 47

Tablo 4.9. Hasta yakınlarının bakım verme sürelerine göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)……...……... 49

Tablo 4.10. Hasta yakınlarının diğer aile üyelerinden yardım alma durumlarına göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)……..... 51

Tablo 4.11. Hasta yakınlarının hastaya ayırdıkları süre durumlarına göre WHOQOL – BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)……..…..…….… 52

Tablo 4.12. Hasta yakınlarının ailesinde başka ruhsal hastalığın varlığı durumlarına Göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)…….. 54

Tablo 4.13. Hasta yakınlarının bipolar bozukluk hakkında bilgi alma durumlarına göre WHOQOL–BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10) ...……..... 55

Tablo 4.14. Hasta yakınlarının ilaç bilgi düzeyleri ve WHOQOL-BREF puan ortalamalar arasındaki korelasyon analizi**……...…...…** 57

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar bozukluk, hastalarda önemli derecede mortalite ve morbidite neden olan, süreğen ve önemli bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Yaşam boyu prevalansı %0.45- 5.5 aralığında, on iki aylık prevalansı %0.37-1.3 arasında olduğu saptanmıştır (1). Bipolar bozuklukluk, bireylerin gerek mesleki gerek de sosyal hayatında yıkımlara neden olmakta ve toplum içinde ciddi olumsuz etkiler yaratmaktır. Bipolar bozukluk tanılı hastalar ile ilgili yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun toplumlara getirdiği mali yükün, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarda gözlenenden çok daha fazla olduğunu tespit edilmiştir (2, 3).

Bipolar bozukluk, çok sayıda intihar ve sakatlayıcı girişiminde bulunan hastaların %25-50'sinde görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bipolar bozukluğun, şiddetli engelliliğe sebep olan kronik psikiyatrik hastalık olarak sınıflandırmaktadır (4, 5). Hasta ve yakınlarının yaşamlarının olumsuz yönde etkilediği bunun nedenlerinin de hastaların özkıyım riski, sık yineleme ve işlevsellikte bozulmadan kaynaklandığı belirtilmektedir. Bipolar bozukluk uzun dönemde fiziksel sağlığı etkilemekte, ek hastalıklara ve yeti yitimi, yeniden yatışlar, madde kullanımı ve özkıyım nedeniyle ölümlere sebep olmaktadır (3, 6, 7).

Bipolar bozukluk, bilişsel süreçlerdeki bozulma ile hastalardaki dürtüsellikten kaynaklanan nöropsikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Bipolar bozuklukta artan dürtüsellik, hastalık dönemlerine (epizod) eşlik etmekte veya hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasından önceki belirtiler ile ilişkili olabileceği de belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda dürtüsellik hastalığın depresif ya da mani dönemlerinde gözlemlemişlerdir. Bipolar bozuklukta hastalık dönemlerinden farklı olarak sabit bir dürtüselliğin de olabileceği belirtilmektedir (7). Bipolar bozukluklu tanılı hastaların, hastalık sürecinde aile koşullarının olumlu olması hastalığın olumlu göstergelerindendir (8). Hastanın tedavi planı oluşturulurken hasta ve hasta yakınları ile birlikte hastalık dönemlerinin, yaşam olaylarının, kullandığı ilaçların yer aldığı bir yaşam çizelgesi oluşturulmalıdır (9).

Kronik ruhsal hastalıklar hastalarda bilişsel zararlarla neden olmakla birlikte, yeti yitimi, ekonomik ve sosyal kayıplara yol açmaktadır. Hastalar toplumda ve aile içinde kendilerinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getiremedikleri için sorun yaşamakta aile bakımı ve desteği almak zorunda kalmaktadırlar. (10). Hastaların ilaç uyumunu etkileyen faktörlerine bakıldığında yetersiz aile desteği, ailenin olumsuz tutum ve inançları, yüksek duygu dışa vurumu, hastalık ve tedavi konusunda eksik ve yanlış bilgi varlığı, damgalanma korkusu ve hastanın "ilaç kullanmanın sorunları gideremeyeceği" düşüncesine inanılan bir çevrede yaşıyor olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Ayrıca aile üyelerinin dini inançları ve daha önceki deneyimleri de ilaç uyumunu etkileyen faktörler olarak sayılmaktadır (11). Yüksek yaygınlığa sahip bipolar bozuklukta kullanılan ilaçlara hastanın uyumlu davranışlar göstermesi oldukça önemlidir. Hastalarda tedavinin etkili olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu bir gidiş göstermesi için hastaların uygulanan tedaviye uyum sağlaması gerekmektedir. Hastalık her birey için uyumu bozan bir faktör olduğu gibi bireylerin de yaşanılan farklı sorunlara belirli ölçülerde uyum gösterme yeteneğine sahip olduğu belirtilmektedir. Her bir birey için hastalık uyumu bozan faktörlerin başında gelmektedir (12, 13). Kronik hastalıklarda tedaviye uyum sorunun tedavinin etkisini engelleyen en önemli neden olduğu belirtilmektedir. Bireyin tedaviye uyum sağlaması için hastanın reçete edilen ilaçları zamanında, eksiksiz ve tarif edilen şekilde kullanması iyileştiğini düşünerek ilaçlarını tarif edilen zamandan önce bırakmaması ve tedavi sürecinde tedaviye uygun davranışlarda bulunması beklenmektedir (12, 14). Bipolar bozukluk tanılı hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluk oranları %20-%60 arasında olduğu bildirilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında hastaların iyileştiklerini düşünerek ilaçları bırakmaları veya eksik dozda almaları, hastalığı kabul etmemeleri, dürtü kontrol yetersizliklerinin varlığı ve ilaç tedavisinin önemine ilişkin bilgi eksikliklerinin olması sayılmaktadır (15, 16). Bipolar bozuklukta yaşanılan ilaç uyumsuzluğu, hastaların yaşam kalitelerinin düşmesine, hastaneye yatış oranlarında artmaya ve ülke ekonomisinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (16, 17). Yapılan araştırmalarda bipolar bozukluğa sahip hastaların ve ailelerinin özellikle tedavi konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu tedavi uyumu ve önemi konusunda eğitim gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir (17).

Hasta ve ailelerine verilen eğitimler ile hastalık ve tedavi konusunda bilgi

verilerek hastalık hakkında bilgi eksikliklerinin giderilmesi, tedaviye uyumun sağlanması, baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve hastaların evde bakıma hazırlanmaları amaçlanmaktadır (18-20). Aile merkezli yaklaşım, hasta ve ailesini birlikte ele alan, hastanın ve ailesinin sosyal destek konusunda ulaşabileceği kaynakları gösteren bir yaklaşım olarak belirtilmektedir. Bunlara ek olarak ailenin baş etme becerilerindeki eksikliklerin giderilerek yaşam kalitesinin de artmasına neden olduğu düşünülmektedir (21). Bipolar bozukluk ciddi bir kronik ruhsal hastalık olduğu gibi, hastaların aileleri üzerinde olumsuz etkiler meydana getirmekte ve bakım veren ailelerin bakım yükünü arttırmaktadır. Hem hasta hem de hasta ailesinin hastalık ve tedavi konusunda sağlık profesyonelleri tarafından işbirliği yapılarak gerekli uygulamaların yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır (22).

Kronik ruhsal hastaya sahip aile üyeleri ile yapılan çalışmalar sonucunda, ailelerin hastaya bakım verme konusunda ihtiyacı olan sağlık hizmetleri açıkça belirtilmiştir. Aile yakınlarının ihtiyacı olan hizmetler; hastalık ve tedavisi, hastalığın semptomları ve hastanın riskli davranışlar sergilediği acil durumlarda yapılması gerenleri içermektedir. Ayrıca hasta yakınlarının sosyal destek ve yardım alabileceği kurumlar hakkında da bilgilendirilmesi gerekmektedir (23). Hemşireler bütüncül bir yaklaşım ile hastaların, aile üyelerinin ve toplumun mevcut hastalıklarının iyileştirilmesini, sağlığın korunmasını ve sağlıklı davranışların bireyler tarafından edinilmesini sağlamaktadır. Hemşirelerin en temel rol ve sorumluluklarının biri de bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda sağlık eğitimleri vermektir (24). Hemşireler sağlığın korunması geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda toplum için çok önemli rollere sahiptir. Hemşirelerin eğitici rolü ile hastalar ve aileleri ihtiyaçları doğrultusunda eğitimlerle bilgilendirilmedir. Bakım veren bireylerin tamamına yakını psikolojik açıdan etkilendiklerini söylemektedir. Bakım verenlerin ruh sağlığının etkilenmesinin nedeni bipolar bozukluğun ruhsal bir hastalık olması, ataklarla karakterize olması ve ailelerin hastanın atak geçirdikleri zaman nasıl davranmaları gerektiğini bilmemelerinden kaynaklanmaktadır. (25, 26). Kronik psikiyatrik hastalıklarda ailenin, kendi isteği ile veya zorunlu olarak hastanın bakımından sorumlu olması beklenmektedir. Ailelerin tedaviye katılması hastaların olumlu gidiş göstermesi açısından önemlidir. Kronik psikiyatrik hastalıklarda baş etmenin en önemli faktörlerinden biri hastalık ve uygulanan tedavi hakkında bilgi sahibi olmaktır (27). Hasta yakınlarının bipolar

bozukluk hakkında bilgi sahibi olmaları, düzenli ilaç kullanımının önemini bilmeleri, ilaç yan etkilerini gözlemleyebilmeleri hastaların tedavi uyumu açısından önemli olduğu belirtilmektedir. (28).

Yapılan literatür taramalarında, hem ülkemizde hem de dünyada yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğa sahip aile yakınlarına verilen eğitimler sonucunda hastaların tedavi uyumunda ve ailelerin yaşam kalitesinde artış olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunca psikiyatri hemşireliğinde aile eğitimine yönelik çalışmaların sınırlı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen veriler ile psikiyatri hemşilerinin bipolar bozuklukluk tanılı hastalara kesin tanı konduktan sonra eğitim programları geliştirerek hastaların tedavisine uyumu ve hasta yakınlarının yaşam kalitesinde artışı sağlamaya yönelik literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, psikiyatri kliniğine başvuran takipli hastaların yakınlarına verilen ilaç eğitiminin, hasta yakınlarının yaşam kalitesi üzerine etkisinin analiz edilmesi amacı ile ön test ve son test desenli tek gruplu deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H0: Bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınlarına verilen ilaç eğitiminin hasta yakınlarının yaşam kalitesine etkisi yoktur**.**

H1: Bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınlarına verilen ilaç eğitiminin hasta yakınlarının yaşam kalitesine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı

Bipolar bozukluk, yineleyici ve dönemsel bir gidiş gösteren; manik, depresif ya da karma nöbetlerle, belirti göstermeyen sağlıklı ara dönemlerle ve eşik altı belirtilerle devam eden, atak dönemlerinde hastaların mesleki ve sosyal işlevselliklerinde kayıplara yol açan kronik psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (29). Bipolar bozukluk, belirli bir düzen olmaksızın, kişinin kendini çok durgun veya aşırı coşkulu hissetmesine neden olan, duygu durumunun çok düştüğü ya da çok yükseldiği veya her iki duygu durumunu da kapsayan karma epizotlarla devam eden bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hasta bu epizotlar arasında tamamen sağlıklı duygu durumuna da dönebilmektedir, dolayısıyla bipolar bozukluğun hastalar açısından ciddi psikososyal sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (30) .

Bipolar bozukluk, ciddi kronik relapslarla giden ve sürekli tedavi gerektiren bir hastalıktır. Özkıyım riski, işlevsellikte bozulma ve sık yineleme gibi sebeplerle hasta ve yakınlarının yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bipolar bozukluğun uzun dönemde psikolojik ve fiziksel ek hastalıklara, yüksek morbiditeye, belirgin yeti yitimine, madde kullanımına, hastanede yatışlara ve özkıyım nedeniyle ölümlere neden olduğu bildirilmektedir (31, 32).

2.1.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Bipolar bozuklukğun tarihine bakıldığında, eski Latin ve Yunan din kitaplarında ağır çökkünlük ve mani dönemlerini geçiren kişilerin olduğu belirtilmiştir. ‘Melankoli’ kelimesini ilk kez Hipokrat tarafından kullanmıştır (İ.Ö.V yüzyıl). Günümüzde ‘’ağır çökkünlük’’ tanımı ile bilinen bozukluğa ‘’melankoli’’ adını Hipokrat vermiş ve neden olarak kara safrayı göstermiştir (33). ‘’Melankoli’’ ve ‘’Mani’’ belirtilerinin birbirinden farklı zamanlarda aynı kişide görülebileceğini belirtmiştir (34). Hipokrat’tan sonra Areatus ise Manik-Depresif durumların birbirleriyle ilişkili olduklarını belirtmiştir. 1800’ lü yıllarda ise Falret, melankoli ve

maniyi aynı hastalığın farklı çeşitleri olarak tanımlamıştır. İbni Sina ortaçağda ruhsal çökkünlük hakkında ilginç vaka örnekleri vermiştir. Kahlbaum ise melankoli–mani hastalığını paranoya dışı akıl hastalıklarının farklı hali olarak belirterek "Siklotimi" ismini ilk kez kullanmıştır (33). 1895'de Kraepelin bu bilgilerden yola çıkmış ve bipolar bozukluğu farklı klinik belirtileri ile "manik depresif psikoz" olarak tanımlamıştır. Bleuler ise 1930'larda bu klinik belirtileri "affektif bozukluklar" olarak adlandırmıştır (35). Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-I'de ilk kez "manik depresif reaksiyon" tanımlamasına yer verilmiştir (36). Bipolar bozukluğu, ilk kez Bipolar 1 ve Bipolar 2 olarak ayırmayı 1976'da Dunner önermiştir (37).

Affektif bozukluklar, bipolar bozukluk ve major depresyon şeklinde iki farklı hastalık olarak DSM- III'de tanımlanmış, DSM III-R'de duygu durum bozukluklarının daha genel ve açıklayıcı bir tanım olması için affektif bozukluklar tanımına yer verilmiştir. Bipolar bozukluk DSM-IV ve DSM-IV-R'de duygu durum bozuklukları, olarak tanımlanmıştır. DSM-5 2013 yılında yayımlanmış olup bipolar ve ilişkili bozukluklar belirtecine yer verilmiştir (38). Karma epizod tanımına DSM-5'de yer verilmemiş ''karma özellikli" tanımı yapılmıştır (29).

2.1.2. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluk toplumda içinde sık karşılaşılan, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Yaşam boyu yaygınlık tahminleri Bipolar-I için %0,6 (%0.4), Bipolar-II için %0.4 (%0.3), eşik altı Bipolar Bozukluk için %1.4'tür (%0,8) (6). Bipolar bozukluk tanılı hastaların 2/3'sinin hastalık semptomları çocuklukta veya ergenlikte ortaya çıkmaktadır. Hastaların ilk atakları 21 yaşından önce ortaya çıkmakta ve %10 hastanın da 50 yaş ve üzerinde ilk atağının başladığı bildirilmektedir (39).

2.1.3. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Bipolar bozuklukta, bir çok genin mutasyonundan söz edilmektedir. Hastalık geni bulunan ancak fenotipik olarak hastalık belirtileri olmayan kişilerin de olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, bipolar bozukluğun çok genli, çok etmenli, heterojen bir hastalık olduğu belirtilmektedir (40). İkiz, evlat edinme ve aile çalışmalarından elde edilen veriler bipolar bozukluğun, genetik bileşenlerin varlığına ilişkin güçlü kanıtlar ortaya çıkarmıştır. Bipolar bozukluğun kalıtılabilirlik riskinin yaklaşık %80 olduğu belirtilmektedir (41). Bipolar bozukluk tanılı hastaların birinci derece akrabalarında bipolar bozukluğun ortaya çıkma ihtimalının 8–18 kat arttırdığı belirtilmektedir (42). Annesi veya babası bipolar bozukluk tanısı almış çocuklarda hastalığın çıkma olasılığının %75 olduğu bildirilmektedir (43, 44).

2.1.3.2. Biyokimyasal Nedenler

Maninin biyokimyasal nedenine bakıldığında "Noradrenerjik-kolinerjik" ve noradrenerjik aktivasyondan kaynaklanan denge bozukluğu aynı zamanda kolinerjik yetersizliğin olduğu belirtilmektedir (45). Nörotransmitter modelleri, noradrenalin ve dopamin düzenlenmesini sağlayan serotonin düzeylerinin mani ve depresyonda düşük; noradrenelin ve dopamin seviyelerinin ise depresyonda düşük, manide yüksek olarak seyrettiği belirtilmektedir (46). Serotonin etken maddesi olan Ltriptofan, yüksek miktarda verildiğinde mani benzeri belirtilere neden olmaktadır (47, 38). Depresyonun monoaminlerdeki azalma, maninin ise monoaminlerdeki artmayla ortaya çıktığı bildirilmiştir (47).

2.1.3.3. Beyin Görüntüleme

Beyin görüntüleme ile ortaya çıkan bulgularda, subkortikal gri cevher ve derin beyaz cevher alanlarında hiperintensite görünümü ve hücrelerde azalma, lateral ventriküllerde genişleme bulguları saptanmaktadır. Hipokampüsün hacmininin azaldığı, Amigdalanın hacminin arttığı veya azaldığı, glial hücrelerin azaldığı veya bazal ganglionların hiperintens lezyonlarda artış belirtilmektedir (48).

2.1.3.4. Psikososyal Etmenler

Duygu durum bozukluklarında ruhsal ve toplumsal etkenlerin yerinin oldukça fazla olduğu belirtilmektedir. Duygu durum bozukluklarının psikososyal nedenleri sevgi nesnesinin kaybı, emeklilik, iş kaybı ve çalışma hayatındaki sorunlar, ekonomik sorunlar, aile içindeki çatışmalar, fiziksel sağlığın bozulması ve benliği tehtit eden durumlarla karşılaşmak gibi duygu durumu bozan psikososyal etkenler hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır (49).

2.1.4. Bipolar Bozuklukta Klinik Belirtiler

Tablo 2.1. Mani döneminin klinik belirtileri (113).

