

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İKİUÇLU (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI
HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL
ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI:
KARMA DESEN ÖRNEĞİ

RÜVEYDA YÜKSEL
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

AYDIN-2022

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde Rüveyda YÜKSEL tarafından hazırlanan “İKİUÇLU (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNEĞİ” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/12/2022

�ye (T.D.)	: Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ	Aydın Adnan Menderes �niversitesi
�ye	: Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN	Aydın Adnan Menderes �niversitesi
�ye	: Doç. Dr. Mehmet ŞAKİROĞLU	Aydın Adnan Menderes �niversitesi
�ye	: Doç. Dr. Sevgi NEHİR	Manisa Celal Bayar �niversitesi
�ye	: Dr. ÖĞr. Üyesi Dilek AYAKDAŞ DAĞLI	İzmir Katip �elebi Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü EĞitim- Ğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden bu yana büyük desteğini gördüğüm, tezimin planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren, bilimsel bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen, tüm bu süreçte karşılaştığım güçlüklerde sabırla bana destek olan, öğrencisi olmaktan ömür boyu gurur duyacağım değerli hocam, danışmanım, *Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ*'a,

Lisans eğitimimden bu yana edindiğim bilgi ve becerilerde büyük katkısı olan, tez sürecinde karşılaştığım güçlüklerde desteğini sonuna kadar yanımda hissettiğim, mesleki gelişimimde önemli bir yeri olan değerli hocam, *Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN*'a

Yolum kendisiyle kesiştiği için çok şanslı hissettiğim, tezimin planlanması ve yazım aşamasında görüşlerine başvurduğum, sonsuz desteğini gördüğüm, öğretme azmine ve bilgiyi paylaşma cömertliğine hayran olduğum değerli hocam, *Doç. Dr. Selçuk Beşir DEMİR*'e,

Lisansüstü eğitimim boyunca edinmemi sağladığı bilgi ve becerilerle önümde farklı ufuklar açan, tezin planlanması aşamasında bilimsel bilgi ve tecrübeleriyle yoluma ışık tutan, akademik duruşunu her daim kendime örnek aldığım değerli hocam, *Prof. Dr. İ. Ferhan DEREBOY*'a,

Lisansüstü eğitimim boyunca değerli bilgi ve becerileriyle eğitimime katkı sağlayan, beni yönlendiren, destekleyen, çalışma disiplinlerine hayran olduğum, ahlaki ve mesleki değerleri ile örnek aldığım çok değerli hocalarım, *Prof. Dr. Güलगün TÜRK* ve *Doç. Dr. Filiz ADANA*'ya,

Tez izleme komitesinde ve tez jürisinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile katkıda bulunan, tezime yol gösterici olan değerli hocalarım, *Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ*, *Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN*, *Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU*, *Doç. Dr. Mehmet ŞAKİROĞLU*, *Doç. Dr. Sevgi NEHİR*, *Dr. Öğr. Üyesi Dilek AYAKDAŞ DAĞLI* ve *Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER*'e,

Kıymetli vakitlerini ayırarak tezime uzman görüş ve ve önerileri ile destek veren değerli hocalarım, *Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN*, *Prof. Dr. Olcay ÇAM*, *Prof. Dr. Ruken AKAR VURAL*, *Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER*, *Doç. Dr. Selçuk Beşir DEMİR*, *Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül SAVAŞAN* ve *Uzm. Hemş. Beyhan BAĞ*'a,

Kıymetli vaktini ayırarak tezimin nitel boyutundaki verilerin kodlayıcılar arasındaki tutarlılık kontrolünün sağlanmasına destek veren değerli arkadaşım, *Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÇEKİÇ*'e,

Güler yüzünü, yardımlarını ve desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, değerli psikiyatri hekimi, *Dr. Duygu ASLAN KUNT*'a,

Bilgi ve deneyimleri ile desteklerini yanımda hissettiğim değerli hocalarım, *Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER*, *Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA*'ya,

Desteğini her daim yanımda hissettiğim, motivasyonumu artırma çabasına minnettar olduğum, birlikte görev yapmaktan keyif aldığım değerli arkadaşım, *Arş. Gör. Ezgi SARI*'ya,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Analim Dalı'nda birlikte görev yaptığım çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmanın uygulama aşamasında her türlü yardım ve kolaylığı sağladıkları için Aydın İl Sağlık Müdürlüğü ve Aydın Devlet Hastanesi yöneticilerine, Aydın Devlet Hastanesi Başhekimisi *Uzm. Dr. Mustafa Onur TÜRKKAN*'a,

Araştırmanın veri toplama aşamasında gösterdikleri hassasiyet ve desteklerinden ötürü Aydın Devlet Hastanesi psikiyatri hekimlerine ve poliklinik sekreterlerine,

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim, değerli arkadaşım, Aydın Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniği sekreteri *Yeliz VAPUR*'a,

Aydın Devlet Hastanesi psikiyatri servisinde görev yapan, her daim bana kendimi ekiplerinin bir parçası gibi hissettiren kıymetli meslektaşlarıma,

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim, değerli dostum ve meslektaşım, Hemş. *Büşra DAĞTEKİN*'e,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da benden güvenini, sevgi ve desteğini esirgemeyen, *AİLEME*,

Araştırmaya katılmayı kabul edip, iyileşme yolculuklarına dahil olduğum mesleğimi anlamlı kılan ve bana çok şey öğreten hastalarıma,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Tezimi, eğitim yolculuğumdaki en büyük idollerim, torunları olmaktan büyük gurur ve onur duyduğum dedelerim, merhum Gökhüyük Köyü Muhtarı *Bayram MERDAN* ve merhum Milli Eğitim Müfettişi *Durmuş Ali YÜKSEL*'e ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Bipolar Bozukluk.....	5
2.1.1. Epidemiyolojisi.....	6
2.1.2. Etiyolojisi	7
2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma	9
2.1.4. Tedavisi	10
2.2. İyileşme Odaklı Yaklaşım	12
2.2.1. İyileşme Kavramı	12
2.2.2. İyileşme Odaklı Uygulama.....	13
2.2.3. İyileşmeye Rehberlik Eden İlkeler	14
2.2.4. İyileşme Modelleri.....	16
2.2.4.1. İşbirliğine Dayalı İyileşme Modeli.....	16

2.2.4.2. Kavramsal İyileşme Modeli	17
2.2.4.3. Güçlü Yönler Modeli.....	18
2.2.4.4. İyileşme İttifakı Teorisi	20
2.2.4.5. Tidal Model	21
2.1.4. İyileşme Odaklı Yaklaşımla İlgili Yapılan Çalışmalar.....	22
2.1.5. İyileşme Odaklı Yaklaşımda Hemşirenin Rolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Deseni	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Zamanı	31
3.4. Evren ve Örneklem-Çalışma Grubu	32
3.4.1. Nicel Boyut.....	32
3.4.1.1.Araştırmaya Alınma Kriterleri	33
3.4.1.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	33
3.4.2. Nitel Boyut	35
3.5. Veri Kaynakları	36
3.6. Araştırmacının Rolü	36
3.7. Veri Toplama Araçları.....	36
3.7.1. Nicel Boyut.....	37
3.7.1.1. Kişisel Bilgi Formu	37
3.7.1.2. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği.....	37
3.7.2. Nitel Boyut	38
3.7.2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	38
3.4.2.2. Doküman İncelemesi (İyileşme Mektupları).....	41
3.5. Eğitim Materyalinin Hazırlanması Süreci	41
3.6. Eğitimin Uygulanması.....	42

3.7. Verilerin toplanması	44
3.7.1. Nicel boyut	44
3.7.2. Nitel boyut	45
3.8. Veri Analizi	46
3.8.1. Nicel boyut	46
3.8.2. Nitel boyut	47
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
3.10. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	50
3.10.1. Nicel Boyutun Geçerlik ve Güvenirliği.....	50
3.10.2. Nitel Boyutun Geçerlik ve Güvenirliği	50
4. BULGULAR	52
4.1. Nicel Boyuta İlişkin Bulgular.....	52
4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	52
4.1.2. Katılımcıların İyileşme Özelliklerine İlişkin Bulgular	53
4.1.3. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular	55
4.2. Nitel Boyuta İlişkin Bulgular	57
4.2.1. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular	58
4.2.1.1. Yaşama Dair Kazanımlar Kategorisinin Kodları.....	59
4.2.1.2. Hastalık Özyönetimine İlişkin Kazanımlar Kategorisinin Kodları	61
4.2.2. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular	67
4.2.2.1. Uygulayıcıya İlişkin Görüşler Kategorisinin Kodları	68
4.2.2.2. Uygulamaya İlişkin Görüşler Kategorisinin Kodları.....	69
4.2.2.3. Uygulamaya İlişkin Öneriler Kategorisinin Kodları	71
5. TARTIŞMA.....	73
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	76
5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	77

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
6.1. Sonuçlar	78
6.2. Öneriler.....	78
KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	94
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	94
Ek 2. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği	96
Ek 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	97
Ek 4. İyileşme Mektubu Örneği	98
Ek 5. Eğitim Materyali	99
Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	141
Ek 7. Katılım Belgesi Örneği	147
Ek 8. Etik Kurul Onayı.....	148
Ek 9. Kurum İzni	149
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	150
ÖZ GEÇMİŞ.....	151

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

RSİÖ: Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İç içe karma desen prototip modeli	30
Şekil 2. Araştırma yöntemine ait süreç diyagramı	31
Şekil 3. Ön test-son test kontrol gruplu tasarımın prototip modeli	32
Şekil 4. Nitel araştırmada tümevarım analizi basamakları.....	47
Şekil 5. Deney ve kontrol gruplarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası ön test ve son test puanlarının güven aralığı grafiği	56
Şekil 6. Deney ve kontrol grupları arasında ruh sağlığı iyileşme ölçeği ön test ve son test puanlarının güven aralığı grafiği	57
Şekil 7. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin deneyimlerine yönelik kodlar, kategoriler ve tema	58
Şekil 8. Katılımcıların uygulamanın etkinliği hakkındaki görüşlerine yönelik kodlar, kategoriler ve tema	68

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara ilişkin öznitelikler	35
Tablo 2. Görüşme formunun ilk hali ve uzmanlardan gelen geribildirimler doğrultusunda yapılan değişiklikler	40
Tablo 3. Görüşmelerin gerçekleştirildiği tarih, ortam ve görüşmelerin süresine ilişkin bilgiler	45
Tablo 4. Deney ve kontrol grubu katılımcılarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	53
Tablo 5. Deney ve kontrol grubu katılımcılarının iyileşmeye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması	54
Tablo 6. Deney ve kontrol grupları içinde ruh sağlığı iyileşme ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
Tablo 7. Deney ve kontrol grupları arasında ruh sağlığı iyileşme ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması	56

ÖZET

İKİÜÇLU (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNEĞİ

Yüksel R. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2022.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının etkililiğini değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmada karma yöntem desenlerinden iç içe karma (gömülü-müdahale) deseni kullanılmıştır. Aydın İl Merkezi'nde bulunan bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğinde Mayıs 2021-Ekim 2022 tarihleri arasında DSM-5'e göre bipolar bozukluk tanısıyla polikliniğe başvuru yapan 34 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın nicel boyutunda yarı deneysel ön test-son test kontrol gruplu desen kullanılmıştır. Deney grubu hastaları İyileşme Odaklı Yaklaşımı Temel Alan Psikiyatri Hemşireliği Uygulamasına dahil edilmiştir. Bu uygulama yapılandırılmış oturumlardan oluşan ve yaşantısal etkileşimsel süreci de içeren, kişisel iyileşme paradigmasını temel alan bir rehabilitasyon programıdır. Nicel veriler, Kişisel Bilgi formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği ile toplanmış ve SPSS programı aracılığıyla ki-kare testi ve t-testi kullanarak analiz edilmiştir. Araştırmanın nitel boyutundaki çalışma grubu deney grubunda yer alan 14 hastadan oluşmaktadır. Nitel veriler deney grubunda yer alan hastalarla yapılan görüşmeler ve doküman analizi teknikleriyle elde edilmiş ve içerik analizi yoluyla çözümlenmiştir.

Bulgular: Deney grubundaki katılımcıların son test puan ortalaması kontrol grubu katılımcılarının son test puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=5,123$, $p<0,001$). Yapılan içerik analizi sonucunda ise (1) Bireysel Bir Gözle 'İyileşme'" ve (2) "Uygulamanın Etkinliği" temaları elde edilmiştir.

Sonuç: Bu sonuçlar iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının bipolar tanılı hastalarda iyileşmeyi arttırmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu uygulamanın bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavisinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, İyileşme Odaklı Yaklaşım, Karma Desen, Psikiyatri Hemşireliği.

ABSTRACT

PSYCHIATRIC NURSING PRACTICE BASED ON THE RECOVERY-ORIENTED APPROACH IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER: A MIXED DESIGN EXAMPLE

Yüksel R. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Psychiatric and Mental Health Nursing Program, Doctorate Thesis, Aydın, 2022.

Aim: This study was conducted to evaluate the effectiveness of psychiatric nursing practice based on the recovery-oriented approach in patients who had been diagnosed with bipolar disorder and receiving outpatient treatment.

Materials and methods: In the study, the nested mixed design (embedded intervention), one of the mixed method designs, was used. The study sample consisted of 34 patients who presented to the psychiatry outpatient clinic of a state hospital in the central county of Aydın Province with a diagnosis of bipolar disorder according to DSM-5 between May 2021 and October 2022. A quasi-experimental pretest-posttest control group design was used in the quantitative dimension of the study. Experimental group patients were administered the Psychiatric Nursing Practice Based on the Recovery-Oriented Approach. This practice is a rehabilitation program based on the personal recovery paradigm, which consists of structured sessions and an experiential interactional process. Quantitative data were collected using a personal information form and the Mental Health Recovery Scale and analyzed using the chi-square test and t-test on the SPSS software package. In the qualitative dimension of the study, the study group consisted of 14 patients in the experimental group. Qualitative data were collected through interviews with patients in the experimental group using the document analysis technique, and they were analyzed by using content analysis.

Results: The mean post-intervention score of the participants in the experimental group was found to be statistically significantly higher than the mean post-test score of those in the control group ($t=5.123$, $p<0.001$). As a result of the content analysis, two themes were elicited from the data: (1) 'Recovery' from an Individual Perspective and (2) 'the Effectiveness of the Implementation.

Conclusion: These results showed that the psychiatric nursing practice based on the recovery-oriented approach was effective in increasing recovery in patients diagnosed with bipolar disorder. It is recommended that this practice should be used in the treatment of patients with bipolar disorder.

Keywords: Bipolar disorder, Mixed Design, Psychiatric Nursing, Recovery-Oriented Approach.

1. GİRİŞ

Araştırmaya ilişkin problemin tanımı, araştırmanın önemi, araştırmanın amacı ve araştırma sorularına bu başlık altında yer verilmiştir.

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar bozukluk, depresyon döneminden mani dönemine ve bu dönemlere tıbbi müdahale ile normallik dönemleri ile karakterize bireyin hayatının birçok yönünü etkileyen bir ruhsal bozukluktur (American Psychiatric Association [APA], 2013). Dünyada 40 milyon kişi bipolar bozukluk tanısıyla izlenmektedir (World Health Organization [WHO], 2022). Hastalığın yaşam boyu prevalansı yakın zamana kadar %1 olarak bilinirken, son yıllarda bir spektrum olarak ele alındığında %5 olarak görüldüğü belirtilmektedir (Akiskal ve diğerleri, 2000; Clemente ve diğerleri, 2015; Kessler ve diğerleri, 2006; Merikangas ve diğerleri, 2007; Zang ve diğerleri, 2020).

Bipolar bozukluk erken başlangıçlı olması, kronik seyretmesi ve tekrarlayıcı atakları nedeniyle bireyin yaşamını engelleyici bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hastalığın en önemli sonuçlarından biri işlevsellik düzeyindeki zayıflatıcı etkisidir. Bu nedenle bireyler sıklıkla iş hayatında zorluklar, kişilerarası ilişkiler ve sosyal etkileşimde güçlükler yaşamaktadır (Angst 2001; Mengi ve Aygür 2018; Miklowitz ve Gitlin, 2014; Vieta ve diğerleri, 2018). Ayrıca hastalarda intihar riskinin de yüksek olduğu bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bipolar bozukluk yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda yarattığı işlevsellik kaybı nedeni ile tedavisi konusunda üstünde önemle durulması gereken bir ruhsal bozukluktur (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

Bipolar bozukluğun tedavisinde çeşitli yöntemler kullanılmakta olup; psikoeğitim, stresin azaltılması, sosyal işleyişin güçlendirilmesi ve ilaç tedavisi gibi seçenekler bulunmaktadır (WHO, 2022). Hastalık yönetiminde en etkili yöntemin ise ilaç tedavisi ve psikososyal müdahalelerin entegre kullanımı olduğu belirtilmektedir (Godwin, 2009; Oud ve diğerleri, 2016). Hastalığın tedavisinde kullanılacak kanıta dayalı psikososyal müdahaleler; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Aile Odaklı Terapi (AOT), Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (KSRT) ve psikoeğitimidir (Geddes ve Miklowitz, 2013). Bu

müdahalelerin farklı etki gösterdiklerine dair güçlü bir kanıt bulunmadığından, tedavi kılavuzları genellikle kanıtla desteklenen yapılandırılmış psikososyal müdahalelerden herhangi birinin kullanılabileceğini belirtmektedir (Malhi ve diğerleri, 2015; National Institute of Health and Clinical Excellence [NICE], 2014).

İyileşme, semptomların azalması veya kesilmesi ve sosyal işlevselliğin geri kazanılması şeklinde ruh sağlığı uzmanları tarafından tanımlanan en bilinen haliyle bir sonucu ifade etmektedir. Son yıllarda ruh sağlığında hümanistik bir paradigma değişimiyle “*kişisel iyileşme*” kavramından söz edilmektedir (Wand, 2015). Bu paradigmatik değişim sonucunda iyileşme bir süreci ifade eder ve bireyin kendi tarafından tanımlanır. İyileşme semptomların hafiflemesi ve işlevsellikte düzelmenin klinik kriterler tarafından tanımlanan bir sonucundan -psikopatolojinin yokluğundan- ziyade kişinin tutumları, değerleri, duyguları, hedefleri, becerileri ve/veya rollerindeki son derece kişisel, eşsiz bir değişim sürecine vurgu yapar (Antony, 1993). İyileşmeyi kişinin kalıcı bir ruhsal bozukluğa rağmen bu bozuklukla nasıl yaşayacağını öğrenme süreci olarak da ifade etmek mümkündür (Davidson, 2010).

İyileşmenin kavramsal değişimi ve 2003 yılında Amerikan Başkanının Ruh Sağlığı Yeni Özgürlük Komisyonu Raporu'nun (President's New Freedom Commission Report) ruhsal sağlık sisteminin kapsamlı bir dönüşüm yapması gerektiği çağrısından hareketle, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda iyileşme odaklı yaklaşımdan söz edilmeye başlanmıştır. Bu yaklaşım ruh sağlığı politikalarında benimsenmiş ve tedavi kılavuzlarında yerini almıştır (Commonwealth of Australia, 2009; Department of Mental Health, 2011; Hogan, 2003; WHO, 2020). İyileşme odaklı yaklaşımın amacı; ruhsal hastalığın devam eden semptomlarının olup olmadığına bakılmaksızın kişilerin anlamlı ve tatmin edici bir yaşam, kişisel kimlik oluşturmalarını ve sürdürmelerini desteklemektir (Shepherd ve diğerleri, 2008). Yaklaşımın diğer amaçları; hasta ve ailelerinin bilgi ve geribildirimleri ile sağlık hizmetlerini geliştirmek ve değiştirmek, sağlık profesyonelinin uzmanlığı ile hastanın deneyimi arasındaki bağlantıyı geliştirmek ve iyileşme odaklı hizmet sunumunun iyileşme yönelimini arttırmadaki başarısını herkese tanıtmaktır (Australian Health Ministers' Advisory Council, Commonwealth of Australia, 2013). Bu amaçlar doğrultusunda iyileşme odaklı yaklaşım İngiltere, İrlanda, özellikle İskoçya, Yeni Zelanda ve Amerika'nın birçok eyaletinde psikiyatri servislerinin planlanması ve biçimlendirilmesinde belirleyici olmuş ve hastaların tedavisinde kullanılmıştır (Schmolke ve diğerleri, 2016). Ülkemizde iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bir sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Yaklaşımın ülkemiz sağlık sisteminde kullanılabilir olması için ise konuya ilişkin yapılacak öncü çalışmalara gereksinim vardır.

WHO Global Ruh Sağlığı Atlası (2020)'nda belirtildiği üzere Atlas'ın 2014 ve 2017 yılı baskılarında çoğu ÷lkede bipolar bozukluğu olan kişilerin sağlık hizmeti kullanımının son derece sınırlı olduğu vurgulanmıştır (WHO, 2020). Bu nedenle bipolar bozukluğu olan bireylere yönelik olarak sağlık hizmetlerinin planlanması ve bu hizmetlerin hastaların erişimine sunulması önem kazanmaktadır. İyileşme odaklı yaklaşımın bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastalığa rağmen bir anlam ve amaç geliştirmelerini sağlayabilir konumdaki doğası ve hemşirelik becerileri yoluyla sunulabilme kolaylığı dolayısıyla iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamaların bipolar bozukluğun tedavisine entegre edilebileceği dñřün÷lmektedir. Bipolar bozuklukta iyileşmeye odaklı yaklaşımı temel alan psikososyal müdahalelerin yer aldığı uluslararası alanyazın incelendiğinde yapılan araştırmaların sınırlı sayıda olduğu gör÷lmüştür (Dalum ve diğerleri, 2011; Jones ve diğerleri, 2015; Morrison ve diğerleri, 2016; Dalum ve diğerleri, 2018; Jensen ve diğerleri, 2019; Richardson ve White, 2019; Enrique ve diğerleri, 2020). ÷lkemizde ise konu ile ilgili olarak yapılan bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hastaların tedavisinde iyileşme odaklı yaklaşımın uygulanmasında psikiyatri hemşireleri oldukça önemli bir yere sahiptir. İyileşme odaklı yaklaşımda hemşirenin rolü; bireylerin sağlık ve iyileşme ile ilgili seçimleri değerlendirmelerine ve iyileşme sürecini etkileyen bilinçli kararlar vermelerine, yaşamlarını iyileştirebilme potansiyellerini ortaya çıkarmalarına yardım etmek ve yaşamı olabildiğince doyum olarak yaşamalarına ve kendi iyileşme süreçlerinde aktif bir katılımcı olarak rol almalarına olanak sağlamaktır (Camann, 2010; Çam ve Aydoğdu Durmuş, 2016; Çam ve Engin, 2014; Çam ve Yalçınar, 2018; şenocak ve diğerleri, 2019; Yüksel ve Arslantaş 2021). Hemşireler değerlendirme/ölçme araçlarını, motivasyonel gör÷řme tekniklerini ve iyileşmeye yönelik planlamaları kullanarak iyileşme odaklı sağlık hizmetlerini gerçekleştirebilirler (Camann, 2010). İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamaların; iyileşmenin bir süreç olduğuna odaklanan, birey merkezli, kişisel iyileşme vurgusunu ön planda tutan psikososyal müdahale uygulamaları olduğu ve yaklaşımın hemşirelik becerileri yoluyla uygulanabilirliği dñřün÷ldüğünde, hemşirelerin iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan herhangi bir psikososyal müdahale yoluyla iyileşmeyi destekleyebileceklerini söylemek mümkündür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının etkililiğini değerlendirmektir. Bu uygulamanın sonunda DSM-5'e göre ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı olan hastaların tedavi süreçlerinde hemşirelerin kullanabilecekleri bir iyileşme rehberi geliştirilecektir. Bu amaç doğrultusunda nicel, nitel ve karma araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği'nden (RSİÖ) aldıkları öntest-sontest puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

Deney grubundaki hastaların iyileşmeye dair deneyimleri nelerdir?

Deney grubundaki hastaların programın etkinliği hakkındaki görüşleri nelerdir?

Yapılan görüşmelerde elde edilen veriler bu uygulamanın sonuçlarını anlamaya nasıl yardım etmektedir?

Hastaların uygulamaya ilişkin deneyimleri uygulamanın revize edilmesi ve geliştirilmesine nasıl yardım etmektedir?

2. GENEL BİLGİLER

Araştırma konusuna ilişkin ilgili literatür bilgisine bu başlık altında yer verilmiştir.

2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, depresyon döneminden mani dönemine ve bu dönemlere tıbbi müdahale ile normallik dönemleri ile karakterize bireyin hayatının birçok yönünü etkileyen bir ruhsal bozukluktur (APA, 2013). Bu hastalık yaşam boyu sürer, dönemsel ve sıklıkla yineleyicidir. Mesleki, sosyal ve kişilerarası ilişkiler alanlarında işlevsellikte bozulma ile karakterize süregelen bir bozukluktur (Miklowitz ve Gitlin, 2014; Vieta ve diğerleri, 2018).

Mani döneminde duygudurum yükselmiş, taşkın veya irritabıldır (Özcan ve Gürhan, 2016). Mani dönemini aşırı neşeli bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde konuşma, harekette hızlanma, benlik saygısında artma, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemi olarak ifade etmek mümkündür (Çam ve Engin, 2014). Bu klinik belirti tablosunun daha ılımlı derecesi; hipomani olarak adlandırılır (Özcan ve Gürhan, 2016). Hipomani, kısa süren, belirgin bozulma ya da gerilemenin görülmediği, daha ılımlı bir manik durumdur ve psikotik özellik içermez (Çam ve Engin, 2014). Sosyal veya mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açacak veya hastaneye yatmayı gerektirecek kadar ciddi değildir (Özcan ve Gürhan, 2016). Depresyon dönemi ise, majör depresif bozukluk için tarif edilenle benzerdir (Özcan ve Gürhan, 2016). Bu dönemde enerjide azalma, duygu durumunda çökkünlük, sosyal izolasyon, uyku ihtiyacında artma ve benlik saygısında azalma belirtileri görülmektedir. Psikotik belirtiler, depresif dönemde de ortaya çıkabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Sanrılar ya da halüsinasyonlar klinik tablonun bir parçası olabilir ya da olmayabilir ve belirtilerin başlangıcı mevsimsellik gösterebilmektedir (Özcan ve Gürhan, 2016). Hastalık mevsimsel nitelik taşır; hastaların üçte birinde manik atağın yaz aylarında, depresif atağın ise ilk ve sonbahar aylarında daha çok ortaya çıktığı belirtilmektedir (Ebert ve diğerleri, 2013; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017).

2.1.1. Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı verilerine göre; Dünya’da 40 milyon kişi bipolar bozukluk tanısıyla izlenmektedir (WHO, 2022). DSÖ tarafından en son yapılan küresel hastalık yükü raporuna göre, bipolar bozukluk dünya çapında en yaygın yirmi tıbbi durumdan biridir (WHO, 2019).

Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski yakın zamana kadar %1 olarak kabul edilmekteydi (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Son yıllarda kabul gören “bipolar spektrum” kavramı doğrultusunda yapılan çalışmalarda, bir spektrum olarak düşünüldüğünde bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklık oranının %5’e kadar yükseldiği bildirilmektedir (Akiskal ve diğerleri, 2000; Clemente ve diğerleri, 2015; Kessler ve diğerleri, 2006; Merikangas ve diğerleri, 2007; Zang ve diğerleri, 2020).

Hastalığın sıklıkla 17-21 yaşları arasında, 20’li yaşların başında başladığı bilinmektedir. 1990 sonrası çalışmalarda ise başlangıç yaşının daha erken olduğu bildirilmektedir (Merikangas ve diğerleri, 2007). ABD’de yapılan bir çalışmada; hastalığın hastaların %33’ünde 15 yaşından önce, % 27’sinde 15 ve 19 yaşları arasında ve %39’unda 20 yaşın üzerinde başladığı bildirilmiştir (Hirschfield ve diğerleri, 2003). Bipolar bozuklukta aile öyküsü varlığının hastalığın başlangıç yaşını erkene çektiği bilinmektedir (Merikangas ve diğerleri, 2011; Rowland ve Marwaha, 2018; Townsend, 2016). Gültekin ve diğerleri (2014) ülkemizde bipolar olgularda hastalığın başlangıç yaşı ortalamasının 23.8 ile 27.7 yıl arasında değiştiğini bildirmişlerdir (Gültekin ve diğerleri, 2014).

Bipolar bozuklukta cinsiyet açısından; kadın erkek oranı yaklaşık 1.2/1 ile kabaca eşittir (Özcan ve Gürhan, 2016). Hızlı döngülülük, mevsimsel depresyon, atipik görünümlü bipolar tip, depresif ve karma dönemler kadınlarda daha sık görülürken, erkeklerde hastalığın sıklıkla mani dönemi ile başladığı ve mani döneminin erkeklerde kadınlara oranla daha sık görüldüğü bilinmektedir (Azorin ve diğerleri, 2013; Leibenluft, 1996; Townsend, 2016). Hastalık evli kişilere göre bekar, dul ya da boşanmış kişilerde daha yaygın görülmektedir (Özcan ve Gürhan, 2016; Townsend, 2016). Hastalığın yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğü, bipolar bozukluk görülme sıklığı açısından ırklar arasında fark olmadığı belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2020).

2.1.2. Etiyolojisi

Hastalığın etiolojisinin tam olarak açıklanamamış olması ile birlikte, kalıtsal faktörler ve stresli yaşam olayları gibi çevresel tetikleyicilerin birbirleri ile etkileşerek bipolar bozukluğun ortaya çıkmasına neden olduğu görüşü kabul gören en yaygın görüştür (Çam ve Engin, 2014).

Yapılan araştırmalar, bipolar bozuklukta altta yatan genetik yatkınlığın varlığını güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır. Bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk görülme riski %8.7 olarak bildirilmektedir (Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Ebeveyn araştırmalarında, ebeveynlerden birinin bipolar bozukluk tanısına sahip olması durumunda çocuklarından birinin herhangi bir duygudurum bozukluğuna sahip olma olasılığı %25, her iki ebeveynin de bipolar bozukluk tanısına sahip olması durumunda ise bu oranın %50-75 olduğu belirtilmektedir (Craddock, 1999). Yapılan ikiz çalışmalarında eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %10-20, çift yumurta ikizlerinde %60-80 olarak belirtilmiştir (Özcan ve Gürhan, 2016). Ayrıca iyon kanallarını kodlayan genlerin (örneğin, CACNA1C ve SCN2A), sinyal iletiminde rol oynayan proteinlerin (örneğin, DGKH), nörotransmitter taşıyıcılarının (örneğin, GRIN2A) ve sinaptik plastisite proteinlerinin (örneğin, ANK3) hastalığın genetik aktarımında rol oynadığı düşünülmektedir (Chen ve diğerleri, 2013; Özcan ve Gürhan, 2016; Stahl ve diğerleri, 2019).

Bipolar bozuklukta depresyon ve mani dönemlerinin monoamin nörotransmitterlerin düzeylerindeki değişimden kaynaklandığını ileri süren monoamin hipotezi uzun yıllardır geçerliliğini korumaktadır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde monoamin nörotransmitterlerden noradrenalin, serotonin, dopamin, norepinefrin, GABA, glutamat ve asetilkolinin etkinlik düzeylerinde değişim görülmektedir (van Enkhuizen ve diğerleri, 2015). Öfori noradrenalinle ilişkilendirilmekte ve mani dönemlerinde noradrenalinin arttığı belirtilmektedir (Çam ve Engin, 2014; Sigitova ve diğerleri, 2017). Serotoninin ise hem mani hem de depresyon döneminde düşük olduğu bilinmektedir (Özcan ve Gürhan, 2016; Jones ve diğerleri 2022). Dopamin ve norepinefrinin fonksiyonel eksikliği depresyon, aşırı artışı ise mani belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (van Enkhuizen ve diğerleri, 2015; Özcan ve Gürhan, 2016). Kolinergik ajanların mizaç, uyku ve nöroendokrin fonksiyon üzerindeki önemli etkileri bilindiğinden bipolar bozuklukta depresyon ve maninin biyojenik aminler ile asetilkolin arasındaki dengesizlikten kaynaklanabileceği de düşünülmektedir. Asetilkolinin sinaptik

salınımının artmasının depresyon, azalmasının ise mani ile ilgili olduğu bildirilmiştir (van Enkhuizen ve diğerleri 2015; Özcan ve Gürhan, 2016; Sigitova ve diğerleri, 2017; Jones ve diğerleri, 2022). GABA'nın işlevindeki artış antidepresan etkiye neden olduğundan GABA'nın duygudurum düzenleyici etkisi olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca beyinde glutamat reseptörlerinin blokajının duygudurum dengeleyici etkiye sebep olduğu, bipolar bozukluğu olan kişilerin beyinlerinde glutamat seviyelerinin arttığı belirtilmektedir (van Enkhuizen ve diğerleri 2015; Kaplan ve Sadock, 2020; Jones ve diğerleri 2022).

Bipolar bozukluğu olan bireylerle yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında lateral ventriküllerin daha geniş olduğu (Özcan ve Gürhan, 2016), ventriküllerin çevresinde beyaz cevherde ve subkortikal bölgede gri cevherde hiperintens lezyonlar bulunduğu (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Savitz ve Drevets, 2009), hipokampus ve singulat korteks volümünde azalma olduğu (Strakowski ve diğerleri, 2005) prefrontal korteks hacminin küçük olduğu (Frangou, 2019), özellikle sol taraftaki ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda belirgin azalma olduğu saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında ise; bipolar bozukluğu olan bireylerde inferior frontal korteks ve putamende azalmış aktivite, limbik alanda ve bazal ganglionlarda artmış aktivite olduğu gösterilmiştir (Kupferschmidt ve Zakzanis, 2011).

Son zamanlarda bipolar bozuklukta hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi ekseninde araştırmalar artmıştır (Çam ve Engin, 2014). Hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi aktivitesini inceleyen çalışmalar göstermiştir ki; mani dönemlerinde ve remisyonunda olan bipolar bozukluğu olan hastalarda kortikotropin salıveren hormon (CRH) ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) yanıtı artmakta, buna bağlı olarak hastalarda kortizol düzeyleri yükselmektedir. Kortizol düzeyindeki artış sinir hücrelerini yozlaştırıcı etki göstererek bilişsel bozulmaya neden olmaktadır (Murri ve diğerleri, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bipolar bozukluğun ortaya çıkışı ve ilerleyişini açıklamaya çalışan hipotezlerden biri de kindling (tutuşma) hipotezidir. Bu hipoteze göre, stresörlerin tetiklemiş olduğu depresyon ya da mani atakları ile birlikte oluşan beyin plastisitesindeki değişiklikler strese karşı kademeli bir hassasiyete yol açmakta ve bu durum çevresel faktörlerden bağımsız olarak hastalığın ilerlemesine yol açmakta ve atakların tekrar etme riskini arttırmaktadır (Hlastala ve diğerleri; 2000; Çam ve Engin, 2014).

Çevresel koşullar bipolar bozukluğa yatkınlığı ortaya çıkarmaktan çok hastalığın zamanlamasına etki etmektedir. Bipolar bozuklukta görülen ilk epizodlara aşırı stres yüklü yaşam olaylarının öncülük ettiği bilinmektedir. Bireyin deneyimlediği ilk depresyon ya da mani dönemini genellikle önemli bir yaşam olayı tetiklemektedir. Ekonomik sorunlar, aile yaşamındaki sorunlar, iş yaşamındaki çatışmalar, beden sağlığının bozulması vb. birçok psikososyal olay hastalığın ortaya çıkmasında ve süregelenleşmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Fakat bu yaşam olayları özgül değildir, her kişide hastalığı başlatmaz. Biyolojik bir yatkınlığın varlığında bu etkenler hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol oynarlar. Stresli yaşam olayları epizodların görülme ihtimalini ve sıklığını arttırabilmektedir (Çam ve Engin, 2014).

2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma

Bipolar Bozukluklar psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılmasında kullanılan son güncel basım olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)'te "Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır. Buna göre:

1. **Bipolar I Bozukluğu:** Bir veya birden fazla mani dönemi öyküsüne sahip bireye konulan tanıdır ve hasta depresyon dönemlerini de yaşamış olabilir.
2. **Bipolar II Bozukluğu:** Epizodik hipomani dönemi ile birlikte tekrar eden depresyon dönemi atakları ile karakterizedir.
3. **Siklotimi Bozukluğu:** Hipomani dönemi kriterlerini karşılamayan yükselmiş duygudurumla karakterize ve süre açısından depresyon dönemi kriterlerini karşılamayan depresif dönemler ve en az 2 yıllık sürede kronik duygudurum bozukluğunun olmasıdır. Birey 2 aydan daha fazla süren semptomsuz bir dönem geçirmemiştir.
4. **Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Hastalığın bir maddenin (örn: İlaç kötüye kullanımı, ilaç alımına maruz kalma) fizyolojik etkilerinin doğrudan bir sonucu olarak ortaya çıkmasıdır. Belirtiler opioidler, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler ve anksiyolitikler gibi maddelerden kaynaklanan zehirlenme tablosu ile ortaya çıkabilir. Belirtiler maddelerin yoksunluğunda da görülebilir.

5. **Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Diğer tıbbi bir hastalığın doğrudan fizyolojik etkileri sonucu olduğu düşünülen normal dışı, sürekli taşkın, iritabl duygudurum ve aşırı hareketlilik ve enerji ile karakterizedir.
6. **Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk**
7. **Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk** (Köroğlu, 2014; Özcan ve Gürhan, 2016).

2.1.4. Tedavisi

Hastalığın tedavisinde akut dönemleri yatıştırmak, hastalık dönemlerinin tekrarını önlemek ve işlevselliği arttırmak temel amaçtır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bipolar bozuklukta tedavi akut ve koruyucu tedavi olmak üzere ikiye ayrılır.

