



**BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUKTA ÖZ-YÖNETİM:
NİTEL BİR ÇALIŞMA**

Cansev BAŞARAN
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUKTA ÖZ-YÖNETİM: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Cansev BAŞARAN

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Duygulanımın Tanımı.....	4
2.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Tanımı	4
2.3. Bipolar Affektif Bozukluğun Tarihçesi	4
2.4. Bipolar Affektif Bozuklukta Epidemiyoloji	5
2.5. Bipolar Affektif Bozukluk Etiyolojisi	7
2.5.1.Biyolojik	7
2.5.1.1. Genetik.....	7
2.5.1.2. Biyokimyasal	7
2.5.1.3. Beyin Görüntüleme.....	7
2.5.2. Çevresel	8
2.5.2.1. Enfeksiyonlar	8
2.5.2.2. Annenin Sigara İçmesi.....	8
2.5.2.3. Doğum Komplikasyonları.....	8
2.5.2.4. İklim.....	8
2.5.2.5. Çocukluk Travması.....	9

2.5.2.6. Sosyal Destek.....	9
2.5.2.7. Gündelik Olaylar.....	10
2.6. Bipolar Affektif Bozukluğun Sınıflandırması	10
2.6.1.Bipolar Affektif Bozukluk Türleri	11
2.7. Bipolar Affektif Bozuklukta Klinik Seyir	12
2.8. Bipolar Affektif Bozuklukta Tedavi	13
2.8.1. Psikofarmakoloji.....	14
2.8.2. Elektrokonvülsif Terapi (EKT).....	14
2.8.3. Aileye Yönelik Girişimler	15
2.9. Bipolar Affektif Bozukluk ve Hemşirelik Bakımı.....	15
2.10. Öz-Yönetim	16
2.11. Bipolar Affektif Bozukluk ve Öz-Yönetim	17
2.12. Bipolar Affektif Bozukluğun Öz-Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	20
3. MATERYAL VE METOT.....	22
3.1. Araştırmanın Türü.....	22
3.2. Araştırmanın Amacı.....	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	24
3.6. Veri Toplama Araçları	24
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4)	24
3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-5).....	24
3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması	24
3.8. Verilerin Toplanması	25
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	25

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Yaşam Tarzı Yönetimi.....	28
4.1.1. Stres Yönetimi	28
4.1.2. Para Yönetimi	30
4.1.3. Uyku Yönetimi	31
4.1.4. Damgalanma	32
4.2. Tedavi Yönetimi	33
4.2.1. Hastalığı Kabullenme	34
4.2.2. Kontrole Gitme	35
4.2.3. İlaçları Düzenli Kullanma.....	36
4.2.4. İlaç Yan Etkilerinin Yönetimi.....	38
4.3. Kriz Yönetimi	39
4.3.1. Uyarı İşaretlerini Tanıma.....	39
4.3.2. Önlem Alma.....	42
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	76
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	76
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	77
EK-3. KURUM İZİNLERİ	79
EK-4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	81
EK-5. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU	82



TEŞEKKÜR

Araştırmamın tüm aşamalarında, zorlandığım her noktada ilgisi ve sabrı ile desteğini hissettiren, değerli bilgilerini ve tecrübesini paylaşarak bana rehberlik eden tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Kübra GÖKALP'e ve jüri üyesi hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık alanımın psikiyatri hemşireliği olması gerektiğini anlamamı sağlayan ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini paylaşan Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, tez jürimdeki hocalarıma, veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde görev alan meslektaşlarıma, çalışmama gönüllü olarak katılan hastalara, eğitim hayatım boyunca hiçbir zaman maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme çok teşekkür ederim.

Cansev BAŞARAN

ÖZET

Bipolar Affektif Bozuklukta Öz-Yönetim: Nitel Bir Çalışma

Amaç:Bu araştırmanın amacı bipolar affektifbozukluğu olan bireylerin öz-yönetim deneyimlerini tanımlamak ve kategorize etmektir.

Materyal ve Metot:Araştırma, Aralık 2022-Eylül 2023 tarihleri arasında Amasya ilinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 15 bipolar affektif bozukluk hastası ile yürütülmüştür. Araştırmada nitel araştırma türlerinden fenomenolojik desen kullanmıştır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen verilen içerik analizi ve MAXQDA programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:Veri analizi sonucu yaşam tarzı yönetimi, tedavi yönetimi ve kriz yönetimi olmak üzere üç ana tema oluşturulmuştur. Hastalar öz-yönetim sürecinde stres, uyku ve para yönetimi gibi yaşam tarzını iyileştirmeye yönelik girişimlere başvurmanın yanında damgalanmadan bahsetmiştir. Hastalar, tedavi yönetiminde hastalığı kabullenmenin, düzenli kontrollere gitmenin, ilaç kullanımının ve ilaç kullanımı sonucu oluşan uyuşukluk, yorgunluk ve unutkanlık gibi yan etkilerin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı zamanda katılımcılar çok para harcama, çok konuşma, uykuya dalma ve uyku halini korumakta zorlanma gibi semptomları fark ettiklerini ve olası kriz durumuna yönelik önlem aldıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Bipolar affektif bozukluk hastalarının yaşam tarzı yönetimi, tedavi yönetimi ve kriz yönetimi gibi öz-yönetim stratejileri kullandıkları bulunmuştur. Hastaların etkileşimini desteklemek, farkındalık düzeyini artırmak ve stresle baş etme tutumlarını desteklemek amacıyla bireysel ve grup müdahalelerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Bipolar affektif bozukluk, nitel çalışma, öz-yönetim, psikiyatri hemşireliği, ruhsal bozukluk

ABSTRACT

Self-Management in Bipolar Disorder: A Qualitative Study

Aim: The purpose of this study is to describe and categorize the self-management experiences of individuals with bipolar affective disorder.

Material and Method: The study was conducted with 15 voluntary participants suffering from bipolar affective disorder who were being followed at the Community Mental Health Center in Amasya between December 2022 and September 2023. The research utilized a phenomenological design, which is a qualitative research method. Data was collected through face-to-face interviews using the "Personal Information Form" and the "Semi-Structured Interview Form". The obtained data was analyzed using content analysis and MAXQDA software.

Results: The analysis shows that there are three main themes identified: lifestyle management, treatment management and crisis management. Patients mentioned initiatives to improve their lifestyles, such as managing stress, sleep and finances, as well as discussing the issue of stigma. In terms of treatment management, patients emphasized the importance of accepting the illness, attending regular check-ups, and managing medication use and its resulting side effects like drowsiness, fatigue, and forgetfulness. Additionally, participants mentioned noticing symptoms such as excessive spending, excessive talking, difficulty falling asleep and difficulty maintaining sleep, and taking preventive measures for potential crisis situations.

Conclusion: It was found that individuals with bipolar affective disorder use self-management strategies such as lifestyle management, treatment management, and crisis management. It is recommended to plan individual and group interventions to support patient interaction, increase awareness levels and support coping mechanisms for dealing with stress.

Key Words: Bipolar affective disorder, mental disorder, psychiatric nursing, qualitative study, self-management

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	:	American Nurses Association
APA	:	American Psychological Association
DSM	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	:	Elektrokonvülsif Terapi



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Yaşam Tarzı Yönetimi	28
Şekil 4.2. Tedavi yönetimi.....	33
Şekil 4.3. Kriz yönetimi.....	39



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 3.1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri..... 23

Tablo 3.2. Tema ve Alt Temalar 26



1. GİRİŞ

Bipolar affektif bozukluk depresif ve manik dönemlerin dönüşümlü görüldüğü bilişsel ve işlevsel bozulmayla karakterize bir ruhsal bozukluktur (Fagiolini ve ark.,2013; Burdick ve ark., 2021). Evreler ve evreler arası döngü bilişsel ve işlevsel bozulmanın yanı sıra yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlanabilmektedir (Bonnin ve ark., 2019). Etiyolojisi iyi bilinmemekle beraber genetik, altta yatan nörogelişimsel faktörler, savunma mekanizması ve çevresel faktörler üzerine kanıtlar bulunmaktadır (Rowland ve Marwaha, 2018).

Bipolar affektif bozukluk tanılı bireylerin yaklaşık % 90'ında yinelemeler ve dönemsellik görülmektedir (Tondo ve ark.,2016). Bipolar bozuklukta sağaltımın amaçları akut dönemleri yatıştırmak, remisyonları önlemek ve işlevselliği artırmaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Sağaltımda primer olarak farmakolojik tedavi kullanılmakla beraber psikoterapi ve sosyal destek gibi multimodal terapiler kullanılarak hastalar üretken bir yaşam sürdürebilmekte ve toplumla bütünleşebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin,2018). Aynı zamanda bipolar affektif bozukluğu olan bireylerde sağaltım, semptomların gerilemesi yanında verimli çalışabilme, yapılan etkinliklerden keyif alma, kişisel olarak tatmin olunan bir yaşam sürme gibi becerileri kazanmayı da içermelidir (Dodd ve ark.,2017 ; Morrison ve ark.,2016). Psikiyatri hemşireleri, bireyin ve ailenin psikososyal gereksinimlerini tespit etme ve buna uygun girişimleri planlama ve uygulamada ciddi bir role sahiptir (Şengün ve Üstün, 2014). ANA (American Nursing Association)'ya göre psikiyatri hemşiresi, ruhsal hastalıkları ve yetersizlikleri önleme, tedavi etme, işlevselliği koruma ve geliştirmeye olanak sağlamada, bireysel aile grup terapileri, psikoeğitim ve diğer terapötik tedavileri kullanabilmektedir (Pehlivan ve Güner,2016).Ayrıca psikiyatri hemşireleri, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek amacıyla uyku düzeni, beslenme, ilaçların düzenli kullanımı, semptom farkındalığı ve stresle baş etme stratejileri

gibi beceriler geliştirmesine destek olmakta ve semptomlar neticesinde oluşabilecek krizi yönetmek için kriz planları düzenlemektedir (Özel, 2023). Öz-yönetim, bipolar affektif bozukluğu olan bireylerde de semptomlarla başa çıkabilmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için giderek daha önemli bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Michalak ve ark.,2019).

Öz-yönetim, bireyin semptomları etkili bir şekilde yönetmesi ve yaşam kalitesini sürdürmesi için kişisel sağlık yönetiminde sorumluluk alması olarak tanımlanmaktadır (Janney ve ark., 2014). Kronik hastalığı olan bireylerde iyileşmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri öz-yönetim becerilerinin geliştirilmesi psikososyal tedavilerin yanında önemli bir alternatif ve klinik bakıma yardımcı bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Balıkçı ve ark.,2016; Leitan ve ark.,2014). Ancak bipolar affektif bozukluklu birçok birey için öz-yönetim zordur; ilerlemeyi ve başarıyı engelleyebilecek yetersiz bilgi ve sosyal destek gibi çok sayıda engel vardır (Blixen ve ark., 2016).

Konuyla ilgili mevcut literatüre göz atıldığında bipolar affektif bozuklukta öz-yönetim üzerine uluslararası bir çok çalışma göze çarpmaktadır (Murray ve ark.,2011; Van den Heuvel ve ark.,2015; Morton ve ark.,2018). Aynı zamanda uluslararası platformda öz-yönetimi destekleyen bir çok uygulama bulunmaktadır (Jonathan ve ark., 2021; Rusch ve ark., 2022; Michalak ve ark., 2022). Ancak ölkemizde bipolar affektif bozukluk tanısı almış bireylerin öz-yönetim stratejileri ile ilgili bilinen herhangi bir çalışma ya da uygulama bulunamamıştır. Bipolar affektif bozukluğun doğası gereği karmaşık, dönemsel ve uzun soluklu oluşu bireylerin öz-yönetim müdahalelerine olan gereksinimini zaruri kılmaktadır. Nitel çalışmaların holistik, özgün ve bilgi edinmek için zengin bir kaynak oluşu bu çalışmalara olan gereksinimi artırmaktadır. Bu çerçevede bipolar bozukluğu olan bireylerin öz-yönetimiyle ilgili farkındalık oluşturmak, bireylerin

öz-yönetim deneyimlerini paylaşmak ve öz-yönetim uygulamalarının toplumumuzda uygulanmasının gerekliliğini göstermek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Duygulanımın Tanımı

Duygulanım (affekt) çevrede olup bitenler gibi dışsal uyaranlar ve anılar, istekler gibi içten gelen uyaranlara duygular yoluyla tepki verebilme kabiliyetidir. Duygudurum (mood) ise yaygın ve sürekli bir duygu yaşanması durumudur (Öztürk ve Uluşahin, 2018 s.127).

Normal duygudurum (euthymia): Belli sınırlar içerisinde dalgalanma gösteren, fakat bireysel ya da çevresel olarak aşırılığı olmayan duygusal durumdur.

Taşkın duygudurum (elated mood, high mood, euphoria): Günlük yaşamda aşırı neşe ve iyi hissetme hakimdir

Çökkün duygudurum (low mood, depressed mood): Günlük yaşamda üzüntü ve hüznün duygusu egemendir.

Sıkıntılı, tedirgin duygudurum (dysphoric mood): Günlük yaşamda tedirginlik, sıkıntı, mutsuzluk baskındır (Öztürk ve Uluşahin, 2018 s.127-128).

2.2. Bipolar Affektif Bozukluğun Tanımı

Bipolar duygudurum bozukluğu, genellikle azalan işlevsellik, bozulmuş yaşam kalitesi ve intihar nedeniyle artan ölüm riski gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilen aşırı depresif ve manik duygulanım durumları ile karakterize zayıflatıcı bir psikiyatrik rahatsızlıktır (Sanchez ve ark., 2009; Harris ve Barraclough, 1997). Aynı zamanda bipolar bozukluk yüksek mortalite, morbidite ve kronik seyirli, mesleki, ailesel ve sosyal alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açan ciddi bir ruhsal bozukluktur (Maj ve ark., 2003).

2.3. Bipolar Affektif Bozukluğun Tarihçesi

Mani ve çökkünlük çok eski çağlardan beri bilinir. Bugün ağır çökkünlük olarak bilinen bozukluğu Hipokrat İ.Ö. 5. Yüzyılda melankoli ismiyle kullanmıştır. Bipolar

bozukluğun belirtilerinin yer aldığı belgeler antik Yunan'da yaklaşık ikinci yüzyıla uzanmaktadır. Yunan hekim Aretaeus, mod aşırılıklarından bahsetmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

İlk belgelerde; mani 'ciddi delilik' olarak tanımlanmakla birlikte, 1025 yılında Avicenna Canon of Medicine isimli kitabında maniden 'ajitasyon ve irritabiliteyle hızlı başlangıç ve remisyonla karakterize hayvani delilik' olarak bahsetmiştir (Youssef ve ark., 1996). Manik depresif hastalığın modern tanımı 19. Yüzyılda çıkmaya başlamıştır. 1854 yılında Jules Beillarger hastalığı tanımlamak için 'çift yönlü delilik' terimini, Jean Pierr Falret ise bozukluk için 'döngüsel delilik' terimini kullanmıştır (Koç,2016).

Hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını 1913 yılında manik-depresif terimini kullanarak Emil Krapelin yapmıştır. Krapelin manik depresif hastalıkta döngüsellik terimi üzerinde durmuştur. Çağdaş yaklaşımı, 1930'larda yaygın kabul gören bir teori olmuştur (Kendler, 2021). 1952'de Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-I'de ilk defa "manik depresif reaksiyon" tanımlaması kullanılmıştır (APA,2013). DSM- III'de major depresyon ve bipolar bozukluk affektif bozukluklar içinde olan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, DSM III-R'de ise affektif bozukluklar tanımı, daha kapsayıcı ve genel bir durumu ifade etmesi için duygudurum bozuklukları olarak yeniden isimlendirilmiştir. DSM-IV ve DSM-IV-R'de duygudurum bozuklukları içinde yer alan BB, 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ele alınmıştır (APA, 2013).

2.4. Bipolar Affektif Bozuklukta Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar, genel popülasyonda bipolar tip I için yaşam boyu yaygınlığın yaklaşık %1 olduğunu ileri sürmüştür (Bebbinton ve Ramana, 1995; Pini ve ark., 2005). Ancak yeni yayınlar; bipolar spektrumdaki hastalıklar ve eşik altı süre ya da şiddetteki belirtilerin görüldüğü, rutin klinik koşullarda hasta olarak değerlendirilen ve

gerçekten de tedaviye ihtiyaç duyup, tedaviden fayda gören popülasyon dahil edildiğinde bu oranın %6.4'e kadar çıktığını göstermektedir (Cederlöf ve ark., 2015).

Cinsiyetle ilgili olarak, birkaç çalışma bipolarlarda eşit dağılım bildirirken, diğerleri erkeklerde daha yüksek manik epizodlar ve bipolar tip I prevalansı ve kadınlarda daha yüksek bipolar tip II oranları saptamıştır (Tsuchiya ve ark., 2003; Merikangas ve ark., 2011).

Bulgular 20-30 yıl arasında değişse de , bipolar bozukluğun ortalama başlangıç yaşı yirmili yaşların başı gibi görünmektedir (Merikangas ve ark., 2011). Kadınlar için ortalama yaş 24.8 yıl, erkekler için ise 24.4 yıl olarak bildirilmiştir (Sadock ve Sadock, 2007).

Bipolar bozukluk yüksek ekonomik sınıflar arasında daha sık görülmekle beraber, epidemiyolojik çalışmalarda bazı ülkelerde gözlenen düşük sıklık oranları o ülkenin etnik hastalık yükünden ziyade, sosyoekonomik düzeyinin düşük olması ile açıklanmıştır. Aynı zamanda düşük gelirli, işsiz ve evli olmayan gruplarda daha yüksek oranlara dair bazı kanıtlar vardır (Tsuchiya ve ark., 2003; APA,2002).

Omega 3 ve yağ asidi açısından zengin deniz ürünleri tüketen toplumlarda (Hong Kong, Tayvan gibi) hastalık nispeten daha az görülmektedir (Goodwin ve ark., 2007). Hastalık mevsimsel özellik gösterme açısından değerlendirildiğinde, hastaların üçte birinde manilerin yaz aylarında, depresyonların ise bahar aylarında çıkma eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir (Geoffroy ve ark.,2014). Hastaların yaklaşık %25-50'si yaşamlarında bir kez intihar girişiminde bulunmakta ve %15'i de intihar girişimi sonucunda ölmektedir (Goodwin ve ark., 2007).

2.5. Bipolar Affektif Bozukluk Etiyolojisi

2.5.1.Biyolojik

2.5.1.1. Genetik

Yüz yılı aşkın süredir bu hastalığın bazı ailelerde çok daha sık görüldüğü ve çok önemli bir kalıtsal yönü olduğu bilinmektedir (Post ve ark., 2016). Genetik etkenlerin bipolar affektif bozukluk gelişiminde yaklaşık %60-80 oranında ağırlığı olabileceği bildirilmiştir (Patel ve ark., 2006). Birinci derece akrabalarında hastalık olan kişilerde bipolar affektif bozukluk görülme riski %8.7 bulunmuştur (Smoller ve ark., 2003). Ebeveynin her ikisinin de hasta olması durumunda ise hastalık riski %50- 75'e kadar çıkmaktadır (Stringaris ve Youngstrom, 2014).

