



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MEVCUT
TEDAVİYE EK OLARAK VERİLEN PSİKOEĞİTİM'İN;
TEDAVİ UYUMUNA, İŞLEVSELLİĞE, YAŞAM
KALİTESİNE, HASTANIN SOSYAL DESTEK ALGISINA
VE YAŞAM OLAYLARI İLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ
ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatmagül DİKYAR ALTUN

Antalya, 2014



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MEVCUT
TEDAVİYE EK OLARAK VERİLEN PSİKOEĞİTİM'İN;
TEDAVİ UYUMUNA, İŞLEVSELLİĞE, YAŞAM
KALİTESİNE, HASTANIN SOSYAL DESTEK ALGISINA
VE YAŞAM OLAYLARI İLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ
ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatmagül DİKYAR ALTUN

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Özmen METİN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

İÇİNDEKİLER

Sayfa :

Kısaltmalar Dizini	iii
Tablolar Dizini	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı	4
2.2. Bipolar Bozukluğun Tarihsel Gelişimi	4
2.3. Epidemiyoloji	7
2.4. Etyoloji	8
2.5. Bipolar Bozukluğun Tanı Ölçütleri Ve Klinik Seyir	9
2.6. Bipolar Bozuklukta Psikolojik Müdahaleler	16
2.7. Kişilerarası Sosyal Ritim Tedavisi	17
2.8. Aile Odaklı Terapi	18
2.9. Bilişsel Davranışçı Terapi	19
2.10. Psikoeğitim	21
2.10.a. Psikoeğitimin gelişimi	22
2.10.b. Psikoeğitimin önemi	22
2.10.c. Psikoeğitimin etkinliği	24
2.10.d. Psikoeğitimin amaçları	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Örneklem	27
3.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri	27
3.3. Dışlama Ölçütleri	27
3.4. Hasta İzlem Dosyası	28
3.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)	28
3.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	29
3.7. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ)	29
3.8. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BPIÖ)	29
3.9. Whoqol-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği	30
3.10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	30

3.11. COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeği	31
3.12. İşlem Yolu	31
3.13. İstatistiksel Yöntem	32
4. BULGULAR	33
4.1. Sosyodemografik Özellikler	33
4.2. Klinik Özellikler	34
4.3. Hastaların Tedavi Uyumluları Ve Etkin Doz İlaç Kullanımları	36
4.4. Psikoeğitimin Hastalar Üzerine Etkisi	37
4.4.a. Psikoeğitimin yaşam kalitesine etkisi	37
4.4.b. Psikoeğitimin sosyal destek algısına etkisi	37
4.4.c. Psikoeğitimin işlevselliğe etkisi	38
4.4.d. Psikoeğitimin yaşam olayları ile başa çıkma tutumlarına etkisi	39
4.4.e. Psikoeğitimin tedavi uyumuna etkisi	39
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇLAR	45
7. ÖZET	46
8. ABSTACT	47
9. KAYNAKLAR	48
10. EKLER	56
Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu	56
Ek 2. Hasta İzlem Formu	57
Ek 3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği	58
Ek 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	59
Ek 5. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları	60
Ek 6. Bipolar İşlevsellik Ölçeği	61
Ek 7. WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği	64
Ek 8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	67
Ek 9. COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeği	68
Ek 10. Hasta Onam Formu	72

KISALTMALAR DİZİNİ

AOT	Aile odaklı terapi
BPIÖ	Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği
BOS	Beyin omurilik sıvısı
CGI-BP	Clinical Global Impression for Bipolar Disorder
ÇA	Çevre Alanı
FSA	Fiziksel Sağlık Alanı
FSH	Folikül stimulan hormon
HDDÖ	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
KSA	Kültüre Standardize Alan
MHPG	3-metoksi-4-hidroksifenilglükol
MUÖ	Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği
NE	Norepinefrin
PSA	Psikolojik Sağlık Alanı
SİA	Sosyal İlişkiler Alanı
WHOQOL-Bref	DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
VMA	Vanilmandelik asit
YMDÖ	Young Mani Derecelendirme Ölçeği
YMRS	Young Mania Rating Scale

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. DSM- IV-TR ye göre Bipolar I bozukluk tanı ölçütleri	9
2.2. Hipomanik dönem DSM – IV- TR tanı ölçütleri	10
2.3. Manik dönem DSM – IV- TR tanı ölçütleri	11
2.4. DSM IV-TR depresif dönem tanı ölçütleri	12
2.5. Karma mani DSM-IV TR tanı ölçütleri	13
2.6. BPB II DSM IV-TR tanı ölçütleri	14
2.7. DSM-IV-TR’ye göre başka türlü adlandırılmayan BPB sınıflaması	15
4.1. Hastaların yaş ortalamaları	33
4.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	33
4.3. Hastaların öğrenim süreleri ortalaması	33
4.4. Tüm hastaların ortalama hastalık süresi ve başlangıç yaşları	34
4.5. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı	35
4.6. Hastalarda ilaç kullanım oranları	36
4.7. Hastalarda etkin dozda lityum ve valproik asid kullanım oranları	36
4.8. Hastalarda etkin dozda duydurum dengeleyici (lityum/valproik asit) kullanım oranları	37
4.9. Hastalarda Morisky ölçeğine göre tedavi uyum oranları	37
4.10. Whoqol-Bref alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	37

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.11. Hastaların sosyal destek algısının ortalama puanlarının karşılaştırılması	38
4.12. Hastaların Bipolar İşlevsellik Ölçek Puanları açısından karşılaştırılması	38
4.13. Hastaların COPE puanları açısından karşılaştırılması	39
4.14. Morisky tedavi uyumlarının karşılaştırılması	40

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozuklukta genetik ve nörobiyolojik temellerin giderek daha iyi anlaşılmasına, ilaç sağaltımındaki gelişmelere rağmen yineleme oranları yüksektir. Uzun süreli izlem verilerine göre, tam iyileşme gösteren hastaların oranı yalnızca %24'tür (1).

İyi ilaç uyumunda bile beş yıl içinde yineleme oranı %73'tür (2). Hastaların yaşamının yarısı boyunca hastalık belirtileri bulunmakta, okul, iş ve ilişkilerinde belirgin yeti yitimine neden olmaktadır (3). İki uçlu bozukluk sağaltımında ilaç uyumunun bozuk olması önemli bir sorundur ve hastaların ortalama %42'sinde saptanmıştır (4). İlaç uyumunun iyi olduğu sağaltımlar ile belirtilerde önemli ölçüde azalma sağlansa da yaşam kalitesi ve işlevsellikte benzeri düzelmeler saptanamamıştır (5,6). Günümüzde ilaç sağaltımları belirtilerin kaybolmasında etkilidir fakat yinelemelerin önlenmesi, hastalık yükünün azaltılması ve işlevselliğin geri kazanılmasında yetersizdir. Son yıllarda bu boşluğun çeşitli psikoterapi yöntemleriyle kapatılmaya çalışılması oldukça gündemdedir.

Hastalığın biyolojik temellerine eklenen stresli yaşam olayları, aile içi çatışmalar, sosyal ilişkiler, uyku uyanıklık döngüsünde bozulmalar, ilaç uyumunda bozukluk gibi tetikleyiciler yinelemelerin ortaya çıkmasında önemli rol oynar (7). Stres yatkınlık modelleri, iki uçlu bozukluğun etyopatogenezinde toplumsal, biyolojik ve psikososyal etkenler arasındaki etkileşimi vurgulayarak bütüncül bir biyopsikososyal model oluşturmuştur. Son 20 yıldır bu modelden yola çıkan, farklı unsurlara odaklanmasına rağmen iyilik halini uzatma, yinelemeleri engelleme gibi ortak amaçları hedefleyen terapi ekolleri gelişme göstermiştir. Hastalığın getirdiği yıkımla başa çıkma, içgörü kazanma ve psişik çatışmalara odaklanmayı benimseyen tarihi psikodinamik çalışmaların aksine, çağdaş yaklaşımlar aile üyelerinin de katılımıyla psikoeğitim, sağaltım uyumunu artırma, yinelemeleri önleme yöntemleri geliştirme, kişilerarası ilişkiler ve duygudurum arasındaki dengenin düzenlenmesi, uyku uyanıklık döngüsünün sağlanması gibi daha net hedeflere odaklanmıştır (8). Son 10 yılda ise ilaç araştırmalarında olduğu gibi psikososyal yaklaşımların etkililiklerinin değerlendirildiği kontrollü çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda etkililik ölçütü olarak yineleme hızında azalma (9-13), yinelemeye kadar geçen sürenin uzaması (14,15,16), hastaneye yatış sayı ve süresinde azalma (9,10,17,18) yaşam kalitesi ya da işlevsellikte artış (Perry ve ark. 1999, Bauer ve ark. 2006) gibi ölçütler kullanılmış, ikincil olarak ek ilaç alma

gereksiniminde azalma (14,19), özkıyım girişim oranı (20) gibi ölçütler incelenmiştir. Daha erken çalışmalarda psikososyal yaklaşımlar sadece hastanın bilgisi ve ilaç uyumundaki değişiklikleri araştırmıştır (14,21). Etkililikleri araştırılan psikososyal yaklaşımların hepsi ilaç sağaltımlarına ekleme ya da güçlendirme çalışmasıdır.

Yineleme ve iyileşmelerle süregelen bir seyir izleyen bipolar bozuklukta sağaltıma eklenen psikoterapötik yöntemlerin korumada olumlu sonuçlar verdiği bir süredir bildirilmektedir (22).

Eğitimsel gruplara yönelişin diğer bir nedeni de, pek çok hastalığın yüksek tekrarlama riski ve kronik nitelik taşımasıdır. Hastaların mükerrer yatış nedenleri; hastalığın reddi, yakınlarla ilişkilerde sorunlar, intihar düşüncesi, tedaviye uyumsuzluk, işle ilgili sorunlar ve diğer sosyal streslerdir. Tekrarlayan yatışları olan hastaların tedaviye uyumları kötüdür (25). Taburculuk sonrası ilaç tedavisi ile birlikte, iyi planlanmış psikososyal yardımların, bir yıl içinde tekrarlı yatışları dramatik olarak azalttığı saptanmıştır (26). Eğitimsel girişimler relapsları ve rekürrensleri azalttığı gibi, yaklaşmakta olan hastalık belirtilerinin daha iyi tanınmasına, böylelikle epizodların daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesini sağlamaktadır. Son bir neden de, eğitimsel yaklaşımların hastalara ve ailelere yardımcı olduğu yönündeki kanıtların artmaya başlamasıdır (27).

Son 10 yılda bipolar bozuklukta dört temel psikolojik yaklaşım geliştirilmiştir. Üçü (bilişsel-davranışçı terapi, kişiler arası sosyal ritim terapisi ve aile odaklı terapi) daha önce depresyon ve şizofrenide başarı ile uygulanmış kanıta dayalı yöntemlerin uyarlanmış halleridir. Dördüncü model Barselona grubu (Francesc Colom ve Eduard Vieta) tarafından yeni baştan geliştirilmiş modeldir. Bu yaklaşımları oluştururken 3 anahtar ilke benimsenmiştir: 1) Bipolar bozukluğun biyopsikososyal modeli vurgulanmalıdır; bu yolla farmakolojik ya da psikososyal tüm tedavi müdahaleleri hastaya mantıklı gelmelidir; 2) Program çekirdek psikososyal konuları hedef almalı ve müdahaleler kanıta dayalı olmalıdır (Bu nedenle diğer yaklaşımlara benzer biçimde çekirdek bileşenleri uyumu hedeflemelidir: tedavi uyumu ve madde kötüye kullanımının azaltılması, sosyal ritmin düzenlenmesi ve yinelemeyi önleme stratejileri) ve; 3) Program bireylere hastalıkla ilgili özgül ve seçilmiş bilgileri kullanıcı dostu bir biçimde verebilmeli ve etkili başetme becerilerini öğretmeli ve uygulayabilmelerini sağlamalıdır.

Eduard Vieta başkanlığında yaklaşık 11 yıldır Barselona Hastanesi psikiyatri klinğinde Barselona grubu adı ile psikoeğitimler verilmekte ve uzun süreli, kontrollü

izlem çalışmaları yapılmaktadır. Çalışmanın sonucunda psikoeğitimlerin hem manik hem de depresif yinelemeleleri azalttığı, hastaneye yatış ve süresini azalttığı gösterilmiş (9). Kişilik bozukluğu eş tanısı olan Bipolar hastalarda da grup psikoeğitimin yineleme önleme de etkili olduğu gösterilmiş (24). Aynı araştırma ekibi, ilaç uyumu oldukça iyi olan hasta grubunda da psikoeğitimin benzer sonuçlarını göstererek etkinliğin sadece ilaç uyumunu artırma yoluyla olmadığını ileri sürmüştür (10).

Buradan hareketle, bu çalışmada da DSM-4 TR kriterlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı almış hastalara psikoeğitim verilip, psikoeğitimden önce ve sonra olmak üzere ilaç uyumunun, işlevselliğin, yaşam kalitesinin, başa çıkma becerilerinin ve sosyal destek algısının karşılaştırılması planlanmaktadır. Ayrıca çalışmaya dahil edilen tüm hastaların verilen hasta izlem ölçeği aracılığı ile hastaneye yatış sayısı, geçirilen epizod sayısı, epizodların süresi gibi bilgiler kayıt altına alınacaktır. Bu çalışmanın devamı olacak şekilde 6 ay / 1 yıl izlem sonrasında benzer parametrelere tekrar bakılarak psikoeğitimin uzun vadedeki sonuçlarını araştırmak planlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı

Bipolar duygudurum bozukluğu belli bir düzen olmadan tekrarlayan manik, depresif ya da karma dönemlerle seyreden, dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (28). Bipolar duygudurum bozukluğunda önemli patoloji kişinin o anki emosyonel içeriğinin dışavurumu olan “duygulanım”da değil, kişinin sürekli içsel durumu olan “duygudurum”dadır (29).

2.2. Bipolar Bozukluğun Tarihsel Gelişimi

Bipolar bozukluk çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Klasik dönemde melankoli teriminin maniye göre sınırlarının çok daha iyi çizilmiş olduğu görünmektedir: Hipokrat öncesinde Crotona ve diğerlerinin, psikopatolojik süreçleri beden sıvılarıyla beynin etkileşimi şeklinde açıklama kuramına dayanarak, kara safra şeklinde adlandırılan, bir aşırı keder ya da benzeri mental bozukluklar durumu. Mani terimi ise, daha bulanık olarak, mitoloji ve şiirlerden kaynaklanan bir kökene ve çeşitli çağrışımlara sahipti: Bir olaya yönelik aşırı öfke ya da eksitasyon durumundan, biyolojik bir hastalık ya da kutsal bir duruma ya da hafif biçimleriyle bir kişilik özelliğine uzanan çok anlamlı bir kavram (30). Hipokrat’ın melankoliyi, ‘kara safranın beyin üzerindeki etkisiyle ruhun kararması’ şeklinde tanımlamasıyla, ilk kez, akıl hastalığı ile beyin biyokimyası arasında bir ilişki kurulmuş olması bir gerçek ise de, modern mani kavramına en fazla yaklaşan (öfori, grandiyözite, psikomotor eksitasyon, irritabilite, psikotik özellikler), üstelik mani ve melankoli etiyolojilerinin aynı ve bunların tek bir hastalığın iki farklı görünümü olduklarından söz eden kişi Kapadokya’lı Aretaeus oldu. Bu nedenle Aretaeus iki uçlu bozukluğun ilk babası sayılabilir (31). Nitekim, onun görüşleri 18.yy’a kadar genelde bilimsel alana hakim olmuştur.