MANİ DÖNEMİ
Genel Görünüm Ve Davranış: Hareketlerde artma, kendine aşırı güvenli davranışlar ve giyim konusunda aşırı renkli kıyafet seçimi görülmektedir. Hasta enerjide artış nedeni ile fazla efor harcar bu yüzden bitkin ve yorgun görünür.
Konuşma: Konuşma artmış, basınçlı ve yüksek seslidir. Ses tonu ya çok neşeli ya da öfkelidir. Hasta karşısındaki kişinin konuşmasına ve yorum yapmasına izin vermez. Konuşurken konularda bir bütünlük yoktur, bir konudan başka bir konuya atlar.
Bilişsel Yetiler*:* Algılama ve bellekte sorun yoktur, bilinç açıktır ve algılama yerindedir. Hastanın bellek ve algısında artış vardır fakat zamanla dikkat dağınıklığı yaşar, yönelim bozulabilir, yanılsamalar ve varsanılar olabilir. Grandiyöz sanrıları görülebilir. Hasta beslenemediği için halsiz yorgun ve sıvı elektrolit dengesizliğine bağlı bilinç bulanıklığı yaşayabilir.
Duygulanım: Hastada taşkın duygu durum denilen öfori ya da öfke görülür. Hasta engellendiği zaman saldırgan davranışlar sergiler. Öfkeli ve küfürcü olur.
Düşünce: Hastanın çağrışımları artmış ve hızlanmıştır. Düşünceler anlam açısından ya da uyak olarak bağlantılıdır. Fikir uçuşları ve hızında artma nedeni ile konudan konuya atlar. Düşüncelerin içeriğinde grandiyözite denilen kendini herkesten üstün ve yetenekli gösteren sanrılar vardır. Üstünlük düşünceleri zaman içinde sanrılara dönüşür. Hasta bu düşüncelerinden dolayı tedaviyi kabul etmez.
Devinim: Devinimde belirgin bir hızlanma ve artma vardır. Bütün gün hareketli olan hasta yorulmaz. Hasta uygunsuz cinsel ilişkiler yaşayabilir, aşırı para harcayabilir, abartılı alışverişler yapabilir. Engellenmeye çalışıldığında saldırgınlaşır.
Fizyolojik Belirtiler: Hastada enerji artışı, uykuda azalma ve cinsel istekte artış görülür. Hasta yemek yemek istese bile zaman bulamaz, bunun sonucunda günler ve haftalar içinde zayıf düşer ve dehidratasyon tablosu ortaya çıkabilir.

Tablo 2.2. Depresyon döneminin klinik belirtileri (128).

DEPRESYON
Genel Görünüm ve Davranış: hastanın omuzları çökmüş ve yüz çizgileri belirginleşmiştir. Öz bakımda azalma, tedirginlik ve sıkıntılı bir görünüm içindedir.
Konuşma: Depresyon hafif ve orta düzeyde ise hasta konuşabilir, şiddetli depresyonda hasta alçak sesle ve yavaş konuşur. Hasta ile iletişim kurmak zor olabilir. Bazı hastalarda mutizm (konuşmama) görülebilir.
Bilişsel Yetiler: Bilinç açık, durgunluk ve stupor (uyuşukluk) bazen de bilinç bulanıklı görülebilir. Aşağılayıcı ve suçlayıcı işitsel sanrılar olabilir. Bazen bellekte bozulma olmaksızın unutkanlık yaşanabilir.
Duygulanım: Hastada genel bir üzüntü ve keyifsizlik (low mood) mevcuttur. Sık ve kolay ağlayabilirler. Seyrek olarak çevresindekilerden nefret etme ve öfkelenme görülebilir.
Düşünce: Düşünce hızında yavaşlama düşünce içeriği genellikle geçmişte yaşanılan kötü anılar ve pişmanlıklardır. Hastanın kendine olan öz saygısı azalmıştır ve sürekli kendini suçlama eğilimindedir. Suçluluk sonucunda cezalanmayı hak ettiğini düşünen hastanın intihar planları ve düşünceleri olabilir.
Devinim: Hastada psikomotor yavaşlama ve psikomotor ajitasyon bulguları vardır.
Fizyolojik Belirtiler: Genellikle yeme isteğinde azalma nadiren aşırı yeme davranışı görülebilir. Buna bağlı olarak hasta ya zayıflar ya da kilo alır. Güçsüzlük, halsizlik, yorgunluk belirtileri enerjideki azalma ile ilgilidir. Hasta genellikle uyku bozukluğu yaşar uykuda azalma veya aşırı uyku hali görülebilir.

2.1.4.1. Klinik Özellikler ve Sınıflandırma

DSM-5'e Göre Bipolar Bozukluk Ölçütleri

Bipolar tip I Bozukluğu: Çoğunlukla majör depresif atağın eşlik ettiği bir veya birden çok manik veya karma atak görülmektedir.

Bipolar tip II Bozukluğu: En az bir hipomanik atak ile bir veya birden çok majör depresif atak görülmektedir.

Siklotimik Bozukluk: En az 2 yıl süreli birden fazla majör depresyon kriterlerini karşılamayan depresif belirtiler ve tanı ölçütlerini karşılamayan hipomanik belirtilerin olduğu görülmektedir.

Madde/İlaç Kullanımıyla Ortaya Çıkan Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Madde yoksunluğunda öncesinde veya sonrasında veya entoksikasyonunda ya da ilaç alımına bağlı olduğu belirtilmektedir.

Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Duygudurum bozukluğu başka bir sağlık durumununa bağlı gelişmiş veya, hastalığın neden olduğu patofizyolojik bir tablo olduğu bulunmuştur.

Tanımlanmış Diğer Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Kısa süreli siklotimi ve hipomani, majör depresyon belirtileri, major depresyon belirtileri olmadan hipomani tanı ölçütünü karşılamayan hipomani dönemleri ve major depresyon dönemleri görülmektedir.

Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Hekim tarafından özel bir nedenden dolayı veya tanı koymak için yeterli zamanın olmadığı ya da tanı ölçütleri tam karşılanmadığı hastalarda kullanılmaktadır (29).

Majör Depresif Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık dönem içinde, işlevsellikte bozulma ile aşağıda belirtilen tanı kriterlerinin beş veya beşten fazlasının bulunduğu; mevcut belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum veya (2) zevk alamama, ilgi kaybı (anhedoni) bulunması gerekmektedir.

(1) Hastanın kendi ifadesi ile veya başka birinin gözlemi ile her gün, gün boyu devam eden depresif duygudurum

(2) Her gün, gün boyu süren daha önce yaptığı etkinliklerden zevk alamama istek ve ilgilide azalma

(3) Diyet yapmaksızın ciddi kilo kaybı veya kilo artışının olması, hemen her gün süren iştahsızlık ya da iştah artışı

(4) Neredeyse her gün, hipersomnianın (uykuda artma) veya insomnia (uyuyamama)

(5) Neredeyse her gün, retardasyon veya ajitasyon

(6) Neredeyse her gün, enerji düşüklüğü, bitkinlik, yorgunluk

(7) Neredeyse her gün, uygunsuz suçluluk ve değersizlik duyguları (hezeyan düzeyinde), (hastalığından dolayı kendini suçlama)

(8) Neredeyse her gün, kendi ifadesi ile ya da başkalarının gözlemi ile odaklanmada ya da düşünmede azalma, kararsızlık yaşama

(9) Yineleyici ölüm düşüncelerinin varlığı, özel bir plan yapmaksızın intihar düşünceleri veya intihar girişimi, intihar girişimi için özel bir eylem planı

B. Belirtiler mesleki ve toplumsal yaşamda önemli işlevsellik bozukluğuna neden olur.

C. Belirtiler madde kullanıyla ilişki değil veya tıbbı açıdan fizyolojik bir nedenden kaynaklı değildir (29).

Manik Atak için DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Neredeyse her gün süren sürekli kabarmış, irritabl veya taşkın bir duygu durumun en az 1 hafta (hastanede yatmaya neden olacaksa herhangi bir süre) amaca yönelik eylemlerde ve olağan dışı ve içsel güçte, sürekli bir artışın olduğu ayrı bir döneminin olması.

B. Aşağıda yer alan belirtilerden üçünün ya da daha fazlasının duygudurum bozukluğu döneminde, (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak görülür.

(1) Grandiosite veya benlik saygısında abartılmış bir artış

(2) Uyku ihtiyacında azalma.

(3) Konuşmada artma veya konuşmaya tutma.

(4) Düşünce süreçlerinde hızlanma veya fikir uçuşları

(5) Distraktibilite (dikkatte dağınıklık, odaklanamama)

(6) Psikomotor ajitasyon veya nedene bağlı eylemlerde artış

(7) Zevk veren eylemlerde aşırı uğraş, riskli davlanışlar sergileme

C. Bu belirtiler, toplumsal, mesleki ya da kişiler arası ilişkilerde bozulmalara neden olacak ve hem kendine hem de çevresindekilere zarar gelmesini önlemek amacıyla hastanede yatırmayı gerektirecek kadar psikotik özellikli ve ciddidir.

D. Belirtiler madde kullanımına veya başka bir hastalığın fizyolojik etkilerinin neden olduğu belirtiler değildir. (Antideprasan tedavisi devam ederken sendrom şeklinde mani dönemi hariç) (29).

Hipomanik Atak DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Hemen her gün, gün boyu süren, irritabl, taşkın veya kabarmış normal dışı bir duygu durumunun varlığı, en az 4 gün faklı bir dönemin olduğu cinsel istekte ve eylemlerde artışın olması,

B. Aşağıdaki belirtilerden en az üçü veya daha fazlası duygu durum

bozukluğu döneminde (duygu durumda irritabller belirtiler varsa dördü) bulunur:

(1) Grandiosite veya benlik saygısında abartılmış bir artış

(2) Uyku ihtiyacında azalma.

(3) Konuşmada artma veya konuşmaya tutma.

(4) Düşünce süreçlerinde hızlanma veya fikir uçuşları

(5) Distraktibilite (dikkatte dağınıklık, odaklanamama

(6) Psikomotor ajitasyon veya nedene bağlı eylemlerde artış

(7) Zevk veren eylemlerde aşırı uğraş, riskli davlanışlar sergileme

C. Atak sırasında, kişinin belirtiler meydana gelmeden önceki durumuna bakıldığında farklı olarak ciddi ölçüde işlevsellikte büyük bir değişiklik olur.

D. İşlevsellikteki değişiklik ve duygu durum başka kişiler tarafından da gözlemlenebilir düzeydedir.

E. Psikotik özellik gösteriyorsa mani olarak tanımlanır. Atak, mesleki veya toplumsal işlavsellikte ciddi bir bozulmaya neden olacak kadar veya hastanede yatacak kadar ağır ve ciddi değildir.

F. Belirtiler madde kullanımına veya başka bir hastalığın fizyolojik etkilerinin neden olduğu belirtiler değildir. (Antideprasan tedavisi devam ederken sendrom şeklinde hipomani dönemi hariç)

Belirtilen ataklarla birlikte tanı ölçütlerinin yanında var olan durumla ilişkili birtakım belirtiler de DSM-5‟ te ayrıca belirtilerek yer verilmiştir. Bu belirtiler, karma özellikli, anksiyöz, hızlı döngülü, atipik özellikler, melankolik özellikler, duygu durumla uyumsuz psikotik özellikler, duygu durumla uyumlu psikotik özellikler, katotoni ile gidiş gösteren, mevsimsel gidiş gösteren, peripartum başlangıçlı olarak belirtilmiştir (29).

2.1.5. Bipolar Bozukluk Tedavisi

2.1.5.1. Farmakolojik Tedavi

Bipolar bozuklukluğun yaygınlığı ve neden olduğu işlevsel yıkım sebebi ile hastalığın tedavisinin büyük önem taşıdığı ve üzerinde durulması gereken kronik psikiyatrik bir bozukluk olduğu belirtilmektedir. Bipolar bozukluk tanısı almış hastaların %10 ile 20'sinin özkıyım girişimi nedeni ile öldükleri bildirilmektedir (50). Günümüzde bipolar bozuklukluğu tamamen iyileştirici bir tedavi yoktur, fakat tedavi ile mortalitenin ve morbiditenin azaltılması amaçlanmaktadır. Bipolar bozukluğun tedavisinde amaç, psikososyal işlevsellikte artışı sağlamak, atakların şiddetini, sıklığını ve neden olduğu psikososyal sonuçları azaltmak olarak belirtilmektedir (51).

Günümüzde sıklıkla kullanılan duygu durum dengeleyici ilaçlar lityum, valproik asit ve karbamazepindir (51). Nöroleptikler akut mani tedavisinde kullanılmaktadır. Lityum ve nöroleptiklerin (en çok klorpromazin, largactil) karşılaştırıldığı bazı çalışmalarda nöroleptiklerin etkilerinin hızlı başladığı, bu nedenle psikotik özellikli hastalarda veya ajitasyonlarda başlangıç döneminde nöroleptiklerin daha faydalı olabileceği saptanmıştır (50). Duygu durum dengeleyiciye ek olarak antipsikotik ya da benzodiazepin verilmesi gerekli olabileceği belirtilmiştir. Mani döneminin antipsikotiklerle yatışması birkaç saat, bir kaç gün içinde sağlanabilmektedir. Ağızdan almayan, işbirliği yapmayan hastalarda kas içi antipsikotiklerle sağlatımın gerekli olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda ikinci kuşak antipsikotik kullanımı da yaygın olarak kullanılmakta olduğu ve Olanzapin, Ketiyapin, Klozapin, ve Risperidon gibi ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar kısa sürede etkisini gösterdiği belirtilmiştir (52).

2.1.5.2. Elektro Konvülsif Terapi (EKT)

Yemek yemeyen, içmeyen, dehidrate ve saldırgan hastalarda, antipsikotiklere yanıt vermeyen hastalarda EKT'nin etkili bir tedavi seçeneği olduğu bilinmektedir. Genellikle 6-8 kez uygulanan EKT ile hasta sakinleştirilerek duygu durum dengeleyicileri ile sağlatımın sürdürülebileceği bildirilmektedir (52).

2.1.5.3. Psikososyal Müdahaleler

Psikososyal müdahaleler farmakoloji ile birlikte kullanılarak, hastanın psikososyal sorunlar ile baş etmesini ve psikososyal işlevselliğin arttılmasını amaçlanmaktadır.

2.1.5.3.1. Aile Odaklı Psikoterapi

Aile Odaklı Psikoterapi modeli kullanılarak kronik psikiyatrik bozukluğa sahip hastaların ailelerinin olumlu destekleyici yaklaşımları ile hastaların hastalık ile baş etmesini kolaylaştırdığı ve hastanın iyilik halini uzattığı bilinmektedir. Aile odaklı psikoterapilerin özellikle psikofarmakoloji ile kombine edildiğinde oldukça etkili olduğu görülmüştür (53, 54). Duygu durum bozukluklarında uygulanan aile odaklı psikoretapi iletişim, sorun çözme, baş etme yöntemlerini geliştirme ve yeniden yatışların önlenmesini sağlamaktadır. Aile odaklı psikoterapide ailedeki duygu dışavurumunu azaltmaya yönelik yaklaşımlar da yinelemeleri önlemede yarar sağladığı belirtilmektedir (52).

2.1.5.3.2. Grup Terapileri

Terapi gruplarına katılan bireyler yalnız olmadıklarının ve olumlu yönde değişimlerin olabileceğine dair pozitif düşüncelere sahip olmaktadırlar. Bir grup ile birlikte çalışmak sosyal izolasyonun sebep olduğu olumsuz duyguların azaltılmasına ve gerçekçi problem çözme yeteneklerinin arttırılmasına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda hasta bu destekleyici ortamda özsaygısını da kazanmaktadır (38).

Grup terapileri, aynı amaç için yardım almaya gelen hastaların, terapist tarafından terapi tekniklerini bir grup üzerinde ruh sağlığını iyileştirmek bununla birlikte içgörü kazanmalarını da amaçlayan bir terapi türüdür. Grup terapisine katılan hastalar bir profesyonel yanında kişisel bilgilerini ve geçmiş deneyimlerini paylaşarak, gruptaki hastaların birbiri ile olumlu anlamda etkileşime geçmeleri amaçlanmaktadır. Hastalara uygulanan grup terapilerinde hastalığın neden olduğu semptomların iyileşmesi ve kişilik özelliklerinin de olumlu anlamda değişmesi beklenmektedir (55).

2.1.5.3.3. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi

Bilişsel davranışçı terapi ilk olarak Aaron Beck tarafından depresif bireyler üzerinde yaptığı çalışmalar ile ortaya çıkmıştır. Çeşitli psikiyatrik bozuklukların tedavisinde de kullanılan bilişsel davranışçı terapide amaç çeşitli bilişsel ve davranışsal stratejilerin kullanılmasıdır. Bilişsel terapiler bireyin özel kavram yanılgılarını ve yanlış varsayımlarını betimler ve test eder. Beck bireylerin davranış ve duygularının kendi oluşturdukları dünyayı yapılandırma biçimlerine göre büyük ölçüde belirlediği bir mantık temeline dayandırmaktadır. Bilişleri (bilinç akışındaki sözlü veya resimli olaylar) önceki deneyimlerinden geliştirilen tutum veya varsayımlara dayanmaktadır (56).

Bu yaklaşımla aşağıdaki verilenleri amaçlar;

1- Olumsuz ve otomatik düşünceleri izlemek

2- Biliş, kusur ve davranış arasındaki bağlantıları tanımak

3- Bozuk otomatik düşüncelerine yönelik ve bu düşüncelerin aleyhindeki delilleri incelemek

4- Bu önyargılı bilişleri gerçeklik odaklı yorumlarla değiştirmek

5- İşlevsiz inançları tanımlamayı ve değiştirmeyi öğrenmek

Depresyon gibi duygulanım bozuklukları bilişsel terapiye göre bilişsel bir bozukluktan kaynaklanmaktadır. Bilişsel terapi ile depresyona neden olan olumsuz bilişleri tanımlanmakta ve yeni şemalar geliştirerek değiştirilmesi amaçlanmaktadır (56, 57).

2.1.5.3.4. Psikoeğitim Uygulamaları

Psikoeğitim, fiziksel ve psikolojik hastalıklarda, bireylerin hastalığa vermiş olduğu duygusal tepkilerin öğrenilmesine, baş etme becerilerinin geliştirilmesine, hastalığa ve tedaviye uyumun arttılmasına yönelik sistematik ve yapılandırılmış bir müdahaledir (58, 59). Psikoeğitim ile hasta ve ailesine baş etme becerilerinin

geliştirilmesi, hastalığın yönetilebilmesi, hasta ve ailesinin güçlendirimesi amaçlanmaktadır (59).

Psikoeğitimin başta gelen isimlerinden biri olan Goldman psikiyatrik hastalığa sahip bireylerin, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde eğitilmesi, bireyin hastalığı kabul etmesi, tedavi ve rehabilitasyon için kooperasyonun ilerletilmesi ve hastalık sonucu yaşanılan kayıplarla başa çıkma becerilerini geliştirilmesini psikoeğitimin amaçları olarak tanımlamıştır (60). Yapılan araştırmalarda hastaların ve ailelerinin hastalık ve tedavi konusunda bilgilendirilmesinin, ruhsal hastalık belirtilerinde azalmasına ve olumlu gidiş göstermesine olanak sağladığı için psikoeğitim gruplarına yönelişin arttığı ve taburcu olan hastaların ilaç tedavisi ile kombine, psikososyal yardım almalarının bir yıl içindeki yeniden yatışları azalttığı tespit edilmiştir (61).