2.5.1.2. Biyokimyasal

Mani oluşumunda noradrenerjik-kolinerjik sistemler arasındaki dengesizlik, noradrenerjik aktivasyon ve kolinerjik yetersizliğin etkisinden bahsedilmektedir (Sobczak ve ark.,2000). Manide dopaminerjik sistem aktivitesinde uyarılma bulunmuştur (Işık, 2003). Asetilkolin transmisyonunun artışının depresyon, bu salınımın azalmasının ise mani ile ilişkili olarak bildirilmiş, GABA gibi aminoasit nörotransmitterlerin ve özellikle vasopresin ve endojenopiyoatlar gibi nöroaktifpeptidlerin duygudurum bozukluklarının fizyopatolojisinde rol oynadığı düşünülmüştür (van Enkhuizen ve ark., 2015).

2.5.1.3. Beyin Görüntüleme

Başlıca beyin görüntüleme bulguları arasında; lateral ventriküllerde genişleme ve derin beyaz cevher ve subkortikal gri cevher alanlarında hiperintens lezyon varlığı saptanmış, bu lezyonların yaş ve hastalık şiddetiyle alakalı olduğu düşünülmüştür (Brambilla ve ark., 2005). Aynı zamanda hipokampus hacminde azalma, ventroparyetal frontal korteks hücre yoğunluğunda azalma, amigdala hacminde artış veya azalış, bazal

ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artış ya da glial hücre azalması sayılabilir (Grunze ve ark., 2013).

2.5.2. Çevresel

2.5.2.1. Enfeksiyonlar

Özellikle intrauterin enfeksiyonların, fetal ve postnatal nörogelişimi engellediği, bu durumun nöropsikolojik sağlığın bozulmasına ve psikiyatrik bozukluklar için daha yüksek bir savunmasızlığa neden olabileceği düşünülmektedir (Hamdani ve ark., 2013). Gestasyonel influenza enfeksiyonuna bağlı olarak bipolar bozukluk riskinin dört ila beş kat arttığı gözlemlenmiştir (Parboosing ve ark., 2013; Canetta ve ark., 2014). Öte yandan seropozitifliğin bipolar bozukluğa olan yatkınlık üzerinde etkisi olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Pang ve ark., 2009; Mortensen ve ark., 2011).

2.5.2.2. Annenin Sigara İçmesi

Geçmişte annenin sigara içmesinden kaynaklanan bipolar bozukluk için 1,41 kat risk bildirilmiştir (Chudal ve ark., 2015).

2.5.2.3. Doğum Komplikasyonları

Yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, normal doğuma nispeten planlı sezaryenle doğurtulan bebeklerde 2.5 kat daha yüksek bipolar bozukluk riski öne sürülmüş, doğum ağırlığı, gebelik yaşı ve bipolar bozukluk riski arasında bir ilişki bulamamıştır. Erken doğumun daha yüksek bipolar bozukluk riski ile ilişkili olduğunu bulunmuştur (Nosarti ve ark., 2012).

2.5.2.4. İklim

Mevsimsel etkilerin, özellikle bipolar bozuklukta ruh halinin düzenlenmesini etkilediği varsayılmaktadır (McClung, 2011). Manik dönemler, depresif dönemlere göre mevsimsellikle daha sık bağlantılı görünmektedir (Hochman ve ark., 2016). Genel olarak mani, ilkbahar ve yaz aylarında zirveye ulaşır ve kış ortasında üçüncü bir zirveye

ulaşırken, depresyon kış ve ilkbaharda yüksek oranda görülür (Dominiak ve ark., 2015; Geoffroy ve ark., 2014). Ortalama gündüz saatleri, ortalama günlük sıcaklık ve günlük güneşlenme saati sayısı gibi iklimsel faktörler bipolar bozuklukta nüksetme ile ilişkili olmakla birlikte, özellikle güneş ışığının kısılması depresyonları tetiklemektedir (Niemegeers ve ark., 2013). Güney yarımkürede yapılan bir araştırma da fotoperiyot değişikliğine paralel olarak mani başvurularında artış gözlemlenmiştir (Parker ve ark., 2018). Son zamanlarda, sadece mevsimsel gün uzunluğunun değil, gün uzunluğunun yavaş veya hızlı değişmesinin bipolar bozukluk semptomlarında kritik bir rol oynayabileceği öne sürülmüştür. (Rosenthal ve ark., 2020; Rosenthal ve ark., 2021)

2.5.2.5. Çocukluk Travması

Çocukluk çağı travmasının bipolar bozukluğu olan hastaların neredeyse %50'sinde görüldüğü düşünülmektedir (Garno ve ark., 2005). Aas ve ark. çocukluk çağı travmasının daha erken bir başlama yaşına yol açarak klinik seyri etkilediğini, psikotik özelliklerin ortaya çıkışını, yaşam boyu duygudurum dönemlerinin sayısını, intihar düşüncesi ve girişimleri riskini ve madde kötüye kullanımını artırdığını ifade etmiştir. Aynı zamanda bipolar bozukluğu olan kadınların çocukluk çağı travmasını daha sık bildirdikleri ve daha şiddetli bir klinik seyirle karşılaştıkları bildirilmiştir (Aas ve ark., 2016).

2.5.2.6. Sosyal Destek

Bipolar bozukluğu olan bireyler ebeveyn, aile, partner ve arkadaşlar gibi birçok sosyal ilişki alanında eksiklikler bildirmişlerdir (Greenberg ve ark., 2014). Hastalığın başlangıcında bir partnere sahip olmak, hastalığın seyrinde ve ataklar arasındaki remisyonda olumlu bir etkiye yol açmakla beraber, partneri olmayan hastalarda psikotik özellikler görülme riski daha yüksek olarak bulunmuştur (Johnson ve ark., 2003; Maciukiewicz ve ark., 2016). Bipolar bozukluğun seyrinde sosyal destek ve aile davranışının etkili bir rol oynamasının yanı sıra duyguların yüksek düzeyde ifade

edilmesi ve olumsuz duygusal stillerin nüksetme olasılığını artırdığı düşünülmektedir (Miklowitz, 2007; Coville ve ark., 2008). Miklowitz, akrabalarından gelen eleştirilerden daha çok rahatsız olan hastaların hem depresyonda hem de manide daha şiddetli belirtiler gösterdiğine dikkat çekmiştir. (Miklowitz ve ark., 2005)

2.5.2.7. Gündelik Olaylar

Belirli yaşam olayları bipolar bozukluğun başlangıç yaşını ve klinik seyrini etkilemektedir (Hosang ve ark., 2010; Bender, 2011). Stresli yaşam olaylarının türleri, maniye veya depresyonu tetiklemede farklılık göstermekle beraber, olumlu yaşam olaylarının ve hedeflere ulaşmanın daha çok mani tarafından takip edildiği vurgulanmaktadır (Koenders ve ark., 2014; Johnson ve ark., 2008). Yaşın maniye tetiklediği, kişilerarası sorunlar, finansal krizler, işle ilgili zorluklar, başarısızlık ve iş kaybı genellikle mani öncesinde bulunurken, kişisel hastalığın depresyona neden olma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kessing ve Andersen, 2005; Hosang ve ark., 2012). Gershon ve ark. travma maruziyetinin, şiddetli kişilerarası kronik stresörlere ve buna bağlı daha şiddetli depresif dönemlerle ilişkili olduğu sonucuna varmıştır (Gershon ve ark., 2013). Küçük yaşam olaylarının ruh hali değişiklikleri üzerinde şiddetli yaşam olaylarına veya birkaç ardışık yaşam olayına nispeten az etkisi olmakla birlikte hastaların %60'ından fazlası, yeni bir epizoddan 6 ay önce en az bir yaşam olayı yaşadığını bildirmiştir (Boland ve ark., 2012; Koenders ve ark., 2014).

2.6. Bipolar Affektif Bozukluğun Sınıflandırması

Bipolar affektif bozukluk; manik ve depresif evrelerin yanı sıra bu duruma tıbbi müdahalenin sonucunda ortaya çıkan ötimi dönemleri ile karakterizedir. Sanrılar ve halüsinasyonlar klinik tablonun bir parçası olabilir ya da olmayabilir (Keskin, 2016).

Manik atak esnasında, mood; yükselmiş, taşkın veya düzensizdir. Rahatsızlık, kendine veya başkalarına zarar vermeyi önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek

veya başkalarıyla sosyal ilişkilerde ve mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olacak kadar ciddidir. Motor aktivite aşırı ve coşkudur (Keskin, 2016).

Manik tablonun daha ılımlı formu; hipomani olarak adlandırılır. Hipomani sosyal veya mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya sebep olacak veya hastaneye yatmayı gerektirecek kadar ciddi değildir ve psikotik özellikler içermez (Keskin, 2016).

Yeğin depresyon dönemi ise işlevsellikte ciddi bozulmayla karakterize çökkün ruh halini ifade etmektedir (APA, 2013).

2.6.1.Bipolar Affektif Bozukluk Türleri

Son olarak 2013 yılında güncellenen DSM-V' e göre bipolar bozukluk yedi alt tipte sınıflandırılmıştır:

- Bipolar I Bozukluk
- Bipolar II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk (APA 2013).

Bipolar Bozukluk I, bir ya da birden fazla manik dönem öyküsüne sahip olan bireye konulan tanıdır. Birey manik dönem yanında depresyon nöbetlerini de yaşamış olabilir. Bipolar bozukluk I tanısı en az bir mani dönemi ve öncesinde ya da sonrasında bir hipomani ya da bir depresyon dönemi ile karakterizedir, tanı için depresyon ve hipomani döneminin görülmesi zorunlu değildir. Mani ve depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla açıklanmaması gerekmektedir (Işık,2003; APA, 2013).

Bipolar bozukluk II tanısı ise mani dönemi yaşanmaksızın en az bir hipomani ve en az bir depresyon döneminin yaşanması ve dönemler arası geçişlerin kişinin işlevselliğini etkilemesi ile karakterizedir. Hipomani ve depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla açıklanamaması gerekmektedir. Depresyon belirtileri ya da dönemler arasında sık gelip gitmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olmaktadır (APA, 2013).

Siklotimik bozukluk en az iki yıl süreyle (çocuk ve ergenlerde en az 1 yıl) hipomanik epizot kriterlerini karşılamayan yükselmiş mood ile karakterize; aynı zamanda epizotlar, şiddet ve süre bakımından majör depresif epizot kriterlerini karşılamayan depresif mood epizotları bulunan bir bozukluktur. Birey iki aydan daha uzun süre belirtisiz kalmamıştır (APA,2013).

Maddeye bağlı bipolar bozukluk ilaç kötüye kullanımı, ilaç maruziyeti gibi durumların fizyolojik sonuçlarıyla ilişkili olarak mood bozukluğunu ifade etmektedir. Bu bozukluk klinik olarak; sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda işlevsel bozulmaya neden olabilmektedir (Keskin, 2016).

2.7. Bipolar Affektif Bozuklukta Klinik Seyir

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaklaşık % 90'ında yinelemeler ve dönemsellik görülmektedir (Tondo ve ark.,2016). Hastalığı tek mani dönemi ile atlatanın az olmasının yanı sıra sağaltım görseler bile bipolar bozukluğu olan hastalar %37 ihtimalle bir, %60 ihtimalle iki yıl içinde yeni bir çökkünlük ya da mani dönemi geçirmektedir (Merikangas ve ark.,2007).

Depresif dönemler sinsi ve genelde ön belirtilerle başlarken mani ani olarak başlar. Ancak prodrom dönemde uyku bozuklukları, bunaltı, duygudurum oynamaları gibi belirtiler görülebilmektedir. Bu dönem çoğunlukla iki ay içinde yatışmakla beraber aylarca sürdüğü de görülmektedir. Ortalama süre 4-6 hafta olmakla beraber mani döneminin bireysel ya da toplumsal yansımalarının sonuçlarının zor ve tehlikeli olabileceğinden çökkünlüklerden farklı olarak tıbbi yardıma daha sık başvurulmaktadır. (Öztürk, 1997)

Hastalığın %50-85 oranla genelde depresyon şeklinde ortaya çıktığı düşünülmekle beraber depresif dönemler ortalama 3-5 ay, manik dönemler ortalama 2 ay ve karma dönemler ortalama 5-12 ay arasında sürmektedir (Mendelli ve ark.,2016 ; van der Voort ve ark.,2015; Schaffer ve ark., 2015).

Bipolar bozukluğu olan hastalarda ek tanı çok yaygındır. İlk sırada panik bozukluğu ardından sırasıyla basit ve sosyal fobiler ve son olarak travma sonrası stres bozukluğu gelmektedir (Vasquez ve ark., 2014).

Sık karşılaşılan bir diğer ek tanı da alkol ve madde kullanım bozukluğudur. Erken başlangıçlı (18 yaşından önce) bipolar bozuklukta alkol-madde kullanım bozukluğu ek tanısı, erken başlangıçlı olmayanlara oranla daha yüksektir. Hastalığın çok erken (13 yaşından önce) başladığı durumlarda ise agorafobili panik bozukluğu ek tanısı geç başlayanlara oranla daha sık görülmektedir (Dols ve ark., 2014).

2.8. Bipolar Affektif Bozuklukta Tedavi

Bipolar affektif bozukluk uzun süreli, dönemler halinde giden ve gidiş özellikleri hastadan hastaya değişen bir hastalık olmakla birlikte, tedavinin amacı akut dönemleri yatıştırmak, yinelemeleri önlemek ve işlevselliği artırmaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2018; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Öztürk ve Uluşahin'in aktardığına göre, hastalığın seyri bireyler arasında farklılık gösterebileceği için tedavi planı yapılırken hastanın işlevsellik

düzeıı, geçirilen atakların sayısı, sıklığı ve tipi, remisyon dönemlerinin süresi, daha önce kullanılan ilaçlar, tedaviye verdiği yanıt ve tedaviye uyumu gibi özellikler dikkate alınmalıdır (Öztürk ve Uluşahin,2018).

2.8.1. Psikofarmakoloji

Tedavi süreci akut ve koruyucu tedavi olmak üzere ikiye ayrılır. Akut atak tedavisi, hastanın içinde bulunduğu hipomani, mani, depresyon ya da karma dönem belirtilerinin bulunduğu dönemlerin tedavisinden oluşur. Koruyucu tedavide ise amaç, atak dönemlerinin tekrarlamasını önlemek ve remisyonu sürdürmektir (Belgey ve ark.,2001). Akut maninin tedavisinde tipik antipsikotiklerden risperidon, atipik antipsikotiklerden olanzapin ve ketiapin; eski antipsikotiklere göre yan etkileri daha az olup taşkınlık nöbetinin sağaltımında etkili ilaçlardır. Maninin yardımcı tedavisinde nöroleptiklere bir ek olarak benzodiazepinler kullanılabilmektedir (Köroğlu,2004; Öztürk, 2004). Ayrıca, kalsiyum kanal blokerleri, tiroid hormonları, psikostimulanlar, ışıık tedavisi ve uyku manipulasyonu gibi tedavi seçeneklerinden de söz edilmektedir (Köroğlu 2004). Dönemin yeniden canlanmasını önlemek amacıyla sağaltımın 3-6 ay daha sürdürölmesi önerilmektedir (Yazıcı,2007).

Hipomanik dönemde belirtiler, genelde ayaktan sağaltımı olanaklı kılacak kadar hafif görünmektedir. Bu durumda, eğer hasta lityum ve benzeri bir koruma sağaltımındaysa, yalnızca serum düzeyini kontrol ederek düzeltmek ya da lityumu koruma düzeyinden, akut dönem sağaltım düzeyine çıkarmak yeterli olabilmektedir (Yazıcı, 2007).

2.8.2. Elektrokonvülsif Terapi (EKT)

Akut mani nöbetleri; özellikle hastanın tedavilere yanıt vermediği ya da tolere edemediği durumlarda veya dehidratasyon, saldırganlık gibi yaşamsal tehlike oluşturan durumlarda tercih edilebilmektedir. Genelde 6-8 EKT etkili olmakla beraber bazen daha

fazla sayıda gerekebilmektedir. EKT sonrası sakinleşen hastaya sağaltım duygudurum dengeleyicileri ile sürdürülmektedir (Öztürk ve Uluşahin,2018).

2.8.3. Aileye Yönelik Girişimler

Bipolar bozukluk, hastanın aile üyelerini etkiler ve bakım verme ile ilgili aile ortamlarından etkilenir. Aile üyelerinin %89-91'i, hastanın hastalık semptomlarının ciddiyeti ile ilgili olarak duygusal sıkıntı bildirmektedir (Perlick ve ark,1999). Aile üyelerinden birinin bipolar hastalığı olması, aile işleyişinin bozulmasına yol açmaktadır. Bu doğrultuda uyum düzeyinin düşmesi, çatışma artışı, yüksek kontrol, ifade gücünün azalması, organizasyonun bozulması ve daha düşük entelektüel-kültürel ve aktif-eğlence yöneliminin varlığıyla alakalı bulgular dikkat çekmiştir (Ferreira ve ark., 2013, Barron ve ark., 2014).

Farmakolojik tedavi akut dönemin stabilizasyonunda primer yöntem olarak kabul edilse de adjuvan psikoterapinin nöksleri önleme ve sağaltımda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Nitekim aile odaklı psikoeğitimsel tedavinin relapslar ve tedavi uyumu üzerindeki olumlu etkisinden söz edilmiştir (Miklowitz ve ark., 2003).

2.9. Bipolar Affektif Bozukluk ve Hemşirelik Bakımı

Bipolar bozukluk, hemşirelik açısından önemli bir sorundur çünkü hastalık tedavi edilmediğinde veya tedavi yetersiz olduğunda, hastanın işlevselliği, yaşam kalitesi ve hatta hayat beklentisi ciddi şekilde etkilenebilmektedir (Manning ve ark., 2019). Bu yönden psikiyatri hemşireleri, bipolar bozukluğun tedavisinde multidisipliner bir yaklaşıma dahil olan önemli bir sağlık personeli olarak kabul edilmektedir (Özel,2017).

Psikiyatri hemşireleri, bipolar bozukluğu olan hastaların bakımında, hastaların günlük hayat aktivitelerine katılmalarına yardımcı olmak için stratejiler ve beceriler geliştirmektedirler. Bu beceriler arasında, hastaların uyku düzenlerini ve beslenmelerini düzenlemeleri, ilaçlarını düzenli olarak almaları, semptomlarını takip etmeleri ve stresle

başı çıkma becerilerini geliştirmeleri yer almaktadır (Manning ve ark., 2019). Psikiyatri hemşireleri, hastaların tedavilerinin planlanmasında ve uygulanmasında önemli bir rol oynamaktadır (Özel,2023).