Onsekiz ve 19.yy’da, akıl hastanelerinin ortaya çıkması hastaların sistematik olarak incelenmesine olanak sağladı. Esquirol 1840’da, günlük söylemde “yüceltilmiş bir keder alışkanlığı” anlamında kullanılmakta olan melankoli teriminin, şairlere bırakılarak terk edilmesi gerektiğini, bu bozukluğun aşırı bir kederle ilişkili bir beyin hastalığı olup, altında da temelde bir ‘afektif bozukluğun’ yatıyor olabileceğini söyleyen

ilk psikiyatr oldu. Bu görüş, Anglo-Sakson literatürüne Henry Maudsley'in 'afektif bozukluklar' terimiyle geçti. Griesinger 1845'de, melankoliden maniye geçişlerin altını çizdi ve mevsimsel afektif değişimleri vurguladı. Delasiauve, bu halin depresyon duygusunun sürekli ve aşırı olmasından ibaret olduğunu söyleyerek, 'depresyon' terimini teknik anlamda ilk kez kullanan kişi oldu (32). Bu terim giderek yaygınlaştı ve yüzyılın sonunda 'mental depresyon' terimi, melankolinin yerine geçmeye başladı. Ancak, modern iki uçlu bozukluk kavramının doğuşunu sağlayan ve onun asıl babası olarak görülen kişi Falret oldu. Falret, 1851'de 'folie circulaire' adını verdiği ve manik, depresif ve süresi belirsiz normal ara dönemler şeklinde gidiş gösteren bir hastalıktan söz ederek, iki uçlu bozukluğu ayrı bir hastalık antitesi olarak ortaya koyan ilk kişiydi. Üç yıl sonra Baillarger, Falret'in kavramına benzer ama interval varlığını önemsiz gören 'folie a double forme'u tanımlayarak, Falret'e karşı çıktı. Bu konuda tartışmalar sürerken 1863'de Kahlbaum Falret'i destekledi ve 1884'de 'circular insanity' kavramının genelde kabullenildiğini bildirdi (33).

Bu gelişmelerin sınıflandırmaya yansıması ise, Avrupa'da 18. yy sonlarına kadar Hobbes'un "bağlantıcılık ve bağlantı psikolojisi" yoluyla, sonraları da Kant ve Stewart'ın başını çektiği "fakülte psikolojisi" görüşü ile oldu. Pinel ve çağdaşları gibi psikiyatrlar bağlantıcılığı terk ederek fakülte psikolojisine dönünce, günümüzde de etkisini hala sürdüren 19. yy'ın ilk temel sınıflandırması ortaya çıktı: Zihinsel işlevler, zeka ile ilgili "entellektüel", duygularla ilgili "emosyonel" ve istençle ilgili "volisyonel" fakülteler şeklinde ayrıldı. Daha sonraları Berrios, ilk grubun şizofreni ve paranoya ile, ikinci grubun duygudurum bozuklukları, üçüncü grubun ise psikopati ile ilişkili olduğundan söz etti (34). Böylece Linneus'un klasik sınıflandırma tarzının yerini daha ampirik, belirtilerin birbiriyle kıyaslanmasına dayalı, dağılım sıklığını ve etiyolojiyi tartışan, giderek buna zaman boyutunu da katan bir yaklaşım oluştu. Doğal olarak da organik bakış ve genetik öne çıkmış oldu. Öte yandan karşı görüş ise, akıl hastalıklarının aslında tek bir hastalığın zaman içinde farklı klinik görünümeler şeklinde ortaya çıkmasından ibaret olduğunu ileri sürmekteydi. Bu yüzyılın duygudurum bozukluklarının değerlendirilmesine şu katkıları oldu: a) Hastalık salt bilişsel veya entelektüel değil ama onların da katkısıyla, temel olarak bir duygulanım hastalığıdır. b) Döngüsel ve yineleyicidir. c) Beyinde bir izdüşümü vardır. d) Genetik özelliği belirgindir. e) Endojen niteliktedir. Böylece, 1899'da ilk kez "Manik-Depresif Hastalık" teriminin kullanılması bir yüzyıldan diğerine geçişe de tesadüf etmiş oldu (33).

Pinel “Nosografi” adlı kitabında maniye tarif ederken ilk kez hezeyanlı ve hezeyanlı olmayan iki ayrı tabloda söz etmiştir. Heinroth ise dört tip mani tanımlamıştır: Simplex (saf öfke), ecstática (delilik), ecnoa (öfkeye eşlik eden delilik-folly) ve catholica (adi öfke) (34).

Hastalığın melankoli ucundaki gelişmeler de hemen hemen maniye koşut seyretmiştir. Geçen yüzyıl başlarında daha fizyolojik bir terim olan depresyon, bazen melankoli ile eş anlamlı, bazen de birbirlerinin belirtisi olarak kullanılmaya başlanmıştır (32). Birçoklarının aksine Kraepelin, depresyonu bir belirti olarak değil, depresif durumlar başlığı altında bir kategori olarak kullanmıştır (35).

Tüm bu tartışmalara noktayı koyan ise, 1921’de Kraepelin olmuş ve bu üç hastalık (biri de sonradan önemini yitiren amentia’dır) durumu arasında farklılık olmadığını, hastalığın periyodik seyirli ve döngüsel nitelikte olduğunu söylemiştir. Modern psikiyatrinin babası sayılan Kraepelin, önce 1896’da endojen psikozları, dementia praecox ve manik-depresif delilik olarak ikiye ayırmış, 1899-1915 arasındaki uzunlamasına gidiş gözlemi sonunda, tüm melankoli ve mani biçimlerini ‘manik-depresif hastalık’ başlığında birleştirirken, hastalığın tam düzelen ara dönemlerle gittiğini, bu gidiş sırasında hastaların çok farklı hastalık biçimleri sergileyebildiğini ve hastalığın ailesel yüklülük gösterdiğini vurgulamıştı (35). Böylece Kraepelin, o zamana kadar parçaları üzerinde çalışılan mozaik tabloya uzaktan ve birleştirici bir bakışla yaklaşmış oluyordu.

Falret’den de 150 yıl kadar sonra, 1966 yılı iki uçlu bozukluk için ‘yeniden doğma’ yılı oldu: O yıl Angst ve Perris’in bağımsız çalışmaları (31), manik-depresif bozukluğun homojen olmadığını, tek uçlu gidişli bir depresif bozukluğun, genetik, cinsiyet, gidiş ve premorbid kişilik özellikleri açısından ‘iki uçlu gidişli’ manik-depresif hastalıktan farklı olduğunu ortaya koydu. Perris’in çalışması, tek uçlu maninin ise, genetik olarak iki uçlu bozuklukla yakın ilişkide olduğunu, bu nedenle iki uçlu bozukluğun bir artefaktı gibi görülmesinin daha doğru olacağını ileri sürmekteydi (37). Fakat ilk kez Falret’nin mani ve aile öyküsünün varlığı ile ayrıştırdığı manik-depresif hastalık kavramı, “iki uçlu bozukluk” olarak betimleyici yaklaşımın temelini oluşturan ICD ve DSM sistemlerindeki yerini ancak 1980’lerde aldı (36). Böylece, geçen yüzyıl duyudurum bozukluklarının sınıflandırılması konusundaki gelişmelerin hızla biçim aldığı dönem oldu.

Geçtiğimiz yüzyılda duygudurum bozuklukları alanında yaşanan pek çok gelişme arasından ikisi öne çıkmaktadır: 1. Manik-depresif ve şizofrenik durumlar arasında ayırım yapılması; 2. Sağaltımı için özgül ilaçların geliştirilmiş olması. Avrupa'ya kıyasla Amerika'da 60'lı, 70'li yıllara kadar şizofreni tanısı gereğinden fazla, mani tanısı ise daha az konuluyordu. Bu yıl 60. yılını kutladığımız lityum tuzunun önce manik hastalardaki huzursuzluk ve aşırı uyarılmışlığı azaltması, ardından da hastalığın ortaya çıkışını engellemesi, bu maddenin bir psikiyatrik hastalık için özgül olan ilk farmakoterapötik ajan olarak algılanmasına da neden oldu (38,39). Dahası, Amerika'da 1969'da kullanılmaya başlaması ile psikiyatrların mani ve şizofreniyi ayıracak özelliklere dikkat etmesine ve tüm psikozların "şizofreni" olarak kategorize edilmesinin azalmasına büyük katkıda bulundu.

2.3. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar bipolar duygudurum bozukluğunun toplumun önemli bir kesimini etkilediğini ve önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir (40).

Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4 arasında değişmektedir. Bipolar II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise %0.3-3 ve siklotiminin yaşam boyu yaygınlığı ise %0.5-6.3 arasındadır. Tüm bipolar bozukluk spektrumu için verilen yaşam boyu yaygınlık oranının %2,6-7,8 arasında; nokta yaygınlık oranının ise %0.4-0.5 arasında olduğu belirtilmektedir (40).

Bipolar bozukluğun başlangıç yaşı sıklıkla 20 civarındadır. Bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşları birbirine yakındır (41). Ailesel öyküsü olan bipolar bozukluk hastalarında başlangıç yaşı daha erkendir. İleri yaşlarda ise daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak bipolar bozukluk ortaya çıkmaktadır (42).

Görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. Kadınlarda bipolar II bozukluk, karma disforik mani, atipik klinik görünümlü bipolar depresyon ve hızlı döngülü bipolar depresyon gibi bipolar bozukluk alt tiplerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Erkeklerde başlangıç en sık manik dönemle olur (41).

Risk etkenleri arasında bekâr olmak, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak önemlidir. Çalışmalarda bipolar I bozukluk ile düşük sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkinin zayıf olduğu bulunmuştur. Bipolar II bozuklukta ise farklı olarak eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey toplum ortalamasının üzerindedir (40).

Bipolar duygudurum bozukluğu, hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş göstermekle birlikte, mani yaz mevsiminde, depresyon ise ilkbahar ve sonbaharda daha sık görülür. Mevsimsel seyir %20-25 oranında görülür (40).

2.4. Etiyoloji

Genetik nedenler

BPB’ta genetik geçişin önemi çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (48,49). Aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü destekler (50) BPB ve MDB birlikte ele alındığında, monozigot ikizlerdeki konkordansın (%79.5), dizigot ikizlerden (%23) 3.5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Monozigotlarda konkordansın tam olmaması, penetransı tam olmayan gen ve çevresel nedenlerin rolünü düşündürmektedir (51,52).

Evlat edinme çalışmalarında biyolojik ana-babada hastalık oranı, evlat edinen anababadan yüksek bulunmuştur (53). Biyolojik ana-babadaki riskin, BPB için üç, MDB için iki, özkıyım için altı kat artmış olduğunu göstermiştir.

Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır. Ancak bunun çok sayıda genle ilişkili olduğu, bunlardan bazılarının hastalığa yatkınlık için daha fazla bir etkinlikte olduğu ve çevresel faktörlerin sorumlu olduğu karmaşık bir geçiş düşünülmüştür. Bulgular; BPB’un klasik mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını birden fazla geni ilgilendiren (polimorfikpoligenik) ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir (44,46,48,49,50,54).

Biyokimyasal nedenler

Biyokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Patofizyolojide norepinefrin (NE) ve serotonin (5HT) üzerinde durulmaktadır. Manide NE aktivitesinde artış vardır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (55). Serotonerjik sistemin BPB’taki rolü, lityumun serotonerjik sistem üzerindeki etkisi nedeniyle gündemde kalmaktadır. Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyonda düştüğü,

manide yükseldiği düşünülmektedir. L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniye tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir (40,52). Dopaminerjik-noradrenerjik aktivasyonda artış ve noradrenerjik- kolinerjik sistemler arasındaki denge bozukluğu (kolinerjik yetersizlikten) manide görülen biyokimyasal süreçlerdir.

Melatonin nokturnal sekresyonunun düşüklüğü, triptofana yetersiz prolaktin yanıtı, folikül stimulan hormon (FSH) bazal salınımı ve erkeklerde testosteron seviyesinin düşüklüğü, kortizol salınımının sirkadiyan ritminde bozulma bildirilen nöroendokrin düzensizliklerdir. Çok sayıda çalışmada hızlı döngülü bipolar hastalığı olanlarda klinik ve subklinik tiroid hastalığı yaygınlığı araştırılmış ve çoğunda subklinik hipotiroidi bulunmuştur.

Hızlı döngülü hastalarda tiroperoksidaz otoantikorları yüksek saptanmıştır.

Psikososyal etkenler

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi duyarlılaşma modelinin geliştirilmesine neden olmuştur (43,47,56,57). İlk atağı genellikle önemli bir yaşam olayı kamçılar, fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonuna neden olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelenmesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını (45) kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (58).

2.5. Bipolar Bozukluğun Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikler

DSM – IV -TR BPB I tanı ölçütleri Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. DSM- IV-TR ye göre Bipolar I bozukluk tanı ölçütleri.

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

Hipomanik Dönem

DSM-IV- TR'ye göre hipomanik dönem tanı ölçütleri Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Hipomanik dönem DSM – IV- TR tanı ölçütleri.

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

Manik dönem klinik özellikleri

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

Taşkınlık, öfke, saldırganlık hastaların %75'inde görülür. Dikkati yoğunlaştırma ve sürdürme bozulmuştur. Hastaların %75'inde sanrılar vardır. Sanrı ve varsanılar duyguduruma uygun olabileceği gibi uygunsuz da olabilir. Psikomotor hızlanma, uyku gereksiniminde azalma, cinsel istekte artış vardır (59,60,61). DSM IV- TR'ye göre manik dönem tanı ölçütleri Tablo 2.3'de gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Manik dönem DSM – IV- TR tanı ölçütleri.

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

Depresif Dönem

Bipolar depresyonla, unipolar depresyon arasında çeşitli klinik farklar tanımlanmıştır.

Psikomotor retardasyon; değersizlik, değişmeyen duygudurum ve belirgin anhedoni gibi melankolik belirtiler; hipersomnia ve kurşun paralizisi gibi atipik belirtiler; psikotik özellikler bipolar depresyonda daha sık görülür. Anksiyete, başlangıç uykusuzluğu ve başkalarını suçlama unipolar depresyona oranla daha az görülür. Depresyonlu hastalarla yapılan 11 yıllık izlem çalışmasında BP I bozukluğa dönüşmüş olanların, MDB tanısında kalanlara göre ilk depresif ataklarında psikotik özelliklerin ve hastaneye yatışların daha fazla olduğu gösterilmiştir (62). Unipolar depresif hastalarla karşılaştırıldığında, bipolar depresif dönemlerin daha kısa sürdüğü bildirilmektedir. Erken başlangıç yaşı, daha sık depresif dönemler, atağın akut başlaması ve hızlı sonlanım bipolar depresyonda daha sık görülür (63). Tanımlanan klinik farklar patognominik değildir ve uzunlamasına seyri katmaksızın tek başına klinik özelliklerden bipolar / unipolar depresyon ayrımını yapmak olanaksızdır. Bir depresyon dönemi ne

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

DSM – IV- TR depresif dönem tanı ölçütleri Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 2.4. DSM IV-TR depresif dönem tanı ölçütleri.

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

Karma manik dönem (disforik mani)

Karma mani, en az bir hafta süren hem manik, hem de depresif dönem belirtilerinin birlikte bulunduğu dönemdir (59). Hasta hızla değişen duygudurum dalgalanmaları yaşar. Tanısal açıdan en önemli nokta mani sırasında görülen sendromal depresyon için DSM- IV-TR’de belirtilen eşiğin karma mani tanısı için çok kısıtlayıcı olduğu doğrultusunda uluslararası bir uzlaşma sağlanmış olmasıdır (64,65,66). Karma mani tanısının koyulabilmesi için mani sırasında Mc Elroy ve ark. (1992), üç veya daha

fazla, Akiskal ve ark. (1998), en az iki, Swann ve ark. (1997), en az bir depresyon belirtisinin yeterli olacağını önermişlerdir (65,67).

BP I hastalarının %40'ının hastalığın gidişi sırasında karma durum geliştirdikleri bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık görülür (65,68). Alkol ve madde kötüye kullanımı tabloya sıklıkla eşlik eder. Konfüzyon ve duygudurumla uyumsuz psikotik belirtiler daha sık görülür (69,70). Özkıym davranışı ciddi bir risk oluşturur (71). Mani hastalarıyla karşılaştırıldığında karma mani hastalarının depresif mizaç özellikleri daha fazladır. Karma dönemlerin süresi yalın manik dönemlerden daha uzundur ve sağaltımı güçtür (72). Buna rağmen karma manik dönem yaşayan hastaların sonlanımları karma manik dönem yaşamayan hastalardan daha kötü bulunmamıştır. Alkol ve madde kötüye kullanımı ve erken hastalık başlangıcı gibi etkenlerin karma ve disforik mani riskini artırdığı düşünülmektedir. Erken başlangıçlı BPB olan kadınlar, karma mani açısından özellikle risk altında olabilir. Karma mani'de valproik asit ve atipik antipsikotiklere yanıt daha iyidir (67).

DSM – IV- TR karma mani tanı ölçütleri Tablo 2.5'te gösterilmiştir.

Tablo 2.5. Karma mani DSM-IV TR tanı ölçütleri.

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

BP I bozukluk tanı ölçütleri

DSM IV-TR sınıflandırmasına göre bipolar I bozukluk tanısı koyabilmek için bir manik ya da karma dönemin yaşanmış olması gerekli ve yeterlidir.