Akut tedavi, hastanın içinde bulunduğu duygudurum dönemine (hipomani, mani, depresyon ya da karma dönem) özgü belirtilerinin tedavi edilmesini içerir. Akut tedavi hastanın belirtilerinin yatışması ve kendine ve/veya çevresine zarar verici davranışlarının ortadan kalkmasını sağlamak amacıyla farmakoterapinin bazı durumlarda ise EKT'nin kullanılmasını içerir. Belirtilerin şiddetine bağlı olarak tedavi, ayaktan tedavi ile sürdürülebileceği gibi hastaneye yatışı da gerektirebilir (Çam ve Engin, 2014; Özcan ve Gürhan, 2016).

Bipolar bozukluğun tedavisinde duygudurum dengeleyiciler farmakolojik tedavinin temelini oluşturmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2020; Jones ve diğerleri 2022). Lityum hastalığın tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Lityum, mani nöbetlerinin tedavisinde ve hastalığın koruyucu tedavisinde etkisi kanıtlanmış bir ilaçtır (Çam ve Engin, 2014). Hızlı döngülü ataklarda, psikotik belirtilerin eşlik ettiği durumlarda ve madde bağımlılığı eş tanısının bulunduğu durumlarda Lityum'dan daha etkili olduğu saptanan antikonvülsanlar (Valproat, Karbamazepin, Okskarbazepin, Lamotrijin) tedavi seçeneği olmaktadır (Bowden, 2003). Mani döneminin önlenmesinde ve depresyon döneminin tedavisinde kullanılan bir diğer ilaç grubu antipsikotiklerdir (Olanzapin, Klozapin, Risperidon, Ketiyapin) ve ikinci kuşak antipsikotikler bipolar bozukluğun tedavisinde kullanılabilir (Yatham, 2005). Duygudurum düzenleyicilerle birlikte kullanıldığında ilaca yanıtı hızlandırmaları nedeniyle benzodiazepinler (Klonazepam, Lorazepam) de tedavide kullanılmaktadırlar (Çam ve Engin, 2014; Kaplan ve Sadock, 2020; Jones ve diğerleri, 2022).

Akut mani döneminde özellikle hasta lityuma veya diğer ilaç tedavilerine yanıt vermediği ya da tedaviyi tolere edemediği durumlarda veya yaşamı tehdit altındaysa EKT bir tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır (Özcan ve Gürhan, 2016). Yemeyen, içmeyen, dehidratasyon belirtileri gösteren, saldırgan olabilen hastalarda EKT etkili bir tedavi yöntemidir (Çam ve Engin, 2014). Hastaya, ortalama 6-8 seans EKT uygulanır. Gerekirse bu sayı 10-12, hatta daha fazla sayıya ulaşabilir. EKT özellikle hızlı yanıt istenen durumlarda, gebelikte farmakoterapi ile tedavi mümkün olmadığında ve kişinin özkıyım riskinin yüksek olduğu durumlarda tercih edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Hasta yatıştıktan sonra antipsikotiklerle veya duygudurum düzenleyicilerle tedavi sürdürülür (Kaplan ve Sadock, 2020).

Bipolar bozuklukta akut tedavi sonrasında atak dönemlerinin tekrarlamasını önlemek ve remisyonu sürdürmek amacıyla koruyucu tedavi uygulanmaktadır. Hastalığın seyri bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle tedavi planlanırken hastanın işlevsellik düzeyi, daha önce kullandığı ilaçlar, hastanın geçirdiği hastalık dönemlerinin sayısı, sıklığı, süresi ve tipi, remisyon dönemlerinin süresi, remisyon dönemlerindeki işlevsellik düzeyi, remisyon döneminde kalıntı hastalık izlerinin ve yeti yitiminin olup olmaması, önceki tedaviye verdiği yanıt ve tedaviye uyumu gibi hastanın bireysel özellikleri dikkate alınmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

Bipolar bozuklukta %64'e varan ilaç uyumsuzlukları bildirilmektedir (Ateş ve Algül, 2006; Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bipolar bozukluğun bir yıllık zaman diliminde %35.7 ile %55 arasında tekrarlama oranı gösterdiği, son 5 yılda ise tekrarlama oranının %73 olduğu bildirilmektedir (Aksoy ve Kelleci, 2016). En etkili tedavi ise, ilaç tedavisi ile psikososyal müdahalelerin birarada uygulandığı tedavidir (Özcan ve Gürhan, 2016). Tedavi klavuzlarında da en etkili hastalık yönetiminin ilaç tedavisi ve psikososyal müdahalelerin entegre kullanımı ile mümkün olduğu belirtilmektedir (Morriss RK, 2009; Oud ve diğerleri, 2016). Hastalığın tedavisinde kullanılabilecek kanıta dayalı psikososyal müdahaleler; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Aile Odaklı Terapi (AOT), Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (KSRT) ve psikoeğitimidir (Geddes ve Miklowitz, 2013). Psikososyal müdahalelerin remisyon dönemlerinin süresini arttırdığı ve atakların tekrarlama sıklığını azalttığı bildirilmektedir (Çakır ve Özerdem, 2010; Eroğlu ve Özpoyraz, 2010; Çam ve Engin, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2020).

2.2. İyileşme Odaklı Yaklaşım

2.2.1. İyileşme Kavramı

İyileşme kelimesi ifade edildiği dilin özellikleri dolayısıyla farklı anlamsal şekillerde kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre iyileşme, “iyileşmek işi” anlamını taşımaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2022). Kelimenin etimolojik kökenine bakıldığında ise Arapça “nekahat, salah ve şifa” kelimelerinden köken aldığı görülmektedir. Bu bağlamda iyileşmenin “hastalıktan iyileşme, yataktan kalkma”, “uygunluk, sağlık, ahlaken iyi olma, iyileşme, manevi kurtuluş” ve “iyileşme, tedavi” anlamlarına geldiğini söylemek mümkündür (Türk Etimoloji Sözlüğü, 2022). Oxford İngilizce Sözlüğü'nde ise “recovery” kelime anlamı olarak “bir hastalık veya yaralanmadan sonra tekrar iyileşme süreci”, “sorunlardan sonra tekrar başarılı veya normal olma süreci” ve “bir şeyi geri alma süreci” anlamları ile karşımıza çıkmaktadır (Oxford Cambridge Dictionary, 2022).

Literatürde iyileşme kavramına ilişkin iyileşmenin farklı yönlerine vurgu yapan çeşitli tanımların yapıldığı görülmektedir. İyileşme kavramına ilişkin yapılan bu tanımlar; klinik iyileşme ve kişisel iyileşme ayrımını da beraberinde getirmiştir. Klinik iyileşme; en bilinen haliyle bir sonucu ifade eder ve “semptomların azalması veya kesilmesi ve “sosyal işlevselliğin geri kazanılması” şeklinde tanımlanır. Klinik iyileşme bir değerlendirme sonucunu ifade ettiğinden ruh sağlığı uzmanları tarafından tanımlanır (Slade, 2009).

Son yıllarda ruh sağlığında hümanistik bir paradigma değişimi gerçekleşmiştir. Bu değişimle beraber “*kişisel iyileşme*” kavramından söz edilir olmaya başlamıştır (Wand, 2015). Bu paradigmasal değişim dikkati psikopatoloji ve işlev bozukluğundan beceriler, nitelikler ve optimal işleyiş üzerine kaydırmıştır. Bu yeni iyileşme kavramı dayanıklılığı artırmak ve bağımsızlığı teşvik etmek için alternatif bir bakış açısı sağlamıştır (Wand, 2013). Bu haliyle iyileşme bir sonucu değil bir süreci ifade etmektedir. Klinik iyileşme kavramının aksine bir sağlık profesyoneli tarafından değil bireyin kendisi tarafından tanımlanıyor olması yönüyle de farklıdır. Kişisel iyileşme; kişisel gelişim, iyileşme ve kendini yeniden tanımlamayı kapsayan devam etmekte olan holistik bir süreci ifade eder (Slade, 2009). Bu bağlamda iyileşme, bireye konulan teşhisin kısıtlamalarının ötesinde anlamlı bir yaşam yaratabilme ve yaşayabilme olarak kavramsallaştırılmaktadır (Wand, 2015). İyileşme, semptomların hafiflemesi ve işlevsellikte düzelmenin klinik kriterler tarafından tanımlanan bir sonuçtan ziyade kişinin

kalıcı bir bozukluğa rağmen ve bu bozuklukla nasıl yaşayacağını öğrenme süreci olarak tanımlanmaktadır (Davidson, 2010).

İyileşme bireysel, benzersiz, aktif, doğrusal olmayan, çok boyutlu, deneme ve yanılmalarla aşama aşama devam eden bir yolculuk olarak ifade edilmekte ve beş kavramsal kategoride ele alınabileceği belirtilmektedir. Bu kategoriler; hayatla bağlantıda olma, umut ve geleceğe ilişkin iyimserlik, kimlik, yaşamı anlamlandırma ve güçlendirmedir (Leamy ve diğerleri, 2011). İyileşme konusunda öznel ve bütüncül bir bakış açısı esastır. Bu yönüyle iyileşme bireyin kendi dilinde kendine özgü anlamına kavuşmaktadır (Bejerholm ve Roe, 2020). İyileşme süreci başarısızlıklar da dâhil olmak üzere devam eden bir mücadeleyi içermekte ve mücadelenin sürdürülüp sürdürülmeyeceği ise kişisel bir seçim olarak karşımıza çıkmaktadır (Salzmann-Erikson, 2019).

İyileşme uluslararası ruh sağlığı politikalarında merkezi bir tema olarak karşımıza çıkmaktadır (Tew, 2013). Kişisel iyileşme vurgusunun ön plana çıkması 2003 yılında ABD’de ruh sağlığı hizmet sunumunun geliştirilmesi için kurulan bir komisyonun ruhsal sağlık sisteminin kapsamlı bir dönüşüm yapması gerektiği yönünde gerçekleştirdiği çağrıdan sonra olmuştur. Bu çağrıdan sonra kişisel iyileşme kavramından ve ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda “*iyileşme odaklı yaklaşım*”dan söz edilmeye başlanmıştır. Bu doğrultuda ülkeler (Yeni Zelanda, ABD, Avustralya, İrlanda ve Birleşik Krallık) yeni politikalar ve hizmetler üreterek ruh sağlığı hizmetlerine yön vermişlerdir. Bu değişim hareketi iyileşmeyi öznel ve holistik bir bakış açısıyla ele alması ve iyileşmenin bireyin kendi dilinde kendine özgü anlamına kavuşması vurgusu dolayısıyla ruh sağlığı politikalarında benimsenmiş ve tedavi kılavuzlarında yerini almıştır (Hogan, 2003; Commonwealth of Australia, 2009; Department of Health, Mental Health, 2011; WHO, 2020). İyileşme odaklı yaklaşım pek çok ülkede psikiyatri servislerinin planlanması ve biçimlendirilmesinde belirleyici olmuş ve bu yaklaşımı temel alan uygulamalar hastalarının tedavisinde kullanılmıştır (Schmolke ve diğerleri, 2016). Henüz ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bir uygulama yürütülmemektedir.

2.2.2. İyileşme Odaklı Uygulama

İyileşme yönelimli bir değerlendirme güçlü yönlere, niteliklere, kaynaklara, başa çıkma becerilerine, geçmiş başarılarla, olumlu niyetlere, umutlara ve bireyin yaşamının ve

sosyal koşullarının daha geniş bağlamına dikkati çekmektedir. Yaşama dair sorunları psikopatolojinin yol açtığı belirtiler olarak yeniden biçimlendirmek yerine, bir iyileşme perspektifi ile hastalara koşullarının patolojikleştirilmesi yerine normalleştirilmesi yoluyla güvence verir (Wand, 2013). Bu bağlamda sunulan sağlık hizmetleri iyileşme odaklı uygulamanın temelini oluşturur.

İyileşme odaklı uygulama, kişisel kararlılık ve kişisel bakım ilkelerine vurgu yapan bir ruh sağlığı bakım yaklaşımını ifade eder. İyileşme odaklı uygulamada umut, toplumsal katılım, kişisel hedef belirleme ve özyönetim vurgusu ön plandadır. İyileşme odaklı uygulamaya göre ruh sağlığı hizmeti alan kişilerle ruh sağlığı profesyonelleri arasında bir koçluk/ortaklık ilişkisi vardır. Ruh sağlığı hizmeti alan kişi yaşamı ve deneyimleri konusunda, ruh sağlığı profesyonelleri ise mevcut tedavi hizmetleri konusunda uzman kabul edilir. Bu iki uzman arasındaki işbirliği iyileşme odaklı uygulamanın temelini oluşturur (Department of Health, Mental Health, 2011).

İyileşme odaklı uygulamanın amaçları şunlardır:

- Aktif olarak bilgiyi aramak ve kullanmak, ruh sağlığı sorunlarını deneyimleyen kişilerin ve ailelerinin bilgi ve geribildirimleriyle sağlık hizmetlerini geliştirmek ve değiştirmek.
- İşbirlikçi bir bilgi birikimi oluşturmak için yaşanmış deneyim ile profesyonel uzmanlık arasındaki bağlantıları geliştirmek.
- Uygulama ve hizmet sunumunun iyileşme yönelimini arttırmadaki başarısını herkese tanıtmak (Australian Health Ministers' Advisory Council, Commonwealth of Australia, 2013).

2.2.3. İyileşmeye Rehberlik Eden İlkeler

İyileşmeye rehberlik eden ilkeler aşağıda açıklanmıştır.

İyileşmenin birçok yolu vardır. Bireyler özel gereksinimleri, güçlü yönleri, hedefleri, sağlık tutumları, davranışları ve iyileşme beklentileri ile benzersizdir. İyileşme yolları da son derece kişiseldir ve genellikle kriz karşısında kimliğin yeniden tanımlanmasını veya progresif bir değişim sürecini içerir. Bazı kişiler tedaviye dahil olmadan kendi kişisel kaynaklarını kullanarak doğal olarak iyileşirken, bazıları daha yaygın bir yol olan tedavi ve/veya kendi kendine yardım ve karşılıklı yardım gruplarından destek alarak iyileşir.

İyileşme kendine dönük ve güçlendiricidir. İyileşmeye giden yol faaliyetlerin başkaları tarafından önemli ölçüde yönlendirildiği ya da rehberlik edildiği bir süreç olsa da kişi iyileşme sürecinin aktif bir parçasıdır. Kişi iyileşme hedeflerine dayanarak seçimler yapma ve karar verme yetkisine sahiptir. İyileşme süreci, bireyleri yapabilecekleri en yüksek özerklik düzeyine yönlendirir. Kendini güçlendirme sayesinde, bireyler yaşam hedefleri konusunda iyimser olurlar.

İyileşme, değişim ve dönüşüm gereksiniminin kişisel olarak tanınmasını içerir. Bireyler bir sorun olduğunu kabul etmeli ve bu sorunu çözmek için adımlar atmaya istekli olmalıdır. Değişim süreci kişinin iş, aile ve toplum yaşamının fiziksel, duygusal, entelektüel ve manevi yönlerini içerebilir.

İyileşme bütüncüdür. İyileşme bütüncül bir süreçtir. Aile, iş ve toplum da dahil olmak üzere yaşamının diğer yönleriyle ilgili olarak adım adım bir zihin, beden ve ruh dengesini sağlamayı ifade eder.

İyileşmenin kültürel boyutları vardır. Her insanın iyileşme süreci kendine özgüdür ve kültürel inanç ve geleneklerden etkilenir. Bir kişinin kültürel deneyimi genellikle kendisi için doğru olan iyileşme yolunu seçmesini ve şekillendirmesini sağlar.

İyileşme, sağlık ve zindeliğin devamlılığıyla varlığını sürdürür. İyileşme doğrusal bir süreç değildir. Sürekliliğin doğal bir parçası olarak nüksetme ve diğer aksilikleri içerebilir.

İyileşme umut ve şükretmekten ortaya çıkar. İyileşme sürecinde veya iyileşme arayışında olan kişiler kendi iyileşme arayışını veya deneyimini paylaşan kişilerin öykülerini duyduklarında umutlanırlar. Kişiler kendileriyle yüzleşerek karşılaşılan engellerin üstesinden geldiklerini görürler ve her gün iyileşmenin sunduğu fırsatlar için şükrederler.

İyileşme, iyileşme ve kendini yeniden tanımlama sürecini içerir. İyileşme bütünsel bir iyileşme sürecidir. Bu süreç olumlu ve anlamlı bir kimlik duygusu geliştirir.

İyileşme, ayrımcılığı ele almayı ve utanç ve damgalamayı aşmayı içerir. İyileşme kişinin damgalamayla karşı karşıya kaldığı ve üstesinden gelmek için çabaladığı bir süreçtir.

İyileşme diğerleri tarafından desteklenir. Eşler, aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık profesyonelleri umut ve destek veren, değişim için strateji ve kaynaklar öneren kişiler olarak iyileşme sürecindeki kişiler için önemli destek ağları oluşturur.

İyileşme, toplumda yeniden bir hayata katılmayı ve yeniden bir hayat inşa etmeyi gerektirir. İyileşme, rahatsızlıktan kaynaklanan koşulların beraberinde getirdiği sınırlama

içerisinde bir yaşam yaratmayı içerir. Sağlıklı aile ilişkileri, sosyal ve kişilerarası ilişkiler kurmak ve yeniden inşa etmek iyileşmek demektir. İyileşme sürecindeki bireyler genellikle eğitim, istihdam ve barınma gibi alanlarda yaşam kalitelerinde gelişmeler elde ederler. Ayrıca toplumda başkalarına yardım etme, üretken eylemler ve diğer katkılarla giderek daha fazla yapıcı roller üstlenirler.

İyileşme gerçekliktir. Olabilir, olacaktır ve olur (Sheedy ve Whitter, 2013).

2.2.4. İyileşme Modelleri

İyileşmeyi temel alan modeller aşağıda açıklanmıştır.

2.2.4.1. İşbirliğine Dayalı İyileşme Modeli

İşbirliğine Dayalı İyileşme Modeli yaşanan deneyimin bireyselliğini ve geri kazanım sürecinin hasta tarafından sahiplenilmesini savunmaktadır. Bu model iki yol gösterici ilke ve dört bileşenden oluşmaktadır. Bu yol gösterici ilkeler; “Bireysel Süreç Olarak İyileşme” ve “İşbirliği ve Özerklik Desteği”dir. Bireysel Süreç Olarak İyileşme; umut, anlam, kimlik ve sorumluluğa yönelik benzersiz ve kişisel bir yolculuktur ve semptomları azaltmak yerine iyi oluşu artırmaya odaklanır ve psikolojik iyileşme sürecini geliştirmeyi amaçlar. İşbirliği ve Özerklik Desteği ise; ruhsal hastalığı olan bir birey ve onu destekleyen ruh sağlığı çıktılarında önemli etkiye sahip kişiler arasında var olan ilişkinin gücünü ifade eder. Bu model hastanın özerkliğini destekleyen çalışmayı bir ittifak olarak algılayarak, bu ilişkinin işbirliğine dayalı doğasına odaklanır (Oades, 2005).

Andresen ve diğerleri (2003) modelde 4 yaygın iyileşme süreci tanımlamıştır. Bunlar; (i) umut bulmak; (ii) kimliği yeniden tanımlamak; (iii) yaşamda anlam bulmak ve (iv) iyileşme için sorumluluk almaktır. Ayrıca model dört ana bileşene sahiptir. İlk bileşen olan Değişim Geliştirme, bireyi kendi iyileşme yolculuğuna ilgi ve bağlılık oluşturma konusunda araştırmayı ve desteklemeyi içerir. Model, her bireyin farklı olduğunu ve değişimin çok bireysel bir süreç olduğunu kabul eder. İkinci bileşen, bireyin güç ve değerlerini belirlemeye ve bireyin iyileşme yolculuğunu desteklemek için güç ve değerlerden yararlanmanın yollarına odaklanır. Üçüncü bileşen, bireyin gün içindeki yaşamında gücünü ve değerlerini daha fazla ifade etmesini desteklemek için hedefler belirlemeyi içerir. Dördüncü bileşen, kişinin

hedeflerine ulaşmak için ihtiyaç duyacağı destekleri içeren bir eylem ve izleme planı geliştirme seviyesidir. Bu model toplum ruh sağlığı hizmetlerinde psikolojik iyileşmeyi sağlamak için kanıta dayalı uygulamaları kullanılmaya olanak sağlamaktadır. Umudu besleyen, özerkliği ve hastaların kişisel hedeflere sahip olmasını destekleyen vurgusu sayesinde, bu model hem hastaların hem de sağlık hizmetlerinin iyileşme vizyonu ile tutarlı olacak şekilde yapılandırılmıştır (Oades, 2005).

2.2.4.2. Kavramsal İyileşme Modeli

Kavramsal İyileşme Modeli'nde iyileşme kavramı hem iç koşullara (iyileşmekte olan bireylerin değişimine ilişkin tutumlara, deneyimlere ve süreçlere) hem de dış koşullara (iyileşmeyi kolaylaştırabilecek koşullara, olaylara, politikalara ve uygulamalara) atıfta bulunur. Bu modele göre iç ve dış koşullar birlikte iyileşme denilen süreci oluşturur. Bu koşullar karşılıklı bir etkiye sahiptir ve iyileşme süreci bir kez gerçekleştiğinde, iyileşme hem iç hem de dış koşulları dönüştüren bir faktör haline gelebilir. İyileşme sürecindeki temel içsel koşullar; umut, sağlığa kavuşma, güçlendirme ve ilişki içinde olmaktır. İyileşmeye olanak sağlayan dışsal koşullar ise; insan hakları, olumlu iyileşme kültürü ve iyileşme yönelimli hizmetler olarak belirtilmiştir (Jacobson ve Greenley, 2001).

Kavramsal iyileşme modeline göre iyileşme odaklı hizmetler; semptomların hafifletilmesi, krize müdahale, vaka yönetimi, rehabilitasyon, zenginleştirme, hakların korunması, temel destek ve kendi kendine yardım konularına yönelik hizmetleri içerir. Profesyoneller tarafından sağlanan hizmetler arasında ilaçlar, psikiyatrik rehabilitasyon ve terapi ve vaka yönetimi gibi geleneksel destek hizmetleri de bulunmaktadır. Bu hizmetlerdeki iyileşme odağı, hizmetleri sağlayan profesyonellerin tutumlarına vurgu yapar. Örneğin, ilaçla ilgili kararlar, sağlık personelleri tarafından dikte edilmek yerine, sağlık profesyoneli ve hasta arasındaki işbirliğiyle sonuçlanır. Sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlık hizmetleri, hastalar tarafından kendileri için planlanır, uygulanır ve sunulur. Örnek olarak; savunuculuk, akran destek programları, hastaneye yatış alternatifleri, yardım hatları ve rol modelleme ve mentörlük/koçluk için fırsatlar sağlayan programlar da yer almaktadır (Jacobson ve Greenley, 2001).

Modelde belirtilen iyileşmenin içsel ve dışsal koşulları arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Örneğin; sosyal damgalamanın azaltılması, bazı danışanların, hastalıklarından ayrı bir

benlik tanımlamalarına engel olan içselleştirilmiş damgalamanın azaltılmasına yardım edecektir. Eğitim gibi çeşitli ruh sağlığı hizmetlerine erişim, hastaların semptomlarını hafifletmelerinde ve stresin etkisini kontrol etmelerine yardımcı olacak bilgi, beceri ve stratejileri sağlayacaktır. Sağlık profesyonelleri ve hastalar arasındaki işbirliğine dayalı ilişkiler, her iki tarafı da güçlendirerek anlamlı bir güç paylaşımına ve daha fazla sorumluluk üstlenilmesine olanak sağlayacaktır (Jacobson ve Greenley, 2001).

2.2.4.3. Güçlü Yönler Modeli

Bu model insanların kendi içlerinde iyileşmeye katkıda bulunabilecek güçlü yönleri olduğunu öne sürmektedir. Bu modele göre kişisel faktörler iyileşme sürecine yardımcı olabilir (Deegan, 2004). Toplumda ruh sağlığı yaklaşımları, insanları ilgi duydukları şeyleri geliştirmeye teşvik etmek, hedeflerini sürdürmek için kendi güçlü yönlerini belirlemeye ve inşa etmeye teşvik etme yönünde ilerlemiştir (Davidson ve diğerleri, 2006). Bu modelin uygulaması hastalara değil, birey olarak insanlara yardım etmeye odaklanır (Rapp, 1998). Güçlü yönler modeli altı temel fikir veya ilkeye dayanmaktadır. Bunlar;

1. Psikiyatrik engeli olan bireyler öğrenebilir, gelişebilir ve değişebilir.
2. Odak noktası, eksiklerden ziyade bireysel güçlü yönlerdir.
3. Toplum geniş bir kaynak olarak görülür.
4. Hasta, yardım sürecinin yöneticisidir.
5. Sağlık personeli-hasta ilişkisi esas ve temeldir.
6. Çalışılan esas odak toplumdur (Rapp ve Sullivan, 2014).

Güçlü Yönler Modeli'nde iyileşme, ruh sağlığı vaka yönetimini, yeni ve yaratıcı yollarla yeti yitiminin aksine becerilerini, yeterliliklerini ve yeteneklerini geliştiren hastalarla çalışmaya izin veren güçlü ve esnek bir bakış açısına sahiptir. Bu yaklaşım bazı soruları cevaplamaya çalışmaktadır. Bunlar;

- İnsanlar hayatlarındaki sorunlardan neden kurtulurlar?
- İnsanlar iyileşmeyi açıklayan hangi kaynakları kullanırlar?
- Ruhsal hastalık tanısı alanların önemli bir çoğunluğu neden sadece hayatta kalmakla kalmıyor, aynı zamanda sorunlarına rağmen iyi yaşıyorlar?

- İyileşmeyi destekleyen koruyucu faktörler nelerdir?
- Bireyler kendi deneyimlerine, acılarına ve zaferlerine ne anlam atfediyorlar? (Rapp ve Goscha, 2012).

Güç temelli bir yaklaşım benimsemek, yeti yitimine odaklanmaktan uzaklaşmayı içerir ve bu nedenle bir paradigma değişikliğini temsil eder. “Tedavi” hakkındaki varsayımlara itiraz edilir ve hizmet kullanıcısı olan hastanın rolü, pasif tedavi alıcısından aktif işbirliğine ve hatta kendi iyileşmesini yöneten kişiye dönüştürülür (McCormack, 2007). Güçlü yönler modeline göre kişisel faktörler iyileşme sürecine yardımcı olabilir (Deegan, 2004). Bu güçlü yönler, yaşamın çeşitli yönlerinden memnuniyet, işlev durumu veya sağlık durumu olarak olumlu sonuçlar doğurabilir ve ruhsal sağlığın iyileşmesine yardımcı olma potansiyeline sahiptir (Xie, 2013). Ruh sağlığı uygulamalarında güçlü yönler modeli bireylerin menfaatlerini geliştirmeye, amaçlarını sürdürmek için kendi güçlü yönlerini belirlemeye ve oluşturmaya teşvik etme yönünde ilerlemiştir. Bireylerin güçlü yanlarını belirleyen ve bunlara dayanan politikalar, uygulama yöntemleri ve stratejiler oluşturulmuştur. Sağlık personelleri, hastaların iyileşmeleri için kullanılabilecek güçleri olduğuna ve bu güçlerin kullanımını kolaylaştırmak için hastalarla birlikte çalıştıklarına inanırlar. Ayrıca hastaların aileleri ve toplum, hastaların güçlü yanlarını geliştirmek için güvendikleri kaynakların bir parçası olabilir (Saleebey, 2006).

Bu modelde güçlü yönlere odaklanmak, sağlık personellerini hastaları suçlama eğiliminden uzaklaştırmakta, ancak ruhsal hastalıkların nüksetmesi gibi olumsuz koşullara rağmen insanların nasıl çalıştığını keşfetmeye doğru odaklanmaktadır. Odaklanma kişinin eksiklikleri, zayıflıkları, sorunları veya ihtiyaçlarına yönelik değildir, güçleri, arzuları, ilgi alanları, özlemleri, yetenekleri ve bilgilerine yöneliktir (Saleebey, 2002). Güçlü yönler modelinde hastaların özerkliği/otonomisi tanınır. Hastalar güçlü yanlara sahip olanlardır ve güçlerini iyileşme için kullananlardır. Hastalar sürücü koltuğunun başındadır ve tercihleri terapötik ilişkilere dahil edilir. Hastalar teknik tavsiyeler almak için sağlık profesyonellerine güvenirken, hastaların görüşleri sağlık personellerinin onları daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktadır (Xie, 2013).

İyileşme sürecinde sağlık personelleri ve hastalar eşit ortaklardır. Sağlık personeli tüketicilerin iyileşmeye doğru ilerlemek için güçlerini tanımlamasını ve kullanmasını kolaylaştırmak için profesyonel ve teknik bilgiye sahip bir ortak olarak iyileşme sürecine hizmet eder. Her tüketicinin gücü tüketiciye özgüdür. Bu güçler şartlara bağlı herhangi bir şey olabilir; kapasite, kaynak ve varlıklar gibi. Bunlar; kişisel nitelikleri, erdem ve özellikleri

(kişinin kendi hakkında ne öğrendiği), diğerlerini/dünyayı (insanların etraflarındaki dünya hakkında eğitim veya yaşam deneyimlerinden ne bildikleri) ve insanların sahip oldukları yetenekleri (kültürel ve kişisel hikayeler, gayri resmi ağlar, kurumlar veya meslek kuruluşları) içerir (Epstein ve diğerleri, 2000; Peterson ve Seligman, 2004).

2.2.4.4. İyileşme İttifakı Teorisi

İyileşme İttifakı Teorisi hümanistik felsefeye dayalı orta düzey bir ruh sağlığı hemşireliği teorisidir. Bu teori altı yapıdan oluşmaktadır. Bunlar; hümanistik felsefe, iyileşme, ortaklık ilişkisi, güçlü yönler odaklanma, güçlendirme ve ortak insanlıktır. Bu yapılardan türeyen üç kavram; başa çıkma, öz sorumluluk/kontrol ve çalışma ittifakı ruh sağlığı hemşireliği uygulamasına ait yapıların bir sisteme dönüşmesinde temel oluşturmaktadır (Shanley ve Jubb-Shanley, 2007).

Bu teoriye göre ruh sağlığı sorunları, insan yaşamının ve gelişiminin normal bir parçası olarak görülmektedir. İyileşme İttifakı Teorisi, kişilerin kendi iyileşme süreçlerine katılımının önemine vurgu yapar. Hemşire hastaları baş etme stratejilerini kullanmaya teşvik ederek sağlığının gelişmesini sağlar. Bu teoride hastalığın kendisinden ziyade bireyin ruh sağlığı sorunları ile baş etmede karşılaştığı sorunlar psikiyatri hemşiresinin ana odak noktasıdır (Shanley ve Jubb-Shanley, 2007).

İyileşme İttifakı Teorisi; hastalara ve ruh sağlığı hemşirelerine birbirlerini daha iyi anlamaları için büyük bir fırsat sunar. Hemşirenin diğer kişinin hikayesine açık olduğu karşılaşmalar, hemşirelerin geçmişteki kendi benzer sorunlarını düşünmelerine ve kendi yaşam deneyimleri ile hastaların yaşadıkları arasındaki benzerlikleri tanımlamalarına yardım eder. Bu süreç diğer kişinin bakış açısı ve dünya görüşünü daha iyi anlayabilmeye olanak sağlar ve sonuç olarak hemşireler insanların zaafı, mutlulukları, hazları, tasaları üzerine daha bilinçlenmiş olurlar. Ayrıca psikiyatri hemşireleri ruh sağlığı sorunları ile baş etmede var olan mevcut stratejilerini kullanmaları için bireylere rehberlik eder (Shanley ve Jubb-Shanley, 2007).

Bu teoriye göre ruh sağlığı uzmanları tedavi ve bakım hizmetleri konusunda uzmanken, hastalar belirli becerilere sahip veya becerilerini geliştirme ve ruh sağlığı sorunları ile baş etme yeteneğine sahip bireyler olarak görülürler. Ortaklık ilişkisi ile her birey kendi uzmanlığını ortaya koyar ve bir diğerinin uzmanlığını kabul eder. Örneğin; hemşireler ruh

sağlığı sorunlarına ilişkin genel bir bilgi birikimine sahiptirler. Hastalar ise kendi deneyimlerini, kaynaklarını ve yeteneklerini tanımada en iyi konumdadır. Bu teoriye göre psikiyatri hemşiresi ve hasta arasında kurulan ortaklık ilişkisi içerisinde psikiyatri hemşireleri, hastaların iyileşmek için kendi güçlü yönlerini kullanma yeteneğine sahip olduklarını kabul ederek onlara rehberlik eder. Bu yolla kişi kendi bakımına ilişkin karar verme sürecine aktif katılım gösterir ve birey güçlü yönlerini geliştirerek, psikolojik potansiyellerini geliştirecek kaynakları tanımlayabilir ve ruh sağlığı sorunları ile baş edebilir (Shanley ve Jubb-Shanley, 2007).

Bu teori farklı yaş, sosyoekonomik gruplar, kültürel özelliklere sahip kişiler arasında ruh sağlığı sorunlarını ele alması ve uygulanabilirliği açısından oldukça kapsamlıdır. İyileşme İttifakı Teorisi ruh sağlığı hemşirelerinin çalıştığı tüm alanlarda kullanılabilir bir teoredir (Shanley ve Jubb-Shanley, 2007).

2.2.4.5. Tidal Model

Tidal Model, ruhsal iyi oluşun kendilik algısı, algılar, düşünceler ve eylemleri içeren kişisel yaşam deneyimlerine bağlı olduğunu ileri sürer. Bu model ruh sağlığı sorunları nedeniyle acı çeken kişilerin kendi tedavilerinde daha aktif bir rol almaları gerektiğine vurgu yapar. Modelin merkezinde bakım alan kişi ve onun yaşam hikayesi yer almaktadır (Brookes, 2014). Bu hikaye, yalnızca doğumdan, çocukluğa, erişkinliğe, sonunda ölüme kadar değil, aynı zamanda bireyin büyüme ve gelişme yolculuğunda meydana gelen değişimleri de içermektedir (Barker ve Buchanan Barker, 2005). Birey modele göre hemşirelik bakımının merkezindedir. Model bireye odaklanır, hastalık ya da bozuklukla ilgilenmez (Barker ve Buchanan Barker, 2008).

Bu modelde metaforlar iyileşme sürecinde anahtar rol oynamakta ve hemşirelik, metaforik bilim olarak tanımlanmaktadır. Modele göre kişiler kendileri için zorlayıcı deneyimleri tam olarak ifade edecek kelime bulamadıklarında deneyimlerini ifade ederken kişisel metaforlara başvururlar (Barker ve Buchanan Barker, 2010). Modelde denizcilik terimleri metafor olarak kullanılmaktadır. Bunlar; su, gemi, deneyim okyanusu, metaforik keşif yolculuğu ve iyileşmedir. Model kendi metaforlarını tanımlamış olsa da kişi kendi metaforlarını da kullanabilmektedir (Barker ve Buchanan Barker, 2005).

Modelde üç farklı, birbiri ile ilişkili alandan söz edilir. Bu alanlar; benlik alanı, dünya alanı ve diğerleri alanıdır. Modelde bireyin bakım ihtiyaçlarının farklılaşabileceği vurgusu ön plandadır. Bu doğrultuda hemşirelik bakımının acil bakım, geçiş dönemine yönelik bakım ve gelişimsel bakım olmak üzere üç farklı yolla sunulabileceği belirtilir (Barker ve Buchanan Barker, 2010). Modele göre verilen hemşirelik bakımında amaç bireyin hastalık ya da sağlık durumunda mevcut durumu anlamlandırması ve ihtiyaç duyduğu gereksinimlere yönelik bireyin güçlendirilmesini sağlamaktır (Barker ve Buchanan Barker 2008). Modele göre bireye sunulan iyileşme odaklı bakım, bireyin bakım sistemi içinde hareket etmesi ve sonunda kendini toplumda günlük yaşama dönecek duruma taşımasını sağlar. Bu modelde değişimlere ve değişimlerin bireyin yaşamına olan etkilerine odaklanılmakta ve kişilerin farkındalıkları üzerinde çalışılmaktadır (Barker ve Buchanan Barker, 2010).

2.1.4. İyileşme Odaklı Yaklaşımla İlgili Yapılan Çalışmalar

Literatür incelendiğinde iyileşme odaklı yaklaşım ile ilgili yapılan çalışma sayısının yıllar içinde artmakla birlikte sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavisinde iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

Mansell ve diğerlerinin (2010) bipolar bozuklukta iyileşme sürecini ele almak için yapmış oldukları nitel çalışmada; tanı görüşmesi ile hastalığı teyid edilen 30 yaşın üstünde en az iki yıldır remisyon döneminde olan 11 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu görüşmeler tematik analiz yoluyla incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda iki ana tema bulunmuştur. Katılımcıların hem olumlu hem olumsuz yaklaşımları “kararsız yaklaşımlar” üst teması altında ele alınmıştır. Maniden kaçınma, ilaç alma, önceki hastalığa karşı mevcut sağlık durumu ve teşhis sonrasında kimlik duygusu bu üst temanın alt temalarıdır. İkinci tema “yararlı yaklaşımlar” olarak belirtilmiştir ve anlayış, yaşam tarzı temelleri, sosyal destek ve arkadaşlık ve sosyal değişim alt temalarını içerir.