Depresif ve manik davranışların hemşirelik tanılması; hastanın duygulanım, düşünce süreçleri, entellektüel süreçleri, fizyolojik ve psikomotor aktivitesinin değerlendirilmesi boyunca bir düzen içerir. Hemşire hastanın mevcut ya da potansiyel problemlerini tanımlar, hemşirelik tanımlarını belirler (Videbeck, 2004). Tanılamada biliş ve algı, mood, aktivite ve davranış gözlenir (Keskin, 2016). Hastanın kendine zarar vermemesi, sosyal ilişkiler ve bireysel yeteneklerini gerçekçi bir şekilde değerlendirmesi, bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesi, uyku, dinlenme ve aktivitelerindeki dengeyi kurması, iş, aile, sosyal ve toplumsal ilişkilerini sürdürmesi, sorumluluk alabilmesi ve tedaviye uyması planlanmaktadır (Videbeck, 2004).

2.10. Öz-Yönetim

Öz-yönetim ilk olarak Thomas Creer tarafından kronik hasta çocukların rehabilitasyonu üzerine yazılan bir kitapta ortaya çıkmıştır. Çalışmalarını Albert Bandura'nın çalışmalarına dayandırdıklarını ifade etmekle birlikte, 1960'ların ortasından beri o ve arkadaşları astımlı çocuklar üzerine yaptıkları çalışmalarda öz-yönetim terimini kullanmışlardır (Creer ve ark.,1976; Creer ve Christian, 1976).

Corbin ve Strauss öz-yönetimin hastaların iyilik hali sürdürmesine yardımcı olmayı amaçladığını ifade etmiştir ve bunu üç görev grubu üzerinde incelemiştir. İlk görev grubu ilaç almak, özel bir diyetle bağlı kalmak veya bir inhaler kullanmak gibi tıbbi olarak durumun yönetimidir. İkinci görev, anlamlı davranış ve rol yönetimidir. Son görev, kişinin duygusal sonuçlarla başa çıkmasını gerektirir (Kinney ve Kahana, 1989).

Öz-yönetim, bireyin semptomları etkili bir şekilde yönetmesi ve yaşam kalitesini sürdürmesi için kişisel sağlık yönetiminde sorumluluk alması olarak tanımlanmaktadır

(Janney ve ark., 2014). Bu nedenle, bilgi ve durum yönetimi becerileri sağlamayı amaçlayan resmi hasta eğitim programlarından, bir bireyin kendi durumunun sağlığı üzerindeki etkisini kontrol etmek için yapması gereken günlük aktivitelere kadar değişebilir (Pollack,1996; Gitlin ve ark.,1995).

Psikolojiden iki teorik bakış açısı, kronik hastalık öz-yönetim müdahalesine hakim olmuştur: öz-düzenleme kuramı ve sosyal bilişsel kuram. Öz-düzenleme teorisinde, bir kişi, arzulanan bir hedef veya davranışsal son nokta tarafından öz-düzenleme için motive edilir ve hedefin gücü, hedefin birey için temsil ettiği bir değerle ilişkilendirilir. Hedefin belirginliği öz-düzenleme davranışıyla doğru orantılı olmakla beraber teori öz-düzenlemeyi tedavinin istenen sonuçlarına ulaşmanın merkezi olarak görmektedir (Clark ve ark.,2014). Sosyal bilişsel teorisinin öz-yönetimin temel taşı olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, kişinin sağlık davranışını değiştirmeyi dikkate alma ölçüsü, amaçlar doğrultusunda motivasyon ve azim davranışı, gerilemeler sonucu kişinin geçici üstesinden gelme davranışı ve bu davranışı ne ölçüde sürdürebildiği sürecin temel yapı taşlarını oluşturmaktadır (Bandura, 2004).

Kronik hastalıkların öz-yönetimi, sağlık davranışlarını, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmek için giderek daha önemli hale gelmektedir ve sağlık hizmeti kullanımını ve kronik durumların toplumsal maliyet yükünü azaltmada etkili bir yöntem olarak görülmektedir (Allegrante ve ark.,2019).

2.11. Bipolar Affektif Bozukluk ve Öz-Yönetim

Öz-yönetimde ilaç kullanımı, kendi kendini izleme, iç görü kazanımı, hastalık hakkında bilgi sahibi olmak ve stres yönetimi dahil olmak üzere bir çok başarılı strateji belirlenmiştir (Gitlin ve ark.,1995). Bipolar bozuklukta kötü tedavi uyumu ve yetersiz öz-yönetim yaygın olup, hastaların %40'ı 1 yıl içinde, %60'ı 2 yılda ve %73'ü 5 yılda nüksetme eğiliminde olduğu için öz-yönetim süreci önemli rol oynamaktadır

(Chakrabarti, 2016; Mengi ve Aygür,2018). Kronik bir ruhsal bozukluk olan bipolar affektif bozukluk, hastaların tedaviye aktif olarak katıldığında efektif olarak yönetilmekte ve bipolar bozukluk için tedavi kılavuzları, öz-yönetimi bir sağlık çalışanı tarafından sağlanan terapilerin önemli bir tamamlayıcısı olarak tanımlamaktadır (Kendall ve ark.,2016; Malhi ve ark.,2015; Yatham ve ark.,2013).

Bipolar bozukluğu, stres, aile içi çatışmalar, sosyal ilişkiler, stresli eğitim ve iş hayatı, şiddet maruziyeti ve uyku örüntüsünde bozulma gibi faktörler tetiklediği için, bireyler duygusal ve sosyo-ekonomik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede bilgilendirme, desteklenmeye ve işbirliğine ihtiyaç duymaktadır (Nicholas ve ark.,2017b). Öz-yönetim stratejileri ile bireyler uyku, diyet, dinlenme, egzersiz, kendini izleme, meditatif uygulamalar, bipolar bozukluğu anlamak ve başkalarını eğitmek, iletişim kurmak ve bir planı uygulamak, hastalığın etkili yönetimi ve farkındalık gibi becerilerle sürecin aktif yönetimini sağlamaktadır (Morthon ve ark.,2018). Aynı zamanda kendi kendine yönetimin semptom şiddeti üzerinde pozitif bir etkiye neden olduğu düşünülmektedir (Goulding ve ark., 2023). Özellikle kişisel iyileşme, hastanın güçlenme duygusu, umut ve öz yeterlilik konularında öz-yönetimin etkisi yadsınmamaktadır (Lean ve ark.,2019).

1996 yılında Pollack bipolar bozukluk hastalarının hastalığı nasıl yönettiğine dair bir makale yayınlamıştır (Pollack, 1996). Çalışmada özellikle katılımcıların öz-yönetimlerini etkilediklerine inandıkları faktörler; hasta tarafından başlatılan kendi kendine yönetim müdahaleleri ve bozukluğu olan diğer insanlar için önemli olduğuna inanılan bilgiler üzerine bulgular raporlanmıştır.Başarılı özyönetime katkıda bulunduğu bildirilen faktörler arasında profesyonel tavsiyelere uymak, insanlarla konuşmak, ilaç almak, hedefler belirlemek, programlara uymak, aktif kalmak, bilgi aramak, grup terapisi ve hastaneye yatmak bulunmakla beraber, başarısız özyönetime katkıda bulunduğu

bildirilen faktörler arasında sorunu inkar etmek, kendilerini aşırı büyütme, uyuşturucu madde kullanımı, ilaçların düzenli kullanılmaması, TV izleme sıklığının fazlalığı ve öfke yer almıştır (Pollack,1996).

Şentürk'ün (2021) aktardığına göre başarılı kronik hastalık öz-yönetimi için;

1. Hastanın algılanan ihtiyaçlarının baz alınması
2. Karar verme ve problem çözme becerilerini kazandırma
3. Tıbbi yönetim, duygusal ve sosyal yönetimin desteklenmesi
4. Hastanın yönetim becerisinin geliştirilmesi
5. Hastalığın yönetiminde hastanın aktif rol alması gerekmektedir (Şentürk, 2021).

Bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde, öz-yönetim stratejilerinin kullanımıyla ilgili olarak bilgi eksikliği, aile ve arkadaşlardan gelen sosyal desteğe güvenmeme, tıbbi iletişimin kısıtlılığı, yaşam tarzı sorunları, zaman eksikliği ve diğer öncelikler gibi çeşitli engellerden bahsedilmiştir (Bair ve ark., 2009; Blixen ve ark., 2016; Switsers ve ark.,2018). Aynı zamanda eşlik eden fiziksel hastalığın bipolar affektif bozukluk öz-yönetimi üzerinde ciddi bir engel olduğu sonucuna varılmıştır (Blixen ve ark., 2018). Bu bağlamda sosyal destek sağlanmasına odaklanan, stres yönetimine yardımcı olan, sağlık profesyonelleri ile iletişimi optimize eden ve bireyi bütüncül ele alan bakım yaklaşımlarına ihtiyaç vardır (Blixen ve ark.,2016; Todd ve ark., 2013). Uluslararası düzeyde literatür incelendiğinde bipolar affektif bozuklukta öz-yönetim gerek nicel ve nitel çalışmaların yanısıra kılavuzlar, gerekse dijital sağlık uygulamalarının geliştirilmesiyle desteklenmiştir (Enrique ve ark., 2022; Janney ve ark.,2014; Sutura ve ark., 2022).

2.12. Bipolar Affektif Bozukluğun Öz-Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler sorumlulukları doğrultusunda kronik hastalıklara yönelik yenilikçi çözümlerle hastaların ve ailelerin yaşamlarında olumlu değişiklikler sağlamakta, eğitim, danışmanlık, rehabilitasyon ve hastalık öz yönetiminde büyük sorumluluklar üstlenmektedir (Akpınar ve Ceran,2019). Bireylerin öz yönetim becerilerini geliştirmek ve desteklemek hemşirelik bakım planının temel ögesidir. Hemşirelik bakım planında; bireyin davranış değişikliği yaparak öz yönetim becerilerini geliştirilmesi hedeflenmektedir. Hemşireler bu sayede bireylerin problemlerini belirler, öz yönetim desteğini başlatır, devamlılığı için hastayı destekler, sonuçları hastayla birlikte değerlendirir ve gerekli ise yeni hedef/hedefler belirler (Tülüce,2020).

Bipolar affektif bozukluğun öz-yönetimi çoğunlukla tetikleyici olaylara ilişkin içgörüyü, problem çözmeye ve değişen ruh hallerinin, aktivitelerin ve uyku düzeni bozukluklarının prodromal ve erken semptomlarıyla baş etmeye dayanmaktadır (Janney ve ark., 2014). Bu doğrultuda klinisyen ya da akran liderliğinde veya rehbersiz materyaller aracılığıyla verilen öz-yönetim müdahaleleri, bipolar bozuklukta etkili öz-yönetim stratejilerinin geliştirilmesini kolaylaştırabilmektedir (Janney ve ark.,2014) . Nitekim bipolar affektif bozukluğu olan kişiler ve klinisyenler arasındaki gelişmiş iletişimin terapötik ittifakı geliştirdiği ve hasta sonuçlarına katkıda bulunduğu literatüre yansımıştır (Fisher ve ark.,2016).

Psikiyatri hemşiresi, ruhsal hastalıkları ve yetersizlikleri önlemede ve ruh sağlığı durumunu ve işlevsel yetenekleri geliştirmeye yardım etmede, bireysel, grup ve aile terapilerini, psikoeğitim ve diğer terapötik yöntemleri kullanabilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Bu, uyumu artırmak için ilaç tedavisi hakkında bilgi sağlamaktan ilaç ve hastalık bilgilerini, stresörleri, başa çıkma stratejilerini, yaşam tarzı yönetimini ve kişiselleştirilmiş nüks planlarını kapsayan

yoğun, karmaşık müdahalelere kadar değişebilmektedir (Peet ve Harvey,1991; Colom ve ark.,2003) Klinisyen liderliğindeki öz-yönetime dayalı psikoeğitim, bipolar bozuklukta kanıta dayalı başlıca tedavilerden birini oluşturur ve ilaç uyumunu geliştirmede ve nüksetme süresini artırmada etkili olmaktadır (Bond ve Anderson, 2015). Eğiticiler bunu yeniden ifade etme, özetleme, açıklama ve sorgulama gibi iletişim yollarını, sabırlı olmak, samimi tavırlar sergilemek ve yargılayıcı üsluptan uzak durmak gibi etkili iletişim yollarıyla yapabilmektedir (Shattell ve ark., 2007).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma fenomenolojik araştırma deseni kullanılarak nitel araştırma türünde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, bipolar affektif bozukluk hastalarının öz-yönetim deneyimlerini tanımlamak ve kategorize etmektir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Amasya ilinde bulunan Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Merkez 29 Ocak 2014 tarihinde Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak faaliyete geçmiştir. Amasya il merkezindedir ve Amasya ili ve bağlı olduğu ilçeleri kapsamaktadır. Merkezde psikoeğitim, sosyal beceri eğitimleri ve bireysel danışmanlık hizmeti verilmektedir. Aynı zamanda iş-uğraşı terapisi, resim, müzik gibi sanatsal aktiviteler sürdürülmektedir. Merkeze kayıtlı 25 bipolar affektif bozukluk hastası bulunmaktadır. Araştırma verileri Ocak-Nisan 2023 tarihlerinde toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bipolar affektif bozukluk hastaları oluşturmuştur. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilmiş olup 17 kişiyle görüşme planmış, araştırmaya iki hastanın katılmaması sonucu 15 hastayla tamamlanmıştır. Amaçlı örnekleme yönteminde bireylerin seçiminde, evreni temsil etme gücünden çok araştırma konusuyla doğrudan ilgili olup olmadıklarına bakılmaktadır (Neuman, 2012). Aynı zamanda nitel araştırmada,

örneklem büyüklüğünden ziyade verilerin zenginliği, araştırmacının ulaştığı geçerlik, anlamlılık ve algılamalar daha önemlidir (Sandelowski,1986).

Çalışma grubunda yer alan 15 bipolar affektif bozukluk hastasının yaklaşık %33,3'ü kadın, %66,7'si erkek, yaşlarının 21 ila 52 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 36 ± 9.6 , %26.6'sının evli ve %40'ının çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %40'ı üniversite mezunu, %40'ı lise mezunu, %20'si ilkokul mezunu olmakla beraber %40'ı gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Gelir düzeyini %53.3'ü orta olarak değerlendirirken, %46.7 düşük olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların bipolar affektif bozukluk hastası olma süreleri 2 ile 23 yıl arasında değişmekle beraber hastalıkla geçen süre ortalaması 10.6 ± 6.8 yıldır (Tablo 3.1.)

Tablo 3.1.Katılımcıların tanıtıcı özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	5	33.3
	Erkek	10	66.7
Medeni Durum	Evli	4	36.6
	Bekar	9	60
	Boşanmış	1	6.6
	Eşi ölmüş/dul	1	6.6
Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	3	20
	Lise mezunu	6	40
	Üniversite mezunu	6	40
Çocuk Sahibi Olma	Evet	6	40
	Hayır	9	60
Gelir Düzeyi	Düşük gelir	7	46.7
	Orta gelir	8	53.3
Çalışma Durumu	Evet	6	40
	Hayır	9	60
Eğitim Alma	Evet	1	6.6
	Hayır	14	94.6
Yaş		Ort.±Ss	Min-Max
		36±9.6	21-52
Hastalıkta Geçen Süre		Ort.±Ss	Min-Max
		10.6±6.8	2-23

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üstü olması
- En az bir yıldır bipolar affektif bozukluk hastası olması
- Herhangi bir komorbiditeye sahip olmaması
- Akıcı konuşması
- Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı istemesi

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler sosyo-demografik bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, hastalıkta geçen süre, çalışma durumu, eğitim alma durumu) sorulardan oluşan bir formdur.

3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK-5)

Form yarı yapılandırılmış 13 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Araştırma konusu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapıldıktan sonra görüşme sorularına yönelik kavramsal bir çerçeve belirlenmiştir (Nicholas ve ark.,2017; Switers ve ark.,2018; Wilson ve ark.,2018; Ngai ve ark.,2020). Görüşme formu oluşturulurken soruların akıcı ve kolay anlaşılır olmasına dikkat edilmiş, yönlendirici sorulardan kaçınılmıştır. Hazırlanan “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formunun” güvenilirliğini değerlendirmek için nitel araştırma yöntemleri konusunda çalışmaları olan uzman 10 kişiden görüş alınmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda sorular düzenlenmiştir

3.7. Araştırmanın Ön Uygulaması

İlgili literatürün derinlemesine incelenmesi ve uzman görüşü katılımıyla hazırlanan görüşme formu taslağı araştırma merkezinde yer alan 3 hastaya uygulanarak

ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonucunda anlaşılması güç olan sorular düzeltilip görüşme formuna eklenmiştir. Ön uygulamaya dahil edilen hasta örneklem grubunda yer almamıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, çalışmanın planlanma aşamasında nitel araştırma teknikleri konusunda bilgisini arttırmak amacıyla “Online Nitel Araştırma Yöntemleri” eğitimine katılmıştır (EK-6). Araştırmanın veri toplama sürecine başlamadan önce gerekli kurumlardan izinler alınmıştır (EK-3). Ayrıca, katılımcıların takipli olduğu birimde çalışan sağlık ekibi ile iletişime geçilip araştırma süreci ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Bu doğrultuda sağlık ekibinde yer alan hemşireler tarafından uygun olan bireyler görüşmeler için araştırmacıya yönlendirilmiştir. Veriler toplama sürecinde araştırmacı yer almıştır. Hastalar ile yapılan görüşmelerde araştırmacı tarafından derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşme tekniği uygulanmıştır. Çalışmaya katılan hastalar ile görüşmeler yüz yüze, birimde yer alan görüşme odasında yapılmıştır. Katılımcılara görüşme başlamadan önce, katılımda gönüllülük esasının olduğu, istemedikleri zaman çalışmaya katılımlarına son verebilecekleri, çalışmanın kim tarafından ve neden yapıldığı ve toplanan verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda sözel olarak bilgi verilmiştir. Araştırmanın amacı ve süresi hakkında hastalara bilgi verilerek onamları alındıktan sonra, hastaların kişisel bilgileri alınmıştır. Daha sonra katılımcıların izniyle görüşmeler ses kaydı alınarak veya ses kaydı alınmasını istemeyen hastalar için not tutarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı “MAXQDA ile Nitel Veri Analizi Eğitimi” programına katılmış ve veri analizini gerçekleştirmiştir (EK-6). Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi kullanılmıştır. Ses kaydına alınan görüşme

kayıtları, her görüşmenin ardından birebir yazıya geçirilmiş ve verilerin kaybolmaması amacıyla yedeklenmiştir. Araştırmacı tarafından dinlenerek yazıya geçirilen kayıtlar ve notlarla 84 sayfalık doküman elde edilmiştir. Verilerin yazıya geçirilme aşamasında, analizde kolaylık sağlaması için katılımcılar numaralandırma sistemi ile kodlanmıştır. Görüşmeler neticesinde temin edilen kayıtlar, araştırmacı tarafından içerikleri değiştirilmeden deşifre edilmiştir. Yazılı hale getirilen metin tekrar tekrar okunarak katılımcıların ifadelerinden araştırılan konu ile ilgili olduğuna karar verilen cümleler farklı renkte işaretlenmiştir. Her veri kodlanmıştır. Oluşturulan kodlar kontrol edilmiş, benzer kodlar birbiri ile ilişkilendirilmiş ve bir araya getirilmiştir. Bu veriler ışığında bir kod listesi oluşturulmuş ve tümevarım yoluyla, kategoriler ve temalar altında toparlanmıştır. Daha sonra MAXQDA programından da yararlanılarak oluşturulan tema ve alt temalar kontrol edilerek anlamlandırılan verilerin bulgulara dökümü ve yorumlanması yapılmıştır. Analiz sonucunda 3 ana tema ve alt temalar oluşturulmuştur.

Bipolar affektif bozukluk hastaları ile yapılan görüşmelerden elde edilen tema ve alt temalar tabloda verilmiştir.

Tablo 3.2.Tema ve alt temalar

TEMALAR	ALT TEMALAR
YAŞAM TARZI YÖNETİMİ	• Stres Yönetimi • Para Yönetimi • Uyku Yönetimi • Damgalanma
TEDAVİ YÖNETİMİ	• Hastalığı Kabullenme • Kontrole Gitme • İlaçları Düzenli Kullanma • İlaç Yan Etkilerinin Yönetimi
KRİZ YÖNETİMİ	• Uyarı İşaretlerini Tanıma • Önlem Alma

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 30.06.2022 tarihli onayı ile gerçekleştirilmiştir (EK-2).

Araştırmanın yapılabilmesi için Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Amasya İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (EK-3).

Katılımcılara görüşme öncesinde çalışmanın amacı, elde edilen verilerin nerede kullanılacağı, araştırmanın literatüre katkıları ve verilen cevapların gizliği konusunda bilgi verilmiş, bu yönde gönüllü olan katılımcılardan sözlü ve bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra katılımcılar örnekleme dâhil edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Çalışma grubunda yer alan katılımcılarda, durumundan utanma, olumsuz otomatik düşüncelerde artma ve sosyal ilişkilerden kaçınma gibi hastalığından kaynaklı oluşabilecek durumların bireyin iletişime kapalı olmasına yol açması nedeniyle çalışma zorlaşmıştır (Taşkın,2007). Aynı zamanda araştırmanın tek merkezli olması çalışmanın sınırlılıkları içerisindedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular çalışmanın yapıldığı örneklem grubuna genellenebilir.

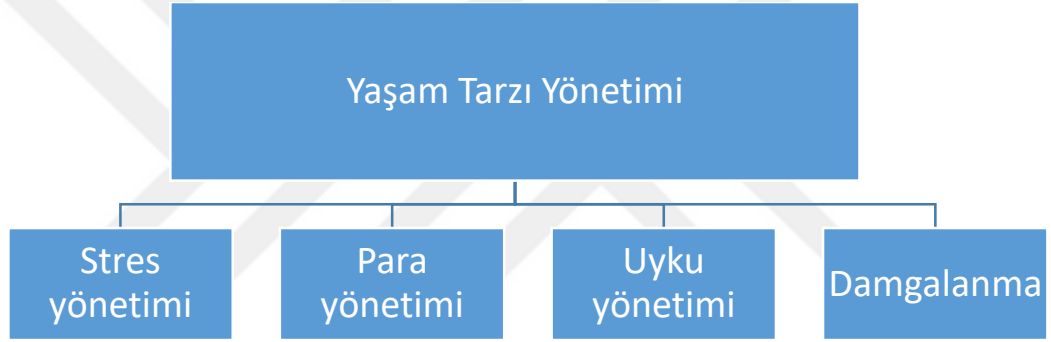
4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen üç başlık altında ele alınmıştır:

1. Yaşam Tarzı Yönetimi
2. Tedavi Yönetimi
3. Kriz Yönetimi

4.1. Yaşam Tarzı Yönetimi

Bipolar affektif bozukluk öz-yönetim sürecinde bireyler yaşam tarzı yönetiminden bahsetmiştir. Bu konuda katılımcılardan elde edilen veriler stres yönetimi, para yönetimi, uyku yönetimi ve damgalanma alt temalarında incelenmiştir. (Şekil 4.1.)



Şekil 4.1. Yaşam tarzı yönetimi

4.1.1. Stres Yönetimi

Bireyler pozitif düşünmeye çalışarak, maneviyata yönelerek ve müzik dinlemek, kitap okumak gibi aktivitelerde bulunarak stres yönetimini yapmaya çalıştıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcıların görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir:

"...Sabredeyim diyorum, susayım diyorum... dini şeylere yöneldim, kuran okumak, zikir çekmek, manevi terapilerle kendi kendime aktivite buluyorum...El işi yapıyorum..." (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Bol bol gezerim. Müzik dinlerim. Müziğe karşı aşırı ilgim var. Günlük 1 gazete okumaya özen gösteriyorum, haberleri dinliyorum...Annem ilaç konusunda destek

oluyor. Sürekli telkinde bulunuyor. Kurumda sosyalleşip aktivitede bulunuyoruz..." (K2, ERKEK, YAŞ 49)

"...Çok düşünmemeye çalışıyorum. İnsanların benim hakkımdaki düşüncelerini de boş ver diyorum. Spor yapmaya çalışıyorum... Film izliyorum. Dolaşıyorum. Bir şeylerle meşgul oluyorum..." (K3, ERKEK, YAŞ 32)

"...Ufak tefek şeyleri kafama takmıyorum...Kendime iyisin diyorum, iyi ol diyorum..." (K4, KADIN, YAŞ 49)

"...İyi düşünmeye çalışıyorum. Kitap okuyup kafamdaki düşünceleri ona yöneltmeye çalışıyorum...İşimi seviyorum. İşim olmasa daha kötü olurum. Beni sadece bu iyi hissettiriyor...Bir şeye üzülürsem sinirlenirsem kızıma anlatıyorum... Sosyal ortamlara girmeye karar verdim..." (K5, ERKEK, YAŞ 36)

"...Tabi yine de stresten sıkıntıdan uzak duruyorum... Kafama takmamaya çalışıyorum artık. İnsan yaşlandıkça farklı şeyleri takıyor kafasına. Eskiye dönüp baktığımda 'ben bunu mu takmışım' diyorum... Şu çevrede sağda solda gördüklerime bi hayırlı cumalar, iyi akşamlar demek bile iyi geliyor..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"... Artık sakin olmaya çalışıyorum. Tarlaya gidiyorum. Ahıra gidiyorum. Bahçe çapalıyorum... Hep onlar (aile) zaten ayakta tutmaya çalıştı beni..." (K7, ERKEK, YAŞ 33)

"...Sosyal ilişkilerim iyi. İşim var. İyi ve beni seven bir ailem var. Her türlü problemin çözüleceğine inanıyorum. Arkadaşlarımla görüşüyorum, yine plan yapıyorum. Geziyorum, eğleniyorum..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Olduğu kadar deyip yapabildiğim kadar yapıyorum...Stres yapmamaya çalışıyorum..." (K9, ERKEK, YAŞ 52)

"...Stresten uzak dururum. Tabi ne kadar mümkünse. Kısacası bana kötü gelecek şeylerden uzak durmaya çalışıyorum... Aşırı stres, adrenalin bana iyi gelmiyor... Arkadaş

aile desteği çok önemli... Ailem sık sık arayıp sohbet eder... Daha fazla aktivite. İnsanın kafasının dağılması lazım..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"Stresten uzak kalmaya çalışarak olabilir...Tarla işiyle uğraşıyorum... " (K11, ERKEK, YAŞ 37)

"...Namaza falan gidiyorum. İyi geliyor..." (K12, ERKEK, YAŞ 32)

"...Yalnızlık çok iyi geliyor...Ben okumayı yazmayı seven biriyim. Bu da yalnızlık gerektiriyor... Sonrasında ailem çok destek oldu..." (K14, KADIN, YAŞ 36)

4.1.2. Para Yönetimi

Öz-yönetim sürecinde finansal durumlarını yönetmeyle ilgili sorun yaşadıklarını ve zaman zaman ailesel desteklerle yönettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların görüşlerinden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir:

"...Elimdeki miktarı gelir gider hesabıyla dengeliyorum. Elimde kalan kadar harcama yapıyorum. Yeri geliyor yatırım yapıyorum... Mesela takı tokayı çok mu aldım hemen diyorum şunun şu ihtiyacı vardı onu alayım..." (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Bazen aşırı harcadığım zamanlar oluyor. O zaman da kendime bir miktar belirliyorum üzerine çıkmıyorum..." (K3, ERKEK, YAŞ 32)

"...Paramı düzenli harcamayı öğrendim. Birikim yapıyorum. İhtiyacım dışında bir şeylere harcama yapmıyorum. Eskiden atak dönemlerimde çok harcamışım. Artık arkadaşlarım ailem falan eğer biraz fazla harcarsam uyarıyor. İyi misin falan diyor..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"...Borç da yapmıştım çok. Şimdi işe giriştik işte Allah'ın izniyle öderiz. Artık gereksiz harcama yapmam..." (K7, ERKEK, YAŞ 33)

"...Önceden yani şu atak geçirdiğim dönem bütün paramı harcayıp bir sürü kişiden de borç almışım. Artık elimdeki para kadar harcama yapıyorum..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

“...Ya da harcamalarım fazlaysa kredi kartıma el konuluyor. El konuluyor derken işte çok harcadın kartını bize ver diyorlar. Biraz daha iyi olunca verelim diyorlar...” (K15, KADIN, YAŞ 22)

4.1.3. Uyku Yönetimi

Katılımcılar hastalık yönetiminde uyku düzeninin öneminden söz etmiştir. Düzenli uyumak, uyku saatlerine önem vermek gibi kavramlar üzerinde durmuşlardır. Katılımcı ifadeleri altta verilmiştir.

"...Şu an sadece uyku düzeni. Akşam 8 buçuk 9 gibi yatıp 8 buçuk 9 gibi kalkıyorum. Uyku düzenim çok güzel. Önceden ilaçla uyuyordum. Şimdi o ortadan kalktı..." (K2, ERKEK, YAŞ 49)

"...Önceden iyi uyuyamazdım. Artık saatlerine dikkat ediyorum..." (K5, ERKEK, YAŞ 36)

"...Vardiyalı işlere gelemiyorum mesela. Uyku düzensizliği beni kötü ediyor. İyi uyumaya çalışıyorum..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"...Hastalık düzenli bir hayat istiyor. Düzenli uyku saatleri, ilaç saatleri, sakın ve düzenli hayat gerektiriyor..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Akşam 9-10 gibi uyurum. Sabah 7 gibi kalkıyorum, ineklerimiz var. Onlara bakıyorum. Sonra da çalıştığım yere gidiyorum. Vardiya oluyor. O biraz zorluyor. Gece uykusu önemli çünkü. Bazen uyku ilacı almam gerekiyor..." (K9, ERKEK, YAŞ 52)

"...Hatırlatıcı kuruyorum, alarm kuruyorum. Uyku saatime önem veriyorum..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"...Uyku düzenim falan iyi. Akşam 10da yatıyorum. Sabah ezanına uyanıyorum işte. Hiç öyle saatte şaşma olmuyor..." (K12, ERKEK, YAŞ 32)

"...Bir de uyku düzenimin önemli olduğunu doktorumu söylemesine göre anladım. Uykuyu düzenli uyuyorum. Düzenli uyumazsam zaten mesleki olarak da hayatımı etkiliyor maalesef..." (K14, KADIN, YAŞ 36)

4.1.4. Damgalanma

Katılımcıların bazıları içsel ya da toplumsal damgalanmadan ve buna bağlı olarak sosyal çevreden kendilerini izole ettiklerinden bahsetmişlerdir. Bazıları ise insanlarla konuştuklarını ifade etmişlerdir.

"...Her şeyi hastalığa bağlamayacaksın aslında... Ama benim o ruh halimi hemen hastalığa bağlıyorlar, insanımızda o var. Hemen dibe vurdu falan diyorlar... Acıkıp ellerin titreyince insanlar sinirlendi elleri titriyor bir şey yapacak diyor... Manik depresifsinya damgayı vuruyorlar... Sıkıntılı ortamlara girmeyip sosyal faaliyet varsa mümkün mertebe yapıyorum..." (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Sıkıntılı insanların olduğu yerlere gitmiyorum. Beni rahatsız edebilecek ortamlardan uzaklaşıyorum... Bazı insanlar hastalıklı gözüyle bakıyor. Gittiğim yerlerde herkes tedirgin davranıyor... İnsanlar destek olmak yerine açığını arıyor. Damgalamak istiyorlar. Çevrede bu sana zarar verir, normal değil, ne yaptığı belli olmaz gibi bir düşünce var..." (K3, ERKEK, YAŞ 32)

"...Sevmediğim komşuma gitmiyorum, akrabama gitmiyorum. Kalabalığa pek fazla girmiyorum..." (K4, KADIN, YAŞ 49)

"...İnsanlar rahatsız oluyor mu diye bakıyorum, rahatsız olacaksa uzaklaşıyorum çünkü kavga çıkacak biliyorum. Yanlış anlaşıyorum çünkü... Problem çıkabilecek ortamlardan uzaklaşıyorum...(K5, ERKEK, YAŞ 36)

"...Annem ve kız kardeşim özellikle sorar sorunum olup olmadığını sadece onlarla iletişimdeyim...Çünkü insanlar üzüntüyü, yorgunluğu, ya da moralinin bozuk olmasını hastalığa bağlayabiliyor..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

“...İyice içime kapandım. Kimseyle işim olmuyor. İnsanlarla işin olmayınca sinirlendiren sıkıntı yapan bir şey de olmuyor...” (K9, ERKEK, YAŞ 52)

"... Bu da bi hastalık yani. İnsanlar normal olduklarını düşünüyor ama bence bir çoğu değil. Tabiki her şey yolunda gitmek zorunda da değil. Problemlerimi paylaşırım...Hastalıktan da utandım... " (K10, ERKEK, YAŞ 21)

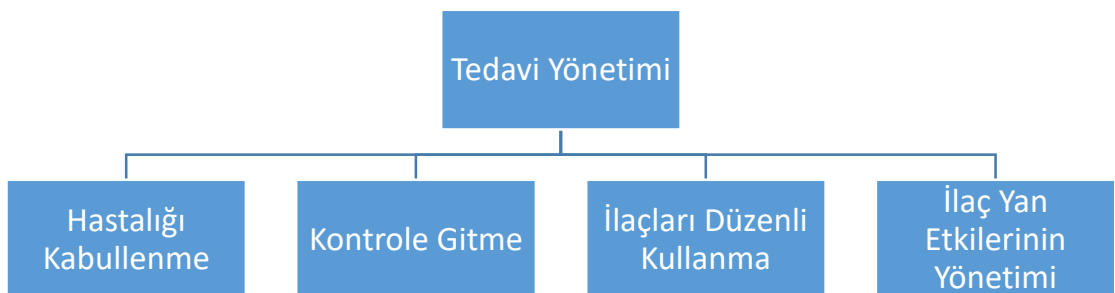
"... Zaten sorun yaşadığımı anlıyorlar. Soruyorlar bir şey mi oldu diye. Ben de anlatıyorum... Ben de anlatıyorum. Şöyleyim böyleyim diye..." (K11, ERKEK, YAŞ 37)

“...Kahve tüketimini azaltıyorum. Çünkü kahveye çok düşkündüm. Onun da olumlu etkisi var sanıyorum. Yani özellikle dikkat etmem gereken temel şeylere dikkat etmeye çok çabalıyorum...” (K14, KADIN, YAŞ 36)

“...Genelde arkadaş dost çevreme konuşmayı tercih ederim. Bana soruyorlardı neden böyle oldun falan diye. Ben de böyleyken böyle diyordum. Beni anlayamayacak, basitleştirecek insanlara bunu açmam. Bu çok zor. Bunu sizin çok yakınınız aileniz bile bilemez. Yaşamamış biri bilemez. Herkese açmamak gerekiyor...” (K15, KADIN, YAŞ 22)

4.2. Tedavi Yönetimi

Hastalar bipolar affektif bozukluk öz-yönetim sürecinde tedavi yönetimi üzerinde durmuştur. Tedavi yönetimi teması hastalığı kabullenme, kontrole gitme, ilaçlarını düzenli kullanma ve ilaç yan etkilerinin yönetimi alt temalarda incelenmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Tedavi yönetimi

4.2.1. Hastalığı Kabullenme

Hastaların geneli bipolar bozuklukla tedavi yönetiminde hastalığı kabullenmenin önemli olduğundan bahsetmişlerdir. Bu doğrultuda sürece alışma, uyum sağlama, farkındalık, hastalığı günlük yaşamına entegre etmek gibi yapı taşlarından söz etmişlerdir. Bu bilgilere yönelik katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“...Bunlarla beraber bu hastalığı götürmeye çalışıyorum. Bu da nezle grip gibi bir hastalık deyip, bununda ilacını içip, kendini nasıl soğuktan koruyorsun bunu da öyle koruyarak...” (K1, KADIN, YAŞ 47)

“...Baş etmekten ziyade mecburen uyum sağladım. Başka çarem yoktu...Hastalık zaten geçmiyor, imkansız. Ömrünün sonuna kadar bunu çekeceksin...Niye ben sorusunu çok sordum daha sonra hastalıkla yaşamaya başladım, alıştım...” (K2, ERKEK, YAŞ 49)

“...Hastalığın geçmeyeceğini iyileşemeyeceğimi biliyorum. Farkında olduğum için uyum sağlayabiliyorum... Hastalığı kabullenmeye başladım... ” (K3, ERKEK, YAŞ 32)

“...Kendi kendime baş etmeyi öğrendim. Hasta olmaya alıştım. Daha iyi nasıl yaşarım diye düşündüm...Bu hastalıkla yaşayacaksam birbirimize alışmak zorundayız... Hastalığımı kabullenip uyum sağlamaya başladım...” (K5, ERKEK, YAŞ 36)

“...Alıştım, kabullendim artık. Baş etmek sayılır mı bilmiyorum ama...” (K6, ERKEK, YAŞ 28)

“...Fark ediyorum artık. Hastalıkla birbirimize alıştık... Olduğu kadar yaşıyoruz, alıştık...” (K7, ERKEK, YAŞ 33)

“... Ben kendimi tanıdım, hastalığı kabul ettim. Alıştıkça daha iyiyim işte... Olduğu kadar deyip yapabildiğim kadar yapıyorum... Hastalığı kabul etmek lazım...” (K9, ERKEK, YAŞ 52)

“...Alışmaya çalıştım hastalığa...” (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"...Demem o ki hiçbir şey yapmıyorum. Alıştım, kabullendim o kadar..." (K11, ERKEK, YAŞ 37)

"...Ama zamanla hastalık sürecine alıştım...Tedaviye başlamak için kabullenmek gerekiyor. Bu benim hastalığım bu benim gerçeğim herkesin başına gelebilir demek gerekiyor..." (K15, KADIN, YAŞ 22)

4.2.2. Kontrole Gitme

Hastaların çoğu doktor kontrollerine gittiğini, kötüleşme belirtilerini fark edince doktordan yardım aldığını ve doktor kararına uyduğunu ifade etmiştir. Hastaların bazıları doktor ile kurulan iletişim kalitesinin öneminden söz etmiş, geneli tedavi planına uyduğunu dile getirmiş, bazıları süreci yardım almadan yönettiğini ifade etmiştir. Katılımcı ifadelerine ilişkin alıntılar altta mevcuttur.

"...İlaçlarım konusunda düzenli takipliyim, doktoruma gideceğim saat belli, randevu alırım, ilacımı vaktinde içerim..." (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Doktor kontrolüne gidiyorum. Doktora gidip hastaneye yatıyorum..." (K2, ERKEK, YAŞ 49)

"...Doktor kontrollerime gidiyorum..." (K3, ERKEK, YAŞ 32)

"...Zaten kontrole de kızımınla damadım gelip götürüyor... Doktora gidiyoruz kızımınla..." (K4, KADIN, YAŞ 49)

"... kontrollerime gidiyorum..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"...Kontrollerime gidiyorum..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Sıkıntım olursa doktora gidiyorum. Kontrollerim oluyor onlara da gidiyorum..." (K9, ERKEK, YAŞ 52)

"...Arada kan vermeye falan gidiyorum işte. Bu şekilde yürütüyorum işte...Doktora gidiyorum..." (K11, ERKEK, YAŞ 37)

"...Acile gidiyoruz ya da doktora muayene oluyoruz..." (K13, KADIN, YAŞ 37)

“...Nasıl dersiniz doktora gitmek olarak (semptom yönetimi). Bende eklenen ilaç var. Bir çok doktor da gitmesem bile kendi başına alabilirsin diyorlar. Eğer varsa hemen ona başlayıp, yoksa da hemen doktora gidip engelleyebilirim...” (K14, KADIN, YAŞ 36)

"...Bir şeyler yanlış ters gidiyor hemen doktora gidiyorum...Doktorumla iletişime özellikle özen gösteriyorum. Şu durumda ne yapmalıyım nasıl davranmalıyım diye soruyorum. İrtibatı da koparmamak gerekiyor..." (K15, KADIN, YAŞ 22)

4.2.3. İlaçları Düzenli Kullanma

Hastalar, ilaçların vaktine, dozuna ve gerekliliğine dair açıklamalarda bulunmuştur. Genel olarak ilaçları yardım almadan kullandıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda ilaç bırakma deneyimlerinden kaynaklı olarak düzenli ilaç kullanımına önem verdiklerinden söz etmişlerdir. Katılımcı ifadeleri altta verilmiştir.

"...İlaçlarım konusunda düzenli takipliyim... ilacımı vaktinde içerim... " (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Yönetiyorum. İlaçlarımı düzenli kullanıyorum...İlaçları kendim alıp kullanıyorum saatlerine dikkat ediyorum. Kendim hallediyorum..." (K2, ERKEK, YAŞ 49)

"...İlaçlarımı düzenli kullanıyorum...İlaçların beni sersemletmesi, yorgun hissettirmesi kesmeme neden oldu... Ben de bir kaç kez hastalanınca ilaç kullanmanın mecburi olduğunu anladım. Tedaviye uyumluyum bence. Artık ilaçlarımı da düzenli kullanıyorum..." (K3, ERKEK, YAŞ 32)

"...Tedavi uyumum iyi...İlaçlarımı düzenli kullanıyorum...Portakal falan çok iyi gelmiyormuş bana. İlaç saatlerime yakın yemiyorum..." (K4, KADIN, YAŞ 49)

"...İlaçlarımı düzenli kullanıyorum. Saatlerine önem veriyorum... Tedaviye uyumum iyi diye düşünüyorum. İlaçlarımı kendim alıyorum, herhangi bir destek

almıyorum... İlaçlara çok zor alıştım. Birkaç kez bıraktım hatta. Sonu hep atak oldu..."

(K5, ERKEK, YAŞ 36)

"...İlaçlarımı düzenli kullanıyorum...İlaçlarımı kullanıp elimden geleni yapıyorum..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"...Elimden geldiği kadar yapıyorum bir şeyler. İlaç düzenime özen gösteriyorum. Saatlerine dikkat ediyorum. Eğer dışarıdaysam ilacımı yanıma alıp yine de içiyorum. İlaç içmezsem atak geçirebiliyorum çünkü..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Aylık iğnem var. Günü gelince gidip yaptırıyorum...Hepsini kendim yapıyorum..." (K9, ERKEK, YAŞ 52)

"...İlaçlarımı içiyorum. İlaç saatlerime önem veriyorum. Alarm kuruyorum, hatırlatıcı ayarlıyorum...Saatinde içerim hep. Hatta yemekle ilaç arasına da dikkat ederim..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"...İlaç kullanıyorum...İlaçlarımı içiyorum...Günlük içiyorum ama ilaçları, saatlerine çok dikkat etmiyorum..." (K11, ERKEK, YAŞ 37)

"...İlaç kullanıyorum... Tedavi uyumum da iyi yani...Düzenli oluyor işte bir şekilde..." (K12, ERKEK, YAŞ 32)

"...Düzenli kullanıyordum aslında. Ama kendimi iyi hissettiğim için bırakmıştım. Doktora sordum, bıraktığımı. O da bir şey demedi şikâyetlerim azalınca. Ondan sonra tekrar başladı. Bazı belirtiler yaşadım. Aşırı sıkıntı basmıştı. Şimdi düzenli kullanıyorum..." (K13, KADIN, YAŞ 37)

"...İlacımı da son yıllarda aksatmıyorum. Sadece denemek amacıyla bir defa bıraktım. Maalesef atakla sonuçlandı. Yapmamam gerektiğini bir kez daha anladım..." (K14, KADIN, YAŞ 36)

"...Doktorlarımın yönlendirmesiyle ilaçlarımı düzenli kullanıyorum aksatmadan..." (K15, KADIN, YAŞ 22)

4.2.4. İlaç Yan Etkilerinin Yönetimi

Katılımcılar ilaçların yan etkilerinden ve karşılaştıkları zorluklardan bahsetmiş olup, bazıları ilacı bıraktığını, bazıları ise ilaç yan etkisini tolere etmek için yaptıkları faaliyetlerden bahsetmişlerdir. Katılımcı ifadelerine ait alıntılar altta verilmiştir:

“...İlaçlar unutkanlık yapıyor. Ondan olayı aklımda kalmıyor. Dil öğrenmek istiyorum Arapça. 20 kelime ezberle diyor mesela. Benim aklımda kalmıyor... Ama ben bunu ilaçlara bağlıyorum. İlacın da bazen faydan çok zararı olabiliyor. Çarpıntı yapabiliyor. Günlük yaşamımda sorun olmuyor... Yorgunluk olabiliyor... Çamaşırlarımı yıkıyorum, biraz dinlenip evimi temizliyorum, yavaş yavaş yapıyorum...” (K1, KADIN, YAŞ 47)

“...İlaçlar uyku yapıyordu. Akşam 9’da yatıyordum...” (K2, ERKEK, YAŞ 49)

“...İlaçların beni sersemletmesi, yorgun hissettirmesi kesmeme neden oldu...” (K3, ERKEK, YAŞ 32)

“...Ben de arada saatine bakıyorum ama unutkanlık var işte...” (K4, KADIN, YAŞ 49)

“...İlaçları ilk kullandığımda sadece sakinleştirdi bu rahatlattı ama aşırı yorgunluk hissettirdi, hala da yorgun hissediyorum... İlaçlara çok zor alıştım. Birkaç kez bıraktım hatta...” (K5, ERKEK, YAŞ 36)

“...İlaç kullanırken düşüncelerimi toplayıp da bir şey diyemiyordum. Sanki kafamın içinde bana engel olan bir şey var gibiydi. Affedersiniz ama mal gibiydim. Hani hayvanlar oluyorsa nereye çeksen geliyor öyle... İlacı bıraktım...” (K7, ERKEK, ERKEK, YAŞ 33)

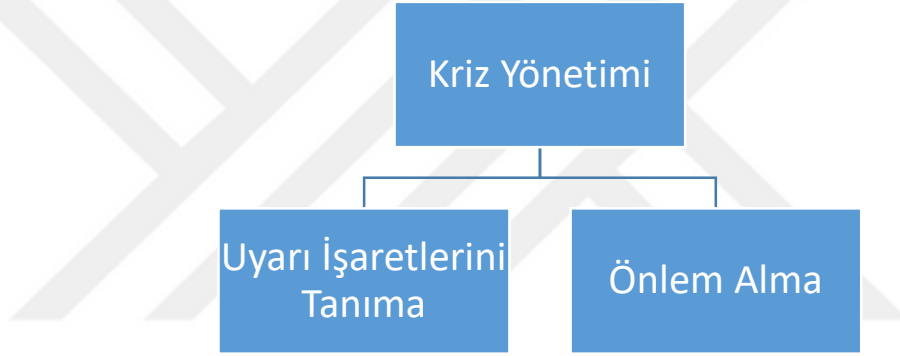
“...Bazen ilaçlar halsizlik yapıyor. Unutkanlık da öyle. İşimi aksatabiliyor. Arkadaşıma böyle sorunlar yaşayabileceğimi, çekinmeden uyardıkları gerektiğini söylüyorum...” (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Dikkatimi toplayamıyorum. İlaçlar da çok uyku yapıyor..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"...Genelde ben ilaçların yan etkileri nedeniyle ilaçları bırakmak istiyorum, eğer unutkanlık onun yan etkisiyse ağır bir şekilde hissediyorum... Ama unutma durumum olduğu için, önceden derse plan yapıp hazırlanıyorum..." (K14, KADIN, YAŞ 36)

4.3. Kriz Yönetimi

Bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde katılımcılar kriz yönetimi konusundan bahsetmiştir. Bu doğrultuda katılımcılar tarafından verilen ifadeler uyarı işaretlerini tanıma ve önlem alma olarak iki alt temada incelenmiştir (Şekil 4.3.).



Şekil 4.3. Kriz yönetimi

4.3.1. Uyarı İşaretlerini Tanıma

Hastaların tamamı uyarı işaretlerini tanıdığını, bir kısmı atakları ve belirtileri önleyebileceğini, bir kısmı ise uyarı işaretlerini tanıdığı halde atakları önleyemeyeceğini ifade etmiştir. Hastalar çok konuşma, motor aktivite artışı, öfke, çok para harcama, uykuya dalma ve uyku halini korumada zorlanma gibi işaretler üzerinde durmuşlardır. Katılımcı görüşlerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

"...Kendimi üzgün yorgun hissettiğim zaman hasta olabilirim diye kendime dikkat ediyorum. Nefes egzersizi yapıyorum... Kendime ait belirtiler çok konuşma çok yeme içme çok para harcama, uykusuzluk gibi şeyler. Ben bunları aşmak için arkadaşlarımdan ailemden yardım alıyorum. Eşimden yardım alıyorum. Onlar bana yol gösteriyor. Mesela

eşim çok para harcadın diyor... Kendimi üzgün yorgun hissettiğim zaman hasta olabilirim diye kendime dikkat ediyorum..." (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Çok hareketli olunca uyumuyorum, çok konuşuyorum, çok geziyorum, çok para harcıyorum. Aktivitelerimi engelliyor bu durum. Bir konu üzerinde dikkatimi toplayamıyorum. İletişime giremiyorum kimseyle. Konu üzerinde daldan dala atlıyorum. Aynı konu üzerinde konuşamıyorum. Dikkatim dağılıyor..." (K2, ERKEK, YAŞ 49)

"...Kendimi bunalmış hissediyordum. Sinirleniyordum. Çok konuşuyordum. Çok para harcıyordum. Çok yediğim için çok kilo aldım. Kendimi frenleyemedim. Sürekli yapma diyordum kendime. Ama yapmaya devam ediyordum..." (K3, ERKEK, YAŞ 32)

"...İçim içime sığmıyor, çok konuşuyorum, uyuyamıyorum, çok hareketli oluyorum. Bir defasında bütün evi temizledim, halıları yıkadım, camları sildim. Ama hala bir şeyler yapmak istiyordum. Bir defasında da o zaman eşim ölmüştü iyice içime kapandım... Hasta olduğum zamanlar çok yiyordum, boğazımı tutamıyordum. Çok konuşuyordum..." (K4, KADIN, YAŞ 49)

"...Çok konuşuyorum. Kendimi konuşmaktan geri alamıyorum. Çok yiyorum. Fark ediyorum evet. Kafamda fikirler uçuşuyor. Konuşurken daldan dala atlıyorum. Aynı konu üzerinde tartışmak beni bunalıyor. " (K5, ERKEK, YAŞ 36)

"...Bi hareketlenme oluyor. Para harcamaya başlıyorum. Çok konuşuyorum. Uyuyamıyorum. Kafamda bir şeyler düşünmeme engel oluyor. Kafamı toparlayamıyorum. Mesela elimde bir varsa bitirene kadar bırakamıyorum..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"...Çok konuşmak, çok sinirlilik, uykusuzluk, hareketlilik. Fark ediyorum artık..." (K7, ERKEK, YAŞ 33)

"...İçim içime sığmıyor. Her şey mümkün gibi geliyor. Çok çabuk sinirlendiğimi söylüyorlar. Çok konuşuyormuşum. Konuşmalarım birbirinden kopukmuş. İnsan aşırı enerjik oluyor..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Kendimi kontrol edemiyorum. Uyku problemim oluyor. Çok düşünmeye başlıyorum, aşırı çok. Eşimin bana davranışından, çocukların durumuna kadar... Belirtileri ilaç kullanmasam önleyemem..." (K9, ERKEK, YAŞ 52)

"...Belirtileri şöyle tanıyabilirim: en son kötü olduğumda düşünmekten uyuyamamıştım, ama insan yorgun hissederya ben hiç değildim. Çevrem fark etmese bana normal geliyordu. Sanırım yine böyle olur. Bunu önleyemem..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"...Kötü olunca fark ediyorum tabi. İlaçlar uyku yapıyor dedimya, eğer hastalandıysam uyku gelmiyor. Normalde 9-10 gibi uyurum gece, hasta olunca gece 3'ü buluyor. Ya da böyle içimde bi huzursuzluk sıkıntı oluyor. Devamlı düşünüyorum. Hiçbir şeyden tat almıyorum. Sürekli gezmek istiyorum. Yani normalde nasılsam, ondan farklı oluyorum. Sürekli öfke oluyor. Kötü bir habere bile üzülemiyorum... Mevsim geçişlerinde kötü oluyorum sanki..." (K11, ERKEK, YAŞ 37)

"...En son işte hasta olunca gözlerimde bi karıncalanma oldu. Evin önüne az bi dinleneyim diye oturdum, o ara nolduysa olmuş. Hatırlamıyorum... O ara epey sinirliydim sadece...Kötüleşme belirtileri işte sinirlilik, kafadaki fazla düşünce. Önleyemiyorum..." (K12, ERKEK, YAŞ 32)

"...Bunu tetikleyen ortam oluyor. Mesela bi erkek arkadaşım vardı. Onunla görüşüyorduk. Onunla da böyle anlaşılamıyorduk. Tartışma oluyordu. Ben de içime atıyordum. Ona karşılık veremiyordum. O bana söylüyordu. Ben de içime atıyordum. Bu da bende sıkıntı oluşturunuyordu..." (K13, KADIN, YAŞ 37)

"...Yani hafif başladığında kesinlikle anlıyorum...Nasıl anlıyorsun dersiniz özellikle benim düşüncesel olarak çok şiddetli düşünmeye başlıyorum. İşlerimi halledememeye, her işi birden yapmaya çalışmaya başlıyorum. Genelde mani olarak başlıyor bende. Depresif dönem nadiren yaşıyorum. Zihinsel sanırım. Düşüncelerimi kontrol edemediğimi fark ediyorum yavaş yavaş. Uyku sürecim de azalıyor fark ediyorum..." (K14, KADIN, YAŞ 36)

"...Sürekli kafada kurma, karşıya saldırma oluyor..." (K15, KADIN, YAŞ 22)

4.3.2. Önlem Alma

Katılımcılar ötimik durumda mevcut olan ve atak döneminde yansıyabilecek etkileri kontrol altına almak amacıyla aile ve sosyal çevreden destek aldığını ifade etmiştir. Katılımcı ifadelerinden alıntılara aşağıda yer verilmiştir:

"...Aileme ilaçlarımı kestiğini söylüyorum, arkadaşlarıma da söylüyorum, huzursuzluğum olursa sinirli olursam beni uyarın diyorum. Ben de tamam biraz taşkınlık yapıyor olabilirim diyorum, ben de sabırla aşayım diyorum..." (K1, KADIN, YAŞ 47)

"...Atak geçirince direkt hastaneye yatıyorum. Hastaneye götürüyorlar. Kötü olduğumu söylüyorum. Uyarıyorum. Kendimi iyi hissetmiyorum diyorum. Söylediklerimi sık sık tekrarlarım..." (K2, ERKEK, YAŞ 49)

"...Çok konuşmaya başlarsam, sinirlenirsem beni uyarın dedim. Ailem de ilaçlarımı unutursam uyarıyor...O yüzden doktora gitmem için teşvik etmelerini istedim..." (K5, ERKEK, YAŞ 36)

"...Annem eğer kendimde değilsem beni hastaneye götüreceğini biliyor..." (K6, ERKEK, YAŞ 28)

"...İyiyim diyorum ama bu hastalık nankör. Hiç hastalanmam diyemiyorum. Beni hastaneye götürün dedim işte. Başka yapacak bir şey yokki..." (K7, ERKEK, YAŞ 33)

"...Onlara beni sakinleştirmeye çalışmamalarını, sakın bir ortama götürmelerini söyledim. Eğer hala kötüysen doktora gitmem konusunda uyarmalarını söyledim..." (K8, ERKEK, YAŞ 29)

"...Hastaneye götürecekler. Çok konuşursam, gergin olursam, çok para harcamaya başlarsam, uyuyamazsam beni uyarın ve sorgulayın dedim. Ailem zaten aradığında bi yokluyor beni..." (K10, ERKEK, YAŞ 21)

"...Doktora götürürler işte. Annem babam anlar iyi olmadığımı..." (K11, ERKEK, YAŞ 37)

"...Atak yaşarsan ne yapmam gerekir, ailen ne yapıyordu diyorlar... Beni anlayamayacak, basitleştirecek insanlara bunu açmam. Bu çok zor..." (K15, KADIN, YAŞ 22)

5. TARTIŞMA

Yapılan araştırma bulguları güncel literatür ile tartışılmıştır. Bu çalışma bipolar affektif bozuklukta öz-yönetimin nitel yöntemle incelendiği ilk ulusal çalışmadır. Bu nedenle literatüre önemli katkı sunacaktır.