Bipolar II bozukluk

Bir ya da daha çok major depresif dönemin yanı sıra, en az bir hipomanik dönemin yaşandığı bir klinik tablodur. Kadınlarda fazladır. Hızlı döngülü bir gidiş bipolar II de daha sıktır. Tanı ölçütleri Tablo 2.6'da verilmiştir.

Tablo 2.6. BPB II DSM IV-TR tanı ölçütleri.

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

Başka türlü adlandırılmayan BPB

Bipolar özellikler gösteren fakat herhangi bir özgül BPB'un tanı ölçütlerini karşılamayan klinik tablolarıdır. Klinik pratikte sıkça görülmelerine rağmen, bu konuyla ilgili literatür görece olarak azdır. Yineleyici kısa hipomani, ultra hızlı döngülü BPB, Histeroid disfori ve BPB'un birincil ya da ikincil olduğunun anlaşılamadığı durumlar bu kategoride yer alır.

Yineleyici Kısa Hipomani: Dört günden kısa süren hipomanik tablolarıdır. Yineleyici kısa depresif bozukluğun hipomanik karşılığı olarak düşünülebilir. Klinik olarak, depresyonun eşlik etmediği yineleyici hipomanik dönemler şeklinde olabileceği gibi, süregelen depresif belirtilerin yanı sıra kısa süreli olduğu için siklotimik bozukluk tanısını karşılamayan durumlar olarak görülebilir.

Ultra Hızlı Döngülü BPB: Hipomanik ve manik veya depresif dönemler birkaç günde bir hızla değişir. Yaşanan dönemin tanı ölçütlerini karşılayan fakat gerekli süre ölçütünü karşılamayan durumlardır. Çoğu hastada değişim, belli bir düzende meydana gelir. Hastalardaki dönemler siklotimide olduğundan daha büyük amplitüdlere ve daha belirgin bozulmalara yol açar. Bu hastaların klinik olarak idaresi güçtür.

Histeroid Disfori: BP II bozukluğun siklotimik- irritabl özellikleri olan bir varyantı olarak düşünülebilir. Bu hastalara sıklıkla sınırda (borderline) kişilik olarak tanı konmaktadır.

Psikotik bozukluklar üzerine oturmuş manik ya da karma dönemler: Bipolar bozukluğun birincil ya da ikincil olduğunun anlaşılamadığı durumlardır (73,74).

DSM-IV-TR'ye göre başka türlü adlandırılmayan BPB sınıflaması Tablo 2.7'de verilmiştir.

Başka türlü adlandırılmayan BPB kategorisi herhangi bir özgül BPB ölçütlerini karşılamayan, bipolar özelliklere sahip bozuklukları içermektedir. Örnekler aşağıda sıralanmaktadır:

Tablo 2.7. DSM-IV-TR'ye göre başka türlü adlandırılmayan BPB sınıflaması.

1. Manik, hipomanik veya depresif dönem için asgari süre ölçütünü karşılamayan ancak belirti eşiği ölçütünü karşılayan, manik ve depresif belirtiler arasında hızlı değişimler (günlerce).
2. Arada tekrarlayan depresif belirtiler olmaksızın yineleyici hipomanik dönemler.
3. Sanrısız bozukluk, rezidüel şizofreni veya başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş manik veya hipomanik dönem.
4. Kronik depresif belirtilerle birlikte giden, siklotimik bozukluk tanısı için fazla sık gözlenen hipomanik dönemler.
5. Hekimin BPB olduğuna karar verdiği, ancak birincil mani veya genel tıbbi duruma bağlı mı veya madde kullanımının mı yol açtığını belirleyemediği durumlar

Bipolar bozuklukta gidiş göstergeleri

Olumlu Göstergeler

- Mani dönemlerinin baskın olması
- Hasta ve ailesinin tedaviye uyum göstermesi
- İyi dönemlerinin uzun sürmesi
- Aile, iş ve uğraşı koşullarının olumlu olması
- Ailede düşük duygu dışavurumu

Olumsuz Göstergeler

- Erken başlangıç
- İleri yaş
- Ara dönemde kalıntı mani ve depresyon belirtilerinin varlığı
- Eşlik eden başka psikiyatrik bozukluk bulunması
- Geçirilmiş mani dönemlerinin sayısının 10'dan fazla olması
- İlk hastalık döneminin mani ya da karma dönem olması
- Karma dönemler
- Alkol ve ilaç/madde alışkanlıklarının bulunması
- Depresif dönemlerinin uzun sürmesi
- Hızlı döngülülük

- Kişilik bozukluğu ek tanısı
- Ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü
- Ailede duygu dışı vurumunun yüksek olması

2.6. Bipolar Bozuklukta Psikolojik Müdahaleler

Kronik ve nüksedici (recurrent) bir seyri olan bipolar bozukluk, kendine zarar verme ve özkıyım davranışı açısından yüksek risk taşıyan ve sosyal açıdan kişiye önemli derecede zarar veren bir bozukluktur (75). Bipolar bozuklukta duygusal, bilişsel ve davranışsal sorunlar, uzun dönem süren ve bir ucunda depresyon öteki ucunda öfori, iritabilite, ajitasyon ve psikotik belirtilere kadar uzanan bir yelpazeye yayılmaktadır. Pek çok bipolar hasta döngüsel belirtilerden ve yaşam boyu devam eden çoklu depresif ve manik ataklardan yakını. Ayrıca, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı ve kişilik bozukluklarıyla olan yüksek birliktelik bipolar bozukluğun heterojen yapısını daha da karmaşık hale getirmektedir.

Gerek bozukluğun akut dönemlerindeki belirtiler gerekse remisyon dönemlerinde yaşananlar, kişinin hayatının her alanına yayılan ve yaşam boyu devam eden bozucu bir etkiye sahiptir. Angst ve Sellaro bipolar bozukluk yaşayan kişilerin, bozukluğun başlangıcından itibaren hayatlarının %20'sini hastanede geçirdiklerini, bipolar atakların %50'sinin ortalama olarak 3 ay sürdüğünü (2-7 ay), ataklar arası aralıkların bozukluk ilerledikçe kısaltmaya başladığını ve yılda ortalama 0.4 atak görüldüğünü belirtmişlerdir (76). Perlis ve arkadaşları, Bipolar Bozukluk için Sistematiik Tedavi Geliştirme Programı (Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder) çalışmasında ara dönemlerde eşik altı belirtilerin devam etmesi ve eşlik eden başka bozuklukların olmasının (anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları veya madde kullanımı) sık rastlanan bir durum olduğu ve yineleme riskini arttırdığı bulunmuştur (77). Ayrıca Keck, hastalar remisyon dönemlerinde eski işlevsellik düzeylerine dönseler bile, yine de önemli ölçüde duygudurum dalgalanmaları yaşadıklarını ve bu nedenden ötürü mesleki ve sosyal işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini bildirmiştir (78). Öyle ki hastaların sadece %40'ı bozukluk öncesi işlevsellik düzeylerine dönebilirken, %25-35'inde kısmı bozulma ve %25-35'inde de önemli ölçüde işlev yitimi gözlenmiştir (78,79).

Bozukluğun remisyon dönemlerinde işlev bozulmasının farklı yoğunlukta devam ediyor olması, işlev bozulmanın kişinin hayatındaki pek çok alana yayılmış olması ve bozukluğun kronik seyri, kişinin bu bozuklukla yaşamayı, başa çıkmayı, önlem almayı ve ilaç tedavisine uyumu öğrenmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla bu bozuklukta ilaç tedavileri belirtilerin kontrolü için gerekliken, psikolojik müdahaleler ilaç tedavisine ve hastalığa uyum, hastalıkla birlikte yaşama ve hayat tarzını düzenleme açısından önemli görünmektedir.

Günümüzde uygulanan psikolojik müdahaleler; kişilerarası sosyal ritimler tedavisi, aile odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi, aile odaklı terapi ve psikoeğitim şeklinde gruplandırılabilir.

2.7. Kişilerarası Sosyal Ritim Tedavisi

Klerman ve Weissman'ın (1984) tekrarlayıcı depresyon için uyguladığı kişilerarası terapi modelinin Frank ve ark. (2000) tarafından iki uçlu hastalara uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır. Duygudurum bozukluklarını açıklamaya yönelik psiko-kronobiyolojik kuram (80,81,82) ile Goodwin ve Jamison'un (1990) iki uçlu hastalar için düşündüğü düzensiz yaşam modelinden esinlenerek stresli yaşam olayları ilişkisi üzerine gelişmiş bir terapidir. Psikolojik ve kronobiyolojik faktörler, biyolojik saati etkileyerek alevlenme dönemlerini tetikleyebilir. Bu görüşleri temel alan KASRT'nin sosyal ritmi dengeleyip, yinelemeleri ve duygudurum belirtilerini azalttığı ileri sürülmüştür.

Bu yöntem, en azından semptomatik aşamada kişiliği yeniden inşa etme çabasında değildir, fakat yeniden doğrulama, duygusal durumların aydınlatılması, kişilerarası iletişimlerin geliştirilmesi, algıda nesnellik ve kişilerarası durumlarda yeterli performansı gösterme gibi becerilere vurgu yapan bir yaklaşımdır.

KASRT, psikoeğitimin yanında kişilerarası ilişki sorunlarını çözmek için bilişsel davranışçı teknikleri de kullanır.

Hastalar KASRT'ni, akut dönemden hemen sonra dört evrede alır: İlk evrede geçmiş hastalık dönemleri ve hastanın kişiler arası ilişkilerinin yapısı, temel sorun alanları incelenir, sosyal ritimleri ölçülür, psikoeğitim ile sosyal ritimler düzenlenir. İkinci evrede terapist ve hasta, günlük yaşamının düzenlemesinde, kişiler arası ilişkilerde hastalık dönemleri ile ilişkili sorunlu noktaların çözümü için birlikte çalışır. Üçüncü evrede amaç hastanın daha bağımsız ve KASRT'nin işaret ettiği noktalarda daha yetkin

olmasıdır. Sonlanma evresinde ise, hastanın işlevselliğinin gelişmesi ile bağımsız yaşama becerisi ve yinelemeleri önleme yöntemlerini kullanması hedeflenir.

Bu teknikle yapılan ilk araştırmalar ümit verici olsa da, yinelemeye kadar geçen süre üzerine etki, kişilerarası problemler, ilaç uyumu gibi konularda net olmayan sonuçlar vermiştir (84,85). Karışık bir desende planlanmış akut ve sürdürüm döneminde KASRT'nin etkililiği araştırmasında (20), majör depresif dönem yaşayan hastalardan terapi alanların daha hızlı iyileşme eğiliminde olduğu, KASRT'nin özkıyımı önleme de etkili olduğu, ama yineleme hızı üzerinde etkisi olmadığı gösterilmiştir. Frank ve ark. (2005) seçkisiz kontrollü bir çalışmada KASRT ve yoğun klinik izlemin akut ve idame dönemindeki etkilerini 2 aşamalı karşılaştırmış. Akut dönemde alevlenme belirtileri yatışana kadar geçen süre farklı olmasa da KASRT alanların daha sabit sosyal ritim ve idame döneminde daha düşük yineleme gösterdikleri saptanmıştır. KASRT'nin hastaların mesleki işlevselliğine daha hızlı dönmesine katkıları olduğu da gösterilmiştir (86). Kuramsal temelleri anlaşılabilir bu modelin uygulamasında deneyim, zaman ve bütçe gibi donanım zorlukları vardır.

2.8. Aile Odaklı Terapi

Aile odaklı terapi (AOT) modeli, Goldstein ve Miklowitz (1997) tarafından geliştirilmiş olup, psikoeğitim yönelimli bir tekniktir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, uyarıcı işaretleri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği geliştirmeyi hedefler.

Akut dönemin hemen ardından başlatılır. 3 modül halinde toplam 21 seans, 9 ay devam eder. İlk modül psikoeğitim ağırlıklıdır, ikinci modülde iletişimi geliştirme alıştırmaları yapılır, son modülde ise problem çözme teknikleri kullanılır.

Şimdiye kadar, bir dizi çalışma ilaç tedavisi ile birlikte yürütülen aile müdahalelerinin bipolar hastaların sonlanımlarını iyileştirmede etkili bir araç olduğunu göstermiştir. İlk çalışmada (Rea ve ark. 2003) AOT ve aynı süre ile verilen bireysel terapi ile karşılaştırılmış, birinci yıl sonunda yineleme hızları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Fakat terapinin sonlandırılmasından sonra AOT alan grupta daha az

yineleme, hastane yatışı ve yinelemeye kadar daha uzun bir süre geçtiği saptanmıştır. Daha geniş bir seride (Miklowitz ve ark. 2003), yüksek duygu dışavurumu olan bir ortamda yaşayan hastalar, ilaçla sağaltıma ek olarak kriz yönetimi ya da AOT almış, 2 yıllık izlem sırasında AOT alan grupta daha az yineleme, daha iyi ilaç uyumu ve yinelemeye kadar geçen sürenin daha uzun olduğu gözlenmiştir. Bu çalışmada AOT'nin depresif dönemleri önlemede etkisinin mani dönemlerini önlemeye göre daha belirgin olduğu saptanmıştır. Depresif dönemleri önlemedeki etkinin hasta ve yakınları arasındaki iletişimin artmasıyla olduğu düşünülmüştür. Kısıtlı etkililik gösterdiği mani dönemlerinin önlenmesinde ise, ilaç uyumunda artış önemlidir.

Çoğul aile tedavilerinin daha ekonomik olduğu ve depresif belirtiler üzerinde daha etkili olduğu Miller ve ark. (87,88) tarafından da gösterilmiştir. İki uçlu bozukluğun akut depresif ya da eşik altı depresif belirtilerini yaşayan ergenlere AOT verildiğinde, bunların kısa psikoeğitim alan hastalara göre depresyondan daha erken çıktığı ve 2 yıl içinde daha az depresif zaman geçirdiği saptanmıştır (16). Bu grupta mani belirtileri üzerinde AOT yine etkili olmamıştır. Solomon ve ark. (89) ilaç sağaltımına ek olarak bireysel terapi alan aileleri, grup terapisi alan aileler ve sadece ilaç sağaltımı alan kontrol grubunu karşılaştırmış. 28 ayda yineleme hızı ve yinelemeye kadar geçen süre açısından her üç grupta fark olmamasına rağmen, hastane yatışının grup halinde aile terapisi alan hastalarda daha az olduğunu saptamışlardır. Hasta sayısının kısıtlı olduğu bu çalışmada, grup halinde alınan aile terapilerinin hastane yatışı üzerine etkililiği gösterilse de, yineleme hızı için gösterilememiştir.

AOT'nin yüksek duygu dışa vurumunun olduğu ailelerde daha yararlı olması beklenmekle birlikte hangi modülünün sağaltımda önemli olduğu, ya da hangi hastalara verilmesi gerektiği gibi konular henüz yanıtlanmamıştır.

2.9. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel-davranışçı müdahaleler, duygudurum bozukluklarının tedavisinde uzun yıllardır yaygın olarak kullanılan, etkinliği özellikle unipolar depresyonda defalarca gösterilmiş bir terapi modelidir.

Bilişsel-davranışçı terapide hastalıkla ilgili olumsuz otomatik düşünceler ve hastalık günceleri üzerinde çalışır. İki uçlu bozukluk hastaları için, bilişsel terapiler 20–25 seanslık bir programa uyarlanmıştır. Psikoeğitim, yineleme önleme, işlevsel olmayan

düşünce ve inanışları düzeltme, ilaç uyumunu arttırma, sosyal ritmi sabitleştirme, stres yönetimi, duygudurum dalgalanmalarını tanıma ve baş etme gibi unsurlar ele alınır (91,92,93).

Bu terapi modeli ile ilgili ilk örneklerden biri olan pilot çalışmada (93), ilaç sağaltımı altında 22 seans bilişsel terapi alan hastaların, 6. ayda kontrollere göre genel işlevselliğinde düzelme ve depresif belirtilerinde azalma saptanmıştır. Bir yıllık izlemde bilişsel terapinin mani yinelemesinde etkisi az olsa da, tüm dönemlerde kontrol grubuna göre daha az yineleme saptanmıştır. Lam ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir başka çalışmada (11), 12-20 seans bireysel bilişsel ile 12 aylık izlemde daha az hastada yineleme olmuş, hastalık dönemi daha kısa sürmüş, hastalar aylık duygudurum sorgulamasında daha az belirti bildirmiş, daha iyi ilaç uyumu göstermişlerdir. Aynı hasta grubunun 30 ay izlendiği takibeden çalışmada ise (42), BDT'nin mani yinelemelerini önlemediği ama depresif yinelemeleri azalttığı saptanmıştır. Lam'ın (92) iki uçlu bozuklukta uyguladığı terapi, Beck tarafından geliştirilen geleneksel bilişsel terapiden biraz farklı olup, gece-gündüz ritmini düzenlemek, hastalık dönemini tetikleyecek aşırılıklardan kaçınmak, erken belirtileri tanımak, yönetmek ve yinelemeyi engellemek gibi pek çok psikoeğitim unsurunu kapsar.