Dalum ve diğerlerinin (2011) Danimarka Başkent Bölgesi'ndeki iki toplum ruh sağlığı merkezinde tedavi görmekte olan şizofreni ve bipolar bozukluk tanısıyla izlenen 200 hastada Hastalık Yönetimi ve İyileşme programı sonrası hastaların işlevsellik seviyelerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize, değerlendirici-kör, çok merkezli çalışmada; deney grubu 9 ay boyunca Hastalık Yönetimi ve İyileşme programına tabi tutulmuştur. 9. ve

21. ayın sonunda değerlendirmeler yapılmıştır. Değerlendirmeler Global Fonksiyon Değerlendirme Ölçeği (GAF-F), Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİS), Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (MHRM) ve The Adult State Hope Scale ve Clients Satisfaction Questionnaire ile yapılmıştır. Deney grubunda tedavi sonunda ve başlangıçtan 21 ay sonraki izlemde işlevsellik düzeyinin arttığı, alkol/uyuşturucu kullanımının azaldığı, iyileşmenin bireysel anlamının ve umudun arttığı, hastaneye yatışın ve psikiyatri polikliniğine başvurunun azaldığı belirtilmiştir.

Veseth ve diğerlerinin (2012) bipolar bozukluk tanılı bireylerin kendi yaşamında gelişmeyi ve olumlu değişimi teşvik etmek için neler yaptıklarını incelemek için yaptıkları nitel çalışmada; bipolar bozukluk yaşadığını ve hastalıkla baş ettiğini ifade eden 13 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmelerin analizi sonucunda dört ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar; (1) manik durumları bırakma konusundaki kararsızlığı ele almak, (2) dünya dönerken tutunacak bir şey bulmak, (3) kendinden ve diğerlerinden gelen sinyallerin farkına varmak ve (4) kendi kendine bakmanın yollarını bulmaktır.

Borg ve diğerleri (2013) tarafından bipolar bozuklukta iyileşmede bir işte çalışmanın rolünü ve bipolar bozukluğu olan bireylerin iş hayatıyla ilgili karşılaştıkları zorluklarla nasıl başa çıktıklarını anlamak amacıyla yapmış oldukları nitel çalışmada; çalışma grubunu yedisi engelli ödeneği alan ve üçü tam zamanlı ve üçü de yarı zamanlı işlerde çalışan 13 katılımcı oluşturmuştur. Katılımcılarla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Yapılan tematik analiz sonucunda dört tema elde edilmiştir. Bunlar; (1) Çok çeşitli iş kolu (anlam ve odak bulma), (2) yardımcı roller ve bağlamlar (bir hastalığı olan bir kişiden çok daha fazlası olmak), (3) bir işte çalışmayı mümkün kılmak (destekleyici ilişkilerin ve destekleyici ilaçların rolü) ve (4) çok çalışmanın maliyeti (anlamli ve sağlıklı bir denge bulmak) dır.

Fernandez ve diğerlerinin (2014) bipolar bozukluk tanılı bir grup kadının kayıp, başa çıkma ve iyileşme deneyimlerini incelemek amacıyla yaptıkları fenomolojik bir çalışmada; ayaktan tedavi görmekte olan 10 kadın ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirmişlerdir. Bu görüşmelerden elde edilen veriler içerik analizi yoluyla incelenmiştir. Elde edilen temalar; (1) tanılama etiketine bağlı kimlik, (2) bipolar bozukluk etiketinin çok boyutlu etkileri ve (3) kimliğin yeniden inşa edilmesi için stratejilerdir.

Todd ve diğerlerinin (2014) WEB tabanlı iyileşme yönetimi girişiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; deney grubuna “Bipolar Bozuklukla

Yaşamak” adı verilen bir eğitim uygulanmıştır. Bu eğitim Bilişsel Davranışçı Terapi ilkelerine dayanan, çevrimiçi, etkileşimli, iyileşme odaklı bir öz-yönetim müdahalesidir. Bu müdahalede on etkileşimli modül bulunmaktadır. Bunlar; (1) İyileşme ve Ben, (2) Bipolar ve Ben, (3) Öz-yönetim ve Ben, (4) İlaç ve Ben, (5) Duygudurum Değişimlerini Tanımak, (6) Bipolar bozuklukla iyi kalmak, (7) Depresyon ve Ben, (8) Hipomani ve Ben, (9) Teşhisim hakkında konuşmak ve (10) Kriz ve Ben’dir. Kontrol grubu ise ruh sağlığı hizmetleri kapsamında aldığı standart tedaviye tabi olmuştur. Kontrol grubu ile deney grubu karşılaştırıldığında; deney grubu katılımcılarının müdahalenin sonunda yaşam kalitesi ve iyileşme puanlarının arttığı saptanmıştır.

Jones ve diğerleri (2015) tarafından yeni başlangıçlı bipolar bozukluğu olan bireylerde iyileşme odaklı bilişsel davranışçı terapi (BDT) müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları tek kör randomize kontrollü çalışmada; kontrol grubu standart tedavi alırken deney grubuna psikoeğitim, beceri eğitimi, çeşitli etkinlikler ve tartışmayı da içeren bir eğitim verilmiştir. Deney grubundaki katılımcılar ortalama 14.15 saat/dk eğitim almışlardır. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında iyileşme odaklı BDT’nin 12 aylık takibe kadar kişisel iyileşmeyi artırdığı ve deney grubunda 15 aylık takipte duygudurum epizodlarının daha az tekrarladığı bulunmuştur.

Morrison ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları karma yöntem araştırmasında; bipolar ve şizofreni tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında son 12 ayda psikotik belirti (varsanı ve sanrı) gösteren sekiz hasta ile öznel iyileşme deneyimlerini keşfetmeyi amaçlayan yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin tematik analizi sonucunda dört üst tema; “ruh sağlığı üzerindeki etkiler”, “kendini değiştirme ve uyum”, “sosyal yeniden tanımlanma” ve “bireyselleştirilmiş başa çıkma mekanizmaları” elde edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada iyileşme odaklı bilişsel davranışçı terapinin iyileşmeye etkisini incelemek amacıyla çalışmaya dahil edilen hastalar deney ve kontrol grubuna randomize olarak atanmış, kontrol grubundaki hastalar standart tedavi alırken deney grubundaki hastalara en az altı seans iyileşme odaklı BDT seansı uygulanmıştır. Çalışmada deney grubundaki katılımcıların iyileşme puanlarının kontrol grubundakilere göre önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir.

Dalum ve diğerleri (2018) tarafından şizofreni veya bipolar bozukluğu olan hastalarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme programının yarar ve zararlarını araştırmak amacıyla yapmış oldukları randomize kontrollü, çok merkezli çalışmada; kontrol grubuna standart tedavi uygulanmış, deney grubu ise dokuz ay boyunca haftada bir saatlik oturumlarla grup

formatında Hastalık Yönetimi ve İyileşme programına dahil edilmiştir. Araştırmada Hastalık Yönetimi ve İyileşme programının işlevsellik, semptomlar, madde kullanımı ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir.

Crowe ve Inder (2018) yürüttükleri kişilerarası sosyal ritim terapisinin iyileşmeye etkisini değerlendirdiği randomize kontrollü bir çalışmanın izlem çalışması olarak fenomolojik bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma, beş yıl önce yürütülen bu çalışmaya katılan bipolar bozukluğu olan bireylerin beş yıllık takipte psikoterapiye ilişkin deneyimlerini ve psikoterapinin bipolar bozuklukla yaşama üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu nitel çalışmaya 30 kişi dahil edilmiş ve hastalarla iyileşme deneyimleri ve psikoterapinin bipolar bozuklukla yaşama üzerindeki etkisine ilişkin görüşmeler yapılmıştır. Çalışma sonunda elde edilen veriler içerik analizi yoluyla incelenmiş ve üç temaya ulaşılmıştır. Bunlar; bipolar bozukluk bağlamında öz farkındalık, bipolar bozukluğu anlamak ve bipolar bozuklukla iyi kalmayı öğrenmektir.

Jensen ve diğerleri (2019) HYİ programına katılan şizofreni veya bipolar bozukluğu olan hastalarda müdahale sonrası ve bir yıllık takipte klinik-kişisel iyileşme ve hastalık yönetiminde gelişme olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; Danimarka'nın Başkent Bölgesi'ndeki üç toplum ruh sağlığı merkezindeki 198 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Deney grubuna grup formatında Hastalık Yönetimi ve İyileşme programı uygulanırken, kontrol grubu standart tedavi almıştır. Katılımcıların tüm sonuçları başlangıçta, müdahale sonrası ve bir yıllık takipte değerlendirilmiştir. Uzun vadeli sonuçlar klinik iyileşmeye (yani semptomlar, global işleyiş ve hastaneye yatış) ve kişisel iyileşmeye (yani umut ve kişisel iyileşme) göre sınıflandırılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında semptomlar, hastaneye yatış sayısı, acil servise başvuru ve polikliniğe başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mevcut HYİ çalışması ile bir yıllık takipte HYİ'nin klinik ve kişisel iyileşme üzerinde önemli bir etki göstermediği saptanmıştır.

Richardson ve White (2019) yapmış oldukları grup öncesi ve sonrası vaka serisi çalışmasında; toplum ruh sağlığı biriminde yürütülen 12 haftalık bipolar bozuklukta BDT temelli psikoeğitimin bipolar bozukluk tanılı hastalarda algılanan damgalanma, benlik saygısı ve iyileşmeye olan etkisini belirlemeyi amaçlamışlardır. Yapılan çoklu varyans analizi sonucunda, BDT temelli psikoeğitimin algılanan iyileşmeyi önemli ölçüde iyileştirdiği, damgalanma ve benlik saygısında bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tse ve diğeri (2019) tarafından bipolar bozukluk tanılı hastaların iyileşme süreçlerini desteklemek için teknik ve deneyime dayalı bilgileri nasıl aradıklarını, değerlendirdiklerini ve kullandıklarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastanelerde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde ve sivil toplum kuruluşlarında tedavi görmekte olan hastalar ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler NVivo yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Üç tema elde edilmiştir: (1) Hastaların ruh sağlığı uzmanları ve akran destek çalışanları tarafından sağlanan bilgileri nasıl anlamlandırdıkları, (2) Akran destek hizmetleri hakkında eleştirel bakış açıları ve (3) Hizmetlerin tek başına bilgi transferinden daha fazlası olduğu.

Warwick ve diğeri (2019) bipolar bozuklukta iyileşme süreçlerini keşfetmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada; dört yıl veya daha uzun süredir herhangi bir depresyon ve/veya mani dönemi yaşamamış olan, daha önce bipolar bozukluk tanısı almış on iki kişiyle yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada katılımcıların iyileşmelerinde önemli olduğunu bildirdikleri 10 kapsayıcı kategori saptanmıştır. Bunlar; destek, sorunun farkına varma, bir şeylerin değişebileceğine inanma ve pes etmeme, içgüdüsel merak, ilaç tedavisi, psikoterapi, kendi hayatının yönetmeni olma, düşünce şeklini değiştirmek, kim olduğunu ve nasıl hissettiğini kabul etmek ve kendiyi ilgilenmektir.

Enrique ve diğeri (2020) bipolar bozukluk tanılı hastalar için internet üzerinden sunulan klinisyen destekli bir müdahalenin etkinliğini incelemeyi amaçladıkları iç içe gömülü desen, karma yöntem çalışmasında; 13 bipolar hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın nicel boyutunda grup içi ön test son test tasarım kullanılmıştır. Hastalar 10 hafta boyunca internet üzerinden sağlanan bir öz yönetim müdahalesine dahil edilmiştir. Bu müdahale programı dört modülden oluşmaktadır. Bu modüller; “bipolar bozukluk hakkında gerçekler”, “bipolar ve ben”, “ilişkiler” ve “uyku”dur. Hastaların iyileşme düzeyleri “Bipolar İyileşme Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın nicel boyutunda deney grubundaki hastaların kişisel iyileşme algısında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark olduğu ($z= 2.38$, $p= .017$) bulunmuştur. Araştırmanın nitel boyutunda ise; hastaların ve uygulayıcıların deneyimlerini keşfetmek amacıyla araştırmanın deney grubuna katılan üç hasta ve programı yürüten iki sağlık profesyoneli (iki hemşire, bir psikiyatrist) ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler içerik analizine tabii tutulmamış, araştırmada yapılan görüşmelere ilişkin doğrudan ifadeler yer verilmiştir.

Durgu ve Dulgerler (2021) tarafından bipolar bozukluğu olan hastaların yaşadığı iyileşme deneyimini derinlemesine incelemeyi amaçladıkları Türkiye’de yaptıkları bir çalışmada; bipolar bozukluk tanılı 28 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler

gerçekleştirmişlerdir. Veriler MAXQDA programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Hastaların iyileşme deneyimleri çalışmada elde edilen temalar doğrultusunda yolculuk metaforu kullanılarak açıklanmıştır. Bunlar; yolculuğun başlangıcı, yolculuğun rotası, yolculukta bir durak, yolculuğun anlamıdır.

2.1.5. İyileşme Odaklı Yaklaşımda Hemşirenin Rolü

Hastalığı nedeniyle kesintiye uğrayan yaşamlarını iyileştirebilme potansiyeli yine bireyin kendi içindedir ve hemşireler bu potansiyeli ortaya çıkarmada önemli bir konumdadır (Çam ve Engin, 2014). Hemşireler, bireylerin kişisel sağlık durumlarını değerlendirmelerine ve sağlık davranışlarını iyileşme planlarına entegre etmelerine yardımcı olabilecek benzersiz bir konumdadır. Hemşireler değerlendirme araçlarını, motivasyonel görüşme tekniklerini ve iyileşme planlamalarını kullanarak bireylerin sağlıkları hakkında karar vermelerine, yeni davranışları denemelerine ve bu sağlıklı yaşam davranışlarını bir iyileşme planına ve iyileşme faaliyetlerine entegre etmelerine yardımcı olabilir (Camann, 2010).

Seçim, seçenek, bilgi, rol modelleri, hasta bireyin sesi olmak, birinin hayatını iyileştirmek için fırsatlar sunmak kişinin hayatta kalmaktan ziyade kendi iyileşme sürecinde aktif bir katılımcı olarak rol olmasına olanak sağlar. Tüm bunlar insan etkileşimli ortamın özellikleridir. Bu tür ortamlar yaratmak ise psikiyatri hemşirelerinin ustalaşması gereken becerilerdendir (Deegan, 2004).

Ruhsal hastalıklarda iyileşme, birçok alanda kişisel karar vermeyi içeren bir süreçtir. Psikiyatri hemşireleri ise kişisel sağlığı destekleyen davranışları ve ruhsal hastalıklardan kurtulmayı içeren karar verme sürecine yardımcı olabilecek önemli bir konumdadır. Psikiyatri hemşiresi hasta ile kurduğu tedavi edici iletişim yoluyla kişinin sağlık ve yaşam tarzı seçimlerine önemli katkılarda bulunma fırsatına sahip olur (Camann, 2010). Hemşire bireyin çeşitli davranışsal seçimlerin olası sonuçlarını yansıtmaya rehberlik eder. Bireye beslenme, egzersiz, tütün kullanımı, kişisel bakım ve ilaç yönetimi gibi sağlıkla ilgili davranışların avantajlarını ve dezavantajlarını değerlendirmede yardımcı olur. Bireye karar verme sürecini gösterir ve kişiyi hemşire tarafından seçilen davranışları benimsemeye yönlendirmek yerine, bireyin kişisel davranışlarını seçmesine yardımcı olmaya odaklanır (Miller ve Rollnick, 2002). Bireylerin sağlık ve iyileşme ile ilgili seçimleri değerlendirmelerine ve iyileşme sürecini etkileyen bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olmak hemşirenin önemli rollerinden biridir (Camann, 2010).

Psikiyatri hemşirelerinin bireyleri kendi sorumluluklarını almaları açısından desteklemeleri de son derece önemlidir (am ve Aydoğdu Durmuş, 2016). Karar verme fırsatının sunulması ve bireye sağlık aktivitelerinden kendisi için uygun olanı seçme imkanının sağlanması hem sağlığı hem de iyileşmeyi desteklemektedir. Bu roldeki hemşire, aktiviteyi tanımlamaz, ancak aktivitenin sonucunun ve bu sonucun iyileşme sureci üzerindeki etkisinin değerlendirilmesine yardımcı olur, bireyin çabalarını ve hedeflerini destekler. Hemşire tarafından bilgi ve kaynaklar karar verme surecini destekleyecek şekilde bireye sunulur (Camann, 2010). Ayrıca hemşireler hastaların rollerine ve aktivitelere geçişini kolaylaştırmak için bilgi verme, amaç ve hedefleri birlikte planlama, becerileri geliştirme, anksiyete ile baş etme, kaynaklara ulaşımı sağlama, sorun ile karşılaşıldığında danışmanlık yapma, destek gruplarına yönlendirme, yasal ereve doğrultusunda yol gösterme gibi girişimlerde de bulunabilmektedir (am ve Yalçıner, 2018).

İyileşme ve motivasyon ilkelerini kullanarak kasıtlı ortaklıklar yaratan hemşireler, bireylerin iyileşme yolculuklarını bütünleştirirken sağlık ve iyileşmeyi teşvik etmek için hastalar ve gruplarla ilişkileri kullanırlar (Camann, 2010). Hemşire bireyin duygusal ve fiziksel güvenliğini sağlamak, iyileşmeyi kolaylaştırmak ve bütün iyileşme sürecinde profesyonellerin, ailenin ve arkadaşların olası rollerini keşfetmelerini sağlamak için gerekli desteği sağlar (am ve Yalçıner, 2018).

Psikiyatri hemşireleri umutlu tutumları ile insanlara inanarak ve öz yeterliliklerini geliştirerek, kendilerini gerçekleştirebilecekleri yaşamı olabildiğince doyum olarak yaşamalarına yardım edebilecek bir konumdadır (am ve Yalçıner, 2018). Bu noktada psikiyatri hemşireleri iyileşme yolculuklarında bireylerin hastalık semptomlarını yönetmesi konusunda cesaretlendirir ve bireyleri hastalık süreçleri, baş etme yöntemleri gibi konularda bilgilendirir. Bu doğrultuda hemşirelik sureci, hastaların umudunu, dayanıklılığını, gücünü, iletişim becerilerini artırmaya ve baş etme stratejilerini geliştirmeye yöneliktir (am ve Aydoğdu durmuş, 2016).

İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamalar psikiyatri hastalarının tedavisinde iyileşmenin bir sure olduğuna odaklanan, birey merkezli, kişisel iyileşme vurgusu ön planda bir uygulama olması dolayısıyla önem kazanırken, psikiyatri hemşireleri bilgi, beceri ve insan insana dokunuşlarla hastaların iyileşme surecini destekleyen ve bu surece yol arkadaşlığı yapan yönüyle bu güncel ve ağdaş yaklaşımının önemli bir parçasıdır (am ve Yalçıner, 2018).

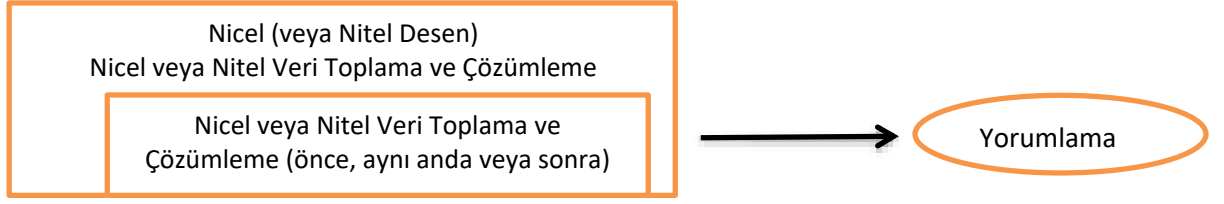
3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde sırasıyla araştırmanın deseni, araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın zamanı, evren ve örneklem-çalışma grubu, veri kaynakları, araştırmacının rolü, veri toplama araçları, eğitim materyalinin geliştirilmesi süreci, eğitimin uygulanması, verilerin toplanması, veri analizi, araştırmanın etik yönü ve araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırmada Ege Bölgesi'nde bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğinde ikiçüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasını test etmek ve derinlemesine öngörüler elde etmek amaç edinildiğinden bu çalışma; iç içe karma desene göre yürütülmüştür. Bu kapsamda öncelikle deneysel veriler toplanmış, daha sonra elde edilen deneysel verileri keşfetmek ve derinlemesine anlamlandırmak amacıyla nitel veriler toplanmıştır.

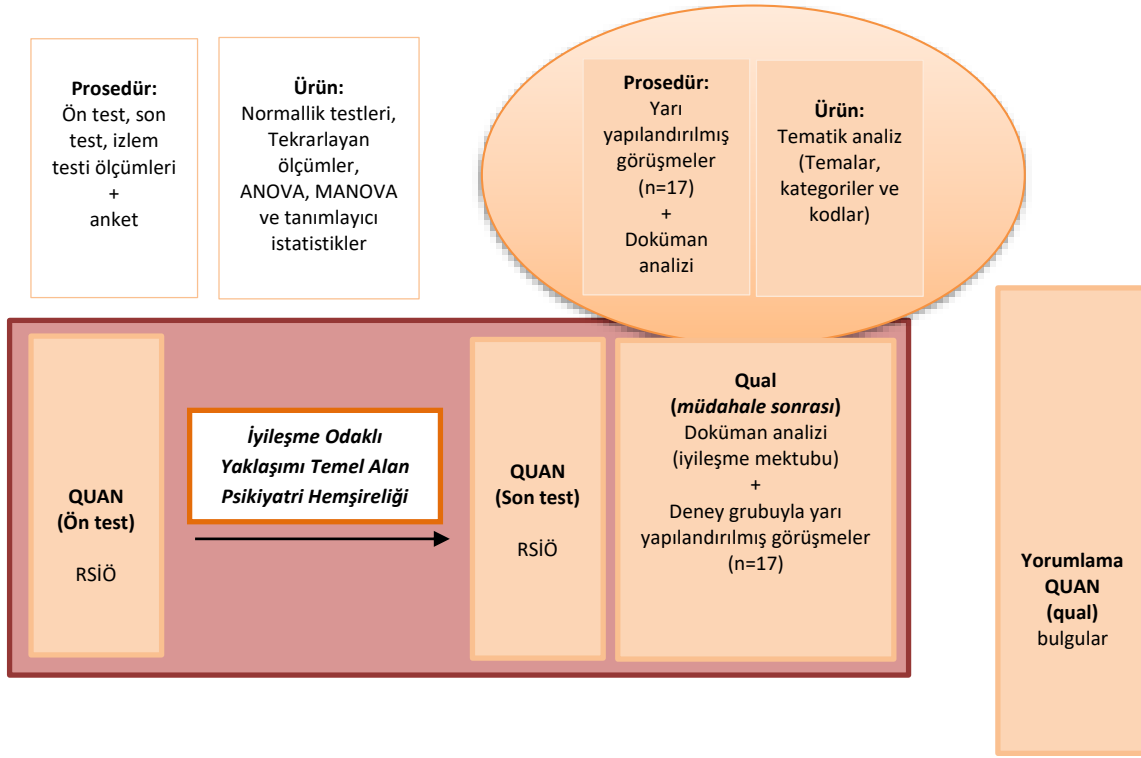
Araştırmanın desenine “İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının hastaların iyileşmeye yönelik deneyimlerini nasıl etkilediği en iyi şekilde nasıl ortaya koyulabilir?” sorusundan yola çıkılarak karar verilmiştir. Çalışmanın araştırma deseni, iç içe karma (gömülü-müdahale) desenidir. İç içe desen tek veri setinin yeterli olmaması, farklı araştırma sorularının cevaplanması gerekliliği ve farklı tipteki araştırma sorularının farklı veri seti gerektirdiği durumlarda kullanılmaktadır. İç içe karma yöntem deseninde nicel çalışma içindeki ikincil araştırma sorusunu cevaplama ihtiyacından esasla nitel veri daha baskın nicel veri içine gömülür (Creswell ve Plano Clark, 2017). Bu doğrultuda iç içe karma desene göre yürütülen bu araştırmanın prototip modeli Şekil 1’de sunulmuştur:



Şekil 1. İç içe karma desen prototip modeli

İç içe karma desende nitel veri setinin nicel veri seti içine gömülmesindeki amaç veri toplama prosedürünü iyileştirmek, müdahale sürecini test etmek ve katılımcıların deneye katılım konusundaki tepkilerini açıklamak olabilmektedir (Creswell ve Plano Clark, 2017). Bu çalışmada nitel veri seti nicel veri seti içerisine gömülmüştür. Bu yolla deneye katılan katılımcıların psikiyatri hemşireliği uygulamasına ilişkin tepkilerini açıklamak amaçlanmıştır. Bu nedenle araştırmada katılımcıların iyileşmeye ilişkin deneyimlerini anlamak için nitel veri toplama süreci aşaması nicel bir deneyin sonuna yerleştirilmiştir. Deneysel aşamadan sonra deney grubunda yer alan katılımcılarla istatistiksel testlerde elde edilebilecek olandan daha detaylı ve spesifik bilgi elde etmek için yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada deneysel aşama ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin yanı sıra, üçgenleme prosedürü için katılımcılardan iyileşme süreçlerine ilişkin bir “iyileşme mektubu” yazmaları istenmiştir.

Araştırmada veriler sıralı olarak nicel vurgunun baskın olacağı şekilde toplanmış olup; çalışma [NİC(nit): NİT =ön test, NİC = son test, nit =yarı yapılandırılmış görüşmeler ve doküman analizi] şeklinde sembolize edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda yöntemle ait süreç diyagramı Şekil 2’de sunulmuştur:



Şekil 2. Araştırma yöntemine ait süreç diyagramı (Creswell ve diğerleri, 2011'den uyarlanmıştır.)

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın ili merkezinde yer almakta olan bir Devlet Hastanesi'nin psikiyatri polikliniğinde yürütülmüştür. Bu hastane 1892 yılında Millet Hastanesi adıyla hizmete girmiştir. Yıllar içerisinde bölge halkının yardımları ile parça parça olmak üzere çeşitli birimler ilave edilerek hastane büyütülmüş ve Sağlık Bakanlığı'na geçerek sağlık hizmeti sunmaya devam etmiştir. Bu hastane 51090 m² alan üzerinde 31060 m² kapalı alan ve 464 yatakla Aydın halkına sağlık hizmeti sunmaya devam etmektedir. Hastanenin psikiyatri polikliniğinde dört uzman psikiyatri hekimi ve dört tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Poliklinik hizmetleri hafa içi 08:00-17:00 saatleri arasında yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

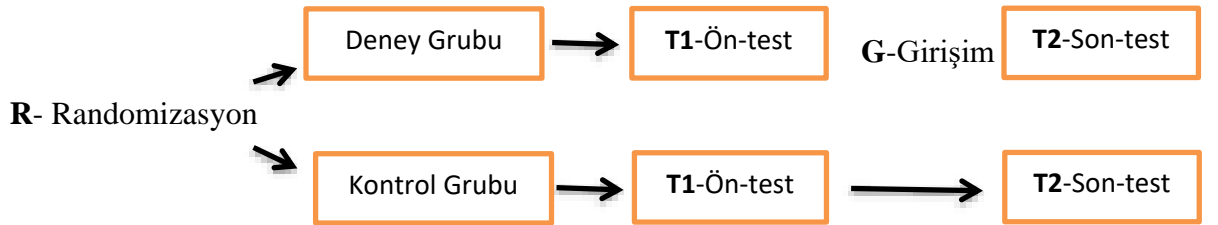
Araştırma Mayıs 2021-Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Evren ve Örneklem-Çalışma Grubu

Araştırma iç içe karma yöntem desenine göre yürütüldüğünden nicel boyut için evren ve örneklem seçimi, nitel boyut için ise çalışma grubunu belirleme süreci aşağıda açıklanmıştır.

3.4.1. Nicel Boyut

Araştırma desenine uygun olarak araştırmanın nicel verilerini toplamak amacıyla ön test-son test kontrol gruplu tasarım kullanılmıştır. Bir araştırmanın deneysel araştırma olması için (1) randomizasyon, (2) kontrol ve (3) yönetme özelliklerinin birlikte bulunması gerekmektedir. Ön test-son test kontrol gruplu tasarımın temel özelliği sonuç değişkeni üzerinde etkisi olabilecek değişkenlerin kontrol altına alınabilmesi için deneklerin her iki gruba random olarak atanarak deney ve kontrol gruplarının oluşturulmasıdır (Nahcivan, 2014). Bu doğrultuda ön test-son test kontrol gruplu tasarımın prototip modeli Şekil 3'te sunulmuştur:



Şekil 3. Ön test-son test kontrol gruplu tasarımın prototip modeli

Araştırma evrenini, Ege Bölgesi'nde bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğinde ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalar oluşturmuştur. Bir önceki sene Mayıs 2020-Nisan 2021 tarihleri arasında ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmek için hastaneye başvuru yapan hasta sayısı 95'tir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü G-power güç analizi yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır. Bu amaçla deney ve kontrol grupları arasında orta etki büyüklüğü sağlamak ve iki grup arasındaki farkın büyüklüğünü standart biçimde ifade etmek için kullanılan Cohen

d (0.50) değeri temel alınmıştır (Cohen J, 1998). Etki büyüklüğü 0.50, alfa 0.05 ve güç %80 kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 34 (kontrol:17, deney:17) olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olasılığı göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğünün %50'si kadar yedek alınmasına karar verilmiştir. Ancak deney ve kontrol grubuna hasta bulmakta zorlanıldığı ve polikliniğe gelen hastalardan araştırmanın alım kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların tekrara düşmeye başlamaları nedeni ile yedek hasta alınmamış ve örnekleme çıkan hasta sayısı ile araştırma sonlandırılmıştır. Buna bağlı olarak araştırmaya alınan örneklemin güç hesaplanması yeniden yapılmıştır. Bu bağlamda; bilimsel bir araştırmada II. Tip hatanın 0.20'den düşük ve istatistiksel gücün 0.80'den daha büyük olması önerilmekte ve genel kabul gören güç değeri ise en az %66.7 olarak belirtilmektedir (Özdamar K, 2003). Bu araştırmanın sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarında son testte ölçülen RSIÖ toplam puan ortalamaları referans alınarak post hoc güç analizi yapıldığında, etki büyüklüğü 1,757 ve 1.tip hata (α) 0,05 olmak üzere istatistiksel güç %99.87 olarak hesaplanmıştır.

3.4.1.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırma için örnekleme alınma kriterleri;

- 18-65 yaş arasında olmak,
- DSM-5'e göre ikiüçlü (bipolar) bozukluk ve ilişkili bozukluklar tanısı almış olmak,
- En az bir mani ya da hipomani atağı geçirmiş olmak,
- Remisyon döneminde olmaktır.

3.4.1.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırma için örneklemden dışlanma kriterleri;

- Sorulan soruları anlayamama,
- Duyma probleminin olması,
- Madde kullanım bozuklukları tanısı almaktır.

Hastalar psikiyatri polikliniğine başvuru sıralarına göre sıra numarası verilerek listelenmiş ve bu listeden katılımcılar basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemi evrendeki her bireyin örnekleme seçilme olasılığının birbirine eşit ve birbirinden bağımsız olduğu örnekleme yöntemidir. Bu yöntem kullanılırken, evrendeki birimler önce listelenir ve numaralanır, belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar kura yöntemi ya da rastgele sayılar tablosu kullanılarak örnekleme alınacak katılımcılar belirlenir (Nahcivan, 2014).

Araştırmada deney ve kontrol gruplarına alınacak hastalar basit randomizasyon yöntemi ile belirlenmiştir. Randomizasyon deneysel çalışmalarda deneklerin deney ve kontrol gruplarına yansız olarak atanması, çalışma bulgularının genellemesi amaçlanan hedef popülasyondan denekleri rastlantısal olarak seçme işlemidir (Nahcivan, 2014). Hastaların deney ve kontrol grubuna ayrılmasında yan tutmadan kaçınmak amacıyla polikliniğe başvuru sıraları dikkate alınmıştır. Hangi hastanın deney ya da kontrol grubuna atanacağı SPSS programı ile belirlenmiştir. Hastalara polikliniğe başvuru sıralarına göre numara verilmiş ve SPSS 22 programı yardımı ile bir deney ve bir kontrol olacak şekilde gruplara atanmışlardır. Oluşturulan randomizasyonda birinci setteki katılımcılar deney, ikinci setteki katılımcılar kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmadan ayrılmak isteyen katılımcılar (deney grubunda yer alan üç katılımcı) araştırmadan çıkartılmıştır. Bu katılımcılar standart poliklinik hizmeti almaya devam etmiştir. Bu üç katılımcı deney ve kontrol grubunda yer alan tüm katılımcıların randomizasyonu tamamlandıktan sonra araştırmadan ayrıldıkları için bu kişilerin yerine başka hasta alınmamış ve randomizasyon bozulmamıştır. Bu katılımcılara ait öz bildirim yöntemi ile doldurulan veri toplama araçlarında eksik kalan veriler intention-to-treat analizi ile tamamlanmıştır (Günüşen ve Üstün, 2009). Intention-to-treat analizine göre kayıp veriler tamamlanırken verilerin kesikli ya da sürekli veri olmasına göre iki yöntem kullanılmaktadır. Kesikli verilerde, kayıp veriler olabilecek en iyi sonuç (best-case scenario) varsayılarak ya da en kötü sonuç (worst-case scenario) varsayılarak doldurulur. Sürekli verilerde kayıplar doldurulurken kullanılan en yaygın yöntem ise en son gözlemlenen verinin sonuç ölçümlerinin (last observation carried forward) tekrarlanarak doldurulmasıdır (Günüşen ve Üstün, 2009). Bu çalışmada kayıp veriler kesikli veriler için en kötü sonuç varsayılarak, sürekli veriler için ise en son gözlemlenen verinin sonuç ölçümü tekrarlanarak tamamlanmıştır.

3.4.2. Nitel Boyut

Araştırmanın çalışma grubunu Ege Bölgesi'nde bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğinde ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan ve araştırmanın deney grubunda yer alan 14 katılımcı oluşturmaktadır. Çalışmanın nicel boyutunda deney grubundaki katılımcıların tamamına ulaşma imkanı olduğundan ve uygulamanın etkililiği derinlemesine incelenmek istendiğinden tüm katılımcılar çalışma grubuna dahil edilmiştir. Katılımcılara ilişkin öznitelikler (kişisel özellikler) Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcılara ilişkin öznitelikler

Katılımcılar	Öznitelikler			
	Yaş	Cinsiyet	Mesleği	Son 6 ay içinde tanı alma
K1	32	Erkek	İşçi	Evet
K2	35	Kadın	Ev hanımı	Hayır
K3	46	Erkek	Çalışmıyor	Hayır
K4	33	Kadın	Ev hanımı	Hayır
K5	55	Erkek	Öğretmen	Hayır
K6	29	Erkek	Polis	Hayır
K7	20	Kadın	Öğrenci	Hayır
K8	20	Erkek	Öğrenci	Evet
K9	36	Kadın	Ev hanımı	Hayır
K10	24	Kadın	Öğrenci	Evet
K11	63	Erkek	Emekli memur	Hayır
K12	31	Erkek	Çalışmıyor	Evet
K13	50	Kadın	Ev hanımı	Hayır
K14	40	Kadın	Memur	Hayır

3.5. Veri Kaynakları

Araştırmanın veri kaynağı Ege Bölgesi'nde bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniğinde ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalardır.

3.6. Araştırmacının Rolü

Araştırmacı hemşirelik alanında lisans derecesine ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans derecesine sahiptir. Araştırmanın doktora tezi kapsamında yürütülmesi sürecinde araştırmacı verilerin toplanması, analize hazır hale getirilmesi, analizi ve yorumlanması süreçlerini tez danışmanının, tez izleme komitesinin ve bu konuda uzman bir akademisyenin rehberliğinde kendisi gerçekleştirmiştir. Araştırmacı araştırmanın probleminin belirlenmesinden önce ve sonra lisansüstü düzeyde; nitel araştırma yöntemi ve nicel araştırma yöntemi ile ilgili dersler almış ve bu derslerde veri toplama ve analize yönelik uygulamalar yapmıştır. Araştırmacı karma araştırma yöntemi ve veri analizi konularında araştırma seminerlerine katılarak araştırmada kullanılan yöntemsel sürece yönelik akademik birikimini arttırmaya çalışmıştır. Ayrıca araştırmacı Psikiyatri Hemşireleri Derneği tarafından düzenlenen “Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Kursu”na katılmıştır. Araştırmacının nitel araştırma ile ilgili Psikiyatri Hemşireliği Dergisinde yayınlanmış iki yazarlı bir yayını bulunmaktadır (Çekiç ve Yüksel, 2021). Deneysel aşamada araştırmacı eğitim programının uygulanmasında bizzat rol almıştır. Ayrıca araştırmacı nitel verilerin toplanması aşamasında yansız, ön yargılardan uzak, etik bakış açısına uygun olarak hareket etmeye çalışmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma karma yöntemle göre yürütüldüğünden nicel ve nitel aşamalarda farklı veri toplama araçları kullanılmıştır. Araştırmanın nicel boyutunda; kişisel bilgi formu, Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği, nitel boyutunda; yarı yapılandırılmış görüşme, iyileşme mektubu kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin ayrıntılı bilgiler nicel ve nitel boyut şeklinde sınıflandırılarak aşağıda sunulmuştur.

3.7.1. Nicel Boyut

Araştırmanın nicel boyutunda veri toplamak amacıyla kişisel bilgi formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği kullanılmış olup; bu veri toplama araçlarına ilişkin ayrıntılı bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.7.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu bipolar (iki uçlu) bozukluk tanılı hastaların sosyo-demografik özellikleri ve iyileşme özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Negrini ve diğerleri, 2014; Çam ve Yalçiner, 2018; Şenocak ve diğerleri, 2019). Formda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve iyileşme özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış 15 soru bulunmaktadır. Form sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek ve gelir durumu vb.) ve hastaların iyileşme özelliklerine (ruhsal hastalığın başlangıç yaşı, ruhsal hastalık nedeniyle tedavi görülen süre, hastaneye yatış sayısı vb.) ilişkin soruları içermektedir.

Hazırlanan veri toplama aracının kapsam geçerliği ve anlaşılabilirliğini geliştirmek için ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında doktora derecesine sahip ve öğretim üyesi olarak görev yapmakta olan toplam çalışma süreleri ortalama 30 yıl olan beş alan uzmanından veri toplama aracını eleştirmeleri, araştırmanın amacı doğrultusunda ekleme ve çıkarma yapmaları istenmiştir. Görüşlerine başvuru alan uzmanların geri dönüşleri tez izleme komitesinin rehberliğinde gözden geçirilmiş ve bu geribildirimler doğrultusunda form revize edilerek yeniden düzenlenmiştir. Kişisel bilgi formunun son hali Ek 1'de yer almaktadır.

3.7.1.2. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği

Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği; ruhsal hastalıklarda iyileşmeyi değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Young ve diğerleri tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan ölçek, Young ve Bullock tarafından 2003 yılında revize edilmiştir. Young ve Bullock tarafından revize edilmiş versiyonunda 30 madde bulunan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Abraham ve

diğerleri (2016) tarafından depresyon hastalarına yönelik olarak 10 madde üzerinden güncellenmiştir.

Ölçek maddeleri “kesinlikle katılmıyorum-0”dan “kesinlikle katılıyorum-4”e kadar derecelenmiş 5 seçenekli Likert tipi skala üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0; maksimum puan 40’tır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, ruhsal hastalıklarda iyileşmenin arttığını göstermektedir (Bullock, 2009). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yüksel ve diğerleri (2022) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği Ek 2’de yer almaktadır. Bu çalışmada Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği’nin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

3.7.2. Nitel Boyut

Araştırmanın nitel boyutunda veri toplamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve dokümanlara (iyileşme mektuplarına) ilişkin bilgiler aşağıda sunulmuştur.

3.7.2.1. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Görüşme; deneyim, tutum, düşünce, niyet, yorumlar ve zihinsel algılar, tepkiler yoluyla gözlenmeyi anlamaya çalışmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Patton’a göre görüşme bireyin iç dünyasına girmek ve onun bakış açısını anlama amacı taşır (Patton, 1987). Bu kapsamda bu çalışmada katılımcıların uygulanan psikiyatri hemşireliği uygulaması doğrultusunda iyileşmeye yönelik deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme ile araştırmanın deneysel aşamasında elde edilen bulguları derinlemesine anlamak ve anlamlandırmak, böylece araştırma sorularını bütüncül bir bakış açısıyla yorumlamak amaçlanmıştır.

Araştırmanın yarı yapılandırılmış görüşme formu araştırmacı tarafından araştırmanın problemine yönelik olarak yapılan literatür taraması doğrultusunda hazırlanmıştır (Lietz ve diğerleri, 2014; Chester ve diğerleri, 2016; Kaite ve diğerleri, 2016).

Hazırlanan görüşme soruları, uzman görüşü almak amacıyla iki yöntem ve dil-anlatım uzmanı ve ruh sağlığı ve hastalıkları alanında doktora derecesine sahip öğretim üyesi olarak çalışan beş uzman olmak üzere toplam yedi alan uzmanına (toplam çalışma süreleri ortalama 28 yıl) elektronik posta yoluyla gönderilmiştir. Öncesinde uzmanlara kolaylık sağlamak amacıyla görüşme soruları tabloya yerleştirilmiştir. Ana soru, alt soru ve sonda sorular farklı şekilde renklendirilmiş ve dönütlerin sınıflandırılmasını sağlayan ifadelere yer verilmiştir. Ortaya çıkan tablo, açıklayıcı bir yönergeyle uzman görüşü formu olarak uzmanlara sunulmuştur. Araştırmacı tarafından uzmanlardan gelen dönütler tez izleme komitesinin rehberliğinde gözden geçirilmiş ve bu geri dönütler doğrultusunda görüşme formunda gereken düzeltmeler yapılmıştır. Görüşme formunun ilk hali ve uzmanlardan gelen geribildirimler doğrultusunda yapılan değişiklikleri gösteren form Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Görüşme formunun ilk hali ve uzmanlardan gelen geribildirimler doğrultusunda yapılan değişiklikler

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI	
İLK HALİ	REVİZE EDİLMİŞ HALİ
1. Bana biraz kendinizden bahseder misiniz? (yaş, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu vb.)	1. Kendinizden bahseder misiniz? (yaş, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu vb.)
2. Şikayetlerinizin başladığı ilk günden bu yana hastalık öykünüzle ilgili neler söylersiniz? 2.1. İlk şikayetleriniz ne zaman başladı ve şikayetleriniz nelerdi? 2.2. Tedavi olmaya karar verdiğiniz günü ya da anı hatırlıyor musunuz? Bu kararı nasıl almıştınız? 2.3. Tedavi sürecinizden bahseder misiniz?	2. Şikayetlerinizin başladığı ilk günden bu yana hastalık öykünüzle ilgili neler söylersiniz? 2.1. İlk şikayetleriniz ne zaman başladı ve şikayetleriniz nelerdi? 2.2. Tedavi olmaya karar verdiğiniz günü ya da anı hatırlıyor musunuz? Bu kararı nasıl almıştınız? 2.3. Tedavi sürecinizden bahseder misiniz? 2.3.1. Bu süreçte hiç hastaneye yatışınız yapıldı mı? Yapıldıysa, bu süreçle ilgili neler anlatırsınız?
3. İkiüçlü (bipolar) bozuklukla yaşamının nasıl olduğunu açıklar mısınız? 3.1. İkiüçlü (bipolar) bozuklukla yaşamak sizin için ne ifade ediyor? Bir örnekle açıklar mısınız? 3.2. Kendinizi ruhsal rahatsızlıkla yaşamak bağlamında nasıl algılıyorsunuz?	3. İkiüçlü (bipolar) bozuklukla yaşamayı nasıl açıklarsınız? 3.1. Bu rahatsızlıkla yaşamının nasıl olduğunu anlatır mısınız?
4. Bu tanıyı aldıktan sonra yaşamınızda neler değişti? Örnekler verir misiniz? 4.1. Hastalığınızın yaşamınızda neden olduğu değişiklikler hakkında neler söylersiniz? (Varsa) 4.1.1. Kendinizde 4.1.2. Çevrenizde	4. Bu tanıyı aldıktan sonra yaşamınızda neler değişti? Örnekler verir misiniz? 4.1. Rahatsızlığınız sizi nasıl etkiledi? 4.2. Rahatsızlığınız çevrenizi nasıl etkiledi?
5. Tedavi sürecinizi etkileyen olumlu ve olumsuz durumlardan söz eder misiniz? 5.1. Öz yeterlilik (Umut, özgüven, kararlılık, ilaç tedavisinin devamlılığı) 5.2. Çevresel durumlar (Erişilebilirlik, hizmetlerin var olma durumu, damgalama, aile ilişkileri)	5. Tedavi sürecinizi etkileyen durumlar olduysa, bunlardan söz edebilir misiniz? 5.1. Tedavinizi etkileyen olumlu durumlar neler oldu? 5.2. Tedavinizi etkileyen olumsuz durumlar neler oldu?
6. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bir psikiyatri hemşireliği uygulamasına katıldınız. Uygulamaya ilişkin deneyimlerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Bu konudaki görüşleriniz nelerdir? 6.1. Katılmış olduğunuz bu psikiyatri hemşireliği uygulamasının geliştirilmesi için önerileriniz neler olur? 6.2. 10 modül (10-12 oturum) süren bir eğitime katıldınız. Eğitimin süresi hakkındaki görüşünüz nedir?	6. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bir psikiyatri hemşireliği uygulamasına katıldınız. Uygulamaya ilişkin görüşlerinizi paylaşır mısınız? 6.1. Katılmış olduğunuz bu psikiyatri hemşireliği uygulamasının geliştirilmesi için önerileriniz neler olur? 6.1.1. Neleri değiştirmemizi önerirsiniz? 6.1.2. Neleri eklememizi önerirsiniz? 6.2. 10 modül (10-14 oturum) süren bir eğitime katıldınız. Eğitimin süresi hakkındaki görüşünüz nedir? 6.3. Bu konuda söylemek istediğiniz, eklemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Uzman görüşü ile yapılan düzeltmeler sonucunda görüşme formuna son hali verilmiştir. Uzman görüşleri sonrasında son hali verilen görüşme formu; 6 ana soru, 10 alt soru ve 4 sonda (follow up) sorusundan oluşmaktadır.

Görüşme sorularının niteliği ve yeterliliği hakkında bilgi edinmek, hazırlanan soruların

araştırma sorularına ilişkin verileri sağlayıp sağlamadığının öğrenilmesi ve araştırmacının görüşme yapma güvenilirliğini artırmak amacıyla çalışma grubu dışında yer alan ancak çalışma grubundaki katılımcılarla benzer niteliklere sahip bir hasta ile pilot uygulama yapılmıştır. Alan uzmanları tarafından pilot uygulama sonucunda elde edilen veriler incelenmiştir. Bu doğrultuda görüşme sorularının hasta tarafından net olarak anlaşıldığı belirlendiğinden görüşme formunun revize edilmesine gereksinim duyulmamıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun son hali Ek 3’te yer almaktadır.

3.4.2.2. Doküman İncelemesi (İyileşme Mektupları)

Doküman incelemesi, veri çeşitliliğini sağlamak ve araştırmanın geçerliğini arttırmak amacıyla görüşme ve gözlem yöntemlerinin yanı sıra, çalışılan araştırma problemiyle ilişkili yazılı ve görsel materyal ve malzemelerin araştırmaya dahil edilmesidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu araştırmada yapılan araştırmanın geçerliğini arttırmak ve veri çeşitliliğini sağlamak için katılımcılardan uygulamanın dokuzuncu oturumunda oturumun ev ödevi olarak katılmış oldukları psikiyatri hemşireliği uygulamasının iyileşme süreçlerine etkisini anlatan bir “iyileşme mektubu” yazmaları istenmiştir. Araştırmada iyileşme mektubunun kullanılmasındaki amaç verinin çeşitlendirilmesini sağlamaktır. Deneysel çalışmada yer alan hastalar tarafından yazılan mektuplardan biri iyileşme mektubu örneği olarak hastadan alınan yazılı izin doğrultusunda Ek 4’te sunulmuştur.

3.5. Eğitim Materyalinin Hazırlanması Süreci

Eğitim materyalinin hazırlanması sürecinde ulusal ve uluslararası alanyazın incelenmiş ve eğitim materyalinin İyileşme Odaklı Yaklaşımına temellendirilmesine karar verilmiştir. Bu eğitim materyali, Leamy ve arkadaşlarının (2011) iyileşme süreçlerini ele aldıkları beş kavramsal kategori (hayat ile bağlantıda olma, umut, kimlik, yaşamı anlamlandırma ve güçlendirme) ve Hastalık Yönetimi ve İyileşme-HYİ (Illness Management and Recovery-IMR) programı temel alınarak hazırlanmıştır (Mueser ve Gingerich, 2002; Gingerich ve Mueser, 2005; Mueser ve diğerleri, 2006; Gingerich ve Mueser, 2010; Leamy ve diğerleri, 2011; Mueser ve diğerleri, 2013; Şenocak ve diğerleri, 2019; Yüksel ve Arslantaş, 2021).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların gereksinimleri göz önünde bulundurulmuş, bu doğrultuda eğitim içeriğinin oluşturulması ve oturumların şekillendirilmesinde ilgili alanyazından faydalanılmıştır (Slade, 2009; Whitley ve diğerleri, 2009; Camann, 2010; Salyers ve diğerleri, 2010; Çam ve Bilge, 2014; Çam ve Aydoğdu Durmuş, 2016; Özcan ve Gürhan, 2016; Çam ve Yalçınar, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2020; Ruczko, 2020).

Eğitim materyali ruh sağlığı ve hastalıkları alanında doktora derecesine sahip öğretim üyesi olarak görev yapmakta olan beş alan uzmanının (toplam çalışma süreleri ortalama 30 yıl) uzman görüşüne sunulmuştur. Örnek eğitim materyali ile birlikte eğitim materyalini değerlendirme formu e-mail yoluyla uzmanlara ulaştırılmıştır. Uzmanlardan “Eğitim Materyali Değerlendirme Formu”nda yer alan sorulara uygun buldukları seçeneği işaretleyerek yanıt vermeleri ve eğitim materyali hakkındaki görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Araştırmacı tarafından uzmanlardan gelen dönütler tez izleme komitesinin rehberliğinde gözden geçirilmiş ve bu geri dönütler doğrultusunda eğitim materyaline son hali verilmiştir. Son hali verilen eğitim materyali Ek 5’te yer almaktadır.

Eğitim materyali 10 modülden oluşmaktadır. Eğitimin modülleri; (1) Ön Görüşme: ”Tanışma ve Ön Değerlendirme”, (2) Bireysel Bir Gözle “İyileşme”, (3) Bipolar Bozuklukla İlgili Temel Bilgiler I, (4) Bipolar Bozuklukla İlgili Temel Bilgiler II, (5) Hayat ile Bağlantıda Olma, (6) Umut, (7) Kimlik, (8) Yaşamı Anlamlandırma, (9) Güçlendirme ve (10) Son görüşme: “Görüşmenin Sonlandırılması ve Son Değerlendirme”dir. Modüllerden (3) Bozuklukla İlgili Temel Bilgiler I ve (4) Bipolar Bozuklukla İlgili Temel Bilgiler II modülleri hastaların gereksinimi doğrultusunda birden fazla oturumda ele alınabilmektedir. Bu nedenle eğitim minimum 10 maksimum 12 oturum olarak hastaya sunulmakta, haftada iki oturum şeklinde uygulanmakta ve üçüncü ve dördüncü modüllerin işlenişine bağlı olarak beş ya da altı hafta sürmektedir. Oturumların sayısı literatürde belirtilen psikoeğitim gruplarının ortalama 6 ila 20 oturum devam edebileceği bilgisi doğrultusunda belirlenmiştir (Güçray ve diğerleri, 2009). Görüşmeler bireysel formatta yürütülmektedir.

3.6. Eğitimin Uygulanması

Deney grubundaki katılımcılara 10-12 modül haftada iki oturum olacak şekilde üçüncü ve dördüncü modüllerin işlenişine bağlı olarak beş/altı hafta sürecek bir eğitim verilmiştir.

Hastalar ile yapılan eğitim görüşmeleri araştırmanın yapıldığı hastanenin psikiyatri polikliniğinde araştırmanın yürütülmesi için hastane yönetimi tarafından araştırma süresince araştırmacının kullanımına sunulan poliklinik odasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler bireysel formatta yürütülmüştür.

İlk oturumda hastayla tanışılmış ve araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alınarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)'nu doldurmaları istenmiş ve araştırmacı BGOF'un bir kopyasını imzalayarak katılımcıya sunmuştur. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formuna Ek 6'da yer verilmiştir. Bu oturumda Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ) katılımcılar tarafından gözlem altında doldurulmuştur. Hastayla birlikte sonraki seansların gün ve saatleri belirlenerek araştırmacının iletişim bilgileri ve görüşmenin yapılacağı yer bilgisinin de yer aldığı "görüşme takvimi" hastaya verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalar standart poliklinik hizmeti alırken deney grubunda yer alan hastalar standart poliklinik hizmetine ek olarak iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulaması eğitimine dahil edilmişlerdir.

Oturumların işleyişi şu şekildedir. Oturumlarda bir önceki oturumun kısa özeti yapılmış ve bir önceki oturumda verilen ev ödevi hasta ile birlikte gözden geçirilmiştir. Sonrasında mevcut oturum için ısınma egzersizleri yaptırılmış ve mevcut oturumun gündemi ele alınmıştır. Her oturumun sonunda ev ödevleri açıklanmış ve mevcut oturum özetlenerek oturum sonlandırılmıştır. Oturumlar sınıf dışı öğretim tekniği ödevler ile değerlendirilmiştir.

Oturumlarda düz anlatım, soru cevap tekniği, tartışma, beyin fırtınası tekniği (serbest çağrışım, fikir taraması, listeleme), problem çözme yöntemi, örnek olay tekniği, rol yapma ve drama, gösterip yaptırma, sınıf dışı öğretim tekniği ödev yöntemlerinden bir ya da birkaçı oturumun gündemine bağlı olarak kullanılmıştır. 2011 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te belirtildiği üzere; ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği görev, yetki ve sorumluluklarından biri de eğitim ve danışmanlıktır (<https://www.thder.org.tr>). Oturumlar deneyimlerin paylaşıldığı, danışan ve psikiyatri hemşiresi arasında etkileşimin sağlandığı bir atmosferde görsel eğitim materyallerinden yararlanılarak yürütülmüştür. Bu doğrultuda afiş, yazı tahtası veya üç ayak tahta, bilgisayar, powerpoint, video, broşür, kağıt, kalem, boya kalemleri ve zarf oturumun gündemi doğrultusunda kullanılan eğitim araç-gereçleridir.

İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bu psikiyatri hemşireliği uygulaması yapılandırılmış oturumlardan oluşan ve yaşantısal etkileşimsel süreci de içeren, kişisel iyileşme paradigmasını temel alan bir rehabilitasyon programıdır.

Son oturumda Kişisel Bilgi Formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ) katılımcılar tarafından gözlem altında bir kez daha doldurulmuştur. Deney ve kontrol grubunda yer alan hastalara veri toplama araçlarının uygulanması eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Yürütülen bu psikiyatri hemşireliği uygulamasını değerlendirmek amacıyla hasta ile yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bir önceki oturumda ev ödevi olarak verilen “iyileşme mektubu” hastadan teslim alınmıştır.

Eğitim materyalleri (sunum içerikleri, broşürler vb.) ve hasta tarafından yapılan ev ödevlerinin fotokopileri her bir hasta için “bireyselleştirilmiş iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulaması el kitapçığı”na dönüştürülmüştür. Bu kitapçık yarı yapılandırılmış görüşmenin katılımcı teyidi için yapılan görüşmede (son oturumdan 2 hafta sonra) katılımcılara verilmiştir. Hastaya araştırmaya katılması dolayısıyla katılım belgesi verilerek bireyle kurulan ilişki sonlandırılmıştır. Katılım belgesi örneği EK-7’de yer almaktadır.

Deney grubu oturumları tamamlandıktan sonra, araştırma etiğine uygun olarak deney grubundaki hastalara verildiği gibi kontrol grubuna da aynı eğitim verilmiştir.

3.7. Verilerin toplanması

Araştırmanın nicel ve nitel boyutları için veri toplama süreci aşağıda açıklanmaktadır.

3.7.1 Nicel boyut

Bu araştırmanın nicel boyutu kapsamında eğitimin uygulanmasının ilk oturumunda ön test, son oturumda son test olacak şekilde kişisel bilgi formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği gözlem altında katılımcılara uygulanmıştır. Veriler araştırmanın eğitim oturumlarının da yürütüldüğü poliklinik odasında bizzat araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.7.2. Nitel boyut

Bu araştırmanın nitel boyutu kapsamında Mayıs 2022 ve Ekim 2022 tarihleri arasında 14 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla yüz yüze görüşmeler araştırmanın yürütüldüğü poliklinik odasında gerçekleştirilmiştir.

Görüşmelerde katılımcıların gönüllülük esası ile izinleri alınarak ses kaydı yapılmıştır. Hastalara araştırmanın amacı ve görüşme sürecinin detayları hatırlatılmıştır. Hastalardan yapılacak olan görüşmeye gönüllü katılımları ve görüşmenin ses kaydına alınması konusunda sözlü onayları alınmış ve ses kayıt cihazı çalıştırdıktan sonra bu onayları tekrarlatılmıştır. Katılımcı onayı üzerine ses kayıt cihazı açıldıktan sonra, katılımcıya görüşmenin ses kaydına alınmasını onaylayıp onaylamadığı tekrar sorularak katılımcının sesli onayı da alınmıştır. Sesli kayıt görüşmeleri katılımcılara bağlı olarak 11-41 dakika arası değişkenlik göstermiştir. Görüşmelerin gerçekleştirildiği tarih, ortam ve görüşmelerin süresine ilişkin bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Görüşmelerin gerçekleştirildiği tarih, ortam ve görüşmelerin süresine ilişkin bilgiler

Katılımcı Kod Adı	Görüşme Ortamı	Görüşme Tarihi	Görüşme Süresi (dk/sn)
K1	Psikiyatri Polikliniği Görüşme Odası	01.08.2022	31:39
K2		01.08.2022	16:18
K3		02.08.2022	40:21
K4		02.08.2022	13:53
K5		02.08.2022	38:24
K6		02.08.2022	24:46
K7		05.08.2022	36:31
K8		24.08.2022	37:28
K9		22.08.2022	14:11
K10		22.08.2022	17:42
K11		12.09.2022	11:58
K12		12.09.2022	25:01
K13		14.09.2022	21:56
K14		21.09.2022	22:45

3.8. Veri Analizi

Araştırmanın nicel ve nitel boyutlarında toplanan verilerin analiz süreci aşağıda açıklanmıştır.

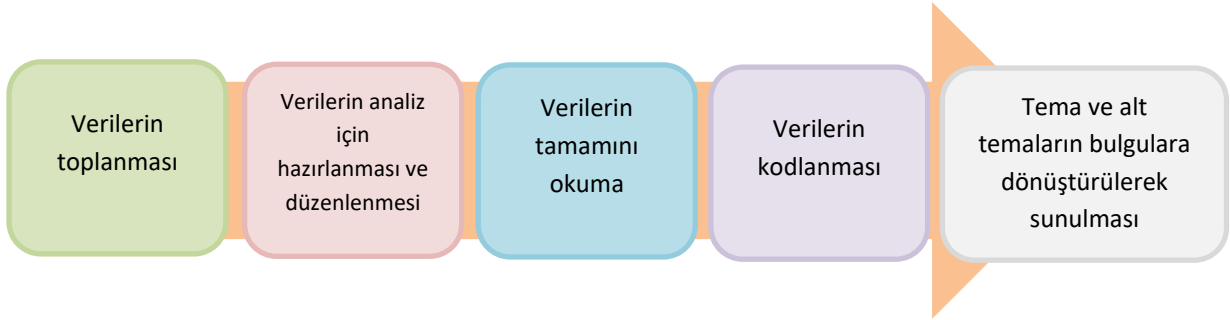
3.8.1. Nicel boyut

Araştırmanın nicel boyutunda verilerin analizinde hangi testlerin kullanılabileceğinin belirlenmesi amacıyla, elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık katsayıları göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Her bir değişkenin normal dağılımına tek tek bakılmış; Gauss eğrisi değerlendirilmiş ve ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov-Smirnov/Shapiro Wilk testi anlamlılık düzeyleri hesaplanmıştır. Yapılan inceleme sonucunda bağımsız değişkenin her bir gözeneğine ait bağımlı değişken puanları -1.5 ile +1.5 arasında bulunmuştur. Bu değerlerin -1.5 ile +1.5 arasında çıkması elde edilen puanların normal dağılımdan önemli bir sapma yapmadığının göstergesidir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu doğrultuda verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilerek parametrik istatistiksel yöntemler tercih edilmiştir.

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ve iyileşme özelliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı istatistik değerler (Yüzdeler, Ortalama, Standart sapma) hesaplanmıştır. Randomizasyonda gruplar arasında farklılık olmadığını ortaya koymak için Ki-Kare testi yapılmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında RSİÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Analizlere ait sonuçlar tablolar halinde bulgular bölümünde verilmiştir.

3.8.2. Nitel boyut

Araştırmanın nitel boyutunda toplanan veriler, Creswell ve Plano Clark'ın (2017) Şekil 4.'de yer alan nitel araştırmada tümevarım analizi basamaklarına göre analiz edilmiştir.



Şekil 4. Nitel araştırmada tümevarım analizi basamakları

Verilerin analize hazır hale getirilmesi aşaması görüşmelerin çözümlenmesi, toplanan verilerin aslına uygun, tutarlı ve veri kaybına izin vermeyecek bir biçime getirilmesi şeklinde açıklanabilir (Miles ve diğerleri, 2014). Bu doğrultuda kayıt altına alınmış olan görüşmeler katılımcıların isim kimlik bilgisi olmadan yazılı doküman haline getirilmiştir. Görüşme kayıtları Microsoft Word yazılımı aracılığıyla 12 punto ve 1,5 satır aralığı olacak şekilde yazılı hale getirilmiştir. 14 katılımcıyla gerçekleştirilen ve toplam süresi 5 saat 52 dakika 25 saniye olan görüşmelerin ses kayıtlarının yazıya dökümü sonrası 158 sayfalık ham veri elde edilmiştir.

Bilginin ve anlamının ne olduğuna yönelik derinlemesine düşünme imkanı sunan verilerin tamamını okuma aşamasında, dökümü yapılan görüşmelerin her biri araştırmacı tarafından birkaç kez okunmuştur. Her bir hasta için yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeden iki hafta sonra bu metinler katılımcılara tek tek sunulularak katılımcı teyidi alınmıştır.

Katılımcı teyidi sonrası elde edilen ham veriler birkaç kez okunarak açık kodlamalar ile kodlanmış, açık kodlamalardan hareketle tematik kodlama yapılmıştır. Elde edilen anlamlı yapılar esas alınarak kodlardan kategoriler, kategorilerden temalara ulaşılmıştır.

Nitel veri analizi verileri kodlamayı, ifadeler, cümleler ve/veya paragraflar şeklinde metni küçük birimlere ayırmayı, her bir birime etiketler atamayı ve kodları temalar altında gruplandırmayı içermektedir (Creswell, 2017). Verilerin kodlanması, verilerin ifade ettikleri kısa kavramsal etiketlerle adlandırılmaları olarak tanımlanabilir (Rubin ve Rubin, 2005).

Verilerin kodlanması aşamasında kapsamlı kodlama yaklaşımı benimsenmiştir. Saldana (2009)'ya göre kapsamlı kodlama yaklaşımı iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama, tüm verilerin niteliğinin belirlenmesi, gözden geçirilmesi ve verilerin katılımcı bakış açısına, sürece ve/veya değerlere ilişkin kodlanması basamaklarını içermektedir. İkinci aşama ise; tematik kodlama aşamasıdır. Birinci aşamada elde edilen kodların düzenlenmesi ve içerdikleri anlamlara göre gruplandırılmasını içerir (Saldana, 2009; Miles ve diğerleri, 2014).

Kodlama aşamasının ilk bölümünde farklı işlevlerde kodlar kullanılabilir (Saldana, 2009). Bu araştırmanın kodlama sürecinde; veriyi kısa kelimelerle özetleyen tanımlayıcı kodlama, bireyin kendi ifadelerinden temellenen in vivo kodlama, gözlenebilir ve eylem içeren terimleri içeren süreçsel kodlama türleri kullanılmıştır. Elde edilen kodlar veri analizi kayıt formuna kaydedilerek bir kod listesi oluşturulmuştur. Kodlamanın ikinci aşamasında ise bu kod listesi incelenmiş ve anlamsal olarak birbirine yakın kodlar birleştirilerek temalar elde edilmiştir. Tematik kodlamayı, toplanan verilerin derinliği ve kapsamına göre birkaç düzeyde yapmak gerekebilmektedir (Yıldırım ve Şimsek, 2016). Bu nedenle ortaya çıkan temalar ortak ilişkilerinden yola çıkarak sınıflandırılmış ve bir üst düzey kodlama daha yapılmıştır. Bu şekilde en genel düzeydeki temalar ortaya çıkarılmış; alt tema ve temalar belirlenmiştir.

Tüm kod, alt-tema ve temalar ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında öğretim üyesi olarak çalışan bir alan uzmanına sunulmuştur ve uzmanın dönütleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmada elde edilen verileri yansıtan kod, alt-tema ve temalar kodlayıcılar arası güvenilirlik sürecine hazır hale getirilmiştir.

İçerik analizinin güvenilirliği için veriler iki ayrı araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Kodlayıcılardan biri araştırmacının kendisidir, diğeri ise ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman bir öğretim elemanıdır. Nitel verilerin analizinde Miles ve Huberman (1994) güvenilirlik formülünden yararlanılmış, kodlayıcılar arasındaki tutarlılık kontrolünde bu oran %88 olarak bulunmuştur.

Verilerin kodlanması sürecinde dijital hale getirilen görüşme dökümleri analiz edilirken veriler üzerinde açık eksensel ve seçici kodlama prosedürleri yürütülmüştür. Anlamlı kodlar birleştirilerek kategorilere, kategorilerden hareketle de temalara ulaşılmıştır. Betimsel içerik analizi ve sürekli karşılaştırma tekniği birlikte kullanılmıştır.

Araştırmada doküman analizi kapsamında hastalardan alınan iyileşme mektupları çalışmanın diğer bulgularını güçlendirmek ya da çürütmek için doküman incelemesi yoluyla

analiz edilmiştir. Katılımcıların iyileşme mektuplarında yer alan doğrudan ifadeleri alıntılarla bulgular bölümünde sunulmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 04/11/2019 tarih ve 50107718-050.04.04-138 sayı 14 karar numarası ile etik ilkeler açısından uygun bulunmuştur (Ek 8). Araştırmanın belirlenen poliklinikte uygulanabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile araştırmanın yapılacağı ilgili kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek 9). Ayrıca araştırma sonuçları araştırmanın yürütüldüğü kuruma bildirilmiştir.

Araştırmada yer alan Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği-RSİÖ'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan ilk yazar bu doktora tezini yürüten araştırmacı olduğundan yazılı izin alınmasına gerek duyulmamıştır.

Araştırmaya alınmadan önce hastalara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ise önceden hazırlanmış Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 6) sesli olarak okunmuş, ardından katılımcının kendisinin tekrar okuyarak imzalaması istenmiştir. Ayrıca araştırmacı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun bir kopyasını imzalayarak katılımcıya sunmuştur.

Görüşme randevularının alınması ve görüşmelerin gerçekleştirilmesi sürecinde katılımcı odaklı ve gönüllülük ilkesine dayanan bir yaklaşım içerisinde olmaya özen gösterilmiştir. Bu kapsamda görüşme randevularında öncelikle katılımcıların uygun olduğu tarih ve saatler belirlenmiştir.

Araştırmaya katılım gösteren tüm katılımcılara üzerinde isimlerinin yazılı olduğu ve araştırmaya gösterilen katılıma yönelik minneti ifade eden bir katılım belgesi verilmiştir (Ek 7).

Araştırmacı veri toplama sürecinde olduğu gibi veri analizi sürecinde de etik ilkelere uygun davranmaya özen göstermiştir.

Katılımcılarla yapılan görüşmelerin ses kayıtlarının dökümü araştırmacı tarafından yapılmış ve ses kayıt dosyaları klasör şifreleme yazılımı ile korumaya alınmıştır. Veri analizi

sürecinde yapılan kodlamalarda katılımcıların kod isimleri kullanılmış, gerçek isimlerine yer verilmemiştir. Katılımcı isimleri ve kod isimlerinin bulunduğu dosya ses kayıtları ile birlikte şifreli klasörde arşivlenmiştir.

3.10. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmanın nicel ve nitel boyutlarına ilişkin geçerlik ve güvenirlik süreci aşağıda açıklanmıştır.

3.10.1. Nicel Boyutun Geçerlik ve Güvenirliği

Young ve ark. tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan Ruh Sağlığı İyileşme ölçeği, Young ve Bullock tarafından 2003 yılında revize edilmiştir. Ölçeğin yapılan ilk çalışmasında Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçek daha sonra Young ve Bullock tarafından revize edilmiş, revize edildiği çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısının 0.95 olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Abraham ve diğerleri (2016) tarafından depresyon hastalarına yönelik olarak 10 madde üzerinden güncellenmiştir. Bu çalışmalarda ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.91 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Yüksel ve diğerleri (2022) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

3.10.2. Nitel Boyutun Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmanın nitel boyutunun geçerlik ve güvenirliği inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlılık ve teyit edilebilirlik başlıkları altında açıklanmıştır.

Inandırıcılığın (iç geçerlik) sağlanabilmesi için araştırmacıların kullanabilecekleri bazı stratejiler bulunmaktadır. Bunlar; derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme (üçgenleme), uzman incelemesi ve katılımcı teyididir (Creswell ve Plano Clark, 2017). Bu çalışmada çeşitleme,

uzman incelemesi ve katılımcı teyidi kullanılarak çalışmanın inandırıcılığı (iç geçerlik) arttırılmaya çalışılmıştır. Yapılan yüz yüze görüşmeler sırasında katılımcılarla derinlemesine ve gerçek veri toplanmaya çalışılmıştır. Veriler hastalarla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler ve dokümanlarla (iyileşme mektubu) desteklenerek çoklu kaynaklar yoluyla toplanmış ve bu yolla verilerin üçgenlemesi sağlanmıştır. Yapılan görüşmelerin ses kayıtları yazılı dokümanlara dönüştürülerek katılımcılarla paylaşılmış ve katılımcı teyidi alınmıştır. Görüşme verilerinin analizi araştırmacı tarafından yapıldıktan sonra kodlamanın teyidi bir alan uzmanının incelemesine sunulmuştur. Miles ve Huberman (1994) güvenilirlik formülü kullanılarak kodlayıcılar arasındaki tutarlılık hesaplanmış ve kodlamalar arası uzlaşma %88 olarak bulunmuştur. Miles ve Huberman (1994), bu oranın iç tutarlılığı veren kodlama denetimine göre kodlayıcılar arası görüş birliğinin en az % 70 olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Araştırmanın aktarılabilirliği (dış geçerlik) ayrıntılı betimleme yoluyla arttırılabilmektedir. Çalışmada araştırmacının rolü, araştırma ortamı, veri toplama araçlarının geliştirilme süreci ve veri toplama ve analiz stratejileri detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Ayrıca araştırmanın her aşaması okuyucuya ayrıntılı olarak, sade ve anlaşılır bir üslupla sunulmuştur.

Araştırmada iç güvenilirlik için tutarlılık incelemesi yapılmıştır. Tutarlılığı arttırmak için bulgular doğrudan alıntılara yer verilerek yorum ve genelleme yapılmadan okuyucuya sunulmuştur. Ayrıca bu araştırmanın bütün aşamaları nitel araştırma yöntemlerinde deneyimli bir dış denetleyicinin incelemesine tabidir.

Araştırmanın teyit edilebilirliğini (dış güvenilirlik) sağlamak için, süreç içinde elde edilen ham veriler ve kodlamalar ilgililerin inceleyebilmelerine imkan sunmak için araştırmacılar tarafından saklanmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın nicel boyutunda “Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği”, nitel boyutunda yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yapılan görüşmeler ve dokümanlar aracılığıyla elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara problem duruma göre ilgili başlıklar altında yer verilmektedir.

4.1. Nicel Boyuta İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın nicel boyutunda toplanan verilerin analizi ile ortaya çıkan bulgular, tablolar halinde verilerek açıklanmaktadır.

4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik verilerine ilişkin karşılaştırma sonuçlarının analizi Tablo 4’te görülmektedir. Analiz sonucunda deney ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, sosyodemografik özellikler bakımından grupların homojen bir dağılıma sahip olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4. Deney ve kontrol grubu katılımcılarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	38,00±12,80		36,06±8,18		37,03±10,62		0,527**	0,602
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	8	47,1	8	47,1	16	47,1	0,000*	1,000
Erkek	9	52,9	9	52,9	18	59,2		
Medeni Durum								
Bekar	12	70,6	9	52,9	21	61,8	0,498*	0,480
Evli	5	29,4	8	47,1	13	38,2		
Eğitim Düzeyi								
İlköğretim	4	23,5	6	35,3	10	29,4	1,183**	0,553
Ortaöğretim	8	47,1	5	29,4	13	38,2		
Lisans ve üstü	5	29,4	6	35,3	11	32,4		
Meslek								
Çalışıyor	7	41,2	9	52,9	16	47,1	0,118*	0,731
Çalışmıyor	10	58,8	8	47,1	18	52,9		
Gelir Düzeyi								
Gelir giderden az	10	58,8	9	52,9	19	55,9	0,000*	1,000
Gelir gidere denk veya giderden fazla	7	41,2	8	47,1	15	44,1		

*Yates Ki-Kare Testi, **Pearson Ki-Kare Testi

4.1.2. Katılımcıların İyileşme Özelliklerine İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grupları arasında fiziksel hastalık varlığı, ruhsal hastalığın başlangıç yaşı, ruhsal hastalık nedeniyle tedavi görülen süre, hastaneye yatış sayısı, kendine zarar verme

düşüncesi, intihar girişiminde bulunma durumu ve intihar girişimi sayısı bakımından karşılaştırma sonuçlarına ilişkin bulguların analizinin karşılaştırılması Tablo 5'te yer almaktadır. Analiz sonucunda gruplar arasında iyileşmeye ilişkin özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 5. Deney ve kontrol grubu katılımcılarının iyileşmeye ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması

İyileşmeye İlişkin Özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
	n	%	n	%	n	%		
Fiziksel rahatsızlık varlığı								
Yok	12	70,6	12	70,6	24	70,6	0,000*	1,000
Var	5	29,4	5	29,4	10	29,4		
Hastalığın başlangıç yaşı Medyan (25.-75.persantil)	24,0 (20,0-39,5)		20,0 (15,5-28,0)		22,0 (18,8-33,3)		88,5**	0,053
Tedavi görülen süre Medyan (25.-75.persantil)	6,0 (1,5-12,5)		11,0 (6,0-14,5)		9,0 (3,0-13,0)		103,5**	0,160
Hastaneye yatış sayısı Medyan (25.-75.persantil)	1,0 (0,0-6,0)		2,0 (0,0-6,0)		1,0 (0,0-6,0)		127,5**	0,563
Eğitim öncesi kendine zarar verme düşüncesi								
Yok	4	23,5	8	47,1	12	35,3	1,159*	0,282
Var	13	76,5	9	52,9	22	64,7		
Eğitim öncesi intihar girişiminde bulunma durumu								
Yok	10	58,8	10	58,8	20	58,8	0,000*	1,000
Var	7	41,2	7	41,2	14	41,2		

*Yates Ki-Kare Testi, **Pearson Ki-Kare Testi

4.1.3. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların RSİÖ ölçeğinden aldıkları öntest-son test puanları arasında anlamlı fark var mıdır?

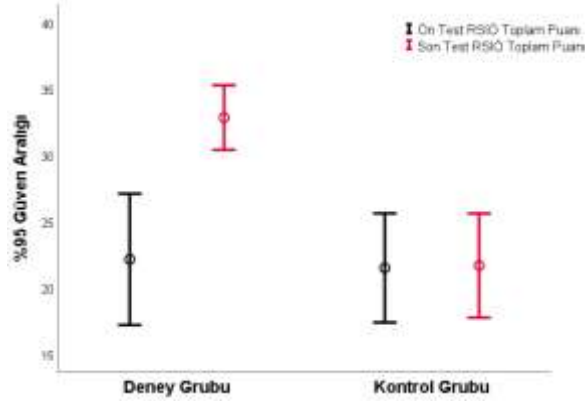
Deney ve kontrol grubu katılımcılarının Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6’de yer almaktadır. Buna göre deney grubu katılımcılarının RSİÖ’den aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur. Buna göre deney grubu katılımcılarının eğitim sonrası (son test) puan ortalaması eğitim öncesi (ön test) puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek olup ($t=-4,003$, $p=0,001$) kontrol grubu katılımcılarının ise ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-0,246$, $p=0,809$).

Tablo 6. Deney ve kontrol grupları içinde ruh sağlığı iyileşme ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	RUH SAĞLIĞI İYİLEŞME ÖLÇEĞİ						Test Değeri	P
	Ön test			Son test				
	n	Min-Max	$\bar{X}\pm SS$	n	Min-Max	$\bar{X}\pm SS$		
Deney	17	6 - 37	22,12±9,64	17	23 - 39	32,82±4,75	-4,003*	0,001
Kontrol	17	5 - 34	21,47±8,01	17	4 - 31	21,65±7,64	-0,246*	0,809

*Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 7’de verilen bulgular incelendiğinde; deney grubu katılımcılarının eğitim öncesi ve sonrası Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği puan ortalamalarının 22,12±9,64 ve 32,82±4,75, kontrol grubu katılımcılarının ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği puan ortalamalarının 21,47±8,01 ve 21,65±7,64 olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubu katılımcılarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası RSİÖ puan ortalamalarının güven aralığı grafiği Şekil 5’te gösterilmektedir.



Şekil 5. Deney ve kontrol gruplarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası ruh sağlığı iyileşme ölçeği toplam puanlarının güven aralığı grafiği

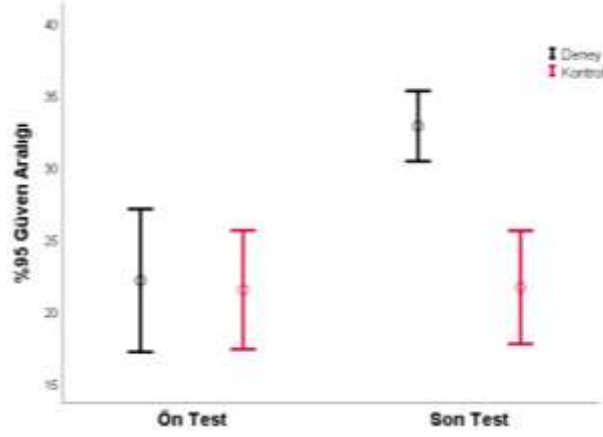
Deney ve kontrol grupları arasında Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 7’de yer almaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği son test puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre deney grubundaki katılımcıların eğitim sonrası (son test) puan ortalaması kontrol grubu katılımcılarının son test puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olup ($t=5,123$, $p<0,001$) oysa deney ve kontrol grupları arasında Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği ön test puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,213$, $p=0,833$).

Tablo 7. Deney ve kontrol grupları arasında ruh sağlığı iyileşme ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	RUH SAĞLIĞI İYİLEŞME ÖLÇEĞİ						Test Değeri	P
	Deney			Kontrol				
	n	Min-Max	$\bar{x} \pm SS$	n	Min-Max	$\bar{x} \pm SS$		
Ön test	17	6 - 37	22,12±9,64	17	23 - 39	21,47±8,01	0,213*	0,833
Son test	17	5 - 34	32,82±4,75	17	4 - 31	21,65±7,64	5,123*	<0,001

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol grupları arasında eğitim öncesi ve eğitim sonrası Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği puan ortalamalarının güven aralığı grafiği Şekil 6'da gösterilmektedir.



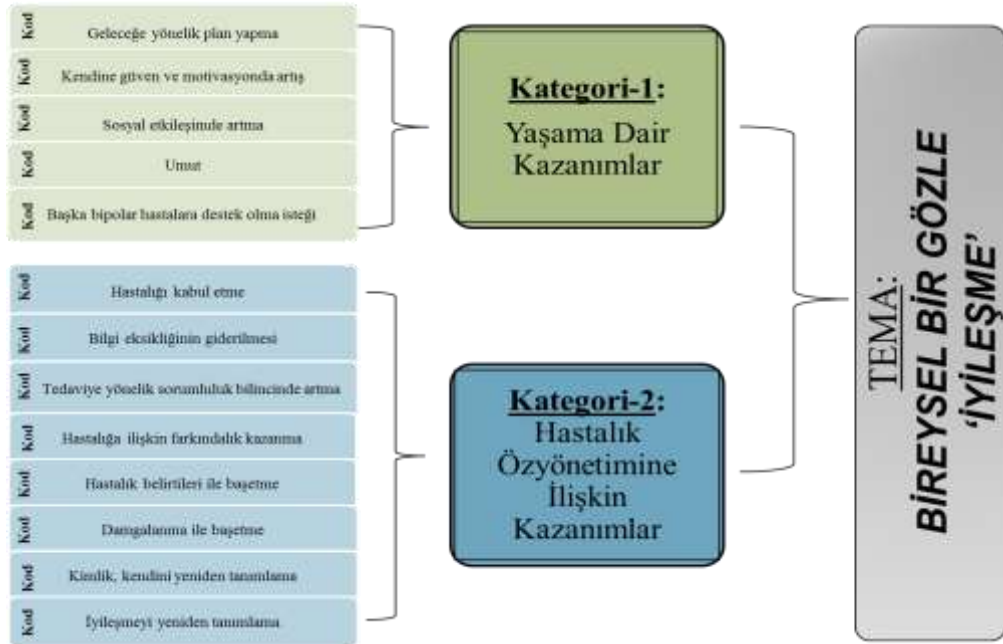
Şekil 6. Deney ve kontrol grupları arasında ruh sağlığı iyileşme ölçeği ön test ve son test puanlarının güven aralığı grafiği

4.2. Nitel Boyuta İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların katıldıkları psikiyatri hemşireliği uygulamasına ilişkin görüşlerine ve uygulamanın katılımcıların iyileşme deneyimlerine etkisine yer verilmektedir. Katılımcıların görüşme sorularına verdikleri yanıtlar ve dokümanların analizinden yola çıkarak elde edilen veriler incelenmiş ve betimlenmiştir. Bulgular hastaların görüşme sorularına verdikleri yanıtlar ve iyileşme mektuplarında yer alan hasta ifadeleri ile desteklenmektedir. Araştırmada katılımcı gizliliği esas alındığından katılımcı hastaların isimleri verilmeyip katılımcılar K1, K2 şeklinde gösterilmiştir. Hastaların doğrudan ifadeleri katılımcı görüşmelerini ifade etmek için K1-G, K2-G şeklinde, doküman bulgularını ifade etmek için K1-D, K2-D şeklinde gösterilmiştir. Hastaların ifadeleri olduğu gibi paylaşılmıştır. Elde edilen bulgulara problem duruma göre ilgili başlıklar altında yer verilmiştir.

4.2.1. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci alt probleminde “Deney grubundaki hastaların iyileşmeye dair deneyimleri nelerdir?” araştırma sorusundan hareketle deney grubundaki katılımcıların iyileşmeye dair deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastalar görüşme formunda yer alan sorulara verdikleri cevaplar ve yazmış oldukları “iyileşme mektupları” aracılığı ile iyileşmeye ilişkin deneyimlerini ifade etmişlerdir. Elde edilen veriler çerçevesinde hastaların iyileşmeye ilişkin deneyimlerine yönelik 13 kod elde edilmiştir. Bu kodlar **Yaşama Dair Kazanımlar (5 Kod)** ve **Hastalık Özyönetimine İlişkin Kazanımlar (8 Kod)** olmak üzere 2 kategori altında toplanmıştır. “Geleceğe yönelik plan yapma (4)”, “Kendine güven ve motivasyonda artış (10)”, “Sosyal etkileşimde artma (4)”, “Umut (8)”, “Başka bipolar hastalara destek olma isteği (4)” kodları **Yaşama Dair Kazanımlar** kategorisini oluşturmuştur. “Hastalığı kabul etme (5)”, “Bilgi eksikliğinin giderilmesi (13)”, “Tedaviye yönelik sorumluluk bilincinde artma (11)”, “Hastalığa ilişkin farkındalık kazanma (5)”, “Hastalık belirtileri ile baş etme (8)”, “Damgalama ile baş etme (6)”, “Kimlik, kendini yeniden tanımlama (3)”, “İyileşmeyi yeniden tanımlama (4)” kodları **Hastalık Özyönetimine İlişkin Kazanımlar** kategorisini oluşturmuştur. Bu iki kategori ise genel bir adlandırma ile “**BİREYSEL BİR GÖZLE ‘İYİLEŞME’**” temasını oluşturmuştur. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin deneyimlerine yönelik kodlar, kategoriler ve tema Şekil 7’de sunulmuştur.



Şekil 7. Katılımcıların iyileşmeye ilişkin deneyimlerine yönelik kodlar, kategoriler ve tema

4.2.1.1. Yaşama Dair Kazanımlar Kategorisinin Kodları

Yaşama Dair Kazanımlar kategorisinin kodları “Geleceğe yönelik plan yapma”, “Kendine güveni sağlama ve motivasyonda artış”, “Sosyal etkileşimde artma”, “Umut”, “Başka bipolar hastalara destek olma isteği”dir. Bu kategoriye ait bazı hasta ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

Geleceğe yönelik plan yapma kodu için;

“Yani iyileşme yolculuğu hedeflerim var, hedeflerimi sizinle de paylaştım. İlk başta öncelikle rahatsızlığım ile ilgili zaten sizden bir nebze olsun belirli bilgileri öğrendim. İlk başta rahatsızlığım ile bir bütün olmayı, birleşip bir bütün olup yaşamayı öğrenmek istiyorum. Daha sonra iş hayatım. Biliyorsunuz iş hayatında iyi bir gelirin olmadığı sürece bir evlilik hayatı olmaz. Daha sonra bir evlilik nasipse daha sonra bir karavan alıp biraz kafa dinlemek istiyorum işin açıkçası. (K1-G)”

“İşe başlayabilmek için heyet raporu almaya ve İŞKUR’a başvurmaya karar verdim. Hatta geçen hafta görüşmeden çıktıktan sonra heyet raporuna nasıl başvuracağım ile ilgili bilgi aldım. İşte bunların hepsi bu eğitim ve Rüveyda Hanım sayesinde oldu. Sonsuz teşekkürler. (K3-D)”

“Kendime yeni hedefler koydum, bunları gerçekleştirmek için uğraşcam. (K9-D)”

“Artık bir işe girip çalışmaya karar verdim. (K12-D)”

Kendine güven ve motivasyonda artış kodu için;

“Yani işin açıkçası burası gerçekten insanı ciddi anlamda motive eden bir yer. Ben çok sağlıklı olduğumu ve çok iyi bir kaynak olduğumu düşünüyorum. (K1-G)”

“Özgüvenim arttı. (K2-G)”

“Şimdi bi de tabi önce bişiyi mesela kafaya koymak lazım. Kafaya koydun mu... Önce kafaya koyacaksın sonra yapacaksın. Mesela bu terapide ben kafaya koydum. Yapma aşaması kalıyo bi. O yapma aşamasını da inşallah ben başarcam yani Allah nasip ederse. En büyük bana faydası bu oldu. Yani kararlı, kararlı olmak, karar vermek ve eyleme geçmek. (K3-G)”

“Motive ediyor. (K6-G)”

"Bunun sadece bende değil çok sayıda kişinin de (hastalığı) olduğunu öğrendikten sonra, ki bir yerlere gelebilmiş kişileri gördükten sonra. Ben neden öğretmen olamayayım ki dedim. Bu

arada mesleğimi de kabullenmemiştim. Burada da birazcık daha hızlanma oldu. Çünkü sorguluyordum gerçekten öğretmen olabilir miyim? Çünkü bi kendimi yönetemedikten sonra bi sınıfı nasıl yönetebilirim diyordum. Ama artık kendimi de yönetebildiğim için bi sınıfı da yönetebileceğimi düşünüyorum. Bu yüzden mesleğimde gerçekten yapabileceğimi ve kabullendiğimi düşünüyorum. (K8-G)”

“Kendime güvenim arttı. (K10-G)”

“Hani böyle bi şeyi başarabileceğime inanıyorum. Yapabileceğime inanıyorum. Yani ilk başlarda ben mesela hani böyle şeydim bi iş olmaz hani hep olumsuz düşünüyordum. Şu anda olumlu düşünmeye başladım. (K12-G)”

“Kendimi ifade edebilmem biraz gelişti. Çok öz güvenim gelişti. Dışarıya çıkıp insanlardan çekinmeden bir şeyler yapmak, bunları başardım. Sizlerin sayesinde ve teşekkür ediyorum. (K13-G)”

Sosyal etkileşimde artma kodu için;

“Sadece işten eve evden işe giden bi insan olarak teyze kızına ziyarete gideyim diyodum, hep kafamdan geçiriyordum. Davet de ediyordu. M... her zaman için gel buyur gel diyordu. Ama bu terapi sayesinde ben teyze kızına gittim ve orda sosyalleştim. (K3-G)”

“Vallahi iyi bir şeyi değiştirdi. Çok faydasını gördüm, ilaç kullandığımda. Ailem daha çok yaklaşmaya başladı. Onlarla diyalog kurmaya başladım. İnsan içine girmeye başladım. Bu tedaviyle birlikte. Senin, senden aldığım destekle birlikte insan içine girmeye başladım. Konuşmaya başladım. Diyaloglara başladım. Sağ sol gezmeler, etmeler. Kendimi önce eve kapatıyordum. Şimdi sporumu yapıyorum, dışarı çıkıyorum. Ondan sonracağıma Tekstil Parka gidiyorum. Adnan Menderes Müzesi'ni gidiyorum. (K11-G)”

“Artık daha sosyal biriyim. (K3-D)”

“Daha sosyal bir insan oldum. İnsanlarla iletişimim daha iyi oldu. (K13-D)”

Umut kodu için;

“Umudum arttı. (K2-G)”

“Karamsarlığı insanın azalıyor. (K5-G).”

“Mesela ilk başta karamsardım. Sonra olumlu düşünmeye başladım. Umudumu arttırdı mesela biraz daha. (K9-G)”

“Umutsuzdum, umudum arttı. (K10-G)”

“Bu eğitim umutlanmamı sağladı. Buraya ilk geldiğimde karamsardım artık değilim olumlu

düşünmeye başladım. (K9-D)”

“İlk başlarda çok umutlu değildim fakat eğitimle beraber daha umutlu olmaya başladım. (K12-D)”

“Daha olumlu, daha üretken daha umutluyum artık. (K13-D)”

Başka Bipolar Hastalara Destek Olma İsteği kodu için;

“İnsanlar başka insanlara yardım etmeyi düşünebilir ya da çevresindeki rahatsızlığı olan bir insanı bak senin de işte şu tarz bir rahatsızlığın var haydi psikiyatriye yönlendirelim diyebilir. (K1-G)”

“Mesela şunu diyebilirim hayatımda bipolar tanısını aldıktan sonra diğer hastalıkları da araştırmaya başladım ve bir tık daha farkındalığımın yükseldiğini düşünüyorum bu konularda. Biraz daha hani mesela destek isteyen bir insanla daha da nasıl konuşabileceği ya da desteğe ihtiyacı olan bir insanla nasıl konuşabileceğimi öğrendiğimi düşünüyorum. Nasıl yaklaşabileceğimi hani ya da gerçekten destek alması gerekiyorsa bazen onu hani bir tık ikna etmek gerekiyo ya hani. Bu konuda mesela nasıl onu ikna edebileceğimi... Hani bunlar konusunda birazcık daha bilinçlendiğimi düşünüyorum. (K7-G)”

“Başka bir (bipolar) hastasıyla görüşebilsek ya da ben o süreci yaşamış biri olarak da anlatsam desem ki ben buraya geldiğimde işte şunları şunları yaşamıştım. Belki bu ses kaydı silinirse ve bir hastanıza dinletseniz. Benim için hiçbi sıkıntısı yok çünkü. Ve dese ki aha işte biri başarmış. Yani o afişteki gördüğü gibi hani sadece afiştekilerden ibaret olmadığını, çok sayıda kişinin bu durumu nasıl aştığını görebilmesi bence kişi için çok büyük bir umut. (G8)”

“Başka bipolar insanlara yardımcı olabileceğimi düşünüyorum. (K10-G)”

4.2.1.2. Hastalık Özyönetimine İlişkin Kazanımlar Kategorisinin Kodları

Hastalık Özyönetimine İlişkin Kazanımlar kategorisinin kodları “Hastalığı kabul etme”, “Bilgi eksikliğinin giderilmesi”, “Tedaviye yönelik sorumluluk bilincinde artma”, “Hastalığa ilişkin farkındalık kazanma”, “Hastalık belirtileri ile baş etme”, “Damgalama ile baş etme”, “Kimlik, kendini yeniden tanımlama”, “İyileşmeyi yeniden tanımlama”dır. Bu kategoriye ait bazı hasta ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

Hastalığı kabul etme kodu için;

“Hiç kimse yani sizin başka bir kişiden hiçbir eksiginiz yok. Eğlenebilirsiniz, mutlu olabilirsiniz, hayatınıza devam edebilirsiniz, aileniz olabilir, öğretmen olabilirsiniz veya başka bir meslekte çalışabilirsiniz. Bu (hastalık) bir engel değil. Bu eğitim tüm rahatsızlık için bence tüm hayatım için çok yer edecek bir eğitim. Çünkü burda gerçekten çok büyük bi benim için engeli aştım. (K8-G)”

“Immm yani bu hastalığı tanımama yardımcı oldunuz. İııı yani bu hastalığı... İıı kendi içimde kabul etmeme biraz daha yardımcı oldunuz. Yani benim kabullenmemde büyük bir etkisi oldu. (K10-G)”

“Hastalıkla artık sizin de dediğiniz gibi dans etmeye başladım. Hani gerçekten bunda barış... Kendim hastalıkla barışık olmaya başladım yani. (K12-G)”

Hastalığın hayatta, yaşamaya engel olmadığını birçok tanınmış bilim ya da siyaset, sanat insanının da bu hastalığa sahip olan olduğunu gördüm. Herkesin bu duruma gelebileceğini bunun doğal bir şey olduğunu fark ettim. (K6-D)”

“Bu eğitimin bana birçok şey kattığını hissediyorum. Öncelikli olarak hastalığıma bakış açımı değiştirdi artık eskisi kadar korkunç ve büyük bir şey gibi görmüyorum sanki daha normal ve halledilebilir hissediyorum. (K7-D)”

Bilgi eksikliğinin giderilmesi kodu için;

“Mesela benim bu eğitime gelmeden önceki aklımdaki fikir annem, annemle beraber yaşıyorum. Annem Allah gecinden versin rahmetli olduğu zaman işte ben haplarımı ilaçlarımı bırakacam, çalışmaya başlıcam. Yani bu hapların çalışmaya engel olduğunu düşünüyodum. Ee bu eğitimde hapların çalışmaya engel olmadığını öğrendim. (K3-G)”

“Sizin sayenizde de çok iyi şeyler öğrendim yani. Teşekkür ediyorum bu arada. Bence korkmamam gereken bi rahatsızlık. Bi broşürde okudum. Verdiğiniz sizin broşürde. Korkmamam gereken, kendiliğinden olan bir rahatsızlık, biyolojik bir rahatsızlıkmış. Yani benle alakalı olmadığını öğrenince okuyunca çok daha da iyi hissettim kendimi. O broşürde okudum. Yani biyolojik bi rahatsızlık olduğunu öğrenince daha da iyi hissettim kendimi. (K4-G)”

“Sosyalleşmenin bir ihtiyaç olduğunu, sosyalleşmenin iyileşmeye katkısının olumlu yönde olacağını, sonra hastalığın ne olduğunu, ne gibi durumlar şeklinde seyredeceğini falan anlattınız. Hastalıkla baş etme ya da hastalıkla işte birlikte yaşama, hastalıkla bir bütün şeklinde, hani dediğiniz hatta dans arkadaşınız gibi... Öyle demiştiniz. İyiydi yani gerçekten

olumlu, güzel bi eğitim süreciydi. (K5-G).”

“Yani hocam eğitim güzeldi. Hani burda bilmediğim şeyleri de öğrendim mesela. Aklımda soru olan şeyleri rahat rahat size sordum. Onları cevaplandırdık. Çokta yani şu şekilde atıyorum hipomani diye bir şeyin olduğunu hipomani kavramının olduğunu hiç bilmiyodum. (K6-G)”

“Ya ben çok memnun kaldım. Gerçekten çok memnun kaldım. Yani dediğim gibi zaten hani buraya geldiğimde ben hani şöyle başka bi bipolar bozukluk tanıyomuşum. Burada bambaşka bi bipolar bozukluk tanımaya başladım. (K7-G)”

“İlaçlarımı öğrendim, ilaçlarımı nasıl kullanabileceğimi öğrendim. Çok faydasını gördüm ben gerçekten. (K12-G)”

“Rahatsızlığım hakkında birçok bilgi edindim. (K1-D)”

“Bu eğitimin iyileşmeye katkı sağladığını düşünüyorum, iyileşmeyle ilgili bazı bilgiler edindim. Hastalığım hakkında dikkat etmem gerekenleri öğrenmiş oldum. (K9-D)”

“Oturumlarda hastalığımla ilgili ilaçların düzenli kullanılması ile ilgili bilgiler öğrendim. (K13-D)”

“Bu eğitim sürecinde iyileşmem ve dengede kalmam konusunda oldukça fazla bilgi edindim bu bilgiler benim rahatsızlığımı nasıl yönetebileceğim konusunda beni güçlü ve sarsılmaz kıldı. Bu doğrultuda Rüveyda Hanım ve bu eğitime destek veren tüm Sağlık çalışanlarını saygı ve sevgiyle anacağım. (K14-D)”

Tedaviye yönelik sorumluluk bilincinde artma kodu için;

“Hani bir ağaç olur ağacı sulamazsan ağaç kurur ölür. Biz de ilaçlarımızı içmediğimiz zaman ya kendimize zarar veririz ya da karşımızdakine zarar veririz. (K2-G)”

“İlaçlarımı da düzenli kullanıyorum. (İlaçların) Tabii daha sakin ve dingin bi şekilde hayat sürmemi sağladığını gördüm. (K4-G)”

“Sizin de dediğiniz gibi şeker hastası da şeker ilacını almak zorunda. Biz de ilacımızı almak zorundayız. Yani... (K6-G)”

“Bir de şey de demiştiniz hani yani tansiyonu olan bir insan ya da kalp rahatsızlığı olan bir insan her gün o ilacı içmek zorundaysa aynı şekilde hani bu ilacı hani bizim de içmemiz gerekiyo. Hani bu şekilde anlattığınızda da aslında evet çok mantıklı çünkü nerdeyse şu an hani her insan bir ilaç kullanıyo. Hani ya tamam ruhsal hastalığı için kullanıyo. Ya dediğiniz gibi kalp veya tansiyon ya da başka bir şey için. Ben kansızlık için de kullanıyodum mesela.

Hani şu an o ilaç benim için hani kansızlık ilacımı nasıl kullanmam gerekiyorsa, anemim var çünkü. O ilacı da kullanmam gerekiyo. Çünkü ruhsal bir rahatsızlığım var ve bunu iyi yapacak yani. (K7-G)”

“Fakat ömür boyunca kullanmam bile gerekse, sonuçta bana bi şeyler yani, iyileşmeme yardımcı olduğu için sonuna kadar kullanmaktan yanayım. Ailem kullanmamı istemiyo olabilir. İşte sıkıntı çıkıyo olabilir. Belki ulaşmakta zorluk çekebilirim. Ama eninde sonunda ilaç kullanmamın gerekli olduğunu düşünüyorum. (K8-G)”

“Bu hastalık var bende. Sizin dediğiniz gibi kalp, tansiyon, nasıl şeker hastası, ilacını içiyor, hayatın düzenine devam ediyö. Onun gibi ben de öyle yapıcım. Bundan sonra da öyle yapıcım. (K12-G)”

“Sanırım bu değişimde ilaçları düzenli kullanmamım payı büyük. (K13-G)”

“Bu eğitim bana hastalığımla ilgili psikiyatri doktorlarının vermiş olduğu ilaçlarımın ve kullanım şeklimin, doktor kontrollerine düzenli gitmemin gerekliliğini bir kez daha hatırlattı. (K5-D)”

Hastalığa ilişkin farkındalık kazanma kodu için;

“Ee tabi daha sonra artık dedim evet ben gerçekten zaman zaman dönem dönem bu şekilde hareketli bir durumum geçiyö. Hiperaktif gibi oluyö. Ondan sonra zaman zaman da böyle çöktün, durgun, suskun, böyle silik bir duruma geçiyorum. Bu demek ki bu hastalığın etkisi. Demek ki benim de yaşadığım buymuş şeklinde. (K5-G).”

“Çok konuşmak ya da çok yürümek çok aktif olmak her konuda yani çünkü hani çok fazla sosyal oluyordum mesela. Çok fazla aynı gün içerisinde beş altı insanla bir anda görüşebiliyordum. Beş altı insanla plan yapabiliyordum. Eve dörtte beşte geliyordum ve yani dörtte beşte eve geldiğimde bir insanın artık yatması gerekir. Çünkü hani sabah dokuzda kalkmışsın diyelim. Dört saatlik bir uykuyla ayaktasın ki ben her gece geç yatıyordum o dönemde yani. Uyuyamıyordum çünkü. Hani iki saat, üç saat ya da en fazla beş saat uykuyla ben ayakta kalıyordum ve hani eve geldiğimde hala tekrardan dans etmeye devam ediyordum ve benim saatlerce dans etme gibi bi huyum vardı. Hani ben bir saat değil hani dans edip ya da işte bir yarım saat dans edip ara vermiyordum. Ben bazen aralıksız beş altı saat boyunca odamda dans ediyordum. Ya da yürüyordum. Hani bu dansın peşinden ben hani yürüyüşe çıkıyorum deyip gidip yürüyordum. Geri geliyordum ve bu böyle bir neredeyse belki haftalarca sürüyödü. Hani o zaman bilmiyordum onları ama. Aslında öyleymiş. Bunlar birer hastalık belirtisiymiş (K7-G)”

“Bi çılgınlık... Bi çılgınlık geliyor. Bi ara durgun oluyom. Bazen konuşmuyom, bazen aşırı derecede konuşuyom. Bu bipolar bozukluğun inişli çıkışlarından oluyor. (K11-G)”

“Bu eğitim öncelikle hastalığı daha iyi tanımama yardımcı oldu. (K6-D)”

“Bilmediğiniz veya yanlış bildiğiniz bir şey ile mücadele etmek gölgelerle boks yapmaya benzer, boşa savrulan yumruklar sizi sadece yorar. Rahatsızlığımı tanımam bu eğitim içindeki en önemli olaydı. (K8-D).”

Hastalık belirtileri ile baş etme kodu için;

“Her şeye ben çok sinirliydim, öfke nöbetlerim oluyodu. Kıskançlık krizlerim oluyodu. Onlar gitti. (K2-G)”

“Şu an hani mutluyum ve kendime hep şunu söylüyorum. Hatta şöyle daha bunu birkaç hafta önce, bir hafta önce falan mı ne söyledim ben mesela arkadaşıma. Ya dedim ben bence gerçekten çok iyiyim. Hani cidden çok iyiyim dedim. Çok iyi idare edebiliyorum dedim. Hani mesela o tercih dönemi. Çok stresli bir dönemdi ve bir ay sürdü gerçekten yani. Ve o bir ayda ben hiç atak geçirmedi. Yani çok güzel idare ettiğimi düşünüyorum açıkçası ve bunun için ben kendimi kutladım yani. Hani kaç defa anneme gittim söyledim, babama gittim söyledim, arkadaşıma gittim söyledim. Kutlayacağım yani niye kutlamayayım? Bir ay boyunca çok stresli bir dönem geçirdim ve bir kere bile atak geçirmeden hallettim ben bunu. Bu, kutlanılacak bu, mutlu olunacak bir şey. (K7-G)”

“Hani kalkıyodum ama hani boş bir adamdım yani hani böyle. Hiç dinç değildim yani. Hani böyle bomboş bir adamdım. Ama şimdi kalktığımda böyle bir dinç, hani böyle bir gerçekten uykusunu iyi almış bir insanım hani. Olanları anlayabiliyorum. Ayırt edebiliyorum yani. (K12-G)”

“Uykularım... Uykularım o kadar fazlasıyla düzene girdi ki. Bunu anlatamam. (K14-G).”

“Geceleri uykuya dalmakta zorluk çekiyordum bu eğitimde öğrendiğim düşünce durdurma tekniği sayesinde bu sorunum ortadan kalktı. Bu eğitim sayesinde hastalık belirtilerimle baş etmeyi öğrendim. İyileşmiş hissediyorum. (K11-D)”

Damgalama ile baş etme kodu için;

“Hani damgalanma... buraya ilk geldiğimde şu şekilde ifade etmişsiniz, bir şeker hastası bir tansiyon hastası sürekli ilaç kullanması gereken bir rahatsızlık yani sonuçta, bizim de hastalığımızı benimsememiz kendimizi sevmemiz gereken yer burda başlıyor işin açıkçası,

çünkü bipolar hastasıyım bunu dışarıya çıkıp artık bağırabilirim de aynı zamanda, ben “bipolar hastasıyım” diye. Neden diyeceksiniz? (Gülüyor) Bu belki bir ay, iki ay, üç ay öncesine kadar insanlar senin psikolojik rahatsızlığın var dediğinde bir çöküşe mal oluyordu bize. Bu işime etki ediyordu, aileme karşı tutumuma etki ediyordu, daha sonra bunu genel olarak düşündüğümüzde ben bir bipolar tanısı almış biriyim, bundan kaçabilecek bir yerim de yok, hani başka bir vücuda girip oradan bipolardan da saklanamayacağım için, artık kim beni damgalamaya çalışırsa çalışsın, bu kız arkadaşım da olabilir, daha önce de biliyorsunuz böyle bir durumumdan bahsetmiştim size, kim olursa olsun, umurumda değil demeyelim de, onu çok fazla dikkate almamaya çalışıyorum. (K1-G)”

“Geçmişte yıpratıcıydı. Artık bipolar beni yoramıyor. Çünkü neden biliyo musunuz Rüveyda Hanım? artık beni, yani hayata bir sıfır yenik başlama düşüncesinden sıyrıldım. (K14-G).”

“Rahatsızlığımı tanımakla birlikte nerede ne yapmam gerektiğini, damgalanmalar ile baş etmeyi (kendime olan damgalamalarım, aile, çevre...) öğrendim. (K8-D)”

Kimlik, Kendini Yeniden Tanımlama kodu için;

“Bende her şeyi değiştirdi. Ben artık hayata daha farklı bakıyorum. (K2-G)”

“İşte ben gerçekten ben o K... değilmişim bambaşka bir K... geldi yani şimdi. (K12-G)”

İyileşmeyi yeniden tanımlama kodu için;

“Bu eğitim bana iyileşmenin varılacak hedef değil bu hedefe giden yol olduğunu öğretti ve bu yolda zaman zaman ileri ya da geriye girişlerin olabileceğini ve bazen de bu yoldan çıkabileceğimi, fakat önemli olanın bu yola iyileşme yoluna tekrar dönebilmek olduğunu öğretti. (K5-D)”

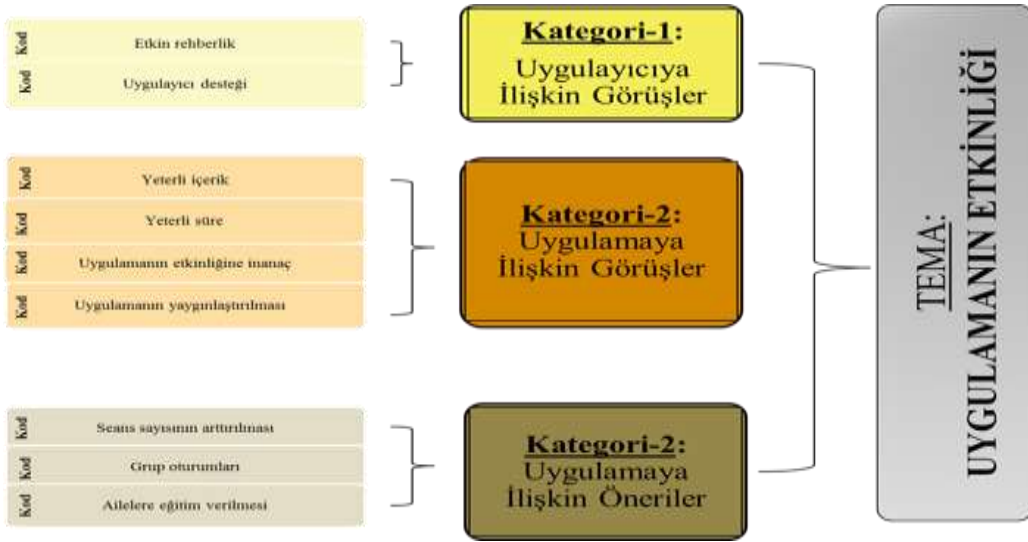
“Ben iyileşmeyi tamamen görüyordum aslında. İyileşmenin iyi durumda olma hali olduğunu burada öğrendim. (K6-D)”

“İyileşmeyi çok yanlış öğrendiğimi fark etmemi sağladı. İyileşmek her an belirtilerinin olmaması ve stabil kalmanın kendisi değilmiş aslında. İyileşmeyi bir yol gibi düşünmeliymişiz yeri geldiğinde o yoldan saptığımız zamanlarımızda olabilir önemli olan o yola geri dönebilmekmiş. İyileşmeyi böyle tanımladığımızda bu beni o kadar çok rahatlattı ki çünkü benim iyileşme tanımımın çok keskin çizgileri vardı ve her an ona uygun olamıyordum ve olamadığımda da aslında iyileşmediğimi düşünüyordum ama yanlış düşünüyormuşum. Sanırım en önemli olarak da bunu fark etmemi sağladı. (K7-D)”

“Onca yıldan sonra iyi olduğumu farkına vardım. Hiç iyileşmem diye düşünüyordum şimdi bu düşüncelerim değişti. İyileşmeye başladım. TEŞEKKÜR EDERİM. (K13-D)”

4.2.2. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü alt probleminde “Deney gruplarındaki hastaların uygulamanın etkinliği hakkındaki görüşleri nelerdir?” araştırma sorusundan hareketle deney grubundaki hastaların katılmış oldukları iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasına dair görüşlerinin belirlenmesi amaçlandı. Hastalar görüşme formunda yer alan sorulara verdikleri cevaplar ve yazmış oldukları “iyileşme mektupları” aracılığı ile uygulamaya ilişkin görüşlerini ifade etmişlerdir. Elde edilen veriler çerçevesinde hastaların uygulamanın etkinliğine dair görüşlerine yönelik 9 kod elde edilmiştir. Bu kategoriler *Uygulayıcıya İlişkin Görüşler (2 Kod)*, *Uygulamaya İlişkin Görüşler (4 Kod)* ve *Uygulamaya İlişkin Öneriler (3 Kod)* olmak üzere 3 kategori altında toplanmıştır. “*Etkin rehberlik (11)*” ve “*Uygulayıcı desteği (6)*” kodları “*Uygulayıcıya İlişkin Görüşler*” kategorisini oluşturmuştur. “*Yeterli içerik (8)*”, “*Yeterli süre (11)*”, “*Uygulamanın etkinliğine inanç (8)*” ve “*Uygulamanın yaygınlaştırılması (4)*” kodları “*Uygulamaya İlişkin Görüşler*” kategorisini oluşturmuştur. “*Uygulamaya İlişkin Öneriler*” kategorisi ise “*Seans sayısının artırılması (3)*”, “*Grup oturumları (2)*” ve “*Ailelere eğitim verilmesi (2)*” kodlarından oluşmaktadır. Bu üç kategori ise “**UYGULAMANIN ETKİNLİĞİ**” temasını oluşturmuştur. Katılımcıların uygulamanın etkinliği hakkındaki görüşlerine yönelik kodlar, kategoriler ve tema Şekil 8’de sunulmuştur.



Şekil 8. Katılımcıların uygulamanın etkinliği hakkındaki görüşlerine yönelik kodlar, kategoriler ve tema

4.2.2.1. Uygulayıcıya İlişkin Görüşler Kategorisinin Kodları

Uygulayıcıya İlişkin Görüşler kategorisinin kodları “Etkin rehberlik” ve “Uygulayıcı desteği”dir. Bu kategoriye ait bazı hasta ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

Etkin rehberlik kodu için;

“Hastalığımız hakkında bilgi almak istediğiniz zaman Google arama motorundan, herhangi bir rahatsızlıktan farklı bir rahatsızlığa oradan farklı bir rahatsızlığa oradan farklı bir rahatsızlığa bu sefer kendi kendimize tanı koymaya başlıyoruz işin açıkçası. Yani sizin gibi profesyonel işini bilen ehli insanlardan destek almamız işin açıkçası daha iyi oldu o yüzden. (K1-G)”

“Gayet de anlaşılır bi şekilde zaten anlatıyorsunuz, ediyorsunuz. Hastalarınızla da ilgilendiğinizi düşünüyorum yani. (K4-G)”

“Hem rahat hissediyoruz. Burada hani kendini rahat rahat bi konu hakkında ifade edebiliyosun. Bilgi alıp verebiliyorsun. (K6-G)”

“Diyordum ki mesela ya ben stresten uzak duruyorum, ben ilaçlarımı düzenli kullanıyorum. E ben niye atak geçiriyorum ki? Hani böyle mi olacak? Ben hiç iyileşmeyecek miyim? Ben böyle diyodum mesela. Ama sonrasında (iyileşme) tanımınızı anladığımda aslında şunu fark ettim. Aslında ben iyileşmiyor değilmişim. Ben öyle sanıyomuşum kendimi, ben

iyileşmediğimi sanıyordum. Aslında ben iyileşiyordum. O iyileşme yolculuğunun içindeymişim. Arada bir sadece o yoldan çıkıyordum. Ama o yola geri geliyordum da. (K7-G)”

“Bu benzetmeyi daha önce de yapmıştım karanlık ıssız bir durakta gelmeyen bir treni bekliyordum. Hemşire hanım bana ışık oldu. Bende treni beklemek yerine kulaklığımı takıp yürümeye başladım. İstirap olan bekleyiş keyifli bir yolculuğa dönüştü. (K8-D).”

Uygulayıcı desteği kodu için;

“Bana destek çıkan bana vakit ayıran bir insanın olması hoşuma gitti. (K10-G)”

“Senin desteğin, çocuklarımın desteği, çevremın desteği. Ben bunlardan çok fayda duydum. Yararlandım. (K11-G)”

“Yani gerçekten çok memnun kaldım. Sizinle konuşmak bana çok iyi geldi. Sizin ilginiz, alakanız onlar çok iyi geldi. (K12-G)”

“Yani ben sizde moral buldum. Vallahi yani sizi çok sevdim sağ olun. Yani bana destek oldunuz. (K13-G)”

4.2.2.2. Uygulamaya İlişkin Görüşler Kategorisinin Kodları

Uygulamaya İlişkin Görüşler kategorisinin kodları “Yeterli içerik”, “Yeterli süre”, “Uygulamanın etkinliğine inanç” ve “Uygulamanın yaygınlaştırılması”dır. Bu kategoriye ait bazı hasta ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

Yeterli içerik kodu için;

“Bence her şey çok güzel yani; ev ödevleri olsun, burada yapılan birebir görüşmeler olsun, daha sonra hastalığımız hakkında bilgilendirme olsun... (K1-G)”

“Yani bence zaten gayet iyi. Yani geliştirilmesi gerekmiyor. Çünkü yani her şey var. Hani film de izledik. Bana resim ödevi de verdiniz. Sosyalleşmem için yani bir arkadaşımın ya da değer verdiğim birisiyle sosyalleşmemi istediniz. Yani ödevler de bence gayet olması gerektiği gibi. Yani seanslar da aynı şekilde... Bir seans stresle başa çıkmayı konuştuk, diğer seans ilaçlar hakkında konuştuk... Hani bence gayet olması gerektiği gibi zaten. (K7-G)”

“Bence özellikle ödevler burda çok etkiliydi. Nasıl çok etkili? Çünkü burdan gittikten sonra da buraya olan eğitiminizi sorguluyordunuz. Yani eve gidiyordunuz. Bugün bunu düşündük,

bugün bunu konuştuk. Ve bir sonraki ödev için hazırlık yapıyordunuz. Bu sırada aslında öğrendiğimiz şeyleri tekrardan sorgulayıp hayata geçiriyordunuz fark etmeden. Bu yüzden çok etkiliydi. Ödevlerin en büyük artıları bunlardı. Rahatsızlığımı tanımam konusunda çok büyük bir etmendi. (K8-G)”

“Eklemezi önerecek de bi şey yok. Yani hani siz zaten her şeyi en güzel şekilde yapıyorsunuz bence. Hani eklencek bi şey de yok. (K12-G)”

Yeterli süre kodu için;

“On seans yani beş hafta süren bir eğitim. Haftada iki defa. Gayet olması gerektiği gibi bence. (G7)”

“Bence iyi. Çünkü her hafta iki kere, gayet güzel bence. Hani o süreçte bir şey yaşamış oluyoruz. Onu anlatacak bir şeyimiz de oluyo. Haftada iki iyi ve hani süreç olarak bittiğinde mesela hani gidebiliyoruz. Bazen anlatacak hiçbir şeyimiz olmuyo. Hani aaa gene konuşuyoruz ediyoruz ama hani kırk dakika da sürebiliyo, bir saat de sürebiliyo. Bu değişkenlik güzel, kişiye özel olduğu için güzel. (K10-G)”

“Zaten her şeyi anlattık. Her şeyi konuştuk. Sıkardı yani fazlası. Öyle söyleyeyim. Bence süre çok iyiydi. (K12-G)”

“Ben yeterli olarak görüyorum. (K13-G)”

“Kesinlikle yeterliydi. Benim için yeterliydi. (K14-G).”

Uygulamanın etkinliğine inanç kodu için;

“Öncelikle çok teşekkür ederim. Doktor Hanım’a da çok teşekkür edeceğim zaten birazdan beni size yönlendirdiği için. Ben hemen hemen üç senedir, dördüncü seneme gireceğim bipolar tanımı alalı. İlk defa böyle bir kaynak buluyorum hastalığımla ilgili. (K1-G)”

“Mesela sizin burdaki uyguladığımız gibi daha önceden böyle bir destek böyle bir yardım ya da böyle bir şey olmuş olsaydı yaşanmış olmuş olsaydı herhalde en azından şu anki durumda olmayabilirdim. Yani şu anki şu durumumda... Daha iyi durumda olabilirdim. Orası kesin. (K5-G).”

“Çok faydasını gördüm yani ve herkese tavsiye ediyorum yani. Söylüyorum. Arkadaşlarıma. (K11-G)”

“Artık iyileşmeye başladığımı hissediyorum. Yıllar sonra bunu hissettim İyi hissettim. Sağ olun. Sizlerin sayesinde. Teşekkür ederim. (K13-G)”

“Çevremde mani geçiren bipolar olan biri olursa ona bu eğitimi almasını önerebilirim. (K10-D)”

Uygulamanın yaygınlaştırılması kodu için;

“Yani, aslında böyle, bu tarz çalışmaların yaygınlaşması lazım. Bunu tamamen yaygınlaştırıp, bir dernek (faaliyeti) haline dönüşmesi. (K1-G)”

“Ben bunun devlet projesi olarak, bu terapinin uygulanmasını isterdim. Devletimizden. Yani daha yaygınlaşmasını. Efendime söyleyeyim bu hastalığın ne, nasıl olduğunu, nasıl baş edebileceğimizi anlatan terapistlerin olmasını isterdim yani. (K3-G)”

4.2.2.3. Uygulamaya İlişkin Öneriler Kategorisinin Kodları

Uygulamaya İlişkin Öneriler kategorisinin kodları “Seans sayısının arttırılması”, “Grup oturumları” ve “Ailelere eğitim verilmesi”dir. Bu kategoriye ait bazı hasta ifadeleri aşağıda sunulmuştur:

Seans sayısının arttırılması kodu için;

“İş şimdi mesela yapılması gerekenler neyin ne olduğu hepsini öğrendik. Şimdi mesela ben şu anda kendimi düğmeye basmam gereken, basılması gereken bişiy, anahtar gibi hissediyorum. Mesela işte heyet raporunu alıcam, mesela 182’yi arıcam, aradığım zaman o gün gelcem, o heyet raporunu alcam. Şimdi bunlar ne? Bunlar eyleme geçme. Mesela on bir seans değil de daha bu eyleme geçiripte, işte beni işe soktuktan sonra bu terapi bitsin. Misal veriyorum. (K3-G)”

“Yani eğitim süreci iyiydi. Ama çoğu zaman ben istedim ki biraz daha uzun olsun. Birkaç kez daha gidelim gelelim. (Gülerek). Uzun olması yani daha iyi olabilir diye düşünüyorum. (K6-G)”

“Sadece dediğim gibi hani son seansta bir kenara bıraksak birazcık daha uzun süreye dağıtılabilir belki. Beş hafta, işte altı haftaya ya da yedi haftaya dağıtılıp ya da iki aya yakın sekiz hafta filan. Birazcık daha artırılabilir. (K8-G)”

Grup oturumları kodu için;

“Bipolar bireylerin bir araya toparlanması gereken bir ortam yaratılmalı diye düşünüyorum ben. (K1-G)”

“Belki toplu seanslar da olabilir. Yani diğer insanların hayatı benimkiyle farklı ve onların da

tepkisini merak ediyorum ben. Onların süreçlerini de merak ediyorum. Nasıl etkilendiklerini ve ne kadar sürede toparlanabildiklerini de merak ediyorum. (K10-G)”

Ailelere eğitim verilmesi kodu için;

“Eklemenizi önereceğim bir şey ne olur? Mesela ev ödevinde de yazmıştım bunu aile, yakınlarla ilgili. Bir görüşme ya da onların fikirleri, yani kişinin birlikte yaşadığı insanlarla ilgili bir şey olabilir, görüşme ya da onlarla da bir diyalog. (K5-G)”

“Neleri eklemenizi öneririm... Bu eğitimin, psikoeğitiminin aile, aile için de, ailelere de öneriyorum. (K13-G)”

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, elde edilen bulgular ilgili literatüre dayalı olarak tartışılmış ve literatürdeki çalışmalarla karşılaştırılmıştır.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyi açısından homojen özellik gösterdikleri belirlenmiştir. Bu sonuç araştırmaya alınan hastaların randomizasyonunun iyi yapıldığını ve grupların benzer özelliklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Grupların benzer özelliklere sahip olması ise deney grubuna verilen eğitimin etkinliğinin kontrol grubu ile karşılaştırılmasına olanak sağlamaktadır.

Bu araştırmanın nicel boyutunda, iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasına katılan bipolar bozukluk tanılı deney grubu hastalarının kontrol grubunda yer alan hastalara göre daha yüksek iyileşme düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuç iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının bipolar tanılı hastalarda iyileşmeyi arttırmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuç literatürde yer alan iyileşme odaklı yaklaşımı temel alarak geliştirilen eğitimlerin etkinliğinin incelendiği çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Dalum, 2011; Enrique ve diğerleri 2020; Jones ve diğerleri, 2015; Morrison ve diğerleri 2016; Richardson ve White 2019; Todd ve diğerleri, 2014). Literatürde bipolar bozukluk tanılı hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel olan girişimlerin iyileşme düzeylerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Dalum ve diğerleri (2011) tarafından yapılan randomize, değerlendirici-kör, çok merkezli çalışmada; deney grubunda tedavi sonunda ve başlangıçtan 21 ay sonraki izlemde iyileşmenin bireysel anlamı ve umudun arttığı, işlevsellik düzeyinin arttığı, alkol/uyuşturucu kullanımının azaldığı, hastaneye yatışın ve psikiyatri polikliniğine başvurunun azaldığı bildirilmiştir. Todd ve diğerlerinin (2014) çalışmasında deney grubunda yer alan hastalara 10 modül “Bipolar Bozuklukla Yaşamak” eğitimi verilmiştir. Web tabanlı iyileşme yönetimi girişiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada müdahale sonrasında deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; deney grubu katılımcılarının yaşam kalitesi ve iyileşme puanlarının arttığı belirtilmiştir. Jones ve diğerleri (2015) tarafından yeni başlangıçlı bipolar bozukluğu olan bireylerde iyileşme odaklı bilişsel davranışçı terapi (BDT) müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan tek kör randomize kontrollü çalışmada; kontrol

grubu standart tedavi alırken deney grubuna psikoeğitim, beceri eğitimi, çeşitli etkinlikler ve tartışmayı da içeren bir eğitim verilmiştir. Deney grubundaki katılımcılar ortalama 14.15 saat/dk eğitim almışlardır. Çalışmada iyileşme odaklı BDT'nin 12 aylık takibe kadar kişisel iyileşmeyi artırdığı ve deney grubunda 15 aylık takipte duygudurum epizodlarının daha az tekrarladığı bulunmuştur. Richardson ve White (2019) yapmış oldukları grup öncesi ve sonrası vaka serisi çalışmasında; toplum ruh sağlığı biriminde bipolar bozukluk tanılı hastalara bipolar bozuklukta BDT temelli bir psikoeğitim verilmiştir. 12 hafta süren bu eğitim sonrasında verilen BDT temelli psikoeğitimin algılanan iyileşmeyi önemli ölçüde arttırdığı bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan karma yöntem araştırmalarının nicel boyutlarında da verilen eğitimlerin iyileşmeyi arttırdığı belirtilmektedir. Morrison ve diğerlerinin (2016) çalışmasında araştırmanın nicel boyutu ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yürütülmüştür. Kontrol grubundaki hastalar standart tedavi alırken deney grubundaki hastalara en az 6 seans iyileşme odaklı BDT seansı uygulanmıştır. Bu çalışmada deney grubundaki katılımcıların iyileşme puanlarının kontrol grubundakilere göre önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir. Enrique ve diğerleri (2020) 13 bipolar hasta ile yürüttükleri iç içe gömülü desen, karma yöntem çalışmasında bipolar bozukluk tanılı hastalar için internet üzerinden sunulan klinisyen destekli bir müdahalenin etkinliğini incelemeyi amaçlamışlardır. Bu araştırmanın nicel boyutunda grup içi ön test son test tasarım kullanılmıştır. Hastalar 10 hafta boyunca internet üzerinden sağlanan ve 4 modülden oluşan bir öz yönetim müdahalesine dahil edilmiştir. Deney grubundaki hastaların kişisel iyileşme algısında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle belirtilen araştırmalar göz önünde bulundurularak araştırmamızın nicel bulgularının literatür tarafından desteklendiği söylenebilir. Çalışma bulgularımızın aksine Dalum ve diğerlerinin (2018) ve Jensen ve diğerlerinin (2019) çalışmalarında verilen eğitimlerin iyileşmeye etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bu iki araştırma sonucu araştırma sonucumuzla farklılık göstermektedir. Dalum ve diğerlerinin (2018) çalışmasında şizofreni veya bipolar bozukluğu olan hastalarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme (HYİ) programının yarar ve zararlarını araştırmak amacıyla yapmış oldukları randomize kontrollü, çok merkezli çalışmada; deney grubuna 9 ay boyunca haftada bir saatlik oturumlarla grup formatında Hastalık Yönetimi ve İyileşme programı uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastalar ise standart tedavi almıştır. Bu çalışmada deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında Hastalık Yönetimi ve İyileşme programının işlevsellik, semptomlar, madde kullanımı ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Jensen ve diğerleri (2019)'nin yapmış oldukları çalışmada HYİ programına katılan şizofreni veya bipolar bozukluğu olan hastalarda müdahale sonrası ve bir

yıllık takipte klinik-kişisel iyileşme ve hastalık yönetiminde gelişme olup olmadığını değerlendirilmek amacıyla üç farklı toplum ruh sağlığı merkezindeki hastaları çalışmaya dahil ettikleri randomize kontrollü bir araştırma yapmışlardır. Deney grubunda yer alan hastalara grup formatında HYİ programı uygulanmış, kontrol grubunda yer alan hastalar ise standart tedavi almıştır. Katılımcıların tüm sonuçları başlangıçta, müdahale sonrası ve bir yıllık takipte değerlendirilmiştir. Uzun vadeli sonuçlar klinik iyileşmeye (yani semptomlar, global işleyiş, hastaneye yatış vb.) ve kişisel iyileşmeye (yani umut, kişisel iyileşme vb.) göre sınıflandırılmıştır. Çalışmada deney ve kontrol grupları arasında semptomlar, hastaneye yatış sayısı, acil servise başvuru ve polikliniğe başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastalık Yönetimi ve İyileşmenin, bir yıllık takipte klinik ve kişisel iyileşme üzerinde önemli bir etki göstermediği bildirmişlerdir. Bu iki çalışmayla çalışma sonucumuzun farklı olmasının sebebinin yürütülen eğitimlerin içeriği ve yöntemi, eğitim ortamı ve eğitimcilerin niteliği ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmanın nitel boyutunda, iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasına katılan bipolar bozukluk tanılı deney grubu hastalarının geleceğe yönelik plan yaptıkları, kendilerine güvenlerinin ve motivasyonlarının arttığı, sosyal iletişimlerinin iyileştiği ve umutlarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca hastalığı kabul ettikleri, bilgi eksikliklerinin giderildiği, tedaviye yönelik sorumluluk bilinçlerinde artma olduğu, hastalığa ilişkin farkındalık kazandıkları, hastalık belirtileriyle baş ettikleri, damgalama ile baş ettikleri, kendilerini yeniden tanımlamadıkları ve iyileşmeyi yeniden tanımladıkları bulunmuştur. Hastalar katılmış oldukları bu uygulama ile birlikte yaşama ve hastalık özyönetimine ilişkin bazı kazanımlar elde etmişlerdir. Bu kazanımların iyileşmenin birer parçası olduğu düşünüldüğünde bu sonuçlar, araştırmanın nicel boyutuna ilişkin bulguları destekler niteliktedir ve iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının bipolar tanılı hastalarda iyileşmeyi arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Literatürde iyileşme odaklı yaklaşım bireyi yapabileceği en yüksek özerklik düzeyine yönlendiren, umudu arttıran, ayrımcılığı ele alarak utanç ve damgalamayı aşmayı içeren yönüyle dikkat çekmektedir. Ayrıca iyileşme odaklı yaklaşım kendini yeniden tanımlama sürecini içermekte ve hayata yeniden katılmaya, yeniden bir hayat inşa etmeye vurgu yapmaktadır (Sheedy ve Whitter, 2013). Araştırmanın nitel bulguları literatürde yer alan bu bilgileri destekler niteliktedir. Ayrıca araştırmanın nitel bulguları literatürde yer alan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Crowe ve Inder 2018; Enrique, 2020). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Crowe ve Inder (2018)'in beş yıl önce yürüttükleri kişilerarası

sosyal ritim terapisinin iyileşmeye etkisini değerlendirdikleri randomize kontrollü bir çalışmanın izlem çalışması olarak yürüttükleri fenomolojik bir çalışmada hastalarla iyileşme deneyimleri ve psikoterapinin bipolar bozuklukla yaşama üzerindeki etkisine ilişkin görüşmeler yapmışlardır. Bu görüşmeler sonunda elde ettikleri üç tema bipolar bozukluk bağlamında; öz farkındalık, bipolar bozukluğu anlamak ve bipolar bozuklukla iyi kalmayı öğrenmektir. Enrique ve diğerleri (2020) bipolar bozukluk tanılı hastalar için internet üzerinden sunulan klinisyen destekli bir müdahalenin etkinliğini incelemeyi amaçladıkları iç içe gömülü desen, karma yöntem çalışmasının nitel boyutunda araştırmaya katılan 13 bipolar hastanın üçü ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirmişlerdir. Bu görüşmeler içerik analizine tabi tutulmamış, araştırmada yapılan görüşmelere ilişkin doğrudan ifadeler yer verilmiştir. Hasta ifadeleri internet üzerinden sunulan klinisyen destekli bu müdahalenin hastaların iyileşmelerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgular literatürle uyumludur ve bipolar bozukluk tanılı hastaların katılmış oldukları iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasına ilişkin görüşleri uygulamanın bipolar bozukluk tanılı hastaların tedavisinde kullanılabilir ve iyileştirici olduğudur. Hastalar seans sayısının artırılması, diğer bipolar hastalarla bir araya gelebilecekleri grup oturumlarının olması ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin ailelerine yönelik olarak bipolar bozukluğun anlatıldığı bir eğitimin verilmesi önerilerinde bulunmuşlardır. Bu doğrultuda hastaların uygulamaya ilişkin deneyimlerinin uygulamanın revize edilmesi ve geliştirilmesine önemli katkıları olmuştur. Ayrıca yapılan görüşmelerde elde edilen verilerin bu uygulamanın sonuçlarını anlamaya önemli bir katkı sağladığını söylemek mümkündür. Tüm bu sonuçlar araştırmamızda geliştirilen iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının bipolar hastaların tedavisinde kullanılabilirliğini göstermesi açısından önemlidir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu sınırlılıklar aşağıda sıralanmıştır:

1. Çalışmanın örneklemini bir devlet hastanesinin psikiyatri polikliniği ile sınırlıdır.
2. Araştırmada elde edilen sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.
3. Araştırma sonuçları kullanılan istatistiksel yöntemlerin etkinliği ile sınırlıdır.

4. Araştırmanın nicel verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği araştırmaya katılanların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.
5. Çalışma Doktora Tez çalışmasıdır ve bir araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Bu nedenle çalışmada uygulanan eğitimin ve veri toplamanın aynı kişi tarafından (araştırmacı) yapılmasına ilişkin ortak bias etkisi bulunmaktadır. Bu durum bazı verilerin deney grubu lehine değerlendirilmesine neden olmuş olabilir.

5.2. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulaması 10-12 oturumdan oluştuğu ve bireysel formatta yürütüldüğü için uygulamanın yürütülmesi zaman ve emek gerektirmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlara ve bu sonuçlar doğrultusunda sunulan önerilere yer verilmektedir.

6.1. Sonuçlar

Psikiyatri polikliniğinde ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın bulgularından yola çıkarak elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulaması ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanılı hastaların iyileşmelerine katkı sağlamaktadır.
2. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulaması ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanılı hastaların tedavisinde kullanılabilir bir uygulamadır.

6.2. Öneriler

Ortaya çıkan sonuçlardan hareketle yapılan tartışmalar birlikte değerlendirilmiş ve öneri olarak sunulmuştur:

1. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bu uygulamanın bipolar bozukluk tanılı hastalarda grup formatında uygulandığı çalışmaların yapılması,
2. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamaların uzun vadede etkinliğini değerlendiren (altı ay ve bir yıl sonraki izlemlerin yapıldığı) çalışmaların yapılması,
3. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamaların test edildiği yürütülecek karma yöntem araştırmalarında iyileşme ile ilgili aile değerlendirmelerinin araştırmaya dahil edildiği çalışmaların yapılması,
4. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamalar bağlamında hastalara verilecek eğitim programlarına ailelerin de dahil edilmesi,

5. Psikiyatri hemşirelerine yönelik olarak dzenlenen hizmet içi eğitim programlarına iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan uygulamaların dahil edilerek hemşirelerin bilgi ve becerilerinin artırılması ve geliştirilmesinin sağlanması,
6. Psikiyatri hemşirelerinin bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumu sırasında ekte sunulan eğitim materyalinden yararlanmaları,
7. Uygulaması kolay, ucuz ve etkili olan iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bu psikiyatri hemşireliği uygulamasının iyileşme deneyimine olumlu sonuçları göz önünde bulundurularak hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından sağlık kurumlarında sunulan rutin bakımın içerisine entegre edilmesi,
8. Hastane yöneticilerinin psikiyatri poliklinikleri bünyesinde psikiyatri hemşirelerinin bipolar bozukluk tanılı hastalara yönelik hizmet verdiği destek ve danışmanlık birimlerinin oluşturulmasını sağlamaları,
9. Bu araştırmanın sınırlılıklarının kontrol altına alındığı iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan eğitimlerin ulusal sonuçlarını gösterebilecek ve geliştirebilecek çalışmalar yapılması,
10. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının ülkemiz ruh sağlığı politikalarına entegre edilmesi nerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abraham, K. M., Nelson, C. B., Ganoczy, D., Zivin, K., Brandfon, S., Walters, H., ... Valenstein, M. (2016). Psychometric analysis of the Mental Health Recovery Measure in a sample of veterans with depression. *Psychological Services, 13*(2), 193.
- Akiskal, H. S., Bourgeois, M. L., Angst, J., Post, R., Möller, H. J., Hirschfeld, R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders, 59*, 5-30.
- Aksoy, A. ve Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Düşünen Adam-Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 29*(3), 210-218.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: DC Press.
- Andresen, R., Oades, L., Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586-594.
- Angst, J. ve Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders, 67*(1-3), 3-19.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.
- Ateş, M. A. ve Algül, A. (2006). Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri, 2*(29), 60-64.
- Australian Health Ministers' Advisory Council, Commonwealth of Australia 2013, A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers. (2020). <https://www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers> adresinden erişildi.

- Azorin, J. M., Baraille, L., Gérard, S., Bertsch, J., Reed, C., Lukasiewicz, M. (2013). Mixed states with predominant manic or depressive symptoms: baseline characteristics and 24-month outcomes of the EMBLEM cohort. *Journal of Affective Disorders*, 146(3), 369-377.
- Barker, P. ve Buchanan- Barker, P. (2005). *The tidal model a guide for mental health professionals*. Londra ve New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Barker, P. ve Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171-80.
- Bejerholm, U. ve Roe, D. (2018). Personal recovery within positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(6), 420-430. doi:10.1080/08039488.2018.1492015
- Borg, M., Veseth, M., Binder, P. E., Topor, A. (2013). The role of work in recovery from bipolar disorders. *Qualitative Social Work*, 12(3), 323-339.
- Bowden, C. L. (2003). Valproate. *Bipolar Disorders*, 5(3), 189-202.
- Brookes, N. (2014). The Tidal Model in the mental health recuperation. *Nursing theorists and their works*.
- Buchanan-Barker, P. ve Barker, P. J. (2008). The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 93-100.
- Bullock, W. A. (2009). The Mental Health Recovery Measure (MHRM): updated normative data and psychometric properties. *Toledo: Department of Psychology, University of Toledo*. https://www.utoledo.edu/al/psychology/pdfs/MHRM_12-09.pdf adresinden erişildi.
- Camann, M. A. (2010). The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behaviors in the recovery process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 532-536.
- Cambridge Dictionary. (2022).<https://dictionary.cambridge.org/tr/s%C3%B6zl%C3%BCk/ingilizce/recovery> adresinden erişildi.

- Chen, D. T., Jiang, X., Akula, N., Shugart, Y. Y., Wendland, J. R., Steele, C. J. M., ... McMahon, F. J. (2013). Genome-wide association study meta-analysis of European and Asian-ancestry samples identifies three novel loci associated with bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 18(2), 195-205.
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., Crompton, D. (2016). What is the work of recovery oriented practice? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 270-285.
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37, 155-161.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Commonwealth of Australia, (2009). <http://royalcommission.vic.gov.au/Commission-Reports/Final-Report/Volume-2/Chapters/Relief-and-Recovery.html> adresinden erişildi.
- Craddock, N. ve Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. *Journal of medical genetics*, 36(8), 585-594.
- Creswell, J. W. Ve Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). New York: Sage Publications.
- Creswell, J. W., Klassen, A. C., Plano Clark, V. L., Smith, K. C. (2011). Best practices for mixed methods research in the health sciences. *Bethesda (Maryland): National Institutes of Health*, 2013, 541-545.
- Crowe, M. ve Inder, M. (2018). Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(4), 236-244.
- Çakır, S., Özerdem, A. (2010). Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 1.
- Çam, O. ve Aydoğdu Durmuş, H. (2016). Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 97-106.

- Çam, O. ve Bilge, A. (2014). Psikiyatrik rehabilitasyon/iyileştirim ve evde bakım. Çam, O. Engin, E (Eds). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* içinde (1049-1072). İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi.
- Çam, O. ve Yalçınır, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 55-60.
- Çam, O., Aydoğdu Durmuş, H. (2016). Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 97-106.
- Çekiç, Y. ve Yüksel, R. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalık kavramına ilişkin metaforları: Kalitatif bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 85-92.
- Dalum, H. S., Korsbek, L., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., Kistrup, K., Olander, M., ... Eplov, L. F. (2011). Illness management and recovery (IMR) in Danish community mental health centres. *Trials*, 12(1), 1-9.
- Dalum, H. S., Waldemar, A. K., Korsbek, L., Hjorthøj, C., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., ... Eplov, L. F. (2018). Participants' and staffs' evaluation of the Illness Management and Recovery program: a randomized clinical trial. *Journal of Mental Health*, 27(1), 30-37.
- Dalum, H. S., Waldemar, A. K., Korsbek, L., Hjorthøj, C., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., ... Eplov, L. F. (2018). Illness management and recovery: clinical outcomes of a randomized clinical trial in community mental health centers. *Plos One*, 13(4), e0194027.
- Davidson, L. (2010). PORT through a recovery lens. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 107-108.
- Davidson, L., Lawless, M.S., Leary, F. (2006). İyileşme kavramları: birbiriyle çelişiyor mu yoksa birbirini tamamlayıcı mı?. *Current Opinion in Psychiatry*, 2, 6-41.
- Deegan, P. (2004). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 2(4), 11-9.
- Department of Health, Mental Health, Drugs and Regions Division, State Government of Victoria. (2020). Framework For RecoveryOriented Practice 2011, Australia. <https://www.health.vic.gov.au/mental-health> adresinden erişildi.
- Durgu, N. ve Dulgerler, S. (2021). The meaning of recovery: The lived experience of patients with bipolar disorder in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(6), 573-580.

- Ebert, H. M., Loosen, P. T., Nurcombe, B., Leckman, J. F. (2013). *Psikiyatri tanı ve tedavi* (2nd Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Enrique, A., Duffy, D., Lawler, K., Richards, D., Jones, S. (2020). An internet-delivered self-management pro-gramme for bipolar disorder in mental health services in Ireland: Results and learnings from a feasibility trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 925–939. doi: 0.1002/cpp.2480
- Epstein, M. H., Rudolph, S., Epstein, A.A. (2000). Using strength-based assessment in transition planning. *Teaching Exceptional Children*, 32(6), 50–54.
- Eroğlu, M. Z. ve Özpoiraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.
- Fernandez, M. E., Breen, L. J., Simpson, T. A. (2014). Renegotiating identities: Experiences of loss and recovery for women with bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 24(7), 890-900.
- Frangou, S. (2019). Neuroimaging Markers of Risk, Disease Expression, and Resilience to Bipolar Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 52. doi: 10.1007/s11920-019-1039-7
- Geddes, J. R. ve Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672-1682.
- Gingerich, S. ve Mueser, K. T. (2005). Illness management and recovery. Drake, R.E. Merrens, M.R. Lynde, D.W. *Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook* içinde (395-424). New York: Norton & Company.
- Gingerich, S. ve Mueser, K.T. (2010). Illness Management and Recovery Implementation Resource Kit (Revised ed.). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. 2010. <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/illness-management-recovery-evidence-based-practices-ebp-kit> adresinden erişildi.
- Goodwin, G. O. ve Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 23(4), 346-388.

- Güçray, S. S., Çekici, F., Çolakkadıoğlu, O. (2009). Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(1), 134-153.
- Gültekin, B. K., Kesebir, S., Tamam, L. (2014). Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 199-209.
- Günüşen, N.P. ve Üstün, B. (2009). Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to treat analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 46-56.
- Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 2011. <https://www.thder.org.tr/uploads/hukuk/yonetmelikler/27910.pdf> adresinden erişildi.
- Hirschfeld, R. M., Lewis, L., Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), 161-174.
- Hlastala, S. A., Frank, E., Kowalski, J., Sherrill, J. T., Tu, X. M., Anderson, B., Kupfer, D. J. (2000). Stressful life events, bipolar disorder, and the "kindling model". *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 777.
- Hogan, M. F. (2003). The President's New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 54(11), 1467–1474. doi: 10.1176/appi.ps.54.11.1467
- Huberman, M. ve Saldana. (2014). *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Jacobson, N. ve Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52, 482-5.
- Jensen, S. B., Dalum, H. S., Korsbek, L., Hjorthøj, C., Mikkelsen, J. H., Thomsen, K., ... Eplov, L. F. (2019). Illness management and recovery: one-year follow-up of a randomized controlled trial in Danish community mental health centers: long-term effects on clinical and personal recovery. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-12.
- Jones, J. S., Jones, J. S., & Beauvais, A. M. (2022). *Psychiatric mental health nursing: An interpersonal approach*. Jones & Bartlett Learning.

- Jones, S. H., Smith, G., Mulligan, L. D., Lobban, F., Law, H., Dunn, G., ... Morrison, A. P. (2015). Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomised controlled pilot trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(1), 58-66.
- Kaite, C.P., Karanikola, M.N., Vouzavali, F.J., Koutroubas, A., Merkouris, A. Papathanassoglou, E.D. (2016). The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-17.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Angst, J., Guyer, M., Hirschfeld, R. M., Merikangas, K. R., Stang, P. E. (2006). Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *Journal of Affective Disorders*, 96(3), 259-269.
- Kupferschmidt, D. A. ve Zakzanis, K. K. (2011). Toward a functional neuroanatomical signature of bipolar disorder: quantitative evidence from the neuroimaging literature. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 193(2), 71-79.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Leibenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: clinical and research issues. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2): 163-73.
- Lietz, C.A., Lacasse, J.R., Hayes, M.J. Cheung, J. (2014). The role of services in mental health recovery: A qualitative examination of service experiences among individuals diagnosed with serious mental illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 161-188.
- Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P. B., Fritz, K., ... Singh, A. B. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087-1206.
- Mansell, W., Powell, S., Pedley, R., Thomas, N., Jones, S. A. (2010). The process of recovery from bipolar I disorder: a qualitative analysis of personal accounts in relation to an integrative cognitive model. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 193-215.

- McCormack, J. (2020). Recovery and strengths based practice. <https://www.gov.uk/government/publications/strengths-based-social-work-practice-framework-and-handbook> adresinden erişildi.
- Mengi, A. ve Aygür, R. Ş. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Bir Araştırma: Örnek Olay İncelemesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(19), 553-571.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Miklowitz, D. J. ve Gitlin, M. J. (2014). *Clinician's guide to bipolar disorder: integrating pharmacology and psychotherapy*. New York: Guilford Publications.
- Miles, M.B. ve Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Miller, W., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Morrison, A., Law, H., Barrowclough, C., Bentall, R., Haddock, G., Jones, S.H., ... Dunn, G. (2016). Psychological approaches to understanding and promoting recovery in psychosis and bipolar disorder: a mixed-methods approach. *Programme Grants for Applied Research*, 4(5), 1-304.
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 32-43.

- Mueser, K.T. ve Gingerich S. (2002). Illness management and recovery implementation resource kit. Rockville, Md, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2002. <https://www.samhsa.gov/resource/ebp/illness-management-recovery-evidence-based-practices-ebp-kit> adresinden erişildi.
- Murri, M. B., Prestia, D., Mondelli, V., Pariante, C., Patti, S., Olivieri, B., ... Amore, M. (2016). The HPA axis in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 327-342.
- Nahcivan, N. (2014). Nicel Araştırma Tasarımları. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Eds). *Hemşirelikte Araştırma içinde: (s. 87-128)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- National Collaborating Centre for Mental Health UK. (2014). Bipolar disorder: the NICE guideline on the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care.
- Negrini, A., Corbière, M., Fortin, G. Lecomte, T. (2014). Psychosocial well-being construct in people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 932-942.
- Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W.G., Kavanagh, D., Lloyd, C. (2005). Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry*, 13, 279-84.
- Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., ... Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 213-222.
- Özcan, C. T. ve Gürhan, N. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Özdamar, K. (2003). *Modern bilimsel araştırma yöntemleri: araştırma planlama, toplum ve örnek seçimi, güç analizi, proje hazırlama, veri toplama, veri analizi, bilimsel rapor yazımı*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Öztürk ve Uluşahin, M. O., Uluşahin, A. (2020). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. New York: Sage Publications.

- Peterson, C., Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rapp, C. A. ve Sullivan, W. P. (2014). The strengths model: birth to toddlerhood. *Advances in Social Work, 15*(1), 129-142.
- Rapp, C.A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Rapp, C.A., Goscha, R. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. New York, NY: Oxford University Press.
- Richardson, T. ve White, L. (2019). The impact of a CBT-based bipolar disorder psychoeducation group on views about diagnosis, perceived recovery, self-esteem and stigma. *The Cognitive Behaviour Therapist, 12*(e43), 1-9.
- Rowland, T. A. ve Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology, 8*(9), 251-269.
- Rubin, H. J. ve Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing: the art of hearing data* (2nd ed). London: Sage Publications.
- Ruczko D. Bipolar-A Narration of Manic Depression.
<https://www.youtube.com/watch?v=ZSf4KkOHQIk> adresinden erişildi.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Kaplan, H. I. (2009). *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. ABD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saldana, J. (2009). *The Coding manual for qualitative researchers*. Thousands Oaks California: Sage Publications.
- Saleebey, D. (2002). The strengths approach to practice. Saleebey, D (Ed). *The strengths perspective in social work practice* içinde (pp. 80-93). Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Saleebey, D. (2006). *The strengths perspective in social work practice* (4th ed). Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Salyers, M. P., McGuire, A. B., Rollins, A. L., Bond, G. R., Mueser, K. T., Macy, V. R. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 46*(4), 319-329.

- Salzmann-Erikson, M. (2013). An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(3), 185-191.
- Savitz, J. ve Drevets, W. C. (2009). Bipolar and major depressive disorder: neuroimaging the developmental-degenerative divide. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(5), 699-771.
- Schmolke, M., Amering, M., Svetlini, A. (2016). Recovery, empowerment, and person centeredness. (Mezzich, J.E., Botbol M, Christodoulou G.N., Cloninger C.R., Salloum İ.M.), *Person Centered Psychiatry* içinde (pp. 97-111). Almanya: Springer.
- Shanley, E. ve Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 734 - 43.
- Sheedy, C. K. ve Whitter, M. (2013). Guiding principles and elements of recovery-oriented systems of care: What do we know from the research?. *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, 9(4), 225.
- Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M. (2008). *Making recovery a reality*. London: Sainsbury Centre for mental health.
- Sigitova, E., Fišar, Z., Hroudová, J., Cikánková, T., Raboch, J. (2017). Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(2), 77-103.
- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18(5), 367-371.
- Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., McQuillin, A., Ripke, S., Trubetskoy, V., ... Reif, A. (2019). Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nature Genetics*, 51(5), 793-803.
- Strakowski, S. M., Delbello, M. P., Adler, C. M. (2005). The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. *Molecular psychiatry*, 10(1), 105-116.
- Şenocak, S.Ü., Arslantaş, H., Yüksel, R. (2019). Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2) 83-97.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties?. *European Journal of Social Work*, 16(3), 360-374.

- Todd, N. J., Jones, S. H., Hart, A., Lobban, F. A. (2014). A web-based self-management intervention for bipolar disorder ‘living with bipolar’: a feasibility randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 169, 21-29.
- Townsend, M. C. (2016). Duygudurum-bipolar ve ilgili bozukluklar. Özcan, C. T. Gürhan, N (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları* içinde (s. 428-460). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tse, S., Yuen, W. W., Murray, G., Davidson, L., Lai, Q., Kan, A. (2019). Combining technical and expert-by-experience knowledge in the quest for personal recovery from bipolar disorder: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-12.
- Türk Dil Kurumu [TDK]. (2022). *Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük, 2022*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Türkçe Etimoloji Sözlüğü. (2022). <https://www.etimolojiturkce.com/arama/iyile%C5%9Fme> adresinden erişildi.
- van Enkhuizen, J., Milienne-Petiot, M., Geyer, M. A., Young, J. W. (2015). Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology*, 232(18), 3455-3467.
- Veseth, M., Binder, P. E., Borg, M., Davidson, L. (2012). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: A reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 22(1), 119-133.
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., ... Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-16.
- Wand, T. (2013). Positioning mental health nursing practice within a positive health paradigm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 116–124.
- Wand, T. (2015). Recovery is about a focus on resilience and wellness, not a fixation with risk and illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1083-1084.
- Wand, T., Isobel, S., Derrick, K. (2015). Surveying clinician perceptions of risk assessment and management practices in mental health service provision. *Australasian Psychiatry*, 23, 147–153.

- Warwick, H., Mansell, W., Porter, C., Tai, S. (2019). ‘What people diagnosed with bipolar disorder experience as distressing’: a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Affective Disorders*, 248, 108-130.
- Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W.J., Mueser, K.T. (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings: Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services*, 60(2), 202-209.
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Global health estimates: Leading causes of DALYs, 2022*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Mental health atlas 2020, 2022*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Mental disorders, 2022*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> adresinden erişildi.
- Xie, H. (2013). Strengths-based approach for mental health recovery. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 7(2), 5.
- Yatham, L. N. (2005). Atypical antipsychotics for bipolar disorder. *Psychiatric Clinics*, 28(2), 325-347.
- Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (10. baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Young, S.L. ve Bullock, W.A. (2003) The mental health recovery measure. University of Toledo, *Department of Psychology*.
- Young, S.L., Ensing, D.S., Bullock, W.A. (1999). The Mental Health Recovery Measure. Toledo, OH: University of Toledo, *Department of Psychology*, 236.
- Yüksel, R. ve Arslantaş, H. (2021). Kanıta Dayalı Bir Psikiyatrik Rehabilitasyon Uygulaması: Hastalık Yönetimi ve İyileşme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(3), 462-477.

Yüksel, R., Arslantaş, H., Dereboy, F., Kızılkaya, M., İnalkaç, S. (2022) Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, doi: 10.5080/u26480.

Zhang, Y. S., Rao, W. W., Zeng, L. N., Grace, K. I., Cui, L. J., Li, J. F., ... Xiang, Y. T. (2020). Prevalence and correlates of bipolar disorder in the adult population of Hebei province, China. *Journal of Affective Disorders*, 263, 129-133.

10. Şimdiye kadar kaç kez hastaneye yatmışınız yağıldı?
(Lütfen belirtiniz);.....kez
11. Aşağıdaki maddelerden iyileşmenizde olumlu rol oynadığını düşündüğünüz maddeleri 1'den 8'e kadar önem sırasına göre sıralayınız. Hiç etkisi olmadığını düşündüğünüz madde/maddelere "0" veriniz.
() Hastalık belirtileriyile başetme
() Umut
() İyimserlik
() Özgüven
() Karınlık
() Destek görme
() İlaç tedavisinin devamlılığı
() Mânevi güç
() Diğer, (Lütfen belirtiniz);.....
12. Aşağıdaki maddelerden iyileşmenizde olumsuz rol oynadığını düşündüğünüz maddeleri 1'den 6'ya kadar önem sırasına göre sıralayınız. Hiç etkisi olmadığını düşündüğünüz madde/maddelere "0" veriniz.
() Ailesel sorunlar
() Önyargı
() Kendini suçlamam
() Sessizlik
() Aynasılık
() Diğer, (Lütfen belirtiniz);.....
13. Kendinize zarar vermeyi hiç düşündünüz mü?
1. () Hayır 2. () Evet
14. İstihbar girişiminde bulundunuz mu?
1. () Hayır 2. () Evet
15. 14. soruya yanıtınız "EVET" ise; kaç kez, (Lütfen belirtiniz);.....

□

Ek 2. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği

Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ)* (Young & Bullock, 2003)**

Ad-Soyad: _____ Tarih: _____

Bu anketin amacı mevcut iyileşme sürecinizi nasıl değerlendirdiğinizi araştırmaktır. Ruh sağlığı iyileşme süreci karmaşıktır ve her birey için farklıdır. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen her bir ifadeyi kendi mevcut iyileşme sürecinize göre dikkatli bir şekilde okuyunuz ve uygun daireyi doldürarak her bir maddeye ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kendime inanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ruh sağlığı sorunlarıma rağmen hala olumlu yönde değişiyor ve geliyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hala sorunlarım olsa bile, hakettiğim için kendime değer veriyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kendim hakkında iyi hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Olaylar hakkında düşünce şeklim hedeflerime ulaşmamda bana yardım eder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Kendimle barışık hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Haftalarım olumlu tutum içindeyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Her güne başladığımda üretken birşey yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hedeflerime yönelik gelişme gösteriyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kendini ve dünyamı zenginleştiren iş veya diğer aktivitelerle uğraşırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ölçeği tamamladığınız için teşekkür ederim.

**The MHRM® was developed with the help of mental health consumers by researchers at the University of Toledo, Department of Psychology. This research was supported through a grant from the Ohio Department of Mental Health, Office of Program Evaluation and Research. For further information, please contact Wesley A. Bullock, Ph.D. at (419) 530-2721 or email: wbullock@utoledo.edu.*

***Yüksel R, ArslantaşH, Derveşoğlu F, Kızılkaya M, İnalcaç S. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.*

Ek 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

GÖRÜŞME FORMU

Sayın Katılımcı, bu araştırma bir hastanenin psikiyatri polikliniğinde ikiçülu (bipolar) bozukluk tanısı ile ayakta tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasını incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Görüşme süresince vereceğiniz yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacak ve size ait bilgiler bilimsel amaçlar dışında hiç kimseye paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Arş. Gör. Rüveyda YÜKSEL'e uygulama sırasında veya sonrasında 0 (507) 790 42 97 nolu telefon numarasından ve ruveyda.yuksel@adu.edu.tr e-mail adresinden sorabilirsiniz. Görüşme süreniz yaklaşık olarak 40-45 dakika olacaktır.

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.
Araştırma Ekibi

Görüşme Soruları

1. Kendinizden bahseder misiniz? (yaş, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu vb).
2. Şikayetlerinizin başladığı ilk günden bu yana hastalık öykünüzle ilgili neler söylersiniz?
 - 2.1. İlk şikayetleriniz ne zaman başladı ve şikayetleriniz nelerdi?
 - 2.2. Tedavi olmaya karar verdiğiniz günü ya da anı hatırlıyor musunuz? Bu kararı nasıl almıştınız?
 - 2.3. Tedavi sürecinizden bahseder misiniz?
 - 2.3.1. Bu süreçte hiç hastaneye yatışınız yapıldı mı? Yapıldıysa, bu süreçle ilgili neler anlatırsınız?
3. İkiçülu (bipolar) bozuklukla yaşamayı nasıl açıklarsınız?
 - 3.1. Bu rahatsızlıkla yaşamının nasıl olduğunu anlatır mısınız?
4. Bu tanıyı aldıktan sonra yaşamınızda neler değişti? Örnekler verir misiniz?
 - 4.1. Rahatsızlığınız sizi nasıl etkiledi?
 - 4.1.1. Rahatsızlığınız çevrenizi nasıl etkiledi?
5. Tedavi sürecinizi etkileyen durumlar olduysa, bunlardan söz edebilir misiniz?
 - 5.1. Tedavinizi etkileyen olumlu durumlar neler oldu?
 - 5.2. Tedavinizi etkileyen olumsuz durumlar neler oldu?
6. İyileşme odaklı yaklaşımı temel alan bir psikiyatri hemşireliği uygulamasına katıldınız. Uygulamaya ilişkin görüşlerinizi paylaşır mısınız?
 - 6.1. Katılmış olduğunuz bu psikiyatri hemşireliği uygulamasının geliştirilmesi için önerileriniz neler olur?
 - 6.1.1. Neleri değiştirmemizi önerirsiniz?
 - 6.1.2. Neleri eklememizi önerirsiniz?
 - 6.2. 10 modül (10-14 oturum) süren bir eğitime katıldınız. Eğitimin süresi hakkındaki görüşünüz nedir?

Ek 4. İyileşme Mektubu Örneği

9. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken almış olduğunuz bu eğitimin iyileşmeye ilişkin düşüncelerinizi nasıl etkilediğini anlatan bir mektup (iyileşme mektubu) yazarak getirmeniz beklenmektedir.

Yirmi yazardan bu yana psikolojik rahatsızlık geçiriyordum bipolar tanımı 2009 sonrasında konuldu geçen bu süre zarfında benim için en değerli kaynak bu oturuma katılmak oldu iyileşme sürecinde rahatsızlığım hakkında birşeyler bildim edindim bu tarz oturumlar daha yaygın hale getirilip artırılmalı bipolar tanısı almış bireyler bir araya gelerek vakit geçirebilir rahatsızlıklarını dışarıdan söylenecekleri empati yeteneğini artırabilir ve bilgi sahibi olabilir umarım bu tarz oturumlar deneklere danışmanlara daha çok önemli kaynaklar sunmaya devam eder.

Daha çok iyileşme sürecinde olan hastalara ulaşmaları ve onların da topluluklarındaki hastaların yerine çıkerek etkenlik dileğiyle.



**İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI
TEMEL ALAN PSİKİYATRİ
HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**



ÖNSÖZ

Sayın Katılımcı,

“Ruhun başka hiçbir şeye indirgenemeyecek kadar

kendine özgü bir doğası vardır.” diyordu Carl Gustav Jung!

Tıpkı ruhun olduğu gibi ruhsal hastalığın bireyin yaşamındaki yolculuğu da son derece eşsiz ve bireye özgü bir değişim sürecidir. Katıldığımız bu eğitimin iyileşme yolculuğunuzda sizleri

hedeflerinize adım adım ulaştırması

umuduyla...

Eğitime katıldığınız için teşekkür ederim.

İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI GELİŞTİRME PROGRAMI

Bu uygulama geliştirme programı, Leamy ve arkadaşlarının (2011) “Ruh sağlığında kişisel iyileşmenin kavramsal çerçevesi: sistematik derleme ve anlatı sentezi-Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis” makalesinde iyileşme sürecini ele aldıkları beş kavramsal kategoriye göre temellenmiştir. Bu kategoriler; hayat ile bağlantıda olma (connectedness), umut (hope), kimlik (identity), yaşamı anlamlandırma (meaning in life) ve güçlendirme (empowerment) dir. Bu programda yer alan modüller adı geçen beş kavramsal kategori ve Hastalık Yönetimi ve İyileşme (Illness Management and Recovery-IMR) programı temel alınarak hazırlanmıştır. Bu iyileşme programı 10 modül olup 10-12 oturumdan oluşmakta ve bireysel formatta yürütülmektedir.

1. Oturum: ÖN GÖRÜŞME: “TANIŞMA VE ÖN DEĞERLENDİRME”

Amaç: Hastaya araştırma hakkında bilgi vererek araştırmaya katılım kararını belirlemek.

Hedefler:

- (1) Hastanın araştırmanın amacını anladığını ifade etmesi.
- (2) Hastanın araştırmaya katılmaya yönelik yazılı ve sözlü onam vermesi.
- (3) Hastanın Kişisel Bilgi Toplama Formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ)’ni doldurması.
- (4) Hastanın iyileşmenin kendisi için ne anlam ifade ettiğine dair kısa tanımlamalar yazması.

Süre: 20-30 dk

Yöntem: Düz anlatım, soru cevap tekniği, sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Kağıt, kalem.

Mevcut Oturumun İçeriği: 20-25 dk

- ❖ Tanışma
- ❖ Hastaya araştırmanın konusu, amacı, yöntemi ve süresi hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan yazılı ve sözlü onamları alınır.
- ❖ Hastanın Kişisel Bilgi Toplama Formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ)’ni doldurması sağlanır.
- ❖ Hastaya araştırma boyunca katılmasını beklediğimiz tüm seansların (10 seans) gün, saat ve yer bilgisini içeren bir takvim verilir.

Ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken iyileşmenin sizin için ne anlam ifade ettiğine dair kısa tanımlamalar yazıp getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

2. Oturum: BİREYSEL BİR GÖZLE “İYİLEŞME”

Amaç: İyileşme kavramını tartışarak iyileşmeye yönelik farkındalık yaratmak.

Hedef:

- (1) Hastanın iyileşme algısına yönelik düşüncelerini açıklaması.
- (2) Hastanın kendi iyileşme tanımını yapması.
- (3) Hastanın kendi iyileşme tanımına dayanarak en az bir kişisel iyileşme hedefi belirlemesi.
- (4) Hastanın izlediği filmde yola çıkarak kendi hastalık süreciyle kurduğu bağlantıyı anlatan bir yazı yazması.

Süre: 55-60 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, beyin fırtınası tekniği (serbest çağrışım, fikir taraması, listeleme), sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Afiş, yazı tahtası veya üç ayak tahta, bilgisayar, video, kağıt, kalem.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut Oturumun İçeriği: 40-45 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hasta ile iyileşmenin kendisi için ne anlam ifade ettiğine dair yapmış olduğu ev ödevi tartışılır.
- ❖ “İyileşme kelimesi sizin için ne anlam ifade ediyor?, Gelecekle ilgili kendinizden emin ve iyimser olmanıza ne yardım eder?, Hayatta ulaşmak istediğiniz hedeflerden bazıları nelerdir?, Cesareti kırılmış bipolar bozukluk tanılı birine iyileşme hakkında ne tavsiye edersiniz?” soruları hasta bireye yöneltilerek tartışılır.
- ❖ Hastaya afişte yer alan bipolar bozukluk tanısı almış ünlü kişiler tanıtılır.
- ❖ Hastaya iyileşme kavramı hakkında açıklama yapılarak hastanın kendi iyileşme tanımını yapabilmesi sağlanır.
- ❖ Hastanın kendi iyileşme tanımına dayanarak en az bir kişisel iyileşme hedefi belirlemesi sağlanır.
- ❖ Hastaya “Bipolar-Manik Depresyonun Anlatısı” (Bipolar-A Narration of Manic Depression-<https://www.youtube.com/watch?v=ZSf4KkOHQIk>)* isimli kısa film izletilir.

Ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken bugün izlediğiniz filmde yola çıkarak kendi hastalık süreciniz ile kurduğunuz bağlantıyı anlatan bir yazı yazarak getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

*Bipolar-Manik Depresyonun Anlatısı” (Bipolar-A Narration of Manic Depression kısa filminin yayıncısından yazılı izin alınmıştır (EK2). Videodaki seslendirmenin orjinal dilinden Türkçe’ye çevirisi yaptırılarak filme Türkçe dublaj eklenmiştir).

3. Oturum: BİPOLAR BOZUKLUKLA İLGİLİ TEMEL BİLGİLER I*

Amaç: Hastanın hastalık hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak.

Hedefler:

- (1) Hastanın hastalığın belirti ve bulgularından kendisinde olanları söylemesi.
- (2) Hastanın hastalığın tedavi yöntemlerini söylemesi.
- (3) Hastanın hastalığın tetikleyicileri ve hastalığın yinelemesine ilişkin erken uyarı işaretlerini söylemesi.
- (4) Hastanın geçmişteki hastalığın yinelemesinin nedenleri ile ilgili farkındalık kazanması.
- (5) Hastanın hastalığının tekrarlamaması için kendi önleme planını belirlemesi.
- (6) Hastanın hastalığın yineleme belirtilerini fark ettiğinde sağlık personeli ve kendisi için önemli diğer kişilerle paylaşacağını ifade etmesi.
- (7) Hastanın yaşadığı hastalık belirtilerine yönelik kendi olumlu ifadelerini kullanarak en az 10 maddelik bir çözüm planı yazması.

Süre: 45-50 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, problem çözme, sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Bilgisayar, power point, broşür, kağıt, kalem.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut oturumun içeriği: 30-35 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hasta ile önceki haftanın ödevinden yola çıkılarak film ve kendi hastalık süreci arasındaki bağlantı tartışılır.
- ❖ Bu oturumda hastaya hastalığın teşhisi, yaygınlığı, belirti ve bulguları ve tedavi yöntemleri hakkında sunum yapılarak bilgi verilir.
- ❖ “Form I: Hangi belirtileri deneyimlediniz?” doldurulur.
- ❖ Hastayla hastalığın tetikleyicileri, hastalığın yinelemesine ilişkin erken uyarı işaretleri, hastanın geçmiş hastalık yinelemelerinin nedenlerini tartışılarak hastanın gelecekteki hastalık yinelemelerini önlemeye yönelik plan geliştirmesi sağlanır.
- ❖ Hasta hastalığın yineleme belirtileri ortaya çıktığında başvurabileceği sağlık kurumları (psikiyatri servisleri, psikiyatri poliklinikleri ve toplum ruh sağlığı merkezleri) ve bu kurumların işlevleri (sosyal beceri grupları, mesleki hizmetler vb.) hakkında bilgilendirilir. Kendisinde hastalığın yineleme belirtilerini fark ettiğinde

sağlık personeli ve kendisi için önemli diğer kişilere başvurması konusunda teşvik edilir.

❖ Hastaya “Bipolar bozukluk nedir? Ne değildir?” broşuru verilir.

Ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken yaşadığınız hastalık belirtilerine yönelik kendi olumlu ifadelerinizi kullandığınız en az 10 maddelik bir çözümleri planı yazarak getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

***Hastanın gereksinimi doğrultusunda “BİPOLAR BOZUKLUKLA İLGİLİ TEMEL BİLGİLER I” modülü birden fazla oturumda ele alınabilir.**

4. Oturum: BİPOLAR BOZUKLUK İLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER II*

Amaç: Hastanın ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak.

Hedefler:

- (1) Hastanın ilaç kullanımının iyileşme sürecindeki önemini kavraması.
- (2) Hastanın ilaç yan etkileri konusunda farkındalık kazanması.
- (3) Hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanmak için öğrendiği ilaç kullanım stratejilerinden en az birini uygulamak üzere seçmesi.
- (4) Hastanın ilaç yan etkilerini fark ettiğinde sağlık personeli ile paylaşacağını ifade etmesi.

Süre: 40-45 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, örnek olay tekniği.

Kullanılan araç-gereç: Kağıt, kalem.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut oturumun içeriği: 25-30 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hasta ile önceki haftanın ödevinden yola çıkılarak hastalık belirtilerine yönelik geliştirdiği çözüm planı tartışılır.
- ❖ Hastalığın seyrinde ilaçların rolü, ilaçların etki ve yan etkileri hakkında hastaya bilgi verilir. Hastaya ilaçları günlük yaşamının bir parçası olarak hayatına dahil etmesi için stratejiler öğretilir.
- ❖ Hastaya “Form II: İlaçların yan etkileriyle baş etme stratejilerine örnekler” verilerek hasta bilgilendirilir.
- ❖ Hasta ilaç yan etkilerini yaşadığını fark ettiğinde sağlık personeline başvurması konusunda teşvik edilir.
- ❖ Hastaya “Bipolar Bozukluğun Tedavisinde İlaç Kullanımı” broşürü verilir.

Yeni ev ödevinin kararlaştırılması: -

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

***Hastanın gereksinimi doğrultusunda “BİPOLAR BOZUKLUKLA İLGİLİ TEMEL BİLGİLER II” modülü birden fazla oturumda ele alınabilir.**

5. Oturum: HAYAT İLE BAĞLANTIDA OLMA

Amaç: Hastanın gereksinimleri doğrultusunda ilişki kurma ve sürdürme yoluyla destekleyici bir çevre oluşturmasını sağlamak.

Hedefler:

- (1) Hastanın sosyal destek sistemlerinin farkında olması.
- (2) Hastanın ilişki kurma, sürdürme, destek alma ve toplumun bir parçası olma yolunda ihtiyaç duyduğu becerileri ifade etmesi.
- (3) Hastanın ihtiyaç duyduğu beceriler kapsamında öğrendiği sosyal beceri tekniklerinden en az birini uygulaması.

Süre: 40-45 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, problem çözme yöntemi, rol yapma ve drama, sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Yazı tahtası, kağıt, kalem.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: -

Mevcut oturumun içeriği: 30-35 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hastanın akran desteği, destek grupları ve ilişkiler açısından sosyal destek sistemlerini değerlendirmesi sağlanır.
- ❖ Hastanın ilişki kurma, sürdürme, destek alma ve toplumun bir parçası olma yolunda ihtiyaç duyduğu beceriler belirlenir ve hastaya bu becerileri uygulaması için sosyal beceri teknikleri rol yapma ve drama yoluyla (Atılganlık, ilişkiyi başlatma, ilişkiyi sürdürme, ben dili vb.) öğretilir.

Yeni ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelmeden önce belirlediğiniz bir kişi ile birlikte seçtiğiniz bir yerde (Örneğin; müze, sinema, cafe vb.) sosyal aktivitede bulunmanız beklenmektedir. İsterseniz bu deneyiminize ilişkin duygu ve düşüncelerinizi yazarak paylaşabilirsiniz.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

6. Oturum: UMUT

Amaç: Hastada iyileşmenin ya da değişimin mümkün olduğu inancını geliştirmek.

Hedefler:

- (1) Hastanın geleceğe ilişkin isteklerinden en az 2 tanesini söylemesi.
- (2) Hastanın umutlu olma ve iyileşme arasındaki bağlantıyı açıklaması.
- (3) Hastanın geleceğe ilişkin isteklerine yönelik bir sahneyi hayal etmesi.

Süre: 40-45 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, beyin fırtınası (serbest çağrışım, fikir taraması, listeleme), sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Bilgisayar, yazı tahtası, üç ayak tahta, broşür, kağıt, boya kalemleri.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut oturumun içeriği: 25-30 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hastaya “*Geleceğe ilişkin hayal ve umutlarınız neler?*” sorusu yöneltilerek cevaplarına bağlı olarak hastanın beklentileri konuşulur.
- ❖ Hastanın umutlu olma ve iyileşme arasındaki bağlantıyı fark etmesi sağlanır.
- ❖ Hastadan iyileşmeye yönelik bir umut ve destek duygusu aşılama için geleceğe ilişkin isteklerine yönelik bir sahneyi hayal etmesi ve anlatması istenir.

Yeni ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken bipolar bozuklukla yaşamak ve hayallerim temalı iki farklı resim yaparak getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

7. Oturum: KİMLİK

Amaç: Hastanın olumlu yönleri desteklenerek kendini yeniden tanımlamasını sağlamak.

Hedefler:

- (1) Hastanın olumlu özelliklerinin farkına varması.
- (2) Hastanın hastalığına rağmen olumlu kimlik algısı ile kendini yeniden tanımlaması.
- (3) Hastanın damgalanmanın yaşamındaki olumsuz etkilerini açıklaması.
- (4) Hastanın hastalığıyla ilgili olumsuz tutum ve davranışlarla karşılaştığı durumlara yönelik baş etme stratejileri belirlemesi.

Süre: 40-45 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, beyin fırtınası (serbest çağrışım, fikir taraması, listeleme), sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Yazı tahtası, üç ayak tahta, afiş, kağıt, kalem.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut oturumun içeriği: 25-30 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hasta ile kişiliğinin olumlu yanları ele alınır. Hastanın olumlu kişilik özellikleri desteklenerek kendini yeniden tanımlaması sağlanır.
- ❖ Hasta ile damgalanma hakkında konuşulur. Damgalanma ile ilgili kendi deneyimlerini paylaşması için cesaretlendirilir ve damgalamanın yaşamına olan olumsuz etkilerini açıklaması sağlanır.
- ❖ Hastanın hastalığıyla ilgili olumsuz tutum ve davranışlarla karşılaştığı durumlara yönelik baş etme stratejileri (Duygu odaklı baş etme, sorun odaklı baş etme) belirlemesi ve uygulaması sağlanır.

Yeni ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken hastalığınız hakkında olumsuz tutum ve inançlarla karşılaştığınızda nasıl yanıt verebileceğinizi maddeler halinde yazarak getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

8. Oturum: YAŞAMI ANLAMLANDIRMA

Amaç: Hastanın yaşamında bir anlam ve amaca sahip olmasını sağlamak.

Hedefler:

- (1) Hastanın hastalık deneyiminin yaşamına olan olumlu etkilerinden en az üç tanesini söylemesi.

Süre: 40-45 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, beyin fırtınası (serbest çağrışım, fikir taraması, listeleme), sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Yazı tahtası, üç ayak tahta, afiş, kağıt, kalem.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevinin gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut oturumun içeriği: 25-30 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hastaya “Yaşadığınız bu hastalık deneyimini nasıl anlamlandırıyorsunuz?, Bipolar bozuklukla yaşamak hayata bakış açınızı nasıl etkiledi?” soruları yöneltilerek hastanın kendisi için hastalık deneyiminin anlamını keşfetmesi sağlanır.
- ❖ Hastanın hastalık deneyiminin yaşamına olan olumlu etkilerini açıklaması sağlanır.
- ❖ Hasta yeni bir anlam ve amaç edinmesi için cesaretlendirilir.

Yeni ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken yaşama dair amaçlarınızı yazarak getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

9. Oturum: GÜÇLENDİRME

Amaç: Hastanın kendi güçlü yönlerine odaklanarak iyileşme sorumluluğunu almasını sağlamak.

Hedefler:

- (1) Hastanın iyileşme sürecine ilişkin sorumluluk almasını engelleyen nedenlerden en az 3 tanesini söylemesi.
- (2) Hastanın belirttiği engellere yönelik bir çözüm önerisi geliştirmesi.
- (3) Hastanın güçlü yönlerinden en az dört tanesini sayması.
- (4) Hastanın stresle baş etme tekniklerinden en az birini uygulaması.

Süre: 40-45 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği, beyin fırtınası, gösterip yaptırma, sınıf dışı öğretim tekniği ödev.

Kullanılan araç-gereç: Yazı tahtası, üç ayak tahta, kağıt, kalem, zarf.

Önceki oturumun kısa özeti: 1-5 dk

Önceki oturumdan ev ödevini gözden geçirilmesi: 1-5 dk

Mevcut oturumun içeriği: 25-30 dk

- ❖ Isınma ve geçen haftanın değerlendirilmesi.
- ❖ Hastanın belirlediği iyileşme hedefleri için sorumluluk alma ve yaşamı kontrol etmeye ilişkin düşüncelerini ifade etmesi sağlanır.
- ❖ Hastanın hastalık sürecini yönetmede karşılaştığı engelleri belirterek bu engellere yönelik bir çözüm önerisi geliştirmesi sağlanır.
- ❖ Hastaya “Sizce güçlü yönleriniz nelerdir?” sorusu yöneltilerek kendi olumlu yönlerini fark etmesi sağlanır.
- ❖ Hastanın stresle baş etme egzersizlerini (nefes egzersizi, gevşeme egzersizi, imajinasyon) öğrenmesi ve ihtiyaç halinde uygulayabilmesi sağlanır.

Yeni ev ödevinin kararlaştırılması: 1-2 dk

Sizden bir sonraki oturuma gelirken almış olduğunuz bu eğitimin iyileşmeye ilişkin düşüncelerinizi nasıl etkilediğini anlatan bir mektup (iyileşme mektubu) yazarak getirmeniz beklenmektedir.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

10.Oturum: SON GÖRÜŞME: “GÖRÜŞMENİN SONLANDIRILMASI VE SON DEĞERLENDİRME”

Amaç: Hastanın eğitim sürecine ilişkin görüşleri alınarak araştırmanın etkinliğini ve uygulamaları değerlendirmek.

Hedefler:

- (1) Hastanın Kişisel Bilgi Toplama Formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ)’ni doldurması.
- (2) Hastanın uygulamaya ilişkin geri bildirim vermesi.
- (3) Hastanın iyileşme mektubunu teslim etmesi.

Süre: 20-30 dk

Yöntem: Düz anlatım, tartışma, soru-cevap tekniği,

Kullanılan araç-gereç: Kağıt, kalem.

Mevcut oturumun içeriği: 20-27 dk

- (1) Hastanın Kişisel Bilgi Toplama Formu ve Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ)’ni doldurması sağlanır.
- (2) Hasta ile araştırmanın nitel boyutunu içeren yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak hastanın uygulamaya ilişkin görüşlerini ifade etmesi sağlanır.
- (3) Hastanın yazmış olduğu iyileşme mektubu hastadan teslim alınır.
- (4) Hastaya araştırmaya katılması dolayısıyla “katılım belgesi” verilerek bireyle kurulan iletişim sonlandırılır.

Mevcut oturumun özetlenmesi: 1-3 dk

Kaynaklar

Camann MA. The psychiatric nurse's role in application of recovery and decision-making models to integrate health behavior in the recovery process. *Issues Ment Health Nurs* 2010, 31(8), 532-36.

Çam O, Aydoğdu Durmuş H. Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016, 32(2), 97-106.

Çam O, Bilge A. Bipolar Bozukluk. In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. (Eds Çam O, Engin E.) 367-390. İstanbul, İstanbul Tıp Yayınevi, 2014.

Çam O, Bilge A. Psikiyatrik rehabilitasyon/iyileştirim ve evde bakım. In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. (Eds Çam O, Engin E.) 1049-72. İstanbul, İstanbul Tıp Yayınevi, 2014.

Çam O, Yalçın N. Ruhsal hastalık ve iyileşme. *J Psychiatric Nurs*, 2018, 9(1), 55-60.

Gingerich S, Mueser KT. Illness management and recovery; in Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook. Edited by Drake RE, Merrens MR, Lynde DW. New York, Norton, 2005.

Gingerich S, Mueser KT. Illness Management and Recovery Implementation Resource Kit (Revised ed.). Rockville, MD: Center for Mental Health Services, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. 2010.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52.

Mueser KT, Gingerich S. (eds): Illness Management and Recovery Implementation Resource Kit. Rockville, Md, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2002.

Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 2006, 32(suppl 1), 32-43.

Mueser KT, et al. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013, 9, 465-97.

Özcan TA, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları Duygudurum-Bipolar ve İlgili Bozukluklar. 6. Baskı. (Eds Özcan TA, Gürhan N.) 428-59. Ankara, Akademi Tıp Kitabevi, 2016.

Öztürk ve Uluşahin, M. O., Uluşahin, A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2020.

Ruczko D. Bipolar-A Narration of Manic Depression, Erişim Linki: <https://www.youtube.com/watch?v=ZSf4KkOHQIk> Erişim Tarihi:01.11.2020

Salyers MP, McGuire AB, Rollins AL, Bond GR, Mueser KT, Macy VR. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 2010, 46(4), 319-29.

Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health*, 18(5), 367-371.

Şenocak SÜ, Arslantaş H, Yüksel R. Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama*, 2019, 28(2), 83-97.

Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ, Mueser KT. Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings: Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services*. 2009, 60(2), 202-9.

Yüksel R, Arslantaş H. Kanıta Dayalı Bir Psikiyatrik Rehabilitasyon Uygulaması: Hastalık Yönetimi ve İyileşme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2021.

Ekler:

- 1- Afiş: Bipolar bozukluk hayallerinizi gerçekleştirmenize engel değil!
- 2- Eğitimde kullanılan videonun erişim linki ve kullanım izni
- 3- Form I: Hangi belirtileri deneyimlediniz?"
- 4- Sunum: Bipolar bozukluk nedir? Ne değildir?
- 5- Broşür: Bipolar bozukluk nedir? Ne değildir?
- 6- Form II: İlaçların yan etkileriyle baş etme stratejilerine örnekler
- 7- Broşür: Bipolar bozukluğun tedavisinde ilaç kullanımı
- 8- Ev ödevleri kapsamında kullanılan materyaller
- 9- Hastalara verilecek olan görüşme takvimi

EK1- Afiş: Bipolar bozukluk hayallerinizi gerçekleştirmenize engel değil!

**BİPOLAR BOZUKLUK HAYALLERİNİZİ
GERÇEKLEŞTİRMENİZE ENGEL DEĞİL!**



Van Gogh
yaşamış en ünlü
ressamlardan biridir.



Beethoven
yaşamış en ünlü
müziyenlerden biridir.



Marilyn Monroe
yaşamış en ünlü
oyunculardan biridir.



Wirginia Wolf
yaşamış en ünlü
yazarlardan biridir.



Winstill Churchill
yaşamış önemli devlet
başbakanlarından biridir.

EK2- Eğitimde kullanılan videonun erişim linki ve kullanım izni

Bipolar-Manik Depresyonun Anlatısı:

<https://www.youtube.com/watch?v=ZSf4KkOHQIk>



RÜVEYDA YUKSEL 10:25

Alıcılar: mail ▾



Mr. Ruczko,
My name is RÜveyda Yüksel. I'm from Turkey and I'm a research assistant at Adnan Menderes University, Faculty of Nursing, Department of Psychiatric Mental Health Nursing.
Also I am a PhD student in the same department and my doctoral thesis is about the education that I will give to patients who have bipolar disorder.

Accordingly to that I want to add the video that you shared on your YouTube page (<https://www.youtube.com/watch?v=ZSf4KkOHQIk>) to my thesis, with your permission and of course specifying the bibliography with your short film link and publisher name.
Your answers are appreciated.
My regards,

Rüveyda Yüksel



Daniel Ruczko 10:36

Alıcılar: ben ▾



Hey sorry for the late reply.
Absolutely go ahead and use it :)

All the best
Daniel

EK3- Form I: Hangi belirtileri deneyimlediniz?

	Belirti	Bunu yaşadım	Bende şöyle oldu....
Mani	Aşırı mutlu ve heyecanlı hissetme	<input type="checkbox"/>	
	Gergin hissetme	<input type="checkbox"/>	
	Gerçekçi olmayan bir şekilde kendine güven hissetme	<input type="checkbox"/>	
	Uykusuzluk	<input type="checkbox"/>	
	Çok konuşma	<input type="checkbox"/>	
	Yarışan düşünceler	<input type="checkbox"/>	
	Dikkat dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	
	Aşırı aktif olmak	<input type="checkbox"/>	
Depresyon	Hatalı yargıya sahip olmak	<input type="checkbox"/>	
	Depresif ruh hali	<input type="checkbox"/>	
	Çok az ya da çok yemek	<input type="checkbox"/>	
	Çok az ya da çok uyumak	<input type="checkbox"/>	
	Yorgun hissetmek ve düşük enerjide olmak	<input type="checkbox"/>	
	Çaresiz umutsuz ve değersiz hissetmek	<input type="checkbox"/>	
	Hatanız olmayan şeyler için suçlu hissetmek	<input type="checkbox"/>	
	İntihar düşünceleri ve/veya girişimleri	<input type="checkbox"/>	
Psikotik Belirtiler	Karar vermekte ve dikkatini toplamakta sorun yaşama	<input type="checkbox"/>	
	Ashnda var olmayan bir şey duymak, görmek, hissetmek veya koklamak	<input type="checkbox"/>	
	Sıra dışı ve gerçekçi olmayan inançlar	<input type="checkbox"/>	
	Dağınık düşünceler	<input type="checkbox"/>	


EK4- Sunum: Bipolar bozukluk nedir? Ne değildir?

BİPOLAR BOZUKLUK NEDİR? NE DEĞİLDİR?

Rüveyda YÜKSEL
Danışman: Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Kültür Akaademi Vakfından Çıkarılmış
Tıbbi Psikolojik Danışmanlık

2019



İÇERİK

- Bipolar bozukluk
- Hastalığın teşhisi
- Hastalığın nedenleri
- Hastalığın belirti ve bulguları
- Hastalığın tedavi yöntemleri



Bipolar Bozukluk

"Derin depresyondan aşırı öforik (aşırı derecede mutlu veya uçarı) ruh hali ve duruma tıbbi müdahale ile normallik dönemleri ile karakterize bir hastalıktır."



Bipolar bozukluk bireyin yaşamının pek çok yönünü etkileyebilen bir ruhsal hastalıktır.

Buna karşın bipolar bozukluk hayallerinizi gerçekleştirinize engel değil!

Hastalığın Teşhisi

Ruh sağlığı uzmanları (psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog vb.) tarafından yapılan klinik görüşmeler yoluyla tanı konur.

Görüşmeler sırasında size yaşadığınız belirtiler ve bu belirtilerin ilişkiler, iş vb. farklı yaşam alanlarınıza etkilerine ilişkin sorular sorulur.



Hastalığın teşhisi eden hiçbir kan testi, röntgen veya beyin taraması bulunmamaktadır.

Buna karşın hekimler doğru tanılama ve diğer hastalıkları elarte etmek için fizik muayene, bazı laboratuvar testleri veya kan tahlili isteyebilir.

Hastalığın Teşhisi

Bipolar bozukluğun tanısa farklı belirtiler, belirtilerin şiddeti ve ne kadar süredir varolduğları göz önünde bulundurularak konur.

Ayrıca belirtiler alkol-madde kullanımına bağlı ortaya çıkmaması önemlidir.

Hastalığın Nedenleri

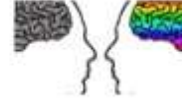
- Beyindeki kimyasal dengesizlikler
"nörotransmitterler"
- Genetik yatkınlık
- Biyolojik kırılganlık

Stres, travma, alkol-uysuşturucu kullanımı da hastalığın başlamasına ve seyirinin kötüleşmesine katkıda bulunabilmektedir.



- Her 100 kişiden birinde görülebilir
- 20'li yaşlarda başlar
- Kadın ve erkeklerde eşit görülür.
- İrkial farklılık yoktur.
- Yüksek sosyo-ekonomik düzeylerde daha sık görülür
- Kalıtımla geçiş olasılığı %21-45'tir.

Bipolar bozukluk bireyin yaşamının pekçok alanına müdahale edebilecek belirtilere neden olur. Bazı belirtiler **en yüksekte (mani)** **en düşüğe (depresyon)** şiddetli ruh hali değişimlerine neden olur.



DEPRESYON	MANİ
Kişinin üzgün, kederli hissettiği, normalde zevic aldığı şeylere karşı ilgisini kaybettiği, kendine bakımının azaldığı ve kendine zarar verme davranışının da görülebildiği dönemdir.	Kişinin aşırı keyifli olma, enerji artışı, yaratıcılık, uykuya gereksinim duymama, yorgunluk hissetmeme, çabuk sinirlenme ve aşırı tepki gösterme gibi davranışların görüldüğü dönemdir.

Hastalığın Belirti ve Bulguları



Hastalığın tedavi yöntemleri



İlaç Tedavisi

EKT

Terapiler

Bipolar bozukluk tanılı hastalar hastalıklarını yönetmeyi öğrenebilirler.

Bu nedenle bipolar bozukluğa rağmen iyimser olmak mümkün!

Hastalık belirtilerini yönetebilmek için:

- Bu eğitime katılıp bu el kitabını okuyarak belirtilerinizi nasıl yöneteceğinize ilişkin ilk adımı atmış oluyorsunuz.
- Stresle nasıl başa çıkacağınızı öğrenin.
- Sosyal destek oluşturun.
- Nüks önleme planı geliştirin.
- Belirtilerinizde nasıl başa çıkacağınızı öğrenin.
- Ruh sağlığı sistemi içerisinde ihtiyaçlarınızı karşılayın.

Hastalığı ne kadar iyi anlar ve tedavisinde o kadar aktif rol alırsanız

O kadar iyi hisseder ve yaşam hedeflerinizden fazlasını gerçekleştirebilirsiniz!

EK5- Broşür: Bipolar bozukluk nedir? Ne değildir?

BİPOLAR BOZUKLUK NEDİR?

Bipolar bozukluk, kişinin hayatının birçok yönünü etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Derin depresyondan aşırı öforik (aşırı derecede mutlu veya uçarı) ruh hali ve duruma tıbbi müdahale ile normallik dönemleri ile karakterizedir.

Bipolar bozukluk bireyin yaşamının pek çok yönünü etkileyebilen bir

ruhsal hastalıktır. Bipolar bozukluğu olan kişiler hastalıklarına rağmen üretken bir yaşam sürebilirler.



NASIL TEŞHİS KONUR?

Ruh sağlığı uzmanları (psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, psikolog vb.) tarafından yapılan klinik görüşmeler yoluyla tanı konur. Görüşmeler sırasında size yaşadığınız belirtiler ve bu belirtilerin ilişkiler, iş vb. farklı yaşam alanlarınıza etkilerine ilişkin sorular sorulur.

Şuan bu hastalığı teşhis eden hiçbir kan testi, röntgen veya beyin taraması bulunmamaktadır.

Buna karşın hekimler doğru tanılama ve diğer hastalıkları ekarte etmek için fizik muayene, bazı laboratuvar testleri veya kan tahlili isteyebilir.

Bipolar bozukluğun tanısı farklı belirtiler, bu belirtilerin şiddeti ve ne kadar süredir var oldukları göz önünde bulundurularak konur. Ayrıca belirtiler alkol-madde kullanımına bağlı ortaya çıkmamış olmalıdır.

BİPOLAR BOZUKLUĞA NE NEDEN OLUR?

Bipolar bozukluğun nedeni hala bilinmemekle birlikte bilim insanları hastalığın beyindeki bazı kimyasal dengesizliklerle bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Nörotransmitter adı verilen bu kimyasal beyinde iletimden sorumludur. Bu kimyasallar dengede olmadığında kişinin ruh halinde aşırı değişimlere neden olmaktadır. Bu kimyasal dengesizliğe neyin neden olduğu ise tam olarak bilinmemektedir. Buna karşın, hastalığın ortaya çıkışında doğumdan önceki sürecin önemli olduğu ve genetik bir yatkınlığın rol oynadığı ifade edilmektedir. Kişide bipolar bozukluk gelişmesi için biyolojik bir kırılma meydana gelmektedir. Biyolojik kırılma ek olarak stres, travma, alkol-uyuşturucu kullanımı da hastalığın başlaması ve seyrinin kötüleşmesine katkıda bulunabilmektedir.

Hastalık her 100 kişiden birinde ve her ülkede, her kültürde, her etnik grupta, her gelir düzeyinde görülebilmektedir. Çoğunlukla 20'li yaşlarda başlamaktadır. Kadın ve erkeklerde eşit görülür. Kalıtımla geçiş olasılığı %21-45'tir.

Bipolar bozukluk epizodik olma eğilimindedir ve belirtiler değişen yoğunluklarda yaşanabilir. Belirtiler tekrar ortaya çıktığında veya kötüleştiğinde buna akut atak veya nüks/relaps denir. Etkili bir tedavi ile bipolar bozukluğa sahip çoğu birey hastalık belirtilerini azaltabilir ve üretken ve anlamlı bir

hayat yaşayabilir.

Bipolar bozukluk bireyin yaşamının pek çok alanında değişiklik yapabilecek belirtilere neden olur. Bu belirtiler en yüksekte (mani) en düşüğe (depresyon) şiddetli ruh hali değişimlerine neden olur.

Bipolar bozukluğun bireye olan etkisi belirtilerin şiddeti ve belirtilerin bireyin yaşamına ne kadar etki ettiğine göre kişiden kişiye değişir.

Bipolar bozukluk insanları farklı şekillerde etkiler. Bazı kişiler hafif belirtiler yaşarken bazıları belirtileri daha şiddetli yaşar ve hastaneye yatış gerekebilir.

BİPOLAR BOZUKLUĞUN BELİRTİ VE BULGULARI NELERDİR?

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hiçbiri aynı belirtilere sahip değildir ve belirtilerden aynı derecede etkilenmezler. Hastalığa ilişkin başlıca belirtiler aşağıdaki gibidir:

Mani

Son derece yüksek uyarı ve aşırı mutlu ruh halini ifade etmektedir.

Aşırı mutlu ve heyecanlı hissetme

Hayatımdan çok mutluydum, dünyanın zirvesinde olduğumu hissettim. Bütün dünyanın beni sevdiğini ve bana taptığını düşündüm.

Gergin hissetme

Binlerce tl kazanmak için harika bir planım olduğunu düşündüm.

İnsanlar bir şey sorduğunda çok sinirlendim. Benden şüphe ediyor gibiydiler.

Gerçekçi olmayan bir şekilde kendine güven hissetme

O çok sevdiğim şarkıcıyla tanışmak için ona mektuplar yazdım, en kısa sürede bana geri dönüş yapıp benimle tanışacağından kesinlikle emindim.

Uykusuzluk

Bir gecede sadece iki saat uykuya ihtiyacım vardı. Bu bana yetiyordu.

Çok konuşma

İnsanların bana araya giremediklerini ve sürekli konuştuğumu söylediği zamanlar oldu. Kendimi durduramadım çünkü söyleyecek çok şeyim vardı.

Yarışan düşünceler

Zihnimde o kadar çok düşünce vardı ki onlara yetişemedim.

Dikkat dağınıklığı

Biriyle konuşurken o kişiyle konuştuklarıma dikkatimi veremediğim zamanlar oldu; saatin tik tak etmesi, klimanın uğultusu, arabayı kullanan biri, sokakta yürüyen biri, pencerenin dışında öten bir kuş her detay dikkatimi dağıtıyordu.

Aşırı aktif olmak

Bazen günde 20 saat çalışıp hiç yorulmadığım oluyordu.

Hatalı yargıya sahip olmak

Başıma hiçbir şey gelmeyeceğini düşündüğüm için son sürat araba kullandığım zamanlar oldu. Kaza yapmadığım için şanslıydım.

Depresyon

Son derece düşük negatif ruh halini ifade etmektedir.

Depresif ruh hali

Hayatımda olumlu hiçbir şey göremiyordum. Sanki her şey karanlık ve negatifti.

Çok az ya da çok yemek

Depresyondayken hiçbir şey yemek istemediğim zamanlar oldu, oldukça kilo verdim.

Çok az ya da çok uyumak

Geceleri uykuya dalmakta çok zorlandım. Yatağın içinde tavanı seyredip saatlerce döndüm durdum. Sabah 3'te 4'te uyanıp bir daha uyuyamadığım zamanlar oldu.

Tüm günümü yatakta uyuyarak geçirmek istedim, hiçbir şey yapmak istemiyor sadece uyumak istiyordum.

Yorgun hissetmek ve düşük enerjide olmak

Sabah kalkıp derse yetişmek için kendimi resmen sürüklüyordum.

Çaresiz, umutsuz ve değersiz hissetmek

Kız arkadaşımдан ayrıldım çünkü ben geleceğimde acıdan başka bir şey görmedim, kaybeden biri olduğumu düşünüyordum hayatımda hiçbir şey yolunda değildi ve o daha iyilerini hak ediyordu.

Hatanız olmayan şeyler için suçlu hissetmek

Her türlü şeyden kendimi sorumlu hissetmeye başladım; babamın işini kaybetmesinden, kardeşimin hastalığından, evimin önündeki trafik kazasından bile. Nedense her şey benim suçummuş gibi geliyordu.

İntihar düşünceleri ve/veya girişimleri

Dibe vurduğumda tek bir çıkış yolum olduğunu düşündüm; eşim ve çocuğum bensiz daha mutlu olurlardı. Neyse ki düşünmeme rağmen kendime zarar verecek bir şey yapmadım.

Karar vermekte ve dikkati toplamakta sorun yaşama

Okuduğum, izlediğim şeylere odaklanamıyordum. Bir gün derse gitmedim çünkü gidip gitmemeye, gidersem ne giyeceğime bile karar veremedim.

Psikotik belirtiler

Gerçeği değerlendirme ve algılamada bozulmanın görüldüğü durumdur.

Bazı bipolar bozukluk tanılı hastalarda psikotik belirtiler görülebilir.

Aslında var olmayan bir şey duymak, görmek, hissetmek veya koklamak

Farklı sesler duydum. Bazen sesler “şimdi öğle yemeği yiyorsun” vb. gibi yorumlar yaptı. Bazen de “kimse böyle bir kaybedenle, seninle arkadaş olmak istemez” diyorlardı.

Sıra dışı ve gerçekçi olmayan inançlar

Özel zihinsel güçlerim olduğuna ikna olmuşum.

Dağınık düşünceler

Eskiden kız kardeşime ne düşündüğümü anlatırdım ve anlatırken konudan konuya atlardım net olarak ne hakkında konuştuğumu bilmiyordum.

BİPOLAR BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ NASIL OLUR?

Bipolar bozukluğun etkili bir tedavisi vardır. Tedavisinde ilaç tedavisi ve terapiler önemli rol oynar. Dirençli belirtilerde Elektro Konvulsif Tedavi (EKT) de tedavi seçeneği olarak kullanılabilir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalar hastalıklarını yönetmeyi öğrenebilirler. Bu nedenle bipolar bozukluğa rağmen iyimser olmak mümkün!

Hastalık belirtilerini yönetebilmek için atabileceğiniz bazı adımlar şunlardır:

- ◆ Bu eğitime katılıp bu el kitapçığını okuyarak belirtilerinizi nasıl yöneteceğinize ilişkin ilk adımı atmış oluyorsunuz.
- ◆ Stresle nasıl başa çıkacağınızı öğrenin.
- ◆ Sosyal destek oluşturun.
- ◆ Nüks önleme planı geliştirin.
- ◆ Belirtelerinizle nasıl başa çıkacağınızı öğrenin.
- ◆ Ruh sağlığı sistemi içerisinde ihtiyaçlarınızı karşılayın.

Hastalığı ne kadar iyi anlar ve tedavisinde aktif rol alırsanız o kadar iyi hisseder ve yaşam hedeflerinizden fazlasını gerçekleştirebilirsiniz.

EK6- Form II: İlaçların yan etkileriyle baş etme stratejilerine örnekler

PSİKİYATRİK İLAÇLARIN YAN ETKİLERİYLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ					
<p>Aşağıdaki tabloda bazı ilaç kategorileri, yan etkileri ve yan etkilerle başa çıkma stratejileri yer almaktadır. Bazı yan etkiler diğerlerinden daha ciddidir ve bu nedenle yan etki görüldüğünde lütfen en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.</p>					
YAN ETKİ	Bulanık Görme	Kabızlık	Baş dönmesi	Uyuşukluk	Ağız kuruluğu
Strateji	Hafif bulanık görme halinde gözlük kullanmak için doktorunuzla iletişime geçin.	Günlük 6-8 bardak su için. Tam tahıllı ve lifli meyve ve sebzeler tüketin. Günlük hafif egzersizler yapın.	Ani hareket etmekten, oturup kalkmaktan kaçının.	Günlük açık havada egzersiz ve yürüyüş vb. hafif bir program belirleyin. Doktorunuza ilacı akşam alıp alamayacağınızı danışın.	Şekersiz sakız çiğneyin, sık sık su yudumlayın.
YAN ETKİ	Aşırı huzursuzluk	Artan iştah ve kilo alma	Kas irritabilitesi	Güneş hassasiyeti	Titreme
Strateji	Koşu, aerobik, yüzme, bisiklet vb. Hoşlandığınız bir aktivitede bulunun.	Diyetinizde sebze, meyve vb. sağlıklı yiyecekler tüketin. Gazlı içecekler, tatlılar ve aburcubur yemeyi kesin. Bir diyet programına katılarak düzenli egzersiz yapın.	Düzenli olarak kas germe, gevşeme egzersizleri (yoga vb.) yapın.	Gölgede kalın, güneş kremi kullanın ve koruyucu açık renkli kıyafetler giyin. Günün en güneşli saatlerinde dışarı çıkmaktan kaçının.	Bardakları ağzına kadar doldurmaktan kaçının. Mutfak kazalarının önüne geçmek için dikkatli olun.

EK7- Broşür: Bipolar bozukluğun tedavisinde ilaç kullanımı

BİPOLAR BOZUKLUĞUN TEDAVİSİNDE İLAÇ KULLANIMI

İlaçlar bipolar bozukluğa yol açan kimyasal dengesizliği düzenlemeye yardımcı olur. Farklı ilaçlar hastalığa ilişkin farklı belirtileri tedavi eder.

***İlaç kullanımı
hastalık belirtileri ve hastalık ataklarını
önlemede mevcut en güçlü araçtır.***



Eğer ilaçlarınızı düzenli kullanırsanız:

- ❖ Belirtileriniz azalır.
- ❖ Hastalığın tekrarlama riski ve hastaneye yeniden yatışlar azalır.
- ❖ Kişilerarası ilişkilerden aldığımız doyum artar.
- ❖ Yaşamınız üzerindeki kontrolünüz artar.

***İlaç almanın faydalarını kendinize
hatırlatın. İlaç kullanmak
iyi kalmak için sigorta poliçen!***

Ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların etki etmesi genellikle zaman alır. Örneğin ağrı kesiciler birkaç saat içinde etki gösterirken bu ilaçların etki göstermesi zaman alır. İlaçların düzenli kullanılması kadar, ilaç kullanımı sırasında egzersiz ve diyet yapma, stresli ortamlardan kaçınma da ilacın etkili olması için son derece önemlidir.

İlaçlarınızı düzenli kullanmayı unutmayın!

Bireylerin kültürlerine, aile geçmişlerine ve deneyimlerine göre ilaçlara yönelik farklı inanışları vardır.

Atak geçirdiği için tedaviyi bırakmak şeker komasından çıktığı için şeker ilacını bırakmaya benzer. Tedavinizi sürdürün!

İlaçlarınızı her gün aynı saatte alın. İlacı her gün aynı saatte almak ilaç içmeyi unutmanızı önler. Kan dolaşımındaki ilaç seviyesini sabit tutar, böylece ilaçtan gün boyunca maksimum fayda sağlarsınız.

Günlük rutinde ilaç almayı planlamak (dişleri fırçaladıktan hemen sonra, kahvaltıdan sonra ya da işe gitmeden hemen önce almak vb.) ilaçlarınızı içmeyi hatırlamanızı kolaylaştırır.

İlaç kullanımınıza yardımcı olması için işaret ve hatırlatıcılar (ilaç kutusu, takvim ve not kullanma vb.) kullanın.

İlaç kullanımını günlük rutininize katmak için kendi stratejinizi geliştirin.

İlaç kullanımı konusunda desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsanız aile üyelerinizden birinden destek isteyin.

İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ VE İLAÇ KULLANIRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER NELERDİR?

Tıpkı diğer ilaçlarda olduğu gibi ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların da yan etkisi olabilmektedir. Yan etkileri bilmeniz ise son derece önemlidir.

İlaçların yan etkileri her ilaç için farklıdır. Yan etkiler kişileri farklı şekilde etkilemektedir. Kişinin ilaca olan tepkisi bireye özgüdür. Bunlar kişinin yaş, kilo,

cinsiyet, metabolizma ve kullandığı diğer ilaçlarla ilişkilidir.

Çoğu durumda yan etkiler geçicidir, kimileri ise daha yaygın ve kalıcı olabilir. Yan etkilerin ne kadar ciddi olduğu ve neler yapılabileceğinin değerlendirilmesi gerekir. Bu nedenle lütfen yan etkileri gördüğünüzde bir sağlık personeline başvurunuz.

İlaç yan etkilerinin görülmesi durumunda doktorunuzun ilacın dozunu azaltmayı, yan etkiyi ortadan kaldırmak için tedavinize yeni bir ilaç eklemeyi ya da ilaç tedavinizi değiştirmeyi önerebileceğini unutmayın.

İlaçlar hastalık belirtilerini ortadan kaldırırlar fakat mükemmel değildirler. İlaçların yan etkileri de vardır.

Duygu durum düzenleyiciler

Duygu durum düzenleyiciler mani ve depresyonun tedavisinde kullanılır. Ayrıca akut belirtilerin azalmasına ve hastalığın yinelenmesinin önlenmesine yardımcı olur. Bağımlılık yapmazlar. En yaygın kullanılan duygu durum düzenleyiciler; lityum karbonat, karbamazepin ve valproik asittir.

Lityum

Oksijen ve demir gibi doğal bir kimyasal element olmasına rağmen vücuda yüksek dozda alındığında zararlı etkileri ortaya çıkar. Bunu önlemek için doktorunuz vücudunuzdaki lityum miktarını izlemek için düzenli kan testleri yapar. Diyetinizde yeterli miktarda tuz olması da son derece önemlidir çünkü tuzdaki sodyum lityumun vücuttan atılmasına yardımcı olur. Bu düşük tuzlu diyetlerden ve reçeteli reçetesiz diüretik ilaçlardan kaçınmanız gerektiği anlamına

gelir. Lityumun olası yan etkileri aşağıdaki gibidir;

- ◆ Kusma
- ◆ İshal
- ◆ Aşırı susama
- ◆ Kas seğirmesi
- ◆ Konuşma bozukluğu
- ◆ Konfüzyon (zihin bulanıklığı)
- ◆ Baş dönmesi
- ◆ Stupor (sersemlik)



Tegretol ve Depakin

Bu ilaçları kullanırken kan hücreleri ve karaciğer fonksiyonlarındaki değişiklikleri izlemek için düzenli kan testleri yaptırmanız gerekir. Bu ilaçlar sedasyona neden olabileceğinden araç kullanırken dikkatli olun. Alkol kullanıyorsanız alkol alımını kısıtlayın. Olası yan etkileri aşağıdaki gibidir:

- ◆ Yorgunluk
- ◆ Kas ağrıları ya da halsizlik
- ◆ Ağız kuruluğu
- ◆ Kabızlık veya ishal
- ◆ İştahsızlık
- ◆ Bulantı
- ◆ Deri döküntüsü
- ◆ Baş ağrısı
- ◆ Baş dönmesi
- ◆ Cinsel isteğin azalması

Daha ciddi yan etkiler ise şu şekildedir:

- ◆ Konfüzyon (zihin bulanıklığı)
- ◆ Ateş
- ◆ Sarılık
- ◆ Anormal morarma ya da kanama
- ◆ Lenf bezlerinin şişmesi
- ◆ Kusma
- ◆ Görme sorunları (çift görme vb.)

Yukarıda verilen yan etkiler görüldüğünde hemen doktorunuza başvurunuz.

Antidepresanlar

Antidepresanlar depresyon belirtilerinin tedavisinde kullanılır. Düşük enerji, iştah sorunları, uyku sorunları, konsantrasyon bozukluğu ve akut belirtileri azaltmaya ve önlemeye, hastalığın yinelenmesine ve hastaneye yatışların önlenmesine yardımcı olur. Bağımlılık yapmazlar. Yeni nesil antidepresan ilaçlar seratonin geri alım inhibitörü olarak adlandırılırlar ve daha az yan etkiye neden olma eğilimindedirler. Yaygın kullanılan antidepresanlar; klomipramin, trazodon, venlafaksin, amitriptilin, paroksetin, fluoksetin, imipramin, sertralin'dir.

Antidepresanların yan etkileri aşağıdaki gibidir:

- ◆ Bulantı
- ◆ Kilo artışı
- ◆ Kusma
- ◆ Kabızlık
- ◆ Çarpıntı
- ◆ Ajitasyon (huzursuzluk hali)
- ◆ Baş ağrısı
- ◆ Uykusuzluk
- ◆ Cinsel sorunlar
- ◆ Bellek sorunları
- ◆ Ağız kuruluğu

- ◆ Baş dönmesi
- ◆ Hipertansif kriz
- ◆ Sedasyon

Bu yan etkileri yaşamamanız durumunda lütfen bir sağlık personeline başvurunuz.

Bazen tedavi gören bireylerin küçük bir yüzdesinde birkaç hafta boyunca hipomani belirtileri ya da mani belirtileri görülebilir. Bu belirtilerle karşılaşırsanız vakit kaybetmeden doktora başvurunuz. Hipomani belirtileri şunlardır:

- ◆ Sinirlilik
- ◆ Büyüklük sanrıları
- ◆ Tartışma hali
- ◆ Öfori (aşırı abartılı mutluluk hali)
- ◆ Ajitasyon (huzursuzluk hali)
- ◆ Düşmanlık
- ◆ Azalan uyku ihtiyacı
- ◆ Azalan hedefe yönelik davranış
- ◆ Aşırı konuşma
- ◆ Zararlı aktivitelerde bulunma



İyileşme Yolculuğunda
Hedeflerinin Peşinde

İLETİŞİM

Tel: 0 (358) 338 20 00-2010
E-mail: r.uremedu@yokcek.edu.tr

İLAÇ KULLANIMINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

ADÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



İlaçlar hastalık belirtilerini ortadan kaldırır fakat etkileri değişir. İlaçların yan etkileri vardır.

Bu yan etkileri yaşamazsınız durumunda lütfen bir sağlık personeline başvurunuz.



YAN ETKİLERLE BAŞ ETME

BULANIK GÖRME

Hafif bulanık görme halinde gözük kullanmak için doktorunuza iletişime geçin.

LABİLEK

Günlük 6-8 bardak su için. Tam tahıl ve B6 meyve ve sebzeler tüketin. Günlük hafif egzersizler yapın.



İlaç alırken faydasını kendinize hatırlatın. İlaç kullanmak iyi kalmak için sigorta poliçen!

İlaçlarınızı düzenli kullanırsanız:

- Belirtileriniz azalır.
- Hastalığınız tekrarlama riski ve hastaneye yeniden yatışlar azalır.
- Kişilerarası ilişkilerden aldığınız doyum artar.
- Yaşamınız üzerindeki kontrolünüz artar.



UYUŞUKLUK

Günlük açık havada egzersiz ve yürüyüş ve hafif bir program takvimeyi. Doktorunuza ilaç almanız ile almanız gerektiğini danışın.

AĞRI KÜRÜLÜĞÜ

Sekizdir saatte öğünler, sık sık su yudumlayın.

AĞRI HUZURSUZLUK

Kopu, semtik, yeme, sıcak vb. hastalığınızın bir semti bulun.

ARTAN İSTAH VE KİLO ALMA

Diyetinizde sebze, meyve vb. sağlıklı yiyecekler tüketin. Sıcak içecekler, tuzlu ve alkolübir yemeyi kesin. Diyet programına katılmak üzere doktorunuza başvurun.

KAS SERTLİĞİ

Düzenli olarak kas germe egzersizleri yapın.

GÜNEŞ HASSASİYETİ

Gözetim altında, güneş kremi kullanın ve koruyucu açık renk kıyafetler giyin. Güneşten korunmak için güneşli saatlerde dışarı çıkmaktan kaçın.

İTİHAK

Bardakları açmaya kadar kullanılmaktan kaçın. Her ilaç kullanmadan önce doktorunuza danışın. Her ilaç kullanmadan önce doktorunuza danışın.

EK8- Ev ödevleri kapsamında kullanılan materyaller

1. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken iyileşmenin sizin için ne anlam ifade ettiğine dair kısa fikirler yazıp getirmeniz beklenmektedir.





2. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken bugün izlediğiniz filmde yola çıkarak kendi hastalık süreciniz ile kurduğunuz bağlantıyı anlatan bir yazı yazarak getirmeniz beklenmektedir.

3. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken yaşadığınız hastalık belirtilerine yönelik kendi olumlu ifadelerinizi kullandığınız en az 10 maddelik bir çözüm planı yazarak getirmeniz beklenmektedir.

ÇÖZÜM PLANIM

- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆
- ◆



5. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelmeden önce belirlediğiniz bir kişi ile birlikte seçtiğiniz bir yerde (Örneğin; müze, sinema, cafe vb.) sosyal aktivitede bulunmanız beklenmektedir. İsterseniz bu deneyiminize ilişkin duygu ve düşüncelerinizi yazarak paylaşabilirsiniz.

6. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken bipolar bozuklukla yaşamak ve hayallerim temalı iki farklı resim yaparak getirmeniz beklenmektedir.

Hayallerim	
Bipolar bozuklukla yaşamak	

7. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken hastalığınız hakkında olumsuz tutum ve inançlarla karşılaştığınızda nasıl yanıt verebileceğinizi maddeler halinde yazarak getirmeniz beklenmektedir.

8. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken yaşama dair amaçlarınızı yazarak getirmeniz beklenmektedir.




9. Oturumun ev ödevi:

Sizden bir sonraki oturuma gelirken almış olduğunuz bu eğitimin iyileşmeye ilişkin düşüncelerinizi nasıl etkilediğini anlatan bir mektup (iyileşme mektubu) yazarak getirmeniz beklenmektedir.



EK9- Hastalara verilecek olan görüşme takvimi

Görüşme Takvimi			
	Tarih	Saat	Yer
1. Oturum			 Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniği
2. Oturum			
3. Oturum			
4. Oturum			
5. Oturum			
6. Oturum			
7. Oturum			
8. Oturum			
9. Oturum			
10. Oturum			
11. Oturum			
12. Oturum			

Görüşme seanslarına gelemeyeceğiniz ya da tarih ve/veya saat değişikliği yapmak istediğiniz durumlarda lütfen 0(507)7904297 numaralı telefondan ulaşarak haber veriniz.

Ek 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: İKİÜÇLÜ (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNEĞİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bir hastanenin psikiyatri polikliniğinde ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının etkinliğinin incelenmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18-65 yaş arasında olmanız, DSM V'e göre ikiüçlü (bipolar) bozukluk ve ilişkili bozukluklar tanısı almış olmanız, psikiyatri polikliniğine başvurmuş olmanız, hastalık belirtilerinin aktif olmadığı bir dönemde olmanız ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bir hastanenin psikiyatri polikliniğinde ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda tedavi görmekte olan birey tarafından tanımlanan ve kişisel gelişim, iyileşme ve kendini belirlemeyi kapsayan devam etmekte olan bütüncül bir sürece vurgu yapan iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formları size 3 kez uygulanacak ve iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan görüşmeler yapılacaktır. Yapılacak olan görüşmelerde ses kaydı alınacaktır. Ayrıca ilk uygulamadan sonra 6-8 bölüm ve 8-12 hafta sürmesi planlanan bir eğitim yapılacaktır. iyileşme odaklı yaklaşıma göre iyileşme tedavi görmekte olan birey tarafından tanımlanan ve kişisel gelişim, iyileşme ve kendini belirlemeyi kapsayan devam etmekte olan bütüncül bir süreci ifade etmektedir. Yapılacak olan psikiyatri hemşireliği uygulaması bu bakış açısını temel alan 6-8 bölüm ve 8-12 seanstan oluşacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak soru formunda yer alan ve görüşme sırasında sorulacak olan sorulara doğru bilgiler vermek ve eğitime katılmak sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 51'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 13 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zaman 6 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın sizin iyileşme sürecinize katkı sağlaması beklenmektedir. Ancak beklenen yarar olmadığı takdirde size doğrudan bir yarar sağlamayabilir. Sizin için beklenen yarar gerçekleşme bile bu çalışmanın sonucunda, ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı almış olan hastalarda iyileşmeye katkı sağlayan bir psikiyatri hemşireliği uygulaması literatüre kazandırılmış olacak ve bu durum ikiüçlü (bipolar) bozukluk tanısı almış olan hastaların tedavisine katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada sadece soru formu ve eğitim uygulanacak olup herhangi olası bir riski bulunmamaktadır.

Tarih/ Versiyon: 20.09.2019

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Form 3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	1/3

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: İKİÜÇLÜ (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Veri toplama formundaki sorulara eksik yanıt vermeniz ve yapılacak olan görüşmeyi yarıda kesmeniz ya da eğitime katılmamanız durumunda araştırma dışında bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Diğer tedaviler bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, size sadece soru formundaki sorular uygulanacak olup, herhangi bir durumla karşı karşıya kaldığınızda Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a +905322025329 no'lu telefondan veya hulyaars@yahoo.com e-mail adresinden, Araştırmacı Arş. Gör. Rüveyda YÜKSEL'e +905077904297 no'lu telefondan veya ruveyda.yuksel@adu.edu.tr e-mail adresinden ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Çalışma kapsamında sizden sadece soru formundaki sorulara yanıt vermeniz istenecek olup her hangi bir masrafınız olmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Tarih/ Versiyon: 20.09.2019

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	2/3
Form 3		

Araştırmanın Adı: İKİÜÇLÜ (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNEĞİ

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon: 20.09.2019

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	3/3

Araştırmanın Adı: İKİUÇLU (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNE

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bir hastanenin psikiyatri polikliniğinde ikiçü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının etkinliğinin incelenmesidir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18-65 yaş arasında olmanız, DSM V'e göre ikiçü (bipolar) bozukluk ve ilişkili bozukluklar tanısı almış olmanız, psikiyatri polikliniğine başvurmuş olmanız, hastalık belirtilerinin aktif olmadığı bir dönemde olmanız ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bir hastanenin psikiyatri polikliniğinde ikiçü (bipolar) bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan hastalarda tedavi görmekte olan birey tarafından tanımlanan ve kişisel gelişim, iyileşme ve kendini belirlemeyi kapsayan devam etmekte olan bütüncül bir sürece vurgu yapan iyileşme odaklı yaklaşımı temel alan psikiyatri hemşireliği uygulamasının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız durumunda araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu uygulanacak ve görüşme yapılacaktır. Yapılacak olan görüşmelerde ses kaydı alınacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak soru formunda yer alan ve görüşme sırasında sorulacak olan sorulara doğru bilgiler vermek sizin sorumluluğunuzdur. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 51'dir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 13 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zaman 6 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmanın size doğrudan bir yararı olmayabilir. Ancak bu çalışmanın sonucunda, ikiçü (bipolar) bozukluk tanısı almış olan hastalarda iyileşme katkı sağlayan bir psikiyatri hemşireliği uygulaması literatüre kazandırılmış olacak ve bu durum ikiçü (bipolar) bozukluk tanısı almış olan hastaların tedavisine katkı sağlayacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada sadece soru formu uygulanacak olup herhangi olası bir riski bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

Tarih/ Versiyon: 20.09.2019

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	1/3

Araştırmanın Adı: İKİÜÇLÜ (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNE

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Veri toplama formundaki sorulara eksik yanıt vermeniz ve yapılacak olan görüşmeyi yarıda kesmeniz durumunda araştırma dışında bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Diğer tedaviler bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, size sadece soru formundaki sorular uygulanacak olup, herhangi bir durumla karşı karşıya kaldığınızda Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a +905322025329 no'lu telefondan veya hulyaars@yahoo.com e-mail adresinden, Araştırmacı Arş. Gör. Rüveyda YÜKSEL'e +905077904297 no'lu telefondan veya ruveyda.yuksel@adu.edu.tr e-mail adresinden ulaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Çalışma kapsamında sizden sadece soru formundaki sorulara yanıt vermeniz istenecek olup her hangi bir masrafınız olmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Tarih/ Versiyon: 20.09.2019

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
Form 3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	2/3

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: İKİÜÇLÜ (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNE

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülüğüm içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Tarih/ Versiyon: 20.09.2019

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 3	05.12.2017/AADÜHF GOEK00	3/3



Ek 8. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 12/11/2019-E.70083



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 50107718-050.04.04
Konu : 2019/138 Nolu Çalışmamız Hk.

Sayın Prof.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.11.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan XIV nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

KARAR :XIV

Protokol No : 2019/138
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'ın "İki Uçlu (BİPOLAR) Bozukluk Tanılı Hastalarda İyileşme Odaklı Yaklaşımı Temel Alan Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması: Karma Desen Örneği" başlıklı araştırmasının 30.09.2019 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştır. 23.10.2019 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Aydın Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Merkez Kampüsü Kepez Mevki 09010
Efele/AYDIN
Telefon No: 02562138866 Faks No: 0256 214 66 87
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: http://akademik.adu.edu.tr

Bilgi İçin: Okide Kahraman
Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9. Kurum İzni

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 06.05.2022-168066



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-44021967-605.01
Konu : Araştırma İzni (Prof. Dr. Hülya
ARSLANTAŞ, Rüveyda YÜKSEL)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Rüveyda YÜKSEL'in 11/03/2022 tarihli dilekçesi.

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Rüveyda YÜKSEL, Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ danışmanlığında, Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile “İki Uçlu (Bipolar) Bozukluk Tanılı Hastalarda İyileşme Odaklı Yaklaşımı Temel Alan Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması: Karma Desen Örneği” isimli tez çalışması yapmayı planlamaktadır.

Sağlık kuruluşunun fiziksel kapasitesi, personel kapasitesi, hizmet sayısındaki artış da göz önünde tutularak, COVID-19 tanısı olan ve olmayan hastalar ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşunda bulunulan süre içinde maske takılması, sosyal mesafe kurallarının göz önünde bulundurulması, kâğıt-dosya, kırtasiye malzemelerinin ortak kullanımından kaçınılması, hizmetin aksamasına mahal verilmemesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği ile 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uyulması, araştırmanın bizzat araştırma sahibi ve/veya başvuru formunda belirtilen yardımcı araştırmacılar tarafından yürütülmesi, çalışma esnasında kimlik taşınması, çalışma bitiminde nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafımıza iletilmesi şartı ile söz konusu çalışmanın yapılması uygun görülmüş olup Müdürlük Makamından alınan onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Mustafa EKİCİ
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Eki: Makam Onayı

Dağıtım: Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü (Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)
Aydın Devlet Hastanesi

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Sağlık Hizmetleri Birimi

Telefon: Faks No: 02562151611

e-Posta: hanife.kacmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Dahili Tel. Numarası: 1607

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 256) 213 50 00

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSP6L1HSYK&eS=168066> adresinden yapılabilir.

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“İKİÜÇLÜ (BİPOLAR) BOZUKLUK TANILI HASTALARDA İYİLEŞME ODAKLI YAKLAŞIMI TEMEL ALAN PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI: KARMA DESEN ÖRNEĞİ” başlıklı Doktora tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Rüveyda YÜKSEL

... / ... / ...

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı	: Rüveyda YÜKSEL
Uyruk.	: T.C.
Doğum yeri ve tarihi	: Konya / 01.08.1988
E-posta	: ruveyda.yuksel@adu.edu.tr
Yabancı dil	: İngilizce, İspanyolca

EğİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2022
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu	2011

BURSLAR VE ÖDÜLLER

Ruh Sağlığı İyileşme  lçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik alışması. Sözel Bildiri İkincilik  d l , 3. *Ruhsal İyileştirim Kongresi*, 22-24 Kasım 2019.

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2012-2013	ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi-50/d
2013-2014	NEVÜ Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi-33a
2014-2016	ADÜ Söke Sağlık Yüksekokulu	Araştırma Görevlisi-33a
2016-HALEN	ADÜ Hemşirelik Fakültesi	Araştırma Görevlisi-33a

AKADEMİK YAYINLAR

MAKALELER

- Şenocak, S.Ü., Arslantaş, H., Yüksel, R. (2019). Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2) 83-97.
- Çekiç, Y. ve Yüksel, R. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalık kavramına ilişkin metaforları: Kalitatif bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 85-92.
- Yüksel, R. ve Arslantaş, H. (2021). Kanıta dayalı bir psikiyatrik rehabilitasyon uygulaması: Hastalık Yönetimi ve İyileşme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 13(3), 462-477.
- Yüksel, R., Arslantaş, H., Dereboy, F., Kızılkaya, M., İnalkaç, S. (2022) Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, doi: 10.5080/u26480.

BİLDİRİLER

- Yüksel, R. ve Dereboy Ç. İki uçlu bipolar bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi Olgu sunumu. *14. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, 25.10.2013.