2.2. İlaç Uyumu

İlaç uyumu, hasta bireylerin sağlık konusundaki önerileri kabul ederek bu önerileri uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Tedaviye uyum düzenli ilaç kullanmayı, profesyoneller tarafından önerilen sağlıklı davranış değişikliklerini uygulamayı, düzenli olarak kontrollere gelmeyi ve oluşturulan tedavi programlarını tamamlamayı gerektirmektedir. Tedaviye uyumsuzluk önerilen ilaçların uygun dozda ve saatte kullanılmaması veya tedavinin planlanan süreden daha erken bırakılması gibi nedenlerden dolayı meydana gelmektedir. Diğer tıbbi durumlara oranla psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (62). DSÖ uyumu, ‘diyet uygulayan, tedavi gören, veya yaşam biçiminde değişiklik yapan bir bireyin sağlık profesyoneli tarafından onaylanmış önerilerine uyma yeteneği veya derecesi’ olarak tanımlamaktadır (63).

Tedaviye uyumsuzluk sonucunda yeniden yatış sayısında, mortalitede ve morbiditede artış görülmektedir. Yeniden yatışlar ile hastanın toplumsal, mesleki ve aile yaşantısında sorunlar ortaya çıkmakta, bu nedenlerden dolayı da yaşam kalitesi düşmektedir (64, 65). Psikiyatrik hastalarda tedaviye devam etmeme, kontrollere

gelmeme gibi tedaviye uyum sağlamayan davranışlara sahip hastaların oranı %20-50 olarak bildirilmiştir (66).

Psikiyatrik hastalarda tedavi uyumsuzluğunun nedenlerine bakıldığında genellikle,

-Hastayla ilişkili etmenler,
-İlaçlara bağlı etmenler,
-Ekonomik açıdan yaşanılan güçlükler,
-Çevreye bağlı etmenler,
-Toplumun kültürel inanç ve davranışları,
-Sosyal destek yetersizliği,
-Yüksek duygu dışavurumu gösteren aileye sahip olma,
-Çevrenin ilaç tedavisine bakışı,
-Hekimle ilgili etmenler

olduğu görülmektedir (67, 68).

Psikiyatrik hastalarda ilaç uyumsuzluğu tedaviyi olumsuz etkileyen en önemli problem olarak belirtilmiştir. Hastanın tedaviye katılımının birçok nedene bağlı olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluğun bireye özgü faktörlerin (cinsiyet, yaş gibi), hastalığa bağlı faktörlerin (içgörü eksikliği), ilaca bağlı faktörlerin (ilaç yan etkileri, katı diyet programları) ya da klinik faktörlerin (doktora bağlı sorunlar) ayrı ayrı veya birleşmesiyle meydana gelebileceği bildirilmiştir (69,70). Ayrıca, duygu durum dönemlerinin alevlenme, başlangıç ve yinelemelerinin sosyal destek yetersizliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur (71). Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumun özellikle ilaç tedavisi açısından oldukça önemli bir konu olduğu belirtilmektedir. İlaçların önerilen dozda ve zamanda kullanılmadığında olumlu klinik sonuçların alınamadığı ve hastalık belirtileri, geçirilen atak sayısı, intihar oranları, hastaneye yeniden yatışların ve maliyetin arttığı belirtilmektedir. Psikiyatri hastalarında ilaç uyumsuzluğu olumsuz klinik sonuçlara neden olan önemli risk faktörü olarak belirtilmiştir (72).

2.2.1. Bipolar Bozuklukta İlaç Uyumu

Bipolar bozukluğa sahip hastalarda ilaç uyumsuzluğu sık görülen bir sorun olduğu belirtilmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç tedavisindeki uyumsuzluk oranının %20-60 arasında değiştiği bildirilmektedir (73). Perlick ve arkadaşlarının (2004) bipolar bozukluğa sahip hastalarla yaptığı çalışmada hastaların ortalama %42'sinde tedaviye uyumsuzluk saptanmıştır (74). Svarstad ve arkadaşları (2011) bipolar bozukluk tanısı almış hastaların %33'ünün ilaçlarını düzensiz kullandığını, hastaneye yeniden yatış oranının, ilaçlarını düzenli kullananlarda %31, ilaçlarını düzensiz kullanan hastalarda %73 olduğu, hastaneye yeniden yatışların düzenli ilaç kullananlarda 4 gün ilaçlarını düzensiz kullananlarda 37 gün olduğu ve hastane masraflarının düzensiz ilaç kullananlarda 9701 dolar, düzenli ilaç kullananlarda ise 1657 dolar olduğunu bildirmektedir (75). Bipolar bozukluğun tedavisinde en önemli ve ilk seçeneğin ilaç tedavisi olduğu, psikoterapi ile kombine edilen ilaç tedavisinin hastaların %60-80'inda sosyal yaşantılarında daha etkili oldukları bildirilmiştir (76-78). Yapılan sistemik çalışmalarda, ilaç uyumsuzluğuna neden olan sekiz faktör belirtilmektedir. Bunlar; geçmişte yaşanılan tedavi uyumsuzluğu öyküsü, lityum tedavisindeki ilk yılı, erkek cinsiyet ve genç yaş, hastalık atağının daha az olması, yükselmiş duygudurum, grandiyözite varlığıdır (79, 80).

2.3. Bipolar Bozukluk ve Aile Yakınları

Aile, içinde yaşadığımız toplumun en küçük temel taşıdır; toplum da ailelerin bir araya gelmesinden oluşmuştur (81). Kronik psikiyatrik hastalıklarda aileler kendi istekleri ile veya zorunlu olarak hastanın bakımından sorumlu olmaktadırlar, bu nedenden dolayı ailenin de tedaviye dahil olması gerektiği belirtilmiştir. Psikiyatrik hastalıklarda ailenin hastalığın belirti ve tedavi konusunda bilgi sahibi olmasının hastalığın olumlu gidiş göstermesinde ve baş etme konusunda önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir (45). Hastanın tedaviye uyumun önemini bilmesi kadar hastaların ailelerinin de tedavinin önemini bilmesi gerekmektedir. Ailenin hastaya destek olması ve düzenli ilaç kullanımı konusunda hastaya yardım etmesinin hastalığın mevcut semptomları, ilaç tedavisi ve önemini konusunda bilgi sahibi

olmasının önemli olduğu belirtilmektedir (45, 82).

Bipolar bozukluk tanılı hastalar ve hasta yakınları hastalık sürecinden olumsuz yönde etkilenmektedir (28). Hastalar ve hasta yakınları, hastalığın neden olduğu birçok sorunla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bipolar bozukluğa sahip olan bireylerin yakınlarının birçok olumsuz olay yaşadığı ve hastalara bakım verirken, rol ve sorumluluklarını yerine getirirken, çeşitli depresif semptomlar yaşadığı ve psikolojik açıdan sağlıklarının bozulduğu belirtilmektedir (83, 84). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun ailesel yüke neden olduğu, ailelerin, gereken ilgiyi gösterme, problem çözme, genel işlevler konusunda yeterli olmadığı belirlenmiştir (85, 86, 87).

2.4. Bipolar Bozukluk ve Psikiyatri Hemşireliği

Hemşireliğin en temel amaçları, bireylerin ve toplumun sağlığını koruyucu geliştirici, ve yükseltici müdahalelerde bulunmaktır. Psikiyatri hemşireliği ise bireylerin baş etme yöntemlerini, benlik algısını ve öz saygısını, kişiler arasındaki ilişkilerini geliştirmek ve güçlendirmektir. Psikiyatri hemşiresi hastalığın ve kayıpların neden olduğu acı çekme sürecini azaltarak yaşanılanların anlam bulmasına yardım eder. Hemşireler kullandıkları hemşirelik modelleri ve hemşirelik süreçleri ile bireylere planlı, bilimsel ve aynı zamanda insani bir yaklaşımla müdahale etmektedirler (88, 89). Psikiyatri hemşiresinin görevlerine bakıldığında, hastaya doğrudan ve uzun süreli hizmet veren, gözlem yapan, hemşirelik uygulamalarında bulunan, empati yaparak hastayı dinleyen ve bakıma katılmasını sağlayan uygulamaların yer aldığı belirtilmiştir **(**90).

2.4.1. Birincil Koruma Düzeyinde Psikiyatri Hemşireliği

Risk altındaki bireylerin hastalık semptomları henüz yokken, hastalığın önlenmesi ve bireylerin korunması için uygulanan yöntemlere birincil koruma denilmektedir. Genellikle halk sağlığının görevidir ve bireyleri toplumsal ve kişisel çabalarla korumak amaçlanmaktadır. Birincil korumanın amaçları arasında; neden

olan faktörlerin eliminasyonu, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da azaltılması, hastalığa direncin arttırılması ve hastalığın yayılmasına engellenmesinin yer aldığı belirtilmektedir (91-93).

2.4.2. İkincil Koruma Düzeyinde Psikiyatri Hemşireliği

Psikiyatrik hastalarda mevcut semptomların henüz yeni başladığı veya bireyin riskli davranışlar sergilediği, tanının erken konulması ve tedavi sürecininin zaman geçmeden uygulanması ikincil koruma düzeyinde hemşirelik uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada hastalık tanısının erken konulmasına odaklanılmaktadır. Psikiyatride ikincil korunma örneği, depresyon ya da intihar düşüncesinin belirtilerinin erken teşhisi ile kronik depresyonun önlenmesi ve intihar girişimlerinin ya da intiharların önlenmesini amaçlamaktadır (93).

2.4.3. Üçüncül Koruma Düzeyinde Psikiyatri Hemşireliği

Mevcut hastalığın sebep olduğu bozuklukları ve yeti kayıplarının en aza indirilmesi ve hastaların rehabilite edilmesine yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Psikiyatrik hastalıklarda üçüncül koruma daha da önem kazanmaktadır. Üçüncül koruma ile psikososyal işlevselliğin artması, nükslerin önlenmesi ve var olan hastalığa ek başka bir hastalığın ortaya çıkma ihtimalinin en aza indirilmesini amaçlayan uygulamaları ve tedavileri içermektedir. Üçüncül korumada psikiyatrik hastalığa sahip bireyler ve ailelerinin de yer aldığı sosyal destek ve beceri konularında uygulamalar ile hastaların topluma kazandırılması ve istihdam edilmesi amaçlanmaktadır (93).

2.5. Yaşam Kalitesi

‘’Yaşam Kalitesi” kavramı çok eski zamanlardan bu yana sosyolojik ve tıbbı açıdan üzerinde durulan bir konudur. Aristo’ nun iyi bir yaşam ve mutluluk için yapılması gerekenlerden bahsettiği yazılarının olduğu belirtilmektedir (94).

DSÖ, yaşam kalitesini, bireyin beklentileri, hedefleri ve standartları ile ilişkili olarak, bireyin yaşadığı toplumun değer yargıları ve kültürü ile bütüncül bir algılama şekli olarak belirtmektedir. Yaşam kalitesi, bireyin sahip olduğu sosyokültürel çevrede kendi sağlığını ve yaşantısını subjektif bir şekilde algılaması olarak belirtilmektedir (96). DSÖ' nün tanımına göre, kişinin fiziksel ve psikolojik sağlığı, yaşadığı çevrenin imkanları, sosyal ilişkileri, özgürlük derecesi, ve kendi mevcut özellikleriyle şekillenmiş ve etkilenmiş bir kavram olarak tanımlanmaktadır (97). 1946 yılında DSÖ sağlık kavramının tanımını sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan bireyin tam bir iyilik halinde olması tanımını yapmış ve "Yaşam Kalitesi" kavramına da bu açıklamadan sonra son zamanlarda büyük bir ilgi gösterilmiştir (95).

Yaşam kalitesi kavramı, kişiden kişiye değişiklik gösteren ve bireyin hayatını, yaşamını subjektif biçimde algılaması olarak da tanımlanabilmektedir. Özellikle sağlığı tehdit eden bir hastalık karşısında bireyler dolayısıyla ortaya çıkan özgürlük kaybı, çevrenin olumsuz tutumu, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan yaşanan kayıplar ile kişinin yaşam kalitesi büyük ölçüde etkilenmektedir (96, 97).

2.5.1. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ile birçok psikiyatrik bozukluk arasında yakın ilişki bulunduğu belirtilmektedir (98). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerininin bozulduğu bildirilmiştir. Bu bozulmanın nedenleri de sosyal hayatın ve psikolojik sağlığın bozulmasından kaynaklanmaktadır (99). Hastaya bakım verenlerin hastanın tedavi uyumunda, hastalığın gidişatında ve sosyal destek sağlama konusunda önemli görev ve sorumluklarının olduğunu bildirilmiştir. Bu nedenlerden dolayı bakım verenlerin her açıdan sağlıklı olması hastaların özellikle de tedavi konusunda uyumlarının artmasını sağlamaktadır (98-100).

Bipolar bozuklukta hastalığın alevlenme dönemi ve döngüsel bir gidiş göstermesi gibi nedenlerden dolayı hastalar ve aileleri yaşamlarının birçok alanında sorun yaşamaktadır (99, 100). Aile içindeki sosyal ilişkilerin bozulması, bakım

verenlerin yaşadığı psikolojik, fizyolojik ve ekonomik sorunlar, aile bireylerinin yaşam kalitesini etkilemektedir (100).

Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğa sahip bireylere bakım verenlerin ruhsal sağlıklarının etkilendiği ve kendi öz bakımlarını yerine getiremedikleri, bilgiye ve bakım konusunda desteğe ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Aynı çalışmada bakım verenlerin ruhsal sağlıklarının etkilendiği ve aile içi iletişim, sosyal ilişkiler ve ekonomik olarak etkilendikleri bulunmuştur (111). Aile üyelerinin yaşam kalitesini etkileyen faktörlere bakıldığında sağlık problemleri, sosyal destek varlığı, sosyokültürel çevrenin tutumu, ülkenin bireylere sunabildiği hizmetlerin ulaşılabilirliği başta gelen faktörler arasındadır (111, 112).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, psikiyatri polikliniğine başvuran bipolar bozukluğa tanılı hastaların yakınlarına verilen ilaç eğitiminin hasta yakınlarının yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak amacıyla ön test ve son test desenli tek gruplu deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde takipli hastaların geriye dönük bilgileri ile hasta yakınlarına ulaşılarak yapılmıştır (EK-1). Bu hastane hâlihazırda üç tane hastaneden oluşmaktadır. Bu hastaneler Numune E.A.H., Atatürk E.A.H. ve Yüksek İhtisas E.A.H.' dir. Altı kuleden oluşan hastanenin aktif olarak üç kulesi kullanılmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı psikiyatri kliniği yirmi beş hasta kapasitesine sahip sekiz hemşire, altı psikiyatri alanında öğretim üyesi ve asistanlardan oluşan personel ile tedavi ve bakım vermektedir.

3.3. Araştırmanının Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde bipolar bozukluk tanısı almış ayaktan tedavileri sürmekte olan hastaların, 18-65 yaş arası yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yapılması planlanmış olup örneklem grubu 20 kişi olarak belirlenmiştir ancak Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin, Ankara Bilkent Şehir Hastanesine taşınması ve bu taşınmadan dolayı polikliniğe gelen hasta yakınlarının sayısının yetersiz olması nedeni ile örneklem grubu 20 kişiden 10 kişiye düşürülmüştür. Araştırmanın örneklemi araştırmaya gönüllü katılmak isteyen 10 hasta yakınından oluşmaktadır (EK-1).

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etme ve 18 yaşını doldurmuş olma,
- Hasta ile diğer aile üyelerinden daha fazla zaman geçiriyor olma,
- 18-65 yaş arasındaki hastanın bakımından sorumlu olma,
- DSM-5-TR tanı ölçütlerini karşılayan ve bipolar bozukluk tanısı almış hasta ile en az 1 yıldır yaşıyor olmak,
- Ölçeklerin uygulanması konusunda herhangi bir engele sahip olmaması. (mental retardasyon, konuşma ve işitme bozukluğu, psikotik bozukluk)

Eğitim Kitapçığının Hazırlanması:

Eğitim kitapçığı literatür doğrultusunda hazırlanmış olup kitapçıkta bipolar bozukluğun tanımı ve belirtileri, tedavinin önemi ve amacı, bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri, bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ile baş etmede dikkat edilecek ilkelere yer verilmiştir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi ve düzenli ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin önemi de anlatılmıştır. Eğitim araştırmacı tarafından vermiştir. Eğitim içeriği başlık ve alt basamaklarda belirtilmiş olup aşağıda yazmaktadır, ayrıca çalışmanın etik kuruldan onay alınması sonucunda alanında üç uzman (iki psikiyatrist, bir psikiyatri hemşiresi) kişiye gönderilmiş olup geri bildirimlerle eğitim içeriğinin son şekli verilmiştir.

Eğitim kitapçığının anlaşılabilir olmasını olması için sade ve yalın bir dil kullanılmıştır. Yazılar 20 punto büyüklüğünde, yazı tipi Times New Roman karakterinde yazılmıştır. Eğitim kitapçığı, 21 sayfadan oluşmakta olup renkli ve hasta yakınlarının kolay anlayabilmesi açısından resimli hazırlanmıştır. Kitapçığın 1. sayfasında içindekiler kısmı 2. ve 4. sayfalarda bipolar bozukluğun tanımı ve belirtileri, 5. ve 8. sayfada bipolar bozukluğun tedavi çeşitleri, 9. ve 17. sayfada bipolar bozuklukta kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri, ilaçların besinler ile etkileşimleri, düzenli ilaç kullanımının önemi, ilaçların yan etkileri ile baş etmede dikkat edilecek ilkeler, 18. ve 20. sayfada hastaların günlük yaşam aktivitelerini

sürdürmesi ve düzenli ilaç kullanımı ile ilişkisi 21. sayfada yararlanılan kaynaklar yer almaktadır (EK-9, EK-10).

Eğitimin Amacı:

Bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınlarının ilaç bilgi düzeylerinin arttırılması ve bipolar bozuklukta tedavinin öneminin anlaşılmasının sağlanması amaçlanmıştır.

Eğitimin Hedefleri:

Eğitim sonrası hasta yakınları:

Bipolar bozukluğun tanımını ve belirtilerini bilmesi,

Kullanılan ilaçların besin etkileşimlerini bilmesi,

Kullanılan ilaçların olası yan etkilerini tanıyabilmesi,

Bipolar bozuklukta kullanılan ilaç tedavisinin önemli olduğunu bilmesi,

Eğitimin Süresi: 2 saat

Eğitim Yöntemi: Sözel anlatın, soru-cevap, resim gösterme

Eğitim Yeri: Eğitim Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Servisinde bulunan toplantı odasında uygulanmıştır.