Birçok depresyona girmiş bipolar hastada unipolar depresyon olgularının tipik olan bilişsel çarpıtmalarının bulunmadığı fakat duygusal bir boşluk ya da boş duygudurum hissine sahip olabilecekleri unutulmamalıdır. Depresif bipolar hastalarının gerçek gereksinimlerine yanıt verebilmek için, bipolar depresyonun psikoterapisinde bilişlerden çok davranışlara vurgu yapılmalıdır (90).

Ball ve ark. (94) seçkisiz kontrollü, 6 ay süreli bilişsel terapi alan hastalarda depresif yinelemeye kadar geçen sürenin daha uzun olduğunu, işlevselliğin ve hastaların denetiminin daha iyi olduğunu saptamıştır. 18. ayda bu farkın kaybolması, destekleyici ek terapi seanslarının gerekliliğini göstermiştir.

Scott ve arkadaşlarının (13) BDT yöntemini standardize ederek gerçekleştirdiği bir çalışmada çok sayıda hastalık dönemi geçirenlerde hastalığı önlemede çok etkin olmadığı gösterilmiştir, bu sonuç psikososyal yaklaşımların hastalığın erken aşamasında başlatılması gerektiğini desteklemektedir.

2.10. Psikoeğitim

Psikoeğitim; hasta ve ailesi için; bilişsel, davranışçı ve psikososyal tedavi yaklaşımları; başa çıkma becerilerinin kazandırılmaya çalışıldığı süreci anlatmak için kullanılır (27). Yapılandırılmış eğitim programları ise; hasta ve ailesinde; hasta, aile ve uzmanların yüzyüze, planlı olarak amaçlanan tanımlar üzerinden gelişim ve değişiklik sürecinin hedeflendiği programlar olarak tanımlanmaktadır.

Goldman psikoeğitimi; “psikiyatrik hastalığı olan bir kişiyi, tedavi ve rehabilitasyon amacına hizmet etmek için eğitmek veya geliştirmek; örneğin kişinin hastalığını kabul etmesini sağlamak, tedavi ve rehabilitasyon için aktif kooperasyonu ilerletmek ve hastalığın neden olduğu kayıpları karşılamaya dönük başa çıkma yeteneklerini kuvvetlendirmek” olarak tanımlamıştır (95).

Temel hedefleri; ilaç uyumu ve hastalığı yönetme becerisinin artması, yinelemelerin erken tanınması, belirtilerle etkili baş etme yöntemlerinin gelişmesi, özkıyım riskinin azalması, sosyal ve mesleki işbirliğinin, yaşam kalitesinin gelişmesidir. Grup psikoeğitimi (9,10) ya da bireysel psikoeğitim (14) olarak uygulanabilir.

Psikoeğitim, süregelen hastalıklarda eğitimin ilaç uyumu ve hastalığın klinik gidişi üzerine olumlu etkilerinden yola çıkarak gelişmiştir. Teorik ve pratik bilgiler kullanarak, hastalık sonuçlarından suçlu değil sorumlu olma duygusunun oluşmasına, hasta ve hekim arasında aktif bir işbirliğinin sağlanmasına çalışılır.

Psikoeğitim “şifacı” doktor ile pasif hasta arasındaki patojenik ilişki modelini ortadan kaldırmaktadır. Onun yerine işbirliği, bilgi ve güvene dayalı uygun bir terapi ittifakı sağlamaktadır (90).

Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda hastalığı yadsıma eğilimi yaygındır. Damgalanmanın aşılması ve farkındalığın geliştirilmesi psikoeğitimde başlangıç basamağıdır. Çoğu zaman hekimlerde de olumsuz duygular uyandıran bozuk ilaç uyumunu düzeltmek için psikoeğitim oldukça yararlıdır. Hastaların haberci belirtileri, kalıntı belirtilerden ayırt etmeleri zor olduğundan belirtilerini düzenli gözlemleyip izlemeleri öğretilir. Hastalık hakkında yeterli bilgi edinilmesi sağaltım uyumunu artırır. Artmış farkındalık ve daha iyi bir içgörü ile hatalı karar verme mekanizmaları ve dürtüsel davranışlar değişir.

Psikoeğitimin ötimik hastalara verilmesi, dikkat dağınıklığının engellenmesi ve öğrenmenin sağlanması için gereklidir.

2.10.a. Psikoeğitimin gelişimi

On dokuzuncu yüzyılın başından itibaren batılı sanayileşmiş ülkelerde, depo hastanelerdeki hasta sayısının artması ve psikiyatrik hizmetlerin verimsizleşmesi sonucu “toplum ruh sağlığı hizmeti, toplum psikiyatrisi” kavramları ortaya çıkmıştır. On dokuzuncu yüzyılın ortalarından itibaren depo hastanelere alternatif olarak, yatarak tedavi sonrası bakımı sağlamaya yönelik, çiftlik planı, kulübe planı, pansiyon programları geliştirilmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında, hastane sonrası bakım ve ayaktan tedavi programları ile, hastalara hastaneden çıktıktan sonra ayaktan tedavi programları uygulanmaya başlanmıştır (96,97).

1960’lı yıllardan itibaren toplum ruh sağlığı hizmetleri ve koruyucu ruh sağlığı ön plana çıkmış olup hastaların, olabildiğince en kısa süre içinde hastaneden çıkarılması, topluma entegrasyonları sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak, bu uygulama, taburcu edilen hastaların kısa bir süre sonra yeniden hastalanmaları, yine hastaneye yatırılmaları ve bakım maliyetinin artması sorununu da beraberinde getirmiştir. Ayrıca, bu kısır döngünün hastalar ve aileleri üzerinde olumsuz psikososyal etkiler yaratması, hastaların toplum içinde tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Bin dokuz yüz ellili yıllara kadar psikiyatrik hastalıkların gidişi ve tedavisinde aile faktörü ele alınmamış, ancak altmış ve yetmişli yıllardan itibaren, ailenin tedavideki yerini araştıran çalışmalara başlanmıştır (96,97).

Psikiyatri dışı diğer hastalıklarda, hastalık hakkında verilen eğitimin, hastalığın seyrini olumlu yönde etkilediğinin saptanması ile psikiyatrik hastalıklarda da hasta ve ailesinin eğitilmesinin hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmüş, birtakım sistemli eğitim programları uygulanmaya başlanmıştır (96,97).

2.10.b. Psikoeğitimin önemi

Psikiyatrik rehabilitasyon alanı; şizofreni ve affektif bozuklukların büyük bir kısmının süregelen semptomlarla gitmesi, alevlenme ve epizodların sık ve uzun süreli olmasının büyük kayıplara yol açtığının anlaşılması ile önem kazanmıştır (98).

Psikiyatrik hastalığı olan kişiler ve ailelerine eğitim verilmesi, hastalıkların tedavisinde önemli bir etkidir. PE günümüzde daha geniş bir terapötik yaklaşımın bir parçası olarak görülmektedir. Bu sayede başlangıçtan itibaren, hasta ve ailesi tedavi ekibiyle terapötik işbirliğinin bir parçası olurlar. Günümüzde, geçmişteki içgörünün

önemini vurgulayan yaklaşımlardan, psikiyatrik hastalığı olan kişiler ve ailelerine eğitim ve destek sağlamaya doğru bir kayma vardır (99,100).

Farmakolojik tedavilerdeki sağlanan ilerlemeye paralel olarak, bipolar bozukluğun tedavisinde, psikososyal müdahalelerde de gözle görülür bir gelişme izlenmektedir (101). Aile ilişkilerinin kalitesi ve sosyal destek, hastalığın seyrinde önemli bir rol oynamaktadır (102,103). Erim ve Hornung, 1990 yılında, hastaların hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar hakkında eğitildiklerinde, hem kendi sorumluluklarını almaya daha fazla eğilim gösterdiklerini hem de bu konudaki yaşantılar, yanlış fikirler ve sorunların paylaşılması ile ilaç uyumunun arttığını belirtmişlerdir (104). Bipolar bozuklukta, “Psikoeğitim Kanada Duygudurum ve Anksiyete Ağı” gibi yakın zaman uzman uzlaş kılavuzlarında anahtar pozisyona oturuyor gibi görünmektedir (105).

PE yalnızca hastalara değil, aynı zamanda aileye, hasta için önemli diğer kişilere ve bakım verenlere uygulanabilir. Bu konuda hasta ve ailesine yönelik, hastalık hakkında temel bilgi, hastalığın tedavisi ve bu hastalıkla en iyi nasıl yaşanacağına dair kılavuzlar vardır (106).

Psikoeğitime yönelişin pek çok nedeni vardır. Yapılan araştırmalarda biyolojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktörün psikiyatrik hastalığın oluşumu ve devamında rol oynadığı saptanmıştır. Hastaların ve ailelerinin hastalık hakkında bilgilendirilmesinin, mental hastalık belirtilerini azalttığını göstermesi ile psikoeğitimsel gruplara yönelişi artırmıştır. Bunun yanında ruh sağlığı sistemlerinin ve sigorta kurumlarının hastanede kalış sürelerini kısaltmaya doğru gidiyor olması ve ekonomik nedenlerle yatış sürelerinin daha kısa tutulmaya çalışılması da, bu çabada rol oynamıştır (107,108).

Eğitimsel gruplara yönelişin diğer bir nedeni de, pek çok hastalığın yüksek tekrarlama riski ve kronik nitelik taşımasıdır. Hastaların mükerrer yatış nedenleri; hastalığın reddi, yakınlarla ilişkilerde sorunlar, intihar düşüncesi, tedaviye uyumsuzluk, işle ilgili sorunlar ve diğer sosyal streslerdir. Tekrarlayan yatışları olan hastaların tedaviye uyumları kötüdür (25). Taburculuk sonrası ilaç tedavisi ile birlikte, iyi planlanmış psikososyal yardımların, bir yıl içinde tekrarlı yatışları dramatik olarak azalttığı saptanmıştır (26). Eğitimsel girişimler relapsları ve rekürrensleri azalttığı gibi, yaklaşmakta olan hastalık belirtilerinin daha iyi tanınmasına, böylelikle epizodların daha kısa ve hafif belirtilerle geçirilmesini sağlamaktadır. Son bir neden de, eğitimsel yaklaşımların hastalara ve ailelere yardımcı olduğu yönündeki kanıtların artmaya başlamasıdır (27).

Ayrıca, suikid riski bipolar hastalar için ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Affektif bozukluğu olanların %15'inin intihar ettiği saptanmıştır. Tamamlanmış intiharların %45'inden fazlasını affektif bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Affektif bozuklukların, özellikle akut dönemde, çocuklar dahil tüm aile üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu gösterir çok sayıda literatür bulunmaktadır (27).

Suicid, bipolar bozukluk hastalarında en önemli kaygı nedeni olmasına rağmen, Psikoeğitim bu konuyu doğrudan etkileyen bir unsur değildir; ancak tedaviye uyumu artırmak farmakoterapinin (lityum) koruyucu etkisini güçlendirmek anlamına da geleceğinden psikoeğitimin dolaylı da olsa suicide karşı etkili olduğu söylenebilir (116).

2.10.c. Psikoeğitimin etkinliği

Psikiyatrik hastalarda elbette ilaç kullanımı ön plandadır. Ancak, tedavide psikoeğitimsel yaklaşımların yararı da gözardı edilemez. Psikoeğitim kolaylıkla pek çok hastalığa ve bütün yaş gruplarına uygulanabilmektedir. Bu çeşit girişimler, disiplinler arası çalışmayı ve takım çalışmasını artırarak tüm klinik disiplinlerden deneyimli kişileri bir araya toplar (109).

Son yıllarda grup psikoeğitimi ile ilgili araştırmalar iyi tanımlanmış seçkisiz kontrollü yöntemler kullanıp, ilaç sağaltımlarındaki gibi yineleme sayısı, yinelemeye kadar geçen süreyi uzatma, hastane yatışlarını önleme ya da azaltma gibi hedef ve ölçütler kullanmış ve belirgin etkililik göstermiştir. İki uçlu bozukluk için ilk psikoeğitim çalışması Peet ve Harvey (1991) tarafından yapılmıştır. Hastalık ve ilaçlar konusunda bilgilenen hastaların lityuma karşı tutumlarının değiştiği bildirilmiş fakat çalışmada psikoeğitimin klinik değişkenlere etkisi incelenmemiştir. Seçkisiz kontrollü bir çalışmada, 7-12 seanslık bireysel psikoeğitimin arkasından mani dönemi yineleme sayısının %30 azaldığı, ilk mani yinelemesine kadar geçen sürenin uzadığı, hastane yatışının azaldığı, daha iyi klinik seyir ve sosyal işlevsellik olduğu gösterilmiştir (14). Bu çalışmada psikoeğitimle mani döneminin haberci işaretleri yakalanırken, depresif dönem için bu veri gösterilememiştir. Başka bir çalışmada eğitimle hastaların uyumsuz davranışlarında ve hastane yatışlarında azalma olduğu gösterilmiştir (111). “Yaşam hedefleri programı” ise çok modellen bir program olup iki uçlu bozukluk için iyi yapılandırılmış grup psikoeğitim modelidir (112). Bu bakım programının içinde yer alan psikoeğitim tekniğiyle, yinelemenin önlenmesi hedeflenmiş, terapi grubunda daha kısa

sürekli mani dönemleri, daha iyi sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve sağaltım memnuniyeti saptanmıştır (18).

Psikoeğitimin etkinliği ile ilgili daha sağlam yöntemli seçkisiz kontrollü çift kör çalışma ise Colom ve Vieta (9) tarafından “Barselona İki Uçlu Bozukluk Projesi” ismiyle yayınlanmıştır. Programda 6 aydır ötimik olan 8-12 kişiden oluşan hasta gruplarına, haftada bir 90 dakika süren grup psikoeğitimi verilmiştir. 120 hastadan 21 seans psikoeğitim alanlar 2 yıllık izlemde tüm duygudurum dönemlerinde daha az yinleme yaşamıştır. Hastane yatış sayısı ve süresi de azalmış fakat yatışa ihtiyaç duyan hasta sayısı değişmemiştir. Psikoeğitimde ele alınan konular; hastalıkla ilgili temel bilgiler, yinleme oranları, ilaçlar ve yan etkileri, tetikleyici faktörler, ilaç uyumunun önemi, belirti denetimi, stres yönetimi, özkıyım riski, gebelik, damgalanma gibi sosyal konular, erken yinleme belirtileri ve tanınması, alkol ve madde kullanımından kaçınma, düzenli yaşam sürdürmenin önemidir. Aynı araştırma ekibi, ilaç uyumu oldukça iyi olan daha az sayıda hastada psikoeğitimin benzeri etkilerini göstererek, etkililiğin sadece ilaç uyumunu arttırmak yoluyla olmadığını ileri sürmüştür (10).

Psikoeğitimin şu yollarla etkili olduğu düşünülmektedir; ilaç uyumunu arttırma, düzenli yaşam alışkanlıklarının pekiştirilmesi, haberci belirtileri erken tanıma, hastalık ile ilgili inançları değiştirme ve farkındalık düzeyini arttırma.

Hastaların olduğu kadar ailelerinin de psikoeğitimden geçmesi önemlidir. Clarkin ve ark. (113) küçük bir seride hasta eşlerine psikoeğitim vermiş ve kontrol grubuna göre belirtilerinde farklılık olmasa da işlevselliklerinin ve iyilik hislerinin daha iyi olduğunu saptamıştır. Barcelona grubu da hastalarla birlikte yaşayan ailelere 12 seans psikoeğitim vermiş, aile psikoeğitiminin mani ve hipomani yinlemelerini azaltma, yinlemeye kadar geçen süreyi uzatmada etkili olduğunu saptamıştır (114). Buna karşın, depresif ve karma dönemler için bu etki saptanmamıştır. Bu çalışmada ailelerin hastalığı idare etmesi ve aile içi iletişimin geliştirilmesi hedefleri AOT'lere benzer. Ülkemizde kapalı ve geniş aile yapısının olduğunu ve hastaların genellikle aileleriyle yaşadığını varsayarsak, ailelerin de psikoeğitim alması yararlı olabilir.

Kişilik bozukluğu eştanısı olan iki uçlu hastalarda da grup psikoeğitiminin yinleme önlemede etkili olduğu gösterilmiştir (24). Kötü klinik seyri ve sağaltım güçlüğü olan, kişilik bozukluğu eştanısı olan hastalarda psikoeğitimin etkili olabileceği düşünülmeye rağmen yakın tarihte yapılan bir çalışmada toplam hastane yatış ve hastalık dönemi sayısı yüksek, ilaç uyumu ve klinik gidişin kötü olan hastalarda,

psikoeğitime katılımın da sınırlı olduğunu saptanmış (115). Bu nedenle psikoterapotik yaklaşımların, klinik gidişin kötü olduğu hastalarda etkililiği daha az olabilir ve bunun nedeni de terapiye katılım kısıtlılığı olabilir. Bu uygulamalar hastalığın ne kadar başında verilir ve sağaltımın zorunlu parçası olursa o kadar etkili olabilir.

2.10.d. Psikoeğitimin amaçları

Literatür taramaları, hasta ve ailesinin PE'nin birtakım amaçlara hizmet ettiğini gösterir:

1. Hastalığın bazı semptomlarını iyileştirmek
2. Aileye düşen yükü ve stresi azaltmak
3. Değişim umudunu artırmak
4. Relapsı önlemek
5. Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak için yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek
6. Bilişsel, afektif ve davranış değişiklikleri yapmak
7. Emosyonel destek sağlamak
8. Tedavi uyumunu artırmak (99,100,108).

Hatfield'a göre aileler için PE'in diğer bir amacı da, ağır bir kronik ruhsal hastalığı olan bireylere sahip olanların, uzun süreli iyi bakıcılar olmalarını sağlamaktır. Pek çok hasta gerektiğinde tedavi kararını veren aileleri ile yaşamaktadır. Eğitim programlarında rol almak, ailelere böyle hasta bir üye ile yaşarken karşılaştıkları sorunları daha kolay aşmalarına yardım etmektedir (27).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmamıza Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bipolar Bozukluk Polikliniğinde izlenmekte olan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar I bozukluğu tanısıyla ve yapılandırılmış izlem formu ile izlenen, çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onayı alınan ve araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 72 kayıtlı hasta ardışık olarak alındı. Her hastaya çalışma hakkında detaylı bilgi verildi ve Psikoeğitime davet edildi. Bu hastalarda Psikoeğitime gelen 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Psikoeğitime katılmayan hastalar başka bir çalışmada kontrol grubu olarak alınmak üzere çalışma dışı bırakıldı.

3.2. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

- 15-65 yaş arasında olmak
- Bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olmak
- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Bipolar I ya da II Bozukluğu tanısı almış olmak
- Ötimik duygudurumda olmak

3.3. Dışlama Ölçütleri

- Okuma yazma bilmemek
- Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde zekâ geriliği olması
- Demans ve diğer organik mental bozuklukların olması
- Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nde beşten yüksek puan almak
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nde yediden yüksek puan almak
- Yakın dönemde EKT uygulaması yapılmış olması

Araçlar

3.4. Hasta İzlem Dosyası

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Bipolar Bozukluk Polikliniğinde her hasta;

- Sosyodemografik verileri
- Birinci ve ikinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküleri
- Psikiyatrik ve fiziksel hastalık ek tanıları
- Travma öyküsü (fiziksel, ruhsal, cinsel, adli olay vb)
- Menstrüel siklus özellikleri
- İntihar öyküsü
- İlk epizoda ait bilgiler (yaş, hastalık dönemi türü ve şiddeti, ortaya çıkartan olay, psikotik belirti varlığı, ilaç tedavisine yanıt süresi, faydalanılan ilaç)
- Duygudurum dengeleyici kullanımı öncesi hastalık seyrine ait bilgiler (dönem özellikleri, tam iyileşme olup olmaması, tedaviye yanıt v.b)
- Duygudurum dengeleyici kullanımı sonrası hastalık seyrine ait bilgiler
- Başvuru anındaki belirtiler
- Son hastalık dönemi, remisyon süresi
- Yaşam çizelgesi
- SCID-I ve bazı durumlarda SCID-II ve DSM-IV’e göre eksen tanıları
- Günlük poliklinik izlemde ise CGI-BP (Clinical Global Impression for Bipolar Disorder), YMRS (Young Mania Rating Scale), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği,
- UKU (yan etki ölçeği), işlevsellik düzeyi, kullanılan ilaç dozları, kan ilaç düzeylerine ait kayıtlar gibi verileri içeren bir dosya aracılığıyla izlenmektedir.

3.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Depresyonun değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’dir (117). Depresyon şiddetini ölçmek amacıyla kullanılır. Tanı koydurucu değildir, depresyonun seyrini izlemek amacıyla kullanılır. Hamilton (1960) tarafından hazırlanan orijinal ölçek 17 maddelidir. HDDÖ’nin en sık olarak kullanılan 17 maddeli formu dışında bulunan diğer formları da

zaman zaman kullanımda kendine yer bulmaktadır. Somatik yakınmaları daha ön planda değerlendirmeye eğilimlidir. Her item için 0–4 arası puanlar verilir. En yüksek puan 53’tür. Ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117,118)

3.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik ölçekler 1970’li yıllarda geliştirilmeye başlanmış ve Young ve arkadaşları 1978 yılında mani derecelendirme ölçeğini (Young Mani Ölçeği, YMÖ) geliştirmişlerdir. Oluşturulan birçok ölçeğe rağmen, günümüzdeki klinik araştırmalarda manik durumun şiddetini ölçmeye yönelik en yaygın olarak kullanılan ölçek Young Mani Derecelendirme Ölçeği’dir. Young Mani Ölçeği 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi ölçen bir derecelendirme ölçeğidir. Young Mani Derecelendirme Ölçeği’nin ülkemiz için güvenilirlik ve geçerliliği Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119)

3.7. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MUÖ)

Morisky Uyum Ölçeği (Morisky’s Questions Self Report Measure of Adherence): Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlilik çalışması yapılmıştır (120). Ölçek “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu “tedaviye bağlı” ve “tedaviye bağlı değil” şeklinde belirtmektedir. Güven Bahar ve arkadaşları tarafından iki uçlu duygudurum bozukluğunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 2013 yılında yapılmıştır.

3.8. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BPIÖ)

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-İ)’nin Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 58 madde ve 11 alt ölçekten oluşmaktadır: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş (121).

3.9. Whoqol –Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ölçeğinin, Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (122). Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal sorunun eklenmesiyle toplam 27 sorudan oluşmaktadır. İlk soru algılanan yaşam kalitesi, ikinci soru algılanan sağlık durumunu ölçmeye yönelik olup, 1-5 puan arasında değerlendirilmiştir. İlk iki soru dışındaki sorular kullanılarak beş alan puanı hesaplanmıştır. Ölçekte kullanılan 5 alanın içeriği aşağıda sunulmuştur:

1. Fiziksel Sağlık Alanı (FSA): Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü.
2. Psikolojik Sağlık Alanı (PSA): Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama.
3. Sosyal İlişkiler Alanı (SİA): Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.
4. Çevre Alanı (ÇA): Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre ve ulaşım.
5. Kültüre Standardize Alan (KSA): Sosyal baskı.

Alan puanları 100 puan üzerinden hesaplanmıştır. Puan yükseldikçe, yaşam kalitesi yükselmektedir.

3.10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ilk olarak Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında, daha sonra da Eker ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır.

12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile altölçek puanı elde edilmiş ve bütün altölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

3.11. COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeği

Carver, Schneier ve Weintraub tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin herbiri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 2. Zihinsel boş verme, 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Aktif başa çıkma, 6. İnkâr, 7. Dini olarak başa çıkma, 8. Şakaya vurma, 9. Davranışsal olarak boş verme, 10. Geri durma, 11. Duygusal sosyal destek kullanımı, 12. Madde kullanımı, 13. Kabullenme, 14. Diğer meşguliyetleri bastırma, 15. Plan yapma (124).

3.12. İşlem Yolu

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bipolar polikliniğinde takip edilen ya da başvuran, DSM-4 tanı kriterlerine göre Bipolar Bozukluk tanısı alan, 18-60 yaş arasında, duygudurum dengeleyicisi olarak lityum ya da valproik asit kullanan, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve onam formunu imzalamış hastalar alındı. Çalışma kriterlerine uyan her hastaya çalışma hakkında bilgi verildi ve psikoeğitime davet edildi. Çalışmaya katılan her hastaya ilk görüşmelerinde Hamilton Depresyon Ölçeği ve Young Mani Ölçeği uygulanarak ötimik dönemde olanlar araştırmaya dahil edildi, herhangi bir atak döneminde olan hastaların rutin takip ve tedavisine devam edildi. Bu şekilde 72 hasta ile görüşüldü, tüm hastalar onay vermekle birlikte hastaların 30 tanesi psikoeğitime katıldı. Psikoeğitime katılan 30 hasta ile çalışma sürdürüldü. Araştırmaya katılan her hastaya ilk görüşmelerinde Whoqol-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği, Morisky İlaç Uyum Ölçeği, Cope Yaşam Olayları İle Başa Çıkma Tutumları ölçeği, Bipolar Bozukluk Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği verildi. Aynı zamanda Bipolar Bozukluğu olan hastaları izlemde kullanılan izlem formu dolduruldu,

Sosyodemografik Veri Formu ile bilgileri alındı ve rutin olarak bakılan plazma lityum ve valproik asit seviyeleri “etkin dozda”, “etkin dozun altında” ve “etkin dozun üstünde” şeklinde not edildi. Lityumun etkin dozu 0,6-1,2 mEq/L ve valproik asidin etkin dozu 50-100 mg/L şeklinde belirlendi.

Çalışmaya katılan hastalara, yaklaşık 10’ar kişilik gruplar halinde, 3 farklı günde yapılandırılmış Psikoeğitim verildi. Her bir grubun dersi iki oturum şeklinde yapıldı ve yaklaşık 3 saat sürdü. Hastaların ek olarak sordukları sorular cevaplandı.

Hastaların rutin aylık kontrolleri devam ederken psikoeğitimden 3 ay sonra, ilk görüşmede verilen ölçekler (Hamilton Depresyon Ölçeği, Young Mani Ölçeği, Whoqol-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği, Morisky İlaç Uyum Ölçeği, Cope Yaşam Olayları İle Başa Çıkma Tutumları Ölçeği, Bipolar Bozukluk Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği) tekrar verildi ve doldurmaları istendi; 3 aylık süre zarfında olan yeni ataklar ve en son bakılan ilaçların plazma düzeyleri kaydedildi. Tüm verilerin Psikoeğitimden önce ve sonra şeklinde karşılaştırılarak istatistiksel analizleri yapıldı.

3.13. İstatistiksel Yöntem

Çalışmamızın biyoistatistiksel analizleri, SPSS (statistics package for social sciences) 20.0 programında yapıldı. Veriler öncelikle yüzdeler ve ortalamalar olarak hesaplanarak tanımlayıcı istatistikler şeklinde sunuldu. Hastaların psikoeğitim öncesi ve sonrası verileri kıyaslanırken, eşli-t testi, wilcoxin eş testi ve Mann- Whitney U testi kullanıldı. Psikoeğitim öncesi ve sonrası etkin doz ilaç kullanımı ve morisky ilaç uyumları sonuçları ise Mc-Nemar testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 30 bipolar hastanın yaş ortalaması 36,83 ($\pm 11,11$)'dü (Tablo 4.1). Hastaları 19 (%63,3)'u kadın; 11 (36,7)'i erkekti.

Medeni durum açısından; 15 (%50,0)'i evli, 8 (%26,7)'i bekar ve 7 (%23,3)'si boşanmıştı.

Hastaların 15 (%50,0)'i düzenli bir işte çalışıyor, 3 (%10,0)'ü emekli ve 12 (%40,0)'si çalışmıyordu.

17 (%56,7) hastanın çocuğu vardı; 13 (%43,3) hastanın ise çocuğu yoktu.

Hasta grubunun ortalama öğrenim süresi 12,17 ($\pm 3,26$) yıldır. Hastaların sosyodemografik verilerinin dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların yaş ortalamaları (n=30).

	Toplam (n=30)
<i>Yaş ortalaması</i>	36,83 ($\pm 11,1$)

Tablo 4.2. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=30)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	19	63,3
Erkek	11	36,7
Medeni Durum		
Evli	15	50,0
Bekar	8	26,7
Boşanmış	7	23,3
Dul	-	-
Çocuk		
Yok	13	43,3
Var	17	56,7
Çalışma Durumu		
Düzenli Çalışıyor	15	50,0
Düzensiz Çalışıyor	-	-
Emekli	3	10,0
Çalışmıyor	12	40,0

Tablo 4.3. Hastaların öğrenim süreleri ortalaması (n=30).

	Toplam (n=30)
<i>Öğrenim Süresi</i>	12,17 ($\pm 3,26$)

4.2. Klinik Özellikler

Tüm hastaların ortalama hastalık süresi 11,5 ($\pm 9,4$) yıl (min.1, max. 40 yıl) idi (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Tüm hastaların ortalama hastalık süresi ve başlangıç yaşları (n=30).

	Toplam (n=30)
<i>Ortalama hastalık süresi</i>	11,1 ($\pm 9,4$)
<i>Ortalama hastalık başlangıç yaşı</i>	24,26 ($\pm 8,27$)

İlk atak olarak manik atak geçiren hasta sayısı 22 (%73,3), depresif atak geçirenlerin ise 8 (%26,7)'di. Hastaların son atak dağılımı; 17 (%56,7) manik epizod, 2 (%6,7) hipomanik epizod ve 11 (%36,7) depresif epizod şeklindeydi. Bu güne kadar olan atakların şiddeti açısından dağılımı 25 (%83,3) hastada şiddetli, 4 (%13,3) hastada orta şiddette, 1 (%3,3) hastada hafif şeklindeydi. Hastaların yarısında psikotik özellikler mevcuttu; 13 (%43,3) hastanın duygudurumla uyumlu, 2 (%6,7) hastanın duygudurumla uyumsuzdu. Mevsimsel özellik hastaların yarısında mevcuttu ve hastaların tamamında epizodlar arasında tam düzelme vardı. 28 (%93,3) hastada hızlı döngü var, 2 (%6,7) hastada yoktu. İntihar girişimi öyküsü 12 (%40,0) hastada mevcutken, 18 (%60) hastada yoktu. 7 (%23,3) hastanın ek bir tıbbi hastalığı vardı, 23 (%76,7) hastanın yoktu. Akrabalarda psikiyatrik bir rahatsızlığı olan hasta sayısı 12 (%40,0) iken, olmayanların sayısı 18 (%60,0)'dı. Alışkanlıklar açısından hastalar incelendiğinde 6 (%20,0) hastada alkol kullanımı, 12 (%40,0) hastada ise sigara kullanımı vardı.

Tablo 4.5. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=30).

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk atak		
Mani	22	73,3
Karma	-	-
Hipomani	-	-
Depresyon	8	26,7
Son atak		
Mani	17	56,6
Karma	-	-
Hipomani	2	6,6
Depresyon	11	36,6
Epizod şiddeti		
Hafif	1	3,3
Orta	4	13,3
Şiddetli	25	83,3
Mevsimsel özellik		
Var	15	50,0
Yok	15	50,0
Psikotik özellik		
Duygudurumla uyumlu	13	43,3
Duygudurumla uyumsuz	2	6,7
Yok	15	50,0
Epizodlar arası tam düzelme		
Var	30	100,0
Yok	0	0,00
Hızlı döngü		
Var	2	6,7
Yok	28	93,3
İntihar girişimi		
Var	12	40,0
Yok	18	60,0
Tıbbi hastalık		
Var	7	23,3
Yok	23	76,7
Alkol - madde		
Var	6	20,0
Yok	24	80,0
Sigara		
Var	12	40,0
Yok	18	60,0
Akrabalarda psikiyatrik hastalık		
Var	12	40,0
Yok	18	60,0

4.3. Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkin Doz İlaç Kullanımları

Tüm bipolar hastaların 22 (%73,3)'si lityum kullanıyor, 8 (%26,7)'si kullanmıyordu; 13 (%43,3) hastanın tedavisinde valproik asit mevcut, 17 (%56,7)'sinde mevcut değildi.

Lityum kullanan hastaların plazma lityum düzeyleri 14 (%63,6) hastada etkin dozda, 8 (%36,4) hastada etkin dozun altındaydı. Valproik asit kullananlardan ise 12 (%92,3)'sinde etkin dozda, 1 (%7,7)'inde etkin dozun altındaydı.

Lityum ya da valproik asit ayırt etmeksizin genel olarak duygudurum dengeleyicilerin etkin dozlardaki kullanımına bakınca; tüm hastaların 21 (%70,0)'inde hasta etkin dozda; 9 (%30,0)'unda etkin dozda değildi (Duygudurum dengeleyicilerden her ikisini de kullanan hastalar için her iki ilacın da etkin dozda olması halinde etkin dozda kullanım sayıldı; herhangi birinin etkin dozunun altında olan hastalar etkin dozda ilaç kullanmıyor şeklinde kabul edildi). İki ilacın etkin dozda kullanım oranları açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Duygudurum dengeleyicisine ek olarak herhangi bir antipsikotik kullanan hasta sayısı 12 (%40,0) idi.

Hastaların self-report olarak doldurdıkları morisky ilaç uyum ölçeğinin istatistiksel sonuçlarına hasta grubunda 20 (%66,7) hasta tedaviye bağlı; 10 (%33,3) hasta tedaviye bağlı değildi.

Tablo 4.6. Hastalarda ilaç kullanım oranları.

		Lityum	Valproik asit	Antipsikotik
Hasta Sayı (n) Yüzde (%)	Var	22 73,3	13 43,3	12 40,0
	Yok	8 26,7	17 56,7	18 60,0

Tablo 4.7. Hastalarda etkin dozda lityum ve valproik asid kullanım oranları.

		Etkin dozda	Etkin dozun altında	Etkin dozun üstünde	Toplam
Hasta Sayı (n) Yüzde (%)	Lityum	14 63,6	8 36,4	-	22 100,0
	Valproik asit	12 92,3	1 7,7	-	13 100,0

Tablo 4.8. Hastalarda etkin dozda duydurum dengeleyici (lityum/valproik asit) kullanım oranları.

	VALPROİK ASİT/LİTYUM		Toplam
	Etkin dozda	Etkin dozda değil	
Hasta Sayı (n)	21	9	30
Yüzde (%)	70,0	30,0	100,0

Tablo 4.9. Hastalarda Morisky ölçeğine göre tedavi uyum oranları.

	MORİSKY TEDAVİ UYUMU		Toplam
	Tedaviye bağlı	Tedaviye bağlı değil	
Hasta Sayı (n)	20	10	30
Yüzde (%)	66,7	33,3	100,0

4.4. Psikoeğitimin Hastalar Üzerine Etkisi

4.4.a. Psikoeğitimin yaşam kalitesine etkisi

Hastaların Whoqol-Bref yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması

Hasta grubunun psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası Whoqol-Bref ölçek sonuçları kıyaslandığında; “**Psikolojik sağlık (p:0,03)**” ve “**sosyal ilişkiler alanında (p:0,03)**” ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış saptandı. Fiziksel sağlık ve çevresel alan kısımlarında anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 4.10. Whoqol-Bref alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.

WHOQOL-BREF Ölçeği	PE öncesi	PE sonrası	P değeri
Fiziksel sağlık <i>f</i>	73,61±12,52	75,52±13,43	>0,05
Psikolojik sağlık <i>¥</i>	65,11±11,37	72,11±14,07	<0,05*
Sosyal ilişkiler <i>f</i>	59,77±17,80	66,44±12,68	<0,05*
Çevresel alan <i>f</i>	70,50±11,26	72,41±9,92	>0,05

f: Eşli- t testi ile analiz edildi,

¥: Wilcoxin eş testi ile analiz edildi.

4.4.b. Psikoeğitimin sosyal destek algısına etkisi

Hastaların sosyal destek algısı açısından karşılaştırılması

Psikoeğitim verildikten 3 ay sonra hastalar; psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası doldurdıkları sosyal destek algısı ölçeği açısından karşılaştırıldı. Özel insan, arkadaş alt ölçeklerinde anlamlı bir fark saptanmazken; “**aile alt ölçeğinde (p:0,022)**”

ve “sosyal destek algısının toplam puanında (p: 0,002)” istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselme saptandı.

Tablo 4.11. Hastaların sosyal destek algısının ortalama puanlarının karşılaştırılması.

Sosyal Destek Algısı Ölçeği	Psikoeğitim öncesi	Psikoeğitim sonrası	P
Özel insan ¥	16,43±8,93	19,47±7,63	>0,05
Aile ¥	23,20±5,81	25,00±4,31	<0,05*
Arkadaş ¥	19,33±7,98	20,67±6,45	>0,05
Toplam puan f	57,77±13,90	64,97±13,59	<0,01*

f: Eşli - t testi uygulanmıştır,

¥: Wilcoxin eş testi uygulanmıştır.

4.4.c. Psikoeğitimin işlevselliğe etkisi

Hastaların işlevsellik açısından karşılaştırılması

Aynı hasta grubunun psikoeğitim öncesi doldurdıkları Bipolar İşlevsellik Ölçeği ile psikoeğitimden 3 ay sonraki görüşmelerde doldurdıkları Bipolar İşlevsellik Ölçek puanlarının sonuçları açısından kıyaslandı. Psikoeğitim aldıktan sonra doldurulan ölçekteki; “ev içi ilişkiler (p:0,002)”, “damgalanma hissi (p:0,043)” ve “içe kapanıklık (p:0,017)” alt ölçeklerinin puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (Damgalanma hissi ve içe kapanıklık alt ölçeğindeki puanların yükselmesi içe kapanıklığın ve damgalanma hissinin azaldığını ifade etmektedir).

Tablo 4.12. Hastaların Bipolar İşlevsellik Ölçek Puanları açısından karşılaştırılması.

Bipolar İşlevsellik Ölçeği Puanları	Pe öncesi Ortalama puan	Pe sonrası Ortalama puan	P
Duyusal işlevsellik £	7,50±1,59	7,63±1,52	>0,05
Zihinsel işlevsellik £	9,97±1,82	10,23±1,85	>0,05
Cinsel işlevsellik £	8,03±3,39	7,93±2,92	>0,05
Damgalanma hissi £	8,57±2,37	9,57±2,28	<0,05*
İçe kapanıklık £	6,33±1,68	6,97±1,56	<0,05*
Ev içi ilişkiler f	13,33±2,80	14,20±2,60	<0,01**
Arkadaşları ile ilişkiler f	11,00±2,03	11,00±2,13	>0,05
Toplumsal etkinliklere katılım f	14,87±3,83	14,87±4,20	>0,05
Günlük etkinlik ve hobiler f	12,67±3,50	13,17±3,16	>0,05
İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme£	5,60±1,79	5,70±1,93	>0,05
İş £	9,23±2,86	9,20±2,89	>0,05
BPI toplam puan f	106,33±16,86	109,90±15,39	>0,05

f: Eşli-t testi ile analiz edilmiştir,

£: Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

4.4.d. Psikoeğitimin yaşam olayları ile başa çıkma tutumlarına etkisi

Hastaların COPE puanları açısından karşılaştırılması

Hastalarda psikoeğitim aldıktan sonraki COPE’da “**duygusal odaklı başa çıkma (p:0,09)**” puanlarında anlamlı düzeyde düşme saptandı. Alt ölçeklerden de “**dini olarak başa çıkma (p:0,02)**”da anlamlı derecede düşme saptandı.

Tablo 4.13. Hastaların COPE puanları açısından karşılaştırılması.

COPE Alt Skalaları	PE Öncesi Puanlar	PE Sonrası Puanlar	P
A. Sorun Odaklı Başa Çıkma <i>f</i>	59,17±6,41	56,43±8,85	>0,05
1. Aktif başa çıkma <i>f</i>	12,30±2,20	12,00±2,46	>0,05
2. Plan yapma ¥	12,83±1,89	12,40±2,81	>0,05
3. Geri durma ¥	10,07±1,99	9,47±2,12	>0,05
4. Yararlı sosyal destek kullanımı ¥	13,00±2,10	12,30±11,34	>0,05
5. Diğer meşguliyetleri bastırma <i>f</i>	10,97±1,65	10,27±1,98	>0,05
B. Duygusal Odaklı Başa Çıkma <i>f</i>	58,53±6,58	55,27±5,65	<0,05*
1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ¥	13,73±1,61	13,07±2,57	>0,05
2. Dini olarak başa çıkma ¥	13,27±3,12	11,73±3,69	<0,05*
3. Mizah (Şakaya vurma) ¥	7,83±3,06	7,87±2,99	>0,05
4. Kabullenme ¥	10,73±2,01	10,57±1,69	>0,05
5. Duygusal sosyal destek kullanımı ¥	12,97±1,97	12,03±2,34	>0,05
C. Disfonksiyonel Başa Çıkma ¥	40,57±5,84	39,93±6,43	>0,05
1. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ¥	11,67±2,41	11,13±2,08	>0,05
2. Yadsıma (İnkar) ¥	6,93±2,92	7,07±2,27	>0,05
3. Davranışsal olarak boşverme ¥	6,93±2,93	7,10±2,46	>0,05
4. Zihinsel boşverme ¥	9,33±2,39	9,27±1,98	>0,05
5. Madde kullanımı ¥	5,70±2,64	5,37±2,65	>0,05

f: Eşli-t -t testi ile analiz edilmiştir, ¥: Wilcoxin eş testi ile analiz edilmiştir.

4.4.e. Psikoeğitimin tedavi uyumuna etkisi

Hastaların tedavi uyumlarının ve ekin dozda ilaç kullanımlarının karşılaştırılması

PE sonrasında; lityum kullanan 22 hastadan 1’i dış merkezde tedavi değişikliği yapılması üzerine lityumu bırakıp valproik aside geçti. Geriye kalan 21 hastanın 20’inde etkin dozda lityum, 1 hastada etkin dozun altında lityum saptandı.

Valproik asit kullanan 13 hastanın 1'i tüm ilaçlarını bıraktı, ilaç kullanmayacağını, bir psikolog tarafından takip edildiğini söyleyen hasta öneri üzerine kontrollere gelmeye devam etti. Geriye kalan 13 hastanın (biri ilaç değişikliği yapılan hasta) 10'unda etkin dozda, 2'sinde etkin dozun altında, 1'in de ise etkin dozun üstünde valproik asit saptandı.

Lityum ve valproik asit ayrımı yapılmaksızın, etkin dozda DDD kullanımına bakıldığında ise psikoeğitim öncesinde ilacını etkin dozda kullanmayan 5 hastanın etkin dozda kullandığı görüldü. İstatistiksel analizleri sayı azlığından dolayı yapılamadı.

Psikoeğitim öncesi ve sonrası doldurulan morisky tedavi uyum ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmamakla birlikte tedaviye bağlı olmayan 10 hastadan 7'sinin (%70) psikoeğitimden sonra tedaviye bağlı hale geldiği gösterildi.

Tablo 4.14. Morisky tedavi uyumlarının karşılaştırılması.

			PE SONRASI MORİSKY		
			Tedaviye bağlı	Tedaviye bağlı değil	Toplam
PE ÖNCESİ MORİSKY	Hasta Sayı (n) Yüzde (%)	Tedaviye bağlı	17 85,0	3 15,0	20 100,0
		Tedaviye bağlı değil	7 70,0	3 30,0	10 100,0
Toplam			24 80,0	6 20,0	30 100,0

#: Mc-Nemar testi ile analiz edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın sonucunda; Psikoeğitimden sonra hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme olduğu görülmüştür. Bu iyileşme özellikle “**psikolojik sağlık**” ve “**sosyal ilişkiler**” alanındadır. Hastaların işlevselliklerinde düzelme olmuştur; “**ev içi ilişkilerinde**” düzelme olan hastaların aynı zamanda “**damgalanma hissi**” ve “**içe kapanıklık**”larında olumlu yönde gelişme gösterdiği bulunmuştur.

Sosyal ilişkileri iyileşen, içe kapanıklığı azalan ve toplumdan izole olmayan hasta konuşarak, paylaşarak, çalışarak daha kaliteli ve nitelikli bir hayat yaşayabilecektir.

Hastalar tarafından algılanan “**aile desteği**”nin arttığı, bununla birlikte algılanan “**sosyal desteğin genelinde**” de iyileşme olduğu görülmüştür. Birçok rahatsızlıkta olduğu gibi psikiyatrik hastalıklarda da aileler hastaların bir çok alanda yüklerini hafifletmekte, hastalığın klinik seyirlerini önemli oranda değiştirebilmektedir. Aile desteği iyi olan hastaların işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri de iyi olabilmektedir. Bununla paralel şekilde işlevselliği iyi olan, yeti yitimi az olan, dolayısıyla bakımverene fazla yükü olmayan hastanın da aile ileşimi iyi, sosyal desteği fazla olabilmektedir. Bu noktada psikoeğitimin katkısı önemli derecededir.

Bipolar bozukluğun özellikle atak öncelerinde ve atak anlarında ailelerin hastalığı ve hastaları iyi yönetmekleri gerekmektedir. Bunu yapabilmek içinde hastalık hakkında yeterli ve doğru bilgilere sahip olmaları gerekmektedir; bu bağlamda psikoeğitime ailelerin de dahil edilmesi iyi bir seçenektir.

Bipolar bozukluk için özel olarak geliştirilen (125) ve bir çeşit grup psikoeğitim modeli olan “Yaşam hedefleri programı” ında da bizim çalışmamıza benzer şekilde daha iyi sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve sağaltım memnuniyeti aynı zamanda daha kısa süreli mani dönemleri saptanmıştır (18).

Dr. Eduard Vieta ve Dr. Francesc Colom Barselona grubu adını verdikleri ekiple Barselona’da yaklaşık 11 yıldır hastalara bipolar bozukluk grup psikoeğitimi vermekte, bununla ilgili çalışmalar yapmakta ve bu işi daha yapılandırmış bir hale getirmeye çalışmaktadırlar (Biz de yaptığımız psikoeğitimde kendilerinin yayınlamış olduğu Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı’ndan yararlandık). “Barselona iki uçlu bozukluk projesi” adı altında yaptıkları çalışmalarda psikoeğitim verilen hastalarda daha az sayıda manik ve depresif atakların olduğu; hastaneye yatışların azaldığı ve psikoeğitimin bunları yalnızca ilaç uyumunu artırma yolu ile yapmadığını

göstermişlerdir (24). Bizim çalışmamızdaki sonuçlara paralel şekilde aile içi iletişimin artması, işlevselliği bozan alışkanlıkların değiştirilmesi gibi faktörlerin de önemli etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Revicki ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada da ilaç uyumu iyi olan hastalarda belirtilerde önemli ölçüde anlamlı azalma saptansa da yaşam kalitesi ve işlevsellikte benzeri düzelmeler saptanmadığı gösterilmiş (5). Bu iki çalışma psikoeğitimin hastalara ilaç uyumunu artırmaktan çok daha büyük bir katkı sağladığını göstermektedir.

Hastalara verdiğimiz psikoeğitimde sosyal damgalanmanın yanı sıra hastalarının kendi içsel damgalamaları ve kendilerini kısıtlamaları üzerinde durularak, hastalar hasta-doktor ilişkisinden başlayarak hayatta daha etkin olmaları konusunda yöreklendirildi. Bipolar İşlevsellik Ölçeğ'in'deki sosyal damgalanma ve içe kapanıklıkta ön plana çıkan iyileşme bununla ilgili olabilir.

Bipolar bozukluk kronik bir hastalık olması nedeni ile zamanla hastaları ve ailelerini duygusal olarak yıpratmakta ve aralarındaki iletişimi bozabilmektedir. Bu da uzun vadede hastaların ailelerine karşı daha savunmacı ve tepkisel olmalarına yol açmaktadır. Hastaların yakınmaları ve klinik tecrübelerimiz göz önünde bulundurulduğunda hastaların aileleri hakkında dile getirdikleri en önemli şikayetlerden biri kendilerine ve hayatlarına çok fazla müdahale edilmesidir. Hastalar özellikle ötimik dönemlerde de kendilerine fazlaca baskı yapıldığını çoğu zaman gereğinden fazla tepki gördüklerini belirtmektedirler. Bununla birlikte literatürde aile ve eşlerdeki yüksek duygu dışavurumunun yinelemeler ve kötü klinik gidiş ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (126,127).

Goldstein ve Miklowitz tarafından geliştirilen aile odaklı terapi psikoeğitim yönelimli bir tekniktir. Aile bireyleri, eş ve bakım verenlerin belirtileri, uyarıcı işaretleri tanımasını ve bunlarla başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlar. Hastaların ve bakım verenlerin yüksek duygu dışavurumu, duygusal tepkileri ve çatışmaları üzerinde çalışarak, duyguları kontrol etme, çatışma ile karşılaşıldığında kişilerarası iletişimi arttırma, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma provaları ile işlevselliği geliştirmeyi hedefler. Bizim çalışmamızda verilen psikoeğitimde bu konunun üzerinde özellikle durulmuştur. Hatta hastalıkla baş etme stratejilerinden biri olarak hastalara kendilerini yakından tanıyan, hemen her gün gören ya da iletişimde olan (ki genellikle bu desteği aileden biri sağlayabilir) birinin hastayı sürekli takip etmesi ve yaklaşan atak belirtilerine karşı uyanık olması, henüz tam atak oluşmadan hastayı uyarıp önlemler alınması

konusunda hastalar motive edilmiştir. Çalışmamızda psikoeğitime aileler katılmamakla birlikte, hasta aracılığı ile dolaylı olarak bilgilendirilmiş ve hastaların takip ve tedavilerine dahil edilmiştir. Bu sayede, hastalar da ailelerine karşı olan savunmacı tavırlarını azaltmış ve işbirliğine yatkın hale gelmiş olabilirler. Hastalar tarafından algılanan sosyal desteğin toplam puanında ve de aile alt ölçeğinde artış olması bu şekilde açıklanabilir.

Kişilerin kullandıkları stresle başa çıkma tutumları pek çok psikolojik değişkeni etkileyen bir unsurdur. Kişinin stres oluşturan bir etken karşısında problemi çözme biçimi; biliş, duygulanım ve davranışın birbiri ile karmaşık bir biçimde ilişkili olduğu bir süreçten geçtikten sonra şekillenir. Başlangıçtaki başa çıkma tutumları hastalığın kişi üzerinde oluşturacağı stresin olağan seyrini etkileyerek sorunun çözümünü daha da karmaşık hale getirebilir. Bu bağlamda başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalıklara bağlı olarak kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (124,128,129,130).

Hasta grubuna PE verildikten 3 ay sonra yapılan COPE alt skalalarından “**dini olarak başa çıkma**” puanlarında anlamlı düzeyde bir düşme saptandı. Bu düşmeye Psikoeğitimde Bipolar Bozukluğun biyolojik bir hastalık olduğu ile ilgili detaylı bilgi verilmesinin neden olabileceği düşünüldü. Kültürel ve toplumsal etkiler nedeni ile hastaların birçoğu ruhsal bozukluklarda biyolojik nedenlerin dışındaki bir takım faktörlerin (ruh, cin, nazar, vb..) etkili olabileceğini düşünmekte; dolayısı ile hastalığın neden olduğu belirtilerle baş etmek için dini savunma mekanizmaları kullanılmaktadırlar.

Hastalığı, belirtileri ve bunlarla etkin bir şekilde başa çıkmanın yollarını öğrendikçe, dine sığınma ve dışarıdan yardım bekleme şeklindeki daha pasif ve bağımlı savunma mekanizmalarının azaldığı düşünülebilir. Bunların yerine ilaçları düzenli kullanmak, düzenli kontrollere gitmek ve psikoeğitimde önemi özellikle vurgulanan düzenli yaşam alışkanlıklarının sağlanması gibi hastanın daha aktif rol alması gereken savunmaların geçmiş olduğu düşünülebilir.

Hastalarda aynı zamanda ‘**duygusal odaklı başa çıkma**’ kategorisinde de anlamlı düzeyde düşme saptandı.

Duygusal odaklı başa çıkmanın alt skalaları; ‘pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’, ‘dini odaklı başa çıkma’, ‘şakaya vurma’, ‘kabullenme’ ve ‘duygusal sosyal destek kullanımını’ kapsamaktadır.

Duygusal sosyal destek kullanımı; moral, sempati veya anlaşılma sağlamak demektir. Böyle bir yanıt, duruma bağlı olarak bazen fonksiyonel olabilir, bazı durumlarda ise emosyonlar üzerine odaklanma (özellikle bu durum uzun sürerse) uyumu engelleyebilir. Yine mizah da emosyon odaklı bir başa çıkma tutumudur ve stresörün kendisi, yarattığı koşullar ve birçok farklı etkene bağlı olarak uyumu bozucu ya da uyuma yönelik olabilmektedir.

“Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme” bir çeşit emosyon odaklı başa çıkma olarak kabul edilmektedir. Buradaki başa çıkma problemle başa çıkmaktan ziyade stresi kontrol etmede rol oynamaktadır. Yani stresli bir yaşam olayını pozitif terimlerle, bakış açısıyla yapılandırmak aslında kişiye aktif problem odaklı başa çıkmaya devam etmesinde yardımcı olabilir. Olağandışı mental deneyimlerin pozitif olarak yeniden yapılandırılması kişilerin semptomlarında tıbbi model dışında, örneğin, deneyimlerine spiritüel bir yorum katarak anlam bulabilmesini sağlayabilir. Tüm bu bilgiler ışığında bekleneceği gibi, çalışmamızda; bu pasif ve çabayı daha çok dışarıdan bekleyen savunma mekanizmasında düşme saptanmıştır. Öyle ki psikoeğitimin amaçlarından biri de pasif hasta-aktif doktor ilişkisindeki bağımlı ve edilgen hasta bilincini ortadan kaldırıp, hastalığı ve tedavisi ile ilgili konularda daha bilinçli ve aktif hasta modelini oturtmaktır, böylece hastaların hastalıkları ve kendi hayatları konusunda daha etkin olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR

1. Mevcut medikal tedaviye ek olarak verilen Psikoeğitim Bipolar Bozukluk'ta yaşam kalitesini artırmaktadır. Özellikle sosyal ilişkiler alanında iyileşme sağlamakta, bu sayede hastaların sosyal yaşantılarına (okul, iş, aile, vb...) mümkün olduğunca kesintisiz katılma olanağı sağlamaktadır. Hastaların psikoeğitimle birlikte psikolojik sağlıklarında düzelme olmaktadır.
2. Psikoeğitim Bipolar Bozukluk tanılı hastaların damgalanma hissini ve içe kapanıklarını azaltmaktadır. Özellikle ev içi iletişimi artırmakta ve hastaların işlevselliğine katkı sağlamaktadır.
3. Psikoeğitim alan hastaları aileleri ile iletişimi artmakta; aileler hastanın tedavisinde sorumluluk almakta, böylece hasta tarafından algılanan ailenin sosyal desteği artmaktadır. Genel anlamda da hastaların sosyal destek algısı artmaktadır.
4. Psikoeğitim hastaların yaşam olayları ile başa çıkma stratejilerini etkilemekte; kendilerinin daha edilgen rol aldıkları (dini odaklı başa çıkma, duygusal odaklı başa çıkma gibi) başa çıkma stratejilerini azaltmaktadır.
5. Takip süresi kısalığı ve geniş örneklem olmayışı nedeni ile istatistiksel anlam gösterilememekle birlikte; Psikoeğitimden sonra hastaların tedavi uyumlarında, ilaçları etkin doz kullanım oranlarında artış saptanmıştır.

7. ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA MEVCUT TEDAVİYE EK OLARAK VERİLEN PSİKOEĞİTİM'İN; TEDAVİ UYUMUNA, İŞLEVSELLİĞE, YAŞAM KALİTESİNE, HASTANIN SOSYAL DESTEK ALGISINA VE YAŞAM OLAYLARI İLE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Bu çalışmanın amacı Bipolar Bozukluk tanılı hastalara verilen psikoeğitimin; hastaların işlevselliklerine, yaşam kalitelerine, sosyal destek algılarına, yaşam olayları ile başa çıkma becerilerine ve tedavi uyumlarına etkisini araştırmaktadır. Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Bipolar Polikliniği'nde takip edilmekte olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 72 hasta çalışma hakkında bilgilendirilip psikoeğitime davet edildi. 72 hastanın tümünün sosyodemografik verileri alındı; plazma ilaç düzeyleri kaydedildi ve ölçekler verildi. Hastalara Bipolar İşlevsellik Ölçeği, Whoqol-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, COPE, Morisky İlaç Uyum Ölçeği verildi. Hastalar psikoeğitime davet edildi; 72 hastadan 30 hasta psikoeğitime katıldı. Psikoeğitimden 3 ay sonra hastalara (N:30) aynı ölçekler tekrar verildi, en son bakılan plazma ilaç düzeyleri ve bu zaman zarfında olan yeni ataklar, ilaç değişimleri vb. klinik gelişmeler kaydedildi. Tüm verilerin istatistiksel analizi yapıldı. Sonuç olarak hastaların yaşam kalitelerinde; psikolojik sağlıkta ve sosyal ilişkilerde anlamlı derecede yükselme saptandı. Hastaların (damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler) işlevselliklerinde artış saptandı. Hasta tarafından algılanan sosyal destekte; özellikle aile alt ölçeğinde yükselme saptandı, algılanan sosyal desteğin toplam puanın da artış görüldü. Hastaların dini odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma tutumlarında anlamlı derecede düşüş görüldü. Hasta sayısının azlığı ve süre kısalığı nedeni ile istatistiksel olarak anlamlı çıkmamakla birlikte hastaların tedavi uyumlarında ve etkin dozda ilaç kullanım oranlarında artış görüldü. Tüm bu bilgilerin neticesinde bipolar bozukluk hastalarına ilaç sağaltımına ek olarak psikoeğitim verilmesi önerilmektedir. Psikoeğitimin hastalığın erken aşamasında verilmesi, zaman zaman tekrarlanması ve psikoeğitime ailelerin dahil edilmesinin mevcut olumlu etkiyi artıracak düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili daha fazla sayıda hasta ve daha uzun süreli izlemler sonucu yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, psikoeğitim, yaşam kalitesi, işlevsellik, sosyal destek algısı, tedavi uyumu.

8. ABSTRACT

EFFECT OF PSYCHOEDUCATION IN ADDITION TO MEDICAL TREATMENT ON FUNCTIONING, QUALITY OF LIFE, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, COPING SKILLS AND COMPLIANCE IN BIPOLAR PATIENTS

Bipolar disorder has adverse effects on the lives of the individuals and the people around them and causes disability due to impaired social and occupational functioning, risk of suicide, and frequent relapses. This study is conducted as three months follow-up design to determine the effect of psychoeducation on functioning, quality of life, perceived social support, coping skills and compliance. A total of 72 patients with bipolar disorder who are followed by outpatient clinic of bipolar disorder at Akdeniz University Hospital were assigned to the study and invited to psychoeducation. Prior to education, sociodemographical data, plasma levels of drugs are recorded and Social Functioning Scale (SFS) for bipolar disorder, WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), COPE, Morisky Medication Adherence Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support perceived are applied. 30 of 72 patients are attended to Psychoeducation. 3 months following the education, patients are asked to complete previous scales and also asked to apply outpatient clinics in order to get information about clinical development such as changes in drug therapy, new episodes and also plasma levels of drugs.

As a result, quality of life, social connections and psychological health are improved. Levels of functioning in areas of stigmatization, introversion, domestic relations are increased. Perceived social support especially family subscores are increased. As expected religious and emotional oriented coping attitudes are significantly decreased.

Rates of taking efficient dosage of drugs and compliance are not significantly but slightly increased which can be explained by small sample size and short follow-up.

Consequently, besides medical treatment, giving Psychoeducation is an important issue among bipolar patients which is recently recommended. Providing psychoeducation in the early stages of disorder, replicating the education from time to time and integrating family into education could reinforce the positive impact of psychoeducation.

For the future study, larger sample size and longer follow-up duration are necessary.

Key words: Bipolar disorder, psychoeducation, quality of life, functioning, perceived social support, coping skills.

9. KAYNAKLAR

1. Angst J, Gamma A, Neuenschwander M. Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2005; 14: 68-76.
2. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller T. Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152: 1635-40.
3. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 530-7.
4. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1029-35.
5. Revicki DA, Matza LS, Flood E. Bipolar disorder and health-related quality of life: review of burden of disease and clinical trials. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 583-94.
6. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 379-84.
7. Hays JC, Krishnan KR, George LK. Age of first onset of bipolar disorder: demographic, family history, and psychosocial correlates. *Depress Anxiety* 1998; 7(2): 76-82.
8. Swartz. American Psychiatric Publishing. *Textbook of Mood Disorders* 2006; Chapter 25.
9. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 402-7.
10. Colom F, Vieta E, Reinares M. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1101-5.
11. Lam DH, Watkins ER, Hayward P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 145-52.
12. Lam DH, Hayward P, Watkins ER. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 324-9.
13. Scott J, Paykel E, Morriss R. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 313-20.
14. Perry A, Tarrier N, Morriss R. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ* 1999; 318: 149-53.
15. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 904-12.

16. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165(11): 1408-19.
17. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 2008; 165(11): 1408-19.
18. Bauer MS, McBride L, Williford WO. Cooperative Studies Program 430 Study Team: Collaborative care for bipolar disorder, II: impact on clinical outcome, function and costs. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 937-45.
19. Weiss RD, Kolodziej M, Griffin ML. Substance use and perceived symptom improvement among patients with bipolar disorder and substance dependence. *J Affect Disord* 2004; 79: 279-83.
20. Rucci P, Frank E, Kostelnik B. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during an acute and maintenance clinical trial. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1160-4.
21. Peet M, Harvey NS. Lithium maintenance: 1. A Standard education program for patients. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 197-200.
22. Perlis RH, Keck PE. The Texas implementation of medication algorithms update for treatment of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(7): 818-20.
23. Albert U, De Cori D, Blengino G, Bogetto F. Lithium Treatment and potential long time side-effects: a systematic review of the literature.
24. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005; 7: 24-31.
25. Kent SY. Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization. *Hospital and Comm Psychiatry* 1994; 45: 347-50.
26. Rabiner JC, Zuegner JT, Kane JM. Outcome study of first episode psychosis: relapse rates after 1 year. *Am J Psychotherapy* 1986; 143: 1155-8.
27. Daley DC, Bowler K, Chalene H. Approaches to patient and family education with affective patient. *Education and Counseling* 1992; 163-74.
28. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul 2003; 156-63.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti 2007; 1576-80.
30. Goodwin F, Jamison K. Manic Depressive Illness, 2nd ed. New York: Oxford University Press 2007.
31. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001; 67: 3-19.
32. Brink A. Depression and loss: a theme in Robert Burton's "Anatomy of Melancholy" (1621). *Can J Psychiatry* 1979; 24: 767-72.

33. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 298-304.
34. Hare E. The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 89-99.
35. Jablensky A, Hugler H, Von Cranach M, Kalinov K. Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. *Psychol Med* 1993; 23: 843-58.
36. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
37. Perris C. The distinction between unipolar and bipolar mood disorders: a 25-years perspective. *Encephale* 1992; 18 (spec no 1): 9-13.
38. Cade JFJ. Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Aust N Z J Psychiatry* 1949; 33: 527-31.
39. Schou M. Biology and pharmacology of the lithium ion. *Pharmacol Rev* 1957; 9: 17-58.
40. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti 2007; 1576-80.
41. Kawa I, Carter JD, Joyce PR. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7: 119-25.
42. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996; 60: 174-96.
43. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası 2007.
44. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi, 2003:467-540.
45. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacology* 1996; 16: 4-14.
46. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7. Baskı, Baltimore: Williams&Wilkins 1994; 2: 524-80.
47. Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1996; 1: 429-48.
48. Sournay D, Mussat I ve Mendlewicz J. Genetics of BPD, *J Affect Disord* 2000; 18: 278-86.
49. Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic Studies of Bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry* 2001; 41: 6-134.
50. Yüksel N. Affektif bozuklukların genetiği. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998; 1(1): 5-12.
51. Manning JS, Cannor PD, Sahai A. The bipolar spectrum of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998; 7: 63-71.

52. Yazıcı O, Kora K, Üçok A. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar patients. *J Affect Disord* 1999; 55: 133-42.
53. Kruger S, Cooke RG, Hasey GM. Comorbidity of obsessive- compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord* 1997; 34: 117-20.
54. Baron M. Genetic linkage and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 67: 267-373.
55. Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın 2001; 1-71.
56. Coryell W, Scheftner WA, Keller M. The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 703-20.
57. Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. *Psychiatry Med* 1997; 27: 1091-100.
58. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası 2007.
59. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası 2007.
60. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7. Baskı, Baltimore: Williams&Wilkins 1994; 2: 524-80.
61. Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları: Ankara, Hekimler Yayın Birliği 1996; 1: 429-48.
62. Coryell W, Endicott J, Maser JD. Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 385-90.
63. Bowden CL. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression: Review. *Psichiatri Serv* 2001; 52: 51-5.
64. Mc Elroy SL, Keck PE, Pope HGJ. Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1633-44.
65. Akiskal HS, Hantouche EG, Bourgeois M. Gender, temperament and the clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN). *J Affect Disord* 1998; 50: 175-86.
66. McElroy SL, Strakowski SM, Keck PE. Differences and similarities in mixed and pure mania. *Compr. Psychiatry* 1995; 36: 184-94.
67. Swann AC, Bowden CL, Morris D. Depression during mania. Treatment response to lithium or divalproex. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 37-42.
68. Dell'Osso L, Placidi GF, Nassi R. The manic- depressive mixed state: Familial, temperamental and psychopathologic characteristics in 108 female inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991; 240: 234-9.

69. Dell’Osso L, Akiskal HS, Freer P. Psychotic and non psychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schi-zoffective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243: 75-81.
70. Perugi G, Akiskal HS, Micheli C. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J Affect Disord* 1997; 43: 169-80.
71. Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1753-5.
72. Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* 1995; 30: 279-92.
73. Kortan G, Yenilmez Ç, Aksaray G, Kaptanoğlu C. Karma ve saf maninin klinik özellikleri açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(2): 87-94.
74. Yenilmez Ç, Kaptanoğlu C, Erol A, Seber G. Mani alttipleri: Bir karşılaştırma çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9(2): 99-106.
75. Solomon RL, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 5-13.
76. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 445-57.
77. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancemen Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2006; 163: 217-24.
78. Keck PE. Long-term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 19-24.
79. Bauer MS, Kirk GF, Gavin C, Williford WO. Determinants of functional outcome and healthcare costs in bipolar disorder: A high-intensity follow-up study. *J Affect Disord* 2001; 65: 231-41.
80. Ehlers CL, Frank E, Kupfer DJ. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 948-52.
81. Ehlers CL, Kupfer DJ, Frank E. Biological rhythms and depression: the role of zeitgebers and zeitstorers. *Depression* 1994; 1: 285-93.
82. Monk TH, Flaherty JF, Frank E. The Social Rhythm Metric (SRM): an instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 120-6.
83. Monk TH, Petrie SR, Hayes AJ. Regularity of daily life in relation to personality, age, gender, sleep quality and circadian rhythms. *J Sleep Res* 1994; 3: 196-205.

84. Frank E, Swartz HA, Mallinger AG. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 579–87.
85. Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 593–604.
86. Frank E, Soreca I, Swartz HA. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165(12): 1559-65.
87. Miller IW, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI. Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *J Affect Disord* 2004; 82: 431-6.
88. Miller IW, Keitner GI, Ryan CE. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 732–40.
89. Solomon DA, Keitner GI, Ryan CE. Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord* 2008; 10: 798-805.
90. Colom F, Vieta E. Çeviri; Lut tamam, bipolar bozuklukta psikoeğitim el kitabı.
91. Rush B. Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. Guilford Pres 1996.
92. Lam DH, Jones S, Hayward P. Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice, New York, John Wiley & Sons 1999.
93. Scott J, Garland A, Moorhead S. A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 2001; 31: 459–64.
94. Ball JR, Mitchell PB, Corry JC. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 277-86.
95. Goldman CR. Toward a definition of psychoeducation. *Hospital Community Psychiatry* 1988; 39: 666-8.
96. Gelder M, Gath D. Psychiatric Services. *Oxford Textbook of Psychiatry* 1984; 644-63.
97. Harris M, Bergman HC, Bachrach LL. Psychiatric and non psychiatric indicators for rehospitalization in chronic patient population. *Hosp Comn Psychiatry* 1986; 39: 963-6.
98. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8.baskı, Mass Publishing Co, Egypt 1998; 110.
99. Goldwyn RM. Educating the patient and family about depression. *Med Clin North Am* 1988; 72: 887-96.
100. Hatfield AB. Issues in psychoeducation for families of the mentally ill. *Int J Mental Health* 1988; 17: 48- 64.
101. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. The role of osychoeducation in the treatment of bipolar disorder: A clinical perspective. *Clin Approach Bipolar Disord* 2004; 3: 5-11.

102. Johnson L, Lundstrom O, Aberg-Wistedt A. Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disord* 2003; 5: 129-37.
103. O'Connell RA, Mayo JA, Eng LK. Social support and long-term lithium outcome. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 272-5.
104. Gökalp P. Psikososyal kuramlar-tedaviler. *Biyolojik Psikiyatri* 1. baskı, cilt 1. Ceylan ME (ed.), İstanbul 1993; 224-46.
105. Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. *Bipolar Disord* 2005; 7: 5-69.
106. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007; 98: 11-27.
107. Anderson CM, Griffin S, Rossi A. A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. *Fam Process* 1986; 25: 185-205.
108. Lewinsohn PM. The coping with depression course: review and future directions. *Can J Behav Sci* 1989; 21: 470-91.
109. Glick ID, Haas M. A randomized clinical trial of inpatient family intervention V results for affective disorders. *J Affect Disorder* 1990; 1: 17-28.
110. Solomon P, Drain J, Mannion E. Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22: 41-50.
111. Van Gent EM. Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment. *Encephale* 2000; 26: 76-9.
112. Ghaemi SN, Dalley S, Catania C. Bipolar or Borderline: a clinical overview.
113. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 531-3.
114. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008; 10: 511-9.
115. Cakir S, Bensusan R, Akca ZK. Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *J Affect Disord* 2009. Baskıda PMID: 19748130.
116. Goodwin FK, Fireman B, Simon GE. Suicide risk in bipolar disorder during treatment with lithium and divalproex. *JAMA* 2003; 290: 1467-73.
117. Aydemir Ö, Deveci A, İçelli İ. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu'nun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Psychiatry in Türkiye* 2006; Volume 8 - Number 1.

118. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-9.
119. Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 13(2): 107-14.
120. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2011; 2(3): 105-10.
121. Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(4): 344-52.
122. Yalçın Eser S, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser E, Göker E. "Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref", 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) *Dergisi* 1999; 7(ek2): 5-13.
123. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(1): 17-25.
124. Ağargün MY, Beşiroğlu L. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-6.
125. Bauer MS, McBride L, Chase C, Sachs G, Shea N. Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: a feasibility study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 449-55.
126. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH. Expressed emotion, affective style, lithium compliance, and relapse in recent onset mania. *Psychopharmacol Bull* 1986; 22(3).
127. Simoneau TL, Miklowitz DJ, Saleem R. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *J Abnorm Psychol* 1998; 107(3): 497-507.
128. Lysaker PH, Bryson GJ. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 59: 41-7.
129. Bassman R. Agent, not objects: Our fight to be. *J Clin Psychol* 2000; 56: 1395-411.
130. Cooke M, Peters E. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Sch Research* 2007; 94: 12-22.

10. EKLER

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu.

HASTANIN ADI SOYADI:

TARİH:

DOSYA NO:

TEL NO:

YAŞ:

CİNSİYET: 1. KADIN

2. ERKEK

MEDENİ DURUMU: 1. EVLİ 2. BEKAR 3. BOŞANMIŞ 4. DUL

ÇOCUK SAYISI:

BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER:

ÖĞRENİM SÜRESİ:

İŞ DURUMU:

1. DÜZENLİ ÇALIŞIYOR, 2. DÜZENSİZ ÇALIŞIYOR, 3. EMEKLİ, 4. ÇALIŞMIYOR

PSİKİYATRİK HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YILI :

HASTALIKLA GEÇEN YIL:

TAHMİNİ ATAK SAYISI:

HASTANEYE YATIŞ SAYISI:

AİLEDE ŞİZOFRENİ ÖYKÜSÜ: 1. VAR 2. YOK

EŞLİK EDEN TIBBİ HASTALIK:

KULLANILAN İLAÇLAR VE DOZLARI:

AYLIK GELİR:

1. 0-800 2. 800-1600 3. 1600 VE ÜZERİ

EK 2. Hasta İzlem Formu.

KLİNİK BİLGİ FORMU

1. Başlangıç yılı:

2. Başlangıç yaşı: Toplam hastalık süresi:

3. İlk hastalık dönemi: 1. Mani 2. Karma episod 3. Hipomani 4. Depresyon

4. Son hastalık dönemi:

5. Episod sayısı: ManiKarma.....HipomaniDepresyon

6. Toplam episod sayısı:

7. Toplam hastaneye yatış:

8. Episod şiddeti: 1.Hafif 2.Orta 3. Şiddetli

9. Ortalama episod süresi: (Tek episod varsa onun süresi buraya yazılmalıdır)

10. Postpartum özellik: 1.Var 2.Yok

11. Mevsimsel özellik: 1.Var 2.Yok

12-14 arası sorular depresif episod olmaması durumunda “2 YOK” olarak kodlanmalıdır.

12. Katatonik özellik: 1.Var 2.Yok

13. Melankolik özellik: 1.Var 2.Yok

14. Atipik Depresyon belirtisi: 1.Var 2.Yok

15. Psikotik özellik 1.DDla uyumlu 2. DDla uyumsuz 3. Yok

16.Episodlar arası tam düzelme: 1. Var 2. Yok

17. Kronik gidiş (episod>2 yıl): 1. Var 2. Yok

18. Hızlı döngülülük: 1.Var 2.Yok

19. İntihar girişimi : 1. Var 2. Yok

20.Aldığı sağaltım:

EK 3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği.

DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	<u>Puan</u>
1. Depresif (Çökkün) Ruh Hali	(1-5)
2. Çalışma Ve Etkinlikler	(1-5)
3. Genital Semptomlar	(1-3)
4. Somatik Semptomlar –Gastrointestinal	(1-3)
5. Kilo Kaybı	
A. Özgeçmişini Değerlendirirken	(1-4)
B. Gerçek Kilo Değişimi	(1-4)
6. Uykusuzluk (Başlarken)	(1-3)
7. Uykusuzluk (Orta)	(1-3)
8. Uykusuzluk (Geç)	(1-3)
9. Somatik Belirtiler (Genel)	(1-3)
10. Suçluluk Duyguları	(1-5)
11. İntihar	(1-5)
12. Psişik Kaygı	(1-5)
13. Somatik Kaygı	(1-5)
14. Hipokondri	(1-5)
15. İçgörü	(1-3)
16. Yavaşlama	(1-5)
17. Ajitasyon	(1-5)

EK 4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Kadın ☐

Erkek ☐

1. Yükselmiş duygudurum

- 0. Yok.
- 1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen.
- 2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali.
- 3. Yükselmiş; yersiz şakacılık.
- 4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söylemek.

2. Hareket ve enerji artışı

- 0. Yok.
- 1. Kendini enerjik hissediyor.
- 2. Canlılık; jestlerde artış.
- 3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk.
- 4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite.

3. Cinsel ilgi

- 0. Artma yok.
- 1. Hafif ya da olası artış.
- 2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması.
- 3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi.
- 4. Hastalara, tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem.

4. Uyku

- 0. Uykuda azalma tanımlamıyor.
- 1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır.
- 2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır.
- 3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor.
- 4. Uyku ihtiyacının olduğunu inkar ediyor.

5. İritabilite

- 0. Yok.
- 2. Kendisi arttığını belirtiyor.
- 4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları.
- 6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor.
- 8. Düşmanca; işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız.

6. Dış görünüm

- 0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım.
- 1. Hafif derecede dağınıklık.
- 2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması.
- 3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj.
- 4. Darmadağınıklık; süslü tuhaf giysiler.

7. İçgörü

- 0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor.
- 1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor.
- 2. Davranışlarında değişiklikler olduğunu kabul ediyor, ancak hasta olduğunu reddediyor.
- 3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığını reddediyor.
- 4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor.

EK 5. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları.

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?
☐ Evet ☐ Hayır
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?
☐ Evet ☐ Hayır
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?
☐ Evet ☐ Hayır
5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?
☐ Evet ☐ Hayır

Sorular Evet / Hayır olarak yanıtlanmış olup, değerlendirmede; 2 ve 5. sorularda Evet 1 puan, Hayır 0 puan; diğer sorularda Evet 0 puan, Hayır 1 puandır. 1, 2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3, 4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Hem bilgi, hem de motivasyon düzeyi yüksek olan grup tedaviye bağlı olarak kabul edilmektedir.

EK 6. Bipolar İşlevsellik Ölçeği.

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

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

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

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

CİNSEL İŞLEVSELLİK

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

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamanıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

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

İNİŞİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

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

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın

EK 7. WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği.

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor
ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

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

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

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

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK 8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklaım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

EK 9. COPE Başa Çıkma Tutumları Ölçeği.

Adınız:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Tarih:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın: **1**=Asla böyle bir şey yapmam, **2**=Çok az böyle yaparım, **3**=Orta derecede böyle yaparım, **4**=Çoğunlukla böyle yaparım.

1. Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
2. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
3. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
4. Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
5. Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
6. Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
7. Allah’a tevekkül eder, O’na dayanırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
8. İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
9. Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
10. Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
11. Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
12. Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
13. Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
14. Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
15. Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.
1 () 2 () 3 () 4 ()

16. Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
17. Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
18. Allah'ın yardımını umarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
19. Bir eylem planı yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
20. Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
24. Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
26. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
28. Duygularımı dışarı vururum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
33. Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
34. Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
35. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

36. Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
37. İstedigimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
38. İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
39. Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
40. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
41. Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
42. Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
43. Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
44. Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
45. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

55. Soruna odaklanabilmek için diğ er meşg uliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşün ür m.
1 () 2 () 3 () 4 ()
57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
59. Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

EK 10. Hasta Onam Formu.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı:

Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda mevcut tedaviye ek olarak verilen psikoeğitim programının; tedavi uyumuna, işlevsellik, yaşam kalitesine, hastanın sosyal destek algısına ve yaşam olayları ile başa çıkma becerileri üzerine etkileri

b. Araştırmanın İçeriği:

A.Ü.T.F. psikiyatri bölümüne başvuran ya da takip edilen 40 hastaya psikoeğitim verilecektir. 40 hasta da kontrol grubu olarak alınacaktır. Hastalara çalışmaya katılmadan önce depresyon ya da mani durumunda olup olmadıklarını gösterecek testler uygulanacak. Psikoeğitim verilmeden önce hastalara yaşam kaliteleri, işlevsellikleri, tedavi uyumları, sorunlarla başa etme tutumları ve sosyal destek algıları ile ilgili ölçekler verilecek. Psikoeğitim sonrasında (yaklaşık 3 ay sonra) aynı ölçekler tekrar verilecek. Psikoeğitim alan ve almayan hastalar, psikoeğitim alan hastalar da eğitimi almadan önce ve aldıktan sonra olmak üzere kendi içlerinde karşılaştırılacaklar. Psikoeğitim almayan kontrol grubuna çalışma sonrasında aynı eğitim verilecektir.

c. Araştırmanın Amacı:

Psikoeğitim programı bipolar hastaların hastalıklarının nedenleri, ataklarının tetikleyicileri, ilaç tedavisi ve yan etkisi, hastalıkla baş etme yolları, atakları erken tanımanın yolları gibi birçok detaylı bilgiyi içermektedir. Hastaların hastalıklarını öğrendikçe, tedavi ile ilgili bilgileri artıka tedavi konusundaki sorumlulukları artması ve hastalık üzerine daha yetkin olması beklenmektedir, verilen bilgiler ışığında kimi ataklar daha erken farkedilip daha kısa sürede tedavi edilebilecek, böylece hastalar günlük yaşamlarından, işlerinden ve sosyal ilişkilerinden daha az uzak kalmış olacaktır. İşlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin artması amaçlanmıştır.

d. Araştırmanın Nedeni:

- () Bilimsel araştırma
(*) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 3 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:

80 bipolar bozukluk hastasının katılması planlanmıştır.

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:

Herhangi bir deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:
Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:
Katılımcı ile çalışma kapsamında psikiyatrik görüşme yapılacak, araştırmacı tarafından ölçek ve testler doldurulacak. Bu nedenle öngörülen bir risk bulunmamaktadır.
3. **Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:**
Bipolar hastaların kısıtlı muayene süreleri nedeni ile hastalıkları ile ilgili alamadıkları detaylı bilgileri alabilecek, merak edip sormadıkları soruları sorabileceklerdir. Hastalıkla ilgili doğru olarak bildikleri yanlışları düzeltebileceklerdir. Psikoeğitimlerin bireysel yerine grup olarak yapılması onların yalnız ya da az olmadıklarını hissettirecek, aynı hastalıkla mücadele eden diğer insanların tecrübelerinden de yararlanma fırsatı sağlayacaktır.
4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:
Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı:

Fatmagül DİKYAR ALTUN

Telefon: 05359863000

5. Zararların Karşılanması:
Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Fatmagül DİKYAR ALTUN tarafından karşılanacağı bana bildirildi.
6. Araştırma Giderleri:
Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.
7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:
 - a. **Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.**
 - b. **Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.**
 - c. **Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.**
 - d. **Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.**
8. Gizlilik:
Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih: