



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN BAŞ ETME, İŞLEVSELLİK,
TEDAVİYE UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Halis YILMAZ

**Ocak 2024
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMENİN BAŞ ETME, İŞLEVSELLİK, TEDAVİYE UYUM
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ**

Halis YILMAZ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülay YİĞİTOĞLU

Denizli, 2024

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Halis YILMAZ

İmza :

YAYIN BEYAN SAYFASI

Pamukkale Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği Uygulama Esasları Yönergesi Madde 24-(2) “Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencileri için: Doktora tez savunma sınavından önce, doktora bilim alanında kendisinin yazar olduğu uluslararası atıf indeksleri kapsamında yer alan bir dergide basılmış ya da basılmak üzere kesin kabulü yapılmış en az bir makalesi olan öğrenciler tez savunma sınavına alınır. Yüksek lisans tezinin yayın haline getirilmiş olması bu kapsamda değerlendirilmez. Bu ek koşulu yerine getirmeyen öğrenciler, tez savunma sınavına alınmazlar” gereğince yapılan yayın/yayınların listesi aşağıdadır (Özet metin/metinleri ekte sunulmuştur):

Ek-1. Yigitoglu, G. T., Yilmaz, A. ve **Yilmaz, H.** (2021). The effect of Covid-19 on sleep quality, anxiety and depression on healthcare staff at a tertiary hospital in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.001>

Ek-2. Yilmaz, A., Yigitoglu, G. T. ve **Yilmaz, H.** (2022). Effect of Covid-19 on social support perception and stress in healthcare workers at a tertiary hospital. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 12(1), 54-64. doi: 10.5505/kjms.2022.95666

Ek-3. Unal, M., Yilmaz, A., **Yilmaz, H.**, Tasdemir, G. Y., Uluturk, M., Kemanci, A., Senol, H., Altan, B., Ozen, M., Seyit, M., Oskay, A. ve Turkcuer, I. (2022). The impact of COVID-19 on social support perception and stress of prehospital care providers. *Australasian Emergency Care*, 25(4), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.04.003>

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN BAŞ ETME, İŞLEVSELLİK, TEDAVİYE UYUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Halis YILMAZ

Doktora Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Gülay YİĞİTOĞLU
Ocak 2024, 113 Sayfa

Bu araştırmanın amacı bipolar bozukluk tanılı hastalarda motivasyonel görüşmenin baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Araştırma, ön test-son test ve izlem ölçümlerinin olduğu paralel grup, randomize kontrollü olarak tasarlanmıştır. Araştırmada, basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Haziran 2022-Ağustos 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma 24 müdahale ve 24 kontrol grubu olmak üzere 48 bireyle yapılmıştır. Araştırmanın verileri; tanıtıcı bilgi formu, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKKF) kullanılarak toplanmıştır. Müdahale grubundakilere 6 oturumlu motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim yapılmamıştır. Veriler; müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay (izlem) olacak şekilde değerlendirilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem BÇTDÖ ve DSÖYKKF düzeyleri, kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBİÖ puanlarında yükselme olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası DSÖYKKF ile BBİÖ düzeyi; müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde ise MTUÖ ile DSÖYKKF ve BBİÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu bağlamda, motivasyonel görüşme; bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin stres yönetimi ve baş etme, daha etkili bir iletişim kurabilme, günlük yaşam aktivitelerinde işlevsellik düzeylerinde iyileştirme, tedaviye uyum sağlayıp hastalık nükslerini ve tekrarlı yatışları önleme ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir psikososyal müdahale olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Psikiyatri hemşirelerinin terapötik ilişki temelinde motivasyonel görüşme uygulamasının bipolar bozukluk hastalarının yaşam kalitesini ve işlevselliğini arttıracığı düşünülmekte ve bu uygulamanın psikiyatri kliniklerinde kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Baş Etme, Bipolar Bozukluk, İşlevsellik, Motivasyonel Görüşme, Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT**THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON COPING, FUNCTIONING, TREATMENT ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER**

YILMAZ, Halis

PhD Thesis in Nursing

Advisor: Associate Professor Gülay YİĞİTOĞLU (PhD)

January 2024, 113 Pages

This study aimed to examine the effect of motivational interviewing on coping, functioning, treatment adherence and quality of life in patients with bipolar disorder. The study was designed as a parallel group randomized controlled trial with pretest-posttest and follow-up measurements. Simple randomization method was used in the study. The research was conducted at Pamukkale University Health Research and Application Center Habib Kızıltaş Psychiatric Hospital in the Community Mental Health Center between June 2022 and August 2023. The study was conducted with 48 individuals, including 24 intervention and 24 control groups. The data of the study were collected using a descriptive information form, Coping Attitudes Assessment Scale (COPE), Bipolar Disorder Functionality Scale (BDFS), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) and World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF). The intervention group received 6 sessions of motivational interviewing. The control group did not receive any intervention. Data were evaluated as pre-intervention, post-intervention and 3 months after the intervention (follow-up). It was determined that the individuals in the intervention group had higher levels of COPE and WHOQOL-BREF-TR in the follow-up after the intervention and at the 3rd month after the intervention than those in the control group ($p<0.05$). It was determined that there was an increase in the post-intervention and 3-month post-intervention follow-up MMAS, WHOQOL-BREF, COPE and BDFS scores of those in the intervention group ($p<0.05$). Post-intervention WHOQOL-BREF and BDFS levels of those in the intervention group; After the intervention and at the 3rd month follow-up after the intervention, a statistically significant positive relationship was detected between MMAS and WHOQOL-BREF and BDFS levels ($p<0.05$). In this context, it was concluded that motivational interviewing is an important psychosocial intervention for individuals diagnosed with bipolar disorder to manage and cope with stress, to communicate more effectively, to improve their level of functionality in daily life activities, to adapt to treatment, to prevent disease relapses and repeated hospitalizations and to improve quality of life. It is thought that psychiatric nurses' application of motivational interviewing on the basis of therapeutic relationship will increase the quality of life and functioning of bipolar disorder patients and it is recommended that this application should be expanded in psychiatric clinics.

Keywords: Coping, Bipolar Disorder, Functioning, Motivational Interviewing, Treatment Adherence, Quality of Life

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince; öncelikle hiçbir zaman yardımını, desteğini, güler yüzünü, sabrını, bilimsel bilgisini ve deneyimini esirgemeyen, beni her zaman dinleyen, yol gösteren, her konuda bana anlayış gösterip, moral ve motivasyon kaynağı olan, lisans eğitimde mesleğimin temel becerlerini öğrenmemde bana katkı sağlayan, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım, çok değerli danışmanım, hocam Sayın Doç. Dr. Gülay YİĞİTOĞLU'na,

Tez İzleme Komitesi'nde ve tez savunma sınavı yer alarak değerli görüş ve önerileri ile katkıda bulunan, tezime yol gösterici olan ve beni hep destekleyen çok değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Bilgin KIRAY VURAL ve Sayın Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER'e, Doktora eğitimimde emeği geçen, sağladığı bilgi ve deneyimlerine bana yol gösteren, sabrını ve anlayışını esirgemeyen tez savunma sınavı jürimde bulunan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ganime CAN GÜR'e,

Tez savunma sınavı jürimde bulunan değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru AKBAŞ'a,

Doktora eğitimim süresince emeği geçen, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÖZGÜN ÖZTÜRK'e ve Sayın Öğr. Gör. Dr. Nesrin ÇUNKUŞ KÖKTAŞ'a,

Doktora eğitimim süresince desteğini esirgemeyen ve yol gösterici olan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN'a,

Veri toplama sürecinde bana desteklerini esirmeyen, bana hep moral veren, yardımcı olan, Pamukkale Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hemşireleri değerli çalışma arkadaşlarım Aynur AKKAYA ve Saadet ARAYAN'a,

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi çalışanlarına, Yaşamım boyunca beni hep destekleyen, her zaman yanımda duran, varlıklarıyla güven, huzur ve mutluluk duyduğum, bana emek veren aileme sonsuz teşekkürler sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
SİMGE VE KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç.....	5
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	6
2.1. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi ve Tanımı.....	6
2.2. Epidemiyoloji.....	7
2.3. Etiyoloji.....	8
2.3.1. Biyolojik faktörler.....	8
2.1.3.1. Genetik faktörler.....	8
2.1.3.2. Biyokimyasal faktörler.....	9
2.1.3.3. Beyin görüntüleme.....	10
2.1.3.4. Endokrin dizge.....	11
2.3.2. Psikososyal faktörler.....	11
2.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular.....	12
2.4.1. Genel görünüm ve davranış.....	12
2.4.2. Kişilerarası ilişkiler ve konuşma.....	12
2.4.3. Duygulanım.....	13
2.4.4. Bilişsel yetiler.....	13
2.4.5. Düşünce.....	14
2.4.6. Hareket.....	15
2.4.7. Fizyolojik işlevler.....	15
2.5. DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar Sınıflandırılması.....	15
2.5.1. DSM-5 bipolar bozukluk I tanı ölçütleri.....	17
2.5.2. DSM-5 bipolar bozukluk II tanı ölçütleri.....	18
2.6. Gidiş ve Sonlanış.....	18
2.7. Tedavi.....	19
2.7.1. İlaç tedavisi.....	20
2.7.2. Elektro-konvülf terapi (EKT).....	21
2.7.3. Psikososyal yaklaşımlar.....	21
2.8. Bipolar Bozukluk ve Baş Etme.....	21
2.9. Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik.....	23
2.10. Bipolar Bozukluk ve Tedaviye Uyum.....	24
2.11. Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi.....	25
2.12. Motivasyonel Görüşme ve Özellikleri.....	26
2.13. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri.....	27
2.14. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşme ile İlgili Bazı Çalışmalar.....	29
2.15. Bipolar Bozuklukta Psikiyatri Hemşiresinin Bakım Rolü.....	30

2.16. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri.....	34
3.5. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	34
3.6. Örnekleme Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri.....	36
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	36
3.8. Randomizasyon ve Körlüme.....	37
3.9. CONSORT Akışı.....	38
3.10. Veri Toplama Araçları.....	39
3.10.1. Tanıtıcı bilgi formu.....	39
3.10.2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ).....	39
3.10.3. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ).....	40
3.10.4. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ).....	41
3.10.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKKF).....	41
3.11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları.....	42
3.12. Araştırmanın Uygulama Süreci.....	43
3.12.1. Hazırlık aşaması.....	43
3.12.2. Bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik motivasyonel görüşme programı.....	44
3.13. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	50
3.14. Araştırmanın Müdahale Aşaması.....	50
3.15. Araştırma Verilerinin Analizi.....	52
3.16. Araştırmacının Eğitimi.....	52
3.17. Araştırmanın Etik Yönü ve Etik Kurul Onayı.....	52
3.18. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	53
3.19. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	54
4. BULGULAR.....	55
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tedavileri ile ilgili Bulgular.....	56
4.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve Müdahaleden Sonraki İzlemede Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Gruplar arası ve Grup içi Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular.....	60
4.3. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve Müdahaleden Sonraki İzlemede Ölçekler Arasındaki İlişkiye ait Bulgular.....	76
5. TARTIŞMA.....	83
5.1. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemedeki Baş Etme Puanları ile ilgili Tartışma.....	84
5.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemedeki İşlevsellik Puanları ile ilgili Tartışma.....	86
5.3. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemedeki Tedaviye Uyum Puanları ile ilgili Tartışma.....	88
5.4. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemedeki Yaşam Kalitesi Puanları ile ilgili Tartışma.....	90

5.5. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki ile ilgili Tartışma.....	92
6. SONUÇ	94
6.1. Sonuçlar.....	94
6.2. Öneriler.....	98
7. KAYNAKLAR	100
8. ÖZGEÇMİŞ	113

EKLER

Ek-1. Yigitoglu, G. T., Yilmaz, A. ve **Yilmaz, H.** (2021). The effect of Covid-19 on sleep quality, anxiety and depression on healthcare staff at a tertiary hospital in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.001>

Ek-2. Yilmaz, A., Yigitoglu, G. T. ve **Yilmaz, H.** (2022). Effect of Covid-19 on social support perception and stress in healthcare workers at a tertiary hospital. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 12(1), 54-64. doi: 10.5505/kjms.2022.95666

Ek-3. Unal, M., Yilmaz, A., **Yilmaz, H.**, Tasdemir, G. Y., Uluturk, M., Kemanci, A., Senol, H., Altan, B., Ozen, M., Seyit, M., Oskay, A. ve Turkcu, I. (2022). The impact of COVID-19 on social support perception and stress of prehospital care providers. *Australasian Emergency Care*, 25(4), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.04.003>

Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek-5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Ek-6. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Ek-7. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

Ek-8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Ek-9. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalara Yönelik MG Programı

Ek-10. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitim Sertifikası

Ek-11. Etik Kurul İzni

Ek-12. Kurum İzni

Ek-13. “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği” İzin Yazısı

Ek-14. “Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği” İzin Yazısı

Ek-15. “Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği” İzin Yazısı

Ek-16. “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu” İzin Yazısı

Ek-17. Gönüllü Olur Formu (Çalışma ve kontrol grubu için)

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 3.5.1. Araştırmanın güç analizi.....	35
Şekil 3.9.1. Araştırmanın CONSORT akışı.....	38
Şekil 3.14.1. Araştırmanın aşamaları.....	51
Şekil 3.19.1. Araştırma sürecinin zamana göre dağılımı.....	54

TABLOLAR

		Sayfa
Tablo 3.11.1.	Gruplara göre ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının incelenmesi.....	43
Tablo 4.1.1.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin sosyodemografik özellikleri....	56
Tablo 4.1.2.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin tedavileri ile ilgili özellikleri...	58
Tablo 4.2.1.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde baş etme puanlarının karşılaştırılması..	61
Tablo 4.2.2.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde işlevsellik puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.2.3.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde tedaviye uyum puanlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 4.2.4.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.3.1.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	77
Tablo 4.3.2.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	79
Tablo 4.3.3.	Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki izlemde baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	81

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACTH	Adrenokotikotropik Hormon
BBiÖ	Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği
BÇTDÖ	Baş Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
CRH	Kortikotropin Salgılatırıcı Hormon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSÖYKKF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektro-koşulzif Tedavi
GABA	Gama Amino Bütrik Asit
MG	Motivasyonel Görüşme
MTUÖ	Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk manik, depresyon veya hipomani epizodları içeren, epizodlar arası iyilik hali olan veya kalıntı belirti düzeyleriyle beraber olduğu düşünülen, düzenli takip ve tedaviye ihtiyaç duyulan, sosyal ve mesleki alanlarda işlevsellikte bozulmaya sebep olan ruhsal sağlık sorunudur (Yeloğlu ve Hoccoğlu, 2017). Yüksek mortalite ve morbiditeye yol açtığı bilinen bu hastalığın kesin nedeni biyolojik ve psikososyal etkenler olarak birbirleri ile ilişkilendirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bu bozukluk “*Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-5)*” kapsamında “*Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*” başlığı altında alt tipleri sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalar; bipolar bozukluk I, bipolar bozukluk II, siklotimi bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer ve başka türlü tanımlanmayan bipolar ve ilişkili bozukluk şeklinde yer almaktadır (Atagün ve Oral, 2021). Tüm bipolar bozukluklar dikkate alındığında, yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %7,8 olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluk hastalığının nüksetmemesi için hastalara işlevsellik kazandırmak, onların tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini artırmak ve stresle baş etme becerilerini kazandırmak tedavinin en önemli hedefleri arasındadır (Özdel ve ark., 2021).

Stresle baş etme, stres durumları sonucu ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel tepkileri hafifletmek için zihinsel ve davranışsal yöntemleri uygulama yeteneğidir (Lex ve ark., 2017; Shapere ve ark., 2017). Stresle baş etmeyi bilim insanları farklı şekillerde tanımlamışlardır. Folkman ve Lazarus (1980) stresle baş etmeyi problemi çözmek için doğrudan faaliyette bulunma yani problem odaklı baş etme ve strese karşı olumsuz duyguları azaltma çabaları diğer bir ifade ile duygu odaklı baş etme olarak iki şekilde tanımlamıştır. Billings ve Moos (1984) stresle baş etmeyi kaçma, aktif bilişsel ve aktif davranışsal olarak üç şekilde olduğunu belirtmiştir. Şahin ve Elboğa (2019) ise stresle baş etmede, stresle başa çıkma mekanizmalarının çeşitliliğine ve bireysel farklılıkların bu süreçteki önemine işaret etmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin kişilerarası

ilişkilerde ve stres yönetiminde güçlükler yaşandığı belirtilmektedir. Ruminasyon, felaketleştirme, kendini suçlama, maddeye başvurma, riskli davranışlar, davranışsal ve zihinsel boş verme ve seçici odaklama gibi durumlar bipolar bozuklukta etkisiz baş etme tutumları olarak gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerde, stresli yaşam olaylarının varlığı, hastalığın nüksetmesine neden olabilir. Onların iş/ okul, aile, arkadaş alanlarında işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyebilir (Koç Apaydın ve Atagün, 2018).

İşlevsellik bağımsız hareket etme, iş yapma, eğitim görme, yaratıcılığını ifade edebilme ve diğer bireylerle duygusal ya da sosyal olarak ilişki kurabilme, yaşamın çeşitli alanlarındaki görev ve faaliyetlerinde etkin olma yeteneği şeklinde açıklanmıştır (Türkegün, 2017). Kronik bir hastalık olan bipolar bozukluk işlevsellik açısından, kişilerin hem ataklar sırasında hem de remisyon dönemlerinde yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek problemler oluşturabilmektedir. Bunlar evlilikle bağlantılı problemler, maddi sıkıntılar, madde bağımlılığı, intihar tehlikesi ve düzensiz iş geçmişi gibi durumlardır (Aydın, 2021). Remisyon döneminde bile işlevsellikleri bozulan hastaların yaşam kalitelerinin de bozulduğu bildirilmektedir (Aydemir, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini, “bireylerin hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve ilgilerine dayanarak, buldukları kültür ve değerler çerçevesinde kendi yaşamlarını nasıl gördüklerinin toplamıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, davranışsal risk faktörleri ve kişisel inançları gibi bir dizi faktörden etkilenen; fiziksel, psikolojik, duygusal, zihinsel ve sosyal boyutları kapsayan öznel bir iyi oluş hali olarak tanımlanabilir. Bu kavram bireyin genel yaşam memnuniyetini, sağlık durumunu, günlük yaşam aktivitelerini ve çevresiyle olan etkileşimlerini kapsayan geniş bir alanı ifade eder. Yaşam kalitesi, kişinin kendini nasıl hissettiği ve hayatını nasıl değerlendirdiği ile ilgili çok yönlü ve kapsamlı bir terimdir (Arunachalam Mohandoss, 2017). Bipolar bozukluk, yüksek mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) oranlarına sahip olup, tedavi sürecinin maliyetli olmasıyla karakterize edilen, çeşitli klinik ve sosyal sebeplerden dolayı teşhis ve sağaltımın çoğunlukla geciktiği bir bozukluktur. Bozukluğun başlama yaşının erken olması, geç tanı konulması ve etkin olmayan tedavi yaklaşımları, hastaları yaşam kalitesi ve psikososyal açıdan olumsuz etkilemektedir (Sylvia ve ark., 2017). Bipolar bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerin olması, kadın olma, geç tanı alma, eğitim ve ekonomik seviyenin kötü olmasıyla beraber kırsalda yaşama yaşam kalitesinde bozulmayı arttıran faktörler olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bipolar bozuklukla beraber başka bir tanının da

varlığı, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Kronik bir rahatsızlık olan bipolar bozuklukla yapılmış çalışmalara bakıldığında tedaviye uyumunun olmaması hastaların yaşam kalitelerinin bozulmasına sebep olduğu belirtilmektedir (Chakrabarti ,2020; Lazary ve ark., 2021; Ünver ve ark., 2021).

Tedaviye uyum, hastanın ilaç tedavisine düzenli olarak uymasını, sağlık profesyonellerinin verdiği tavsiyelere riayet etmesini, yaşam tarzı değişikliklerinin (örneğin düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanma) benimsenmesini ve davranış değişikliklerini başarıyla uygulayabilmesini ifade eder (Loots, 2021). Hastanın hastalık hakkındaki eksik veya yanlış bilgisinin olması, bilişsel süreçlerde bozulma, yoğun ve karmaşık tedavi prosedürleri, ilaç kullanmaya ihtiyaç duyup duymadığı konusunda yeterli içgörü ve motivasyonunun olmaması ve tedavi ekibine yönelik güvensizlik tedavi uyumunu aksatan sebeplerdir (Ünver ve ark., 2021).

Bipolar bozuklukta tedavi uyumunun düşük olmasının altında birçok neden bulunmaktadır. Bunlar; hastanın hastalığa karşı içgörüsünün yetersizliği (hastanın kendi hastalığını anlaması ve kabul etmesi konusundaki zorluklar), ilaç kullanımına yönelik tereddüt etme (yan etkilerden korkma, ilaçların etkinliği hakkında şüphe duyma gibi nedenlerle), hastalık tablosunun olumsuz seyretmesi (şiddetli semptomlar veya tedaviye zor yanıt veren durumlar), yeterli sosyal desteğin olmaması (aile, arkadaşlar ve toplumdan yeterli destek alamama), maddi sıkıntılar (tedavi maliyetlerinin yüksek olması veya sağlık sigortasının yetersiz olması), tedavi süreci ve önemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, ulaşım zorlukları, tedavi merkezlerinin kalitesiz olması, hastalığın ve tedavinin stigmatize edilmesi, ilaç kullanımının yanlış anlaşılması veya damgalanması ve medyum, hoca gibi geleneksel veya alternatif tedavi yöntemlerine başvurulması olduğu belirtilmektedir (Cebeci, 2021).

Bipolar bozukluk tedavisinin üç dönemden oluştuğu ifade edilmektedir. Bunlardan birincisi akut dönem tedavisi, ikincisi sürdürüm tedavisi ve üçüncüsü ise koruyucu tedavi dönemidir (Malhi ve ark., 2015). Akut dönem tedavisinde ilaç tedavisi uygulanırken, sürdürüm ve koruyucu tedavide ilaç tedavisi ile beraber psikososyal yaklaşımlar da uygulanmaktadır (Murray ve ark., 2017). Psikososyal yaklaşımlar, hem hastanın tedaviye uyum, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesinin yükselmesinde, hem de hastalığı ile baş edebilmelerini sağlamada önemli rol oynamaktadır (Loots, 2021; Murray ve ark., 2017).

Bipolar bozuklukta psikososyal yaklaşımlar; kognitif davranışçı terapi, sosyal ritim terapisi, sorun odaklı sistemik aile terapisi, rol oynama terapisi, sanat terapi ve grup psikoterapidir. Bu yöntemlerle beraber hastaların tedaviye uyumlarını engelleyen inanç ve tutumlarını ele almayı, bireyin motivasyonunu artırmayı ve tedavi sürecine daha aktif katılımını teşvik etmeyi hedefleyen “*Motivasyonel Görüşme (MG)*” gibi yöntemler de bulunmaktadır (Black, 2020; Szczekeala ve ark., 2018).

Motivasyon, içsel bir durumdur ve çevresel etmenlerden etkilenir. Ayrıca değişime istekli veya hazır olmaktır. Durum ve zamanın dinamiklerine göre değişiklik gösterebilir. MG, bireyin problemleri davranışları değiştirme motivasyonunu arttırmak veya kararsızlığı ortaya çıkarıp çözerek değişime yönelik içsel motivasyonu geliştirmek amacıyla tasarlanmış, birey merkezli ve kanıt temelli bir müdahale yöntemidir (Arkowitz ve ark., 2015; Miller ve Rollnick, 2013). Bu müdahale yöntemi, bireyin kendi hedeflerine ve değerlerine odaklanarak, değişim için kişisel nedenleri keşfetmesini ve güçlendirmesini teşvik eder (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019; Miller ve Rollnick, 2013). Bu yöntem davranışsal analizi ve bireylere kendileri için davranışlarının avantaj ve dezavantajlarını keşfetme olanağı bulmalarını sağlayan çabaları içermektedir (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019). MG'nin temel ilkeleri empati, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle çalışma, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma ve onaylama-kabullenmedir (Black, 2020; Szczekeala ve ark., 2018).

Bipolar bozukluğu olan hastalarla MG yöntemleri kullanılarak yapılmış yarı deneysel bir çalışmada, MG yöntemlerinin hastaların ilaç uyumu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bulunmuştur (Deep ve ark., 2007). Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda tedaviye uyum düzeyini inceleyen diğer bir çalışmada ise, MG uygulanan hasta grubunun tedaviye uyum ve değişim motivasyonunda belirgin artış olduğu gösterilmiştir (McKenzie ve Chang, 2015). Bipolar bozukluk ve HIV tanılı randomize kontrollü deneysel bir çalışmada deney ve kontrol grupları arasında ilaç uyumu düzeylerinde önemli düzeyde farklılık olmadığı bildirilmiştir (Moore ve ark., 2015). Bipolar bozuklukta ilaç uyumunu teşvik etmek amacıyla MG teknikleriyle yapılmış randomize kontrollü başka bir çalışmada, deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazla ilaç uyumunda iyileşme olduğu bildirilmiştir (Pakpour ve ark.,2017). Gülcü ve Kelleci'nin (2022) bipolar bozukluk tanılı hastalarla MG yöntemleriyle yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, MG ve telepsikiyatrik izlemin bipolar bozukluk hastalarında ilaç uyumuna etkisini arttırdığını saptamıştır. Baki ve ark. (2019) bipolar bozukluk hastaları ile

yaptıkları bir çalışmada da MG yöntemlerinin tedavi etkinliğini arttırdığı bildirilmiştir. Depresyon tedavisi için kognitif davranışçı terapi temelli MG kullanılarak yapılan bir müdahale örneğinde, MG tekniklerinin tedavi uyumu, yaşam kalitesi ve işlevselliği olumlu etkilediği bildirilmiştir (İlgar ve İlgar, 2019).

Psikiyatri hemşiresi, bipolar bozukluk tanılı hastalarına bakım verirken koruma, destekleme, rehabilitasyon, danışman ve eğitici rollerini etkin bir şekilde kullanmalıdır. Aynı zamanda psikiyatrisi hemşiresi, bipolar bozukluk tanılı hastaların iyileşme süreçlerinde terapötik iletişim, psikoeğitim ve MG tekniklerini aktif bir şekilde kullanarak hastaların bozulan işlevselliklerinde iyileşmelere, etkili baş etme becerileri kazanmalarına, tedaviye uyumun ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olabilir (Yılmaz ve Okanlı, 2018). Bipolar bozukluk tanılı hastalarla çalışan psikiyatri hemşirelerinin MG teknikleri ile terapötik işbirliği kurabilmesi, hastaların problem yaşadıkları alanlarda kişisel motivasyon kaynaklarını keşfetmesi ve motivasyon düzeylerini yükseltmesi oldukça önemlidir. Dolayısıyla bu araştırmanın, bipolar hastalarının semptom yönetimi, etkili baş etme becerileri, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi düzeylerinin iyileştirilmesi için önemli katkı sağlayacağı ve psikiyatri hemşireliği pratiği ve müdahalelerine yönelik değerli bilgiler sağlayarak, bu alanda uygulama ve müdahalelerin geliştirilmesine rehber olabileceği düşünülmektedir.

1.1. Amaç

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda motivasyonel görüşmenin baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini incelemek bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı ve Tarihçesi

Bipolar bozukluk, manik veya hipomani dönemlerinin depresyonla dönüşümlü olarak görülmesi ile karakterize edilen ve bireyin yaşamının birçok yönünü etkileyen kronik, dönemsel ve sıklıkla tekrarlayıcı bir ruhsal bozukluktur (Chakrabarti, 2022). Bipolar bozukluk I ve Bipolar bozukluk II olmak üzere iki ana türü vardır. Bipolar bozukluk I için yaşam boyu prevalansı %2, bipolar bozukluk II için %5 oranlarında görülmektedir (Özdel ve ark., 2021). Bu hastalık kişilerarası ilişkilerde, mesleki, sosyal ve özel yaşam alanlarında stresle baş etme, işlevsellik, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumda bozulma ile karakterize yaşam boyu süren ciddi bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Zhang ve ark., 2020).

Bipolar bozukluğun tarihi binlerce yıl öncesine dayanır (Koç, 2016; Zhang ve ark., 2020). İlk olarak Antik Yunan döneminde Hipokrat tarafından “*melankoli*” olarak adlandırılan bir durum olarak tanımlanmıştır (Kurt, 2019). Bu durum aşırı üzüntü, umutsuzluk ve enerji kaybı gibi depresyon semptomlarına benzer belirtiler içeriyordu. Hipokrat bu hastalığı sarı safra, balgam, kara safra ve kan adını verdiği dört sıvıya bağlamış ve bu sıvılar arasındaki dengesizliklerin hastalığa yol açtığını savunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Aynı dönemlerde “*Ania*” veya “*manos*” sözcüklerinden türetilmiş olabileceği varsayılan vücuttaki sarı safranın artmasıyla oluşan coşkulu ruh hali mani sözcüğü ile ifade edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Ancak melankoli ile mani kavramları arasında bir bağlantı kurulamamış olması, bu iki ruh hali durumunun anlaşılması ve tedavisi üzerinde önemli etkiler yaratmıştır. Kapadokyalı Areatus milattan sonra ikinci yüzyılın ortalarında mani ve melankoli durumlarını günümüze yakın tanımlamıştır ve aynı kişide farklı zamanlarda ortaya çıkabileceğini fark etmiştir (Akiskal, 2020). Falret ve Baillarger, 1854 yılında periyodik olarak mani ve depresyon

durumlarının aynı hastada yaşanması şeklinde belirtmişlerdir (Koç, 2016; Zhang ve ark., 2020). Kraplin 1895 yılında bu bozukluğu “*manik-depresif-psikoz*” olarak ifade etmiştir (Kato, 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bleuler 1930 yılında bu hastalığı “*affektif bozukluklar*” şeklinde adlandırmıştır (Kato, 2019). Leonard tarafından 1959 yılında “*unipolar*” ve “*bipolar*” kavramlarından bahsedilmiştir (Akiskal, 2020). Dunner tarafından 1976 yılında bipolar bozukluğu; “*bipolar bozukluk I*” ve “*bipolar bozukluk II*” şeklinde iki alt gruba ayrılması önerilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). DSM-3’de majör depresif bozukluk ile bipolar bozukluk ayrı hastalık olarak tanımlanmış ve affektif bozukluklar tanı grubunda kullanılmıştır. DSM-3-R’de ise “*affektif bozukluklar*” tanımı yerine duygudurum bozuklukları kullanılmıştır (Koç, 2016). DSM-4 ve DSM-4-R’de “*duygudurum bozuklukları*” kategorisi altında ifade edilirken, DSM-5’te ise “*bipolar ve ilişkili bozukluklar*” şeklinde ayrı bir kategori altında yer almaktadır (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017).

2.2. Epidemiyoloji

DSÖ 2019 yılı verilerine göre; bipolar bozukluk yeti yitimine sebep olan en önemli sağlık sorunlarından biridir (DSÖ, 2019). Bipolar bozukluğun 2013 yılına kadar yani spektrum bozukluğu olarak ele alınmadan önce yaşam boyu prevalansı yaklaşık %2 oranlarındaydı. Spektrum olarak ele alınması sonrasında bu hastalığın prevalansı %5 oranlarında olduğu bazı araştırmalarda gösterilmiştir (Jung ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2020). Bipolar bozukluk I için prevalans %0,6 ve bipolar bozukluk II için prevalans %0,4 olduğu bildirilmiştir (Miller ve Black, 2020; Rowland ve Marwaha, 2018). Bipolar bozukluk I prevalansı kadın ve erkekte benzer gözlenirken, bipolar bozukluk II prevalansı kadında daha sık gözlenmektedir (Teh ve ark.,2020).

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı genellikle 25 yaş civarında olup, bu durum ergenlik döneminde veya daha nadiren çocukluk döneminde de başlayabilmektedir. Hem erkekler hem de kadınlar eşit oranda bu bozukluktan etkilenmektedir. Ancak, erkeklerde bipolar bozukluğun başlangıç yaşı kadınlara göre daha erken olabilmektedir. Örneğin, erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 18 iken, kadınlarda bu yaş 20 olarak belirtilmiştir (Townsend, 2016). Ailede bipolar bozukluk öyküsünün bulunması hastalığın başlangıç

yaşını düşürmektedir (Jung ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2020). Grigolon ve ark. (2019) yaptıkları bir çalışmada 18 yaş ve üzeri Amerikalı yetişkinler arasında yaklaşık %9,7 oranında bipolar bozukluk hastalığı görüldüğü bildirilmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğun başlangıç yaşı ortalamasının 23-28 yıl arasında olduğu belirtilmiştir (Yeloğlu ve Hoacaoğlu, 2017).

2.3. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyojisi hakkında spesifik bir bilgi olmamakla birlikte literatürde biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkili olduğu ifade edilmektedir. Bu faktörler aşağıdaki gibidir (Townsend, 2016; Yeloğlu ve Hoacaoğlu, 2017).

2.3.1. Biyolojik faktörler

2.3.1.1. Genetik faktörler

Bipolar bozukluk ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın genetik olarak aktarılabilecek risk faktörlerini belirlemiştir. Bu hastalığın genetik temelleri aile içi prevalans çalışmaları, özellikle monozygotik (tek yumurta) ikizler üzerinde yapılan araştırmalar ve evlat edinme senaryolarının incelenmesi ile güçlendirilmiştir. Birinci dereceden yakınlarında bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde bu bozukluğun görülme sıklığı %5-10 olarak belirtilmektedir (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin çocuklarında bu hastalığın görülme sıklığı yaklaşık %6 olarak bildirilmiştir (Baytunca ve ark., 2014). Tek yumurta ikizlerindeki konkordans oranı %60-80 arasında olduğu bulunmuştur. Buna karşılık çift yumurta ikizlerinde bu oranın 4-5 kat azaldığı belirlenmiştir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020). Dopamin mekanizmasında rol oynayan G-protein reseptör kinaz’daki düzensizlik, bipolar bozukluğa neden olabilmektedir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020). Son olarak bipolar bozukluğun genetik geçişine ilişkin göstergeler arasında atakların (manik veya

depresyon) sıklığı ve şiddeti, hastalığın hızlı döngülü olması (rapid cycling), alkol ve madde kullanımı ile psikotik bulguların varlığı durumlarında bu hastalıkta genetik geçişten söz edilebilmektedir (Yüksel, 2014).

2.3.1.2. Biyokimyasal faktörler

Bipolar bozuklukta, merkezi sinir sistemi içindeki dopaminerjik ve serotonerjik sistemlerin mekanizmalarında bozukluk olabileceği ifade edilmektedir (Engin ve Çuhadar, 2021). Bu mekanizmalar aşağıda açıklanmıştır.

Dopamin

Dopamin beyindeki nörotransmitterlerden biridir ve duygu durum, motivasyon, ödül sistemi ve zevk ile ilişkilidir (Lee ve ark., 2022). Bipolar bozuklukta mani döneminde dopamin hiperaktivesinin, özellikle dopaminerjik reseptör D2 ve D3'ün yanı sıra dopaminerjik ödül sisteminin artan aktivitesinin, antidopaminerjik ilaçların antimanik etkisinin yorumlanmasına izin verdiği öne sürülmektedir (Ashok ve ark., 2017; Kaplan ve Sadock, 2020). Depresyonda ise, striatumdaki dopamin aktif taşıyıcısının artmış aktivitesi bulunmuştur (Lee ve ark., 2022).

Serotonin

Çalışmalar serotonin ve duygu durum bozuklukları arasındaki bağlantıyı desteklemektedir (Muneer, 2020; Pourhamzeh ve ark., 2021). Bipolar bozuklukta sıkça gözlemlenen saldırganlık, intihar düşünceleri ve girişimleri ile uyku-uyanıklık döngüsü sorunları, serotonin salınımının ve aktivitesinin yetersizliğiyle ilişkilendirilmektedir (Yüksel, 2014). L-triptofan, serotonin öncüsü olarak bilinir ve mani benzeri bir tabloya neden olabilirken, serotonin düzeyinin azalması depresif epizodlarla ilişkilendirilmiştir (Demiralp, 2021; Erat, 2019).

Norepinefrin

Norepinefrin seviyelerini azaltan ilaçlar depresyona neden olabilir, ancak sinaptik kavşakta norepinefrin artışına yol açan amfetamin manik belirtilere sebep olabilir. Manik durumlarda norepinefrin artışı olduğu ileri sürülmüş; ayrıca, bipolar bozukluk tanısı konmuş hastalarda, lityumun norepinefrinin beyindeki salınımını azalttığı ve geri alımını artırdığı belirtilmiştir (Lee ve ark., 2022). Noradrenerjik etkileri olan antidepresan ilaçlar,

örneğin venlafaksin (Effexor), aynı zamanda norepinefrinin depresyon semptomlarındaki rolünü destekleyebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2020).

Asetilkolin

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde etkili olduğu düşünülen başka bir nörotransmitter olan asetilkolinin duygudurum, nöroendokrin fonksiyonlar ve uyku döngüsü üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bipolar bozukluğun manik ve depresif fazlarında asetilkolin ve biyojenik aminler arasındaki dengesizliğin olabileceği düşünülmektedir. Asetilkolinin sinaptik düzeydeki artışının depresyon ile ilişkilendirildiği ve azalmasının manik durumlarla bağlantılı olabileceği belirtilmiştir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020; van Enkhuizen ve ark., 2015).