Materyal ve Araç Gereç: Projeksiyon makinesi ve diz üstü bilgisayar kullanılmıştır.

Hasta yakınlarına yönelik ilaç eğitiminin içeriği:

Hasta yakınlarının hastaların düzenli ilaç kullanımının önemine yönelik verilen eğitim içeriği;

1. Bipolar Bozukluğun Tanımı

2. Bipolar Bozukluğun Belirtileri

3. Bipolar Bozukluğun Tedavisinin Önemi ve Amacı

4. İlaç Tedavisinin Basamakları

- Kullanılan ilaçların etkileri

-Kullanılan ilaçların yan etkileri

5. İlaçların Yan Etkileri ile Baş Etmede Dikkat Edilecek İlkeler

6. Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürmesi ve Düzenli İlaç Kullanımı ile İlişkisi

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın etik kurul izni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü tarafından (EK-6), araştırmanın kurum izni, Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinden alınmıştır (EK-5). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul katılımcılara yazılı ve sözel onam alınmış, anket formunda yer alan bilgilerin gizli tutulacağı bilgisi verilmiştir (EK-1).

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Eğitim Öncesi Kullanılan Ölçekler

1-Sosyodemografik Özellikler Veri Form

2-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

3- Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu

Eğitim Sonrası Kullanılan Ölçekler

1-Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

2- Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu

3.5.1. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu (EK-2)

Bu form, literatür doğtultusunda hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine yönelik bilgilerini toplamak için oluşturulmuştur (71). Formda, hasta yakının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma ve ekonomik durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım verilen süre, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, hastanın hastalığı hakkında bilgi durumu ve eğitim alıp almadığı, bakım verme sürecinde yaşanılan sorunlar ve hasta yakının üye olduğu dernek ve toplulukların varlığı bilgisini içeren toplam 19 sorudan oluşan bir formdur.

3.5.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) (EK-3)

Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel iyilik halini ölçmek için geliştirilmiş ülkemizin de katı sağladığı, 4 boyuttan ve 26 maddeden oluşan bir ölçektir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmalarında eklenen bir ulusal soru ile WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Bireylerin soruları yanıtlarken son 2 haftayı dikkate almaları istenmiştir. Ölçekte yer alan ilk iki soru genel, diğer sorular fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alanı puanları ile hesaplanmaktadır. WHOQOL-BREF ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.97 olarak bulunmuştur.

WHOQOL-BREF uygulanması ile fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları 4-20 puan aralığında hesaplanmaktadır. Hesaplanan puanlar ne kadar yüksek ise yaşam kalitesinin de yüksek olduğu belirtilmektedir (114). Ölçeğin alt boyutları aşağıdaki gibidir;

I. Fiziksel boyut (6 madde); 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18

II. Psikolojik boyut (7 madde); 5, 6, 7, 11, 19, 26

III. Sosyal ilişkiler boyutu (5 madde); 20, 21, 22

IV. Çevresel boyut TR (6 madde); 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, 27

3.5.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu (EK-4)

Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu, hasta yakınlarının hastalık belirtileri, ilaç bilgisi, ilaç yan etkileri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için 20 sorudan oluşan çoktan seçmeli, 5 şıktan oluşmaktadır. Ölçek için istatistik uzmanından görüş alınmış olup, istatistiksel olarak verilerin kolay analiz edilebilmesi için her bir sorunun doğru karşılığında 5'er puan verilmiş ve en yüksek puan 100 olarak hesaplanmıştır. Bu bilgi formunun hesaplanmasında ortalama kullanılmış olup ön test- son test puan ortalamaları arasındaki farkın önemlilik testi ile incelemesi yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

3.6.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri servisinde ayaktan tedavi gören 3 hasta yakınına yapılmıştır. Veri toplama formu uygulanırken anketteki tüm soruların herkes için aynı biçimde algılanıp algılanmadığını belirlemek amacıyla ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulamada katılımcılara Sosyodemografik Özellikler Veri Formu, WHOQOL-BREF, Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu'' uygulanmıştır.

Anketler hasta yakınlarına araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Veri toplama sırasında anlaşılmakta güçlük çekilen sorularda araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Ön

uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması

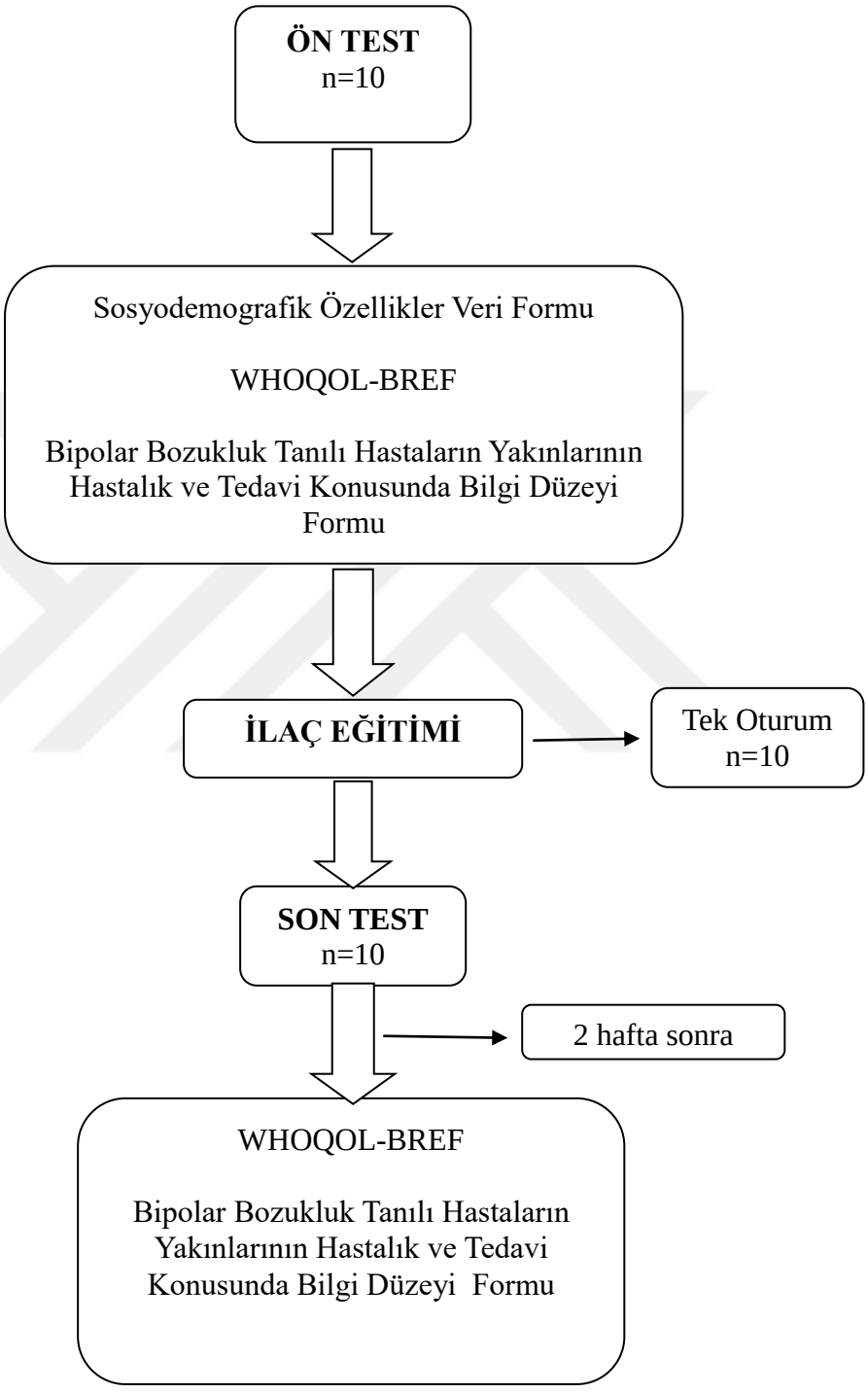
Araştırmaya dahil edilen hasta yakınlarına Sosyodemografik Özellikler Veri Formu, WHOQOL-BREF, Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu araştırmacı tarafından yüz yüze, birebir görüşme yapılarak uygulanmıştır. Veriler katılımcıların anlamasını kolaylaştırmak ve yanlış anlamaları önlemek amacıyla araştırmacı tarafından okunarak soru cevap şeklinde toplanmıştır. Araştırmayı kabul eden hasta yakınlarına, hastaların geriye dönük bilgileri öğrenilerek ulaşılmıştır. Hasta yakınlarına telefonla uygulamanın yapılacağı yer, tarih ve saat bilgisi verilmiştir. Uygulama Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ndeki toplantı odasında yapılmıştır. Toplantı odası eğitim sırasında katılımcıların dikkatinin dağılmasına neden olan faktörlerin olmaması ve oturma planın eğitime uygun olması gibi uygun koşulları sağladığı için tercih edilmiştir. Ön testlerin uygulanması her birey için 30 dk sürmüştür. Ön testlerin uygulaması bittikten sonra hasta yakınlarına tek oturumdan oluşan grup eğitimi verilmiştir. Hasta yakınlarına bipolar bozukluğun tanımı, belirtileri, kullanılan ilaçların etkileri ve yan etkileri hakkında araştırmacı tarafından hazırlanan sunum yapılmıştır. Eğitim sunumu yapılırken danışman ve klinik sorumlu hekim de eğitimin yapıldığı yerde bulunmuştur. Hasta yakınlarının katılımını artırmak için katılımcılara sorular yöneltilmiştir. Eğitim 2 saat sürmüş daha sonra hasta yakınlarının soruları yanıtlanmıştır.

Eğitim verildikten 2 hafta sonra aynı katılımcılara, telefon ile randevu verilmiş olup belirtilen tarih ve saatte WHOQOL-BREF, Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu son test uygulaması yapılmıştır. WHOQOL-BREF ölçeği son 2 hafta dikkate alarak cevaplanan bir ölçek olduğundan dolayı son test eğitimden 2 hafta sonra uygulanmıştır.

Çalışma ön test ve son test desenli tek gruplu deneysel bir çalışma olup, denekler tek grup halinde alınarak, 10 hasta yakınına eğitim verilmiştir. Bu uygulama hasta yakınlarının eğitim öncesi ve sonrası ölçek puan ortalamaları arasında fark olup

olmadığını saptamak amacı ile yapılmıştır.

Akış Şeması



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.

3.7. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri ve hesaplamaları için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik, standart sapma ve ortalama istatistikleri kullanılmıştır. Ön-son test karşılaştırmalarda Wilcoxon testi, gruplar arası karşılaştırmalarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye ise Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımsız Değişkenler

- Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu hastaya yakınlık durumu, gelir durumu, evde yaşayan kişi sayısı, bakım verme yılı, yardım alma durumu, yaşanılan sorunlar, hasta ile geçirilen vakit, bipolar bozukluk hakkında bilgi durumu,derneğe üye olma durumu).
- Hasta yakınlarının bipolar bozukluk ile ilgili bilgi durumu

3.8.2. Bağımlı Değişkenler

- WHOQOL-BREF ölçeği puanı
- Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Yakınlarının Hastalık ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Formu puanları

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmak üzere planlanmış olup hastanenin Ankara Bilkent Şehir Hastanesine taşınmış olması nedeni ile planlanan 20 hasta ve hasta yakınından sadece 10 tanesine ulaşılmıştır. Bu nedenle çalışmanın toplam 10 hasta yakını ile yapılmış ve hastalar çalışmaya dahil edilememiştir. Yüksek lisans süresinin sınırlı olması ve kurum izinlerinin uzun süre alması sebebiyle başka kurumlara izin yazıları yazılamamıştır. Örneklem grubundan hastaların çıkarılmış olması ve hasta yakınlarının sayısının düşürülmesi, çalışmanın önemli bir sınırlılığı olarak düşünülmektedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hasta yakınlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 10).

Özellikler	**n**	**(%)**
Cinsiyet		
Kadın	6	60.0
Erkek	4	40.0
Yaş		
30-39 yaş	3	30.0
40-49 yaş	2	20.0
50 yaş ve üzeri	5	50.0
Medeni Durum		
Evli	9	90.0
Bekar	1	10.0
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	5	50.0
Lise	4	40.0
Üniversite	1	10.0
Toplam	10	100

Tablo 4.1. (Devam). Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 10).

Tanıtıcı özellik	**n**	**(%)**
İş Durumu		
Çalışıyor	4	40.0
Çalışmıyor	3	30.0
Emekli	3	30.0
Gelir Durumu		
Gelir giderden fazla	2	20.0
Gelir giderine eşit	7	70.0
Gelir giderinden az	1	10.0
Hastaya Yakınlık Durumu		
Annesi	1	10.0
Babası	1	10.0
Eşi	1	10.0
Çocuğu	3	30.0
Kardeşi	4	40.0
Hastaya Bakım Verme Süresi		
1-5 yıl	4	40.0
6-10 yıl	4	40.0
10 yıl ve üzeri	2	20.0
Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma Durumu		
Evet	5	50.0
Hayır	5	50.0
Toplam	10	100

Tablo 4.1. (Devam). Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 10).

	n	(%)
Bipolar Bozukluk Hakkında Bilgi Durumu		
Evet	8	80.0
Hayır	2	20.0
Bipolar Bozukluk Hakkında Daha Önce Eğitim Alma Durumu		
Evet	4	40.0
Hayır	6	60.0
Ailede Başka Ruhsal Hastalığa Sahip Bireyin Varlığı		
Evet	4	40.0
Hayır	6	60.0
Bakım Verme Sürecinde Yaşanılan Duygusal Sorunlar		
Çaresizlik	1	10.0
Üzüntü	8	80.0
Yalnızlık	1	10.0
Toplam	10	100

Tablo 4.1. de hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hasta yakınlarının %60' ının kadın, %50' sinin 50 yaş ve üzeri, %9 ' unun evli olduğu, %50' sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %80'nin bipolar bozukluk hakkında bilgisi olduğu, %60'nın bipolar bozukluk hakkında eğitim almadığı, %40'nın ailesinde başka ruhsal bozukluğa sahip bireyler olduğu, %80'nin bakım verme sürecinde üzüntü yaşadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %40'nın çalıştığı, %70'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %40'nın hastanın kardeşi olduğu, %40'nın hastaya 1-5 yıl, %40'nın 6-10 yıl bakım verdiği, %50'sinin diğer aile üyelerinden yardım aldığı %50'sin yardım almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Hasta Yakınlarının WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (n=10).

	Eğitim Öncesi (n=10)		**Eğitim Sonrası (n=10)**		**Test Sonucu***	
Ölçeğin Alt Boyutları	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks)**	**Z**	**p**
Genel Sağlık	5.2±2.49	4(2-10)	7,2±1.48	6.5(6-10)	-2.5	**0.011**
Fiziksel Sağlık	21.1±4.72	20.5(14-32)	26.9±3.9	26.5(21-34)	-2.8	**0.005**
Psikolojik Sağlık	17.7±5.4	15.5(14-29)	22.6±3.84	21.5(18-30)	-2.81	**0.005**
Sosyal İlişkiler	8.6±3.13	7.5(6-15)	33,10±5,84	31(27-45)	-2.81	**0.005**
Çevre-Tr	26.9±7.52	24(21-41)	32,8±6	31(26-44)	-2.809	**0.005**
Bilgi Düzeyi	18±7.1	17.5(10-30)	58±6.7	60(45-70)	-2.814	**0.005**

*Wilcoxon testi

Tablo 4.2.'de hasta yakınlarının WHOQOL-BREF puan ortalamalarının dağılımında son test genel sağlık puanları, ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.011$). Hasta yakınlarının son test fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puan ortalamaları, ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.005$). Hasta yakınlarının son test bilgi düzeyi puan ortalamaları, ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.005$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hasta yakınlarının yaş özelliklerine göre WOQOL–BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verenin Yaşı						
Ölçeğin Alt Boyutları	**30-49 yaş (n=5)**		**50-60 yaş (n=5)**		**Test Sonucu***	
Eğim Öncesi	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Genel Sağlık	6.60±2.7	6(4-10)	3.8±1.1	4(2-5)	5	0.095
Fiziksel Sağlık	24.00±4.7	22(20-32)	18,2±2.7	18(14-21)	1.5	**0.021**
Psikolojik Sağlık	20.20±6.9	18(14-29)	15,2±1.3	15(14-17	8	0.332
Sosyal İlişkiler	10.60±3.4	10(7-15)	6.6±0.89	6(6-8)	2	**0.025**
Çevre-Tr	31.00±9.1	29(21-41)	22.8±1.3	23(21-24)	5,5	0.138
Bilgi Düzeyi	20.0±9.4	25(10-30)	16. ±15	15(10-20)	9	0.455
Eğitim Sonrası						
Genel sağlık	8.00±1,6	8(6-10)	6.4±0,89	6(6-8)	4,5	0.074
Fiziksel sağlık	29.00±3.7	29(25-34)	24.8±3,1	26(21-28	5.5	0.142
Psikolojik	23.80±5,1	23(18-30)	21.4±1,8	21(19-24)	10	0.601
Sosyal ilişkiler	35,60±7.5	35(27-45)	30.6±2,3	31(28-34)	8	0.346
Çevre-Tr	36,00±6,8	35(29-49)	29.6±31	31(26-33)	9	0.176
Bilgi Düzeyi	59.0±8,9	60(45-70)	57, ±60	60(50-60)	9.5	0.481

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.3. de görüldüğü gibi hasta yakınlarının genel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre puanlarının ön ve son test puan ortalamaları açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 30-49 yaş grubunda genel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. de görüldüğü gibi hasta yakınlarının sosyal ilişkiler puan ortalamaları 30-49 yaş grubunda anlamı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.025$). Hasta yakınlarının fiziksel sağlık ön test puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hasta yakınlarının son test genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemekle birlikte ($p>0.05$) puan ortalamalarının 30-49 yaş arasında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hasta yakınlarının yaş grupları arasındaki bilgi düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ($p>0.05$) 30-49 yaş arasında daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Hasta yakınlarının cinsiyet özelliklerine göre WOQOL–BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10**).**

Bakım Verenin Cinsiyeti						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Kadın (n=6)**		**Erkek (n=4)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Öncesi						
Genel Sağlık	5.0±2.4	4.5(2-9)	5.5±3	4(4-10)	12	1
Fiziksel Sağlık	19.83±3.5	20.5(14-24)	23.0±6.2	21(18-32)	9.5	0.591
Psikolojik Sağlık	17.67±4.3	16.5(14-26)	17.75±7.5	14(14-29)	7.5	0.322
Sosyal İlişkiler	8.0±2.9	6.5(6-13)	9.5±3.7	8(7-15)	6.5	0.232
Çevre-Tr	27.0±6.8	24(22-40)	26.75±9.6	22.5(21-41)	9	0.516
Bilgi Düzeyi	15.8±5.8	15(10-25)	21.3±8.5	22.5(10-30)	7	0.276

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.4.(**Devam).** Hasta yakınlarının cinsiyet özelliklerine göre WOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10**).**

Bakım Verenin Cinsiyeti						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Kadın (n=6)**		**Erkek (n=4)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.17±1.3	7(6-9)	7.25±1.9	6.5(6-10)	12	1
Fiziksel Sağlık	27.0±3.4	27.5(21-31)	26,75±5.1	25.5(22-34)	9.5	0.593
Psikolojik Sağlık	23.17±2.6	22.5(21-28)	21.75±5.6	19.5(18-30)	6	0.199
Sosyal İlişkiler	33.5±4.3	32.5(29-41)	32.5±8.4	29(27-45)	7	0.285
Çevre-Tr	33.17±5.1	32(27-42)	32.25±8.02	29.5(26-44)	8	0.392
Bilgi Düzeyi	60±6.3	60(50-70)	55.0±7.1	57.5(45-60)	7	0.231

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.4 de hasta yakınlarının cinsiyetler arasında puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.5. Hasta yakınlarının çalışma durumuna göre WOQOL -BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verenin Çalışma Durumu						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Çalışıyor (n=4)**		**Çalışmıyor (n=6)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim öncesi						
Genel Sağlık	7.25±2.8	7.5(4-10)	3.83±0.98	4(2-5)	3	**0.041**
Fiziksel Sağlık	24.5±5.3	23(20-32)	18.83±2.9	19(14-22)	3	0.053
Psikolojik Sağlık	21.75±6.9	22(14-29)	15.0±1.3	14.5(14-17)	4.5	0.099
Sosyal İlişkiler	11.25±3.5	11.5(7-15)	6.83±0.98	6.5(6-8)	2.5	**0.039**
Çevre-Tr	32.75±9.5	34.5(21-41)	23.0±1.3	23.5(21-24)	5.5	0.159
Bilgi Düzeyi	22.5±8.7	25(10-30)	15.0±4.5	15(10-20)	5	0.127
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	8.5±1.3	8.5(7-10)	6.33±0.82	6(6-8)	1.5	**0.017**
Fiziksel Sağlık	29.75±3.8	30(25-34)	25.0±2.8	26(21-28)	4	0.087
Psikolojik Sağlık	25.25±4.6	25.5(20-30)	20.83±2.1	21(18-24)	5	0.134
Sosyal İlişkiler	37.75±6.6	38(30-45)	30.0±2.5	30(27-34)	3	0.054
Çevre-Tr	37.5±6.9	38.5(29-44)	29.67±2.7	30.5(26-33)	4	0.087
Bilgi Düzeyi	58.8±10.3	60(45-70)	57.5±4.2	60(50-60)	10	0.631

*Mann-Whitney U testi

Tablo 4.5.' de hasta yakınlarının çalışma durumuna göre genel sağlık ön ve son test puan ortalamaları çalışanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.041$). Hasta yakınlarının sosyal ilişkiler ön test puan ortalamaları çalışanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.039$). Diğer puan türleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre WOQOL -BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verenin Eğitim Düzeyi						
Ölçeğin Alt Boyutları	**İlkokul (n=4)**		**Lise-Üniversite (n=5)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Öncesi						
Genel Sağlık	4.0±1.4	4(2-6)	6.4±2.9	5(4-10)	9	0.147
Fiziksel Sağlık	19.0±3.2	20(14-22)	23.2±5.4	22(18-32)	6.5	0.206
Psikolojik Sağlık	15.8±1.8	16(14-18)	19.6±7.3	15(14-29)	11	0.746
Sosyal İlişkiler	7.4±1.7	7(6-10)	9.8±3.9	8(6-15)	8	0.338
Çevre-Tr	23.8±3.1	23(21-29)	30.0±9.7	24(21-41)	7.5	0.289
Bilgi Düzeyi	14. ±4.2	15(10-20)	22.0 ±7.6	25(10-30)	4.5	0.088

Tablo 4.6.(Devam). Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre WOQOL -BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verenin Eğitim Düzeyi						
Ölçeğin Alt Boyutları	**İlkokul (n=5)**		**Lise-Ünivesite (n=5)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	6.4±0.89	6(6-8)	8.0±1.6	8(6-10)	4.5	0.074
Fiziksel Sağlık	25.8±4.2	27(21-31)	28.0±3.7	26(25-34)	10	0.601
Psikolojik Sağlık	21.6±1.95	21(19-24)	23.6±5.2	22(18-30)	11	0.753
Sosyal İlişkiler	31.4±3.1	31(28-35)	34.8±7.8	31(27-45)	10.5	0.675
Çevre-Tr	30.0±3.6	31(26-35)	35.6±6.9	33(29-44)	7	0.249
Bilgi Düzeyi	57.0±4.5	60(50-60)	59.0±6.8	60(45-70)	9.5	0.481

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.6.'de hasta yakınlarının eğitim grupları arasında puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo4.6).

Tablo 4.7. Hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumuna göre WOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Hasta Yakının Hastaya Yakınlık Durumu						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Kardeş-Anne-Baba (n=6)**		**Eş-Çocuk (n=4)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim öncesi						
Genel Sağlık	5.5±3.2	4(2-10)	4.75±0.96	4,5(4-6)	11	0.821
Fiziksel Sağlık	21.33±6.2	20(14-32)	20.75±1.9	21.5(18-22)	10.5	0.747
Psikolojik Sağlık	18.83±6.8	15(14-29)	16.0±1.8	16(14-18)	11.2	0.912
Sosyal İlişkiler	9.17±3,9	7.5(6-15)	7.75±1.7	7,5(6-10)	11	0.828
Çevre Tr	28.0±9.7	22.5(21-41)	25.25±2.5	24(24-29)	8	0.386
Bilgi Düzeyi	20.8±7.4	22.5(10-30)	13.8±4.8	12.5(10-20)	5	0.127
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.33±1.8	6,5(6-10)	7.0±1.2	7(6-8)	11	0.819
Fiziksel Sağlık	26.33±4.8	26(21-34)	27.75±2.4	27(26-31)	9	0.521
Psikolojik Sağlık	23.17±4.6	21(19-30)	21.75±2.6	22,5(18-24)	12	1
Sosyal İlişkiler	34.0±7.2	30.5(28-45)	31.75±3.6	32,5(27-35)	11.5	0.915
Çevre-Tr	33.17±7.8	30(26-44)	32.25±2.2	32(30-35)	9.5	0.593
Bilgi Düzeyi	56.7±9,8	57.5(45-70)	60.0±0	60(60-60)	8	0.337

***Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.7.'de hasta yakınlarının hastaya yakınlık grupları arasında puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte (p>0.05) eğitim sonrası WHOQL-BREF ve bilgi düzeyleri puanlarında artış olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hasta yakınlarının evde yaşayan kişi sayısı durumuna göre WOQOL – BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Evde Yaşayan Kişi Sayısı						
Ölçeğin Alt Boyutları	**1-2 Kişi (n=4)**		**3 kişi ve üzeri (n=6)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim öncesi						
Genel Sağlık	6.25±3.9	6.5(2-10)	4.50±.84	4(4-6)	10	0.649
Fiziksel Sağlık	22.50±7.6	22(14-32)	20.17±1.8	20.5(18-22)	9.5	0.591
Psikolojik Sağlık	21.25±7.4	21(14-29)	15.33±1.8	14.5(14-18)	6.5	0.226
Sosyal İlişkiler	10.00±4.6	9.5(6-15)	7.67±1.4	7.5(6-10)	11	0.828
Çevre Tr	31.50±10.4	31.5(22-41)	23.83±2.9	24(21-29)	8	0.386
İlaç Bilgi Düzeyi	18.8±7.5	20(10-25)	17.5±7.6	17.5(10-30)	10.5	0.764

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.8. (Devam) Hasta yakınlarının evde yaşayan kişi sayısı durumuna göre WOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Evde Yaşayan Kişi Sayısı						
Ölçeğin Alt Boyutları	**1-2 Kişi (n=4)**		**3 kişi ve üzeri (n=6)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.75±2.1	7.5(6-10)	6.83±.98	6.5(6-8)	9	0.494
Fiziksel Sağlık	27.75±5.4	28(21-34)	26.33±3.1	26(22-31)	9	0.521
Psikolojik Sağlık	25.00±4.7	24.5(21-30)	21.00±2.4	21(18-24)	6	0.198
Sosyal İlişkiler	36.50±7.7	36(29-45)	30.83±3.2	30,5(27-35)	6.5	0.241
Çevre-Tr	36.00±8.3	36.5(27-44)	30.67±3.1	30.5(26-35)	7.5	0.336
Bilgi Düzeyi	56.3±11.1	55(45-70)	59.2±2	60(55-60)	9.5	0.548

*Mann-Whitney U Testi

Tablo (4.8.)' de hasta yakınlarının evde yaşayan kişi sayısına göre genel sağlık ön ve son test puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evde yaşayan kişi sayısı 1-2 kişi grubundaki WHOQL-BREF puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hasta yakınlarının fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ön ve son test puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evde yaşayan kişi sayısı 1-2 kişi grubundaki WHOQL-BREF puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İlaç bilgi düzeyleri ön ve son test puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>0.05). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evde yaşayan kişi sayısı 1-2 kişi grubunda WHOQL-BREF puan ortalamaları daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Hasta yakınlarının bakım verme sürelerine göre WHOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verme Süresi						
Ölçeğin Alt Boyutları	**1-5 Yıl (n=4)**		**6 Yıl ve Üzeri (n=6)**		**Test İstatistiği***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**P**
Eğitim öncesi						
Genel Sağlık	5.5±2.4	4.5(4-9)	5.0±2.8	4(2-10)	10	0.649
Fiziksel Sağlık	20.75±2.5	20.5(18-24)	21.33±6.02	21(14-32)	12	1
Psikolojik Sağlık	18.5±5.1	16.5(15-26)	17.17±6.01	14(14-29)	7	0.271
Sosyal İlişkileri	8.0±3.4	6.5(6-13)	9.0±3.2	8(6-15)	7.5	0.328
Çevre-Tr	27.75±8.2	24(23-40)	26.33±7.8	23(21-41)	9	0.516
Bilgi Düzeyi	17.5±6.5	17.5(10-25)	18.3±8.2	17.5(10-30)	11.5	0.913

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.9. (Devam) Hasta yakınlarının bakım verme sürelerine göre WHOQOL – BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verme Süresi						
Ölçeğin Alt Boyutları	**1-5 Yıl (n=4)**		**6 Yıl ve Üzeri (n=6)**		**Test İstatistiği***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Genel Sağlık	7.25±1.5	7(6-9)	7.17±1.6	6.5(6-10)	11.5	0.909
Fiziksel Sağlık	27.5±1.3	27.5(26-29)	26.5±5.1	25.5(21-34)	8.5	0.454
Psikolojik Sağlık	23.75±3.1	23(21-28)	21.83±4.4	20.5(18-30)	6.5	0.241
Sosyal İlişkiler	34.25±4.7	32.5(31-41)	32.33±6.8	29.5(27-45)	7	0.285
Çevre-Tr	27.75±8.2	24(23-40)	26.33±7.8	23(21-41)	9	0.516
Bilgi Düzeyi	60.0±8.2	60(50-70)	56,7±6.1	60(45-60)	9	0.471

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.9.'de hasta yakınlarının bakım verme süreleri arasında WHOQOL–BREF puanlar açısında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Hasta yakınlarının diğer aile üyelerinden yardım alma durumlarına göre WOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Hasta Yakınlarının Yardım Alma Durumu						
Ölçeklerin Alt Boyutu	**Evet (n=5)**		**Hayır (n=5)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Öncesi						
Genel Sağlık	6.2±3.4	6(2-10)	4.2±0.45	4(4-5)	8	0.316
Fiziksel Sağlık	22.4±6.5	22(14-32)	19.8±1.8	20(18-22)	8	0.343
Psikolojik Sağlık	20.6±6.5	18(14-29)	14.8±1.3	14(14-17)	4.5	0.085
Sosyal İlişkiler	10.0±4.1	10(6-15)	7.2±0.84	7(6-8)	9	0.456
Çevre-Tr	31.0±9.1	29(22-41)	22.8±1.6	24(21-24)	6	0.168
Bilgi Düzeyi	17.0±7.6	15(10-55)	19.0±7.4	20(10-30)	10.5	0.669
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.8±1.8	8(6-10)	6.6±0.89	6(6-8)	7.5	0.264
Fiziksel Sağlık	28.4±4.9	29(21-34)	25.4±2.2	26(22-28)	6	0.173
Psikolojik Sağlık	24.6±4.2	23(21-30)	20.6±2.4	20(18-24)	5	0.116
Sosyal İlişkiler	36.2±6.7	35(29-45)	30.0±2.7	30(27-34)	4.5	0.094
Çevre-Tr	35.8±7.2	35(24-44)	29.8±2.6	30(26-33)	5.5	0.142
Bilgi Düzeyi	57.0±9.7	60(45-70)	59.0±2.2	60(55-60)	11	0.724

*Mann-Whitney U testi

Tablo 4.10.’ da hasta yakınlarının yardım alanlarla almayanlar arasında WHOQOL–BREF puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.11. Hasta yakınlarının hastaya ayırdıkları süre durumlarına göre WOQOL – BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verenin Hastaya Ayırdığı Süre						
Ölçeğin Alt Boyutları	**1-2 saat (n=4)**		**3-6 saat (n=6)**		**Test İstatistiği**	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Öncesi						
Genel Sağlık	5.25±2.9	5(2-9)	5.17±2.4	4(4-10)	12	1
Fiziksel Sağlık	20.5±4.4	22(14-24)	21.5±5.3	20(18-32)	9	0.519
Psikolojik Sağlık	18.0±5.7	16(14-26)	17.5±5.8	15,5(14-29)	12	1
Sosyal İlişkiler	9.25±2.9	9(6-13)	8.17±3.4	7(6-15)	8.5	0.447
Çevre-Tr	28.75±8.1	26.5(22-40)	25.67±7.6	23.5(21-41)	8	0.386
Bilgi Düzeyi	15.0±7.1	12.5(10.25)	20.0±7.1	20(10-30)	7	0.276

Mann-Whitney U testi

Tablo 4.11. (Devam) Hasta yakınlarının hastaya ayırdıkları süre durumlarına göre WOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bakım Verenin Hastaya Ayırdığı Süre						
Ölçeğin Alt Boyutları	**1-2 saat (n=4)**		**3-6 saat (n=6)**		**Test İstatistiği**	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.25±1.5	7(6-9)	7.17±1.6	6.5(6-10)	11.5	0.909
Fiziksel Sağlık	26.75±4.4	27.5(21-31)	27.0±4	26.5(22-34)	11.5	0.915
Psikolojik Sağlık	22.5±4.2	22(18-28)	22.67±3.9	21.5(19-30)	11.5	0.915
Sosyal İlişkiler	33.0±6.3	32(27-41)	33.17±6.1	31(28-45)	11	0.831
Çevre-Tr	33.5±6.6	32.5(27-42)	32.33±6.29	31(26-44)	11	0.831
Bilgi Düzeyi	62.5±5	60(60-70)	55.0±6.3	57.5(45-60)	4.5	0.072

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.11.'de hasta yakınlarının hastaya ayırdıkları süre arasındaki WHOQOL-BREF puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Hasta yakınlarının ailesinde başka ruhsal hastalığın varlığı durumlarına göre WOQOL –BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Varlığı						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Evet (n=4)**		**Hayır (n=6)**		**Test Sonucu***	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim öncesi						
Genel Sağlık	5.5±3.4	5(2-10)	5.0±2	4(4-9)	11	0.821
Fiziksel Sağlık	22.0±7.5	21(14-32)	20.5±2.4	20.5(18-24)	11	0.831
Psikolojik Sağlık	19.25±6.7	17(14-29)	16.67±4.7	14.5(14-26)	7.5	0.322
Sosyal İlişkiler	9.25±4.3	8(6-15)	8.17±2.5	7.5(6-13)	12	1
Çevre-Tr	28.75±8.7	26(22-41)	25.67±7.2	24(21-40)	9	0.516
Bilgi Düzeyi	15.0±7.1	12.5(10-25)	20.0±7.1	20(10-30)	7	0.276
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.5±1.9	7(6-10)	7.0±1.3	6.5(6-9)	10.5	0.732
Fiziksel Sağlık	28.25±5.6	29(21-34)	26.0±2.5	26(22-29)	8	0.392
Psikolojik Sağlık	23.75±4.3	22(21-30)	21.83±3.7	21(18-28)	8	0.392
Sosyal İlişkiler	35.0±7.1	33(29-45)	31.83±5.1	30.5(27-41)	7.5	0.336
Çevre-Tr	34.25±7.3	33(27-44)	31.83±5.5	30.5(26-42)	8.5	0.454
Bilgi Düzeyi	53.8±7.5	55(45-60)	60.8±4.9	60(55-70)	6	0.151

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.12.'de hasta yakınlarının ailelerinde ruhsal hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında WHOQOL–BREF puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.13. Hasta yakınlarının bipolar bozukluk hakkında bilgi alma durumlarına göre WHOQOL–BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10)**.**

Bipolar Bozukluk Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Evet (n=6)**		**Hayır (n=4)**		**Test Sonucu**	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim öncesi						
Genel Sağlık	5.0±2.8	4(2-10)	5.5±2.4	4.5(4-9)	10	0.649
Fiziksel Sağlık	21.67±5.9	21(14-32)	20.25±2.9	19.5(18-24)	10	0.667
Psikolojik Sağlık	17.50±5.9	15(14-29)	18.0±5.5	16(14-26)	10.5	0.741
Sosyal İlişkiler	8.67±3.4	7.5(6-15)	8.5±3.1	7.5(6-13)	12	1
Çevre-Tr	26.67±7.6	23.5(21-41)	27.25±8.6	24(21-40)	11.5	0.914
Bilgi Düzeyi	16.7±8.8	12.5(10-30)	20.0±4.1	20(15-25)	8	0.383

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.13. (Devam). Hasta yakınlarının bipolar bozukluk hakkında bilgi alma durumlarına göre WHOQOL–BREF puan ortalamalarının dağılımı (n=10).

Bipolar Bozukluk Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Ölçeğin Alt Boyutları	**Evet (n=6)**		**Hayır (n=4)**		**Test Sonucu**	
	X±SS	**Med. (Min.-Maks.)**	**X±SS**	**Med. (Min.-Maks.)**	**Z**	**p**
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	7.17±1.6	6.5(6-10)	7.25±1.5	7(6-9)	11.5	0.909
Fiziksel Sağlık	27.33±4.6	26.5(21-34)	26.25±3.1	27(22-29)	11.5	0.915
Psikolojik Sağlık	22.17±4.8	21(18-30)	23.25±3.8	23(19-28)	9	0.521
Sosyal İlişkiler	32.83±6.5	30.5(27-45)	33.5±5.6	32.5(28-41)	10.5	0.748
Çevre-Tr	32.67±6.2	30.5(27-44)	33.0±6.7	32(26-42)	11.5	0.915
Bilgi Düzeyi	55.8±6.5	60(45-60)	61.3±6.3	60(55-70)	8	0.337

*Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.13.’ de hasta yakınlarından bipolar bozukluk ile ilgili bilgi alanlar ile almayanlar arasında WHOQL-BREF puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Hasta yakınlarının ilaç bilgi düzeyleri ve WHOQOL-BREF puan ortalamaları arasındaki ilişki**.**

Eğitim Öncesi		Bilgi Düzeyi	Genel Sağlık	Fiziksel Sağlık	Psikolojik Sağlık	Sosyal ilişkiler
Genel Sağlık	r*	0.431				
	p	0.213				
Fiziksel sağlık	r*	0.286	0.878**			
	p	0.423	**0.001**			
Psikolojik sağlık	r*	0.386	0.949**	0.855**		
	p	0.271	**<0,001**	**0.002**		
Sosyal ilişkiler	r*	0.382	0.939**	0.873**	0.932**	
	p	0.276	**<0,001**	**0.001**	**<0,001**	
Çevre-Tr	r*	0.337	0.958**	0.826**	0.979**	0.946**
	p	0.341	**<0,001**	**0.003**	**<0,001**	**<0,001**
Eğitim Sonrası						
Genel Sağlık	r*	-0.067				
	p	0.854				
Fiziksel sağlık	r*	-0.262	0.757*			
	p	0.465	**0.011**			
Psikolojik Sağlık	r*	-0.099	0.840**	0.770**		
	p	0.786	0.**002**	0.**009**		
Sosyal ilişkiler	r*	-0.149	0.874**	0.840**	0.984**	
	p	0.680	**0.001**	**0.002**	**<0,001**	
Çevre-Tr	r*	-0.066	0.922**	0.869**	0.919**	0.949**
	p	0.856	**<0.001**	**0.001**	**<0.001**	**<0.001**

*Spearman Korelasyon

Tablo 4.14.'de hasta yakınlarının ilaç bilgi düzeyleri ve WHOQL-BREF puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup (p>0.05) WHOQL-BREF ölçeğinin tüm alt boyutları ile genel sağlık puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hasta yakınlarının, fiziksel sağlık puanları arttıkça genel sağlık puanları artmaktadır (r=0.878, p=0,001). Psikolojik sağlık puanları arttıkça, genel sağlık (r=0.949, p<0.001) ve fiziksel sağlık puanları (r=0.855, p=0.002) artmaktadır. Sosyal ilişkiler puanları arttıkça genel sağlık (0.939, p=<0.001), psikolojik sağlık (r=0.932 p<0.001), fiziksel sağlık (r=0.873, p=0.001) puanları arttığı bulunmuştur (Tablo 4.14.).

5. TARTIŞMA

Bireylerin ve ailelerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık halinde iyileştirilmesi ve sağlıklı davranışların kazandırılmasına yönelik olarak planlı biçimde eğitim vermek, hemşireliğin en temel ve çağdaş rollerinden biridir (24). Hasta ve hasta yakınlarına hastalık ile ilgili doğru bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması, baş etme yollarının öğretilmesi, iletişim ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi için kapsamlı bir eğitim programının planlanması ve uygulanmasının önemli olduğu bildirilmiştir (115). Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı almış hastaların yakınlarına hastalık, tedavi, ilaç etkileri ve ilaç yan etkileri konusunda eğitim verilmiş olup hasta yakınlarının eğitim sonrası yaşam kaliteleri, hastalık ve ilaç konusundaki bilgi düzeyleri araştırılmıştır.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının %60'ı kadın ve yaş ortalamaları 46.6±10.3 arasındadır Tablo (4.1). Tel ve ark. (2000) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericileri ile yaptığı çalışmada primer bakım vericilerin %60'nın kadın olduğu bulunmuştur (126). Cinsiyet dağılımındaki bu farkın literatür ile uyumlu olarak kadınların bakım verici rolünde daha etkin oldukları nedeni ile olduğu düşünülmüştür. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyete göre WHOQOL-BREF puan ortalamalarına bakıldığında anlamlı olmamakla birlikte erkeklerin fiziksel ve sosyal alanda yaşam kalitesi puanlarının kadınlara oranla yüksek olduğu saptamıştır (Bkz. Tablo 4.3.).

Bu çalışmada bakım verenlerin eğitim durumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye bakıldığında sonuçlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte, ilkokul mezunu hasta yakınlarının, genel sağlık puan ortalamalarının 6.4±0.89, lise ve üniversite mezunu hasta yakınlarının genel sağlık puan ortalamalarının 8.0±1.68, ilkokul mezunu hasta yakınlarının sosyal alan puanları 7.4±1.7, lise ve üniversite mezunlarının sosyal alan puanlarının 9.8±3.9 olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5.). Çoban ve ark. (2013) yaptığı çalışmada da bipolar bozukluk tanısı olan hastaların bakım verenlerinde eğitim durumu azaldıkça yaşam kalitesinin bozulduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan sonuç çalışmamızla aynı doğrultudadır. Hasta yakınlarının eğitim durumlarının yüksek olması ile yaşam

kalitelerinin yüksek olmasının nedeni hastalık ve tedavisi konusunda daha fazla bilgiye sahip olmaları nedeni ile olabileceği düşünülmektedir.

Bipolar bozukluğa sahip hasta yakınlarının bakım verme sürecinde yaşadıkları sorunlara bakıldığında, hasta yakınlarının bakım verme sürecinde en çok duygusal açıdan sorun yaşadıkları, %80'nin üzüldüğü, %10'nun çaresizlik hissettiği, %10'nun yalnızlık hissettiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.). Cook ve ark. (1994) yaptığı çalışmada hastaya bakım verme süresindeki artışın duygusal tükenmeyi arttırdığı tespit edilmiştir. Bu bulgu literatür ile uyumludur. Hasta yakınlarının yaşadığı üzüntü, çaresizlik, yalnızlık gibi duygusal sorunların hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları dolayısıyla hastanın tedavisi konusunda yapabileceklerinin sınırlı olduğunu varsaymalarından kaynaklandığı düşülmektedir.

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği ve bozulduğu ortaya konmuştur (99,125). Çalışmaya katılan hasta yakınlarının eğitim öncesi WHOQOL-BREF puan ortalamaları incelendiğinde hasta yakınlarının WHOQOL-BREF puanlarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2.). Çoban ve ark.'nın (2013) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleri ile yaptığı çalışmada 53 bakım verenin yaşam kalitesi araştırılmış ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Bipolar bozukluğa sahip hasta yakınlarının, hastalık ve tedavi süreci gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmamaları hastanın tedavi sürecini olumsuz yönde etkilediği gibi kronik hastalığa sahip bireylerin bakım verme sürecinden sorumlu kişilerin de yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (112). Hasta yakınlarının eğitim sonrası fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal alan ve çevre alan puan ortalamaları eğitim öncesi puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.2). Yapılan literatür çalışmalarında konumuzla ile ilgi çalışmalara rastlanmamış olup hasta yakınlarına verilen eğitimlerin psikoeğitimlerle verildiği bulunmuştur. Kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisinde, aileyi tedavi sürecine dahil etmenin önemli olduğu, ailelere yönelik yapılan aile müdahalelerin bakım verenlerin yaşam kalitesi açısından olumlu olduğu bildirilmektedir. Aile müdahaleleri ile hasta yakınlarının bakımda yaşadıkları sorunların azaldığı ve stresle baş edebildikleri saptanmıştır (117, 118).

Hasta yakınlarının WHOQOL-BREF genel sağlık ön ve son test puan ortalamaları çalışanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5) Bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenlerinin çalışma durumu ve yaşam kalitesini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak, inmeli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada, çalışmayan bakım vericilerin yaşam kalitesi puanları düşük çıkmıştır (127). Çalışmayan hasta yakınlarının işsiz olması, hasta ile daha çok zaman geçiyor olması ve bakım yükünün fazla olması nedeni ile çalışmayan hasta yakınlarının WHOQOL-BREF puan ortalamalarının düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının WHOQOL-BREF ölçeğine göre verilen eğitim sonrası son test psikolojik sağlık puan ortalamaları ön teste göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının WHOQOL-BREF puan ortalamalarının dağılımı, son test genel sağlık puanları ön teste göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo. 4.2.). Bipolar bozukluk tanısı almış hastalara bakım verenlerin bilgi gereksinimlerinin en çok hastalık, hastalık belirtisi ilaçlar ve ilaçların yan etkileri, tedavi süreci, sosyal ilişkiler, stresle baş etme gibi konularda olduğu görülmektedir (123). Kurdal' ın (2011) bipolar bozukluğu olan bireyler ve aileleleri ile yaptığı çalışmada psikoeğitimin baş etme becerilerini geliştirdiği tespit edilmiştir. Çıkan sonuçla aynı doğrultuda çalışmamızda hasta yakınlarına verilen eğitim sonrası psikolojik sağlık puan ortalamalarının yüksek çıkması, hasta yakınlarının stresle baş etme becerilerini geliştirdiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının, hastanın bakımı konusunda yardım alma durumlarına bakıldığında puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, destek alan hasta yakınlarının genel sağlık ortalamaları 6.2±3.4, yardım almayan hasta yakınlarının genel sağlık ortalamalarının 4.2±0.45 olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.10.). Yapılan çalışmalar bakım verenin yükünün artması ve herhangi bir desteğin olmamasının, bakım verenin ruh sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (121, 122). Çalışmanın sonucunda hasta yakınlarının bakım konusunda yardım alanların ve almayanların fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte yardım alan hasta yakınlarının puan ortalamaları yüksek çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.10.).

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanısı almış hasta yakınlarının bakım verme sürelerinin yaşam kaliteleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, hastaya 6 yıl ve üzeri bakım veren hasta yakınlarının genel sağlık puan ortalamaları ve psikolojik sağlık puan ortalamaları, 1-5 yıl bakım veren hasta yakınlarının genel sağlık ve psikolojik sağlık puan ortalamalarından düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.9). Çoban ve ark. (2013) bipolar bozukluğa sahip hastalara bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin incelendiği çalışmada bakım verenlerin %90,8'inin ruhsal açıdan etkilendiklerini, uzun süre bakım verme ve yaşın artması ile birlikte bireylerin tükenmişlik yaşamasına neden olduğu belirtilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Araştırma Sonuçları

Araştırmaya psikiyatri polikliniğine başvuran 10 hastanın yakını katılmıştır. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %60'ını kadın, %50'sını 50 yaş ve üzeri, %90'ını evli, %50'sini ilkokul düzeyinde eğitim almış, %60' ını herhangi bir işte çalışmayan, %40'nı hastanın kardeşi oluşturmaktadır. Hasta yakınlarının bakım sürecinde yaşadığı sorunların tamamı duygusal sorunlar olup bakım sürecinde %80'inin üzüldüğünü, %10'unun çaresiz hissettiği %10' yalnız hissettiği bulunmuştur. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %50'si bakım sürecinde diğer aile üyelerinden yardım almadığını, %80'i bipolar bozukluk hakkında bilgi sahibi olduğunu, %60'i bipolar bozukluk hakkında herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınlarının WHOQOL-BREF puan ortalamalarına bakıldığında eğitim sonrası genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal alan puanları, eğitim öncesi puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.1.).

Hasta yakınlarının hastalık ve tedavi konusundaki bilgi düzeyleri puan ortalamaları eğitim öncesi 18±7.1, eğitim sonrası 58±6.7 olarak bulunmuş olup eğitim sonrası hastalık ve tedavi bilgi düzeyleri eğitim sonrası hastalık ve tedavi bilgi düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.).

Çalışmada hasta yakınlarının, cinsiyet, medeni durum, diğer aile üyelerinden yardım alma durumları, hastalara yakınlık durumlarının yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınları ile ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmaların yetersiz olduğu, hasta ailelerine verilen eğitimlerin çoğunlukla psikoeğitimler ile grup eğitimleri şeklinde yapıldığı görülmüştür. Psikoeğitimlerin hastaların tedavi uyumunu arttırdığı, hastaneye yatışları azalttığı, aynı zamanda hasta yakınlarının da psikoeğitime dahil edilerek hastalık ve tedavi konusunda bilgi düzeylerinin arttığı dolaylı olarak hasta yakınlarının yaşam kalitelerini yükselttiği

sonucu ortaya çıkmıştır.

6.2. Elde Edilen Sonuçlar Doğrultusunda Öneriler

Psikiyatri hemşirelerinin, tedavi sürecine hasta yakınlarını da dahil etmesi,

Hasta yakınlarının eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, hasta yakınlarının ihtiyaçları doğrultusunda eğitimler planlanması ve eğitimlerin uygulanması,

Psikiyatri kliniklerinde hemşireler tarafından hastaya tanı konulduktan sonra, hasta hastaneye yattığında, hemşire hasta yakını ile karşılaştığı ilk anda eğitim planları oluşturulması,

Randomize kontrollü kanıta dayalı çalışmalar yapılması,

Bu konuya yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The Epidemiology of Bipolar Disorder: Sociodemographic, Disability and Service Utilization Data From the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders, *Bipolar Disord*, 2005, 7(4): 326-37.

2. Have M, Volleburgh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar Disorder in The General Population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilization): Results From The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord*, 2002, 68 (2-3): 203-13.

3. Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P, Bowden CL, Barratt ES, Soares JC. Trait İmpulsivity in Patients With Mood Disorders. *J Affect Disord*, 2007, 100: 227–231.

4. Merikangas, K.R, Jin R, He J.P, Kessler R.C,Lee S, Sampson N.A, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative, *Archives of general psychiatry,* 2011, 68(3): 241-251.

5. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. "Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication", *Arch Gen Psychiatry* 2007, 64(5): 543- 552.

6. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder, *Biological Psychiatry*, 2000, 48(6): 445-457.

7. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 105:164-72.

8. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Basım, Ankara, Nobel Tıp

Kitapevleri, 2011: 371-374.

9. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 10. Basım, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 394-403.

10. Saunders JC. Families Living With Severe Mental İllness: A Literature Review. *Issues Ment Health Nurs*, 2003, 24:175-198.

11. Sajatovic M, Chen, P, Dines P, Shirley E.R. Psychoeducational Approaches to Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder, *Dis Mofioge Health Outcomes*., 2007a, (15)3: 181–192.

12. Mason C. Non-Attendance at Out-Patient Clinics: a Case Study, *J Adv Nurs* 1992, 17: 554- 60.

13. Duyan V. Sosyal Grup Çalışması Uygulamasının Ortopedi Hastalarının Kişisel ve Sosyal Uyum Düzeyine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1997.

14. Meriç M. Anksiyolotik ve Antidepresan Kullanan Bireylerin Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: GATA, 2006.

15. Pompili M. et al., Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert review of neurotherapeutics*, 2009,9 (7): 985-1004.

16. Riley W, Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, Safren S, Lewis-Fernandez R, Weiden P, Ogedegbe, G. Adherence to psychiatric treatments. *CML Psychiatry*, 2009, 20 (4): 89-96.

17. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health*, 2009, 12:118-123.

18. Akçin E. Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Hemşire Etkinlikleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2000.

19. Chien WT 1, Kam CW, Lee IF. An Assessment of the Patients' Needs in mental health education. *J Adv Nurs*, 2001, 34(3): 304-11

20. Tel H, Terakye H. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 2000, 1(3): 133-142.

21. Holmes AM, Deb P. The Effect of Chronic İllness on The Psychological Health of Family Members, *J Ment Health Policy Econ* 2003, (6):13-22.

22. Dixon, L, Lyles A, Scott J, Lehman A, Postrado L, Goldman, H, McGlynn E. Services to families of adults with schizophrenia: From treatment recommendations to dissemination. *Psychiatric Services*, 1999, 50(2), 233–238

23. Solomon P. Families' views of service delivery: An empirical assessment. In H. P. Lefley & M. Wasow (Eds.), *Helping families cope with mental illness* 1994: 259–274.

24. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, 1. Baskı. İstanbul, Alaş Ofset, 1999:372–399.

25. Oflaz F. Psikiyatrik Hastaların Eşlerinin Psikososyal Güçlükleri ve Stresle Baş Etme Yollarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: GATA, 1995.

26. Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam*, 2003, 16(1): 39-45.

27. Yıldız M. Psikiyatri uygulamalarında hasta ve aile eğitimi. Anadolu *Psikiyatri Dergisi* 2009, 10(2):16-7.

28. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005, 7(1): 25-32.

29. DSM-5 Update, American Psychiatric Association Publishing, August, 2015.

30. Ozerdem A, Tunca Z, Kaya N. The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *J Affect Disord* 2001, 64:27–34.

31. Tsai SY, Kuo Cj, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicid in BPB. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63(6):469-76.

32. Baldessarini RJ, Perry R, Pike J. Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients, *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 2008, 23(2):95-105.

33. Uğur M. Ü.C.T.F.S. Tıp, and E. Etkinlikleri, *Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar,* STE sempozyum dizisi İstanbul, 2008. 62: 59-84.

34. Angst J, Marneros A. *Bipolarity From Ancient to Modern Times*: Conception, Birth and Rebirth, *J Affect Disord*, 2001, 67 (1-3): 3-19.

35. Oral T. *İki Uçlu Bozukluk*, İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002:441-503.

36. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive İllness. New York: Oxford University, 1990.

37. Goodwin FK, Jamison KR.(Introduction) ManicDepressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd Edition. Goodwin FK, Jamison KR. Oxford University Press, 2007.

38. Sadock BJ, Sadock VA. *Sadock &Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8.baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.

39. Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig, McKeon P, Mynett-Johnson L, Henry C, Leboyer M. Age at Onset in Bipolar I Affective Disorder: Further Evidence for Three Subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160(5):999–1001.

40. Özcan S, Abay E. Bipolar bozukluğun genetiği. *Anadolu Psikiyatri Dergis*i 2004, 5:163-178.

41. Cardno AG, Marshall EJ, Coid B, Macdonald AM, Ribchester TR, Davies NJ, et al. Heritability Estimates for Psychotic Disorders: the Maudsley Twin Psychosis Series. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:162–168.

42. Gültekin BK, Günderci A, Balcı MV, Kökcü F, Gedikbaş C, Özcan ME. Duygudurum bozukluğu tanısı ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: bir ön bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2008, 18:183-188.

43. Işık, E. *Duygudurum Bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, İntihar,* 1. Baskı, Ankara, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003: 382-96.

44. Turhan, N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.

45. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ. Caute Trytophan Depletion in Bipolar Disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 2000, 12(3): 69-72.

46 Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2006, 2:199- 235.

47. Kaplan H, Saddock B. *Bipolar Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7. Baskı, 2000: 1284- 1289.

48. Grunze A, Meisenzahl E, Grunze H. Neuroimaging of bipolar disorders. *Fortschr*

Neurol Psychiatr, 2013, 81(1):17-21.

49. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 386-387.

50. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, Turecki G. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2015,49:785-802.

51. Köroğlu E. *PsikoNozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*; 1. Baskı. Ankara Hekimler Yayın Birliği, 2004: 311-319.

52. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları,* 10. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 416-417.

53. Miklowitz D, Goldstein MJ. Bipolar Disorder: A FamilyFocused Treatment Approach. New York: Guilford. 1997.

54. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. J *Clin Psychiatry* 2008, 69: 732–740.

55. Demir V. Varoluşçu Yaklaşıma Dayalı Grup Terapisinin Bireylerin Ruhsal Belirti Düzeylerine Etkisi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 2018, 11:149 – 167.

56. Beck AT, Rush AJ, Shaw BE, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York, *Guilford Press*, 1979.

57. Varcolis EM. *Foundations of psyhchiatric mental health nursing, 3rd ed ,Philedelphia*, Wb. Saunders Company, 1998:55.

58. Donker T, Griffiths K. M, Cuijpers, P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BioMed Central*

(BMC) Medicine 2009, 16(7): 79-89.

59. Rummel Kluge C, Pitschel Walz G, Bauml J. Psychoeducation in schizophrenia-Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophrenia Bulletin 2006, 32(4):765-777.

60. Goldman, C. R. Toward a definition of psychoeducation. *Hospital Community Psychiatry*, 1988, 39:666- 668.

61. Çakır S, Özerdem, A. İki Uçlu Bozuklukta Psikoteraptik ve Psikososyal Sağalımlar Sistematik Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2010.

62. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, Bourne ML, West SA, Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull*, 1997, 33:87-91.

63. Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006, 7:69-75.

64. Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 2003, 16:211-218.

65. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 2000, *Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*:175-179.

66. Nose M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2003, 183:197-206.

67. Savaş HA, Ünal A, Vırıt O. Treatmentadherence in bipolardisorder. JMOOD. 2011, 1:95-102.

68. Mitchell AJ, Selmes T. , Why don’tpatients take their medicine? reasons and solutions in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 2007, 13:336–346.

69. Danion JM, Neunreuther C, Krieger-Finance F, Imbs JL, Singer L, Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 1987, 20(5):230-1.

70. Adams J, Scott J. Predictingmedicationadherence in severe mentaldisorders, *Acta Psychiatrica Scand*. 2000, 101:119-24.

71. Avcı, A. Şizofreni Hasta Ailelerinin Aile Yükünün Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2011.

72. Christensen MV, Kessing LV. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literatüre, *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2005, 1-20.

73. Parikh SV, Kusumakar V, Haslam DR. Psychosocial interventions as an adjunct to pharmacotherapy in bipolar disorder, *Can J Psychiatry*, 1997, 2:74-8.

74. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF ve ark. ,Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder, *Psychiatr Serv*, 2004, 55:1029-35.

75. Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK. *Using drug claims data to assess the relationship of medication adherence with hospitalization and costs, Psychiatric Services*, 2001, 52(6): 805-811.

76. . Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder an integrative review of the literatüre, *Int J Nurs Stud*, 2011, 48:894- 903.

77. Colom F. Achieving remission and recovery in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:e32.

78. Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. Bipolar affective disorder: medication

adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service, *Rev Lat Am Enfermagem*, 2009, 17:548-556.

79. Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B. Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans, *Case Manage*, 2005,16:47-51.

80. Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. Coping and medication adherence in bipolar disorder, *J Affect Disord* 2000, 59:237-241.

81. Akıntürk. *Turgut Türk Medeni Hukuku,* 2. Cilt, Aile Hukuku, Beta Yayıncılık, Ankara, 1998:3.

82. Gamble C. Working with schizophrenic clients and their families, *Br J Nurs* 1993, 2:856-9.

83. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder, *Br J Psychiatry* 2007,190:535-6.

84. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review, *J Affect Disord*, 2010, 121:10-21.

85. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Özdel O. Bipolar ve yineleyici major depresif bozuklukların klinik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye' de Psikiyatri*, 2001, 3(2):95-102.

86. Maji KR, Sood M, Sagar R and Khandelwal SK. A follow-up study of family burden in patients with bipolar affective disorder, *Int J Soc Psychiatry* 2012, 58(2):217-23.

87. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A.E, Çubukçuoğlu Z. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21(3):203-212.

88. Stuart GW. Implementing The nursing process: Standards of care. principles practice psychiatric nursing, 6th ed. St. Louis Missouri: Mosby, 1998:177- 91.

89. Çam O, Özgür G, Gürkan A, Dülgerler S, Engin E. Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004, 20:23-34.

90. Yılmaz, M. ve Özcan A. Psikiyatri Hemşireliğinin Geleceği, *Mersin Universitesi Saglık Bilim Dergisi,* 2016, (9)1.

91. Corcoran, J. and Walsh, J. Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice. New York: Oxford University Press, 2006.

92. Aksaray G, Kaptanoğlu C. ve Oflu S. Koruyucu Ruh Sağlığı. Yeni Symposium, 1999, 37(3):55-59.

93. Compton M. T, Koplan C, Oleskey C, Powers R. A, Pruitt D. Wissow, L. Prevention in Mental Health. Michael T. Compton (Ed.), Clinical Manual of Prevention in Mental Health. *American Psychiatric Publishing,* 2010.

94. Osterfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care, Amsterdam, Kluwer, 1994, 19-34.

95. Grunze A, Meisenzahl E, Grunze H. Neuroimaging of bipolar disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013, 81(1):17-21.

96. Group W, Group W, editors. What quality of life, World health forum, 1996.

97. World Health Organization QoL Group, "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)", Position Paper from the World Health

Organization, *Social Science And Medicine*, 1995, 41:1403–1409.

98. Aydemir Ö, Ergun H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009, 20:205 212.

99. Zendjidjian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Quality of life amongcaregivers of individuals with affective disorders, *J Affect Disord*, 2012, 136:660-5.

100. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review, *J Affect Disord*, 2010, 121:10-21.

111. Arguvanlı S, Tacı S. Bipolar bozuklukda bakım verenlerin sorunları, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1(1):21-30.

112. Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakım verenlerinin Yaşam Kalitesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013, 4(2):61-66.

113 Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 343-346.

114. Eser Y.S, Fidaner H, Fidaner, C, Elbi H, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL- 100 ve WHOQOL-Brief. *3P Dergisi*, 1999, 7:5-13.

115. Harvey R.L, Roth E.J, Yu D. Rehabilitation in stroke syndromes. İçinde R.L. Braddam, R.M. Buschbacher (Ed.) Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: *Saunders Elsevier,* 2006, 1175-1207.

116. Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M. Fountoulakis KN. Serafini G, Hher L. Janiri L, Rihmer Z, Amore M, Girardi P. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. World J Psychiatry, 2014, 4: 1-12.

117. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez DF. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 3:133-139.

118. Kızıltoprak S. Şizofrenik hasta ailelerinde yapılan ruhsal eğitim gruplarının ailelerin umutsuzluk düzeyine etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.

119. Kalra, L, Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. Donaldson, N. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 2004, 328:1099-1011.

120. Mant J, Carter J, Wade, D.T, ve Winner S. Family support for stroke: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 2000, 356 (2): 808-813.

121. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, et al. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Eur Psychiatry*, 2004, 19:408-14.

122. O'Rourke N, Tuokko HA. Caregiver burden and depressive symptomatology: the association between constructs over time, *Clin Gerontol* 2004, 27:41-52.

123. Cook JA, Lefley HP, Pickett SA. Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness, *Amer J Orthopsychiat*, 1994, 64: 435-47.

124. Kurdal E. İki uçlu bozukluk hastalarında psikoeğitimin işlevsellik düzeylerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,Yüksek lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.

125. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, et al. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord*, 2004, 6:379-85.

126. Tel H, Pınar ŞE. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(3):145-152.

127. Kalav S. İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011.

128. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2011: 356-358.

8.EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Araştırmanın Adı: BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARIN YAKINLARINA İLAÇ YÖNETİMİ KONUSUNDA VERİLEN PLANLI HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

"Sayın gönüllü, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsünde devam eden bir tez çalışması nedeniyle planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir.

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup, araştırmanın konusu **Bipolar Hasta Yakınlarına Verilen İlaç Eğitimin Hasta Yakınların Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisinin** araştırılmasıdır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, tahmini yirmi katılımcı ile çalışma tamamlanacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol açmayacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır, sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size bazı sorular soracağız. Bu sorular, size ait genel bilgiler, rehberlik uygulamalarınıza ilişkin görüş ve önerilerinizi belirlemeye yöneliktir Bu araştırma için ayırmanız öngörülen süre yaklaşık 20 dakikadır.

"Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır."

Araştırma ile ilgili herhangi bir soru, görüş vb iletmek istediğinizde **Hemşire A.Büşra İNEM** isimli araştırmacıyı arayabilirsiniz.

Hemşire A.Büşra İNEM **Danışman: Dr. Birgül ÖZKAN**

Tel: 05070945894

"Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim."

İmza/Tarih
Katılımcının/ların adı/soyadı

İmza/Tarih
Araştırmacının/ların adı/soyadı

EK-2. Sosyodemografik Özellikler Soru Formu

1-Bakım verenin yaşı: ……..

2-Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3-Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekar ( )

4-Hastaya yakınlık durumunuz: Annem ( ) Babam ( ) Çocuğum ( ) Eşim ( ) Kardeşim ( ) Diğer(……)

5-Eğitim düzeyiniz: İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

6-Çalışma durumunuz: Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum ( ) Emekli ( )

7-Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz: ……

8-Aylık geliriniz : Geliri giderinden fazla ( ) Geliri giderine eşit ( ) Geliri giderinden az ( )

9-Evde kaç kişi yaşıyorsunuz: ……..

10-Kaç yıldır bakım veriyorsunuz: …….

11-Bakım verme sürecinde sizi etkileyen yaşadığınız sorunlar nelerdir? Açıklayınız.
Ekonomik: …….
Duygusal: ……..
Fiziksel: ……..
Sosyal: ……

12-Bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alıyor musunuz:
Evet ( ) Hayır ()

13-Eğer yardım alıyorsanız kimlerden yardım alıyorsunuz: ……

14-Günde kaç saat hastayla birlikte vakit geçiriyorsunuz: ……

15-Ailenizde başka ruhsal hastalığı olan birey var mı: Evet ( ) Hayır ( )

16-Bipolar bozukluğun ne olduğunu biliyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )

17-Bipolar bozukluk hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı: Evet ( ) Hayır ( )

18-Hastalık ve yaşadığınız süreçle ilgili herhangi bir derneğe üye veya herhangi bir etkileşim grubuna(grup terapisi) katılıyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )
Eğer cevabınız evet ise bir sonraki soruya geçiniz.
19-Bir derneğe üye ya da grupla görüşüyor iseniz size etkisinin neler olduğundan kısaca bahseder misiniz?

EK-3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-Bref)

WHOQOL-BREF(TR)

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız.
Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.
Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

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

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

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

EK-3. (Devam).

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

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

EK-3. (Devam).

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

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

18 F12.4	iş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

EK-3. (Devam).

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

.

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

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size 1 2 3 4 5 103 27 yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK-4. Bipolar Hasta Yakınlarının Hastalığa ve Tedavi Konusunda Bilgi Düzeyi Soru Formu

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN YAKINLARININ HASTALIK VE TEDAVİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ SORU FORMU

1) Aşağıdakilerden hangisi bipolar bozukluğu olan hastaların depresif (çökkünlük) dönemi belirtilerinden değildir?

( )Enerjide azalma, çabuk yorulma
( )Dikkat dağınıklığı
( )Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
( )Çökkün ve bunaltılı duygudurum
( )Aşırı neşe, coşku , taşkın ya da öfkeli duygudurum

2) **Aşağıdakilerden hangisi bipolar bozukluğu olan hastaların manik dönemi belirtilerinden değildir**?

( )Aşırı konuşkanlık, basınçlı konuşma
( ) Düşüncelerin hızlanması
( ) Aşırı neşe, coşku , taşkın ya da öfkeli duygudurum
( ) Zevk veren uğraşlara aşırı ilgi
( )Çökkün ve bunaltılı duygudurum

3) Bipolar bozuklukla ilgili olarak aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanlıştır?

( )Bipolar hastalık kronik bir hastalıktır fakat tedavisi mümkündür.
( )Tedavi hastanın yaşamı boyunca sürer
( )Hastalık kişinin normal yaşamını, sosyal yaşamını ve iş yaşamını ciddi ölçüde etkiler
( )Bipolar bozuklukta en önemli tedavi ilaç tedavisidir
( )Bipolar bozuklukta ilaç tedavisi önemli değildir.

4) Bipolar bozukluklukta ilaç tedavisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

( )Bipolar bozuklukluğu olan hastalarda ilaç tedavisi önemlidir.
( )İlaç tedavisi duygudurumu ve düşünmeyi etkiler.
( )İlaçların etkisi ilacı kullanmaya başladıktan sonraki haftalar ve aylar sonra etkisini gösterir.
( )İlaç tedavisi her hasta için özel olarak planlanır
( )İlaç yan etkilerini doktora söylemeye gerek yoktur.

5) Bipolar bozuklukta psikoterapi için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

( )Terapiler hastaların davranışlarını değiştirmez
( )Hastalıkla başedebilme yeteneklerini geliştirmez
( )Hastaların aile ve arkadaşları ile daha sağlıklı iletişim kurmalarına yardımcı olmaz
( )Terapilere hastaların aile üyeleri ve arkadaşları katılamaz.
( )Terapiler hastaların davranışlarını değiştirmeye, hastalıkla başedebilme yeteneklerini geliştirmelerini sağlar.

6) Aşağıdakilerden hangisi EKT için doğrudur?

( )Her hasta için kullanılabilir.
( )İlaca başlamadan EKT yapılabilir.
( )Riskli ve güvenli değildir.
( )Hamile ve yaşlılarda kullanılmaz
( )EKT ilaca yanıt vermeyen hastalarda etkili ve güvenli bir tedavidir

7) Bipolar hastalarda antideprasan ilaçlar hangi durumlarda kullanılmaz ?

( )Çökkünlük dönemindeki olumsuz etkilerin düzelmesi için kullanılır
( )İştah ve uykuda düzelmeyi sağlar
( )Fiziksel etkinlikte artışı sağlar
( )Değersizlik, çaresizlik ve yetersizlik duygularında azalmayı sağlar.
( )Hastaların depresyon belirtilerinin artmasını sağlar.

8) Aşağıdakilerden hangisi antidepresanların yan etkilerinden değildir?

( )Ağız kuruluğu
( )Kabızlık-ishal
( )Görmede bulanıklık
( )Baş ağrısı
( )Ağlama isteği

9) Aşağıdakilerden hangisi bipolar hastalarda antidepresan kullanırken dikkat edilmesi gerekenlerden değildir?

( )Antideprasan ilaçlar düzenli kullanılmalıdır
( )İlaç dozu doktor istemine göre kullanılmalıdır
( )Greyfurt suyu,aşırı kahve, kivi ile beraber kullanmak ilacın etkisini olumsuz yönde etkilemektedir.
( )İlacı kullanırken alkol kullanılmamalıdır.
( )İlaç kullanılırken alkol kullanılabilir.

10) Bipolar bozuklukta kullanıllanılan Lityum tedavisi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

( )Lityum, bipolar bozuklukta hem mani dönemi için koruyucu amaçlı hem de manik evrenin tedavisinde kullanılır.
( )Lityum kullanma kararı verilen hastaya ilaca başlamadan önce ve başladıktan sonra belirili aralıklarla kan tetkikleri yapılır
( )Lityum bipolar bozukluk tedavisinde ve atakların önlenmesinde en etkili ilaçlardan biridir
( )Fakat ilacın dozu çok önemlidir, ilaç dozundaki minimal bir fazlalık hastada zehirlenme etkisi yapabilir.
( )Lityum kullanırken kan tetkikine gerek yoktur.

11) Lityum kullanılırken dikkat edilmesi gerekenlerden değidir?

( )Lityum (idrar söktürücü) diüretiklerle beraber kullanılmaz.
( )Lityum mideyi tahriş edeceği için tok karnına içilmelidir
( )Böbrek ve tiroid fonksiyonları mutlaka kontrol edilmelidir.
( )Lityum kilo alımına neden olabilir, istenilirse bir diyetisyenle görüşülebilir
( )Doktora sorulmadan başka ilaçlarla kullanılabilir.

12) Lityum ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır ?

( )Hastalık belirtileri kesilse bile doktorun önerdiği şekilde ilaca devam edilmelidir.
( ) İlaç bağımlılık yapmaz.
( )İshal, kusma, titreme, halsizlik belirtileri görülebilir.
( )Lityumun tedavi edici dozu ve toksik (zehirleyici) dozu birbirine yakındır.
( )Zehirlenmeleri önlemek için ilaca başlarken ve başladıktan sonra kandaki lityum düzeyine bakılmasına gerek yoktur.

13) Aşağıdakilerden hangisi antipsikotik ilaçların yan etkilerinden değildir ?

( )Yüzde, dil, dudak ve çene kaslarında istemsiz hareketler
( )Ağlama isteği
( )Ağız kuruluğu
( )Kabızlık
( )Vücutta titreme

14) Aşağıdakilerden hangisi bipolar bozuklukluğu olan hastalarda karşılaşılan davranışlardan değildir?

( ) Aşırı hareketli ve çok enerjiktirler
( ) Çok para harcarlar
( ) Uyku ihtiyacı azdır
( ) Duygular gerçek durumla orantısız olarak abartılı ve uygunsuzdur.
( ) Gün içinde birkaç saat mutlu iken yaşadıkları üzücü bir durum karşısında kederli olabilirler

15) Bipolar bozukla iliği aşağıdakilerden hangisi yanlıştır ?

( )Bipolar bozukluk kişiden kişiye farklılık gösterir
( )Hastalık kişinin normal yaşamını, sosyal yaşamını ve iş yaşamını etkilemez.
( )Bipolar bozukluğu olan hastalarda çökkünlük, manik ve karma dönemler görülebilir.
( )Hastalar çoğu zaman hasta olduklarını kabul etmez ve tedavi olmayı istemezler.
( )Aşırı para harcama isteği aile yaşamında maddi sorunlara neden olur

16) Bipolar bozukluğu olan hastaların tedavisi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

( )Tedavi hastanın yaşamı boyunca sürer.
( )Hastalar ilaçları istedikleri zaman bırakabilirler
( ) Bipolar bozuklukta en önemli tedavi ilaç tedavisidir
( )İlaç tedavisi hastalık belirtilerinin iyileşmesi ve hastalığın tekrar etmesini önlemede önemlidir.
( )İlaç tedavisi duygudurumu ve düşünmeyi etkiler.

17) Aşağıdakilerden hangisi psikoterapinin amaçlarından değildir?

( )Hastaların davranışlarını değiştirmek.
( )Başedebilme yeteneklerini geliştirebilmek.
( )Aile ve arkadaşları ile daha sağlıklı bir iletişim kurabilmelerini sağlamak.
( )Hastalara uygunsuz davranışlar öğretmek.
( )Hastanın problemlerini tanımlamak, bunların nedenlerini araştırmak ve açıklamak

18) Bipolar bozukluğu olan hastaların tedavisi ile ilgi aşağıdakilerden hangisi doğrudur? (5P)

( )Hastalar ilaçları istedikleri zaman kullanabilir istemezlerse bırakabilirler.
( )Antidepresan ilaçlar çökkünlük dönemindeki olumsuz etkilerin düzelmesi için kullanılır.
( )İlaç tedavisi önemli değildir.
( )Lityum kullanırken kan değerlerine bakılmasına gerek yoktur.
( )Alkol kullanmalarında bir sakınca yoktur.

19) Lityum kullanan hastalarda ileri derece zehirlenme belirtileri aşağdakilerden hangi değildir?

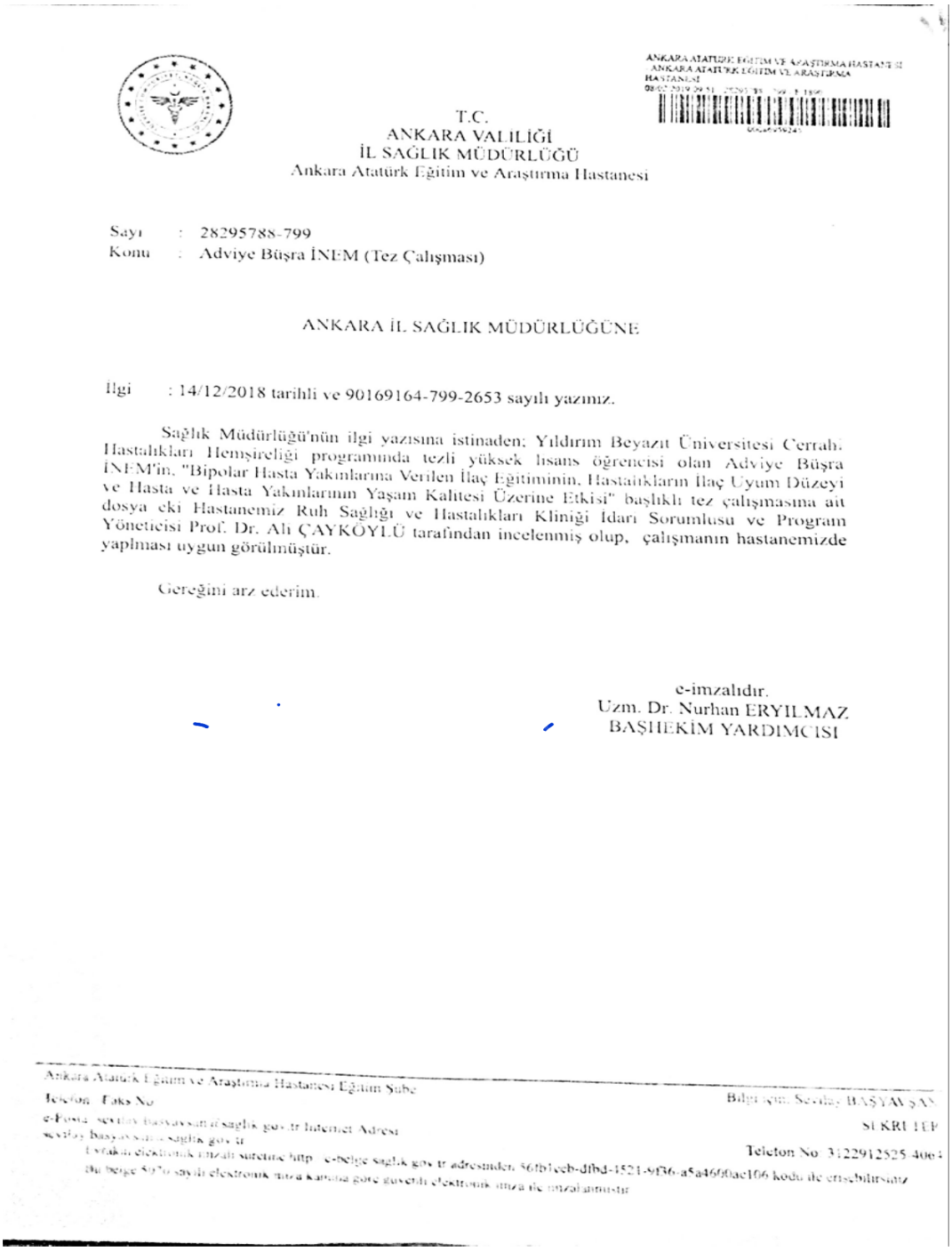
( )Görme kaybı,
( )Bayılma,
( )Uykusuzluk
( )İdrar ve dışkı kaçırma

( )Hayati tehlike

20) Bipolar bozuklukta antiepileptik (VALPROAT) ilaçlar ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

( )Mani döneminde kullanılır
( )Koruyucu olarak kullanılır.
( )İlaç dozları hızlıca arttırılır ve birden kesilir.
( )Yüzde, dil, dudak ve çene kaslarında istemsiz hareketler gibi yan etkilere neden olabilir.
( )Aşırı sigara ve kahve kullanımı ile ilaçların etkisi azalır.

EK-5: İlgili Klinikten Alınan İzin Belgesi



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 28295788-799
Konu : Adviye Büşra İNEM (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14/12/2018 tarihli ve 90169164-799-2653 sayılı yazımız.

Sağlık Müdürlüğü'nün ilgi yazısına istinaden; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında tezli yüksek lisans öğrencisi olan Adviye Büşra İNEM'in, "Bipolar Hasta Yakınlarına Verilen İlaç Eğitiminin, Hastalıkların İlaç Uyum Düzeyi ve Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasına ait dosya eki Hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği İdari Sorumlusu ve Program Yöneticisi Prof. Dr. Ali ÇAYKOYLU tarafından incelenmiş olup, çalışmanın hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

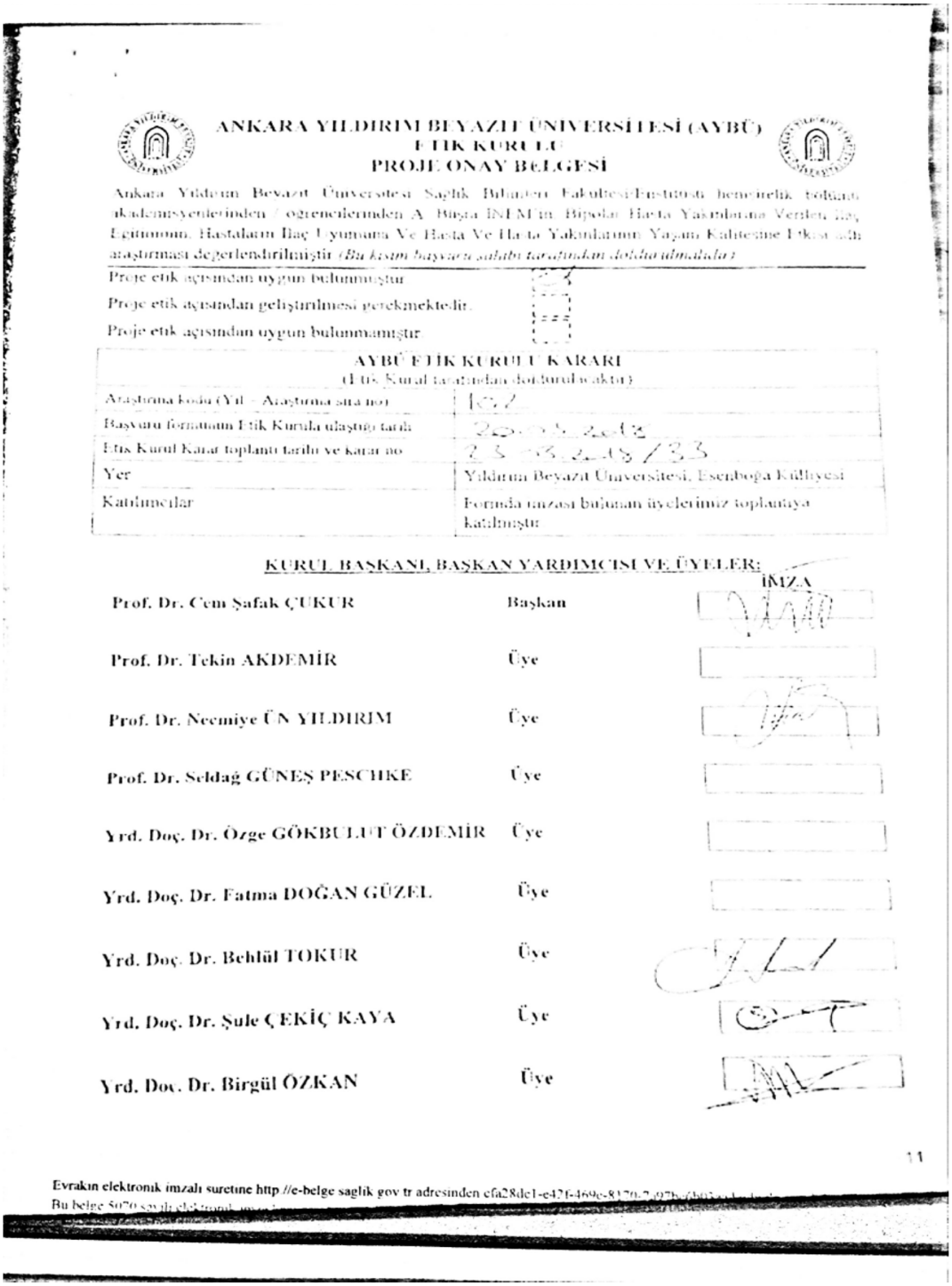
Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Nurhan ERYILMAZ
BAŞHEKİM YARDIMCISI

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Şube
Telefon Faks No
e-Posta: sevilay.basyavsan@saglik.gov.tr İnternet Adresi
sevilay.basyavsan@saglik.gov.tr
Bilgi için: Sevilay BAŞYAVŞAN
SEKRETER
Telefon No: 3122912525 4064
Elektronik imzalı sürüme http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 567b1ceb-dfbd-4521-9f36-a5a4690ac106 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Scanned by DocumentScanner | Lufick

EK-6: Etik Kurul Raporu



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Enstitüsü hemşirelik bölümü akademisyenlerinden / öğrencilerinden A. Büşra İNEM'in Bijoux Hasta Yakınlarına Verilen Bir Eğitimin, Hastaların Bağ Uyumuna Ve Hasta Ve Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesine Etkisi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur	☑
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır	☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma Kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	[illegible]
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	[illegible]
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	[illegible]
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	
Prof. Dr. Seldağ GÜNEŞ PESCHKE	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Fatma DOĞAN GÜZEL	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Şule ÇEKİÇ KAYA	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye	

11

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden efa28de1-e42f-469e-8170-2a97bc[illegible] erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza[illegible]

Scanned by DocumentScanner | Lufick

EK-7. Etik Kurul Dilekçesi

29.04.19

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ANKARA

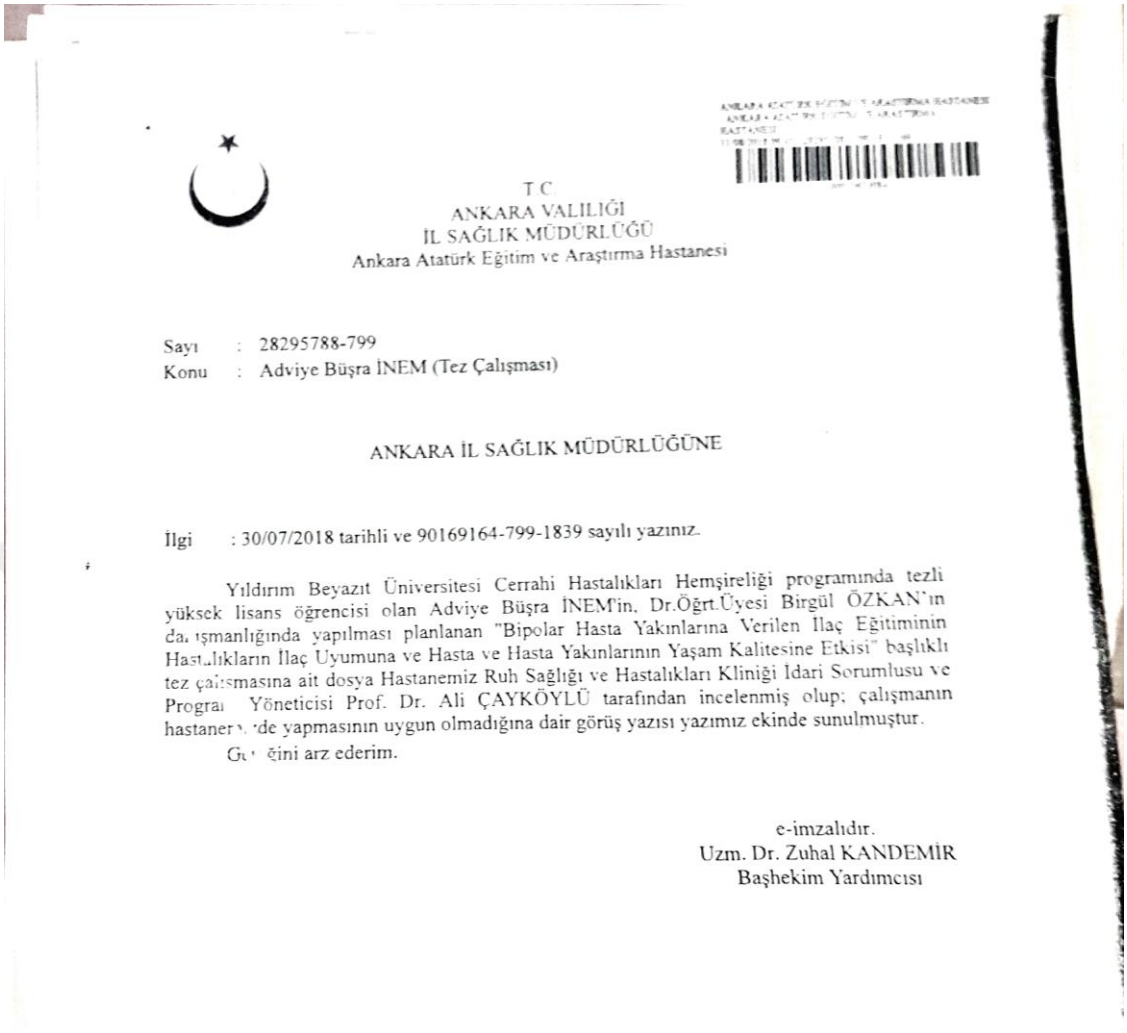
Enstitünüz bünyesinde Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programına kayıtlı D1000001269 numaralı Adviye Büşra İnem isimli öğrencinizim TC. Sağlık Bakanlığı Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Poliklinığinde yapacağım "Bipolar Bozukluğa Sahip Hasta Yakınlarına Verilen İlaç Eğitiminin Hastaların İlaç Uyumu, Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli tez çalışmamın hastanenin Ankara Bilkent Şehir Hastanesine taşınması sebebi ile zaman kaybına ve yeni taşınan hastanede hasta bulamamak gibi sıkıntılar yaşadığımdan dolayı çalışmamı" Bipolar Hasta Yakınlarına Verilen İlaç Eğitiminin Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi " olarak değiştirmek durumunda kaldığımı bilgilerinize arz ederim.

Danışman Uygundur

Dr. Birgül Özkan

Adviye Büşra İnem

EK-8. Çalışma İzni Kurum Red Yazısı



T C
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 28295788-799
Konu : Adviye Büşra İNEM (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 30/07/2018 tarihli ve 90169164-799-1839 sayılı yazınız.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında tezli yüksek lisans öğrencisi olan Adviye Büşra İNEM'in, Dr.Öğrt.Üyesi Birgül ÖZKAN'ın danışmanlığında yapılması planlanan "Bipolar Hasta Yakınlarına Verilen İlaç Eğitiminin Hastalıkların İlaç Uyumuna ve Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasına ait dosya Hastanemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği İdari Sorumlusu ve Program Yöneticisi Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ tarafından incelenmiş olup; çalışmanın hastanemizde yapmasının uygun olmadığına dair görüş yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Zuhal KANDEMİR
Başhekim Yardımcısı

Ek: ADVİYE BÜŞRA İNEM İN TEZ ÇALIŞMASI HK PROF.DR.ALİ ÇAYKÖYLÜNÜN CEVAP YAZISI

EK-9. Eğitim Kitapçığının Kapak Sayfası



EK-10. Eğitim Kitapçığının İçindekiler Kısmı

İÇİNDEKİLER

1. Bipolar Bozukluk Tanımı……..…..…2

2. Bipolar Bozukluk Alt Tipleri……..……..5

3. Bipolar Bozuklukta Tedavi……9

4. Bipolar Bozuklukta Kullanılan İlaçlar……..……..11

5. Bipolar Bozuklukta Kullanılan İlaçların Önemi……..…18

6. Kaynaklar……..……21

EK-11. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Adviye Büşra İNEM
Doğum tarihi: 27.04.1992
Doğum yeri: Gemerek/ SİVAS
Medeni hali: Bekar
Uyruğu: T.C.
Adres: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara
Tel: 05070945894
Faks:
E-mail: busrainem@gmail.com
EĞİTİM
Lise: Gülveren Anadolu Lisesi
Lisans: Turgut Özal Hemşirelik Yüksekokulu
YABANCI DİL BİLGİSİ
İngilizce: Elementry