Çalışmanın ilk teması ‘yaşam tarzı yönetimi’dir. Hastalar stres yönetimi, damgalanma, para yönetimi ve uyku yönetimi gibi stratejilerden bahsetmişlerdir. Araştırmanın stres yönetimi alt temasında katılımcıların, pozitif düşünmek, terapi yapmak, maneviyat, aktivite yapmak ve sosyal destek gibi teknikleri kullandıkları saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireyler, relapstan önce daha fazla stresli yaşam olayı bildirmiştir (Lex ve ark., 2017). Mandla ve ark.’larının yaptığı nitel bir çalışmada yaşam olayları ve stresin bipolar bozukluk üzerindeki tetikleyici etkisinden söz edilmiştir. Yaygın olarak belirtilen stresörler arasında aile sorunları, iş veya akademik baskılar ve fiziksel acı yer almıştır (Mandla ve ark., 2017). Nicholas ve ark.’larının yaptığı teknoloji tabanlı bir araştırmada da bipolar affektif bozukluk yönetiminde aktif stres yönetimine ilişkin ilgi ve gereksinim yüksek bulunmuştur (Nicholas ve ark., 2017a). Blixen ve ark.’larının yaptığı kalitatif bir çalışmada katılımcılar stresli ilişkiler, umut, benlik saygısı gibi psikososyal değişkenlerin bipolar bozukluk öz-yönetiminde önemli engeller olduğunu ifade etmiştir (Blixen ve ark., 2016). Aynı zamanda Michalak ve ark.’larının yaptığı bir çalışmada da katılımcılar ruh hallerinde dengeyi sağlamak için, kendini sakinleştirme ve umudu sürdürme gibi faktörlerin önemli olabileceğini öne sürmüştür (Michalak ve ark., 2017). Çalışmadan elde edilen verilerin literatür tarafından desteklenmektedir. Katılımcıların yaşam tarzında stres yönetiminin öneminin farkında olduğu söylenebilir.

Katılımcılar, hastalığın yol açtığı stresle baş etmek için bireysel ya da uzman yönetiminde terapilere katıldığını, nefes egzersizi yaptığını ve psikoloğa gittiğini ifade

etmişlerdir. Mandla ve ark.'larının yaptığı nitel bir çalışmada katılımcılar öznel öz-yönetim deneyimleri üzerinde durmuştur. Bu süreçte meditasyon, yoga, doğada vakit geçirmek, aromaterapi gibi teknikler yer almıştır (Mandla ve ark., 2017). Aynı zamanda literatürde, meditasyon ve derin nefes alma, farkındalık, sakinleştirici aktiviteler gibi gevşeme uygulamalarından bahsedilmektedir (Nicholas ve ark., 2017b; Michalak ve ark., 2017). Bu veriler ışığında uygulamaların bipolar bozuklukta stres yönetimi için önemli olduğu söylenebilir.

Katılımcılar bipolar bozuklukla baş etmek amacıyla namaz kılmak, zikir çekmek, dua etmek, kur'an okumak gibi dini faaliyetlerde bulunduklarını ifade etmişlerdir. Stroppa ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada içsel dini katılım ve dini başa çıkma yöntemlerinin stres ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu ve stresi azaltarak işlevsellikte artışa neden olacağı görüşü üzerinde durulmuştur (Stroppa ve ark., 2018). Granek ve ark.'larının yaptığı nitel bir çalışmada hastalar kişisel hasta olma deneyimine yardımcı olması için inanç faktörünü kullanışlardır (Granek ve ark., 2018).Mevcut araştırmalar dindarlığın hastalar tarafından bütünleştirildiğinde ve içselleştirildiğinde bipolar bozuklukta yararlı olduğunu göstermektedir (Ouwehand ve ark., 2020a; Ouwehand ve ark., 2020b). Tüm bu veriler ve mevcut literatür ışığında psikiyatride maneviyat ve bipolar bozukluk arasındaki genellenebilirlik eksikliğinin giderilebilmesi için çeşitli kültürlerin yeterince incelenmesi, dini değişkenlerin belirli bir kültürler araştırılması ve kültürlerdeki ilişkilerin yeterince incelenmesi gerekmektedir (Jackson ve ark., 2022). Mevcut literatür ışığında, elde edilen verilerde din ve maneviyatın bipolar affektif bozukluk öz-yönetim sürecinde stres yönetimi açısından pozitif etkileri olduğu söylenebilir.

Aile ve akran desteği stres yönetiminde başvurulan stratejiler olarak belirlenmiştir. Nicholas ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada katılımcılar destekleyici aile ve arkadaşlar

dahil olmak üzere destek ağı üyeleriyle iletişim kurma stratejisini yüksek oranda kullanmış ve yararlı bulmuştur. Katılımcılar özellikle sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam sürdürmeyi ilişkilendirmişler ve sıklıkla arkadaşlıkların rolünü vurgulamışlardır (Nicholas ve ark., 2017b). Aynı şekilde Michalak ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada sosyal desteğin öneminden bahsedilmiştir (Michalak ve ark., 2016). Studart ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada sosyal destek kavramı yaşam kalitesinde artışla ilişkilendirilmiştir (Studart ve ark., 2016). Warren ve ark.'larının yaptığı çalışmada da sosyal desteğin bipolar bozukluk hastalarında zor dönemlerde rahatlık sağlayabileceği ve buna bağlı olarak psikolojik sıkıntıyı azaltabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Warren ve ark., 2018). Mevcut literatür verileri ve araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aile ve akran desteğinin bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde etkili bir strateji olduğu söylenebilir.

Okumak, müzik dinlemek, doğa ile alakadar olmak, gezmek ve öğrenmek gibi aktivitelerin bipolar affektif bozuklukla stres ile baş etme sürecinde kullanılan etkili yöntemler olduğu saptanmıştır. Mandla ve ark.'larının yaptığı nitel bir çalışmada blog yazarları banyo yapmak, müzik dinlemek, arkadaşlarla vakit geçirmek ve düzenli egzersiz gibi aktivitelerle mevcut durumlarını öznel deneyimler neticesinde yönetme sürecinden söz etmişlerdir (Mandla ve ark., 2017). Nicholas ve ark.'larının genç erişkinlerin öz-yönetim deneyimleri üzerine yaptıkları nitel bir araştırmada düzenli egzersiz, yararlı ve yaratıcı faaliyetlere katılım, sosyalleşmek gibi anlamlı etkinliklere katılmanın yararlı olduğu ve yüksek oranda tercih edilen stratejiler arasında yer aldığı saptanmıştır (Nicholas ve ark., 2017b). Cappleman ve ark.'larının ilaçsız hastalık yönetimi üzerine yaptığı nitel çalışmada katılımcılar, ruh halini tercih edilen bir seviyede tutmak ve enerjiyi olumlu bir şeye kanalize etmek için etkinlik ve yaratıcı projeler üzerinde çalışmak, okçuluk ve bahçe ile uğraşmak gibi aktivitelerden bahsetmişlerdir (Cappleman ve ark., 2015). Wynter ve Perich bipolar bozukluk yönetiminde öz-bakım stratejilerinin semptom,

hastalık ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği bir araştırmada katılımcıların, yaratıcı projeler, bulmacalar, renklendirme, oyun oynama, yazma ve müzik gibi faaliyetler üzerinde durduğunu saptamıştır (Wynter ve Perich, 2019). Mevcut bulgular literatür ışığında değerlendirildiğinde bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde iyi hissettiren aktivite ve faaliyetler üzerinde çalışmak etkili bir stres yönetimi stratejisi olarak değerlendirilebilir.

Para yönetimi alt temasında hastalar öz-yönetim sürecinde finansal durumlarını denge kurarak ya da sosyal çevreden destek alarak yönettiğini ifade etmişlerdir. Gordon-Smith ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada finansal kontrol üzerine ifadeler yer almaktadır (Gordon-Smith ve ark., 2021). Michalak ve ark.'larının yaptığı çalışmada katılımcılar finansal organizasyonu ileriye dönük planlama açısından değerlendirmiş ve harcamadan önce düşünmek üzerine stratejiden bahsetmiştir (Michalak ve ark., 2016). Mevcut veriler ve bipolar affektif bozukluğun mani ve hipomani döneminde oluşan belirtileri (APA, 2013) göz önünde bulundurulduğunda finansal yönetim etkili bir öz-yönetim stratejisi olarak düşünülebilir.

Uyku yönetimi alt temasında bazı katılımcılar uyku düzenine ve uyku saatlerine verdikleri önem ve özen üzerinde durmuştur. DSM-5'e göre uyku ihtiyacının azalması maninin bir belirtisiyken uykusuzluk ve hipersomni bipolar depresyonun özellikleridir (APA, 2013). Bu uyku bozuklukları, epizodlar arası dönemde de devam etmekle birlikte, bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık %70'i uyku problemleri yaşamaktadır (Soehner ve ark., 2013). Bu bağlamda uyku yönetimi hastalık yönetimi sürecinde oldukça önemli bir faktör gibi görünmektedir. Nitekim literatür incelendiğinde Nicholas ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada uyku yönetimi en yararlı stratejiler arasında derecelendirilmiş, katılımcı yanıtlarında uyku vurgulanmıştır (Nicholas ve ark., 2017b). Christensen ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluk hastası olan bireyler

hastalık yönetimini desteklemek amacıyla tasarlanan bir mobil uygulamada en çok uyku yönetimine yönelik destek ihtiyacından söz etmişlerdir (Christensen ve ark., 2017). Michalak ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada da uyku yönetimin bipolar bozukluk yönetiminde etkili stratejilerden biri olduğu üzerinde durulmuştur (Michalak ve ark., 2016). Araştırma verileri ve mevcut literatür ışığında uyku yönetiminin bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde oldukça etkili bir yöntem olarak kabul edilebilir.

Katılımcılar 'damgalanma' alt temasında hastalık yönetimi sürecinde kendisine zarar verecek ve stres faktörü oluşturacak ortamlardan uzak durduğunu, içsel ve toplumsal damgalanma kaynaklı sosyal izolasyona başvurduğunu ifade etmiştir. Sosyal geri çekilme, kendini damgalama deneyimlerinin bir sonucu olarak da anlaşılabilir. Yani, hastaların inançlarını, önyargılarını ve damgalayıcı davranışlarını bütünleştirme biçimleri ,onların büyük ölçüde suçluluk , utanç, sosyal geri çekilme ve kişisel hedeflerinden vazgeçmelerine yol açabilir (Favre ve Richard-Lepouriel, 2023). Sosyal geri çekilme, ayrımcılık deneyimi ve yabancılaşma kendini damgalama ile ilişkili bulunmuştur (Grover ve ark., 2016). Nicholas ve ark.'larının bipolar bozuk öz-yönetiminde stratejiler ve zorluklar üzerine yaptığı bir çalışmada sosyal izolasyon en çok başvurulmuş öz-yönetim stratejilerinden biri olmakla birlikte, katılımcılar tarafından en yararsız olarak değerlendirilen teknik olarak öne sürülmüştür (Nicholas ve ark., 2017b). Blixen ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada katılımcılar tarafından bipolar bozukluğa sahip olmak damgalayıcı olarak nitelendirilmiş ve buna mütevellit sosyal izolasyon ve kendilik kaybına neden olduğu sonucuna varılmıştır (Blixen ve ark., 2016). Bipolar bozuklukta maladaptif baş etme stratejisi daha fazla olmakla beraber işlevselliği olumsuz etkilemektedir (Apayadın ve Atagün, 2018). Bu bağlamda bipolar affektif bozukluk hastalarında adaptif baş etme stratejileri geliştirmek işlevsellik açısından efektif olacaktır.

Çalışmanın ikinci teması ‘tedavi yönetimi’dir. Tedavi yönetimi temasında hastalığı kabullenme, kontrole gitme, ilaçları düzenli kullanma ve ilaç yan etkilerinin yönetiminden bahsedilmiştir. Hastalığı kabullenme alt temasında katılımcıların geneli bipolar bozuklukla tedavi yönetiminde hastalığı kabullenmenin önemli olduğundan bahsetmişlerdir. Bazı katılımcılar kabul etme sürecinde zorlandığını ifade etmiştir. Bu doğrultuda sürece alışma, uyum sağlama, farkındalık, hastalığı günlük yaşamına entegre etmek gibi yapı taşlarından söz etmişlerdir. Michalak ve ark. yaptığı çalışmada hastalığı kabullenmenin tıbbi yönetimde etkili olduğu sonucuna varmıştır (Michalak ve ark., 2016). Nicholas ve ark.’larının bipolar bozukluk öz-yönetiminde strateji ve seçimler üzerine yaptığı bir nitel çalışmada tanının kabulü ve anlaşılması bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde son derece sık kullanılan bir yöntem olarak değerlendirilmiş ve hastalık yönetimi açısından yararlı bulunmuştur. Hastalık dönemlerinde farkındalık ve kabullenme olarak bahsedilmiş olup, aynı zamanda hastalığın yönetiminde teşhisin kabulü bir zorluk olarak ifade edilmiştir (Nicholas ve ark., 2017b). VandenHeuvel ve ark. bipolar bozukluk teşhisini kabul etmenin hastalık yönetiminde önemli bir etkisi olduğu üzerinde durmuştur (VandenHeuvel ve ark., 2015). Michalak ve ark. yaptıkları çalışmada bipolar bozukluğun uzun vadeli yönetim gerektiren kronik bir durum olduğunu kabul etmek etkili bir öz-yönetim stratejisi olarak değerlendirilmiştir (Michalak ve ark., 2016). Mevcut çalışmalar doğrultusunda hastalıkla yaşamayı öğrenmek, sürecin sorumluluğunu almak ve bununla baş etmek için çaba sarf etmek hastalığı kabullenmek olarak değerlendirilebilmektedir. Buna bağlı olarak elde edilen veriler literatür ile uyuşmakta ve hastalığı kabullenme etkili bir tedavi yönetimi olarak kabul edilebilmektedir.

Kontrole gitme alt temasında katılımcıların çoğu doktor kontrollerine gittiğini, kötüleşme belirtilerini fark edince doktordan yardım aldığını ve doktor kararına uyduğunu ifade etmiştir. Hastaların bazıları doktor ile kurulan iletişim kalitesinin

öneminden söz etmiş, geneli tedavi planına uyduğunu dile getirmiş, bazıları süreci yardım almadan yönettiğini ifade etmiştir. Michalak ve ark. yaptıkları çalışmada sağlık yönetiminin etkinliğini sağlamak amacıyla sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde olmak ve düzenli randevulara katılmanın etkili öz-yönetim stratejileri içerisinde olduğu görülmüştür (Michalak ve ark., 2016). Christensen ve ark.'nın mobil uygulama geliştirmek için bipolar bozuklukta gereksinimleri araştırdıkları bir araştırmada ihtiyaç duyulduğunda sağlık uzmanıyla iletişime geçme konusuna oldukça yüksek oranda bir gereksinim olduğu görülmüştür (Christensen ve ark., 2017). Morton ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada öz-yönetim sürecinde azınlık bir grup sağlık profesyonelleri ile iletişim kurarak kendilerini iş birlikçi bir ekibin üyesi olarak görmüştür. Ancak çoğunluk sağlık sistemini, ilaç uyumuna ve semptom izlemeye aşırı odaklanmış olarak tanımlayarak yaşam kalitesini artırmaya yönelik stratejilerin önemi ve eksikliği üzerinde durmuştur (Morton ve ark.,2018). Blixen ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada katılımcılar genel olarak psikiyatri sağlayıcılarıyla randevularına uymaya çalıştıklarını bildirmişlerdir (Blixen ve ark., 2016). Johansen ve ark.larının yaptığı bir çalışmada sağlık profesyonelleri ile iletişimin önemi üzerinde durulmuş, rehberlik ve destek için diyalog ve işbirliğinin esas olduğu sonucuna varılmıştır (Johansen ve ark., 2022). Mevcut araştırmalar neticesinde kontrole gitmek, sağlık profesyonellerinden tavsiye ve destek almak etkili bir öz-yönetim stratejisi olarak değerlendirilebilmektedir.

İlaçların düzenli kullanılması alt temasında katılımcıların, ilaçların vaktine, dozuna ve gerekliliğine dair açıklamalarda bulunduğu, genel olarak ilaçları yardım almadan kullandıkları ve olumsuz deneyimler sonucunda ilaç düzenine önem verdikleri saptanmıştır. Nicholas ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada genç erişkinler tarafından en yararlı görülen öz-yönetim stratejilerinin başında tedaviye bağlılık ve devam gelmiştir aynı zamanda talimatlara uygun olarak tedavi almak veya devam etmek en çok denenen

ve en yararlı bulunan öz-yönetim stratejisi olarak belirtilmiştir (Nicholas ve ark., 2017b). Wilson ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada bipolar bozuklukla yaşayan insanlar için ilaç, bipolar bozuklukla yaşamının merkezi hale gelen bir nesne olarak ifade edilmiştir (Wilson ve ark.,2018). Michalak ve ark. yaptıkları çalışmada ilaç kullanımı ve reçete ve tedaviyi güncel tutmak üzerine stratejiler üzerinde durmuştur (Michalak ve ark., 2016). Yine aynı şekilde Mandla ve ark. yaptıkları nitel çalışmada ilaç kullanımını hastalık yönetiminde önemli bir strateji olarak saptamışlardır (Mandla ve ark., 2017). Araştırma verileri ile bipolar bozuklukta ilaçların düzenli kullanılmasının tedavi yönetimi açısından uygun bir strateji olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

İlaç yan etkilerinin yönetimi alt temasında katılımcılar kullandıkları ilaçların yan etkilerinden bahsetmiş olup, bazıları bunu günlük yaşamına uyarladığını ifade etmiştir. Bazıları ise ilaç yan etkilerini yönetmek için ilacı bıraktığını ifade etmiştir. İlaçların günlük işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan yan etkilere sahip olduğunu bildirilmiştir (Fung ve ark.,2019). Mandla ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada katılımcılar reçeteli ilaçların zihin değiştiren etkilerinin nahoş ve zayıflatıcı olduğunu, kendilerini yavaş hissetmelerine ve kişilik ve duygularda baskılanmaya neden olduğunu bildirmişler, buna bağlı olarak ilacı bırakmak gibi deneyimlere başvurulduğunu ifade etmişlerdir (Mandla ve ark., 2017). Blixen ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların bipolar bozukluk için reçete edilen ilaçlarla ilgili olumsuz veya kararsız tutumlarının öz-yönetimin önünde engeller oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Bu tutumlara yol açan faktörler ağız kuruluğu, konsantre olamama, uyuşukluk, kilo alımından vücut dışı deneyimlere kadar değişen yan etkilerle ilgili şikayetlerden oluşmaktadır (Blixen ve ark., 2016). Bipolar bozukluğun bilinen bir tedavisi olmamakla birlikte, çeşitli terapilerin hem akut atakları yönetmede hem de uzun süreli remisyonun sürdürülmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Ancak tedavinin önemli bir parçası olan farmakoterapide kullanılan ilaçlar yan etkilere neden

olmaktadır (Joshi ve ark., 2019). Etkili bir tedavi için bu yan etkilerin yönetimi de gerekmektedir.

Çalışmanın üçüncü teması ‘kriz yönetimi’dir. Kriz yönetimi temasında, uyarı işaretlerinin tanınması ve hastalığın etkilerini yönetmek için alınan önlemlerden bahsedilmiştir. Uyarı işaretlerini tanıma alt temasında katılımcıların tamamı uyarı işaretlerini tanıdığını, bir kısmı atakları ve belirtileri önleyebileceğini, bir kısmı ise uyarı işaretlerini tanıdığı halde atakları önleyemeyeceğini ifade etmiştir. Hastalar çok konuşma, motor aktivite artışı, öfke, çok para harcama, uykuya dalma ve uyku halini korumada zorlanma gibi işaretler üzerinde durmuşlardır. Morton ve ark.’larının yaptığı nitel bir çalışmada katılımcılar öz-yönetim müdahalelerinin sürekli kendini izleme ve gerektiğinde ayarlamalar yapma sürecini gerektirdiğini ifade etmiştir (Morton ve ark.,2018). Nicholas ve ark.’larının genç erişkinlerde öz-yönetim üzerinde yaptığı bir araştırmada katılımcılar kişisel davranış kalıplarını anlayabilmek, epizot tetikleyicilerini ve erken uyarı işaretlerini tanıyabilmek için ruh hallerine ve etkinliklere çok dikkat etmek gerektiğini ifade etmiş, zaman zaman, semptomları izlemek için teknoloji kullanmışlardır. Ancak öz-yönetim stratejileri içerisinde en az yararlı olarak semptom izleme değerlendirilmiştir (Nicholas ve ark.,2017a). Michalak ve ark. yaptıkları bir çalışmada katılımcıların erken uyarı işaretlerinin farkında olmak ve tespit edildiğinde derhal tıbbi yardım almak, bu uyarıları belirlemek için geçmiş deneyimleri kullanmak gibi bir dizi erken müdahale yöntemleri kullandığından ve bunun öneminden bahsetmişlerdir (Michalak ve ark.,2016). Mandla ve ark.’larının yaptığı bir nitel çalışmada da katılımcılar ruh hallerinin, duygularının ve davranışlarının sürekli izlenmesinin önemi üzerinde durmuştur (Mandla ve ark.,2017). Jonathan ve ark.’larının yaptığı bir çalışmada katılımcılar özellikle düzenli ruh hali izlemenin erken uyarı işaretlerini ve semptomlarını belirleme ve yönetme becerilerini geliştirdiğini

hissettiklerini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda izlemenin düzenli bir rutin geliştirmelerine, uyku sürelerini optimize etmelerine ve ilaç rejimlerine uymalarına nasıl yardımcı olduğunu tartışmışlardır (Jonathan ve ark.,2021). Mevcut literatür verileri erken uyarı işaretleri ile epizoda geçiş arasında ayırma yapma becerisinin öz-yönetim sürecine etkisinin yadsınamaz olduğu kanıtındadır. Bu doğrultuda uyarı işaretlerinin tanınması etkili bir öz-yönetim stratejisi olarak kabul edilebilmektedir.

Önlem alma alt temasında katılımcılar atak dönemini efektif bir şekilde yönetmek için aile ve sosyal çevre desteği ile önlem aldığını, oluşabilecek olumsuz durumlara karşı çevresindeki uyardığını ifade etmiştir. Michalak ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada katılımcılar hastalık yönetimi için akut hastalık dönemleriyle en iyi şekilde başa çıkabilecek destekçileri belirlemek üzerine stratejileri erken müdahale açısından yararlı bulmuştur (Michalak ve ark.,2016). Blixen ve ark.'larının yaptığı nitel bir çalışmada katılımcılar bipolar bozukluk semptomlarının yönetimiyle baş etme yöntemi olarak aile ve akran desteği aldığını, semptomlar konusunda uyarıldıklarını ifade etmişlerdir (Blixen ve ark., 2016). vandenHeuvel ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada katılımcıların kişisel bir kriz planı uyguladıkları ve bu durumun kontrol algısını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (vandenHeuvel ve ark., 2018). Tüm bu veriler ve mevcut literatür dahilinde bipolar affektif bozukluk öz-yönetiminde olumsuz durumları minimize etmek için destek almak, uyarılarda bulunmak etkili bir strateji olarak değerlendirilebilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma bipolar affektif bozukluğu olan hastaların öz yönetim deneyimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

- Çalışma sonucunda elde edilen bulgular yaşam tarzı yönetimi, tedavi yönetimi ve kriz yönetimi ana temalarında incelenmiştir.
- Yaşam tarzı yönetimi ana temasında hastaların pozitif düşünerek, meditatif uygulamalar yaparak, maneviyata yönelerek, aktivite yaparak ve sosyal destek alarak streslerini yönettikleri, uyku yönetimini sağlamaya çalıştıkları, para yönetimi yapmaya çalıştıkları ve gerek toplumsal gerekse bireysel bir problem olan damgalanmaya maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Tedavi yönetimi ana temasında hastaların tedavi planlarını yönetmek için öncelikle hastalığı kabullenmeye çalıştıkları, düzenli kontroller ile sağlık profesyonellerinin gözlem ve önerileri doğrultusunda tedavi planına uyarak iş birliği içinde oldukları, ilaçların saatlerine, dozuna ve kullanımına dikkat ettikleri, bu kullanım sonucu oluşan yorgunluk, unutkanlık ve uyuşukluk hissi gibi yan etkilerden fazlasıyla olumsuz etkilendikleri bilgisine ulaşılmıştır.
- Kriz yönetimi ana temasında hastaların çok konuşma, motor aktivite artışı, öfke, çok para harcama, uykuya dalma ve uyku halini korumada zorlanma gibi uyarı işaretleri fark ettikleri, ötimik dönemde aile ve akran çevresinden kriz dönemine yönelik planlamalar ile destek alarak süreci yönettikleri, gerek ilaç yan etkileri gerekse hastalığın vermiş olduğu psikolojik faktörlerden kaynaklanan olumsuz etkileşimi önlemek amacıyla aile ve sosyal çevresine uyarılarda bulundukları sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalarda malaptif baş etme stratejilerinden ziyade adaptif baş etme stratejilerinin geliştirilmesi için psikososyal destek programları uygulanması,
- Hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek için gerek bilişsel gerek toplumsal damgalama ile mücadele etmek gerekmektedir. Bu doğrultuda toplum düzeyinde gerekli eğitim ve politikalar düzenlenmesi,
- Bipolar affektif bozuklukta öz-yönetimin önemi göz önünde bulundurulduğunda, hasta ve bakım vericilere ilaç yan etkilerinin yönetimi, kriz yönetimi gibi konularda psikoeğitim programlarının düzenlenmesi,
- Bipolar affektif bozuklukta öz-yönetim konusunda yapılan çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle, bu konu üzerinde farklı nitel çalışmaların yapılması,
- Hastalığın doğasına uygun olarak web tabanlı müdahaleler ve dijital sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi,
- Hastaların etkileşimini desteklemek, farkındalık düzeyini artırmak ve stresle baş etme tutumlarını desteklemek amacıyla bireysel ve grup müdahalelerinin planlanması gibi çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International journal of bipolar disorders*, 4(1), 2.
- Akpınar, N.B. ve Ceran, M.A. (2019). Kronik hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual review of public health*, 40, 127–146.
- American Psychiatric Association, 2002. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision), 1–50.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Köroğlu, E. (çeviri editörü). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 63-90.
- Bair, M. J., Matthias, M. S., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. L., Kroenke, K., & Damush, T. M. (2009). Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 10(7), 1280–1290.
- Balıkçı, A., Erdem, M., Zincir, S., Bolu, A., Zincir, S.B., Ercan, S., Uzun, Ö. (2013). Poliklinik randevularına ve ilaçlara bağlılık: Şizofreni hastalarının iki yıllık ileriye dönük bir çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 23(1), 57 - 64.
- Bandura A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), 143–164.

- Barron, E., Sharma, A., Le Couteur, J., Rushton, S., Close, A., Kelly, T., Grunze, H., Ferrier, I.N., Le Couteur, A. (2014). Family environment of bipolar families: A UK study. *Journal of Affective Disorders* , 152 , 522-525.
- Bebbington, P., & Ramana, R. (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 30(6), 279–292.
- Bender, R. E., & Alloy, L. B. (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical psychology review*, 31(3), 383-398.
- Blixen, C., Perzynski, A. T., Bukach, A., Howland, M., & Sajatovic, M. (2016). Patients' perceptions of barriers to self-managing bipolar disorder: A qualitative study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 62(7), 635–644.
- Boland, E. M., Bender, R. E., Alloy, L. B., Conner, B. T., Labelle, D. R., & Abramson, L. Y. (2012). Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: an examination of social rhythms sensitivity. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 264–272.
- Bond, K., Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar disorders*, 17(4), 349–362.
- Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., Montejo, L., & Vieta, E. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 22(8), 467–477.
- Brambilla, P., Glahn, D. C., Balestrieri, M., & Soares, J. C. (2005). Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 28(2), 443–467.

- Brenners, D. K., Harris, B., & Weston, P. S. (1987). Managing manic behavior. *The American Journal of Nursing*, 87(5), 620–623.
- Burdick, K. E., & Millett, C. E. (2021). Cognitive heterogeneity is a key predictor of differential functional outcome in patients with bipolar disorder. *European neuropsychopharmacology : the Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 53, 4–6.
- Canetta, S. E., Bao, Y., Co, M. D., Ennis, F. A., Cruz, J., Terajima, M., Shen, L., Kellendonk, C., Schaefer, C. A., & Brown, A. S. (2014). Serological documentation of maternal influenza exposure and bipolar disorder in adult offspring. *The American journal of Psychiatry*, 171(5), 557–563.
- Cappleman, R., Smith, I., & Lobban, F. (2015). Managing bipolar moods without medication: a qualitative investigation. *Journal of Affective Disorders*, 174, 241–249.
- Cederlöf, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., Almqvist, C., Serlachius, E., & Ludvigsson, J. F. (2016). Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers-Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. *BMC Psychiatry*, 16, 207.
- Chakrabarti, S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World journal of Psychiatry*, 6(4), 399–409.
- Chudal, R., Brown, A. S., Gissler, M., Suominen, A., & Sourander, A. (2015). Is maternal smoking during pregnancy associated with bipolar disorder in offspring?. *Journal of affective disorders*, 171, 132-136.
- Clark, N. M., Gong, M., & Kaciroti, N. (2014). A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, 41(5), 499–508.

- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402–407.
- Coville, A. L., Miklowitz, D. J., Taylor, D. O., & Low, K. G. (2008). Correlates of high expressed emotion attitudes among parents of bipolar adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 438-449.
- Creer, T. L., Renne, C. M., & Christian, W. P. (1976). Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*, 37(8), 226–247.
- Creer, T.L., Christian, W.P., 1976. Chronically ill and handicapped children : their management and rehabilitation / Thomas L. Creer and Walter P. Christian. Champaign, Ill. : Research Press Co..
- Dodd, A. L., Mezes, B., Lobban, F., & Jones, S. H. (2017). Psychological mechanisms and the ups and downs of personal recovery in bipolar disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 310–328.
- Dominiak, M., Swiecicki, L., & Rybakowski, J. (2015). Psychiatric hospitalizations for affective disorders in Warsaw, Poland: Effect of season and intensity of sunlight. *Psychiatry Research*, 229 (1-2), 287–294.
- Enrique, A., Duffy, D., Lawler, K., Richards, D., & Jones, S. (2020). An internet-delivered self-management programme for bipolar disorder in mental health services in Ireland: Results and learnings from a feasibility trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(6), 925–939.
- Eroğlu, M. Z., Özpoyraz, N. 2010. Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.

- Fagiolini, A., Forgione, R., Maccari, M., Cuomo, A., Morana, B., Dell'Oso, M. C., Pellegrini, F., & Rossi, A. (2013). Prevalence, chronicity, burden and borders of bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 161–169.
- Favre, S., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *Journal of affective disorders*, 335, 273–288.
- Ferreira, G. S., Moreira, C. R., Kleinman, A., Nader, E. C., Gomes, B. C., Teixeira, A. M. A., Rocca, C. A., Nicoletti, M., Soares, J. C., Busatto, G. F., Lafer, B., Caetano, S. C. (2013). Dysfunctional family environment in affected versus unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1051-1057.
- Fisher, A., Manicavasagar, V., Kiln, F., & Juraskova, I. (2016). Communication and decision-making in mental health: A systematic review focusing on Bipolar disorder. *Patient education and counseling*, 99(7), 1106–1120.
- Fung, V. C., Overhage, L. N., Sylvia, L. G., Reilly-Harrington, N. A., Kamali, M., Gao, K., Shelton, R. C., Ketter, T. A., Bobo, W. V., Thase, M. E., Calabrese, J. R., Tohen, M., Deckersbach, T., & Nierenberg, A. A. (2019). Complex polypharmacy in bipolar disorder: Side effect burden, adherence, and response predictors. *Journal of Affective Disorders*, 257, 17–22.
- Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 186, 121–125.
- Geoffroy, P. A., Bellivier, F., Scott, J., Etain, B. (2014). Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 168, 210-223.

- Gershon, A., Johnson, S. L., & Miller, I. (2013). Chronic stressors and trauma: prospective influences on the course of bipolar disorder. *Psychological medicine*, 43(12), 2583–2592.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(11), 1635–1640.
- Goodwin, R.D., Jacobi, F., Bittner, A., Wittchen, H.U., 2007. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı. Oral, T. (çeviri editörü). Sigma Publishing, İstanbul, 33-54.
- Gordon-Smith, K., Saunders, K. E., Savage, J., Craddock, N., Jones, I., & Jones, L. (2021). Have I argued with my family this week?": What questions do those with lived experience choose to monitor their bipolar disorder?. *Journal of Affective Disorders*, 281, 918-925.
- Goulding, E. H., Dopke, C. A., Rossom, R., Jonathan, G., Mohr, D., & 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.
- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2018). Hold on tight: Coping strategies of persons with bipolar disorder and their partners. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 67(5), 589–599.
- Greenberg, S., Rosenblum, K. L., McInnis, M. G., & Muzik, M. (2014). The role of social relationships in bipolar disorder: a review. *Psychiatry Research*, 219(2), 248–254.
- Grover, S., Hazari, N., Aneja, J., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2016). Stigma and its correlates among patients with bipolar disorder: a study from a tertiary care hospital of North India. *Psychiatry Research*, 244, 109-116.

- Gruber, J., Harvey, A. G., Wang, P. W., Brooks III, J. O., Thase, M. E., Sachs, G. S., &Ketter, T. A. (2009). Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Journal of Affectivedisorders*, 114(1-3), 41-49.
- Grunze, A., Meisenzahl, E., &Grunze, H. (2013). BildgebendeVerfahren bei bipolarenErkrankungen, Neuroimaging of bipolar disorders. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81 Suppl 1, S17–S21.
- Hamdani, N., Daban-Huard, C., Lajnef, M., Richard, J. R., Delavest, M., Godin, O., Le Guen, E., Vederine, F. E., Lépine, J. P., Jamain, S., Houenou, J., Le Corvoisier, P., Aoki, M., Moins-Teisserenc, H., Charron, D., Krishnamoorthy, R., Yolken, R., Dickerson, F., Tamouza, R., & Leboyer, M. (2013). Relationship between Toxoplasma gondii infection and bipolar disorder in a French sample. *Journal of affective disorders*, 148(2-3), 444–448.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
- Hochman, E., Valevski, A., Onn, R., Weizman, A., &Krivoy, A. (2016). Seasonal pattern of manic episode admissions among bipolar I disorder patients is associated with male gender and presence of psychotic features. *Journal of affective disorders*, 190, 123–127.
- Hosang, G. M., Korszun, A., Jones, L., Jones, I., Gray, J. M., Gunasinghe, C. M., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2010). Adverse life event reporting and worstillness episodes in unipolar and bipolar affectivedisorders: measuring

- environmental risk for genetic research. *Psychological medicine*, 40(11), 1829–1837.
- Hosang, G. M., Korszun, A., Jones, L., Jones, I., McGuffin, P., & Farmer, A. E. (2012). Life-event specificity: bipolar disorder compared with unipolar depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 201(6), 458–465.
- Işık, E., 2003. *Bipolar Bozukluklar. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Görsel Sanatlar Basımevi, İstanbul, 467-627.
- Jackson, D. C., McLawhorn, D. E., Slutzky, A. R., Glatt, S. J., & Daly, R. W. (2022). Bipolar Disorder, Religion, and Spirituality: A Scoping Review. *Journal of Religion and Health*, 61(5), 3589–3614.
- Janney, C. A., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2014). Self-management and bipolar disorder--a clinician's guide to the literature 2011-2014. *Current psychiatry reports*, 16(9), 485.
- Johansen, K. K., Marcussen, J., Hansen, J. P., Hounsgaard, L., & 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.
- Johnson, B.S., 1997. *Psychiatric Mental Health Nursing Adaptation and Growth*. (4nd ed). Lippincott, Newyork, 553-563.
- Johnson, L., Lundström, O., Aberg-Wistedt, A., & Mathé, A. A. (2003). Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar disorders*, 5(2), 129–137.
- Johnson, S. L., Cueller, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal psychology*, 117(2), 268–277.

- Jonathan, G. K., Dopke, C. A., Michaels, T., Martin, C. R., Ryan, C., McBride, A., Babington, P., &Goulding, E. H. (2021). A Smartphone-Based Self-Management Intervention for Individuals with Bipolar Disorder (LiveWell): Qualitative Study on User Experiences of the Behavior Change Process. *JMIR mental Health*, 8(11), e32306.
- Joshi, A., Bow, A., &Agius, M. (2019). Pharmacological Therapies in Bipolar Disorder: a Review of Current Treatment Options. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 595–603.
- Kendall, T., Morriss, R., Mayo-Wilson, E., Meyer, T. D., Jones, S. H., Oud, M., & Baker, M. R. (2016). NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 317-320.
- Kendler, K. S. (2021). Kraepelin's final views on manic-depressive Illness. *Journal of affective disorders*, 282, 979–990.
- Keskin, G., 2016. Duygudurum-Bipolar ve İlgili Bozukluklar. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları, Özcan, C.T. ve Gürhan, N. (çeviri editörleri) Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 428-459.
- Kessing, L. V., & Andersen, P. K. (2005). Predictive effects of previous episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders. *Current psychiatry reports*, 7(6), 413–420.
- Kinney, J. M., &Kahana, E. (1989). [Review of *UnendingWork and Care: ManagingChronicIllness at Home.*, by J. M. Corbin & A. Strauss]. *ContemporarySociology*, 18(6), 945–947.
- Koç, M.,2016. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. Gürhan, N. (editör).Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 433-474.

- Koenders, M. A., Giltay, E. J., Spijker, A. T., Hoencamp, E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. M. (2014). Stressful life events in bipolar I and II disorder: cause or consequence of mood symptoms?. *Journal of affective disorders*, 161, 55–64.
- Köroğlu, E., 1996. Duygudurum Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 429-448.
- Köroğlu, E., 2004. Duygudurum bozuklukları. Psikoneuroloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. HYB Basım Yayın, Ankara, 253-323.
- Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(5), 260–268.
- Lex, C., Bänzner, E., & Meyer, T. D. (2017). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 208, 298–308.
- Maciukiewicz, M., Pawlak, J., Kapelski, P., Łabędzka, M., Skibinska, M., Zaremba, D., Leszczynska-Rodziewicz, A., Dmitrzak-Weglarz, M., & Hauser, J. (2016). Can Psychological, Social and Demographical Factors Predict Clinical Characteristics Symptomatology of Bipolar Affective Disorder and Schizophrenia?. *The Psychiatric quarterly*, 87(3), 501–513.
- Maj, M., Akiskal, H. S., Lopez-Ibor, J. J., & Sartorius, N., 2003. Prognosis of bipolar disorder. *Bipolar disorder*, 5nd ed., Marneros, A. and Brieger, P. (eds). John Wiley & Sons, West Sussex, UK, 97-187.
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Murray, R., Murray, G., Porter, R., Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087-1206.

- Mandla, A., Billings, J., & Moncrieff, J. (2017). "Being Bipolar": A Qualitative Analysis of the Experience of Bipolar Disorder as Described in Internet Blogs. *Issues in mental health nursing*, 38(10), 858–864.
- McClung C. A. (2011). Circadian rhythms and mood regulation: insights from pre-clinical models. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21 Suppl 4(Suppl 4), S683–S693.
- Mengi, A. & Aygür, R. Ş. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Bir Araştırma: Örnek Olay İncelemesi . *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi* , 10 (19) , 553-571.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543–552.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241–251.
- Michalak, E. E., Barnes, S. J., Morton, E., O'Brien, H. L., Murray, G., Hole, R., & Meyer, D. (2022). Supporting Self-management and Quality of Life in Bipolar Disorder With the PolarUs App (Alpha): Protocol for a Mixed Methods Study. *JMIR research protocols*, 11(8), e36213.j

- Michalak, E. E., Morton, E., Barnes, S. J., Hole, R., BD, C., & Murray, G. (2019). Supporting self-management in bipolar disorder: mixed-methods knowledge translation study. *JMIR Mental Health*, 6(4), e13493.
- Michalak, E. E., Suto, M. J., Barnes, S. J., Hou, S., Lapsley, S., Scott, M. W., Murray, G., Austin, J., Elliott, N. B., Berk, L., & Crest Bd. (2016). Effective self-management strategies for bipolar disorder: A community-engaged Delphi Consensus Consultation study. *Journal of affective disorders*, 206, 77–86.
- Miklowitz D. J. (2007). The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Current directions in psychological science*, 16(4), 192–196.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 904–912.
- Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry research*, 136(2-3), 101–111.
- Morrison, A. P., Law, H., Barrowclough, C., Bentall, R. P., Haddock, G., Jones, S. H., Kilbride, M., Pitt, E., Shryane, N., Tarrier, N., Welford, M., & Dunn, G. (2016). *Psychological approaches to understanding and promoting recovery in psychosis and bipolar disorder: a mixed-methods approach*. NIHR Journals Library.
- Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., McGrath, J. J., Hougaard, D. M., Nørgaard-Petersen, B., Mors, O., Børghlum, A. D., & Yolken, R. H. (2011). Neonatal antibodies to infectious agents and risk of bipolar disorder: a population-based case-control study. *Bipolar disorders*, 13(7-8), 624–629.

- Morton, E., Michalak, E. E., Hole, R., Buzwell, S., & Murray, G. (2018). 'Taking back the reins'—A qualitative study of the meaning and experience of self-management in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 228, 160-165.
- Neuman, W. L., 2012. Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar I-II. Cilt (5. Basım). Yayın Odası, İstanbul, 320.
- Ngai, S. S. Y., Cheung, C. K., Ng, Y. H., Tang, H. Y., Ngai, H. L., & Wong, K. H. C. (2020). Development and validation of the chronic illness self-management (CISM) scale: Data from a young patient sample in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 114, 105077.
- Nicholas, J., Boydell, K., & Christensen, H. (2017a). Beyond symptom monitoring: Consumer needs for bipolar disorder self-management using smart phones. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 44, 210–216.
- Nicholas, J., Boydell, K., & Christensen, H. (2017b). Self-management in young adults with bipolar disorder: Strategies and challenges. *Journal of affective disorders*, 209, 201–208.
- Niemegeers, P., Dumont, G. J., Patteet, L., Neels, H., & Sabbe, B. G. (2013). Bupropion for the treatment of seasonal affective disorder. *Expert opinion on drug metabolism & toxicology*, 9(9), 1229–1240.
- Nosarti, C., Reichenberg, A., Murray, R. M., Cnattingius, S., Lambe, M. P., Yin, L., MacCabe, J., Rifkin, L., & Hultman, C. M. (2012). Preterm birth and psychiatric disorders in young adult life. *Archives of general psychiatry*, 69(6), E1–E8.
- Ouwehand, E., Braam, A. W., Renes, J. W., Muthert, H. J. K., & Zock, H. T. (2020a). Holy apparition or hyper-religiosity: prevalence of explanatory models for

- religious and spiritual experiences in patients with bipolar disorder and their associations with religiousness. *Pastoral Psychology*, 69(1), 29–45.
- Ouwehand, E., Zock, H., & Muthert, H. (2020b). Religious or spiritual experiences and bipolar disorder: A case study from the perspective of dialogical self theory. *Religions*, 11(10), 1–21.
- Özel, Y. 2023. Akut manik dönemde bipolar bozukluk hastalarının bakımı: Psikiyatri hemşirelerinin kullandığı tedavi yaklaşımları: Bipolar bozukluk ve hemşirelik bakımı. *Ejans Uluslararası Dergisi* , 7 (2), 146–154.
- Öztürk, M.O., 2004. Duygulanım bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Feryal Matbaası, Ankara, 291-343.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, A., 2008. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 496-497.
- Öztürk, M.O., 1997. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, 7. Basım, Ankara, 223-260.
- Pang, D., Syed, S., Fine, P., & Jones, P. B. (2009). No association between prenatal viral infection and depression in later life—a long-term cohort study of 6152 subjects. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(8), 565-570.
- Parboosing, R., Bao, Y., Shen, L., Schaefer, C. A., & Brown, A. S. (2013). Gestational influenza and bipolar disorder in adult offspring. *JAMA psychiatry*, 70(7), 677-685.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Bayes, A., & Graham, R. (2018). Relationship between photoperiod and hospital admissions for mania in New South Wales, Australia. *Journal of affective disorders*, 226, 72–76.

- Patel, N. C., DelBello, M. P., Keck Jr, P. E., &Strakowski, S. M. (2006). Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. *Bipolar disorders*, 8(1), 91-94.
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 158, 197–200.
- Pehlivan, T., & Güner, P. (2016). The Use of Theories in Psychiatric Nursing-II. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 7(2), 100-104
- Perlick, D., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E., &Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 175, 56–62.
- Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., &Wittchen, H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 425–434.
- Pollack, L. E. (1996). Inpatient self-management of bipolar disorder. *Applied Nursing Research*, 9(2), 71-79.
- Post, R. M., Kupka, R., Keck, P. E., Jr, McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Rowe, M., Grunze, H., Suppes, T., Leverich, G. S., &Nolen, W. A. (2016). Further Evidence of a Cohort Effect in Bipolar Disorder: More Early Onsets and Family History of Psychiatric Illness in More Recent Epochs. *The Journal of clinicalpsychiatry*, 77(8), 1043–1049.

- Rosenthal, S. J., Josephs, T., Kovtun, O., & McCarty, R. (2020). Seasonal effects on bipolar disorder: A closer look. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 115, 199–219.
- Rosenthal, S. J., Josephs, T., Kovtun, O., & McCarty, R. (2021). Rate of change in solar insolation is a hidden variable that influences seasonal alterations in bipolar disorder. *Brain and behavior*, 11(7), e02198.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251–269.
- Rusch, A., Carley, I., Badola, P., Liebrecht, C., McInnis, M., Ryan, K. A., & Smith, S. N. (2022). Digital mental health interventions for chronic serious mental illness: Findings from a qualitative study on usability and scale-up of the Life Goals app for bipolar disorder. *Frontiers in digital health*, 4, 1033618.
- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(5), 285–297.
- Sandelowski, M. (1986). The Problem Of Rigor in Qualitative Research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27–37.
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J. M., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Jr, & Yatham, L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(9), 785–802.

- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International journal of mental health nursing*, 16(4), 274–284.
- Smoller, J. W., & Finn, C. T. (2003). Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *American journal of medicalgenetics. Part C, Seminars in medicalgenetics*, 123C(1), 48–58.
- Sobczak, S., Honig, A., & Riedel, W. J. (2000). Acute tryptophandepletion in bipolar disorders; literature review and directives for further research. *Acta neuropsychiatrica*, 12(3), 69–72.
- Soehner, A. M., Kaplan, K. A., & Harvey, A. G. (2013). Insomnia comorbid to severe psychiatric illness. *Sleep medicine clinics*, 8(3), 361–371.
- Stringaris, A., & Youngstrom, E. (2014). Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(6), 609–611.
- Stroppa, A., Colugnati, F. A., Koenig, H. G., & Moreira-Almeida, A. (2018). Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 40(3), 238–243.
- Studart, P., Galvão-de Almeida, A., Bezerra-Filho, S., Caribé, A., Reis Afonso, N., Daltro, C., & Miranda-Scippa, Â. (2016). Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder?. *Psychiatry research*, 246, 796–802.
- Switsers, L., Dauwe, A., Vanhoudt, A., Van Dyck, H., Lombaerts, K., & Oldenburg, J. (2018). Users' Perspectives on mHealth Self-Management of Bipolar Disorder: Qualitative Focus Group Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(5), e108.

- Sutera, N. D., Iuppa, C. A., Nelson, L. A., Kriz, C. R., Gramlich, N. A., Lang, S. E., Elliott, E. S. R., & Sommi, R. W. (2022). Assessing the understandability, actionability, and quality of online resources for the self-management of bipolar disorder. *The mental health clinician*, 12(1), 1–8.
- Şentürk, S. G. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 9-13.
- Taşkın, E.O., 2007. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. :Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. Taşkın, E.O. (editör), Meta Basım ve Matbaacılık., İzmir, 17-30.
- Todd, N. J., Jones, S. H., & Lobban, F. A. (2013). What do service users with bipolar disorder want from a web-based self-management intervention? A qualitative focus group study. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(6), 531–543.
- Tondo, L., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2017). Depression and Mania in Bipolar Disorder. *Current neuropharmacology*, 15(3), 353–358.
- Tsuchiya, K. J., Byrne, M., & Mortensen, P. B. (2003). Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar disorders*, 5(4), 231-242.
- Tülüce, D., 2020. Özyönetim. Hemşirelik Alanında Kullanılan Kavram Beceri Ve Modeller. Gürhan, N., Sözbir, Ş.Y., Polat, Ü. (Editörler) Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 157-164.
- Van den Heuvel, S. C., Goossens, P. J., Terlouw, C., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2015). Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders: a phenomenological study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(10), 801–810.

- Van der Voort, T. Y., Seldenrijk, A., van Meijel, B., Goossens, P. J., Beekman, A. T., Penninx, B. W., & Kupka, R. W. (2015). Functional versus syndromal recovery in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), e809–e814.
- Van Enkhuizen, J., Milienne-Petiot, M., Geyer, M. A., & 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.
- Vázquez, G. H., Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2014). Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depression and anxiety*, 31(3), 196–206.
- Videbeck, S. 2004. *Psychiatric Mental Health Nursing*. (2nd ed). Lippincott Williams & Wilkins, New York, 343-358.
- Warren, C. D., Fowler, K., Speed, D., & Walsh, A. (2018). The influence of social support on psychological distress in Canadian adults with bipolar disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(8), 815–821.
- Wilson, L., Crowe, M., Scott, A., & Lacey, C. (2018). Self-management for bipolar disorder and the construction of the ethical self. *Nursing inquiry*, 25(3), e12232.
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R. S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L. T., Milev, R., Bond, D. J., Frey, B. N., Goldstein, B. I., Lafer, B., Birmaher, B., Ha, K., Nolen, W. A., Berk, M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar disorders*, 15(1), 1-44.

- Yazıcı, O., 2007. Bipolar-1 ve Bipolar-2 Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu,E., Güleç, C., (editörler).HYB Basım Yayın, Ankara,265-279.
- Youssef, H. A., & Youssef, F. A. (1996). Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. *History of psychiatry*, 7(25), 55–62.



EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Cansev BAŞARAN
Öğrencinin Numarası	...
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%0	% 15
II. Genel Bilgiler	%29	% 35
III. Materyal ve Metod	%18	% 35
IV. Bulgular	%0	% 15
V. Tartışma	%0	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

¹ Bu form bilgisayar ortamında doldurulmalı, çıktısı imzalanıp Tez Savunması Jüri Öneri Formu'yla birlikte Ana Bilim Dalı Başkanlığı aracılığıyla ÜBYS üzerinden Enstitüye iletilmelidir.

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/583
Konu : Etik Kurul Kararı

30.06.2022

Sayın: Cansev BAŞARAN
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
“**Bipolar Affektif Bozuklukta Öz-Yönetim: Nitel Bir Çalışma**” isimli bilimsel tez
çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Bipolar Affektif Bozuklukta Öz-Yönetim: Nitel Bir Çalışma
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 37	Tarih:30.06.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.	
	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. KURUM İZİNLERİ



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMASYA SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - AMASYA SABUNCUOĞLU
ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
23/11/2022 11:52 / 62949364 / 710.99 / 99-10190
00178943771

Sayı : E-62949364-710.99
Konu : Bilimsel Çalışma (Cansev
BAŞARAN)

Sayın Cansev BAŞARAN

İlgi : 22/11/2022 tarihli ve 62949364-12545 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz Başhekimliğimizce incelenmiş olup; "Bipolar Affektif Bozuklukta Öz-Yönetim Nitel Bir Çalışma" adlı tez çalışmasını Hastanemize bağlı olarak hizmet vermekte olan Recep AKYILMAZ Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmanızda Başhekimliğimizce herhangi bir sakınca görülmemektedir.

Bilgilerinize rica ederim.





T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-91196320-044-206275061
Konu : Tez Çalışması(Cansev BAŞARAN).

06.01.2023

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Kurumsal İletişim Direktörlüğü
ERZURUM

İlgi : 07.12.2022 tarihli ve E-91734550-000-6553 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ekinde gelen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Cansev BAŞARAN'ın "Bipolar Affektif Bozuklukta Öz-Yönetim Nitel Bir Çalışma" konulu tez çalışması talebi 02.01.2023 tarihinde toplanan Bilimsel Araştırma Danışma Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun görülmüş olup; araştırma sonucu hakkında Müdürlüğümüze bilgi verilme hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

EK-4 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

2. Yaşınız :.....

3. Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar () Boşanmış () Eşi Ölmüş-Dul

4. Çocuğunuz var mı?

() Evet () Hayır

5.Öğrenim Durumunuz:

() Okur-yazar değil

() Okur- yazar

() İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Üniversite mezunu

6.Gelir Düzeyiniz :

() Düşük () Orta ()Yüksek

7. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

() Evet () Hayır

8. Ne kadar süredir bipolar affektif bozukluk hastasıısınız? yıl

9. Hastalıkla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

Evet () () Hayır

EK-5. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

GÖRÜŞME SORULARI

1. Hastalık sürecini etkin bir şekilde kendin yönetebiliyor musun?
() Evet (Nasıl?) Yönetmek için ne yapıyorsun?
() Hayır (Neden?)
2. Sence tedaviye uyumun nasıl? İlaç ve tedavi sürecini kendin yürütebiliyor musun? İlaçlarını düzenli kullanıyor musun? Destek alıyor musun?
3. Hastalık süreciyle baş etmek için herhangi bir eğitim aldın mı?
4. Kötüleşme belirtilerini tanıyor musun? Fark edebiliyor musun? Ne yapıyorsun?
5. Kötüleşme belirtilerini önleyebiliyor musun? Nasıl?
6. Kötüleştikten sonra tekrar rutin durumunuza dönmek için ne gibi uygulamalar yapıyorsunuz?
7. Bipolar bozukluk ile ilişkili belirtilerin veya sorunların yapmak istediğin etkinlikleri engelliyor mu? Süreci nasıl yönetiyorsun?
8. Bipolar bozukluğa bağlı ortaya çıkan sorunlarını insanlarla rahatlıkla konuşabiliyor musun? (aile, hemşire, doktor, arkadaş)
9. Bipolar bozukluk hastalığından dolayı;
 - İş, aile ve sosyal hayatında problemler yaşadın mı?
 - Varsa, nasıl baş ettin ya da etmeye çalışıyorsun?
 - Devam eden bir problemin var mı?
10. Destek ihtiyacın var mı?(ekonomik sosyal fiziksel psikolojik)
 - Evet (Ne tür bir destek?)
 - Hayır (Neden?)
11. Bipolar bozukluk hastalığını yönetirken yapmakta zorlanmadığın şeyler ve zorlandığın şeyler neler?
12. Ailen arkadaşların atakların olduğunda ne yapacaklarını biliyorlar mı? Pratik yapar mısınız? Bilgilerinizi günceller misiniz?
13. Hastalık sürecini süreci daha iyi yürütebilirsiniz?

EK-6. EĞİTİM SERTİFİKALARI