GABA (gama amino bütirik asit) ve Glutamat

GABA ve glutamat, bipolar bozukluğun gelişiminde önemli rol oynayan nörotransmitterler arasındadır. Glutamat dekarboksilaz enzimi, glutamati GABA'ya dönüştürme görevini üstlenir. Benes ve ark. (2007) tarafından yapılan bir araştırmada, bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde Glutamat dekarboksilaz gen bölgesinde azalma gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu azalma, manik ve depresif dönemler esnasında hastaların plazma GABA düzeylerinde azalmaya yol açmaktadır (Jones ve ark., 2022; Kaplan ve Sadock, 2020).

Kalsiyum Metabolizması

Bipolar bozukluğa sahip bireylerde, hücre içi kalsiyum (Ca^{++}) seviyelerinde belirgin değişiklikler gözlemlenir. Bipolar bozukluğu olan ancak ilaç kullanmayan hastalarda, kan hücrelerinde artan kalsiyum düzeyleri, genetik etmenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Böylece, bipolar bozuklukla ilişkilendirilen risk faktörleri arasında kan hücrelerindeki kalsiyum değişiklikleri göz önünde bulundurulmaktadır (Yüksel, 2014).

2.3.1.3. Beyin görüntüleme

Duygudurum bozukluklarına dair yapılan çalışmalarda, beyindeki duygularla ilişkili bölgelerin etkinlik düzeylerinde artış görülmekte olup, buna karşın bilişle ilgili bölgelerde bir azalma gözlenmemektedir (Engin ve Çuhadar, 2021; Scaini ve ark., 2020). Bipolar bozukluğu olan bireylerde duygu düzenleme bozukluğunun nedeni olarak, limbik

ve neokortikal sistemdeki işlev bozukluklarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Frangou, 2019). Beyin görüntüleme çalışmaları bipolar bozuklukta beyaz cevherde, ventriküller çevresinde ve subkortikal gri cevherde lezyonların bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca, genişlemiş üçüncü ventrikül ve periventriküler subkortikal beyaz cevherde aşırı duyarlılık tespit edilmiştir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020; Frangou, 2019; Keskin, 2016). Bu bağlamda işlevsel görüntüleme tekniklerinin, bipolar bozukluğun etiolojisinin daha iyi anlaşılması ve tanının kolaylaştırılması için önemli olduğu ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.3.1.4. Endokrin dizge

Bipolar bozukluk teşhisi konmuş bireylerde, kortikotropin salgılatırıcı hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol seviyesinde düzensizlikler olduğu rapor edilmiştir ve manik epizodlarda olan hastalarda, CRH ve ACTH yanıtlarının kontrol grubuna kıyasla daha belirgin bir artış gösterdiği bildirilmiştir (Kaplan ve Sadock, 2020). Subklinik hipotiroidi depresyon vakalarında sıkça gözlenir ve manik epizodlarda da tiroid fonksiyon bozukluğu sık görülür. Tiroid fonksiyon bozukluklarının düzeltilmesi, bipolar bozukluğun tedavi etkinliğini artırabilir ve tekrarlama riskini azaltabilir (Engin ve Çuhadar, 2021; Kaplan ve Sadock, 2020).

2.3.2. Psikososyal faktörler

Bireylerin duygudurum bozukluklarıyla başa çıkma becerileri, kişilik özellikleri, sosyal destek düzeyleri, sevgi nesnelерinin kaybı, ekonomik zorluklar ve iş yaşamındaki sıkıntılar gibi faktörler bu hastalığın ortaya çıkışında ve seyrinde etkili olabilir (Çam, 2021; Kaplan ve Sadock, 2020). Bipolar bozukluğu olan bireylerde, stresli yaşam olayları ilk atakların tetikleyicisi olabilir ve biyokimyasal değişikliklere yol açarak duyarlılığı artırabilir. Bu süreç, hastaların stresle başa çıkma kapasitelerini azaltabilir ve hastalık ataklarına karşı bireyleri daha savunmasız hale getirebilir (Engin ve Çuhadar, 2021; Kaplan ve Sadock, 2020). Kindling hipotezi olarak bilinen bu süreç, atağın çevresel etkenlere daha fazla tepki verir hale gelmesini açıklamaktadır (Yüksel, 2014). Bunun yanı

sıra, mani epizodlarının depresyona karşı geliştirilen büyüklük sanrıları ve güçlü savunma mekanizmaları ile ilişkilendirildiği de düşünülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2020).

2.4. Klinik Belirtiler ve Bulgular

2.4.1. Genel görünüm ve davranış

Mani döneminde hastalarda enerji seviyelerinde belirgin bir artış ve hızlanma vardır. Ayrıca hastada genel bir neşe hali gözlemlenirken, düşünmeden yapılan riskli davranışlar da dikkat çeker. Para harcamada kontrolsüzlük, tanımadığı kişilerle uzun sohbetler, eşyalarını başkalarına verme eğilimi, aşırı alkol ve madde kullanımı, hızlı araç kullanma, dikkat çekici ve gösterişli makyaj tercihi, kavgaya eğilim ve rastgele kişilerle cinsel ilişki gibi durumlar ortaya çıkabilir (Kaplan ve Sadock, 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Depresyon döneminde ise, omuzlar çökük ve yüz çizgileri belirgindir. Hastalarda enerji düzeylerinde azalma, üzgün, endişeli ve mutsuz bir görünüm vardır. Hastaların öz bakımı azalmıştır. Aynı zamanda genel olarak bireyde bir yavaşlama ve durgunluk hali belirgindir (Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.4.2. Kişilerarası ilişkiler ve konuşma

Mani döneminde hastaların konuşma tarzı genellikle yoğun ve baskın bir karaktere sahiptir; sözler arasına giriş mümkün olmayabilir ve bu konuşma ritmi durdurulamaz bir ivme kazanabilir (Cerbo, 2021). Düşünce akışındaki hızlanma, konuşma sürecinde belirgin bir biçimde kendini gösterir. Zihinsel aktivitedeki artış, hastanın konuşmasında atılganlık ve fikir uçuşmalarına yol açabilir. Konuşmada yer alan espriler ve mizahi ifadeler, hastanın enerjik konuşma tarzını vurgular (Jain ve Mitra, 2023). Hasta, kendine aşırı bir güven duyar ve iletişim kurmada hızlı ve etkileyici bir tarz benimser. Ancak, kurulan dostluklar genellikle yüzeysel, kısa ömürlüdür ve derin

bağlantılar kurma eğilimi zayıftır (Baysan Arabacı ve Taş, 2020). Gün içinde sürekli telefon konuşmalarıyla karakterize edilen bir iletişim paterni gözlemlenebilir (Kaplan ve Sadock, 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hasta, başkalarının ilgisini çekmese bile konuşma eğilimini sürdürür ve iletişimdeki bu süreklilik bazen dikkat çekici bir boyuta ulaşabilir (Cerbo, 2021).

Depresyon döneminde ise hasta yavaş ve düşük ses tonuyla konuşmaktadır. Hasta ile iletişim kurmak oldukça güçtür. Çok ağır çökkünlüklerde konuşmama (mutizm) görülebilmektedir (Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.4.3. Duygulanım

Mani döneminde hastalarda aşırı neşe (öfori), coşku, taşkın duygulanım ve zaman zaman öfkenin belirgin olduğu bir duygudurum hakimdir. Hastanın engellendiği durumlarda sinirlenebilir (irritabl) ve zaman zaman düşmanca (hostil) tavırlar sergileyebilir (Cerbo, 2021; Jain ve Mitra, 2023).

Depresyon döneminde ise, genel bir keyifsizlik, iç sıkıntısı, üzüntü hali vardır. Umutsuzluk, isteksizlik, hayattan zevk alamama, üzüntüyle birlikte anksiyete, tedirginlik ve kimi zaman da bazen öfke hali olabilmektedir (Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.4.4. Bilişsel yetiler

Manik dönemde, hastaların bilinç durumu genelde açık ve oryantedir. Bellek ve algılama işlevleri normal seviyede olabilir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020). Dikkatlerinde artış gözlemlenebilir, ancak fiziksel aktivite seviyesinde artış, beslenmede yetersizlik ve elektrolit dengesizliği gibi etmenler nedeniyle zaman zaman bilinç bulanıklığı ve yönelim kaybı ortaya çıkabilir (Jain ve Mitra, 2023). İlk başta çevrelerine karşı artan farkındalıkları, uygunsuz uyarıcılara kolayca dikkatinin dağılmasına yol açabilir (Cerbo, 2021). Hastanın algılamasında bozulma olur, illüzyonlar ve halüsinasyonlar ortaya çıkabilir. Psikotik içerikli manilerde bazen deliryum da klinik tabloya eşlik edebilir.

Deliryumlu mani ismi verilen bu tabloda bilinç bulanıklığı ve yönelim bozukluğu gibi belirtiler görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Depresyon döneminde ise hastaların bilinç durumu açık, yönelim ve bellek yerindedir. Ancak durgun ve uyuşuk çökkünlüklerde bazen bilinç bulanıklığı görülebilmektedir. Hastada unutkanlık sık görülebilmekte, depersonalizasyon ve derealizasyon belirtileri olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.4.5. Düşünce

Düşünce süreci: Mani döneminde hastalarda çağrışım artmış ve hızlanmıştır. Hastalar belirli bir konu üzerinde odaklanamamaktadır ve düşünceler genelde birbirleriyle anlam veya uyak ilişkileri göstermektedir. Yarışan düşüncelerin artması, fikir uçuşmalarını artırabilir. Depresyon döneminde ise, düşünce hızı yavaşlamıştır (Kaplan ve Sadock, 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Düşünce içeriği: Genel olarak düşüncelerin içeriği, bireyin benlik saygısını arttırıcı bir nitelik taşır (Jain ve Mitra, 2023). Benlik saygısındaki bu artış, hastanın kendisini önemli bir kişi olarak görüp büyüklük düşüncelerine sahip olmasına neden olmaktadır. Mani dönemi psikotik bir seviyede ise, bu döneme büyüklük (grandiyöz sanrı) ve zarar görme (perseküsyon) sanrıları da eşlik edebilir. Hasta, kendisini bir Mesih olarak gördüğünü, özel yeteneklere sahip olduğunu, yeni keşifler yaptığını, hatta takip edildiğini düşünebilir. Halüsinasyonların görülmesi, manik dönemin alevlendiğinin belirtisi olarak kabul edilip, duyuşsal algıda değişimlere işaret edebilir. Halüsinasyonların ortaya çıkması bipolar bozuklukta nadir bir durum olmakla birlikte, görsel halüsinasyonlar nedeniyle psikotik içerikli manik atak hastalarının çevreye zarar verebilecek eğilimler gösterdiği gözlemlenmiştir (Cerbo, 2021; Jain ve Mitra, 2023; Kaplan ve Sadock, 2020). Depresyon döneminde ise, hastaların benlik saygısı çok azalmıştır. Hastaların düşünce içeriğinde geçmiş pişmanlıklar, kötü anılar ve geleceğe dair korku olduğu gözlenmektedir. Hastada değersizlik, kendini suçlama ve işe yaramama düşünceleri baskındır. Bununla birlikte hastada kendini öldürme isteği ve düşünceleri gelişebilir (Kaplan ve Sadock, 2020).

2.4.6. Hareket

Manik dönemde hastalarda enerji artışıyla birlikte harekette artma ve hızlanma belirgindir. Zaman kavramı olmadan sürekli hareket eder ve yorulmazlar. Depresyon döneminde ise hastalarda enerji azalması nedeniyle harekette azalma ve yavaşlama belirgindir. Ayrıca ağır çökkünlüğü olan bazı hastaların konuşma, yürüme, iş yapma gibi işlevleri zorlukla olabilmektedir (Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.4.7. Fizyolojik işlevler

Manik dönemde, hastaların uyku süresinde belirgin bir azalma gözlenir ve bu durumdan şikayetçi olmazlar. Uykuya dalma zorluğu ve erken uyanma sıkça karşılaşılan belirtiler arasındadır. İyilik döneminde, uyku düzeni ani bir şekilde bozulursa bu durum, bir manik atak belirtisi olabilir. Rastgele, aşırı ve riskli cinsel davranışlar ortaya çıkabilir. İştah sorunları da bu dönemde gözlemlenebilir; iştahları artabilir fakat beslenmeye vakit ayıramadıkları için kilo kaybı meydana gelebilir. Aşırı fiziksel aktivite nedeniyle yeterince dinlenemedikleri için hastalar, zayıf, bitkin ve yorgun bir görünüm sergileyebilir; ayrıca dehidratasyon belirtileri gösterebilir ve ateşleri yükselmiş olabilir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020; Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Depresyon döneminde ise hastalarda uyku düzeninde değişiklikler olabilir; bu durum uyku süresinin azalması ya da artması şeklinde kendini gösterir. Hastaların çoğunda iştah azalması görülür, bu da hızlı kilo kaybına yol açabilir. Enerjide azalma, güçsüzlük, halsizlik, çabuk yorulma ve libidoda azalma görülmektedir (Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.5. DSM-5'e göre Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar Sınıflandırması

- ✓ Bipolar bozukluk I: Bu tanıyı koyabilmek için kişinin yaşamı boyunca en az bir kez manik atak veya karma atak (depresif ve manik semptomların birlikte olduğu dönem) öyküsüne sahip olması gerekir. Hastada manik atak öncesi veya

sonrasında hipomani veya majör depresyon epizodları görülebilir ancak bu zorunlu değildir (APA, 2013; Köroğlu, 2015).

- ✓ *Bipolar bozukluk II:* Kişinin en az bir kez hipomanik atak yaşaması ve birlikte tekrar eden depresif atakları ile karakterizedir (APA, 2013; Köroğlu, 2015).
- ✓ *Siklotimi bozukluğu:* Bipolar I veya II bozukluk kriterlerini karşılamayan, ancak belirli bir süre boyunca devam eden hipomanik ve depresif dönemleri içerir. Siklotimi, belirgin hipomanik veya depresif belirtileri olmayan daha stabil dönemleri de içerir. Bu dönemlerde kişi genellikle normale yakın bir ruh hali yaşar (APA, 2013; Köroğlu, 2015).
- ✓ *Madde/ ilaç kaynaklı bipolar ve ilişkili bozukluk:* Hastalığın belli maddelere (uyuşturucu kullanımı veya bazı ilaçlara maruz kalma gibi) bağlı fizyolojik etkilere doğrudan tepki olarak ortaya çıkmasıdır. Belirtiler opioidler, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler gibi maddelerden kaynaklanan zehirlenme tablosu ile ortaya çıkabilir. Belirtiler maddelerin yoksunluğunda da görülebilir (APA, 2013; Köroğlu, 2015).
- ✓ *Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk:* Farklı bir sağlık sorununun doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkilendirilip normal dışı, sürekli taşkın, irritabl duygudurum ve aşırı hareketlilik ve enerji ile karakterizedir (APA, 2013; Köroğlu, 2015).
- ✓ *Tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk:* Genellikle standart tanı kriterlerine uymayan hafif veya atipik semptomlar içerir. Bu kategori altında, tam belirtiler sergilemeyen kısa süreli hipomani ve majör depresyon dönemleri, majör depresyon olmaksızın görülen hipomani ve kısa süreli siklotimi gibi durumlar yer almaktadır. Bu bozukluk, bipolar spektrumun daha geniş bir yelpazede ele alınmasını sağlar ve farklı semptom ve süreçleri kapsar (APA, 2013; Köroğlu, 2015).
- ✓ *Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk:* Bu kategori, bireylerde bipolar ve ilişkili bozuklukların belirtileri baskın olmasına rağmen, bu bozukluklar için tanı ölçütlerinin tam olarak karşılanmadığı durumlar için kullanılır (APA, 2013; Köroğlu, 2015).

2.5.1. DSM-5 bipolar bozukluk I tanı ölçütleri

Mani dönemi

Bir hafta süresince davamlı olarak ve hemen hemen her gün boyunca, aşağıdakilerden en az üçüne sahip olmak:

- Artmış özsaygı veya gelişmiş özsaygı düzeyi.
- Azalan uyku ihtiyacı, daha az uykuyla yetinebilme.
- Aşırı konuşkanlık veya sürekli konuşma eğilimi.
- Fikir uçuşmaları veya düşüncelerin hızlanması.
- Odaklanma sorunları.
- Artmış hedeflere yönelik faaliyetler (örneğin, iş yerinde, okulda veya cinsel etkinliklerde).
- Tehlikeli faaliyetlerde bulunma (örneğin, aşırı para harcamalar, cinsel ilişkiler, yatırım yapma) (APA, 2013; Köroğlu, 2015).

Majör (Yeğin) depresyon dönemi

İki haftalık bir süreçte, hemen hemen her gün görülen en az beş belirti majör depresyon tanısı için gereklidir. Ayrıca depresif duygu durum veya ilgi kaybı belirtilerinden en az birinin mutlaka olması gerekmektedir.

- Hemen hemen her gün ve gün boyu süren belirgin depresiflik hali.
- Tüm veya çoğu etkinliğe karşı ilgi kaybı.
- Yeme alışkanlıklarında değişiklikler (artma veya azalma).
- Uyku düzeninde bozulmalar (artma veya azalma).
- Psikomotor aktivitede artış veya azalma.
- Genel bir yorgunluk veya enerji kaybı.
- Kendini değersiz hissetme veya aşırı suçluluk duyguları.
- Konsantrasyon eksikliği veya kararsızlık.
- Yineleyici ölüm veya intihar düşünceleri (APA, 2013; Köroğlu, 2015).

2.5.2. DSM-5 bipolar bozukluk II tanı ölçütleri

Hipomanik dönemi

Bireyin, en az dört gün sürecek şekilde devamlı veya hemen hemen her gün boyunca, manik dönemin hafif bir formunu deneyimlemesi durumu olup aşağıdakilerden en az üçüne sahip olmasıdır (APA, 2013; Köroğlu, 2015).

- Artmış özsaygı veya gelişmiş özsaygı düzeyi.
- Azalan uyku ihtiyacı, daha az uykuyla yetinebilme.
- Aşırı konuşkanlık veya sürekli konuşma eğilimi.
- Fikir uçuşmaları veya düşüncelerin hızlanması.
- Odaklanma sorunları.
- Artmış hedeflere yönelik faaliyetler (örneğin, iş yerinde, okulda veya cinsel etkinliklerde).
- Tehlikeli faaliyetlerde bulunma (örneğin, aşırı para harcamalar, cinsel ilişkiler, yatırım yapma) (APA, 2013; Köroğlu, 2015).

Majör (yeğin) depresyon dönemi

Yukarıda belirtilmiştir (bkz. s.17).

2.6. Gidiş ve Sonlanış

Bipolar bozukluk nüks eden bir hastalıktır ve vakaların yarısından fazlasında manik bir epizodla başlama olasılığı vardır. Manik dönem geçiren bireylerin ikinci bir duygudurum dönem geçirme olasılığı çok yüksektir, fakat bunun kategorisi ve zamanı belirsizdir (Kato, 2019; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bazı durumlarda mevsimsellik gözlemlenebilir ve aynı mevsimlerde benzer duygusal dönemler yaşanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Manik dönem ani bir başlangıç gösterirken, depresif dönem sinsi ve daha aheste biçimde meydana gelmektedir. Tedavi edilmeyen manik dönemlerin süresi 8 aya kadar uzayabilir (Shah, 2017; Yatham ve ark., 2018).

Hastalarda, manik, depresyon ve ötimik dönemler arasında sürekli bir geçişin yaşandığı bir “sürekli döngü” durumu, nadiren de olsa görülebilmektedir. Bir yıllık zaman içerisinde en az dört dönem yaşanması durumuna ise “hızlı döngü” denir. Bu durum özellikle kadınlarda daha yaygındır ve hastada genellikle kötü bir prognoza işaret eder (Bobo, 2017; Jain ve Mitra, 2023; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hastaların yarısından fazlasında psikotik özellikler bulunabilir. Bipolar bozukluk tanısı konan çoğu hasta, dönemler arasında normal işlevselliğe dönmüş gibi görünse de özellikle psikotik özelliklere sahip hastalarda bazı durumlarda kalıcı belirtiler ve işlevsellikte tam bir iyileşememe görülebilir (Bobo, 2017).

Hastada olumlu prognoz için; ilk atağın erken dönemde fark edilerek tedavi edilmesi, hastanın tedaviye uyum sağlaması, destekleyici aile, iş ve yaşam koşulları, alkol veya madde kötüye kullanımının olmaması, depresif dönemlerin süresinin kısa olması, başka psikiyatrik hastalıklarla beraber görülmemesi ve ileri yaş olmaması gibi faktörlerdir (Kaplan ve Sadock, 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.7. Tedavi

Bipolar bozukluğun tedavisinde hastalığın akut dönemlerinin kontrol altına alınması, tekrarının önlenmesi ve işlevselliğin artırılması temel hedeftir. Tedavi yaklaşımları, akut ve koruyucu tedavi yaklaşımları olarak iki ana kısımdan oluşur (Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Akut tedavi; hipomani, mani, depresyon veya karma dönemlere özgü belirtilerin tedavi edilmesini hedeflemektedir. Hastanın klinik belirtilerinin yatışması, kendisine/çevresine zarar vermemesi amacıyla ilaç tedavisi ve gerekli olduğu düşünülürse tedaviye Elektro Konvülfif Tedavi de (EKT) eklenebilmektedir. Tedavi hastanın belirtilerinin şiddetine bağlı olarak ayaktan veya hastane yatışı yapılarak uygulanmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Özcan ve Gürhan, 2016).

Akut tedavi sonrasında atak dönemlerinin nüks etmesini önlemek ve remisyonu sürdürmek amacıyla koruyucu tedavi uygulanmaktadır. Hastalığın seyri bireyler arasında farklılık gösterebileceğinden dolayı tedavi planlanırken hastanın bireysel özellikleri

dikkate alınmalıdır. İşlevsellik düzeyi, daha önce kullandığı ilaçlar, hastanın geçirdiği hastalık dönemlerinin sayısı, sıklığı, süresi ve tipi, remisyon dönemlerinin süresi, remisyon dönemlerindeki işlevsellik düzeyi, remisyon döneminde kalıntı hastalık izlerinin ve yeti yitiminin olup olmaması, daha önceki uygulanan tedaviler, tedavinin etkileri, uygulanan tedaviye bağlılığı gibi durumlar tedavi planını oluşturan önemli bireysel faktörlerdir (Jones ve ark., 2022; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bipolar bozukluğun tedavisinde çoklu tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavinin en önemli parçası olan ilaç tedavisinin yanında EKT ve psikososyal yaklaşımlar da tedavide önemli rol oynamaktadır.

2.7.1. İlaç tedavisi

Bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavi protokollerinde en temel ajanın duygudurum dengeleyicileri olduğu bilinmektedir (Jones ve ark., 2022; Kaplan ve Sadock, 2020). Lityum, bu tedavi yöntemlerinde altın standart olarak kabul edilerek manik atakların ve koruyucu tedavinin etkili bir şekilde yönetilmesinde kullanılır (Bobo, 2017; Çam ve Engin, 2014). Hızlı döngülü ataklarda, psikotik belirtilerle birlikte olan durumlarda ve madde bağımlılığıyla birlikte olan durumlarda antikonvülzanlar tercih edilebilir. Bunlar arasında Valproat, Karbamazepin, Okskarbazepin ve Lamotrijin bulunmaktadır (Fountoulakis ve ark., 2017). Mani dönemlerinin önlenmesinde ve depresyon tedavisinde özellikle atipik antipsikotikler (Olanzapin, Aripiprazol, Klozapin, Risperidon ve Ketiyapin) kullanılabilir (Bobo, 2017; Yatham ve ark., 2018). Benzodiazepinler (örneğin, Klonazepam, Lorazepam), duygudurum düzenleyicilerle birlikte kullanıldığında tedaviye hızlı bir yanıt sağlama potansiyeli nedeniyle tercih edilebilir (Bobo, 2017; Jones ve ark., 2022; Kaplan ve Sadock, 2020).

Bipolar bozuklukta yaklaşık %64 oranında ilaç uyumsuzlukları rapor edilmiştir (Ateş ve Algül, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Aksoy ve Kelleci (2016)'nin ilaç uyumsuzluğu olan bipolar bozukluk hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada, ilk bir sene içerisinde neredeyse hastaların yarısında hastalığın nüks ettiği görülürken, son 5 yılda bu oranın %73'e yükseldiği belirtilmiştir. Tedavi klavuzları bipolar bozuklukta ilaç tedavisinin psikososyal müdahalelerle birleştirilmesinin tedavide en etkili yöntem olduğunun önemini belirtmektedir (Bobo, 2016; Loots ve ark., 2021; Shah, 2017).

2.7.2. Elektro Konvülfif Tedavi (EKT)

EKT, hastanın beyin dokusunu elektrik akımıyla uyararak konvülsiyon nöbeti oluşturma işlemi olarak adlandırılmaktadır. Akut mani ve depresyon döneminde, hastanın ilaç tedavisine yanıt veremediği, tedaviyi tolere edemediği veya yaşamı tehdit altında olduğu durumlarda, EKT etkili bir alternatif olarak değerlendirilmektedir (Özcan ve Gürhan, 2016). Ayrıca EKT oral alımı olmayan, dehidratasyon belirtileri gösteren, kendine zarar veren veya saldırgan olabilen hastalarda da etkilidir (Çam ve Engin, 2014). Ortalama olarak hastalara 6-8 seans EKT uygulanır; gerektiğinde bu sayı 10-12 veya daha fazla olabilir. EKT özellikle hızlı yanıt gereken durumlarda, gebelikte farmakoterapi mümkün olmadığında ve özkıyım riski yüksekse tercih edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hasta yatıştıktan sonra ilaç tedavisi (duygudurum düzenleyiciler veya antipsikotikler) ile hastanın tedavisi sürdürülür (Kaplan ve Sadock, 2020).

2.7.3. Psikososyal yaklaşımlar

Bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılabilecek kanıta dayalı psikososyal yaklaşımlara bakıldığında; kognitif davranışçı terapi, aile terapisi, sosyal ritim terapisi, MG ve psikoeğitim bulunmaktadır (Bobo, 2017; Shah, 2017). Psikososyal yaklaşımların remisyon dönemlerinin süresini arttırdığı ve atakların nüks oranını azalttığı belirtilmektedir (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.8. Bipolar Bozukluk ve Baş Etme

Stres terimini ilk kullanan endokrinolog Hans Selye; organizmanın herhangi bir talebe veya tehdiye verdiği genel bir adaptasyon tepkisini stres olarak ifade etmiştir (Lu ve ark., 2021). Baltaş ve Baltaş (2013) ise, bireylerin yaşadıkları koşulların zorlaşması ve tehdit unsurlarının varlığını stres olarak tanımlamaktadır. Aynı stres kaynağına maruz kalan kişiler, duygusal tepkiler açısından farklılık gösterebilir. Stresin bireysel olduğu ve

stresli durumlarda verilen tepkilerin kişiden kişiye değişebildiği vurgulanmaktadır (Lex ve ark., 2017). Stres kaynağının kişi tarafından nasıl algılandığı önemlidir; kişinin yaşadığı stresli olayın şiddeti, algılama biçimine bağlı olarak değişkenlik gösterir (Faurholt ve ark., 2019).

Stres, ruhsal bozuklukların etiolojisinde önemli bir role sahiptir (Wendolowska ve ark., 2021). Kronik stres ve stresli yaşam olayları bipolar bozuklukta ataklara neden olabilmektedir (Du ve ark., 2017; Engel-Yeger ve ark., 2016). Yüksek stres düzeyine sahip olan bireylerde atakların tekrarlama olasılığı daha fazladır (Atia ve Salam, 2020; Mert ve Kelleci, 2023). Bipolar bozukluğu olan hastalarda depresif veya manik dönemlerde yaşanan stresli olayların intihar riskini artırıcı bir faktör olduğu belirtilmektedir (Berghost ve ark., 2016; Karaş ve ark., 2021; Nieto ve ark., 2019; Subodh ve ark., 2018). Stres, bipolar bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir ve hastalığın nüks riskini artırmaktadır (Başkaya ve Demir, 2022). Bu nedenle bipolar bozukluk hastalığı olan bireylerin stresle baş etmeleri oldukça önemlidir.

Stresle baş etme, bireyin stres yaratan durumlar karşısında yaşadığı psikolojik ve fizyolojik etkileri, bilişsel ve davranışsal stratejileri kullanarak azaltma girişimidir (Berry ve ark., 2020). Folkman ve Lazarus'un stresle baş etme yaklaşımlarına göre, stresle başa çıkma yöntemleri iki ana kategoriye ayrılır: etkili ve etkisiz baş etme. Stresle etkili baş etmede, stresör hedef alınır ve stres yaratan kaynağı ortadan kaldırma hedeflenir. Stresle etkisiz baş etmede ise, stresin bireyde oluşturduğu etkiyi azaltmaya yönelik girişimlerdir (Kaba, 2019). Ağargün ve ark. (2005) stresle baş etmeyi; sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri olarak üç gruba ayırmıştır. Buna göre, sorun ve duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri etkili baş etme yöntemlerini ifade ederken, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri ise etkisiz baş etme yöntemleri olarak belirtilmektedir (Ağargün ve ark., 2005).

Stresle baş etme, bireyin yaşadığı olaylardan olumlu bir anlam çıkarması ve hayata olumlu bir perspektiften bakabilmesi için önemlidir (Wendolowska ve ark., 2021). Bu, bireyin işlevselliğinin olumlu yönde değişmesine ve baş etme potansiyelinin gelişmesine yardımcı olabilir (Steardo ve ark., 2020). Stresle etkili baş etme, bipolar bozukluk tanılı bireyler üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Faurholt ve ark., 2019). Sonuç olarak, bipolar bozukluk tanılı bireylerde ilaç tedavisinin yanı sıra psikososyal yaklaşımların da uygulanması stresle etkili baş etmede oldukça önem taşımaktadır (Berry ve ark., 2020; Bischof ve ark., 2021; Bröms ve ark., 2020).

Stresle baş etme stratejilerinin planlanması ve uygulanması, bu hastalığa sahip bireylerin semptomlarını yönetmelerine yardımcı olmaktadır (Chan ve Tse, 2018). Yapılan bazı çalışmalar, stresle baş etme eğitiminin algılanan stresi azalttığını ve baş etme becerilerinden biri olan pozitif yeniden yapılandırmanın güçlendirilmesinde etkili olduğunu bildirmiştir (Lex ve ark., 2017; Wendolowska ve ark., 2021).

2.9. Bipolar Bozukluk ve İşlevsellik

İşlevsellik, bireyin hayatta etkin bir şekilde devam edebilme becerisi, özerk davranabilme, çalışma, eğitim alma, yaratıcılık ve sosyal ilişkiler kurabilme gibi çeşitli alanlarda ortaya çıkan görev ve aktiviteleri başarabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Bonnín ve ark., 2019; Harmancı ve Yıldız, 2023). Bipolar bozukluğun, bireyin işlevselliğini ciddi şekilde etkileyen bir hastalık olduğu belirtilmektedir (Akbaba ve Balcıoğlu, 2022). Hastaların çoğunda işlevsellik kaybı kalıcı olabilmekte ve bu kayıp sadece belirtilerin olduğu dönemle sınırlı kalmamakta, remisyon döneminde de devam edilmektedir (Solé ve Vieta, 2019). İş hayatında zorluklarla karşılaşma, sosyal etkileşimlerde azalma, boş zaman aktivitelerine ilgisizlik ve görevlerin sürdürülmesinde yetersizlik gibi belirtiler, bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşadığı zorluklardandır (Karaş ve ark., 2021; Subodh ve ark., 2018).

Tarkhova ve ark. (2022) yaptıkları çalışmada, bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda iyilik dönemlerinde de kalıcı semptomların görülebildiği ve bu durumun işlevsellik düzeylerini olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Bir derlemede ise, bipolar bozukluk tanılı bireylerde sosyodemografik faktörlerin işlevsellikteki bozulma ile ilişkilendirildiği ve bu durumun psikososyal müdahaleler ile iyileştirilebileceği ifade edilmektedir (Rabelo ve ark., 2021). Bu nedenle bipolar bozukluğu olan bireylerde işlevselliğin artırılması tedavinin en önemli amaçlarından biri olabilmektedir.

2.10. Bipolar Bozukluk ve Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, bipolar bozukluk tedavisinde kritik bir faktördür ve ilaç tedavisi ile sağlık direktiflerine bağlı kalmayı içermektedir (Loots, 2021). Tedaviye uyum düzenli ilaç kullanımını, periyodik kontrolleri, tedavi programının tamamlanmasını ve önerilen davranış değişikliklerini uygulamayı gerektirir (Goldstein ve ark., 2020). Tedaviye uyumun, tıbbi müdahalelerde başarılı sonuçlar elde etmek için ciddi ölçüde önemli olduğu kabul edilmektedir (McVoy ve ark., 2023).

Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilacın doğru dozda kullanılmaması, ilaç kullanım saatlerine riayet edilmemesi veya tedavinin bırakılması ile ortaya çıkmaktadır. Buna ek olarak, reçete edilmeyen ilaçların kullanılması, randevuların kaçırılması ve kontrollere gitmeme de tedaviye uyumsuzluğu gösteren davranışlardır (Demirkol ve Tamam, 2016; Devine ve ark., 2018). Ruhsal sorunlar nedeniyle tedavi gören bireylerde ilaç uyumsuzluğu sıkça karşılaşılan bir durumdur (Loots, 2021; McVoy ve Levin, 2023). Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine uyumsuzluk, ciddi oranlara (%20-%60) sahiptir ve genel olarak ortalama uyumsuzluk oranı %40 olarak görülmektedir (Prajapati ve ark., 2021).

Bipolar bozuklukta tedaviye uyumsuzluğun sebeplerine bakıldığında; hastalığa bağlı faktörler, içgörü eksikliği/olmaması, ilaçla ilgili faktörler, hastaya ve hastanın ailesine bağlı faktörler, tedavi ekibine bağlı faktörler, çevresel faktörler, sosyal destek eksikliği ve psikoaktif madde kullanımı olduğu belirtilmektedir (McVoy ve Levin, 2023; Prajapati ve ark., 2021).

Bipolar bozukluğun tedavisinde, ilaçların düzenli kullanımı ve tıbbi önerilere uyum, tedavinin başarısı ve hastaların sağlığı için hayati öneme sahiptir. Tedaviye uyum, hem tedavinin etkinliğini artırmakta hem de hastaların genel sağlık durumunu iyileştirmekte büyük rol oynamaktadır (Loots, 2021; McVoy ve Levin, 2023). Tedaviye uyum sorunları, hastanın yeniden hastaneye yatışını, morbidite ve mortaliteyi arttırmaya neden olmaktadır (Devine ve ark., 2018). Tedaviye uyumsuzluğunu önlemek amacıyla hastalara kapsamlı bilgi sağlanmalı, ilaçların etki mekanizmaları hakkında psikoeğitim verilmeli, tedavi planları basitleştirilmeli ve ilaç uyumu düzenli olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, tedaviye katılımın sosyal destekle ilişkili olduğu göz önüne

alındığında, tedavi sürecine aile üyelerinin dahil edilmesi ve aile üyelerine hastalıkla baş etme konusunda psikoeğitim uygulanması önemli olmaktadır (Prajapati ve ark., 2021).

2.11. Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin genel sağlık ve esenlik durumunu fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal boyutlarda tanımlayan bir kavramdır (Gitlin ve Miklowitz, 2017). Bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumuyla ilgili bireysel algısını yansıtan bu kavram, genellikle öznel bir deneyim olarak kabul edilmektedir (Pascual-Sanchez ve ark., 2019).

Bipolar bozukluğa sahip bireylerin ötimik dönemlerinde dahi yaşam kalitelerinin bozulmasının devam ettiği ifade edilmektedir (Bonnín ve ark., 2019). Morton ve ark. (2021) yaptıkları araştırmada, ötimik dönemdeki bipolar bozukluk tanılı hastalarda düşük yaşam kalitesinin nedenini hastaların sosyodemografik ve klinik faktörlerden kaynaklandığı bildirmiştir. Ayrıca hastaların geçirdiği atak (depresyon ya da manik) sayısının fazla olması, onların işlevsellik düzeylerinde önemli düzeyde bozulmalarına ve yaşam kalitelerinin düşmesine yol açtığı saptanmıştır.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda bilişsel kayıpların olması, yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söz edilmektedir (Eiring ve ark., 2016 ; Haarig ve ark., 2016). Bu olumsuz etki, yaşlanma süreci dikkate alındığında daha da belirginleşmektedir (Tahghighi ve ark., 2023). Viral enfeksiyonlar gibi hastalıkların, bipolar bozukluk tanılı hastaların bilişsel seviyelerini etkileyebileceği ve bunun sonucunda hastalarda işlevsellik ve yaşam kalitesinin bozulabileceği bildirilmiştir (Gerber ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastaların üçte birinde pre-diyabet ve tip 2 diyabet bulgulanmış ve bu durumun onların yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür (Leopold ve ark., 2016). Ayrıca, sirkadiyen ritim bozukluklarının bipolar bozukluk tanılı hastalarda daha kötü yaşam kalitesine yol açabileceği bildirilmiştir (Cudney ve ark., 2016).

Bipolar bozuklukla birlikte görülen diğer psikiyatrik bozuklukların; özellikle anksiyete bozukluğu (Albert ve ark., 2008) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (Sentissi ve ark., 2008) hastalarda daha kötü işlevsellik ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, bireylerin özkıyım girişim öyküsünün olması yine

daha kötü yaşam kalitesiyle bağlantılıdır (De Abreu ve ark., 2012). Bipolar bozuklukta remisyon dönemlerinin daha uzun sürmesinin daha iyi yaşam kalitesiyle mümkün olabileceği ifade edilmektedir (Pascual-Sanchez ve ark., 2019).

2.12. Motivasyonel Görüşme (MG) ve Özellikleri

MG bireylerin mevcut problemleri davranışlarını değiştirmeye yönelik ambivalans duygularını fark etmelerini sağlayarak, bunların çözümlenmesinde katkıda bulunan birey merkezli kanıta dayalı bir yöntemdir (Bischof ve ark., 2021). İlk olarak 1983 yılında alkol problemi olan bireylerde uygulanan MG, son yıllarda beslenme bozuklukları, kronik hastalıkların yönetimi ve tedaviye uyum gibi davranış değişiminin gerekli olduğu alanlarda da yaygın olarak kullanılmaktadır (Frost ve ark., 2018; Kuerbis ve ark., 2019; Li ve ark., 2020; Young ve ark., 2020).

MG, temelini çeşitli psikolojik modeller ve kuramlardan almaktadır. Bu modeller ve kuramlar arasında Sosyal Bilişsel Kuram, Transteorik Model, Kognitif Davranışçı Terapi ve Sağlık İnanç Modeli bulunmaktadır. MG empatik bir yaklaşım benimseyerek bireyin değişimle ilgili sorunlarını çözümlemesine ve istenilen davranış değişikliklerini elde etmesine yardımcı olmayı amaçlar. MG, bireyin duygularını ve düşüncelerini ifade etmesini teşvik eder ve içsel motivasyonu artırarak değişime yol açar. Danışman, bireyin değişim sürecine rehberlik ederken zorlamadan destek sağlar. Yaklaşımı; “Seni değiştireceğim.” değil, “İstersen değişmene yardımcı olabilirim.” şeklindedir (Black, 2020; Szczekala ve ark., 2018).

MG'nin temel hedefi, bireyin zıtlık içeren duygu, düşünce veya davranışlarını anlamak ve çözmektir. Motivasyon için üç kilit unsur; hazır olma, isteklilik ve başarabilme bu sürecin temelini oluşturur. Değişim birey için önemli bir olgudur, kişi bu değişimi gerçekleştirebilecek güce sahip olabilir, ancak zamanı belirsiz olabilir. Kişi hazır değilse değişim gerçekleşmez (Barkhof ve ark., 2013; Lundahl ve ark., 2013).

Psikiyatri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde MG tekniklerinin kullanılması, hastaların tedavi iş birliğini güçlendirmeye, öz bakımı sürdürmeye, sağlıklı yaşam tarzı

davranış alışkanlarını edindirmeye ve sürekli hale getirmeye yardımcı olmaktadır (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).

MG'nin özelliklerine bakıldığında:

- Değişim sürekliliği: MG, değişim sürecini destekleyen ve sürdürülebilir kılan bir süreçtir. Bu, kişinin değişim isteğini canlı tutmayı ve sürekli olarak güçlendirmeyi amaçlar (Arkowitz ve ark., 2015; Klonek ve ark., 2016).
- Aktif danışan, pasif danışman rolü: MG sürecinde, danışan aktif bir rol oynarken, danışman daha pasif bir rol üstlenir. Bu yöntemde danışanın kendini çözümlemesine ve içsel motivasyonunu keşfetmesine odaklanılır (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).
- Özetleme: MG sırasında, danışmanın danışanın ifadelerini özetlemesi önemlidir. Bu, danışanın söylediklerini anladığını ve değer verdiğini gösterir. Ayrıca, özetleme, danışanın kendi düşüncelerini daha derinlemesine düşünmesine yardımcı olabilir (Arkowitz ve ark., 2015; Klonek ve ark., 2016).
- İş birliği, kabul etme, hatırlatma ve sevecenlik: MG, danışmanın danışanla iş birliği yapmasını, danışanı olduğu gibi kabul etmesini, zaman zaman hatırlatma yapmasını ve genel olarak sevecen bir tutum sergilemesini vurgular. Bu unsurlar, güven ortamını güçlendirir ve danışanın kendini açmasını kolaylaştırabilir (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).
- Zıt duygulara yaklaşma: MG, değişimle ilgili zıt duygular yaşayan kişilere odaklanır ve danışanın içsel çatışmalarını anlamak ve çözüm bulmada yardımcı olmak amacıyla kullanılır (Arkowitz ve ark., 2015; Klonek ve ark., 2016).

2.13. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Empati: Empati, MG'nin temelidir ve etkin yansıtıcı dinleme yoluyla gerçekleştirilen, danışana içtenlik ve samimiyetle yaklaşılan bir iletişim biçimidir. Bu süreçte, danışanın ambivalans duyguları normal olarak kabul edilir ve bu duyguların

anlaşılması için danışanın aktif ve saygıyla dinlenilmesi gerekmektedir (Arkowitz ve ark., 2015; Stinson ve Clark, 2017).

Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Bu aşamada amaç, bireylerin şu anki davranışları ile gelecekteki amaç ve değerleri arasındaki çelişkileri fark etmelerini sağlamaktır. Danışman, bireyin şimdiki davranışının dezavantajları ile ideal veya istenen davranış değişiminin avantajlarının farkına varmasına yardımcı olmaktadır (Stinson ve Clark, 2017).

Çatışmadan kaçınma ve dirençle çalışma: Dirençle karşılaşıldığında (tartışma, görüşmeyi kesme, inkar ve aldırış etmeme gibi), bireyle tartışmaktan kaçınmak ve empatik, saygılı bir yaklaşımı sürdürmek önemlidir. Direncin tekrar oluşmasına izin verilmemeli, danışman bu süreçte bireyi değişime teşvik etmeli ve yeni perspektifler sunmalıdır. Bu süreçte birey, kendi sorunlarına çözüm bulmak için teşvik edilir ve desteklenir (Arkowitz ve ark., 2015; Miller ve Rollnick, 2013).

Kendi yeterliliğini destekleme: Değişim için motivasyon sağlamada danışanın kendi yeterliliğini destekleme oldukça önemlidir. Kişinin belli bir görevin üstesinden gelme veya bir işi yürütebilme durumunun geliştirilmesidir. Kişinin güçlü yanlarını görmek ve bunu destekleyip pekiştireçler yapmak gerekmektedir. Bu durum bireyin öz yeterlilik veya öz güven hissini güçlendirmektedir. “Bugün resim yapma etkinliğine katılmışsın. Gayet iyi...” gibi (Arkowitz ve ark., 2015).

MG sürecinde kullanılan terapötik beceriler:

Açık uçlu sorular sorma: MG'nin ilk aşamasında terapötik ortamın oluşturulması önemlidir. Bu noktada, danışanı konuşmaya teşvik etmek için açık uçlu sorular kullanmak ve etkin bir dinleme becerisi göstermek gereklidir. Danışanın değişiklik yapma motivasyonlarını, duygularını ve düşüncelerini rahatça dile getirebilmesi sağlanır. Örneğin; “ Sizce ilaçlarınızı kullanmama nedeniniz ne olabilir, biraz bahseder misiniz ?” (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).

Yansıtma dinleme: MG'de temel becerilerden biri, danışanın ifadelerini anlayıp ona yansıtmaktır. Danışanın ifade ettiklerinin anlaşıldığı ve onun dinlendiğini gösterilmesi, değişim açısından önemli bir unsurdur. Örneğin; “Anladığım kadarıyla ilaçlarınızın yan etkilerinin size zarar vereceğini düşündüğünüzden dolayı kullanmak istemiyorsunuz” (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).

İyi ve iyi olmayan durumları konuşma: Hedeflenen davranışın avantajlı ve dezavantajlı yönlerini sormaktır. Örneğin; “İlaçlarınızı düzenli veya düzensiz kullanmanın hastalık sürecinize etkisi nelerdir sizce?” (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).

Onaylama-kabullenme: Danışanın anlattıklarının onaylanması ve takdir edilmesi onun öz yeterliliğinin, öz etkililiğinin ve motivasyonunun artmasına yardım etmektedir. Örnek olarak; “Bu iki haftalık süreçte ilaçlarınızı düzensiz kullandığınızı söyleyerek dürüst olduğunuz için sizi takdir ediyorum” (Ertem ve Çetinkaya Duman, 2019).

Örnekler isteme: “Bu durumu biraz daha açabilir misiniz?” “Örnek verecek olursanız ne diyebilirsiniz?” (Arkowitz ark., 2015; Miller ve Rollnick, 2013).

Geleceğe yönelik konuşma: Değişimin devam ettiği takdirde neler olabileceği sorulur. “Bundan beş sene sonra hayatınızın nasıl olacağını umuyorsunuz?” (Arkowitz ark., 2015; Miller ve Rollnick, 2013).

Uç noktaları sorgulama: “Bu davranışı değiştirmediginizde en kötü şey ne olabilir? Bu değişim gerçekleştiği takdirde en iyi şey ne olabilir?” (Arkowitz ark., 2015; Miller ve Rollnick, 2013).

Kuralları değiştirme: MG’de, danışanın değişime verdiği önemi belirlemek için “1’den 10’a kadar olan bir ölçekte, değişiminiz sizce ne kadar önemli?” gibi bir soru kullanılır. Bu, 1 en düşük ve 10 en yüksek önemi temsil eder. Daha sonra ise; “Sizi bu seviyeye getiren ne olabilir?” gibi sorularla, danışanın değişime yönelik motivasyonunun kaynaklarına ulaşılmaya çalışılır. Bu yaklaşım, danışanın kendi değişim sürecini değerlendirmesine ve motivasyon kaynaklarını keşfetmesine yardımcı olur (Arkowitz ark., 2015; Miller ve Rollnick, 2013).

2.14. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşme ile İlgili Bazı Çalışmalar

Bipolar bozukluk hastalarında MG’nin uygulandığı bir çalışmada, hastaların yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeylerinde iyileşme olduğu bildirilmiştir (Bonnin ve ark., 2019). Loots ve ark. (2021) bipolar bozuklukta ilaç uyumunu artırmaya yönelik

müdahalelerin incelendiği bir araştırmasında MG'nin ilaç uyumunu artırmada etkili bir müdahale olduğunu saptamıştır. Yapılan bir başka çalışmada alkol kullanım bozukluğu ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda MG'nin baş etme düzeylerini olumlu etkilediği bulunmuştur (Berry ve ark., 2020). Bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalara MG'nin uyguladığı ayrı bir çalışmada, ilaç uyumuyla birlikte; sağlıklı bir yaşam sürme, topluma daha iyi bir entegrasyon, işlevsellikte iyileşme ve stresle baş etme yeteneği arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Subodh ve ark., 2018).

Türkiye'de, bipolar bozukluk tanılı hastalarla MG yöntemleriyle yapılan bazı müdahale çalışmaları bulunmaktadır. Gülcü ve Kelleci (2022) bipolar hastalarında MG ve telepsikiyatrik izlemin ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, MG ve telepsikiyatrik izlemin bipolar bozukluk hastalarında ilaç uyumuna etkisini arttırdığını belirlemiştir. Diğer bir çalışma bipolar bozukluk ve alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda naltrekson tedavisinde MG kullanılmıştır ve bu yöntemin tedavi etkinliğini arttırdığı bildirilmiştir (Baki ve ark., 2019). Depresyon tedavisinde kognitif davranışçı terapi temelli MG'nin kullanıldığı başka bir çalışmada, MG tekniklerinin hastaların tedaviye uyumunu ve depresyon düzeylerini olumlu etkilediği bulgulanmıştır (İlgar ve İlgar, 2019). Bipolar bozukluğu olan bireylere MG ve psikoeğitimin yapıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubunda tedaviye uyum ve işlevsellik düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (Harmancı ve Yıldız, 2023). Başkaya ve Demir (2022) yaptıkları çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen tedavi uyum eğitiminin tedaviye uyum, işlevsellik ile yaşam kalitesi düzeylerini artırdığı ve stresle baş etme stratejileri geliştirmede etkili olabileceğini bulmuştur.

2.15. Bipolar Bozuklukta Psikiyatri Hemşiresinin Bakım Rolü

Bipolar bozuklukta, stresli yaşam olayları ile baş edememe ve tedavi uyumsuzluğu hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliğini de önemli ölçüde etkilemektedir. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yaşadığı semptomların hastalık sürecinden kaynaklandığını anlatmalı, uygun tedavilerle bu belirtilerin hafifleyebileceğini ve ortadan kalkabileceğini sakin bir dil ve hastanın anlayabileceği bir şekilde ifade etmelidir. Terapötik ilişkide hemşirenin tutumu son

derece önemlidir. Soğuk, kibirli veya bilgiç bir tavır yerine; seviyeli, samimi, empatik, anlayışlı, yardımcı olmaya istekli ve uzman bir tutum benimsemek terapötik ilişki kurma sürecinde vazgeçilmezdir (Forchuk, 2022; Zimberg, 2019).

Psikiyatri hemşireleri, bipolar bozukluk tanılı hastalarıyla terapötik ilişki kurduğu takdirde etkin bir bakım verebilmektedir. Hemşire-hasta arasındaki bu terapötik ilişki, genel sosyal ilişkilerden ayrı bir nitelik taşımaktadır ve bipolar bozukluk tanılı hastalarla kurulan bu ilişkinin niteliği, bakım ve tedavinin gidişatını önemli ölçüde etkilemektedir. Psikiyatri hemşiresi hastaya kendisini tanıttıktan sonra hastanın yaşadığı hastalık sürecini anlayabildiğini ve kendisinin sadece ona yardım etmek amacıyla orada bulunduğunu göstermelidir (Johansen ve ark., 2022; Son, 2022).

Psikiyatri hemşireleri bipolar bozukluk tanılı hastaların bakımında çok önemli rol oynarlar. Bu rollerin en önemlilerinden biri, hastaların ilaç tedavilerinin etkin bir şekilde yönetilmesi gelir. Aynı zamanda, hastaların semptomlarının titizlikle izlenmesi ve değerlendirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinde hastalara destek sağlamak ve rehabilitasyon süreçlerine katkıda bulunmak da psikiyatri hemşirelerinin önemli sorumlulukları arasında bulunmaktadır (Berry ve ark., 2018; Harmancı ve Yıldız, 2023; McVoy ve Levin, 2023).

Psikiyatri hemşireleri bipolar bozukluk tanısı almış hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını desteklemek ve sürekliliğini sağlamak için çeşitli planlamalar ve beceriler geliştirmektedirler. Bu beceriler, hastaların düzenli bir uyku düzeni oluşturmalarını, sağlıklı beslenmelerini sürdürmelerini, düzenli ilaç kullanımını sağlamalarını, semptomlarını etkili bir şekilde takip etmelerini, stresle baş etme becerilerini geliştirmelerini, işlevselliklerini ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi içermektedir (Berry ve ark., 2018; Harmancı ve Yıldız, 2023; McVoy ve Levin, 2023; Zimberg, 2019).

Psikiyatri hemşiresi, bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım gereksinimlerini karşılama sırasında hastayı koruyucu, destekleyici, rehabilite edici, danışmanlık sağlayıcı ve eğitici rollerini etkili kullanması gerekmektedir. Psikiyatri hemşiresi bu rolleri kapsamında terapötik iletişim, psikoğitim ve MG kullanarak hastaların stresle baş etmelerini, tedaviye uyumlarını, yaşam kalitelerini ve işlevselliklerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Harmancı ve Yıldız, 2023; Manning ve ark., 2019).

2.16. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H1a): Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki baş etme puanları daha yüksektir.

Hipotez 2 (H1b): Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi baş etme puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 3 (H1c): Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki işlevsellik puanları daha yüksektir.

Hipotez 4 (H1d): Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi işlevsellik puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre düşüktür.

Hipotez 5 (H1e): Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki tedaviye uyum puanları düşüktür (tedaviye uyumları daha iyidir).

Hipotez 6 (H1f): Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi tedaviye uyum puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre daha yüksektir (tedaviye uyumları daha düşüktür).

Hipotez 7 (H1g): Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.

Hipotez 8 (H1h): Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi yaşam kalitesi puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre düşüktür.

Hipotez 9 (H1i): Müdahale grubundaki hastaların baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasında ilişki vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ön test-son test ve izlem ölçümleri içeren paralel grup randomize kontrollü tasarıma sahip tek kör bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıлтаş Psikiyatri Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) yürütülmüştür. Veriler Haziran 2022-Ağustos 2023 tarihlerinde gerekli tüm izinler (etik kurul, kurum izni, ölçeklerin kullanım izni) alındıktan sonra toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıлтаş Psikiyatri Hastanesi TRSM'de yapılmıştır. Belirtilen bu hastanede yataklı servisler, poliklinikler, Elektro Konvulsif Tedavi ünitesi, Transkranyal Manyetik Stimülasyon ünitesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi yer almaktadır. Hastanede hizmet veren poliklinik birimleri arasında psikolojik değerlendirmelerin yapıldığı bir test birimi, adli vakalar için ayrılmış bir poliklinik, psikoz polikliniği, anksiyete polikliniği ve

alkol-madde bağımlılığı polikliniği bulunmaktadır. Bu polikliniklerin çalışma saatleri 09:00–12:00, 13:30–17:00 arasındadır. Belirtilen polikliniklerde 6 asistan doktor, 2 hemşire, 2 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. TRSM, hastanenin giriş katında bulunmaktadır. Bu merkezde 1 asistan doktor, 2 hemşire, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. Merkezin çalışma saatleri 08:00-17:00 arasındadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi’nde TRSM’de ayaktan takibi yapılan ve DSM-5 kriterlerine göre bipolar bozukluk tanısı almış bireyler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

3.5. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Bu araştırmada; araştırmanın gücü, tip 1 hata ve etki büyüklüğü araştırmanın planlama aşamasında saptanmış ve örneklem büyüklüğü buna göre hesaplanmıştır.

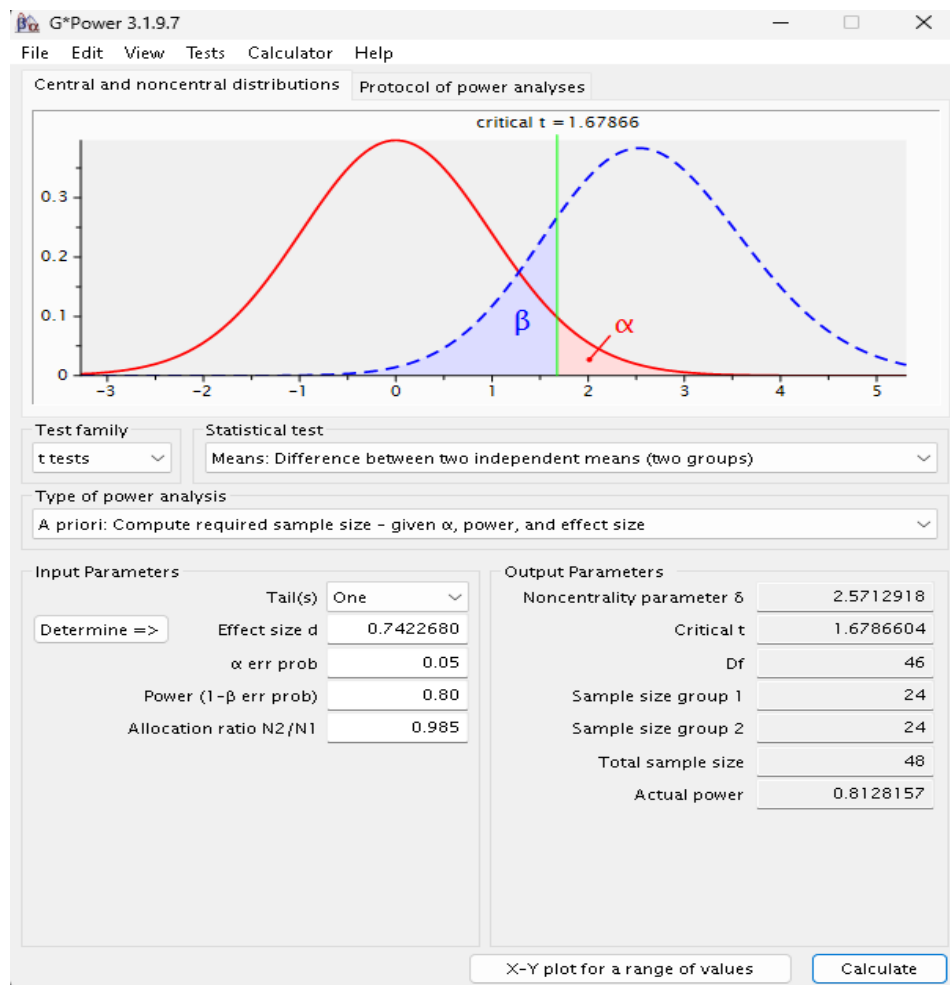
Araştırmanın gücü: Araştırmaların geçerli ve güvenilir sonuçlar üretebilmesi için genellikle en az %80 güç seviyesinde olması önerilir (Bolarinwa, 2020). Bu öneriye uygun olarak, bu araştırmada çalışmanın gücü %80 olarak belirlenmiştir.

Tip 1 hata: Tip 1 hata olasılığı, α ya da p değeri ile ifade edilir ve genellikle 0,01 ya da 0,05 olarak belirlenir. Araştırmalarda, p değeri %5’in altında ($p < 0,05$) olduğunda, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir (Bolarinwa, 2020). Bu araştırmada, Tip 1 hata oranı %5 olarak ayarlanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanması, güç ve etki büyüklüğü: Bu araştırmanın örneklem büyüklüğü “G. Power-3.1.9.7” programı kullanılarak belirlenmiştir. Referans alınan çalışma (Pakpour ve ark., 2017) üzerinden “Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği” kullanılarak hesaplama yapılmış, ortaya çıkan etki büyüklüğünün kuvvetli olduğu ($d =$

0.74) sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma için yapılan güç analizine göre, elde edilen etki büyüklüğü dikkate alındığında, araştırmada en az 48 katılımcının (her grupta en az 24 katılımcı) bulunması gerektiği hesaplanmıştır. Bu katılımcı sayısı, %81 güç, %95 güven aralığı ve 0,05 anlamlılık düzeyi sağlayacak şekilde belirlenmiştir (Şekil 3.5.1.).

Araştırmaya katılmaya kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan bireyler için bilgisayar ortamında (Exel) randomizasyon yöntemi uygulanmıştır. Araştırmada veri kaybı yaşanmamıştır ve müdahale sonrası 3. ay izlem sonunda 24 müdahale grubu, 24 kontrol grubu hastasına ulaşılmıştır.



Şekil 3.5.1. Araştırmanın güç analizi.

3.6. Örneklem Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Dâhil edilme kriterleri

- a. DSM-5 tanı kriterlerine göre en az bir yıldır bipolar I-II tanısı alan (Yılmaz, 2019),
- b. 18-65 yaş arası olan,
- c. Ötistik dönemde ve Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi TRSM'ye kayıtlı olan,
- d. En az ilkokul mezunu olan,
- e. Türkçe anlayabilen ve konuşabilen,
- f. Araştırmaya katılmaya istekli olan,
- g. Ölçek ve formları anlayabilen hastalar dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri

- a. Türkçe okuma yazma bilmeyen,
- b. 18 yaş altı ve 65 yaş üzeri olan,
- c. Mental Retardasyonu olan,
- d. DSM-5 tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk hastalığına ek herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olan,
- e. Akut alevlenme döneminde olan,
- f. Benzer bir eğitim programına devam etmiş ya da ediyor olan hastalar.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Bu araştırmada bağımlı değişkenleri; hastaların baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkeni bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik uygulanan motivasyonel görüşmedir.

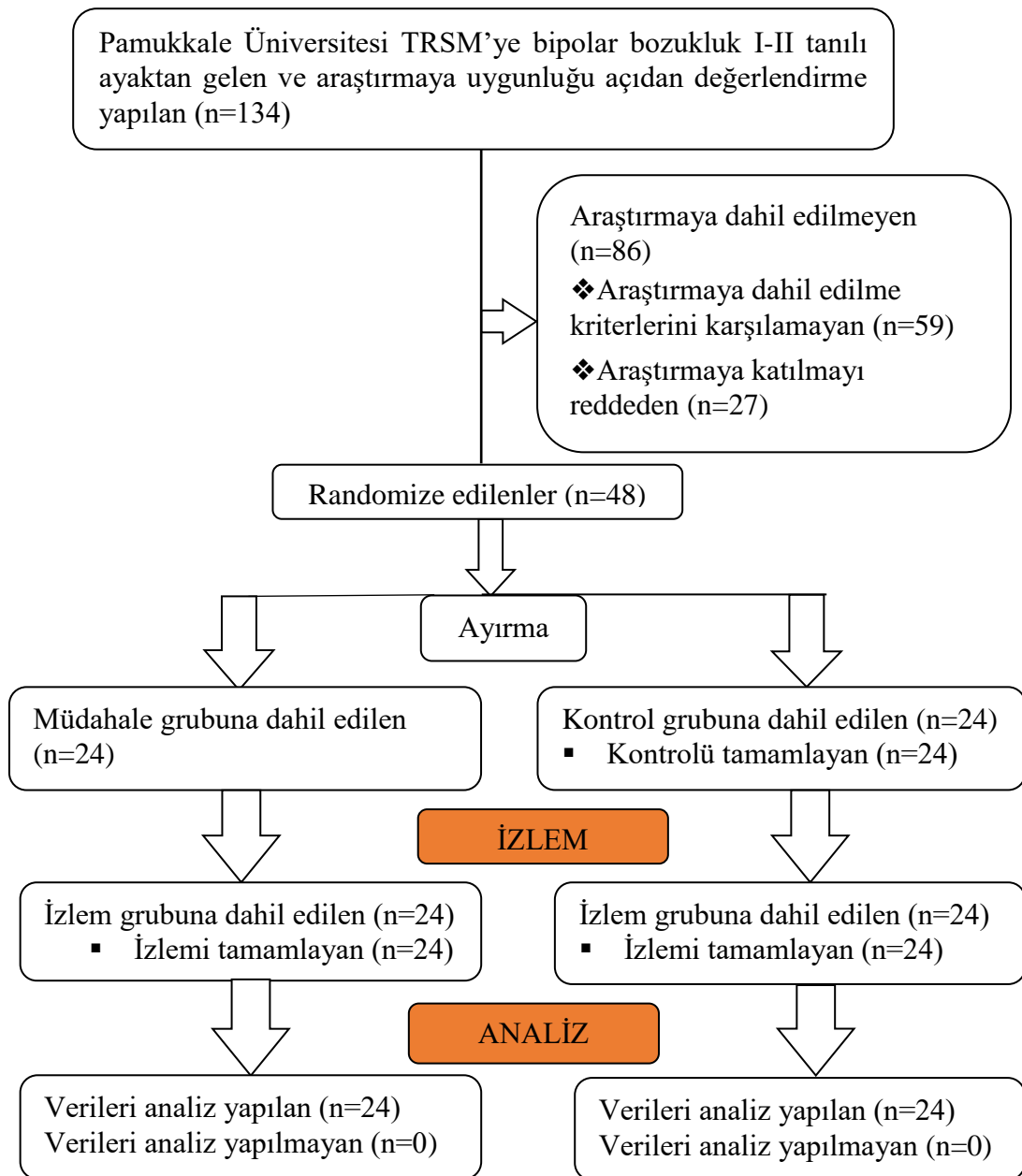
3.8. Randomizasyon ve K rleme

Kişilerin araştırmaya alındıktan sonra hangi grupta olacaklarını rastlantısal olarak belirlenmesi randomizasyon olarak adlandırılmaktadır. Randomizasyonun amacı, müdahale çalışmalarında grupların etkinliğinin incelenecek olan yöntemin dışında öngörülebilen veya öngörülemeyen tüm etkenler açısından benzer olmaları sağlamaktır (Liu ve ark., 2023). Müdahale ve kontrol grubunda örneklem sayısının eşit olması, basit randomizasyon yöntemi ile sağlanmıştır. Hafta içi TRSM'de ayaktan takip edilen bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk II tanısı olan hastalar, ilgili hekim kontrolünden sonra hekim tarafından araştırmacı ile görüşmesi için yönlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalarla, birimin araştırmacı için belirlediği görüşme odasında görüşülmüş; araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara gönüllü olur formu (Ek-17) doldurulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden, 18-65 yaş arası, en az 1 yıldır bipolar bozukluk tanısı almış ve takip edilen, ötimik dönemde olan, en az ilkokul mezunu olan, Türkçe okuyan ve anlayan bireyler bilgisayar ortamında (Exel) randomize edilerek iki grup oluşturulmuştur. Oluşturulan iki grup kura yöntemiyle, müdahale (24 kişi) ve kontrol (24 kişi) grupları olarak belirlenmiştir. Gruplar içerisinde dahil edilme kriterlerine göre bipolar bozukluk I ve bipolar bozukluk II tanısı olan hastalar yaş, cinsiyet, eğitim, tanı tipine göre random atama yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları yaş, eğitim, medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu, tanı süresi, bipolar I ve bipolar II tanı tipi açısından istatistiksel değerlendirme yapılıp, gruplar homojen dağılmıştır (Tablo 4.1.1. ve Tablo 4.1.2.).

Araştırmada, hastalar kaydedildikten sonra müdahale ve kontrol gruplarının kimlerden oluştuğu belirlenmiştir. Hastaların hangi grupta olduklarından haberdar edilmemeleri sağlanarak, araştırmanın tek yönlü k rleme yöntemiyle yürütülmesi gerçekleştirilmiştir.

Daha sonra müdahale grubundaki bireylere MG yapılmıştır. Kontrol grubu ise rutin tedavileri dışında herhangi bir uygulamaya alınmamıştır. Araştırmanın sonlandığı zaman, kontrol grubundaki katılımcılara, eğer isterlerse müdahale grubundaki katılımcılara uygulanan görüşmelerin kendileriyle de gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Ancak alışan bireylerin iş yerlerinden izin alamamaları ve çalışmayan bireylerin isteksiz olmalarından dolayı bu grup ile MG yapılamamıştır.

3.9. CONSORT Akışı



Şekil 3.9.1. Araştırmanın CONSORT akışı.

3.10. Veri Toplama Araçları

3.10.1. Tanıtıcı bilgi formu

Bu form, araştırmacı tarafından alanyazın çalışmaları incelenerek oluşturulmuştur (Aydın, 2021; Gülcü ve Kelleci, 2022; Gümüş ve Buzlu, 2018). Tanıtıcı bilgi formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, kiminle yaşadığı, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, hastaneye yatış sıklığı, gereksinimlerini karşılama durumu, hastalık türü, kaç yıldır bipolar bozukluk tanısıyla takip edildiği, ilaçlarını alma durumu, tedavi hakkındaki düşünceleri, daha önce tedaviyi bırakma durumu, tedaviyi bıraktıysa bırakma nedeni, intihar öyküsü, alkol ve sigara kullanma durumunu içeren toplam 19 sorudan oluşmaktadır (Ek-4).

3.10.2. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Carver ve ark. (1989) tarafından geliştirilen bu ölçek öz bildirim dayanmaktadır. Ağargün ve ark. (2005) tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Toplam 60 sorudan oluşan bu ölçekte 15 alt ölçek bulunmaktadır. Her bir alt ölçek dört sorudan meydana gelmektedir. Soruların puanlaması, ifadeye katılım derecesine göre 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır. Alt boyutlardan alınan puanların yüksekliği, hangi başa çıkma stratejilerinin daha sık tercih edildiği hakkında yorumlama fırsatı verir. Her bir alt boyut farklı başa çıkma tutumlarını değerlendirmektedir.

Bu alt boyutlar; 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt boyutu (1., 29., 38. ve 59. maddeler) 2. Zihinsel boş verme alt boyutu (2., 16., 31. ve 43. maddeler), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt boyutu (3., 17., 28. ve 46. maddeler), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı alt boyutu (4., 14., 30. ve 45. maddeler), 5. Aktif başa çıkma alt boyutu (5., 25., 47. ve 58. maddeler), 6. İnkâr alt boyutu (6., 27., 40 ve 57. maddeler), 7. Dini olarak başa çıkma alt boyutu (7., 18., 48 ve 60. maddeler), 8. Şakaya vurma alt boyutu (8., 20., 36. ve 50. maddeler), 9. Davranışsal olarak boş verme alt boyutu (9., 24., 37. ve 51. maddeler), 10. Geri durma alt boyutu (10., 22., 41. ve 49. maddeler), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı alt boyutu (11., 23., 34. ve 52. maddeler), 12. Madde

kullanımı alt boyutu (12., 26., 35. ve 53. maddeler), 13. Kabullenme alt boyutu (13., 21., 44. ve 54. maddeler), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutu (15., 33., 42. ve 55. maddeler) ve 15. Plan yapma alt boyutu (19., 32., 39. ve 56.)'dan oluşmaktadır.

Bu 15 alt boyut kendi içerisinde 3 gruba ayrılmıştır. Yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, geri durma, diğer meşguliyetleri bastırma ve plan yapma alt boyutları sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini belirtmektedir. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme alt boyutları duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini ifade etmektedir. Zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanımı alt boyutları ise işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini belirtmektedir (Ağargün ve ark., 2005).

Ölçeğin Cronbach α değerinin 0,79 olduğu ve alt boyutların toplam puan ile olan ilişkisi pozitif ve anlamlı olarak bulunduğu ayrıca tekrar test ile güvenilirliğinin de sağlandığı belirtilmiştir (Ağargün ve ark., 2005) (Ek-5). Bu çalışmada ölçeğe ait Cronbach- α değerleri Tablo 3.11.1.'de yer almaktadır.

3.10.3. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ)

Aydemir ve ark. (2007) tarafından geliştirilen geçerlilik ve güvenilirliği yapılan 52 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, duygusal işlevsellik (1-3 arası maddeler), zihinsel işlevsellik (4-7 arası maddeler), cinsel işlevsellik (8-11 arası maddeler), damgalanma hissi (12-15 arası maddeler), içe kapanıklık (16-18 arası maddeler), ev içi ilişkiler (19-24 arası maddeler), arkadaşlarla ilişkiler (25-29 arası maddeler), toplumsal etkinliklere katılım (30-37 arası maddeler), günlük etkinlikler ve hobiler (38-45 arası maddeler), inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme (46-48 arası maddeler) ve iş (49-52 arası maddeler) gibi 11 alt boyuttan oluşmaktadır (Aydemir ve ark., 2007). Ölçek üçlü likert tipte derecelendirilmiştir. Duygusal işlevsellik alt boyutunda 1. ve 3. maddeler, zihinsel işlevsellik alt boyutunda 5. ve 7. maddeler, cinsel işlevsellik alt boyutunda 8., 10. ve 11. maddeler, iş alt boyutunda ise 49., 50. ve 51. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur ve yüksek puanlar artmış işlevselliği göstermektedir. Ölçeğin Cronbach- α değeri 0,91 olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark., 2007) (Ek-6). Tablo 3.11.1.'de çalışmadaki ölçeğe ait Cronbach- α değerleri bulunmaktadır.

3.10.4. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ)

Morisky ve ark. (1986) tarafından geliştirilen ölçeğin bipolar bozukluk için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar (2014) tarafından yapılmıştır. Morisky ve ark. (1986) ölçeğin Cronbach- α güvenilirlik katsayısını 0,61 olarak saptamıştır. Bahar ise, ölçeğin Cronbach- α kat sayısını 0,64-0,96 arasında belirlemiştir. Ölçek, 4 maddeden oluşmakta, “evet (1 puan)” ya da “hayır (0 puan)” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin genel puanı 0-4 arasındadır. Ölçek sorularının hepsine “hayır” denmişse tedaviye uyum yüksek, bir veya iki soruya “evet” denmişse tedaviye uyum orta, üç veya dört soruya evet denmişse tedaviye uyum düşük olarak değerlendirilir. Ölçek toplam puanı yükseldikçe tedaviye uyum azalmaktadır (Bahar, 2014) (Ek-7). Bu çalışmada ölçeğe ait Cronbach- α değerleri Tablo 3.11.1.’de yer almaktadır.

3.10.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKKF)

Bu ölçek Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek için WHOQOL-100’den geliştirilmiştir. Ölçek 26 soru ve dört alandan oluşmaktadır. Bu alanlar; bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevresel olmak üzere dört ana alandan oluşmaktadır. Ölçekteki 3., 4. ve 26. maddeler ters puanlama yöntemiyle değerlendirilir. Her bir alan, bireyin yaşam kalitesi ve sağlık durumu ile ilgili farklı yönleri ele alır ve buna göre içerikler belirlenmiştir (Eser ve ark., 1999).

Alan I (Bedensel alan): Gündelik işleri yapabilme, ilaç ve tedaviye olan bağımlılık, enerji düzeyleri, fiziksel hareket kabiliyeti, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme durumları ile iş yapma kapasitesini içeren alandır. Alan II (Ruhsal alan): Bireyin beden imgesi ve dış görünüş algısı, olumsuz duygusal durumlar, bellek fonksiyonları ve dikkat toplama yeteneği ile ilgili ölçütleri içermektedir. Alan III (Sosyal alan): İlişkilerini, sosyal destek düzeylerini ve cinsel yaşamlarını değerlendiren ölçütleri içermektedir. Alan IV (Çevresel alan): Bu alan, bireylerin maddi kaynaklara erişimi, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşım, ev ortamının kalitesi, dinlenme ve boş zaman aktiviteleri, fiziksel çevre koşulları ve ulaşım olanaklarını içeren alandır (Eser ve ark., 1999).

Ölçek, 1-5 arası değişkenlik gösteren likert tipi puanlamadan oluşmaktadır. Her bir alan kendi alanında yaşam kalitesini ifade ettiği için puanlar 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarından alınan puan düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyide yükselmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark. tarafından (1999) yapılan ölçeğin Cronbach- α güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bildirilmiştir (Ek-8). Tablo 3.11.1.'de bu çalışmada ölçeğe ait Cronbach- α değerleri bulunmaktadır.

3.11. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Katsayıları

Bu bölümde yer alan gruplara göre ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının incelenmesi Tablo 3.11.1.'de bulunmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeklere müdahale ve kontrol grupları tarafından verilen cevapların yapılan incelemede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ölçeklerin alt boyutlarında madde sayılarının az olmasından dolayı güvenilirlik katsayıları hesaplanamamıştır.

Tablo 3.11.1. Gruplara göre ölçeklerin güvenilirlik katsayılarının incelenmesi.

Ölçekler		Madde sayısı	Müdahale grubu (n=24) Cronbach- α katsayısı	Kontrol grubu (n=24) Cronbach- α katsayısı
Ön test	MTUÖ*	4	0,62	0,63
	DSÖYKKF**	26	0,90	0,78
	BÇTDÖ***	60	0,92	0,87
	BBİÖ****	52	0,79	0,83
Son test	MTUÖ*	4	0,65	0,67
	DSÖYKKF**	26	0,92	0,95
	BÇTDÖ***	60	0,85	0,91
	BBİÖ****	52	0,76	0,81
İzlem Testi	MTUÖ*	4	0,66	0,68
	DSÖYKKF**	26	0,97	0,95
	BÇTDÖ***	60	0,76	0,89
	BBİÖ****	52	0,71	0,81

*MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, ** DSÖYKKF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, ***BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, ****BBİÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

3.12. Araştırmanın Uygulama Süreci

3.12.1. Hazırlık aşaması

Araştırmanın hazırlık sürecinde, konuyla ilgili kapsamlı bir literatür taraması gerçekleştirilmiş ve bu süreçte, araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarının seçimi yapılmıştır. Bu araştırmada Tanıtıcı bilgi formu (Ek-4), BÇTDÖ (Ek-5), BBİÖ (Ek-6) MTUÖ (Ek-7) ve DSÖYKKF (Ek-8) kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri BÇTDÖ (Ek-13), BBİÖ (Ek-14) MTUÖ (Ek-15) ve DSÖYKKF (Ek-16) e-mail yoluyla ilgili kişilerle yazışmalar sonucunda alınmıştır.

Sonrasında, araştırmacının MG teknikleri ile ilgili aldığı eğitim ve sertifika desteği (Ek-10) ile bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik MG programı (Ek-9) oluşturulmuştur. Bir hazırlık oturumu ve altı temel görüşme oturumdan oluşan toplam yedi oturumlu bir program hazırlanmıştır. Hazırlık oturumu grup ve sonraki altı oturum bireysel görüşme şeklinde planlanmıştır.

Görüşme programının değerlendirilmesi için Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan 10 öğretim üyesine program iletilmiş ve bu uzmanlardan görüş alınmıştır. Alınan uzman görüşleri için “Uzman Değerlendirme Formu” e-posta yoluyla gönderilmiştir. Katkı sağlayan öğretim üyeleri program hakkında görüşlerini sunmuş, kapsam geçerliği değerlendirmesi için Davis tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte uzman görüşleri dört kategoriye ayrılarak değerlendirilmiştir: a. uygun, b. geliştirilmeli, c. madde değiştirilmeli ve d. madde çıkarılmalı (Davis, 1992). MG içeriğinin her görüşme oturumu için kapsam geçerlilik değerleri 0,90 bulunmuştur. Kapsam geçerlilik değeri, her görüşme oturumu için uzmanların değerlendirme formlarında belirtilen a. uygun ve b. geliştirilmeli seçeneklerinin toplamının, toplam uzman sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Bu yöntem, programın kapsamını ve içeriğini değerlendirmek için uzman görüşlerinin sistematik bir şekilde analiz edilmesini sağlar. MG içeriği, uzmanların geri bildirimleri doğrultusunda düzenlenmiştir. Görüşmeler bireylere uygun olacak gün ve saatte haftada bir kez olacak şekilde planlanmıştır. Her bir görüşmenin süresi yaklaşık 45-60 dakika sürmüştür.

3.12.2. Bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik motivasyonel görüşme programı

Araştırmanın müdahale grubunda yer alan bipolar bozukluk tanılı bireyler için, tedaviye uyumu, yaşam kalitesini, stresle baş etmeyi ve işlevselliği artırmaya yönelik bir Motivasyonel Görüşme programı tasarlanmıştır. Bu program, empati, saygı, yansıtılmalı dinleme, yeniden çerçeveleme, açık uçlu sorular sorma, özetleme, kabullenme gibi MG ilkelerini içermekte ve bu ilkeler araştırmanın temelini oluşturmaktadır. Program, bu temel ilkelerle bireylerin iyileşme süreçlerini desteklemeyi amaçlamaktadır. Bir hazırlık oturumu ve altı temel görüşme oturumdan oluşan toplam yedi oturumlu bir program hazırlanmıştır. Ek-9'da görüşme programı ile ilgili kapsamlı bilgi yer almakla birlikte aşağıda programın genel çerçevesi sunulmuştur.

1) Hazırlık görüşmesi

Görüşmenin amacı: Hastalarla tanışmak ve programın içeriğini, süresini tanıtmak, ölçükleri uygulamak ve bilgilendirilmiş onamlarını almak.

- Terapötik iletişim teknikleri kullanılarak güven ve samimiyet atmosferi içinde bireylerle tanışıldı.
- Programın içeriği, görüşme süresi ve sıklığını içerecek şekilde program hakkında kapsamlı bilgi verilerek, hastaların programdan beklentileri öğrenildi.
- Hastalara görüşmelere düzenli gelmenin önemi vurgulandı.
- Bireylerin uygulanacak görüşmeler hakkında soru sorması için fırsat verildi.
- Hastaların bilgilendirilmiş onamları alındı.
- Araştırmaya katılan tüm bireyler tarafından (müdahale ve kontrol grupları) Tanıtıcı Bilgi Formu, BÇTDÖ, BBİÖ, MTUÖ ve DSÖYKKF doldurulması sağlanarak ön testler uygulandı. Ayrıca ölçeklerin ne zaman tekrar uygulanacağı belirtildi.
- Gelecek görüşmenin zamanı yeri ve hangi birey ile yapılacağı duyurulduktan sonra hazırlık görüşmesi sonlandırıldı.

1. Aşama: Motivasyonun Yaratılması (1-4. Görüşme)

2) Birinci Görüşme

Amaç: Bireylere bipolar bozukluk hakkında bilgi verilerek hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi, duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarmak. Hastaların hastalığa ve tedaviye olan uyumları konusunda yaşayabildikleri ambivalansı incelemek, değerlendirmek ve çözümlenmesine destek olmak.

- Bireyin hastalığı tanımlayabilmesi sağlandı.
- Bireyin tedaviyi ve tedavi sürecini değerlendirmesi sağlandı ve tedaviye engel olan unsurlar değerlendirildi.
- Bireyin hastalık ve tedavi süreci hakkındaki düşünceleri ve duyguları ortaya çıkarıldı.
- Bireyin haberci belirtilerle ilgili duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri konusunda teşvik edildi.
- Bireyin hastalık ve hastalığa uyum konusunda bireysel farkındalıklarının ve motivasyonlarının artırılması üzerine odaklanıldı.
- Değişime yönelik motivasyonun geliştirilmesinde, önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli kullanıldı.

- Bireyin tedaviye uyumu, hastalığın yönetimine dikkat edildiğinde ya da tedaviye uyumun ve hastalık yönetimine dikkat edilmediğinde neler yaşanabileceğinden söz edildi.
- Konuşulanları toparlamak, önemli noktaları vurgulamak ve bireyin konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.
- Bireyden görüşme ile ilgili geribildirim alındı.
- Bireye ev ödevi verildi.
- Gelecek görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi ve görüşme sonlandırıldı.

3) İkinci görüşme

Amaç: Bireylerin iletişim becerileri, yaşam kalitesi ve işlevsellik (günlük yaşamla ilgili aktiviteler, çalışma ve sosyal yaşamla ilgili beceriler, aile ve ev içi etkinlikler) ile ilgili düşüncelerini ve duygularını ifade etmesini sağlamak. Bireyde ortaya çıkabilecek ambivalansı araştırmak, değerlendirmek ve çözümlenmek.

- Bir önceki görüşmede konuşulanların ana noktaları özetlendi.
- Bireye verilen ev ödevi hakkında konuşuldu ve bireyin yaptığı ev ödevi değerlendirildi.
- Bu günkü görüşmenin amacı bireye hatırlatıldı.
- Günlük yaşamla ilgili aktiviteler (uyku, hijyen, beslenme, finansal yönetim) konusunda hastanın kendisini ifade etmesi sağlandı. Günlük yaşam aktivitelerinin sağlıklı şekilde yerine getirilmesinin önemi konusunda bilgi verildi.
- Ev içi aktiviteler (ev düzeni, temizlik, çöpü atma, çamaşır) konusunda hastanın kendini ifade etmesi sağlandı. Ev içi aktiviteleri yerine getirmenin önemi açıklandı.
- Boş zamanını değerlendirme (sinema, tiyatro, konser, doğa yürüyüşü, spor faaliyetleri ve sosyal etkileşim) konusundaki duygu ve düşünceleri ortaya çıkarıldı ve boş zamanın değerlendirilmesinin önemi belirtildi.
- Eğitim ya da iş hayatı ile ilgili düşünce ve duyguları ortaya çıkarıldı.
- Sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları (randevu alma, hastaneye gidiş-dönüş ulaşımı, eczaneden ilaçlarını satın alabilme) hakkındaki duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri teşvik edildi ve bu konuda bilgi verildi.

- Değişime yönelik motivasyonun geliştirilmesinde, önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli kullanıldı.
- Bireylerin iletişim becerileri, yaşam kalitesi ve işlevsellik konusundaki farkındalıkları ve motivasyonun arttırılması desteklendi.
- Konuşulanları toparlamak, önemli noktaları vurgulamak ve bireyin konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.
- Bireyden görüşme ile ilgili geribildirim alındı.
- Bireye ev ödevi verildi.
- Gelecek görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi ve görüşme sonlandırıldı.

4) Üçüncü görüşme

Amaç: Bireylerin stresle baş etme noktasında yaşadıkları ambivalansın incelenmesi, değerlendirilmesi ve çözümlenmesini sağlamak ve bireylere stres yönetimi konusunda bilgi vermek.

- Bir önceki görüşmede konuşulanların ana noktaları özetlendi.
- Bireye verilen ev ödevi hakkında konuşuldu ve bireyin yaptığı ev ödevi değerlendirildi.
- Bu günkü görüşmenin amacı bireye hatırlatıldı.
- Stresle baş etme yöntemleri konusunda kendi düşüncelerini ve deneyimlerini ifade edebilmeleri bakımından birey cesaretlendirildi.
- Bireye stres yönetimi konusunda bilgi verildi.
- Bireyin stres ve stres yönetimi konusundaki bireysel farkındalıklarının ve motivasyonlarının artırılması üzerine odaklanıldı.
- Değişime yönelik motivasyonun geliştirilmesinde, önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli kullanıldı.
- Konuşulanları toparlamak, önemli noktaları vurgulamak ve bireyin konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.
- Bireyden görüşme ile ilgili geribildirim alındı.
- Bireye ev ödevi verildi.
- Gelecek görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi ve görüşme sonlandırıldı.

5) Dördüncü görüşme

Amaç: Hastanın değişimi, uyumunun güçlenmesi ve motivasyonun arttırılması.

- Bir önceki görüşmede konuşulanların ana noktaları özetlendi.
- Bireye verilen ev ödevi hakkında konuşuldu ve bireyin yaptığı ev ödevi değerlendirildi.
- Bugünkü görüşmenin amacı bireye hatırlatıldı.
- Bireye geçmişteki tecrübelerinin olumsuz-olumlu yanları fark ettirilerek değişim için birey cesaretlendirilmeye çalışıldı.
- Bireyin geçmişteki başarılı olduğu durumlar gözden geçirildi ve kişisel güçlü yönleri hakkında konuşularak bunlar desteklendi.
- Sizi şu anki durumla ilgili endişelendirecek bir durum var mı? Değişimde bulunmak için gördüğünüz nedenler neler olabilir? Değişim yapabileceğinize ne kadar inanıyorsunuz? gibi bireye değişimi tetikleyecek sorular soruldu.
- Önem ve güven-yeterlilik, geleceğe bakmak ve karar dengesi yöntemleri kullanılarak değişim için motivasyon sağlandı.
- Değişim konuşması hasta ile ilgili olumlu yorum yapılarak pekiştirildi.
- Rol değişiminden yararlanılarak değişim konuşması yapıldı.
- Konuşulanları toparlamak, önemli noktaları vurgulamak ve bireyin konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.
- Bireyden görüşme ile ilgili geribildirim alındı.
- Bireye ev ödevi verildi.
- Gelecek görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi ve görüşme sonlandırıldı.

2. Aşama: Değişim taahhüdünün güçlendirilmesi (5. ve 6. Görüşme)

6) Beşinci görüşme

Amaç: Bireyde başlaması beklenen olumlu davranış değişimini desteklemek, hastalığın nüksetmesini önlemek.

- Bir önceki görüşmede konuşulanların ana noktaları özetlendi.
- Bireye verilen ev ödevi hakkında konuşuldu ve bireyin yaptığı ev ödevi değerlendirildi.
- Bugünkü görüşmenin amacı bireye hatırlatıldı.
- Bireyin hastalığının yönetimi ile ilgili düşüncelerini ve duygularını paylaşması sağlandı.
- Önem ve güven-yeterlilik, geleceğe bakmak ve karar dengesi yöntemleri kullanılarak değişim için motivasyon sağlanmaya çalışıldı.

- Bireyin hastalığı ile ilgili farkındalığı, baş etmesi, işlevselliği, tedaviye uyumu ve yaşam kalitesinin gelişimi yönünde değişimin avantajları fark ettirilerek değişim konuşması yapıldı.
- Bireyin yaşadığı değişimi anlamasını ve bu değişimi güçlendirmesini sağlamak için, değişim konuşması bireye yansıtıldı.
- Bireyin süreç boyunca neler hissettiği öğrenildi.
- Bireyden görüşme ile ilgili geribildirim alındı.
- Bu süreçte bireye, kendisine yardımcı olabilecek destek kaynaklarını tanımlaması ve bu kaynaklardan nasıl yararlanabileceği üzerine odaklanması için ev ödevi verildi. Ayrıca, bireyin değişime yönelik duygularını ve düşüncelerini yazılı olarak ifade etmesi teşvik edildi.
- Gelecek görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi ve görüşme sonlandırıldı.

7) Altıncı görüşme

Amaç: Görüşmelerin genel değerlendirilmesi, değişime bağlılığı sürdürmek, tedavinin devamlılığını sağlamak, programı sonlandırmak ve değerlendirmek, son testleri uygulamak.

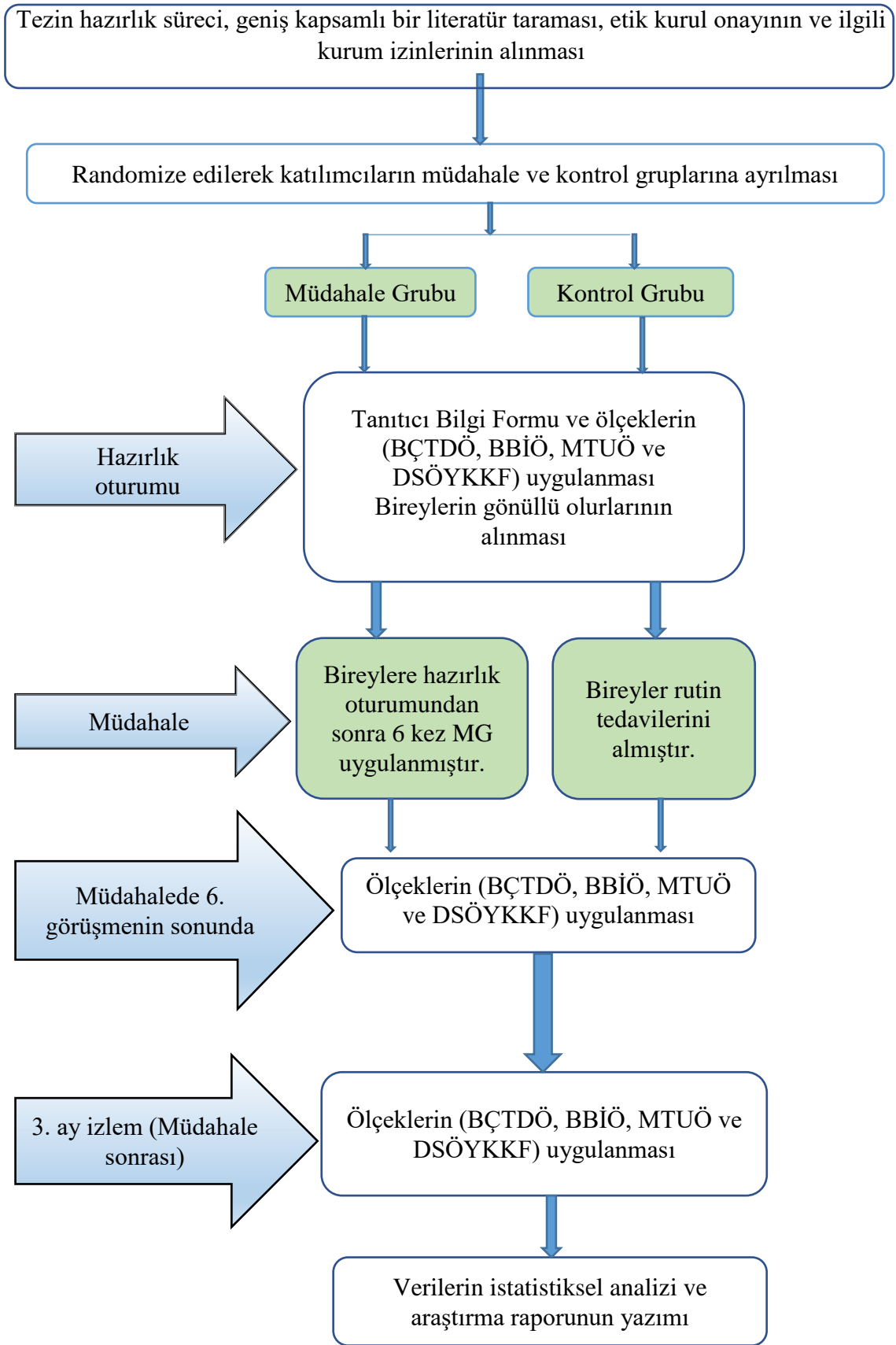
- Bir önceki görüşmede konuşulanların ana noktaları özetlendi.
- Bireye verilen ev ödevi hakkında konuşuldu ve bireyin yaptığı ev ödevi değerlendirildi.
- Bugünkü görüşmenin amacı bireye hatırlatıldı.
- Bireyden uyguladığı değişim planının sonuçlarını paylaşmaları istenmiştir. Pozitif deneyimler hakkında konuşurken, katılımcılar takdir edilmiş; olumsuz deneyimlerin nedenleri üzerinde durularak, bunların farkına varmaları sağlanmıştır.
- Hastanın değişmek isterse bunun olabileceği sağlanarak otonomisi desteklendi.
- Birey tarafından görüşme programının değerlendirilmesi sağlandı.
- Geribildirimler alındı.
- Tanıtıcı Bilgi Formu, BÇTDÖ, BBİÖ, MTUÖ ve DSÖYKKF doldurulması sağlandı.
- Hastalara bu son görüşmeden sonraki 3. ayda tekrar görüşüleceği, belirtilen formların tekrar uygulanacağı ve bu son 3 ay içinde neler yaptıkları konusunda konuşulacağına bilgilendirilmesi yapıldı.

3.13. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan müdahale ve kontrol gruplarının saptanmasından sonra hazırlık görüşmesinde bireylere “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “BÇTDÖ”, “BBIÖ”, “MTUÖ” ve “DSÖYKKF” ölçekleri uygulanmıştır. Müdahale grubunun son görüşmeleri tamamlandıktan sonra ve aynı zaman diliminde kontrol grubuna da bu ölçüm araçları tekrar uygulanmıştır. Her iki grubun izleme süreci, veri kaybını önlemek amacıyla müdahale sonrası 3. ayda gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci, araştırmacı tarafından yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

3.14. Araştırmanın Müdahale Aşaması

Bu araştırmada müdahale grubunu oluşturan katılımcılar 7 oturumdan oluşan MG'nin baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini inceleyen oturumlarına katılmışlardır. Müdahale grubunu oluşturan bireylere hazırlık görüşmesinde MG ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmacı, MG programını müdahale grubundaki katılımcılara Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Hastanesi TRSM görüşme odasında uygulamıştır. Hazırlık görüşmesinden sonra müdahale grubundaki her bir birey ile haftada bir kez olmak üzere toplam altı görüşme oturumu gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları müdahale ve kontrol grubunda bulunan bireylere hazırlık görüşmesi, müdahale sonrası (6. görüşme sonunda) ve müdahaleden sonra 3. ayda (izlem) uygulanmıştır. MG oturumları bireysel ve müdahale grubundaki bireylere uygulanmıştır. Oturumların süresi yaklaşık 45-60 dakika olup, yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Motivasyonun artırılması ve değişimin desteklenmesi için bireylerin başarıları üzerinde durulup takdir edilmiştir. Araştırma sürecinde her iki grupta bulunan bireyler rutin tedavilerine devam etmiştir. Araştırmacı tarafından kontrol grubundaki katılımcılara bir müdahale girişiminde bulunulmamıştır. Çalışmanın sonunda kontrol grubundaki bireylere MG oturumlarına katılabilecekleri hatırlatılmış ancak kontrol grubundan bu yönde bir talep gelmemiştir.



Şekil 3.14.1. Araştırmanın aşamaları.

3.15. Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 26.0 (IBM Corporation, New York, United States) programı kullanılmıştır. Bütün değişkenlere göre yapılan çoklu normallik analizinde (Shapiro Wilks) $p < 0,05$ olduğu için nonparametrik testler kullanılmıştır. Yaş normal dağılıma uyduğu için (Shapiro Wilks $p > 0,05$) parametrik testlerden Independent Sample-t testi uygulanmıştır. Araştırmada, sürekli değişkenlerin analizi için sıra ortalamaları, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Bağımsız grup farklılıklarının değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, bağımlı grup farklılıklarının analizinde ise Friedman Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi, kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki-kare analizi ile incelenmiştir. İç tutarlılık, Cronbach- α değeri ile gösterilmiştir. Araştırma, %95 güven düzeyinde yürütülmüş ve p değeri 0,05'ten küçük olan sonuçlar anlamlı kabul edilmiştir.

3.16. Araştırmacının Eğitimi

Araştırmacı teorik ve uygulamalı “Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimi” (31 Mayıs- 2 Haziran 2021)’ni tamamlamış ve katılım belgesi almıştır (Ek-10).

3.17. Araştırmanın Etik Yönü ve Etik Kurul Onayı

Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan araştırmanın yapılması için onay alınmıştır (Etik kurul tarih/sayı: 11.01.2022/01 ve evrak No: E-60116787-020-155550) (Ek-11). Etik kurul izninden sonra araştırmanın belirlenen kurumda yürütülebilmesi için ilgili kurum izni alınmıştır (Ek-12). BÇTDÖ (Ek-13), BBİÖ (Ek-14), MTUÖ (Ek-15) ve DSÖYKKF (Ek-16)’yi araştırmada kullanmak için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan gerekli

izinler alınmıştır. Örnekleme alınma kriterlerine uyan bireylere açıklama yapıp sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-17). Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine göre yapılmıştır.

3.18. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir kurumda yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma sonucunda elde edilen bulgular sadece bu kurum ile sınırlıdır.

3.19. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma Aşamaları	Sürecindeki								
	Şubat 2022-Aralık 2023	Mayıs-Haziran 2021	Ocak 2022	Nisan 2022	Mayıs 2022	Haziran 2022- Ağustos 2023	Ağustos -Eylül 2023	Ağustos-Aralık 2023	Ocak 2024
Literatür Taraması	✓								
Araştırmacının Eğitimi		✓							
Etik Kurul İzininin Alınması			✓						
Tez Önerisi Yazma			✓						
Kurum İzininin Alınması				✓					
Uzman Görüşlerinin Alınması					✓				
Uygulama						✓			
Verilerin Değerlendirilmesi							✓		
Tez Yazımı								✓	
Tez Savunması									✓

Şekil 3.19.1. Araştırma sürecinin zamana göre dağılımı.

4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları üç ana başlıkta sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tedavileri ile ilgili Bulgular.

4.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve Müdahaleden Sonraki İzlemede Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Gruplar arası ve Grup içi Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular.

4.3. Katılımcıların Ölçekler Arasındaki İlişkiye ait Bulgular.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Tedavisi ile ilgili Özelliklerine Yönelik Bulgular

Burada müdahale ve kontrol grubundakilerin sosyodemografik ve tedavisi ile ilgili özelliklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Müdahale ve kontrol grubundakilerin sosyodemografik özellikleri (n=48).

Değişken	Müdahale grubu (n=24) n (%)	Kontrol grubu (n=24) n (%)	İstatistiksel analiz* p		
Cinsiyet					
Kadın	15 (62,5)	12 (50,0)	$\chi^2=0,762$		
Erkek	9 (37,5)	12 (50,0)	$p=0,383$		
Eğitim durumu					
İlköğretim	9 (37,5)	4 (16,7)	$\chi^2=2,727$		
Ortaöğretim	9 (37,5)	13 (54,2)	$p=0,256$		
Üniversite ve üzeri	6 (25,0)	7 (29,1)			
Medeni durum					
Bekar	7 (29,2)	10 (41,7)	$\chi^2=0,698$		
Evli	17 (70,8)	14 (59,3)	$p=0,324$		
Kiminle yaşıyor?					
Yalnız	1 (4,2)	3 (12,5)			
Anne-baba	5 (20,8)	4 (16,6)	$\chi^2=0$		
Eş ve çocuklar	15 (62,5)	15 (62,5)	$p=1$		
Diğer bir yakını	3 (12,5)	2 (8,4)			
Meslek					
Ev hanımı	12 (50,0)	11 (45,8)			
Memur	7 (29,2)	7 (29,2)	$\chi^2=0,155$		
Serbest meslek	1 (4,2)	1 (4,2)	$p=0,985$		
Emekli	4 (16,7)	5 (20,8)			
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	20 (83,3)	17 (70,8)	$\chi^2=0,224$		
Çalışıyor	4 (16,7)	7 (29,2)	$p=0,862$		
Sosyal güvence					
Yok	0	0			
Var	24 (100,0)	24 (100,0)			
	$\bar{X} \pm S. S.$	Min-Max	$\bar{X} \pm S. S.$	Min-Max	
Yaş (yıl)	40,29±12,096	23-63	39,75±11,132	23-62	t=0,161 $p=0,872$

SS: standart sapma, \bar{x} : Aritmetik ortalama, t= Independent Sample-t testi, χ^2 = ki-kare testi

Tablo 4.1.1.'de bireylerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Müdahale grubundakilerin yaş ortalamaları $40,29 \pm 12,096$ 'dır. Müdahale grubundaki katılımcıların %62,5'i (n=15) kadın, %37,5'i (n=9) erkek; %37,5'i (n=9) ilköğretim mezunu, %37,5'i (n=9) ortaöğretim mezunu ve %25'i (n=6) üniversite mezunudur. Müdahale grubundaki bireylerin %29,2'sinin (n=7) bekar, %70,8'inin (n=17) evli olduğu; %4,2'sinin (n=1)

yalnız, %20,8'inin (n=5) anne-baba, %62,5'inin (n=15) eş ve çocukları ve %12,5'inin (n=3) diğer bir yakını ile yaşadığı belirlenmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %50'si (n=12) ev hanımı, %29,2'si (n=7) memur, %4,2'si (n=1) serbest meslek ve %16,7'si (n=4) emekli; %83,3'ünün (n=20) herhangi bir işte çalışmadığı, %16,7'sinin ise (n=4) çalıştığı ve hepsinin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundakilerin yaş ortalamaları $39,75 \pm 11,132$ 'dir. Katılımcıların %50'si (n=12) kadın, %16,7'si (n=4) ilköğretim mezunu, %54,2'si (n=13) ortaöğretim mezunu ve %29,1'i (n=7) üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin %41,7'sinin (n=10) bekar, %59,3'ünün (n=14) evli olduğu; %12,5'inin (n=3) yalnız, %16,6'sının (n=4) anne-baba, %62,5'inin (n=15) eş ve çocukları ve %8,4'ünün (n=2) diğer bir yakını ile yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %45,8'inin (n=11) ev hanımı, %29,2'sinin (n=7) memur, %4,2'sinin (n=1) serbest meslek ve %20,8'inin (n=5) emekli; %70,8'inin (n=17) herhangi bir işte çalışmadığı, %20,8'inin ise (n=7) çalıştığı ve hepsinin sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1.).

Bireylerin gruplar arası cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kiminle yaşadığı, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve yaş açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) ve grupların sosyodemografik özellikler bakımından homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.2. Müdahale ve kontrol grubundakilerin tedavileri ile ilgili özellikleri (n=48).

Değişken	Müdahale grubu (n=24) n (%)	Kontrol grubu (n=24) n (%)	İstatistiksel analiz* p		
Hastalık türü					
Bipolar bozukluk I	24 (100,0)	23 (95,8)	$\chi^2=0$		
Bipolar bozukluk II	0	1 (4,2)	p=1		
Hastaneye yatış sıklığı					
Yılda 1 kez	21 (87,5)	22 (91,6)	$\chi^2=0$		
Yılda 2 kez	1 (4,2)	1 (4,2)	p=1		
Yılda 4 kez ve üzeri	2 (8,3)	1 (4,2)			
Gereksinimlerini karşılama durumu					
Kendi kendine	19 (79,2)	20 (83,4)	$\chi^2=0$		
Ara sıra bakım veren desteğiyle	5 (20,8)	4 (16,6)	p=1		
İlaçlarını alma durumu					
Almıyor	1 (4,2)	1 (4,2)	$\chi^2=0$		
Alıyor	23 (95,8)	23 (95,8)	p=1		
Tedavi hakkındaki düşünceleri					
İyileştiriyor	22 (91,7)	23 (95,8)	$\chi^2=0$		
*Diğer	2 (8,3)	1 (4,2)	p=1		
Daha önce tedaviyi bırakma durumu					
Evet	24 (100,0)	24 (100,0)			
Hayır	0	0			
Tedaviyi bırakma nedeni					
Yan etkilerinin olması	3 (12,5)	4 (16,7)			
Unutkanlık	2 (8,3)	3 (12,5)			
Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi	4 (16,7)	5 (20,8)	$\chi^2=5,002$		
İlaçsız başarabilirim düşüncesi	11 (45,8)	10 (41,7)	p=0,416		
Hasta olmadığımı düşünme	1 (4,2)	2 (8,3)			
** Diğer	3 (12,5)	0			
Alkol kullanma					
Hayır	21 (87,5)	22 (91,6)	$\chi^2=0$		
Evet	3 (12,5)	2 (8,4)	p=1		
Sigara kullanma					
Hayır	13 (54,2)	12 (50,0)	$\chi^2=0$		
Evet	11 (45,8)	12 (50,0)	p=1		
İntihar girişimi					
Hayır	14 (58,3)	12 (50,0)	$\chi^2=0$		
Evet	10 (41,7)	12 (50,0)	p=1		
	$\bar{X} \pm S. S.$	Min-Max	$\bar{X} \pm S. S.$	Min-Max	
Bipolar tanısı (yıl) alma süresi	13,958±9,724	3-45	14,833±7,499	3-35	z=-0,806 p=0,420

SS: standart sapma, \bar{x} : Aritmetik ortalama, *Diğer: Emin değil, **Diğer: Gebe kalmak için ve hekim kontrolünde, χ^2 = ki-kare testi, z= Mann-Whitney U testi

Katılımcıların tedavileri ile ilgili özellikleri Tablo 4.1.2.'de yer almaktadır. Müdahale grubundakilerin bipolar tanısı alma süresi ortalaması $13,958 \pm 9,724$ olarak bulunmuştur. Grubun tamamı bipolar bozukluk I tanısı alıp; %87,5'i (n=21) yılda bir kez,

%4,2'si (n=1) yılda 2 kez ve %8,3'ü (n=2) yılda 4 kez ve üzeri hastanede yatarak tedavi görmekte olup; %79,2'si (n=19) gereksinimlerini kendi kendine, %20,8'i (n=5) gereksinimlerini bakım vericinin ara sıra desteği ile karşılayabildiğini ifade etmiştir. Bireylerin %4,2'sinin (n=1) ilaçlarını almadığı, %95,8'inin (n=23) ilaçlarını aldığı belirlenmiştir. Bu gruptakilerin %91,7'sinin (n=22) uygulanan tedavinin onları iyileştirdiğini ve %8,3'ünün (n=2) ise henüz bundan emin olmadığını belirtmiştir. Bu gruptakilerin tümü daha önce tedaviyi bıraktığını söylemiştir. Nedeni sorgulandığında; bireylerin %12,5'inin (n=3) tedavinin yan etkisi olmasından, %8,3'ünün (n=2) unutkanlıktan, %16,7'sinin, (n=4) tedavinin işe yaramadığı düşüncesinden, %45,8' inin (n=11) hastalığı ilaçsız yenebileceğini ve %4,2'sinin (n=1) hasta olmadığını düşünmesinden, %12,5'inin (n=3) ise diğer (gebe kalmak için ve hekim kontrolünde) sebeplerden tedaviyi bıraktıklarını ifade etmiştir. Gruptaki bireylerin %87,5'inin (n=21) alkol kullanmadığı, %54,2'sinin (n=13) sigara kullanmadığı ve %58,3'ünün (n=14) intihar girişiminde bulunmadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundakilerin bipolar tanısı alma süre ortalaması $14,833 \pm 7,499$ olarak tespit edilmiştir. Grubun %95,8'inin (n=23) bipolar bozukluk I, %4,2'sinin (n=1) bipolar bozukluk II tanısı alıp; %90,8'i (n=22) yılda bir kez, %4,2'si (n=1) yılda 2 kez ve %4,2 (n=1) yılda 4 kez ve üzeri hastanede yatarak tedavi görmekte olup; %83,4'ü (n=20) gereksinimlerini kendi kendine, %16,6'sı (n=4) gereksinimlerini bakım vericinin ara sıra desteği ile karşılayabildiğini belirtmiştir. Bireylerin %4,2'sinin (n=1) ilaçlarını almadığı, %95,8'inin (n=23) ilaçlarını aldığı belirlenmiştir. Bu gruptakilerin %95,8'inin (n=23) tedavinin iyileştirdiği, %4,2'sinin (n=1) henüz bundan emin olmadığı düşüncesinde olduğu tespit edilmiştir. Gruptaki tüm bireylerin daha önce tedaviyi bıraktığı ve bireylerin %16,7'sinin (n=4) tedavinin yan etkisi olmasından, %12,5'inin (n=3) unutkanlıktan, %20,8'inin, (n=5) tedavinin işe yaramadığı düşüncesinden %41,7'sinin (n=10) hastalığı ilaçsız yenebileceğini düşünmesinden ve %8,3'ünün (n=2) hasta olmadığını düşünmesinden dolayı tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir. Gruptakilerin %91,6'sının (n=22) alkol kullanmadığı, %50'sinin (n=12) sigara kullanmadığı ve yine %50'sinin (n=12) intihar girişiminde bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2.).

Katılımcıların gruplar arası bipolar tanı süresi, yatış sıklığı, gereksinimini karşılama durumu, ilaç alma durumları, tedavi ile ilgili düşünceleri, daha önce tedaviyi bırakma durumu ve tedaviyi bırakma nedeni, alkol ve sigara kullanma durumu ve intihar

girişimi açısından istatistiksel olarak farklılık olmadığı ($p>0,05$) ve grupların tedavileri ile ilgili özellikleri bakımından homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2.).

4.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve Müdahaleden Sonraki İzlemde Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Gruplar arası ve Grup içi Karşılaştırılması ile ilgili Bulgular

Burada müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgulardan bahsedilmiştir.

Tablo 4.2.1. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde baş etme puanlarının karşılaştırılması (n=48).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)			Kontrol grubu (n=24)		P
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]		Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	Ön test ⁽¹⁾	22,42	14 [12-15]	23,58	16 [16-16]	$z=-0,470, p=0,638$
	Son test ⁽²⁾	24,38	16 [16-16]	23,22	16 [16-16]	$z=-0,858, p=0,391$
	İzlem testi ⁽³⁾	24,84	16 [15,25-16]	22,96	16 [16-16]	$z=-1,061, p=0,289$
	p	$\chi^2=25,954, p=0,0001$		$\chi^2=33,949, p=0,322$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Zihinsel boş verme	Ön test ⁽¹⁾	24,38	11,50 [9-13]	27,63	14 [10-14]	$z=-1,581, p=0,114$
	Son test ⁽²⁾	26,54	11 [10-13]	22,46	10 [10-11]	$z=-1,044, p=0,297$
	İzlem testi ⁽³⁾	25,83	11 [10-13]	23,17	10,50 [10-12,50]	$z=-0,675, p=0,500$
	p	$\chi^2=0,118, p=0,943$		$\chi^2=21,320, p=0,344$		
	Post hoc#	-		-		
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	Ön test ⁽¹⁾	26,54	14 [14-16]	24,56	15,50 [15-16]	$z=-0,527, p=0,598$
	Son test ⁽²⁾	25,38	15 [15-16]	26,62	15,50 [15-16]	$z=-1,637, p=0,102$
	İzlem testi ⁽³⁾	25,52	15 [15-16]	26,48	15 [15-16]	$z=-1,551, p=0,121$
	p	$\chi^2=26,270, p=0,0001$		$\chi^2=34,977, p=0,272$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Yararlı sosyal destek kullanımı	Ön test ⁽¹⁾	24,40	11 [9-14,75]	22,60	15 [13-16]	$z=-0,951, p=0,342$
	Son test ⁽²⁾	27,88	16 [16-16]	21,12	16 [13-16]	$z=-2,086, p=0,037$
	İzlem testi ⁽³⁾	29,04	16 [16-16]	19,96	15 [13-16]	$z=-2,516, p=0,012$
	p	$\chi^2=21,787, p=0,0001$		$\chi^2=27,300, p=0,248$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Aktif başa çıkma	Ön test ⁽¹⁾	24,29	12 [11-13]	24,21	16 [15-16]	$z=-0,148, p=0,882$
	Son test ⁽²⁾	26,86	15 [14-16]	26,64	16 [15-16]	$z=-1,327, p=0,184$
	İzlem testi ⁽³⁾	27,78	15 [13,25-16]	27,73	16 [15-16]	$z=-1,706, p=0,088$
	p	$\chi^2=27,387, p=0,0001$		$\chi^2=30,091, p=0,236$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		

Tablo 4.2.1. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde baş etme puanlarının karşılaştırılması (n=48) (devamı).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)			Kontrol grubu (n=24)		P
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]		Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
İnkar	Ön test ⁽¹⁾	22,56	7 [7-9,75]	26,44	8 [6-10,75]	$z=-0,988, p=0,323$
	Son test ⁽²⁾	19,75	5,50 [4-10]	29,25	8 [6-10,75]	$z=-2,403, p=0,016$
	İzlem testi ⁽³⁾	20,94	7 [4-9,75]	28,06	8 [6-10]	$z=-2,779, p=0,025$
	p	$\chi^2=1,162, p=0,559$		$\chi^2=0,831, p=0,660$		
	Post hoc#	-		-		
Dini olarak başa çıkma	Ön test ⁽¹⁾	26,00	15,50 [13-16]	23,00	15 [12-16]	$z=-0,780, p=0,435$
	Son test ⁽²⁾	22,56	16 [15-16]	26,44	16 [16-16]	$z=-1,952, p=0,049$
	İzlem testi ⁽³⁾	21,67	16 [15-16]	27,33	16 [16-16]	$z=-1,978, p=0,048$
	p	$\chi^2=2,490, p=0,288$		$\chi^2=3,528, p=0,171$		
	Post hoc#	-		-		
Şakaya vurma	Ön test ⁽¹⁾	26,08	7 [4-12]	22,92	6 [4-7]	$z=-0,810, p=0,418$
	Son test ⁽²⁾	29,69	11 [6-13,75]	19,31	5,50 [4-7]	$z=-2,591, p=0,010$
	İzlem testi ⁽³⁾	29,15	10,50 [7-12]	19,85	6,50 [4,25-8,50]	$z=-2,318, p=0,020$
	p	$\chi^2=4,725, p=0,184$		$\chi^2=4,725, p=0,800$		
	Post hoc#	-		-		
Davranışsal olarak boş verme	Ön test ⁽¹⁾	24,08	4 [4-7]	20,92	6 [4-8,75]	$z=-1,810, p=0,070$
	Son test ⁽²⁾	22,31	4 [4-5,75]	22,59	4 [4-5,75]	$z=-1,007, p=0,314$
	İzlem testi ⁽³⁾	23,18	4 [4-6,50]	24,02	4 [4-7]	$z=-0,263, p=0,792$
	p	$\chi^2=13,268, p=0,001$		$\chi^2=7,620, p=0,694$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Geri durma	Ön test ⁽¹⁾	23,42	13 [12-14]	21,58	12 [11-14]	$z=-1,489, p=0,136$
	Son test ⁽²⁾	21,44	12 [9,25-12]	21,56	12 [11-14]	$z=-2,537, p=0,011$
	İzlem testi ⁽³⁾	21,85	13 [12-14]	20,15	11 [10-12]	$z=-2,830, p=0,005$
	p	$\chi^2=0,400, p=0,819$		$\chi^2=5,160, p=0,126$		
	Post hoc#	-		-		
Duygusal sosyal destek kullanımı	Ön test ⁽¹⁾	18,69	15 [13-16]	21,31	16 [16-16]	$z=-1,599, p=0,110$
	Son test ⁽²⁾	23,88	16 [16-16]	19,12	15 [13-16]	$z=-2,685, p=0,007$
	İzlem testi ⁽³⁾	23,21	16 [16-16]	18,79	15 [13-16]	$z=-2,449, p=0,014$
	p	$\chi^2=25,600, p=0,0001$		$\chi^2=27,519, p=0,322$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		

Tablo 4.2.1. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde baş etme puanlarının karşılaştırılması (n=48) (devamı).

Değişken		Müdahale grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=24)		P
		Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
Madde kullanımı	Ön test ⁽¹⁾	22,83	4 [4-4,75]	23,17	4 [4-4]	$z=-0,931, p=0,352$
	Son test ⁽²⁾	23,65	4 [4-4,75]	25,35	4 [4-5]	$z=-0,529, p=0,597$
	İzlem testi ⁽³⁾	24,60	4 [4-4]	24,40	4 [4-4]	$z=-0,073, p=0,942$
	p	$\chi^2=3,586, p=0,166$		$\chi^2=4,720, p=0,118$		
	Post hoc#	-		-		
Kabullenme	Ön test ⁽¹⁾	20,48	12 [10-13]	28,52	13 [13-16]	$z=-2,641, p=0,081$
	Son test ⁽²⁾	21,85	12 [10,25-13,50]	27,15	12 [11,25-16]	$z=-1,353, p=0,176$
	İzlem testi ⁽³⁾	21,77	10,50 [10-12]	27,23	11,50 [10-14]	$z=-1,370, p=0,171$
	p	$\chi^2=4,528, p=0,104$		$\chi^2=3,528, p=0,171$		
	Post hoc#	-		-		
Diğer meşguliyetleri bastırma	Ön test ⁽¹⁾	21,33	9 [8-10]	23,67	10 [10-11,75]	$z=-0,421, p=0,677$
	Son test ⁽²⁾	23,65	10 [10-11,75]	21,35	9 [8-10]	$z=-2,432, p=0,015$
	İzlem testi ⁽³⁾	23,88	10 [10-11,75]	21,38	9 [8-10]	$z=-2,723, p=0,006$
	p	$\chi^2=4,261, p=0,119$		$\chi^2=0,831, p=0,660$		
	Post hoc#	-		-		
Plan yapma	Ön test ⁽¹⁾	22,54	12 [10-14]	21,46	12 [10-14]	$z=-1,521, p=0,128$
	Son test ⁽²⁾	27,44	15,50 [14-16]	26,56	16 [15-16]	$z=-1,135, p=0,256$
	İzlem testi ⁽³⁾	27,00	15 [14,25-16]	27,00	16 [15-16]	$z=-1,355, p=0,175$
	p	$\chi^2=21,840, p=0,0001$		$\chi^2=28,571, p=0,386$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
BÇTDÖ	Ön test ⁽¹⁾	23,17	163 [155-166]	22,83	163 [157-166]	$z=-0,832, p=0,405$
	Son test ⁽²⁾	24,96	172 [166-178]	22,24	163 [157-166]	$z=-2,227, p=0,035$
	İzlem testi ⁽³⁾	25,96	174 [164-180]	22,12	163 [157-166]	$z=-2,268, p=0,026$
	p	$\chi^2=10,457, p=0,005$		$\chi^2=20,333, p=0,154$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		

χ^2 = Friedman testi, z = Mann-Whitney U testi, # Bonferroni testi, BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.2.1.'de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem BÇTDÖ toplam ve alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması bulunmaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahale sonrası izlemde BÇTDÖ toplam, Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, Yararlı sosyal destek kullanımı, Aktif başa çıkma, Davranışsal olarak boş verme, Duygusal sosyal destek kullanımı ve Plan yapma alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hangi grubun anlamlı farklara yol açtığını belirlemek için, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=25,954$, $p=0,0001$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel açıdan düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2=26,270$, $p=0,0001$). Müdahaledekilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Yararlı sosyal destek kullanımı alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=21,787$, $p=0,0001$). Katılımcıların müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Aktif başa çıkma alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=27,387$, $p=0,001$). Müdahaledekilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Davranışsal olarak boş verme alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($\chi^2=13,268$, $p=0,001$). Müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde müdahale grubundakilerin Duygusal sosyal destek kullanımı alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=25,600$, $p=0,0001$). Katılımcıların müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Plan yapma alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=21,840$, $p=0,0001$). Ayrıca müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde BÇTDÖ toplam puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2=10,457$, $p=0,005$). Ancak bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Zihinsel boş verme, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma, Geri durma, Madde

kullanımı, Kabullenme ve Diğer meşguliyetleri bastırma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1.).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde BÇTDÖ toplam ve tüm alt boyut puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1.).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde BÇTDÖ toplam, Yararlı sosyal destek kullanımı, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma, Geri durma, Duygusal sosyal destek kullanımı ve Diğer meşguliyetleri bastırma gruplar arası alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Tabloya göre; müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde BÇTDÖ toplam puanları, kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($z=-2,227$, $p=0,035$; $z=-2,268$, $p=0,026$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Yararlı sosyal destek kullanımı alt boyut puanları, kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($z=-2,086$, $p=0,037$; $z=-2,516$, $p=0,012$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde izlem İnkâr alt boyut puanları kontrol grubundakilerinden istatistiksel açıdan daha düşük olduğu belirlenmiştir ($z=-2,403$, $p=0,016$; $z=-2,779$, $p=0,025$). Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Dini olarak başa çıkma alt boyut puanları kontrol grubundakilerinden istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-1,952$, $p=0,049$; $z=-1,978$, $p=0,048$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Şakaya vurma alt boyut puanları kontrol grubundakilerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($z=-2,591$, $p=0,010$; $z=-2,318$, $p=0,020$). Müdahaledekilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Geri durma alt boyut puanları kontrol grubundakilerinden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($z=-2,537$, $p=0,011$; $z=-2,830$, $p=0,005$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Duygusal sosyal destek kullanımı alt boyut puanları kontrol grubundakilerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-2,685$, $p=0,007$; $z=-2,449$, $p=0,014$). Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Diğer meşguliyetleri bastırma alt boyut puanları kontrol grubundakilerinden istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($z=-2,432$, $p=0,015$; $z=-2,723$, $p=0,006$).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi BÇTDÖ toplam, Yararlı sosyal destek kullanımı, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma, Geri durma, Duygusal sosyal destek kullanımı ve Diğer meşguliyetleri bastırma gruplar arası alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) Ayrıca müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, Zihinsel olarak boş verme, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, Aktif başa çıkma, Davranışsal olarak boş verme, Madde kullanımı, Kabullenme ve Plan yapma alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde işlevsellik puanlarının karşılaştırılması (n=48).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)			Kontrol grubu (n=24)		P
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]		Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
Duygusal işlevsellik	Ön test ⁽¹⁾	22,21	7 [6-9]	26,79	9 [9-9]	z=-1,224, p=0,221
	Son test ⁽²⁾	22,69	9 [8-9]	26,31	9 [9-9]	z=-1,267, p=0,205
	İzlem testi ⁽³⁾	22,68	9 [8-9]	26,32	9 [9-9]	z=-1,267, p=0,205
	p	$\chi^2=5,143, p=0,076$		$\chi^2=3,143, p=0,142$		
	Post hoc#	-		-		
Zihinsel işlevsellik	Ön test ⁽¹⁾	23,79	10 [8-12]	22,21	10 [9-12]	z=-1,166, p=0,243
	Son test ⁽²⁾	26,31	10 [9-12]	25,69	10 [9-12]	z=-0,627, p=0,531
	İzlem testi ⁽³⁾	26,28	10 [9-12]	25,72	10 [9-12]	z=-0,627, p=0,531
	p	$\chi^2=2,632, p=0,268$		$\chi^2=2,091, p=0,286$		
	Post hoc#	-		-		
Cinsel işlevsellik	Ön test ⁽¹⁾	23,31	7,5 [6-10]	25,69	7 [7-11]	z=-0,601, p=0,548
	Son test ⁽²⁾	25,15	8 [6,25-11,75]	23,85	7 [7-10,75]	z=-0,326, p=0,745
	İzlem testi ⁽³⁾	25,15	8 [6,25-11,75]	23,85	7 [7-10,75]	z=-0,326, p=0,745
	p	$\chi^2=2,286, p=0,319$		$\chi^2=13,091, p=0,834$		
	Post hoc#	-		-		
İçe kapanıklık	Ön test ⁽¹⁾	27,25	7 [6-8]	21,75	9 [8-9]	z=-1,425, p=0,154
	Son test ⁽²⁾	22,94	9 [8-9]	26,06	9 [8-9]	z=-0,909, p=0,363
	İzlem testi ⁽³⁾	22,65	9 [8-9]	26,35	9 [8-9]	z=-1,061, p=0,289
	p	$\chi^2=19,882, p=0,0001$		$\chi^2=4,370, p=0,112$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Damgalanma hissi	Ön test ⁽¹⁾	23,85	8 [7-11,75]	25,15	12 [11-12]	z=-0,331, p=0,740
	Son test ⁽²⁾	20,00	10 [8-12]	29,00	12 [11-12]	z=-2,494, p=0,013
	İzlem testi ⁽³⁾	19,55	10 [8-12]	29,05	12 [11-12]	z=-2,494, p=0,013
	p	$\chi^2=3,333, p=0,189$		$\chi^2=12,730, p=0,774$		
	Post hoc#	-		-		

Tablo 4.2.2. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde işlevsellik puanlarının karşılaştırılması (n=48) (devamı).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)			Kontrol grubu (n=24)		P
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]		Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
Ev içi ilişkiler	Ön test ⁽¹⁾	20,44	12[10,25-14]	22,56	14,50 [12-16]	z=-1,013, p=0,311
	Son test ⁽²⁾	26,79	16 [15-17,75]	28,21	18 [16-18]	z=-1,934, p=0,053
	İzlem testi ⁽³⁾	26,72	16 [15-17,75]	28,28	18 [16,18]	z=-1,934, p=0,053
	p	$\chi^2=14,235, p=0,0001$		$\chi^2=32,400, p=0,0001$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		[1-2,1-3]		
Arkadaşıyla ilişkiler	Ön test ⁽¹⁾	23,79	12,50 [11-13]	22,21	11 [10-12]	z=-1,170, p=0,242
	Son test ⁽²⁾	26,27	16 [15-16]	25,73	14 [13-15]	z=-0,639, p=0,523
	İzlem testi ⁽³⁾	26,25	16 [15-16]	25,75	14 [13-15]	z=-0,639, p=0,523
	p	$\chi^2=21,778, p=0,0001$		$\chi^2=46,000, p=0,0001$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		[1-2,1-3]		
Toplumsal etkinliklere katılım	Ön test ⁽¹⁾	21,38	13 [10,25-16]	27,63	17 [14-19]	z=-1,580, p=0,114
	Son test ⁽²⁾	26,17	17 [15,50-19,50]	22,83	17 [14-19]	z=-0,842, p=0,400
	İzlem testi ⁽³⁾	26,14	17 [15,50-19,50]	22,86	17 [14-19]	z=-0,842, p=0,400
	p	$\chi^2=29,455, p=0,0001$		$\chi^2=6,333, p=0,062$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Günlük etkinlikler ve hobiler	Ön test ⁽¹⁾	19,10	17 [16,25-17,75]	19,90	17 [17-18]	z=-0,637, p=0,524
	Son test ⁽²⁾	23,16	18 [17-19]	22,90	17 [17-18]	z=-0,819, p=0,413
	İzlem testi ⁽³⁾	23,07	18 [17-19]	22,93	17 [17-18]	z=-0,819, p=0,413
	p	$\chi^2=36,364, p=0,0001$		$\chi^2=3,333, p=0,189$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
İş	Ön test ⁽¹⁾	21,25	11 [10-12]	25,75	12 [10,50-12]	z=-0,634, p=0,526
	Son test ⁽²⁾	25,35	12 [10,50-12]	27,65	12 [11-12]	z=-1,662, p=0,096
	İzlem testi ⁽³⁾	25,33	12 [10,50-12]	27,67	12 [11-12]	z=-1,662, p=0,096
	p	$\chi^2=4,500, p=0,105$		$\chi^2=3,600, p=0,165$		
	Post hoc#	-		-		
İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	Ön test ⁽¹⁾	23,58	5 [4-6]	24,42	7 [7-8]	z=-1,984, p=0,059
	Son test ⁽²⁾	25,15	7 [7-8]	25,85	7 [7-8]	z=-0,703, p=0,482
	İzlem testi ⁽³⁾	25,14	7 [7-8]	25,86	7 [7-8]	z=-0,703, p=0,482
	p	$\chi^2=17,789, p=0,0001$		$\chi^2=3,844, p=0,176$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		

Tablo 4.2.2. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde işlevsellik puanlarının karşılaştırılması (n=48) (devamı).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=24)		P	
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]		
BBİÖ	Ön test ⁽¹⁾	23,38	109,50 [99-119,75]	24,62	119 [109-128]	z=-0,436, p=0,663
	Son test ⁽²⁾	26,52	132 [122-138]	25,48	129 [119,25-136]	z=-0,488, p=0,626
	İzlem testi ⁽³⁾	26,50	132 [122-138]	25,50	129 [119,25-136]	z=-0,498, p=0,618
	p	$\chi^2=33,333$, p=0,0001		$\chi^2=4,808$, p= 0,256		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		

χ^2 = Friedman testi, z= Mann-Whitney U testi, # Bonferroni testi, BBİÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Tablo 4.2.2.'de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem BBİÖ puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde BBİÖ toplam, İç kapanıklık, Ev içi ilişkiler, Arkadaşıyla ilişkiler, Toplumsal etkinliklere katılım, Günlük etkinlikler ve hobiler ile İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyutları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi grubun anlamlı farklılara yol açtığını belirlemek için, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde İç kapanıklık alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur ($\chi^2=19,882$, $p=0,0001$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Ev içi ilişkiler alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=14,235$, $p=0,0001$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Arkadaşıyla ilişkiler alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel açıdan daha yüksek saptanmıştır ($\chi^2=21,778$, $p=0,0001$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Toplumsal etkinliklere katılım alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek belirlenmiştir ($\chi^2=29,455$, $p=0,0001$). Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Günlük etkinlikler ve hobiler alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=13,268$, $p=0,0001$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($\chi^2=17,789$, $p=0,0001$). Ayrıca müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde BBİÖ toplam puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=33,333$, $p=0,0001$). Ancak müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, Damgalanma hissi, İş alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.2.).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Ev içi ilişkiler ve Arkadaşıyla ilişkiler alt boyut puanlarında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hangi grubun anlamlı farklılara yol açtığını belirlemek için, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; kontrol grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Ev içi ilişkiler alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=32,400$, $p=0,0001$). Kontrol grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Arkadaşıyla ilişkiler alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($\chi^2=46,000$, $p=0,0001$). Fakat kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde BBİÖ toplam, Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, Damgalanma hissi, Toplumsal etkinliklere katılım, Günlük etkinlikler ve hobiler, İş, İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.2.).

Müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Damgalanma hissi alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Tabloya göre; müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Damgalanma hissi alt boyut puanları, kontrol grubundakilerden daha düşük olduğu bulunmuştur ($z=-2,494$, $p=0,013$) (Tablo 4.2.2.).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi Damgalanma hissi alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($z=-0,331$, $p=0,740$). Ayrıca müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahale sonrası izlemde BBİÖ toplam ve Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, İçer kapanıklık, Ev içi ilişkiler, Arkadaşıyla ilişkiler, Toplumsal etkinliklere katılım, Günlük etkinlikler ve hobiler, İş, İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.3. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde tedaviye uyum puanlarının karşılaştırılması (n=48).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)		Kontrol grubu (n=24)		p
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
Ön test ⁽¹⁾	27,46	1 [1-1]	24,54	1 [0-1]	z=-1,617 p=0,106
MТУÖ Son test ⁽²⁾	25,50	0 [0-0,75]	24,50	1 [0-1]	z=-0,703 p=0,482
MТУÖ İzlem testi ⁽³⁾	24,00	0 [0-0]	24,58	1 [0-1]	z=-0,405 p=0,686
p	$\chi^2=19,743, p=0,0001$		$\chi^2=10,800, p=0,175$		
Post hoc#	[1-2,1-3]		-		

$\chi^2=$ Friedman testi, z= Mann-Whitney U testi, # Bonferroni testi, MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

Tablo 4.2.3.'de müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem MTUÖ puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması görülmektedir. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlem MTUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=19,743, p=0,0001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi MTUÖ puanının, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlem puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlem MTUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=10,800, p=0,175$) (Tablo 4.2.3.).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi (z=-1,617, p=0,106), müdahale sonrası (z=-0,703, p=0,482) ve müdahaleden sonraki izlemde (z=-0,405, p=0,686) gruplar arası MTUÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.2.3.).

Tablo 4.2.4. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması (n=48).

Değişken	Müdahale grubu (n=24)			Kontrol grubu (n=24)		p
	Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]		Sıra Ortalaması	Q2 [Q1-Q3]	
Bedensel	Ön test ⁽¹⁾	25,25	27,50 [23,25-29]	26,75	28 [28-29]	z=-1,141, p=0,254
	Son test ⁽²⁾	26,15	28,50 [28-31]	25,15	28,50 [26-31]	z=-0,854, p=0,393
	İzlem testi ⁽³⁾	28,63	28 [25,25-28]	25,38	28,50 [28-30,50]	z=-1,997, p=0,046
	p	$\chi^2=19,743, p=0,137$		$\chi^2=2,268, p=0,322$		
	Post hoc#	-		-		
Ruhsal	Ön test ⁽¹⁾	26,85	28 [25-30]	27,15	26 [22-26]	z=-1,349, p=0,177
	Son test ⁽²⁾	27,71	28,50 [24,25-30]	27,29	28 [25-30]	z=-1,412, p=0,158
	İzlem testi ⁽³⁾	27,77	28,50 [24,25-30]	26,33	28 [25-30]	z=-0,925, p=0,355
	p	$\chi^2=8,868, p=0,012$		$\chi^2=8,725, p=0,013$		
	Post hoc#	[1-2]		[1-2]		
Sosyal	Ön test ⁽¹⁾	18,90	11 [8,50-12]	20,10	12 [11,25-15]	z=-0,401, p=0,689
	Son test ⁽²⁾	23,71	12,50 [12-14,75]	19,29	11 [8,50-12]	z=-2,849, p=0,004
	İzlem testi ⁽³⁾	23,21	12,50 [10,5-14]	19,79	11 [8,50-12]	z=-2,652, p=0,004
	p	$\chi^2=6,845, p=0,033$		F=0,101, p=0,904		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		-		
Çevresel	Ön test ⁽¹⁾	28,15	37 [28,25-36,75]	29,35	37 [34,50-37]	z=-0,416, p=0,677
	Son test ⁽²⁾	28,38	37 [30,25-38,75]	25,63	37 [30-38,75]	z=-3,001, p=0,003
	İzlem testi ⁽³⁾	28,67	37 [30,25-38,75]	25,33	36 [30,25-39]	z=-2,916, p=0,004
	p	$\chi^2=4,725, p=0,094$		$\chi^2=19,283, p=0,747$		
	Post hoc#	-		-		
DSÖYKKF	Ön test ⁽¹⁾	24,04	99,50 [89,25-113]	26,96	119 [102-120]	z=-0,836, p=0,403
	Son test ⁽²⁾	26,83	108 [102,50-120]	22,17	108 [102,50-120]	z=-2,436, p=0,003
	İzlem testi ⁽³⁾	26,50	110 [102-120]	22,50	110 [97,75-118]	z=-2,224, p=0,026
	p	$\chi^2=11,319, p=0,003$		$\chi^2=6,083, p=0,048$		
	Post hoc#	[1-2,1-3]		[1-2,2-3]		

χ^2 = Friedman testi, z= Mann-Whitney U testi, # Bonferroni testi, DSÖYKKF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde DSÖYKKF toplam ve alt boyut puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.4.'de görülmektedir. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde DSÖYKKF Ruhsal ($\chi^2=8,868$, $p=0,012$), Sosyal ($\chi^2=6,845$, $p=0,033$) alt boyut ve toplam ($\chi^2=11,319$, $p=0,003$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hangi grubun anlamlı farklılara yol açtığını belirlemek için, Bonferroni düzeltmesi uygulanarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; müdahale grubundakilerin müdahale sonrası DSÖYKKF Ruhsal alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Sosyal alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde DSÖYKKF toplam puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Fakat müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde DSÖYKKF Bedensel ve Çevresel alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde DSÖYKKF Ruhsal alt boyut ($\chi^2=8,725$, $p=0,013$) ve toplam ($\chi^2=6,083$, $p=0,048$) puanlarında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; kontrol grubundakilerin müdahale sonrası DSÖYKKF Ruhsal alt boyut puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde DSÖYKKF toplam puanı, müdahale öncesi puanından istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. Ancak kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde DSÖYKKF Bedensel, Sosyal ve Çevresel alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4.).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası karşılaştırılması incelendiğinde; müdahaledekilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde DSÖYKKF toplam puanlarının kontrol grubundakilerinden daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($z=-2,436$, $p=0,003$; $z=-2,224$, $p=0,026$).

Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası izlemde Bedensel alt boyut puanı kontrol grubundakilerinden daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık olduğu saptanmıştır ($z=-1,997$, $p=0,046$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Sosyal alt boyut puanlarının kontrol grubundakilerinden daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($z=-2,849$, $p=0,004$; $z=-2,652$, $p=0,004$). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Çevresel alt boyut puanlarının kontrol grubundakilerinden daha yüksek olduğu ve istatistiksel anlamlılık olduğu belirlenmiştir ($z=-3,001$, $p=0,003$; $z=-2,916$, $p=0,004$) (Tablo 4.2.4.).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahale sonrası izlemde gruplar arası Ruhsal alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($z=-1,349$, $p=0,177$; $z=-1,412$, $p=0,158$; $z=-0,925$, $p=0,355$). Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi ve sonrası gruplar arası Bedensel alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($z=-1,141$, $p=0,254$; $z=-0,854$, $p=0,393$). Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi gruplar arası DSÖYKKF toplam, Sosyal ve Çevresel alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($z=-0,836$, $p=0,403$; $z=-0,401$, $p=0,689$; $z=-0,416$, $p=0,677$) (Tablo 4.2.4.).

4.3. Katılımcıların Ölçekler Arasındaki İlişkiye ait Bulgular

Burada katılımcıların müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde ölçekler arasındaki korelasyona yönelik bulgulara değinilmiştir.

Tablo 4.3.1. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=48).

Değişken	Korelasyon <i>p</i>	1		2		3		4	
		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
1. MTUÖ	<i>r_s</i>	-	-	0,359	0,396	0,086	0,159	0,016	0,317
	<i>p</i>			0,085	0,055	0,691	0,459	0,942	0,131
2. DSÖYKKF	<i>r_s</i>	-	-	-	-	0,141	0,761	0,401	0,330
	<i>p</i>					0,510	0,342	0,052	0,116
3. BÇTDÖ	<i>r_s</i>	-	-	-	-	-	-	0,207	0,090
	<i>p</i>							0,337	0,675
4. BBIÖ	<i>r_s</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p</i>								

r_s= Spearman korelasyon katsayısı, MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, DSÖYKKF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, BBIÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Bireylerin müdahale öncesi MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 4.3.1.'dedir. Bireylerin grup içi müdahale öncesi MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3.2. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=48).

Değişken	Korelasyon <i>p</i>	1		2		3		4	
		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
1. MTUÖ	r_s	-	-	0,084	0,150	0,070	0,105	0,363	0,107
	<i>p</i>			0,034*	0,485	0,747	0,624	0,041*	0,619
2. DSÖYKKF	r_s	-	-	-	-	0,336	0,221	0,388	0,350
	<i>p</i>					0,419	0,229	0,021*	0,094
3. BÇTDÖ	r_s	-	-	-	-	-	-	0,538	0,481
	<i>p</i>							0,007*	0,117
4. BBIÖ	r_s	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p</i>								

r_s = Spearman korelasyon katsayısı, MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, DSÖYKKF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, BBIÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği, * $p<0,05$

Tablo 4.3.2.'de bireylerin müdahale sonrası MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Müdahale grubundakilerin grup içi müdahale sonrası MTUÖ toplam puanı ile DSÖYKKF ve BBIÖ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r_s=0,084$, $p=0,034$; $r_s=0,363$, $p=0,041$). BÇTDÖ toplam puanı ile BBIÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r_s=0,538$, $p=0,007$). Ayrıca, DSÖYKKF toplam puanı ile BBIÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r_s=0,388$, $p=0,021$). Fakat müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası MTUÖ toplam puanı ve DSÖYKKF toplam puanları ile BÇTDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3.2.).

Tablo 4.3.3. Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki izlemde baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=48).

Değişken	Korelasyon* <i>p</i>	1		2		3		4	
		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
1. MTUÖ	r_s	-	-	0,201	0,081	0,265	0,243	0,492	0,288
	<i>p</i>			0,046*	0,706	0,212	0,253	0,049*	0,173
2. DSÖYKKF	r_s	-	-	-	-	0,032	0,066	0,045	0,205
	<i>p</i>					0,884	0,761	0,134	0,337
3. BÇTDÖ	r_s	-	-	-	-	-	-	0,607	0,157
	<i>p</i>							0,017*	0,465
4. BBiÖ	r_s	-	-	-	-	-	-	-	-
	<i>p</i>								

r_s = Spearman korelasyon katsayısı, MTUÖ: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, DSÖYKKF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, BBiÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği * $p<0,05$

Bireylerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3.3.'te yer almaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahaleden sonraki 3. ay izlem MTUÖ toplam puanı ile DSÖYKKF ve BBIÖ toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r_s=0,201$, $p=0,046$; $r_s=0,492$, $p=0,049$). BÇTDÖ toplam puanı ile BBIÖ toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($r_s=0,607$, $p=0,017$). Fakat müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası MTUÖ toplam puanı ve DSÖYKKF toplam puanları ile BÇTDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca, DSÖYKKF toplam puanı ile BBIÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Aynı zamanda kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahaleden sonraki 3. ay izlem MTUÖ, DSÖYKKF, BÇTDÖ ve BBIÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3.).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın bulguları beş başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Baş Etme Puanları ile ilgili Tartışma.

5.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki İşlevsellik Puanları ile ilgili Tartışma.

5.3. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Tedaviye Uyum Puanları ile ilgili Tartışma.

5.4. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Yaşam Kalitesi Puanları ile ilgili Tartışma.

5.5. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki ile ilgili Tartışma.

5.1. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Baş Etme Puanlarına ait Tartışma

Stresle baş etmenin, kişinin geçmişteki olaylardan olumlu bir anlam çıkarması, hayata olumlu bir perspektiften bakabilmesine yardımcı olabileceği belirtilmektedir. Bu durumda bireyin işlevselliğinin olumlu yönde değişmesine yol açabileceği vurgulanmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda stresle baş etme, oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Bipolar bozuklukta stres, manik ya da depresif bir dönemin gelişme ihtimalini artırabilecek ciddi bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, ilaç tedavisine ek olarak bu hasta grubunun stresle etkili baş edebilmesinde, işlevselliğinin gelişebilmesinde, tedaviye uyumunda ve yaşam kalitesinin artmasında destek olabilecek psikososyal yaklaşımlar uygulanmalıdır (Mert ve Kelleci, 2023). Bu araştırmada bipolar bozukluk tanılı hastalara uygulanan MG'nin hastaların baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisine bakılmıştır.

Araştırmamızda gruplar arası karşılaştırmada müdahale grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemden baş etme puanlarının kontrol grubundakilerden yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca müdahale grubundakilerin sorun odaklı baş etme yöntemlerinden yararlı sosyal destek kullanımı ve geri durma puanlarında artış; etkili olmayan baş etme yöntemlerinden inkar alt boyutundaki puanında azalma, duygu odaklı baş etme yöntemlerinden dini olarak başa çıkma, şakaya vurma ve duygusal sosyal destek kullanımı puanlarında artış gözlenmektedir. Buna göre H1a hipotezi (Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki baş etme puanları daha yüksektir.) kabul edilmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda da müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemden baş etme düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bununla birlikte müdahale grubundakilerin duygu odaklı baş etme yöntemlerinden pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, duygusal sosyal destek kullanımındaki puanlarında artış olduğu; sorun odaklı baş etme yöntemlerinden yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma ve plan yapma puanlarında yine artış olduğu; etkisiz baş etme yöntemlerinden soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, davranışsal olarak boş verme puanlarında düşüş olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusundaki “Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi baş etme puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre farklılık göstermektedir.” H1b hipotezini desteklemektedir.

Elde edilen bu bulgulara göre MG yöntemi bipolar bozukluk tanılı bireylerin stresle baş etme düzeylerini olumlu yönde geliştirdiğini söyleyebiliriz. Araştırmamızdaki bu bulgularımıza paralel olabilecek sınırlı sayıda bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarda stresle baş etme eğitiminin etkisinin incelendiği deneysel bir çalışmada, eğitim programı uygulanan bipolar hastaların kontrol grubunda ve bu grubun uygulama öncesi puanlarına göre anlamlı düzeyde bir gelişme gösterdikleri ve programın etkili olduğu bildirilmiştir (Mert ve Kelleci, 2023). Bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda, MG'nin stresle baş etmede etkili olduğu saptanmıştır (Berry ve ark., 2020; Subodh ve ark., 2018). Yapılan bir başka çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen tedavi uyum eğitiminin stresle baş etme stratejileri geliştirmede etkili olabileceği bulunmuştur (Başkaya ve Demir, 2022). Çalışmalarda bilinçli farkındalık tekniklerinin, bipolar bozukluk tanılı hastaların uygun baş etme yöntemlerini keşfetmesini sağlayarak stres ve kaygı düzeyleri üzerinde anlamlı bir düşüşe yol açtığı bulunmuştur (Atia ve Sallam, 2020; Valikhan, ve ark., 2020). Bipolar bozukluğu olan hastalarda kişilerarası ve sosyal ritim terapisi etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubundaki hastaların stresle başa çıkma puanlarında artış olduğu ve bireylerin etkili baş etme yöntemlerinde olumlu gelişme olduğu bildirilmiştir (Stearo ve ark., 2020). Yapılan araştırmalar ve bu araştırmamızdaki elde edilen bulgu doğrultusunda bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin stresle baş etme becerileri kazanabilmesi için görüşmelerde MG gibi terapötik becerilerin yoğun olduğu yöntemlerin kullanılmasının müdahale grubundaki bireylerin stresle baş etme seviyesini arttırdığı söylenebilir. Aynı zamanda bu araştırmada, görüşmelerde hastaların stresle baş etme süreçlerinde yaşadıkları çelişkili duyguların açığa çıkarılması, hastalığa uyum ve stres yönetimi arasındaki farklılıkların vurgulanarak farkındalığın artırılması, hastaların yaşadıkları olumlu ve olumsuz deneyimlerin etkilerinin anlaşılması ve hastalığa uyum sürecindeki özgüven düzeylerinin fark edilmesi üzerine odaklanılmıştır. Bu yaklaşımlar, hastaların hastalıklarıyla baş etme sürecinde önemli bir gelişim sağlamalarına yardımcı olduğu söylenebilir.

5.2. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki İşlevsellik Puanlarına ait Tartışma

Bipolar bozukluk tanımlı bireyler hastalık belirtileri, ilaç tedavisine uyum ve ilaç yan etkileri gibi sağlık ve tedavi süreçleriyle ilgili birçok zorlukla karşılaşabilmektedirler. Ayrıca bu bireyler iletişim becerileri, günlük yaşam aktiviteleri, aile ve ev içi etkinlikleri gibi alanlarda da ciddi problemlerle yüz yüze olabilmekte ve dolayısıyla işlevsellik alanları olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle bipolar bozukluk tanımlı bireylerin işlevsellik düzeyleri düşük olabilmektedir. Bu durum, bireyin hem kendi yaşamını hem de çevresini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, bipolar bozukluk tanımlı hastaların işlevselliğini artırmak ve topluma uyum sağlamalarını desteklemek için terapötik hedeflere ve psikososyal müdahalelere ihtiyaç duyulabilmektedir (Ba ve ark.,2020; McIntyre ve ark., 2020). Bu araştırmada gruplararası bakıldığında müdahale grubunda kontrol grubuna göre damgalanma hissi alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir puan azalması olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla bu bulgu ile bipolar bozukluğu olan hasta grubunda MG'nin damgalanma hissi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu söylenebilir. Ancak müdahale grubundakiler ile kontrol grubundakiler arasında müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemden işlevselliğin birçok alanında (duygusal alan, zihinsel alan, cinsel alan, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, iş, inisiyatif alma, potansiyeli kullanabilme) anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Buna göre "Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki işlevsellik puanları daha yüksektir." olarak H1c hipotezi reddedilmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda ise hem müdahale grubunda hem de kontrol grubunda ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkilerde anlamlı düzeyde artış olmuştur. Müdahale grubundakilerin izlemlere göre içe kapanıklık düzeyleri azalmış; toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme düzeyi ve toplam işlevsellik düzeyi anlamlı düzeyde artmıştır. Bu bulgu doğrultusunda "Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi işlevsellik puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre düşüktür." şeklindeki H1d hipotezi desteklenmiştir.

Yapılan bazı çalışmalarda bulgumuza benzer sonuçlar bulunmuştur. Bipolar bozukluk tanımlı hastalara psikoeğitim ve MG'nin uygulandığı bir çalışmada deney grubunun işlevsellik düzeylerinde olumlu iyileşmeler olduğu dikkat çekmiştir (Pakpour

ve ark., 2017). Bir başka çalışmada ise bipolar bozukluk hastalarına uygulanan MG'nin, hastaların toplam işlevsellik düzeylerini artırdığı bildirilmiştir (Bonnín ve ark., 2019). Lawrence ve ark. (2017) yaptıkları bir çalışmada da MG'nin bipolar bozukluk tanılı hastaların işlevsellik düzeylerine olumlu katkı sağladığı belirtilmiştir. Bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan bir başka çalışmada, MG'nin hastaların topluma daha iyi entegrasyonu ve işlevselliklerinde iyileşme için etkili olduğu görülmüştür (Subodh ve ark., 2018). Bipolar bozukluğu olan bireylerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada MG ve psikoeğitimin müdahale grubunda işlevsellik düzeylerinde yükselme olduğu bildirilmiştir (Harmancı ve Yıldız, 2023). Yapılan bir başka çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen tedavi uyum eğitiminin hastalarda işlevselliği artırmada etkili olabileceği bulunmuştur (Başkaya ve Demir, 2022). Solé ve Vieta (2019)'nın yapmış olduğu bir çalışmada MG'nin bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsel iyileşme için etkili olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluk hastalarında motivasyon eksikliklerini hedef alan bir müdahale çalışmasında ise hastalarda motivasyonun ve işlevselliğin iyileştiği gözlenmiştir (Thonon ve ark., 2021). Çin' de bipolar bozukluğu olan hastalar için sosyal biliş ve etkileşim eğitiminin işlevselliği iyileştirdiği bildirilmiştir (Zhang ve ark., 2019). Yine yapılan bir başka çalışmada da grup psikoeğitiminin bipolar tanılı hastalarda işlevsellik düzeylerinin bazı alanlarında olumlu değişme olduğu bulunmuştur (Tezcan Yılmaz ve ark., 2020). Araştırmamızda elde edilen bu bulgulara bakılarak MG'de empati, kabullenme, saygı, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği destekleme, sorumluluk verme gibi terapötik tekniklerin kullanılması hasta-hemşire arasında güven ve motivasyon seviyelerinin yükselmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla bu durum bireylerin işlevsellik düzeylerinin artmasını sağlamış olabilir. Ancak işlevselliğin bazı boyutlarında (duygusal, zihinsel, cinsel ve iş alanları) istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme olmamasının sebebi bu programın içeriğinde cinsel yaşam, iş, duyguların ve düşüncelerin daha ayrıntılı irdelenmemesinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hastaların iş istihdamının sağlanmasının tamamen uygulanan bu yöntemden daha çok, kronik ruhsal problemi olan hastalara yönelik planlamaların ulusal düzeyde eksikliğinden kaynaklanmış olabilir diye tahmin edilmektedir.

5.3. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Tedaviye Uyum Puanlarına ait Tartışma

Tedaviye uyumun yalnızca hastalık belirtilerini, nükslerini önlemek ve tekrarlı yatışları azaltmak için değil, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesi, işlevsellik ve baş etme düzeylerini arttırmada da etkili olabileceği ifade edilmektedir. Tedaviye uyumun önündeki en önemli engelin motivasyon eksikliği olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle, bipolar bozukluk tanılı hastalarda tedaviye uyum sağlamalarını desteklemek için psikososyal müdahaleler oldukça önemlidir (Elhosary ve ark., 2023; Jawad ve ark., 2018; Youn ve ark., 2022).

Bu araştırmada gruplar arası karşılaştırmada müdahale grubundakiler ile kontrol grubundakiler arasında müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlem tedaviye uyum puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Buna göre “Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki tedaviye uyum puanları daha düşüktür (tedaviye uyumları daha iyidir)” olarak H1e hipotezi reddedilmiştir. Grup içi incelendiğinde; müdahale grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemden tedaviye uyumlarında anlamlı yönde artış olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu ile kurduğumuz “Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi tedaviye uyum puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre yüksektir (tedaviye uyumları daha düşüktür)” şeklindeki H1f hipotezimizi desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde MG'nin bipolar bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumuna etkisini inceleyen ve bu araştırma bulgularına benzer olabilecek çalışmalara rastlanılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında; bipolar bozukluğu olan hastalarda MG, psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapilerin hastaların tedaviye uyumunu izlem sürecinde arttırmada etkili olduğu bildirilmiştir (McVoy ve Levin, 2023). Lozano ve ark. (2021) yaptıkları bir müdahale çalışmasında, bipolar bozukluk hastalarında terapötik uyumu arttırmada etkili olan MG'nin tedaviye uyumu iyileştirdiği sonucu bulgulanmıştır. Bir başka çalışmada da MG'nin bipolar bozukluk hastaların tedavi uyumunu arttırmada etkili olduğu bildirilmiştir (Kapoor ve Goldman, 2019). Lawrence ve ark. (2017) yaptıkları bir çalışmada da MG'nin bipolar bozukluk tanılı hastaların tedaviye uyum düzeylerini artırdığı belirtilmiştir. Bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalarla

yapılan bir çalışmada, MG'nin ilaç uyumunu artırdığı görülmüştür (Subodh ve ark., 2018).

Bizim çalışmamızda uygulanan MG yöntemi sonrasında grup içi tedaviye uyum düzeylerinin arttığı görülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bulgumuza paralel sonuçlar saptanmıştır. Bröms ve ark. (2020) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada, MG'nin müdahale grubundaki hastaların müdahale sonrasında tedaviye uyumu artırdığı bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde bipolar bozukluğu olan ergenlerde MG kullanılarak ilaç uyumunu arttırmak için yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubundaki ergenlerin müdahale sonrası ve izlemde ilaç uyumundaki artışları gözlemlenmiş ve MG'nin etkili bir müdahale olduğu bildirilmiştir (Goldstein ve ark., 2020). Tahghighi ve ark. (2023) bipolar bozukluğu olan yaşlı hastalarda MG'nin tedavi uyumuna etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada da, MG'nin müdahale grubunda tedavi uyumu artırdığı gözlemlenmiştir. Gülcü ve Kelleci (2022) yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubunda bulunan bipolar bozukluk hastalarında müdahale sonrası ve izlemde, MG'nin tedaviye uyumu artırdığı bildirilmiştir. Bipolar bozuklukta ilaç uyumunu artırmaya yönelik müdahalelerin incelendiği bir çalışmada, MG'nin müdahale grubundaki bireylerde müdahale sonrasında ilaç uyumunu artırdığı gözlemlenmiştir (Loots ve ark., 2021). Bipolar bozukluğu olan bireylerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada MG ve psikoeğitimin müdahale grubunda müdahale sonrası ve izlemde tedaviye uyum düzeylerinde yükselme olduğu bildirilmiştir (Harmancı ve Yıldız, 2023). Yapılan bir başka çalışmada, bipolar bozukluk tanıları hastalara verilen tedavi uyum eğitiminin deney grubundaki hastalarda tedaviye uyumu artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Başkaya ve Demir, 2022). Soo ve ark. (2018) bipolar bozukluk hastalarında MG ve psikoeğitimin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubunda tedaviye uyumun arttığı bulunmuştur. Bipolar bozukluk tanıları hastalara MG'nin uygulandığı bir çalışmada da deney grubunun tedaviye uyum düzeylerinde artma olduğu gözlemlenmiştir (Pakpour ve ark., 2017). Bununla birlikte bizim çalışmamızda gruplar arası tedaviye uyum düzeylerinde anlamlı bir gelişme olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine yapılan bazı çalışmalarda tedaviye uyum düzeylerinde gruplar arası farklılık olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Goldstein ve ark., 2020; Gülcü ve Kelleci, 2022; Harmancı ve Yıldız, 2023; Pakpour ve ark., 2017; Soo ve ark., 2018; Tahghighi ve ark., 2023). Bizim bulgumuzun farklı çıkmasının nedeni müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin

ilaçlarını alma durumu, tedavi hakkındaki düşünceleri, ilaçlarını kullanmayı bıraktığı zaman hastalık sürecine ve günlük yaşamına etkileri bakımından benzer özellikler gösterdiğinden kaynaklanmış olabilir.

5.4. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Yaşam Kalitesi Puanlarına ait Tartışma

Bipolar bozukluk hastalığı yaşam boyu süren ve yeti yitimine ile giden bir bozukluktur. Bu bozukluğun tedavi ve bakımında bireylerin hastalık belirtilerine odaklanmak yerine tüm yaşamını bütüncül olarak ele almak gerekmektedir. Yaşam kalitesi, hastalığının olumsuz etkilerine rağmen bireylerin anlamlı ve doyumlu bir yaşam sürmesinin önemini vurgulayan bir kavramdır (Pascual-Sanchez ve ark., 2019). Bipolar bozuklukta yaşam kalitesinin hastalık belirtilerinin şiddeti, hastane yatışları, tedaviye uyum, işlevsellik, stres yönetimi gibi alanlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Carruthers ve ark., 2022). Bu alanlarda yaşanan zorluklar bipolar bozukluk hastalarının yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir (Gunasekaran ve ark., 2023). Bu nedenle, bipolar bozukluk tanılı hastalarda yaşam kalitesi düzeylerini artırmayı sağlamak için farmakolojik tedavinin yanında terapötik hedeflere ve psikososyal müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (Elhosary ve ark., 2023; Jawad ve ark., 2018; Youn ve ark., 2022).

Araştırmamızda gruplar arası karşılaştırmada müdahale grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubundakilerden anlamlı düzeyde daha yüksektir. Buna göre “Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.” olarak H1g hipotezi kabul edilmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda da müdahale grubundaki hastaların müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde yaşam kalitesinin çoğu alt boyutlarında (ruhsal, sosyal ve toplam) anlamlı bir yükselme tespit edilmiştir. Bu bulgumuz ile “Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi yaşam kalitesi puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre düşüktür.” şeklindeki H1h hipotezimizi desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde araştırmamızın bu sonuçlarıyla uyumlu olabilecek çalışmalar bulunduğu görülmektedir. Bonnín ve ark. (2019) bipolar bozukluk hastalarında refah seviyesi, yaşam kalitesi ve işlevselliğin geliştirilmesi isimli çalışmasında, bipolar bozukluk hastalarına uygulanan MG'nin, hastaların yaşam kalitesi düzeylerini artırdığı bildirilmiştir. Bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, MG'nin hastaların sağlıklı bir yaşam sürmesine katkı sağladığını ve yaşam kalitesi düzeylerini artırdığı görülmüştür (Subodh ve ark., 2018). Bipolar bozukluk tanılı hastalara MG'nin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, deney grubunun yaşam kalitesi düzeylerinde artma olduğu gözlemlenmiştir (Pakpour ve ark., 2017). Yapılan bir başka çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen tedavi uyum eğitiminin hastaların yaşam kalitesi düzeylerini artırdığı bulunmuştur (Başkaya ve Demir, 2022). Solé ve Vieta (2019)'nın bipolar bozuklukta tam işlevsel iyileşme için başka nelerin ihtiyaç olduğunu araştıran çalışmasında, MG'nin bipolar bozukluğu olan hastalarda yaşam kalitelerini artırmada da etkili olduğu bildirilmiştir. Atia ve Sallam (2020)'ın yaptıkları çalışmada ise bilinçli farkındalık tekniklerinin, hastaların stres, kaygı depresyon düzeylerini azaltıp yaşam kalitelerini artırdığı sonucu çıkmıştır. Valikhani ve ark. (2020) yaptığı çalışmada bilinçli farkındalık eğitimi ile hastaların stresle baş etme stratejileri geliştirmelerine fayda sağlayarak yaşam kalitesi düzeylerinde artma olduğu gözlemlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan yaşlı hastalarda MG'nin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada da, MG'nin müdahale grubunda tedavi uyumun arttığı ve bununla birlikte yaşam kalitelerini de olumlu etkilediği gözlemlenmiştir (Tahghighi ve ark., 2023). Bipolar bozukluğu olan bireylerin nüks, semptom yükü ve yaşam kalitesini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada da MG'nin müdahale grubundaki bireylerin yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmiştir (Goulding ve ark., 2023). MG, bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam sınırlarını genişletir, çünkü bu yöntem hastaların kendi davranışlarını değiştirmeye ve tedaviye daha aktif olarak katılmaya teşvik eder. MG, hastaların kendi tedavi planlarını anlamalarına ve bunlara daha fazla uyum göstermelerine yardımcı olur. Bu, hastaların bakımının daha etkin bir rol üstlenmesini sağlar ve kişisel sorumluluğun artırılmasını sağlar. Ayrıca MG hastaların öz yeterliliklerini güçlendirir ve olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmelerine yardımcı olur. Bu süreç, bipolar bozukluk hastalarının genel iyilik hali üzerinde olumlu bir etki yaratarak yaşam kalitelerini arttırdığı düşünülebilir. Ancak yaşam kalitesinin ruhsal alt boyutunda gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme olmamasının sebebi hastaların ötimik döneminde ve duygudurumlarının labil olması olabilir. Grup içinde yaşam kalitesinin bedensel ve

çevresel alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme olmamasının sebebi de MG programında hastalık farkındalığı, duygusal düzenleme ve sosyal beceriler üzerine yoğunlaşmış, bu nedenle bedensel sağlık ve çevresel faktörler gibi alanlara daha az odaklanıldığından kaynaklanabilir. Ayrıca, bipolar bozukluk hastalarının ötimik dönemlerinde, bedensel sağlık ve çevresel faktörlerle ilgili sorunlar daha az belirgin olabilir.

5.5. Katılımcıların Müdahale Öncesi, Sonrası ve İzlemdaki Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkiye ait Tartışma

Bipolar bozukluk hastalığı, yüksek relaps ve hastaneye yatış oranına sahip olması yanı sıra kronik bir hastalık olması nedeniyle baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi ile ilgili alanlarda bozulmalarla karakterize bir hastalıktır (Strawbridge ve ark., 2022; Tondo ve ark., 2023). Bipolar bozukluk hastalarının iyilik dönemlerinde de bu alanlarda bozulmalar yaşayabildikleri vurgulanmıştır (Bakikai ve ark., 2023; Loots ve ark., 2022). Düzenli ilaç kullanımı olmayan hastalarda hastalık belirtilerinin yeniden alevlenmesiyle birlikte depresif veya manik atak geçirme riskleri artmakta ve hastanede yatarak tedavi alma gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Bu durum hastanın ailesi ve yakınlarıyla olan iletişimini, günlük yaşam ile ilgili etkinliklerini, ev içi etkinliklerini, boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerini, çalışma ve eğitim hayatını ve baş etme yöntemlerini olumsuz etkilemektedir (Elhosary ve ark., 2023; Youn ve ark., 2022).

Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların müdahale öncesi baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Müdahale sonrasında müdahale grubundaki bireylerde tedaviye uyum ile yaşam kalitesi (çok zayıf düzeyde ilişki), tedaviye uyum ile işlevsellik (zayıf düzeyde ilişki) arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca, müdahale sonrasında müdahale grubundaki bireylerde işlevsellik ile yaşam kalitesi (zayıf düzeyde ilişki), işlevsellik ile baş etme (orta düzeyde ilişki) arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Müdahale sonrası izlemden ise, müdahale grubundaki bireylerde tedaviye uyum ile yaşam kalitesi (çok zayıf düzeyde ilişki), tedaviye uyum ile işlevsellik arasında (zayıf düzeyde ilişki) istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı ilişki

görülmektedir. Ayrıca, izlemde müdahale grubundaki bireylerde işlevsellik ile baş etme arasında (orta düzeyde ilişki) pozitif yönlü anlamlılık vardır. Bu bağlamda, “Müdahale grubundaki hastaların baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasında ilişki vardır.” H11 hipotezi kabul edilmiştir.

Literatür incelendiğinde bu bulguyu destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Bipolar bozukluk tanılı hastalara verilen tedavi uyum eğitim sonrası müdahale grubunda tedaviye uyum arttıkça işlevsellik düzeylerinde iyileşme olduğu bulunmuştur (Başkaya ve Demir, 2022). Bipolar bozukluk ve madde bağımlılığı olan hastalara MG'nin uyguladığı bir çalışmada, ilaç uyumuyla birlikte; sağlıklı bir yaşam sürme, topluma daha iyi bir entegrasyon, işlevsellikte iyileşme ve stresle baş etme arasında bir ilişki olduğu görülmüştür (Subodh ve ark., 2018). Bipolar bozukluğu olan bireylere MG ve psikoeğitimin yapıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubunda işlevsellik düzeylerinde artışın yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığı bildirilmiştir (Harmancı ve Yıldız, 2023). Bipolar bozukluk hastalarına MG uygulanan bir başka çalışmada ise, hastaların işlevsellik düzeylerinin artması yaşam kalitesini de artırdığı gözlemlenmiştir (Bonnin ve ark., 2019). Solé ve Vieta (2019)'nın bipolar bozukluk hastalarına MG uyguladığı bir çalışmada, müdahale grubundaki hastaların işlevsel iyileşmelerinin artmasıyla yaşam kalitelerinin de yükseldiği bildirilmiştir. Bu araştırmadaki bulgu ve literatür bilgileri doğrultusunda bipolar bozukluk hastalarında MG'nin stres yönetimi ve baş etme, daha etkili bir iletişim kurabilme, günlük yaşam aktivitelerinde işlevsellik düzeylerinde iyileştirme, tedaviye uyum sağlayıp hastalık nökslerini ve tekrarlı yatışları önleme ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir psikososyal müdahale olabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda MG'nin baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ön test-son test ve izlem ölçümlerinin olduğu paralel grup randomize kontrollü tasarıma sahip tek kör araştırmada sonuçlar şu şekildedir.

- Çalışma kapsamındaki tüm bireylerin sosyodemografik özelliklerinde istatistiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır. Dolayısıyla her iki grubun (müdahale ve kontrol grubu) sosyodemografik özellikler açısından homojen olduğu tespit edilmiştir.
- Her iki gruptakilerin (müdahale ve kontrol grubu) hastalık türü, yatış sıklığı, gereksinimini karşılama durumu, ilaçlarını alma durumları, tedavi hakkındaki düşüncesi, daha önce tedaviyi bırakma durumu ve tedaviyi bırakma nedeni, alkol kullanma, sigara kullanma ve intihar girişimi açısından anlamlılık olmadığı bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubunun tedavileri ile ilgili özellikleri açısından homojen olduğu saptanmıştır.
- Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi Yararlı sosyal destek kullanımı, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma, Geri durma, Duygusal sosyal destek kullanımı ve Diğer meşguliyetleri bastırma alt boyut ve BÇTDÖ gruplar arası puanları karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir.
- Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde BÇTDÖ Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, Zihinsel olarak boş verme, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, Aktif başa çıkma, Davranışsal olarak boş verme, Madde kullanımı, Kabullenme ve Plan

yapma alt boyut puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir.

- Müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Yararlı sosyal destek kullanımı, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma, Geri durma, Duygusal sosyal destek kullanımı ve Diğer meşguliyetleri bastırma alt boyut ve BÇTDÖ gruplar arası puanları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur. “H1a: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki baş etme puanları daha yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Zihinsel olarak boş verme, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma ve Geri durma, Madde Kullanımı, Kabullenme ve Diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutları puanlarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır.
- Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahale sonrası izlemde Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, Yararlı sosyal destek kullanımı, Aktif başa çıkma, Davranışsal olarak boş verme, Duygusal sosyal destek kullanımı ve Plan yapma alt boyut ve BÇTDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. “H1b: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi baş etme puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilmiştir.
- Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, Zihinsel boş verme, Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, Yararlı sosyal destek kullanımı, Aktif başa çıkma, İnkâr, Dini olarak başa çıkma, Şakaya vurma, Davranışsal olarak boş verme, Geri durma, Duygusal sosyal destek kullanımı, Madde Kullanımı, Kabullenme ve Diğer meşguliyetleri bastırma ve Plan yapma alt boyut ve BÇTDÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.
- Müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Damgalanma hissi alt boyut puanları gruplar arası

karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Ancak müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahale sonrası izlemde Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, İçe kapanıklık, Ev içi ilişkiler, Arkadaşıyla ilişkiler, Toplumsal etkinliklere katılım, Günlük etkinlikler ve hobiler, İş, İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut ve BBİÖ puanları gruplar arası karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir “H1c: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki işlevsellik puanları daha yüksektir.” hipotezi reddedilmiştir.

- Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde İçe kapanıklık, Ev içi ilişkiler, Arkadaşıyla ilişkiler, Toplumsal etkinliklere katılım, Günlük etkinlikler ve hobiler ile İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut ve BBİÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme tespit edilmiştir. “H1d: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi işlevsellik puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale grubundakilerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde İşlevsellik ölçeğinin Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, Damgalanma hissi ve İş alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde İşlevsellik ölçeğinin Ev içi ilişkiler ve Arkadaşıyla ilişkiler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.
- Kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde Duygusal işlevsellik, Zihinsel işlevsellik, Cinsel işlevsellik, Damgalanma hissi, Toplumsal etkinliklere katılım, Günlük etkinlikler ve hobiler, İş, İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut ve BBİÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.
- Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde MTUÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık olmadığı bulunmuştur. “H1e: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre

müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki tedaviye uyum puanları daha düşüktür (tedaviye uyumları daha iyidir)” hipotezi reddedilmiştir.

- Müdahale grubundakilerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlem MTUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. “H1f: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi tedaviye uyum puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre yüksektir (tedaviye uyumları daha düşüktür).” hipotezi kabul edilmiştir.
- Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlem MTUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi Bedensel, Sosyal ve Çevresel alt boyut ve DSÖYKKF puanlarında istatistiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır. Ayrıca müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Ruhsal alt boyut puanları arasında istatistiksel anlamlılık olmadığı belirlenmiştir.
- Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde Sosyal ve Çevresel alt boyut ve DSÖYKKF puanlarında kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubundakilerin Bedensel alt boyut izlem testi puanlarında kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme saptanmıştır. “H1g: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki yaşam kalitesi puanları daha yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde DSÖYKKF Ruhsal, Sosyal alt boyut ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme tespit edilmiştir. “H1h: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi yaşam kalitesi puanı müdahale sonrası ve müdahaleden 3 ay sonraki puanına göre düşüktür” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde DSÖYKKF Bedensel ve Çevresel alt boyut puanlarında istatistiksel anlamlılık olmadığı tespit edilmiştir.

- Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonrası izlemde DSÖYKKF Ruhsal alt boyut ve toplam puanlarında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur.
- Kontrol grubundakilerin grup içi müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde DSÖYKKF Bedensel, Sosyal ve Çevresel alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.
- Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi düzeylerinde ilişki olmadığı belirlenmiştir.
- Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki izlemde tedaviye uyum düzeyleri ile işlevsellik ve yaşam kalitesi düzeyleri arasında ilişki bulunmuştur. Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası işlevsellik düzeyleri ile baş etme düzeyleri arasında ilişki tespit edilmiştir. “H11: Müdahale grubundaki hastaların baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi puanları arasında ilişki vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

Belirtilen sonuçlarla bu araştırmada aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Bipolar bozukluk tanılı hastaların baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi düzeylerinin yükselmesi bakımından MG'nin, bu hastaların psikiyatri polikliniğine gelmeleri ile planlanma yapılması ve bunun psikiyatri hastanelerinde standartlaştırılarak uygulanması,
- Bipolar bozukluk tanılı hastalarda MG programlarının rutin (ilaç tedavisi) tedavi ile birlikte uygulanması,
- Bipolar bozukluk hastasına bakım veren psikiyatri hemşirelerinin MG teknikleri eğitimlerini almaları ve MG teknikleri temelli psikososyal müdahaleleri bu hastalara uygulayabilmeleri,
- Bipolar bozukluk tanısı almış hastalar için MG'nin psikiyatri hemşireliği bakımında yaygın kullanılması,

- Bipolar bozukluk hastasına uygulanan MG sonrası izlem süresinin daha uzun aralıkların (6, 9, 12 gibi) olduğu araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Özer, Ö. A. ve Kara, H. (2005). The psychometric properties of the cope inventory in Turkish sample: A preliminary research. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 6, 221-226
- Akbaba, G. ve Balcıoğlu, İ. (2022). Bipolar bozukluk tanısı, ötimik olarak değişen duygu düzenleme zorluklarının işlevsellik etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25, 376-385.
- Akiskal, H. S. (2021). Opening up new horizons in the field of bipolar disorders: Power of observation, research, thinking and creativity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 24(1), 1-4. <http://dx.doi.org/10.5505/kpd.2021.82542>
- Aksoy, A. ve Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Düşünen Adam- Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(3), 210-218
- Albert, U., Rosso, G., Maina, G. ve Bogetto, F. (2008). Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: Differences between bipolar I and II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 297-303
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Publication*
- Arkowitz, H., Miller, W. R. ve Rollnick, S. (2015). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*, Guilford Publications, New York, America, 400
- Arunachalam Mohandoss, A. (2017). Quality of life in schizophrenic patients: Comparative study from South India. *Journal of Dr. NTR University of Health Sciences*, 6, 224-31
- Ashok, A. H., Marques, T. R., Jauhar, S., Nour, M. M., Goodwin, G. M., Young, A. H. ve Howes, O. D. (2017). The dopamine hypothesis of bipolar affective disorder: The state of the art and implications for treatment. *Molecular Psychiatry*, 22(5), 666-679
- Atagün, M. İ. ve Oral, T. (2021). Bipolar bozukluk-manik dönemin akut ve idame tedavisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 58(1), 24-30. <https://doi.org/10.29399/npa.27411>
- Ateş, M. A. ve Algül, A. (2006). Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(29), 60-64
- Atia, M. M. ve Sallam, L. E. (2020). The effectiveness of mindfulness training techniques on stress anxiety and depression of depressed patient. *American Journal of Nursing*, 8(1), 103-113

- Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Kalkan Oğuzhanoglu, N., Koçal, N. ve Devrimci Özgüven, H. (2007). Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 344–352
- Aydın, K. (2021). *Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan kişilerde işlevselliğin değerlendirilmesi ve işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi]. <https://hdl.handle.net/20.500.12780/430>
- Ba, Z., Chen, M., Lai, J., Liao, Y., Fang, H., Lu, D., Zheng, Y., Zong, K. ve Lin, X. (2022). Heterogeneity of psychosocial functioning in patients with bipolar disorder: Associations with sociodemographic, clinical, neurocognitive and biochemical variables. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 900757
- Bahar, G., Savaş, H. A., Ünal, A., Savaş, E., Kaya, H. ve Bahar, A. (2014). Morisky tedavi uyum ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(2), 141-149
- Baki H. E., Yıldız, M. İ. ve Uluğ, B. D. (2019). Bipolar bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu eş tanılı alkol kullanım bozukluğunda naltrekson tedavisi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi Kongre Özel Sayı*, 66-68
- Balıkai, S. I., Rentala, S., Mudakavi, I. B. ve Nayak, R. B. (2022). Impact of nurse-led medication adherence therapy on bipolar affective disorder: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2676-2686
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (2015). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi
- Barkhof, E., Meijer C. J., de Sonnevile L. M., Linszen, D. H. ve Haan, L. (2013). The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1242-1251
- Başkaya, E. ve Demir, S. (2022). Effect of treatment adherence training given to patients with bipolar disorder on treatment adherence, social functioning and quality of life: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 46, 101504. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2021.101504>
- Baysan Arabacı, L. ve Taş, G. (2020). *Ruh sağlığı ve hastalıklarında temel hemşirelik bakımı*. 1. Baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 249-262
- Baytunca, M. B., Aydın, R. ve Eremiş, S. (2014). Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53
- Benes, F. M., Lim, B., Matzilevich, D., Walsh, J. P., Subburaju, S. ve Minns, M. (2007). Regulation of the GABA cell phenotype in hippocampus of schizophrenics and bipolars. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 10164-9
- Berghost, L. H., Kumar, P., Greve, D. N., Deckersbach, T., Ongur, D., Dutra, S. J. ve Pizzagalli, D. A. (2016). Stress and reward processing in bipolar disorder: A functional magnetic resonance imaging study. *Bipolar Disorders*, 18(7), 602-611
- Berry, K., Barrowclough, C., Fitsimmons, M., Hartwell, R., Hilton, C., Riste, L., Wilson I. ve Jones, S. (2020). Overcoming challenges in delivering integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for bipolar disorder with co-morbid alcohol use: Therapist perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(5), 615-620

- Billings, A. G. ve Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 877–891. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.877>
- Bischof, G., Bischof, A. ve Rumpf, H. J. (2021). Motivational interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Arzteblatt International*, 118(7), 109–115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Black, S. W. (2020). Using motivational interviewing and constructivism to address information illiteracy. *Psychology of Women Quarterly*, 44(1), 130-134
- Bröms, G., Cahling, L., Berntsson, A. ve Öhrmalm, L. (2020). Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: Interventional study. *The Psychiatric Bulletin*, 44, 265-268. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.28>
- Bobo, W. V. (2017). Bipolar I ve II bozuklukların tanısı ve yönetimi: Klinik uygulama güncellemesi. *Mayo Clinic Proceeding*, 92(10), 1532-1551
- Bolarinwa, O. A. (2020). Sample size estimation for health and social science researchers: The principles and considerations for different study designs. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 27(2), 67-75
- Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Montejo, L. ve Vieta, E. (2019). Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 467-477
- Carruthers, S. P., Rossell, S. L., Murray, G., Karantonis, J., Furlong, L. S. ve Van Rheenen, T. E. (2022). Mindfulness, mood symptom tendencies and quality of life in bipolar disorder: An examination of the mediating influence of emotion regulation difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 298, 166-172
- Carver, C. S., Scheier, M. F. ve Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267
- Cebeci, A. B. (2021). *Panik bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgаланmanın ve algılanan sosyal desteğin, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]
- Cerbo, A. D. (2021). Letter to the editor: Convergences and divergences in the ICD-11 vs. DSM-5 classification of mood disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 32(4), 293–295. <https://doi.org/10.5080/u26899>
- Chakrabarti, S. (2022). Bipolar disorder in the International Classification of Diseases-Eleventh version: A review of the changes, their basis, and usefulness. *World Journal of Psychiatry*, 12(12), 1335–1355. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i12.1335>
- Chan, S. H. ve Tse, S. (2018). Coping with amplified emotionality among people with bipolar disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 303-312.
- Cudney, L. E., Frey, B. N., Streiner, D. L., Minuzzi, L. ve Sassi, R. B. (2016). Biological rhythms are independently associated with quality of life in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40345-016-0050-8>

- Çam, M. O. ve Soylu, G. T. (2021). Duygu düzenleme ve psikiyatri hemşireliğine yansımaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 192-206
- Çam, O. ve Engin, E. *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi, 2014
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197
- De Abreu, L. N., Nery, F. G., Harkavy-Friedman, J. M., de Almeida, K. M., Gomes, B.C., Oquendo, M. A. ve Lafer, B. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 125-129
- Demiralp, M. (2021). Ruhsal Hastalıkları ve Psikotrop İlaçları Anlamada Biyolojik Temeller, İçinde: Çam E. Engin E (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. 3. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 90-99
- Depp, C. A., Lebowitz, B. D., Patterson, T. L., Lacro, J. P. ve Jeste, D. V. (2007). Medication adherence skills training for middle-aged and elderly adults with bipolar disorder: Development and pilot study. *Bipolar disorders*, 9(6), 636-645. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00397.x>
- Devine, F., Edwards, T. ve Feldman, S. R. (2018). Barriers to treatment: Describing them from a different perspective. *Patient Preference and Adherence*, 12, 129-133. <https://doi.org/10.2147/PPA.S147420>
- Du, N., Zhou, Y.-L., Zhang, X., Guo, J. ve Sun, X.-L. (2017). Do some anxiety disorders belong to the prodrome of bipolar disorder? A clinical study combining retrospective and prospective methods to analyse the relationship between anxiety disorder and bipolar disorder from the perspective of biorhythms. *BMC Psychiatry*, 17, 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1509-6>
- Eiring, Ø., Nylenna, M. ve Nytrøen, K. (2016). Patient-important outcomes in the long-term treatment of bipolar disorder: A mixed-methods approach investigating relative preferences and proposed taxonomy. *Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 9, 91-102
- Elhosary, M. Y., Merranko, J. A., Goldstein, T. R., Hafeman, D. M., Goldstein, B. I., Gill, Hower, H., Axelson, D. A., Hunt, J. I., Yen, S., Diler, R. S., Ryan, N. D., Keller, M. B., Weinstock, L. M., M. K., Strober, M., Birmaher, B. (2023). Examining factors associated with medication adherence in youth with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Open*, 1(2), 105-115
- Engel-Yeger, B., Gonda, X., Muzio, C., Risi, G., Pompili, M., Amore, M. ve Serafini, G. (2016). Sensory processing patterns, coping strategies, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(3), 207-215
- Engin, E., ve Çuhadar, D. (2021). İki uçlu bozukluk ve ilişkili bozukluklar, İçinde: Çam, E., ve Engin, E. (Ed.). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. 3. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 350-372
- Erat, N. İ. (2019). *Tek manik atak geçirmiş bipolar-I ve tek hipomanik atak geçirmiş bipolar-II bozukluk hastalarının nörobilişsel ve psikososyal işlevselliklerinin karşılaştırılması* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi].

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=FWNy1oT3M77kMSIAwk3qWg&no=O9dK-qlWqXCDUhSCzIHSDQ>

- Ertem, M. Y. ve Duman, Z. Ç. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*, 55(1), 75-86
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H. ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(2), 23-40
- Faurholt, M., Frest, J. M., Chistansem, E. M., Bardrem, J. E., Vinberg, M. ve Kessing, L. (2019). The validity of daily anxiety reported using smart reports in patients with bipolar disorder and its relationship with stress, quality of life and functioning. *Journal of Affective Disorders*, 100-107
- Frangou, S. (2019). Commentary on: Objective smartphone data as a potential diagnostic marker of bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(2), 170-171. doi:10.1177/0004867418814199
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., Cheyne, H., Coles, E. ve Pollock, A. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS One*, 13(10), e0204890. doi: 10.1371/journal.pone.0204890
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. *Journal Health Social Behavior*, 21, 219-239
- Forchuk, C. (2022). Communication and the therapeutic relationship. *Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadian Practice*
- Fountoulakis, K. N., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Yatham, L., Blier, P., Kasper, S. ve Moeller, H. J. (2017). The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 3: The Clinical Guidelines. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20(2), 180–195. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw109>
- Gerber, S. I., Krienke, U. J., Biedermann, N. C., Grunze, H., Yolken, R. H., Dittmann, S. ve Langosch J. M. (2012). Impaired functioning in euthymic patients with bipolar disorder-HSV-1 as a predictor. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 36(1), 110-116
- Gitlin, M. J. ve Miklowitz, D. J. (2017). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 209, 147–154
- Grigolon, R. B., Trevizol, A. P., Cerqueira, R. O., Lee, Y., Mansur, R. B., McIntyre, R. S. ve Brietzke, E. (2019). Hypersomnia and Bipolar Disorder: A systematic review and meta-analysis of proportion. *Journal of Affective Disorders*, 246, 659–666. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.030>
- Goldstein, T. R., Krantz, M. L., Fersch-Podrat, R. K., Hotkowski, N. J., Merranko, J., Sobel, L., Axelson, D., Birmaher, B. ve Douaihy, A. (2020). A brief motivational intervention for enhancing medication adherence for adolescents with bipolar disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Affective Disorders*, 265, 1-9

- Goulding, E. H., Dopke, C. A., Rossom, R., Jonathan, G., Mohr, D. ve Kwasny, M. J. (2023). Effects of a smartphone-based self-management intervention for individuals with bipolar disorder on relapse, symptom burden, and quality of life: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 80(2), 109-118
- Gunasekaran, S., Teh, W. L., Liu, J., Cetty, L., Mok, Y. M. ve Subramaniam, M. (2023). The relationship between predominant polarity, lifetime comorbid anxiety disorders and subjective quality of life among individuals with bipolar disorder in Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1155
- Gülcü, Z. G. ve Kelleci, M. (2022). The effect of motivational interviewing and telepsychiatric follow-up on medication adherence of patients with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13(2), 101-107
- Gümüş, F. ve Buzlu, S. (2018). Psychoeducation in bipolar disorder. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(2), 131-139.
- Haarig, F., Berndt, C., Kühnert, M., Fuchs, S., Bräunig, P. ve Mühlig, S. (2016). What is important to patients? Determination of patient-centered therapeutic goals in the treatment of bipolar disorders. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie*, 64, 111–120
- Harmancı, P. ve Yıldız, E. (2023). The effects of psychoeducation and motivational interviewing on treatment adherence and functionality in individuals with bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 45, 89-100
- İlgar, M. Z. ve Coşgun İlgar, S. (2019). Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama Dergisi*, 15(1), 47-73
- Jain, A. ve Mitra, P. (2023). *Bipolar disorder*. StatPearls Publishing
- Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S. ve McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: A narrative review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(12), 349-363
- Johansen, K. K., Marcussen, J., Hansen, J. P., Hounsgaard, L. ve Fluttert, F. (2022). Early recognition method for patients with schizophrenia or bipolar disorder in community mental health care: Illness insight, self-management and control. *Journal of Clinical Nursing*, 31(23-24), 3535–3549. <https://doi.org/10.1111/jocn.16181>
- Jones, J. S., Jones, J. S. ve Beauvais, A. M. (2022). *Psychiatric Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach*. Jones and Bartlett Learning
- Jung, Y. S., Kim, Y. E., Kim, A. ve Yoon, S. J. (2020). Trends in the prevalence and treatment of bipolar affective disorder in South Korea. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102194. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102194>
- Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (73), 63-81
- Kapoor, S. ve Goldman, B. (2019). The spirit of motivational interviewing for psychiatric nonadherence. *Psychiatric Nonadherence*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-12665-0_12

- Karaş, H., Çarpar, E., Küçükgöncü, S., ve Kaşer, M. (2021). Associations of attachment and coping styles with social functioning in patients with bipolar disorder I. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(8), 578-584
- Kato, T. (2019). Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 526–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.12852>
- Keskin, G. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. İstanbul: Akademisyen Kitabevi, 428-458
- Klonek, F. E., Wunderlich, E., Spurk, D. ve Kauffeld, S. (2016). Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor–client interactions. *Journal of Vocational Behavior*, 94, 28-38
- Koc Apaydin, Z. ve Atagun, M. I. (2018). Relationship of functionality with impulsivity and coping strategies in bipolar disorder. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31, 21-29
- Koç, M. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, 433-474
- Köroğlu, E. (2015). *DSM-5 tanı odaklı klinik psikiyatri*. HBY Yayıncılık
- Kuerbis, A., Lynch, K. G., Shao, S. ve Morgenstern, J. (2019). Examining motivational interviewing's effect on confidence and commitment using daily data. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107472
- Kurt, M. (2019). *Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi]. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=qM_kgxuk-0Ajsx_zyxx_EgQ&no=W-NrNipHwjHfj9GptjyPKg
- Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S. ve Schulz, P. (2017). Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 699-718
- Lazary, J., Pogany, L., De Las Cuevas, C., Villasante-Tezanos, G. A. ve De Leon, J. (2021). Adherence to psychiatric medications: Comparing patients with schizophrenia, bipolar disorder and major depression. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 23(4), 363–373
- Lee, J. G., Woo, Y. S., Park, S. W., Seog, D. H., Seo, M. K. ve Bahk, W. M. (2022). Neuromolecular etiology of bipolar disorder: Possible therapeutic targets of mood stabilizers. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 20(2), 228–239. <https://doi.org/10.9758/cpn.2022.20.2.228>
- Leopold, K., Reif, A., Haack, S., Bauer, M., Bury, D., Löffler, A., Kittel-Schneider, S., Pfeiffer, S., Sauer, C., Schwarz, P. ve Pfennig, A. (2016). Type 2 diabetes and pre-diabetic abnormalities in patients with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 189, 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.041>
- Lex, C., Bänzner, E. ve Meyer, T. D. (2017). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 298–308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.057>

- Li, Z., Chen, Q., Yan, J., Liang, W. ve Wong, W. C. W. (2020). Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4776-8>
- Liu, J., Cheng, Y., Li, M., Zhang, Z., Li, T. ve Luo, X. J. (2023). Genome-wide Mendelian randomization identifies actionable novel drug targets for psychiatric disorders. *Neuropsychopharmacology*, 48(2), 270-280
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B. ve Dilles, T. (2021). Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10213. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>
- Lozano, P., Butcher, H. K., Serrano, C., Carrasco, A., Lagares, C., Lusilla, P. ve O'Ferrall, C. (2021). Motivational interviewing: validation of a proposed NIC nursing intervention in persons with a severe mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(4), 240-252
- Lu, S., Wei, F. ve Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76–85. <https://doi.org/10.15698/cst2021.06.250>
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C. ve Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157–168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- MacQueen, G. M., Young, L. T. ve Joffe, R. T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 163–170. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00059.x>
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Murray, G., Porter, R. ve Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087- 1206
- Manning, S., Ross, J., Murrant, L. ve Callaghan, P. (2019). The role of psychiatric nurses in the care of patients with bipolar disorder: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 13-22
- McIntyre, R. S., Alda, M., Baldessarini, R. J., Bauer, M., Berk, M., Correll, C. U., Fagiolini, A., Fountoulakis, K., Frye, M. A., Grunze, H., Kessing, L. V., Miklowitz, D. J., Parker, G., Post, R. M., Swann, A. C., Suppes, T., Vieta, E., Young, A., ve Maj, M. (2022). The clinical characterization of the adult patient with bipolar disorder aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 21(3), 364-387
- McKenzie, K. ve Chang, Y. P. (2015). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 36–44. <https://doi.org/10.1111/ppc.12060>

- McVoy, M. ve Levin, J. B. (2023). Updated strategies for the management of poor medication adherence in patients with bipolar disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(4), 365-376
- Mert, A. ve Kelleci, M. (2023). Bipolar bozukluğu olan hastalara yapılan stres baş etme eğitiminin stres önlemleri, algılanan stres düzeyi ve stresle baş etme tarzlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 115-223. doi: 10.51754/cusbed.1177116
- Miller, J. N. ve Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: A review. *Current Psychiatry Reports*, 22(2), 6. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- Miller, W. R. ve Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press, New York, 400
- Moore, D. J., Poquette, A., Casaletto, K. B., Gouaux, B., Montoya, J. L., Posada, C., Rooney, A. S., Badiee, J., Deutsch, R., Letendre, S. L., Depp, C. A., Grant, I. ve Atkinson, J. H. (2015). HIV Neurobehavioral Research Program (HNRP) Group (2015). Individualized texting for adherence building (iTAB): Improving antiretroviral dose timing among HIV-infected persons with co-occurring bipolar disorder. *AIDS and Behavior*, 19(3), 459–471. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0971-0>
- Morisky, D. E., Green, L. W. ve Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
- Morton, E., Murray, G., Yatham, L. N., Lam, R. W. ve Michalak, E. E. (2021). The Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD) questionnaire a decade on - A systematic review of the measurement of condition-specific aspects of quality of life in bipolar-disorder. *Journal of Affective Disorders*, 278, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.017>
- Muneer, A. (2020). Kynurenine pathway of tryptophan metabolism in neuropsychiatric disorders: pathophysiologic and therapeutic considerations. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 18, 507-526
- Murray, G., Leitan, N. D., Thomas, N., Michalak, E. E., Johnson, S. L., Jones, S., Perich, T., Berk, L. ve Berk, M. (2017). Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: Quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 52, 148–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.002>
- Nieto, E., Bonebarro, A. ve Vieta, E. (2019). Completed suicide in bipolar disorder patients: Cohort study after first admission. *Journal of Affective Disorders*, 340-344
- Özcan, C. T. ve Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi
- Özdel, K., Kart, A., ve Türkçapar, M. H. (2021). Bipolar bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 58(1), 66–76
- Öztürk, O., Uluşahin, M. O. ve Uluşahin, A. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri
- Pakpour, A. H., Modabbernia, A., Lin, C. Y., Saffari, M., Ahmadzad Asl, M. ve Webb, T. L. (2017). Promoting medication adherence among patients with bipolar

- disorder: a multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. *Psychological Medicine*, 47(14), 2528–2539. <https://doi.org/10.1017/S003329171700109X>
- Pascual-Sánchez, A., Jenaro, C. ve Montes-Rodríguez, J. M. (2019). Quality of life in euthymic bipolar patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 255, 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.032>
- Pourhamzeh, M., Moravej, F. G., Arabi, M., Shahriari, E., Mehrabi, S., Ward, R., Ahadi, R. ve Joghataei, M. T. (2022). The roles of serotonin in neuropsychiatric disorders. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 42(6), 1671–1692. <https://doi.org/10.1007/s10571-021-01064-9>
- Prajapati, A. R., Dima, A., Mosa, G., Scott, S., Song, F., Wilson, J. ve Bhattacharya, D. (2021). Mapping modifiable determinants of medication adherence in bipolar disorder (BD) to the theoretical domains framework (TDF): A systematic review. *Psychological Medicine*, 51(7), 1082–1098. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001446>
- Rabelo, J., Cruz, B., Ferreira, J., Viana, B. ve Barbosa, I. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 11, 1407 - 1424. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1407>
- Rowland, T. A. ve Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 28(9), 251-269. doi: 10.1177/2045125318769235
- Sadock, B. J., Ahmad, S., Sadock, V. A. ve Tamam, L. (Ed.). (2020). *Klinik psikiyatri el kitabı*. 6.Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 579-84.
- Scaini, G., Valvassori, S. S., Diaz, A. P., Lima, C. N., Benevenuto, D., Fries, G. R. ve Quevedo, J. (2020). Neurobiology of bipolar disorders: A review of genetic components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(5), 536–551. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0732>
- Sentissi, O., Navarro, J. C., De Oliveira, H., Gourion, D., Bourdel, M. C., Baylé, F. J., Olié, J. P. ve Poirier, M. F. (2008). Bipolar disorders and quality of life: The impact of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse in euthymic patients. *Psychiatry Research*, 161(1), 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.06.016>
- Shah, N., Grover, S. ve Rao, G. P. (2017). Clinical practice guidelines for management of bipolar disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(1), 51–66. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196974>
- Shapero, B. G., Weiss, R. B., Burke, T. A., Boland, E. M., Abramson, L. Y. ve Alloy, L. B. (2017). Kindling of life stress in bipolar disorder. *Effects of Behavior Therapy*, 48, 322–334
- Solé, B. ve Vieta, E. (2020). What else is needed for a full functional recovery in bipolar disorder?. *Bipolar Disorders*, 22(4), 411–412. <https://doi.org/10.1111/bdi.12866>
- Son, M. (2022). Experience of nursing students' therapeutic use of self in web-based psychiatric nursing practicum focusing on role-playing. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(2), 204-218

- Soo, S. A., Zhang, Z. W., Khong, S. J., Low, J. E. W., Thambyrajah, V. S., Alhabsyi, S. H. B. T., Chew, Q. H., Sum, M. Y., Sengupta, S., Vieta, E., McIntyre, R. S. ve Sim, K. (2018). Randomized controlled trials of psychoeducation modalities in the management of bipolar disorder: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(3), 17r11750. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r11750>
- Steardo, L., Jr, Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P., Staltari, F., Segura Garcia, C., De Fazio, P. ve Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: Results from a real-world, controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 19, 15. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00266-7>
- Stinson, J. D. ve Clark, M. D. (2017). *Motivational interviewing with offenders: Engagement, rehabilitation and reentry*. The Guilford Press, 264
- Strawbridge, R., Kurana, S., Kerr-Gaffney, J., Jauhar, S., Kaufman, K. R., Yalin, N. ve Young, A. H. (2022). A systematic review and meta-analysis of treatments for rapid cycling bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(4), 290-311
- Subodh, B. N., Sharma, N. ve Shah, R. (2018). Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(4), 494–500. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_18
- Szczekala, K., Wiktor, K., Kanadys, K. ve Wiktor, H. (2018). Benefits of motivational interviewing application for patients and healthcare professionals. *Polish Journal of Public Health*, 128(4), 170–3
- Şahin, Ş. ve Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438
- Tahghighi, H., Mortazavi, H., Manteghi, A. A. ve Armat, M. R. (2023). The effect of comprehensive individual motivational-educational program on medication adherence in elderly patients with bipolar disorders: An experimental study. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 70. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1109_22
- Tarkhova, J., Shamrey, V., Kurasov, E., Otmakhov, A., Kalimov, A. ve Bykova, S. (2022). Features of psychosocial functioning of patients with bipolar affective disorder: Modern methods of patients' rehabilitation. *Journal Psychiatry*, 124-133. <https://doi.org/10.30629/2618-6667>
- Teh, W. L., Abdin, E., Vaingankar, J., Shafie, S., Yiang Chua, B., Sambasivam, R., Zhang, Y., Shahwan, S., Chang, S., Mok, Y. M., Verma, S., Heng, D., Subramaniam, M. ve Chong, S. A. (2020). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorders in Singapore: Results from the 2016 Singapore Mental Health Study (SMHS 2016). *Journal of Affective Disorders*, 274, 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.032>
- Thonon, B., Levaux, M., Aubel, E. ve Larøi, F. (2021). A Group Intervention for motivational deficits: Preliminary investigation of a blended care approach using ambulatory assessment. *Behavior Modification*, 46, 1167-1197. <https://doi.org/10.1177/01454455211047605>

- Tondo, L., Miola, A., Pinna, M., Contu, M. ve Baldessarini, R. J. (2022). Differences between bipolar disorder types 1 and 2 support the DSM two-syndrome concept. *International Journal of Bipolar Disorders*, 10(1), 1-11.
- Townsend, M. C. ve Özcan, C. T. ve Gürhan, N. (Ed.). (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. Akademisyen Tıp Kitabevi, 428-460.
- Türkegün, N. (2017). *İyilik dönemindeki iki uçlu bozukluk tanılı hastalarda içe bakış, içgörü, üstbilis ve psikolojik zihinliliğin işlevsellik ile ilişkisi* [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]
- Ünver, B., Sertel, B. ve Özlem Karamustafaloğlu, N. (2021). Bipolar bozuklukta çalışma tatüsü ve ilaç uyumu: Kuram temelli bir değerlendirme. *Relektif Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 441-459.
- Valikhani, A., Kashani, V. O., Rahmanian, M., Sattarian, R., Rahmati Kankat, L. ve Mills, P. J. (2020). Examining the mediating role of perceived stress in the relationship between mindfulness and quality of life and mental health: Testing the mindfulness stress buffering model. *Anxiety, Stress and Coping*, 33(3), 311-325
- van Enkhuizen, J., Milienne-Petiot, M., Geyer, M. A. ve Young, J. W. (2015). Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: Chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology*, 232(18), 3455-3467
- Wendolowska, A. M., Czyżowska, D. ve Siwek, M. (2021). The dyadic coping model of bipolar disorder patients. Model diadycznego radzenia sobie ze stresem pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. *Psychiatria Polska*, 55(5), 1009-1024. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/118840>
- World Health Organization. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal health coverage for mental health* (No. WHO/MSD/19.1). World Health Organization
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D.J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., Kozicky, J., Kanba, S., Lafer, B., Suppes, T., Calabrese, J. R., Vieta, E., Malhi, G., Post, R. M. ve Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International s-Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 20(2), 97-170. doi: 10.1111/bdi.12609
- Yeloğlu, Ç. H. ve Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54
- Yılmaz, E. ve Okanlı, A. (2018). Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 40(9), 1357-1373
- Yılmaz, G. T., Güriz, S. O., Kahiloğulları, A. K., Kokurcan, A., ve Örsel, S. (2020). Bipolar bozuklukta grup psikoeğitim uygulamasının etkinliği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 73-81

- Yılmaz, T. (2019). *Bipolar bozukluk tanısı almış durumda olan sanat terapisi grubu benlik saygısı üzerine etkisi: Kamu hastanesi örneği* [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi]. <https://hdl.handle.net/11363/2179>
- Youn, H., Lee, M. S., Jeong, H. G. ve Kim, S. H. (2022). Evaluation of factors associated with medication adherence in patients with bipolar disorder using a medication event monitoring system: A 6-month follow-up prospective study. *Annals of General Psychiatry*, 21(1), 33
- Young, H. M., Miyamoto, S., Dharmar, M. ve Tang-Feldman, Y. (2020). Nurse coaching and mobile health compared with usual care to improve diabetes self-efficacy for persons with type 2 diabetes: Randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(3), e16665. <https://doi.org/10.2196/16665>
- Yüksel, N. (Ed.). (2014). *Bipolar ve ilişkili bozukluklar. İçinde: Ruhsal hastalıklar*. Akademisyen Tıp Kitapevi (4. Baskı., 305-321)
- Zhang, Y., Ma, X., Liang, S., Yu, W., He, Q., Zhang, J. ve Bian, Y. (2019). Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for partially remitted patients with bipolar disorder in China. *Psychiatry Research*, 274, 377–382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.002>
- Zhang, Y. S., Rao, W. W., Zeng, L. N., Lok, G. K. I., Cui, L. J., Li, J. F., Li, L., Ungvari, G. S., Hall, B. J., Li, K. Q. ve Xiang, Y. T. (2020). Prevalence and correlates of bipolar disorder in the adult population of Hebei province, China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.104>

8. ÖZGEÇMİŞ

EKLER

Ek-1. Yigitoglu, G. T., Yilmaz, A. ve **Yilmaz, H.** (2021). The effect of Covid-19 on sleep quality, anxiety and depression on healthcare staff at a tertiary hospital in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.07.001>

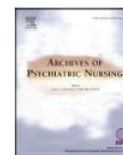
Archives of Psychiatric Nursing 35 (2021) 504–510



Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Psychiatric Nursing

journal homepage: www.elsevier.com/locate/apnu



The effect of Covid-19 on sleep quality, anxiety and depression on healthcare staff at a tertiary hospital in Turkey

Gulay Tasdemir Yigitoglu^a, Atakan Yilmaz^{b,*}, **Halis Yilmaz^c**

^a Pamukkale University, Faculty of Health Science, Department of Psychiatric Nursing, 20160 Denizli, Turkey

^b Pamukkale University, Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, 20070 Denizli, Turkey

^c Pamukkale University, Health Science Institute, 20160 Denizli, Turkey

ARTICLE INFO

Keywords:

Anxiety
Covid-19
Depression
Healthcare staff
Sleep quality

ABSTRACT

Background: The Covid-19 pandemic has forced healthcare staff into an unprecedented situation, such as making tough decisions and practising under enormous pressure.

Aim: This study was designed to investigate the effect of Covid-19 on sleep quality, anxiety and depression in healthcare staff at a tertiary hospital.

Methods: This descriptive and cross-sectional study recruited healthcare staff working at a tertiary hospital. Those who had given their informed consent participated in this study between April 17 and May 17, 2020. Data were collected using the introductory information form, the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). The data were then analyzed on the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.24.

Results: The mean scores of the respondents derived from the HADS-Anxiety (HADS-A) and HADS-Depression (HADS-D) scales were 7.89 ± 4.60 and 7.22 ± 4.13 , respectively. Their depression levels were established to be at risk, though their anxiety levels were not. The mean PSQI score turned out to be 8.42 ± 2.30 for the participants, most of whom (92.9%) experienced poor sleep quality. Total sleep quality of the respondents exhibited a moderate positive correlation with HADS-A scores and a weak positive correlation with HADS-D scores ($p < 0.05$).

Conclusion: Our major conclusion from the collected data is that healthcare staff suffered from poor sleep quality, and that their depression levels, but not anxiety levels, were at risk. Providing appropriate information about the health care of patients diagnosed with Covid-19 as well as offering regular psychoeducation-psychological support services and resting areas can reduce the susceptibility of healthcare staff to anxiety and depression and improve their overall sleep quality.

Ek-2. Yılmaz, A., Yigitoglu, G. T. ve **Yılmaz, H.** (2022). Effect of Covid-19 on social support perception and stress in healthcare workers at a tertiary hospital. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 12(1), 54-64. doi: 10.5505/kjms.2022.95666



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

Effect of Covid-19 on Social Support Perception and Stress in Healthcare Workers at a Tertiary Hospital

Bir Üniversite Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarında Covid-19'un Sosyal Destek Algısına ve Strese Etkisi

Atakan Yılmaz¹, Gulay Tasdemir Yigitoglu², **Halis Yılmaz³**

¹Department of Emergency Medicine; ²Department of Psychiatric Nursing, Pamukkale University, Faculty of Health Science; ³Pamukkale University, Health Science Institute, Denizli, Turkey

ABSTRACT

Aim: Healthcare workers may be at higher risk of Covid-19 transmission due to sharing the same setting with infected people for a long time, increasing their susceptibility to stress. This study set out to identify the effect of Covid-19 on social support perception and stress levels in healthcare workers based at a tertiary hospital.

Material and Method: This is a descriptive and cross-sectional study. The healthcare workers practicing at a tertiary hospital constituted the study population. Those giving their informed consent to enroll in the study between April 18 and May 18, 2020, were included in the study. Data were collected through an introductory information form, the Acute Stress Symptom Scale (ASSS), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). The statistical analyses were performed with the Statistical Package for the Social Sciences v.24.0. The data set was evaluated through mean scores, standard deviation, number and percentage, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis Variance Analysis, and Spearman Correlation Analysis.

Results: The mean ASSS score of healthcare workers was 1.40±0.83, while the total MSPSS score was 70.9±14.56. The mean scores of sub-dimensions in the perceived social support scale were identified as family 25.07±4.78, friends 22.57±6.01, and significant other 23.27±6.94. A weak, negative correlation was revealed between healthcare workers' ASSS scores and the sub-dimensions of family, friends, significant other, and the total scale score ($p<0.05$).

Conclusion: It can be concluded that healthcare workers' acute stress symptom level was mild, while their multidimensional social support perception was relatively high. Most notably, in risky times such as pandemics, it may be important to intensify social support by mobilizing social support resources to minimize their stress level and organizing regular training programs explaining the importance of this effort for healthcare workers.

Key words: Covid-19; healthcare worker; social support perception; stress

ÖZET

Amaç: Sağlık çalışanları, enfekte kişiler ile aynı ortamda uzun süreli olmalarından dolayı daha fazla covid-19 bulaş riski ile karşı karşıya kalabilmekte, bundan kaynaklı olarak da daha fazla stres altında olabilmektedirler. Bu çalışma bir üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarında covid-19'un sosyal destek algısına ve strese etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmaya 18 Nisan-18 Mayıs 2020 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul edenler alınmıştır. Tanıtıcı bilgi formu, Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile veriler toplanmıştır. Bu veriler "Statistical Package for the Social Sciences 24.0" kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının ASBÖ puan ortalaması 1,40±0,83, ÇBASDÖ toplam puanı 70,9±14,56'dır. Katılımcıların sosyal destek ölçeği alt boyut ölçek puan ortalamaları Aile 25,07±4,78, Arkadaş 22,57±6,01 ve Özel Bir İnsan 23,27±6,94 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının ASBÖ ile Aile, Arkadaş, Özel Bir İnsan alt boyutları ve ölçek genel toplam arasında zayıf düzeyde, negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Sağlık çalışanlarının akut stres belirti düzeyinin hafif olduğu, çok boyutlu sosyal destek algılarının ise oldukça yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Özellikle pandemi gibi riskli dönemlerde, sağlık çalışanlarının stres düzeylerini düşük seviyede tutmak için sosyal destek kaynaklarını harekete geçirerek sosyal desteğin artırılması ve bunun sağlık çalışanları için önemini anlatan düzenli eğitim programlarının hazırlanması önemli olabilir.

Anahtar kelimeler: Covid-19; sağlık çalışanı; sosyal destek algısı; stres

İletişim/Contact: Atakan Yılmaz, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, 20070 Kmıklı, Denizli, Türkiye • **Geliş/Received:** 26.12.2021 • **Kabul/Accepted:** 11.02.2022

ORCID: Atakan Yılmaz, 0000-0002-9773-5681 • Gulay Tasdemir Yigitoglu, 0000-0002-8075-7155 • Halis Yılmaz, 0000-0002-7454-2780

Ek-3. Unal, M., Yilmaz, A., **Yilmaz, H.**, Tasdemir, G. Y., Uluturk, M., Kemanci, A., Senol, H., Altan, B., Ozen, M., Seyit, M., Oskay, A. ve Turkcuer, I. (2022). The impact of COVID-19 on social support perception and stress of prehospital care providers. *Australasian Emergency Care*, 25(4), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2022.04.003>

Australasian Emergency Care 25 (2022) 334–340



Contents lists available at ScienceDirect

Australasian Emergency Care

journal homepage: www.elsevier.com/locate/auec



Research paper

The impact of COVID-19 on social support perception and stress of prehospital care providers



Medine Unal^a, Atakan Yilmaz^{b,*}, **Halis Yilmaz^c**, Gulay Yigitoglu Tasdemir^d, Mehmet Uluturk^a, Aykut Kemanci^a, Hande Senol^e, Burak Altan^f, Mert Ozen^b, Murat Seyit^b, Alten Oskay^g, Ibrahim Turkcuer^g

^a Pamukkale University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, 20070 Denizli, Turkey

^b Pamukkale University, Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, 20070 Denizli, Turkey

^c Pamukkale University, Health Science Institute, 20160 Denizli, Turkey

^d Pamukkale University, Faculty of Health Science, Department of Psychiatric Nursing, 20160 Denizli, Turkey

^e Pamukkale University, Medical Faculty, Department of Biostatistics, 20070 Denizli, Turkey

^f Health Services Department, Provincial Health Directorate, Denizli, Turkey

^g Pamukkale University, Medical Faculty, Department of Emergency Medicine, 20070 Denizli, Turkey

ARTICLE INFO

Article history:

Received 5 March 2022

Received in revised form 10 April 2022

Accepted 28 April 2022

Keywords:

Acute stress

Prehospital care providers

COVID-19

Paramedic

Social support

ABSTRACT

Background: This study seeks to explore the impact of COVID-19 outbreak on the social support perception and acute stress disorder of prehospital care providers (PCPs) in the province of Denizli.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted between December 25, 2020 and January 25, 2021. Out of 510 ambulatory care staff constituting the study population, there were 287 PCPs (%56.2), including 13 physicians, 89 paramedics, 134 emergency medical technicians, and 51 individuals from other occupational groups (nurse, driver, cleaning staff, medical secretary) based at emergency health services. The data collection tools employed in the study include an introductory information form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale (NSESSS), which was organized as an online questionnaire.

Results: We analyzed the data from 287 PCPs that completed the form and scales. The mean score of the NSESSS was calculated as 1.53 ± 0.79 . The PCPs who experienced health problems (1.85 ± 0.69), suffered from mental problems and received psychotherapy and medication (2.57 ± 0.57), encountered COVID-19 patients (1.58 ± 0.8), provided care for COVID-19 patients (1.59 ± 0.79), and took polymerase chain reaction (PCR) tests (1.68 ± 0.78) had higher acute stress symptom levels. The total mean score of MSPSS was calculated as 66.28 ± 17.22 . Total MSPSS scores of the participants varied significantly in terms of age, marital status, taking a COVID-19 test, suffering from mental problems, status of encountering a COVID-19 patient, and workplace satisfaction ($p < 0.05$).

Conclusions: The findings are suggestive of high perceptions of multidimensional social support and low acute stress symptom levels of the PCPs during the COVID-19 pandemic period.

© 2022 College of Emergency Nursing Australasia. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

Ek-4. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma “*Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi*”ni belirlemek amacı ile planlanmıştır. **Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya ve ankete ilişkin görüş ya da sorularınızı anketi cevapladıktan sonra yöneltmeye özen gösteriniz. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.**

*Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim
Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi
Halis YILMAZ*

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

2. Yaş:.....

3. Eğitim durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim
() Ortaöğretim () Üniversite ve üzeri

4. Medeni durumu: () Bekar () Evli () Boşanmış () Ayrı yaşıyor

5. Kim/kimlerle yaşıyor? () Yalnız () Anne-baba ile () Eş ve Çocukları ile
() Diğer bir yakını ile () Diğer

6. Mesleği: () Ev Hanımı () Öğrenci () Memur () Serbest Meslek
() Emekli () İşçi () Yok

7. Çalışma durumu: () Çalışmıyor () Çalışıyor (İşinizi belirtiniz):.....

8. Sosyal güvencesi: () Yok () Var

9. Hastalık Türü: () Bipolar bozukluk-1 () Bipolar bozukluk-2

10. Hastaneye yatış sıklığı: () Yılda 1 kez () Yılda 2 kez
() Yılda 3 kez () Yılda 4 kez ve üzeri

11. Hastanın gereksinimlerini karşılama durumu:

() Kendi kendine () Ara sıra bakım veren desteğiyle () Tamamen bakım verene bağımlı

12. Hasta kaç yıldır bipolar bozukluk tanısıyla takip ediliyor?.....(Ay/Yıl)

13. Hastanın ilaçlarını alma durumu: () Alıyor () Almıyor
() Diğer.....

14. Tedaviniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

() İşe yaramıyor () İyileştiriyor () Henüz emin değilim

15. Daha önce tedavinizi bıraktınız mı? () Hayır () Evet

16. Tedaviyi bıraktıysanız, bırakma nedeniniz nedir?

- () Yan etkilerinin olması () Unutkanlık
() Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi () ilacı temin etmede zorluk
() İlaçsız başarabilirim düşüncesi () Bağımlılık yapmasından korkma
() Hasta olmadığını düşünme
() Diğer (lütfen yazınız.....)

17. Alkol kullanıyor musunuz ?

() Hayır () Evet [Evet ise:bardak (günde/ haftada/ ayda)]

18. Sigara kullanıyor musunuz ?

() Hayır () Evet [Evet ise:adet (günde)]

19. İntihar girişiminiz oldu mu ?

() Hayır () Evet [Evet ise sayısı:]

Ek-5. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam

2=Çok az böyle yaparım

3=Yarı yarıya böyle yaparım

4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

Ek-6. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		EVET	KISMEN	HAYIR
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklere gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştğini söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		EVET	KISMEN	HAYIR
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		EVET	KISMEN	HAYIR
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		EVET	KISMEN	HAYIR
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			

15	Başkalarının hastalığını bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			
----	--	--	--	--

İÇE KAPANIKLIK

		ÇOK AZ	ORTA	YETERİNCE FAZLA
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbe katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		ÇOK AZ	ORTA	YETERİNCE FAZLA
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbe ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		ÇOK AZ	ORTA	YETERİNCE FAZLA
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			

34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			

İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

		NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

		EVET	KISMEN	HAYIR
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Ek-7. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği

UYUM ANKETİ	EVET	HAYIR
1. İlacınızı almayı unutuyor musunuz?		
2. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?		
4. İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?		

Ek-8. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun 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	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

		Hiç	Çok az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

24 19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 23.3	Ulaşım olanaklarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

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

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

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?.....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş

Ek-9. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalara Yönelik MG Programı

Hazırlık Görüşmesi	
Amaç ve Hedef	<p>Amaç: Hastalarla tanışılması ve program hakkında bilgi verilmesi.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Araştırmanın amacını, programın içeriğini, süresini tanıtmak ve bilgilendirilmiş onamlarını almak.✓ Hastaların programdan beklentilerini öğrenmek.✓ Ön testleri uygulamak
İçerik ve işleniş	<ul style="list-style-type: none">• Terapötik iletişim teknikleri ile güven, samimiyet atmosferi içinde bireylerle tanışıldı.• Hastalara program hakkında bilgilendirme yapıldı ve görüşmelere düzenli gelmenin önemi vurgulandı.• Hastaların bilgilendirilmiş onamları alındı.• Araştırmaya katılan tüm bireyler tarafından (Müdahale ve kontrol grupları) Tanıtıcı Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin (BÇTDÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin (BBİÖ) Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun (DSÖYKKF), doldurulması sağlandı.• Gelecek görüşmenin zamanı ve hangi birey ile yapılacağı duyurulduktan sonra hazırlık oturumu sonlandırıldı.
Beklenen Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Bireylerin uygulanacak görüşmeler hakkında soru sorması.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, özetleme

Motivasyonun Yaratılması (1., 2., 3. ve 4. Görüşme)	
Birinci Görüşme	
Amaç ve Hedef	<p>Amaç: Hastaların hastalığa ve tedaviye olan uyumlarında yaşayabilecekleri ambivalansın değerlendirilmesi, incelenmesi ve çözümlenmesi.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Bipolar bozukluk tanımı, belirtileri, etiyolojisi, prognozu, tedavisi ile ilgili mevcut bilgilerin katılımcılar tarafından farkına varılmasını sağlamak,✓ Hastalık ve tedavisi hakkındaki duygu ve düşünceleri ortaya çıkarmak,✓ Bu süreçte yaşanan ambivalansı incelemek, değerlendirmek ve çözümlmek.
İçerik ve işleniş	<ul style="list-style-type: none">• “Burada olma amacınız nedir? Bizden beklentiniz nedir? Hastalık sürecinizde yaşadıklarınız neler, açıklar mısınız?” Soruları ile hastanın hastalık ve tedavi süreci hakkındaki düşünceleri ve duyguları ortaya çıkarıldı.• Hastalığı (Bipolar bozukluk nasıl bir hastalıktır, belirtileri, etiyolojisi ve tedavisi nedir? Bu hastalığın tedavisinde amaç nedir?) tanımlayabilmesi sağlandı.• Tedaviyi değerlendirmesi (İlaçlar ne kadar sürede etki eder? İlaçlar ne kadar süre ile kullanılmalıdır? İlaç dozları hep aynı düzeyde mi olacak? İlaç yan etkileri nelerdir? İlaçları kullanmanın yararları nelerdir? Bipolar bozuklukta diğer tedavi yöntemleri nelerdir?) sağlandı ve tedaviye engel olan unsurlar değerlendirildi.• Uyarıcı işaretleri tanıma ve baş etme (Manik atak ve depresif atak ne demektir? Haberci belirtiler nelerdir? Alevlenme dönemini önceden anlamak mümkün müdür? Haberci belirtiler listesi nedir?) hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmede cesaretlendirme sağlandı.• Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.

	<p>Hastalık sürecinde hastalığınızı yönetmek amacıyla sizce değişmek, sizin için ne kadar önemlidir? 0 en düşük 10 en yüksek olacak şekilde kaç puanda değerlendirirsiniz kendinizi?</p> <ul style="list-style-type: none">• Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi. <p>İlaç uyumu ne demektir, tedaviye uyum yönünden kendinize 0-10 arasında bir değer verecek olsanız kaç olarak değerlendirirsiniz kendinizi?</p> <p>Tedavi uyumu ile ilgili yaşadığımız sıkıntılar var mı, bunlar nelerdir?</p> <p>Tedaviye uyumsuz davranışlarda bulunduğunuzda sağlığınız ile ilgili ne tür tecrübeler yaşadınız?</p> <ul style="list-style-type: none">• Tedavi uyumu, hastalığın yönetimine dikkat edildiğinde ya da tedaviye uyumun ve hastalık yönetimine dikkat edilmediğinde yaşanabileceklerden söz edildi.• Hastanın konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.• Hastadan görüşme ile ilgili geribildirim alındı (Bu görüşmemizi değerlendirecek olursanız nasıl değerlendirirsiniz, duygu ve düşüncelerinizi bizimle paylaşmışsınız?)• Ev ödevi verildi (Hastalığa uyum sağlamada yaşanan zorlukları düşünmenizi ve yazmanızı rica ediyorum).• Bir sonraki görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi. <p>(Haftaya günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, iletişim teknikleri, aile dışındaki kişilerle olan ilişkiler, çalışma-egitim, sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları ile ilgili duygu ve düşünceleriniz hakkında görüşeceğiz).</p>
Beklenen Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Buraya gelme amacı ve beklentilerini rahatça ifade edebilecek.• Bipolar bozukluğun kendisi için ne anlama geldiğini ifade edebilecek.• Bipolar bozukluğun etiyolojisi ve belirtilerinden örnek verebilecek.• İlaç kullanmanın olumlu-olumsuz etkilerinden ve yan etkilerinden örnek verebilecek.

	<ul style="list-style-type: none">• Uyarıcı işaretleri ve bunlarla baş etme yöntemlerini tanımlayabilecek.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, ev ödevi verme.

İkinci Görüşme	
Amaç ve Hedef	<p>Amaç: Hastaların iletişim teknikleri, yaşam kalitesi ve işlevsellikte yaşadıkları ambivalansın değerlendirilmesi, incelenmesi ve çözümlenmesi</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Günlük günlük yaşamla ilgili etkinlikler, ev içi etkinlikleri, boş zamanları değerlendirme etkinlikleri, iletişim teknikleri, aile dışındaki kişilerle olan ilişkiler, çalışma-egitim, sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini sağlamak.✓ Bu süreçte yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlenmek.
İçerik ve işleniş	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşme konusu özetlendi(5 dakika). Geçen görüşmemizde sizinle bipolar bozukluk hastalığı, hastalığın uyarıcı belirtileri, hastalığa ve tedaviye uyumu, tedaviyi değerlendirme konuları hakkında konuşmuştuk. Geçen görüşmemizden beri nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz bugün?• Ev ödevi değerlendirildi (15 dakika). Önceki görüşmemizde hastalığa uyum sağlamada yaşanan zorlukları düşünmenizi ve yazmanızı istemiştik. Anlatır mısınız lütfen, sizi dinliyorum.• Görüşmenin amacı hatırlatıldı. Bugünkü görüşmemizde iletişim teknikleri, iletişim kurarken yaşanan zorluklar, günlük yaşamla ilgili aktiviteler (uyku, hijyen, beslenme, finansal yönetim, çalışma-egitim, sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları) boş zamanları değerlendirme etkinlikleri, aile dışındaki kişilerle olan ilişkiler hakkında konuşacağız.• Günlük yaşamla ilgili aktiviteler (uyku, hijyen, beslenme, finansal yönetim) konusunda hastanın kendisini ifade etmesi sağlandı.

	<p>Beslenme düzeniniz nasıl, kaç öğün yemek yersiniz? Uyku düzeniniz nasıl, kaç saat uyursunuz? Haftada kaç kez duş alırsınız? Kişisel faturalarınızı yatırma işlemini siz mi yaparsınız? Günlük yaşamla ilgili aktiviteler hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? Belirtilen bu günlük yaşamla ilgili aktiviteleri yerine getirmek sizin için ne kadar önemli? Sizce bu hastalık, günlük yaşam aktivitelerinizi etkiliyor mu?)</p> <ul style="list-style-type: none">• Ev içi aktiviteler (ev düzeni, temizlik, çöpü atma, çamaşır...) konusunda hastanın kendini ifade etmesi sağlandı. Ev içi etkinlikleri (evi toparlama, bulaşık, çamaşır...) sizin için ne anlam ifade ediyor? Sizce bu hastalık, ev içi etkinliklerinizi nasıl etkiliyor?• Boş zamanını değerlendirme (sinema, tiyatro, konser, doğa yürüyüşü, spor faaliyetleri ve sosyal etkileşim konusundaki duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarıldı. Boş zamanınız oluyor mu? Boş zamanınızda neler yapmaktan hoşlanırsınız? Ailedeki bireylerle iletişiminiz nasıl? Hastalığınız aileniz ile olan iletişiminizi etkiledi mi? Aile dışındaki kişilerle iletişiminizi nasıl değerlendirirsiniz? Hastalığınızın çevredeki kişilerle iletişiminizi etkilediği olur mu? Hastalık dönemi ile iyilik dönemi arasında aileniz ve çevrediki kişilerle iletişiminizde fark var mı?)• Eğitim ya da iş hayatı ile ilgili düşünce ve duygularını ortaya çıkarıldı. Çalışma hayatınızı nasıl değerlendirirsiniz? İş yerinizdeki göreviniz nedir? Çalışma hayatınızda yaşadığınız zorluklar nelerdir? Çalışma hayatınızda karşınıza çıkan zorluklarla nasıl baş edersiniz? Okul derslerinizle aranız nasıl? Okula gitmek, ders çalışmak sizin için ne anlam ifade ediyor? Hastalık ders çalışmanıza engel oluyor mu?
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları (randevu alma, hastaneye gidiş-dönüş ulaşımı, ilaçlarını satın alma) ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı. Sağlık hizmetlerine rahat ulaşabiliyor musunuz? Hastalığınız sağlık hizmetine ulaşmanıza nasıl etki ediyor?• Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı. Hastalık sürecinde aile ve aile dışı ilişkilerini yönetmek amacıyla sizce değişmek, sizin için ne kadar önemlidir? 0 en düşük 10 en yüksek olacak şekilde kaç puanda değerlendirirsiniz kendinizi? Hastalık sürecinde yaşam kalitenizi ve işlevselliğinizi daha etkin hale getirmek amacıyla sizce değişmek, sizin için ne kadar önemlidir? 0 en düşük 10 en yüksek olacak şekilde kaç puanda değerlendirirsiniz kendinizi?• Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi. Etkili iletişim teknikleri nelerdir? Sosyal ilişkilerinizde yaşadığınız sıkıntılar var mı bunlar nelerdir? Sosyal ilişkilerinizde aksaklıklar yaşadığınızda sağlığınıza ne tür yansımaları oluyor? Günlük yaşamla ilgili aktiviteleri konusunda yaşadığınız sıkıntılar var mı bunlar nelerdir? Günlük yaşamla ilgili aktiviteler ile ilgili yaşadığınız sıkıntılarının hastalığınıza etkileri nelerdir?• Hastanın konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.• Hastadan görüşme ile ilgili geribildirim alındı (Bu görüşmemizi değerlendirecek olursanız nasıl değerlendirirsiniz, duygu ve düşüncelerinizi bizimle paylaşır mısınız?)• Ev ödevi verildi.
--	--

	<p>Herhangi bir aile içi etkileşimi, bir arkadaşınız ile bir planlama, ev içi aktiviteler (bulaşık, çamaşır yıkama, çöpü çıkarma, fatura ödeme) konularda planlamalar yapmanızı ve uygulamanızı ve bu planlamalar konusundaki düşüncelerinizi ve duygularınızı yazmanızı rica ediyorum.</p> <ul style="list-style-type: none">• Bir sonraki görüşmenin zamanı ve amacı belirlendi. (Haftaya stresten ve stres yönetimi konusunda görüşeceğiz)
Beklenen Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Beslenme ve uyku alışkanlıklarını ifade edebilecek.• Ev işi etkinliklerinde kendi konumunu belirleyebilecek.• Boş zamanlarını nasıl değerlendirdiğini ifade edebilecek.• Etkili iletişim becerilerine en az iki örnek verebilecek.• Aile dışındaki kişilerle olan ilişkilerini ifade edebilecek.• Çalışma, bir işe girme, toplumun bu konudaki etkisi, eğitim ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilecek.• Sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda duygu ve düşüncelerini ifade edebilecek.• Hastalığa uyum sağlamada yaşadığı zorlukları ifade edebilecek.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, ev ödevi verme.

Üçüncü Görüşme	
Amaç ve Hedef	<p>Amaç: Hastaların stresle baş etme arasında yaşadıkları ambivalansın değerlendirilmesi, incelenmesi ve çözümlenmesi.</p> <p>Hedef:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Stres tanımını ve stresle baş edebilme yöntemlerini ifade edebilmek.✓ Bu konu ile ilgili hastanın yaşadığı ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlenmek.
İçerik ve İşleniş	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşme konusu özetlendi (5 dakika). Geçen görüşmemizde iletişim teknikleri, iletişim kurarken yaşanan zorluklar, günlük yaşamla ilgili aktiviteler (uyku, hijyen, beslenme, finansal yönetim, çalışma- eğitim, sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları) boş zamanları değerlendirme etkinlikleri, aile dışındaki kişilerle olan ilişkiler hakkında konuşmuşuk. Geçen görüşmemizden beri nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz bugün?• Ev ödevi değerlendirildi (15 dakika). Önceki görüşmemizde, herhangi bir aile içi etkileşimi, bir arkadaşınız ile bir planlama, ev içi aktiviteler (bulaşık, çamaşır yıkama, çöpü çıkarma, fatura ödeme) konularda planlamalar yapmanızı ve uygulamanızı istemiştim. Neler yaptınız, anlatır mısınız lütfen, sizi dinliyorum.• Görüşmenin amacı hatırlatıldı. Bugünkü görüşmemizde stres ve stresle baş etme becerileri hakkında konuşacağız.• Stresle baş etme yöntemleri hakkında kendini ifade edebilmesi için cesaretlendirildi. Sizce stres nedir ve sizde strese neden olan durumlar nelerdir? Stresin sizin üzerinizde oluşturduğu etkileri nelerdir? Stresle nasıl baş ediyorsunuz, neler yapıyorsunuz? Stres karşısında kullandığınız bu yöntemler etkili oluyor mu? Nelere öfkelenirsiniz?

	<p>Öfkeli olduğunuzda ne yaparsınız? Öfkeli olduğunuzda kullandığınız yöntemler sizce etkili oluyor mu?</p> <ul style="list-style-type: none">• Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi <p>Stresle etkili baş etme ne demektir? Stresle baş etme ile ilgili yaşadığınız sıkıntılar var mı, bunlar nelerdir? Stresle baş etmede etkisiz davranışlarda bulunduğunuzda sağlığınız ile ilgili ne tür tecrübeler yaşadınız?</p> <ul style="list-style-type: none">• Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı. <p>Stresli olduğunuz zamanların hastalık sürecinize etkisini düşündüğünüzde sizce değişmek, sizin için ne kadar önemlidir? 0 en düşük 10 en yüksek olacak şekilde kaç puanda değerlendirirsiniz kendinizi?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.• Hastadan görüşme ile ilgili geribildirim alındı (Bu görüşmemizi değerlendirecek olursanız nasıl değerlendirirsiniz, duygu ve düşüncelerinizi bizimle paylaşır mısınız?)• Ev ödevi verildi.<ol style="list-style-type: none">1. İstedığı sosyal bir aktiviteyi planlaması, uygulaması ve neler hissettiğini kaydetmesi.2. Hafta boyunca yaşadığı bir stresli yaşantıyı yazması ve nasıl baş ettiğini kaydetmesi.• Bir sonraki görüşme zamanı ve amacı belirlendi.<p>(Haftaya sizinle hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik neler yaptığınız ve değişme konuları hakkında görüşme yapacağız.)</p>
Beklenen Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Stresi tanımlayabilecek ve stresin etkilerinden bahsedebilecek.

	<ul style="list-style-type: none">• Stresle başa çıktığı kendi yöntemlerini ve etkili yöntemlerini fark edebilecek.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, ev ödevi verme.

Dördüncü Görüşme	
Amaç ve Hedef	<p>Amaç: Hastanın değişimi, uyumunun güçlenmesi ve motivasyonun artırılması.</p> <p>Hedef: Hastaların tedaviye uyum, stresle baş etme, yaşam kalitesi ve işlevsellik konularında değişimi, uyumu güçlendirmek ve motivasyonu arttırmak.</p>
İçerik ve İşleniş	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşme konusu özetlendi (5 dakika). Geçen görüşmemizde sizinle stres ve stresle baş etme becerileri hakkında konuşmuştuk. Geçen görüşmemizden beri nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz bugün?• Ev ödevi değerlendirildi (15 dakika). Önceki görüşmemizde istediğiniz sosyal bir aktiviteyi planlamanızı, uygulamanızı ve neler hissettiğinizi kaydetmenizi ile hafta boyunca yaşadığınız bir stresli yaşantıyı yazmanızı ve nasıl baş ettiğinizi kaydetmenizi istemiştim. Anlatır mısınız lütfen, sizi dinliyorum. K1: Arkadaşlarımla parkta buluşmak için sözleştik. Yürüyüş yapıp ardından bir kafede oturup çay içip sohbet ettik. Bu durum bei çok mutlu etti. K2: Kızıma ev işlerinde bana yardım etmesini istedim. Bana bağırma ve benimle tartışmaya başladı. Sinirlendim. Başka odaya geçip nefes egzersizi yaptım ve rahatladım.• Görüşmenin amacı hatırlatıldı. Bugünkü görüşmemizde hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik neler yaptığınız ve değişme konularını konuşacağız.• Değişim için birey cesaretlendirildi (Bireye geçmiş deneyimlerinin olumlu-olumsuz etkilerini fark ettirerek değişim için cesaretlendirilmeye çalışıldı).

	<p>İlaçlarınızı düzenli kullanmak ve kontrollerinize düzenli gelmeniz hastalık sürecinize etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz?</p> <p>İlaçlarınızı bırakmanıza sebep olan faktörler nelerdir? Bu faktörleri değiştirmek ister miydiniz?</p> <p>Stresli veya öfkeli olduğunuzda bu durumun hastalık sürecinize etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?</p> <p>Stresli veya öfkeli anlarındaki baş etme davranışlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? Bu davranışlarınızı etkili buluyor musunuz? Etkisiz buluyorsanız davranışlarınızı değiştirmek ister miydiniz? Üçüncü görüşmemizde stresli olduğunuz zamanların hastalık sürecinize etkisini düşündüğünüzde olarak belirtmişsiniz. Şu anda aynı cetveli düşünürsek 1 ile 10 arasında kaç puan verirdiniz? Sizi bu seviyeye getiren şey nedir?</p> <p>Hastalık dönemlerinizin günlük yaşamla ilgili aktivitelerinize (uyku, hijyen, beslenme, finansal yönetim, çalışma-eğitim) etkileri hakkında düşünceleriniz nelerdir? ... etkileri değiştirmek ister miydiniz?</p> <p>İletişiminiz ve sosyal ilişkileriniz, hastalığınızdan kaynaklı değişkenlik gösterir mi? Değişkenlik gösterirse bunu nasıl değerlendirirsiniz? Bu konuda değiştirmek istediğiniz noktalar var mı? Varsa neleri değiştirmek isterdiniz?</p> <ul style="list-style-type: none">• Geçmişteki başarıları gözden geçirilecek, kişisel güçlü yönleri desteklendi. <p>Önceki görüşmemizden şimdiye kadar neler yaptınız, anlatır mısınız lütfen?</p> <p>İlk görüşmeden bu yana hastalık belirtileri ile ilgili yaşadığınız durumlar nelerdir? Farkındalık sağladığınız noktalar nelerdir?</p>
--	--

	<p>Hastalık ve tedavi uyumu ile ilgili neler yapıyorsunuz? Biraz benimle paylaşır mısınız? Beslenme, uyku düzeni, öz bakımla ilgili konularda neler yaptınız? Bana bahsedebilir misiniz? Ev içi aktiviteler konusunda neler yaptınız, örnek verebilir misiniz? Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirdiniz, örnek verebilir misiniz?</p> <p>K1: Yürüyüş yaptım ve arkadaşlarımla vakit geçirdim. K2: Sinemaya gittim. Dışarda yemek yedim ve alışveriş yaptım. K3: Komşularla bir arkadaşımızın evinde toplandık. Sohbet ettik.</p> <p>Stresle etkili baş etme yöntemleriyle ilgili neler yapıyorsunuz? Kullandığınız yöntemlerden bahsedebilir misiniz?</p> <p>K1: Ortamdan uzaklaşıp nefes egzersizi yapıyorum. K2: Namaz kılıp Allah'a dua ediyorum. K3: Yalnız kalıp müzik dinliyorum.</p> <p>Sosyal ilişkileriniz ve iletişim yöntemlerinizden bahsedebilir misiniz? Kullandığınız iletişim tekniklerinden örnek verebilir misiniz?</p> <p>K1: Arkadaşlarla sürekli iletişim kurarım. Arkadaşım konuşurken sözünü kesmem, göz kontağı ve empati kurarım. K2: Ailemle, arkadaşlarımla, akrabalarımla görüşürüm, konuşurum. Konuşurken beden dili kullanırım. Tonlamalara dikkat ederim. Karmaşık cümleler kurmam.</p> <ul style="list-style-type: none">• Değişimi tetikleyecek sorular soruldu. Düzenli ilaç kullanımını konusunda değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz? Değişmeden bugünkü gibi ilaçlarınızı düzensiz kullandığınızı düşünün. 5 yıl
--	--

	<p>sonra hayatınız nasıl olacak? Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir? Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?</p> <p>K1: İlaçlarımı düzenli kullanacağım. Kullanmazsam sürekli atak geçiririm. Okulumu bitiremem, sürekli hastaneye yatmak zorunda kalırım.</p> <p>K2: İlaçları düzenli kullanacağım. Kullanmadığımda atak geçiriyorum ve eşimle, anne-babamla sürekli tartışıyoruz. Hastaneye yatış oluyor sonrasında. Böyle durumlarda evimden, ailemden, işimden uzak kalıyorum. İyileştikten sonra atak döneminde yaptıklarımı ve konuştuklarımı hatırlayınca pişman oluyorum.</p> <p>Stresle baş etme yöntemleri konusunda değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz? Değişmeden bugünkü gibi etkili olmayan yöntemleri kullandığımızı düşünün. 5 yıl sonra hayatınız nasıl olacak? Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir? Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?</p> <p>K1: Eşimle tartıştığımızda hepçime atıp ağlıyordum. Bunun bir çözüm olmadığını ve sorunların giderek arttığını anladım. Hastalığımı tetiklemeinden korkuyordum. Buna devam etseydim ara arahastalığım şiddelenebilir ve hastaneye yatmak zorunda kalabilirdim.</p> <p>K2: Çoğunlukla yapabilirim. Etkli olmayan yöntemleri kullanmak hastalık belirtilerini tekrar ortaya çıkarır. Sürekli iç sıkıntısı, uykusuz, sinirli bir şekilde yaşamak zorunda kalırdım. Bazı dönemlerde benden kaynaklanmasa da hastalık belirtileri oluşabiliyor. Bu zamanlarda stresli olduğumda nasıl etkili baş edeceğim konusu beni endişelendiriyor.</p>
--	--

	<p>Günlük yaşamla ilgili etkinlikler, ev içi etkinlikleri, boş zamanları değerlendirme etkinlikleri konularında değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz? Değişmeden bugünkü gibi etkili olamayan yöntemleri kullandığınızı düşünün. 5 yıl sonra hayatınız nasıl olacak? Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir? Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?</p> <p>K1: İmkanım el verdiği kadar yapıyorum. Eşim ve çocuklarım mutsuz olurdu. Dolayısıyla ben de mutsuz olurum. Hayatım pekiyi olmazdı, belki eşim benden boşanırdı. Hastalık dönemlerinde bu tür uygulamaları yapmak zor oluyor, bu durum beni endişelendiriyor.</p> <p>K2: Çoğunlukla yapıyorum. Bunları yapmak bana iyi geliyor. Bunları yapmazsam hastalık sürecimi olumsuz etkileyebilir. Atak geçirdiğim zaman bu tür etkinlikleri yapamıyorum, yapmayı bırakın düşünemiyorum bile.</p> <p>Sosyal ilişkilerinizde kullandığımız iletişim teknikleriniz konusunda değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz? Değişmeden bugünkü gibi etkili olamayan yöntemleri kullandığınızı düşünün. 5 yıl sonra hayatınız nasıl olacak? Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir? Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?</p> <p>K1: Uyguluyorum. Karşımdaki kişiyle sorunlar yaşarım sürekli. Yanımda kimse olmaz yalnız kalırım. Hastalık dönemleride bunu uygulayamıyorum. Herkesin kalbini kırıyorum. Bu durum beni üzüyor.</p> <p>K2: Çoğunlukla etkili iletişim kurmaya özen gösteriyorum. Etkili olmayan yöntemleri kullandığım zaman ilişkilerde sorunlar çıkıyor, mutsuz oluyorum ve çökkünlük oluyor bende. Sonunda da depresyona girme ihtimalim artıyor. Deprosyana girince kendimi</p>
--	---

	<p>herşeyden uzaklaştırıyorum. Hayatım olumsuz etkileniyor.</p> <ul style="list-style-type: none">• Değişimi hızlandırabilecek sorular kullanıldı. Eğer tedaviye uyumlu olmaya karar verirsiniz, hangi yolu tercih edersiniz? Bununla ilgili olumlu şeyler neler? Ne yapmayı istiyorsunuz? Eğer stresle etkili baş etmeye karar verirsiniz, hangi yolu tercih edersiniz? Bununla ilgili olumlu şeyler neler? Ne yapmayı istiyorsunuz? Eğer daha etkin günlük yaşamla ilgili etkinlikler, ev içi etkinlikleri, boş zamanları değerlendirme etkinlikleri yapmaya karar verirsiniz, hangi yolu tercih edersiniz? Bununla ilgili olumlu şeyler neler? Ne yapmayı istiyorsunuz? Eğer sosyal ilişkilerinizde etkili iletişim tekniklerini kullanmaya karar verirsiniz, hangi yolu tercih edersiniz? Bununla ilgili olumlu şeyler neler? Ne yapmayı istiyorsunuz?• Rol değişiminden yararlanılarak değişim konuşması yapıldı. Kısa süreliğine siz ben, ben de siz olayım. Bu hastalığı yaşayan bir birey olarak bana neler yapmamı önerirsiniz? K1: İlaçlarınızı düzenli kullanmanızı, kontrollerinize zamanında gelmenizi, etkili iletişim tekniklerini kullanmanızı, stresle etkili baş etme yöntemlerini kullanmanızı önerirdim. K2: İlaçlarınızı bırakmamanızı, doktorunuzun ve hemşirenizin tavsiyelerine uymanızı önerirdim. Stresle etkili baş etme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, etkili iletişim kurma gibi konuların hastalık süreçleriyle ilişkili olduğunu ve hastalanmamak için bunları aktif bir şekilde uygulamanızı önerirdim.
--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Değişim konuşması hasta ile ilgili olumlu yorum yapılarak pekiştirildi. İlaçlarını düzenli kullanacak olman iyi bir fikir. Stresle etkili baş etme yöntemlerini kullanman kulağa güzel bir fikirmiş gibi geliyor. Sosyal ilişkilerinde etkili iletişim tekniklerini kullanmanın faydalı olacağını düşünüyorum. Daha etkin günlük yaşamla ilgili etkinlikler, ev içi etkinlikleri, boş zamanları değerlendirme etkinlikleri yapmanın iyilik halinizin sürekliliğine katkıda bulunduğunu düşünüyorum.• Hastanın konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi. Bugünkü görüşmemizde hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik neler yaptığınızı ve değişme konularını konuştuk.• Hastadan görüşme ile ilgili geribildirim alındı. Bu görüşmemizi değerlendirecek olursanız nasıl değerlendirirsiniz, duygu ve düşüncelerinizi bizimle paylaşmışsınız?• Ev ödevi verildi (İmkânınız olsaydı bipolar bozuklukla ilgili değiştirmek istediğiniz ne olurdu? Hastalığımızın kontrolü ne yaparsanız sizin elinizde olur? Bunları düşünmenizi ve not tutmanızı rica ediyorum.• Bir sonraki görüşme zamanı ve amacı belirlendi. Haftaya sizinle hastalık ve tedavi uyumu günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik neler yaptığımız hakkında görüşme yapacağız.
Beklenen Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Bireysel farkındalık artacak.• Özgüven ve motivasyonu artacak.

	<ul style="list-style-type: none">• Hastalığa dair geliştirmiş oldukları davranışların olumlu ve olumsuz yanlarını karşılaştırabilecek.• Değişim davranışlarının gelecekteki etkilerini tahmin edebilecek.• Sosyal aktivite planlamış olacak.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, ev ödevi verme.

Değişim Tahaddünün Güçlendirilmesi (5. ve 6. Görüşme)	
Beşinci Görüşme	
Amaç	Bireyde başlamış olması beklenen istendik yöndeki davranış değişimini desteklemek; relapsı önlemek.
İçerik ve İşleniş	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşme konusu özetlenecek (5 dakika). Geçen görüşmemizde sizinle hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik neler yaptığınızı ve değişim konularını konuşmuştuk. Geçen görüşmemizden beri nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz bugün?• Ev ödevi değerlendirildi (15 dakika). Önceki görüşmemizde sizden imkânınız olsaydı bipolar bozuklukla ilgili değiştirmek istediğiniz ne olurdu? Hastalığınızın kontrolü ne yaparsanız sizin elinizde olur? Bunları düşünmenizi ve not tutmanızı istemiştım. Anlatır mısınız lütfen, sizi dinliyorum.• Görüşmenin amacı hatırlatıldı. Bugünkü görüşmemizde sizinle hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik davranış değişimleriniz ile ilgili konuşmaktır.• Değişim konuşmasını yansıtarak (bireyin söylediği cümlelerinden özetler sunarak) bireyin değişimi anlaması ve değişimin güçlendirilmesi sağlandı. Hastalık ve tedavi uyumu hakkında ne tür endişeleriniz, düşünceleriniz var? İlaçlarınızı düzenli kullanmak istiyorsunuz ancak kilo almaktan endişeleniyorsunuz. Düzenli ilaç kullandığımızda hastalığınız tetiklenmiyor ve kendinizi güvende hissediyorsunuz. Bunun işe yaradığını düşünüyorum.

	<p>Stresle baş etme konusunda başka hangi yöntemleri kullanabilirsiniz?</p> <p>Etkili baş etme yöntemleri kullandığınızda hastalık sürecine olumsuz etkisi olmuyor ve kendinizi daha rahat hissediyorsunuz.</p> <p>Bu durumun fayda sağladığını düşünüyorum.</p> <p>Boş zamanınız olduğunda başka neler yapabilirsiniz?</p> <p>Günlük yaşam aktiviteleri ve boş zamanları değerlendirme konusunda ne tür kaygılarınız, düşünceleriniz var?</p> <p>Boş zamanlarınızda seyahat etmek istiyorsunuz fakat hastalığınızın alevlenmesinden endişeleniyorsunuz.</p> <p>İlaçlarınızı düzenli kullandığınızda, gece uykularınız bölünmeden ve düzenli olduğunda hastalığınız alevlenmiyor ve kendinizi güvende hissediyorsunuz.</p> <p>Bu durumun işe yaradığını düşünüyorum.</p> <p>Sosyal ilişkilerinizde etkili iletişim kurmak konusunda başka hangi yöntemleri kullanabilirsiniz?</p> <p>Sosyal ilişkilerinizde iletişim kurarken ne gibi endişeleriniz, düşünceleriniz var?</p> <p>Çevrenizle iletişim kurmak istiyorsunuz fakat çatışmaktan endişeleniyorsunuz.</p> <p>Etkili iletişim yöntemlerini kullandığınız sosyal ilişkilerinizde bir çatışma yaşamıyorsunuz ve kendinizi daha rahat hissediyorsunuz.</p> <p>Bu durumun işe yaradığını düşünüyorum</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın süreç boyunca neler hissettiği öğrenildi.• Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven yeterlilik cetveli yeniden uygulandı. <p>Değişmek sizin için ne kadar önemli, 0-10 arasında kaç puan verirdiniz kendinize?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastanın konuşulanları anlayıp anlamadığını tespit etmek amacıyla konuşulanlar özetlendi.
--	---

	<p>Bugünkü görüşmemizde sizinle hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik davranış değişimleriniz ile ilgili konuştuk.</p> <ul style="list-style-type: none">• Hastadan görüşme ile ilgili geribildirim alındı. Bu görüşmemizi değerlendirecek olursanız nasıl değerlendirirsiniz, duygu ve düşüncelerinizi bizimle paylaşır mısınız?• Ev ödevi verildi. Değiştirmek istediğiniz bir davranışı uygulamanızı ve hissettiklerini not etmenizi rica ediyorum.• Bir sonraki görüşme zamanı ve amacı belirlendi. Haftaya sizinle sorularınızı cevaplandırmak, görüşme sürecimiz ile ilgili konuşmak ve programı sonlandırmak amacıyla görüşme yapacağız.
Beklenen Davranışlar	<ul style="list-style-type: none">• Bipolar bozukluk ile ilgili değişim yapmak istediği davranışlardan bahsedecek.• Hastalık yönetimine etkin şekilde katılım gösterecek.• Değişimin avantajlarını fark etmiş olacak.• Bu konudaki duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edebilecek.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, ev ödevi verme.

Altıncı Görüşme	
Amaç	Programı sonlandırmak ve değerlendirmek; son testleri uygulamak.
İçerik ve İşleniş	<ul style="list-style-type: none">• Bir önceki görüşme konusu özetlendi (5 dakika). Geçen görüşmemizde sizinle hastalık ve tedavi uyumu, stresle baş etme, günlük yaşamla ilgili etkinlikler, boş zamanları değerlendirme ve sosyal ilişkilerinize yönelik davranış değişimleriniz ile ilgili konuştuk. Geçen görüşmemizden beri nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz bugün?• Ev ödevi değerlendirildi (15 dakika). Önceki görüşmemizde sizden değiştirmek istediğiniz bir davranışı uygulamanızı ve hissettiklerini not etmenizi istemiştim. Anlatır mısınız lütfen, sizi dinliyorum. K1: Kızım bağırdığında mutfığa gidip iş görmek yerine kızıyla sakin sakin konuştum. Duygularımı ifade ettim. Rahatladığımı hissettim. K2: Boş zamanlarımda evde boş boş yatmak yerine yürüyüş yapıyorum, arkadaşlarımla buluşup sohbet ediyorum. Bu durum beni rahatlıyor ve mutlu ediyorum.• Görüşmenin amacı hatırlatıldı. Bugünkü görüşmemizde bu programın bireyde oluşturduğu değişimler konuşulacak. Hasta olumlu değişimlerini belirtirken desteklenecek, olumsuz tecrübelerin nedenleri üzerinde konuşuldu.• Hastanın değişmek isterse bunun olabileceği sağlanarak otonomisi desteklendi.• Birey tarafından görüşme programının değerlendirilmesi sağlandı.• Geribildirimler alındı. Genel olarak oturumları nasıl değerlendirirsiniz? Tüm oturumları düşünürseniz aklınızda neler kaldı? Görüşmelerin size katkısı oldu mu?

	<p>Görüşmelerin ilk başında.....duygusu içindeyken, şu an duygusundayım. Boş alanlara neler yerleştirirsiniz?</p> <p>K1: Görüşmelerin ilk başında korku duygusu içindeyken, şu an mutluluk duygusundayım.</p> <p>K2: Görüşmelerin ilk başında kaygı duygusu içindeyken, şu an sakinlik duygusundayım.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fırsat olsaydı hangi noktalar üzerinde çalışmak isterdiniz ya da eklemek istediğiniz başka konular var mı?• Tanıtıcı Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin (BÇTDÖ), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin (BBİÖ), Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun (DSÖYKKF), doldurulması sağlandı.• Görüşmeleri sonlanan her bir hastaya bu son görüşme olduğu ve 3. ayda tekrar görüşüleceği, belirtilen formların tekrar uygulanacağı ve bu son 3 ay içinde neler yaptıkları konusunda konuşulacağını bilgisi verildi.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, kabullenme, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, öz yeterliliği desteklemek, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme

Ek-10. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitim Sertifikası



Ek-11.Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2022-E.155550



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-155550
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Doç. Dr. Gülay YİĞİTOĞLU

İlgi : 06/01/2022 tarihli dilekçeniz. *10.242.5.27*
163
13.01.2022

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi**" konulu çalışmanız **11.01.2022 tarih ve 01 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Belge Doğrulama Kodu :BSUNIL5T2F Pin Kodu :18062

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Telefon: 0 258 296 16 04 Faks: 0 (258) 296 17 65
e-Posta: tbbietik@pau.edu.tr Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr>
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Selda BAKIR
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Ek-12. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.03.2022-E.188800



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı



Sayı : E-69520002-600-188800
Konu : Halis YILMAZ Hk.

29.03.2022

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 10.02.2022 tarihli ve 167937 sayılı yazı
29.03.2022
1781

3.06.2022
İlgi yazı ile Anabilim Dalımızdan Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora programı öğrencisi Halis YILMAZ'ın "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Baş Etme İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tezi için araştırma yapmak istediği ve bu durumun uygun olup olmadığına dair bilgi istenmiş olup; söz konusu çalışmanın Anabilim Dalımız bünyesinde yapılması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Gülfizar VARMA
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSNNYAP24J Pin Kodu :78562

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres:Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Kat:2

20160 Kimiklı/DENİZLİ

Telefon:0 (258) 0 Faks:0 (258) 0

e-Posta:tipfak@pau.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.pau.edu.tr/tip/

Keş Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Emel ÇAMOĞLU

Unvan: Büro Personeli



Tel No: 4440728/4553

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-13. "Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği" İzin Yazısı

COPE (BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ) KULLANIM İZİNİ Gelen Kutusu x



Halis Yılmaz 41

Alıcı: lutfullah.besiroglu v

Merhabalar Hocam,

Ben Pamukkale Üniversitesi hemşirelik doktora öğrencisi Halis Yılmaz'ım. Doktora tezimde ölçeğinizi kullanmak istiyorum izninizle. Teşekkür ederim. Saygılarımla...



Lütfullah BEŞİROĞLU 41

Alıcı: ben v

merhaba

adresinde bulabürsünüz

iyi çalışmalar

Kimden: "Halis yilmaz" 41

Kime: "lutfullah besiroglu" 41

Gönderilenler: 13 Ocak Perşembe 2022 15:43:27

Konu: COPE (BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ) KULLANIM İZİNİ

...

Ek-14. “Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği” İzin Yazısı

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Kullanım İzni » Gelen Kutusu x



Halis Yılmaz <

Alıcı: eoaydemir ▾

Merhabalar Hocam;

Ben Pamukkale Üniversitesi hemşirelik doktora öğrencisi Halis Yılmaz'ım. Doktora tezimde ölçeğinizi kullanmak istiyorum izninizle. Teşekkür ederim. Saygılarımla...



Omer Aydemir <

Alıcı: ben ▾

Sayın Halis Yılmaz,

Araştırmanızda Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyanım.

Kolaylıklar diliyorum

Prof. Dr. Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

From: Halis Yılmaz <

Sent: Thursday, January 13, 2022 12:39 PM

To: [3](#)

Subject: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Kullanım İzni

...

...

[İleti kısaltıldı] [Tüm iletiyi görüntüle](#)

Ek-15. “Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği” İzin Yazısı

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği (MTUÖ) Kullanım İzni Gelen Kutusu x

✕ 🗑️ 📧



Halis Yılmaz <

Alıcı: guvenbahar >

21 Oca 2022 Cum 14:19

☆ ↶ ⋮

Merhabalar Hocam;

Ben Pamukkale Üniversitesi Hemşirelik Doktora öğrencisi Halis Yılmaz'ım. Doktora tezimde ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Teşekkür ederim, saygılarımla...



Güven BAHAR <

Alıcı: ben >

23 Oca 2022 Paz 12:04

☆ ↶ ⋮

Selamlar;

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

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ek-16. “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu” İzin Yazısı

Whoqol-bref ölçeği kullanım izni ► Gelen Kutusu x



Halis Yılmaz

Alıcı: €

26 Kasım Paz 17:01



Merhabalar Hocam,

Denizli Pamukkale Üniversitesi Hemşirelik doktora öğrencisi Halis Yılmaz'ım. Tezimde Whoqol-bref ölçeğini kullanmak istiyorum. Tez çalışmamda kullanabilmem için izninizi istiyorum. Saygılarımla...



Erhan Eser

Alıcı: ben

27 Kasım Paz 10:01 (13 gün önce)



Sayın kullanıcı (Halis Yılmaz),

Bu iletim ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümünü, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planladığınız halde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra boyut skorlarının hesaplanması talep etmeniz halinde, verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize gönderdiğinizde en geç 5 gün içinde WHOQOL alan (doman) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1, q2, q3... q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser

WHOQOL Türkiye İletişim merkezi

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Ek-17. Gönüllü Olur Formu (Çalışma ve kontrol grubu için)

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ (Çalışma grubu için)

“**Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi**” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habip Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi birimine kayıtlı DSM-V’ e göre bipolar bozukluk tanısı alan, ayaktan takip edilen hastalarda motivasyonel görüşmenin baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır. Çalışma için öngörülen süre 1 yıldır. Çalışma tek merkezli olup çalışmaya, araştırma kriterlerine uyan 48 bipolar bozukluk tanılı hasta alınması planlanmaktadır.
- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.
- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**
- Sizlerden toplanan bu bilgiler isim belirtilmeden bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Toplanan bilgiler bu amacın dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı ret edebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.
- Araştırmanın süresi: Etik kurul izni ve kurum izni verildikten sonra araştırmaya başlanılacaktır.
- Bitiş: Araştırma ve kurum izinleri tamamlandıktan sonra hastaların izlemleri tamamlanıncaya kadar, yaklaşık olarak 1 yıl sürmesi şeklinde planlanmaktadır.
- **Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?**

Bu çalışma ile bipolar bozukluk tanılı hastalarda motivasyonel görüşmenin baş etmede, işlevsellikte, tedaviye uyumda ve yaşam kalitesini yükseltmede oldukça önemli olabileceği düşünülmektedir.
- **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

• **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırmamız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmamız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

• **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Halis YILMAZ

GÖREVİ : Doktora öğrencisi

TELEFON :

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında, Doç. Dr. Gülay YİĞİTOĞLU ve Halis YILMAZ tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. **Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.**
- b. **Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağına bilincindeyim).**
- c. **Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.**
- d. **Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.**
- e. **Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.**
- f. **Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.**

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ
(Kontrol grubu için)

Doç. Dr. Gülay YİĞİTOĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Motivasyonel Görüşmenin Baş Etme, İşlevsellik, Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Çalışmanın amacı bipolar bozukluk tanılı hastalarda motivasyonel görüşmenin baş etme, işlevsellik, tedaviye uyum ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan motivasyonel görüşme uygulanan bireyler dışındaki kişilerden de elde edeceğimiz verilere (sosyo-demografik bilgilerden oluşan Tanıtıcı Bilgi Formu, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formuna ait sorularına vereceğiniz cevaplar) gereksinim vardır. Bu sayede, motivasyonel görüşme uygulanan kişilerin verileri, sizlerinki ile karşılaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya, "**kontrol grubu**" olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen tek şey, bir gün içerisinde gerçekleştireceğimiz yüz yüze görüşerek hazırlamış olduğumuz anket ve ölçek sorularını içtenlikle cevaplandırmanızdır.

Yapılacak işlem sadece size verilen formları kendinize uygun şıkları bularak işaretlemenizden ve size sorulan soruları cevaplandırmanızdan ibarettir. Araştırmacınız sizden elde edilen sonuçları, araştırmada ve istatistiksel analizleri yürütmeye kullanacak ve kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir.

(Katılımcının Beyanı)

Gülay YİĞİTOĞLU ve Halis YILMAZ tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya bu koşullarla "kontrol grubu" olarak, katılma işlemini kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı soyadı, unvanı: Halis YILMAZ, Doktora öğrencisi

Adres: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kınıklı, DENİZLİ

Tel:

İmza:

Tarih: