

Tuğba AŞKAN¹

Orcid: 0000-0002-4165-5113

Birgül ÖZKAN²

Orcid: 0000-0002- 1271-8007

Bipolar Bozuklukta Psikiyatri Hemşireliği Danışmanlığı: Olgu Sunumu

Psychiatric Nursing Counseling in Bipolar Disorder: A Case Report

Gönderilme tarihi: 18 Mayıs 2023

Kabul tarihi: 13 Ağustos 2024

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Üniversiteler
Mahallesi 1604. Cadde No: 9
Çankaya/ANKARA¹

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Esenboğa
Merkez Külliyesi, Dumlupınar, 06760
Çubuk/Ankara²

Sorumlu Yazar (Corresponding Author):

Tuğba AŞKAN

e-mail: tgbskn14@gmail.com

ÖZ

Bipolar bozukluk kronik, epizodik bir seyir gösteren, işlevsel bozulmaya yol açan, öz bakım sorumluluğu, sosyal ve gelişimsel zorluklara neden olan bir halk sağlığı sorunudur. Bu olguda, Bipolar Bozukluk Depresif Epizot tıbbi tanısıyla hastanede yatmakta olan erkek bir hastada hemşirelik süreci doğrultusunda psikiyatri hemşireliği danışmanlığı aktarılmıştır. Hemşirelik bakım planının uygulanmasında hastaya yönelik bireyselleştirilmiş hemşirelik tanımları, hedefleri ve müdahaleleri belirlenerek süreç yürütülmüştür. Danışmanlık süreci on beş görüşmeden oluşmuş; görüşmelerin beşi yüz yüze, onu çevirim içi olarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma ile hastanede yatmakta olan bipolar bozukluğu olan bireye psikiyatri hemşiresi tarafından sunulan danışmanlığın, klinikte başlatılarak taburculuk döneminde de devam edilebileceği ve olumlu sonuçları gösterilmiştir. Özellikle bipolar bozukluğu olan hastanın hastalığı daha iyi yönetmesine katkıda bulunacak bilgi ve anlayışın, ilaç uyumunun, baş etme ve yeni yaşam tarzı değişikliklerinin, hasta-aile iletişiminin, aile desteğinin geliştirilmesinde olumlu sonuçlar izlenmiştir. Ayrıca bipolar bozukluğu olan hastada hemşire tarafından sunulan danışmanlık sürecinin karmaşıklığı ve çeşitli zorlukları ortaya koyulmuştur.

ABSTRACT

Bipolar disorder is a mental health problem with a chronic, episodic course, leading to functional impairment, self-care responsibility, social and developmental difficulties. In this case, psychiatric nursing counseling in line with the nursing process in a male patient hospitalized with a medical diagnosis of Bipolar Disorder Depressive Episodic was presented. In the implementation of the nursing care plan, the process was carried out by determining individualized nursing diagnoses, goals and interventions for the patient. The counseling process consisted of fifteen interviews; five of the interviews were conducted face-to-face and ten were conducted online. This study demonstrated that the counseling offered by psychiatric nurses to hospitalized individuals with bipolar disorder can be initiated in the clinic and continued in the discharge period and its positive results. In particular, positive results were observed in the development of knowledge and understanding, medication compliance, coping and new lifestyle changes, patient-family communication and family support that will contribute to better management of the disease by the patient with bipolar disorder. In addition, the complexity and various difficulties of the counseling process offered by the nurse in patients with bipolar disorder were revealed.

Anahtar Sözcükler:

Bipolar bozukluk; psikiyatri
hemşireliği; hemşirelik süreci;
bakım planı.

Keywords:

Bipolar disorder; psychiatric
nursing; nursing process; care
planning.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk kronik, epizodik bir seyir gösteren, ölüm oranlarında artışa, işlevsel bozulmaya yol açan, sıklıkla bakıcı yükü ve sağlık kaynaklarının kullanımında artışa neden olan bir ruh sağlığı sorunudur (Comes, Rosa, Reinares, Torrent ve Vieta, 2017). Bipolar bozukluğun hastalar üzerindeki duygusal etkisi öz bakım sorumluluğu, sosyal ve gelişimsel zorluklara neden olmaktadır (Granek, Danan, Bersudsky ve Osher, 2016). Bunun yanında ilaç tedavisi ile birlikte atakların nüksetmesi, uzun atak süreleri ve ataklar arası semptomların devam etmesi, etkilenenlerin dörtte üçünün hiçbir zaman psikososyal işlevinde tam olarak iyileşme sağlayamamasıyla, fiziksel ve psikiyatrik bozukluklar arasında engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir (Dopke ve diğerleri, 2021).

Bipolar bozuklukta akut ve idame tedavilerde belirtilerin azaltılması ve işlevselliğin arttırılmasına yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri bulunmaktadır (McCormick, Murray ve McNew 2015). Hastalığın yönetilmesinde farmakolojik yöntemler temel alınmakta; duygu durum düzenleyiciler, atipik antipsikotikler ve antidepresanlar kullanılmaktadır (Geddes ve Miklowitz, 2013; Hirschfeld, Bowden ve Gitlin, 2002). Genellikle birkaç farklı ilaç veya ilaç kombinasyonunun denenmesi hastaların ilaç uyumlarını zorlaştırmaktadır (Carson ve Yambor, 2012). Bununla birlikte farmakolojik tedaviler ile birlikte psikososyal müdahalelerin uygulanmasının bipolar bozuklukta nüks oranlarını önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir (Scott, Colom ve Vieta, 2007). Bu nedenle tedavide farmakolojik ve psikososyal tedaviler birlikte kullanılmaktadır.

Psikososyal müdahaleler hastalık yükü, tanı ve tedavi seçenekleri gibi konularda farkındalığın ve ilaç uyumunun artırılmasına, duygu durum ataklarına yol açan tetikleyicileri tanıma yeteneği, erken müdahale için stratejiler ve kişisel bakımının geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir (Colom ve diğerleri, 2009; McCormick ve diğerleri, 2015; Scott ve diğerleri, 2007). Etkinliği kanıtlanmış psikososyal yaklaşımlar arasında bilişsel davranışçı psikoterapi (Jones ve diğerleri, 2012), kişilerarası ve sosyal ritim terapisi (Frank ve diğerleri, 2005), eğitici ve destekleyici grup terapilerini de içeren psikososyal müdahaleler (Connolly ve Thase, 2011; Geddes ve Miklowitz, 2013) yer almaktadır. Oud ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında bireysel psikolojik müdahaleler tedavi sonrası ve takipte nükslerin azalması ile; grup müdahaleleri tedavi sonrası ve takipte daha az depresyon nüksü ile; aile psikoeğitimi semptomların azalması ile ilişkilendirilmiştir. Salcedo ve arkadaşları (2016) tarafından çevrimiçi, bir veya daha fazla psikoterapötik müdahaleyi birleştiren, belirli semptomlara odaklanan müdahalelerin araştırmaların odak noktası olduğu, zorluğun bu müdahaleleri topluma yaymak olduğu bildirilmektedir (Salcedo ve diğerleri, 2016).

Psikiyatri hemşirelerinin deneyimleri, uzmanlıkları, klinik yetenekleri, terapötik potansiyelleri nedeniyle psikososyal müdahaleleri klinik uygulama ortamlarına entegre etmede önemli rolleri bulunmaktadır (Crowe ve diğerleri, 2010; Hurley, Lakanan, Linsley, Ramsay ve McKenna-Lawson, 2022). Psikiyatri hemşirelerinin temel rol ve yetenekleri psikoterapi, hasta güvenliği, tanı ile ilişkili roller, iletişim, hastalar ile yakın temas, ekip çalışması ve farkındalık becerileri gibi sosyal ve duygusal yetenekler olarak belirlenmiştir (Hurley ve diğerleri, 2022). Yetişkin psikiyatrik ayakta bakım ortamında hemşirelerin temel rolünün psikososyal bakım sağlamak olduğu; bunların davranışsal ve baş etmeyi güçlendirme ile ilgili müdahaleler olduğu belirlenmiştir (Ameel, Achterberg, Kinnunen, Kontio ve Junttila, 2021). Bipolar bozuklukta psikiyatri hemşireliği uygulamalarında psikososyal müdahalelerin etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ise içgörü, erken belirtiler ve nüksetme belirtileri hakkında farkındalık, kişiler arası iletişim gibi psikoeğitimin bazı etkileri, düzenli uyku ve aktivite alışkanlıklarını içerdiği belirlenmiştir (Crowe ve diğerleri, 2010).

Ruh sağlığı hizmetlerine yönelik tüm bu müdahalelerin erişimini artırmak amacıyla telepsikiyatri uygulamaları cazip hale gelmiştir (Adams ve diğerleri, 2018). Telepsikiyatri mobil cihazlar, akıllı telefon uygulamaları ve video konferansı ile çeşitli ortam ve popülasyonlara sunulan klinik değerlendirmeler, terapi, hasta eğitimi ve ilaç yönetimi gibi psikiyatri hizmetlerini tanımlamaktadır (Chan, Parish ve Yellowlees, 2015; Shore 2013). Telepsikiyatri uygulamalarının değerlendirme ve tedavi sonuçları açısından yüz yüze tedaviler ile karşılaştırılabilir, düşük maliyetli ve güvenli olduğu (Hubley, Lynch, Schneck, Thomas, ve Shore, 2016), hasta ve sağlık profesyoneli memnuniyetinin uyumlu olduğu (Schubert, Backman, Bhatia ve Corace, 2019) bilinmektedir. Ayrıca erişilebilirlik, ulaşım ve diğer fiziksel kısıtlamalara bağlı engellerin kaldırılması ile daha fazla hastaya bakım sunulmasına, hasta hemşire ilişkilerinin ve tedavinin devam etmesine olanak sağlamaktadır (Schroeder, 2022). Diğer taraftan sağlık profesyonelinin bakış açısına bağlı olarak uyum, sözsüz ipuçlarını belirleme, görünümü ve genel uyumu gözlemleme konusunda endişeler (Chan ve diğerleri, 2015; Henry, Block, Ciesla, McGowan ve Vozenilek, 2017; Spahn, 2017), teknik sorunlar (Aboujaoude, Salame ve Naim, 2015; Baird, Whitney ve Caedo, 2018; Chan ve diğerleri, 2015), gizlilik endişeleri (Chan ve diğerleri, 2015) bildirilmektedir. Literatür bipolar bozuklukta telepsikiyatri uygulamalarının uygulanabildiğini, hasta sonuçlarında olumlu etkilerini ve sürdürülebilirliğini göstermektedir (Farrell, George, Amado ve Wozniak, 2022).

Bunun yanında telepsikiyatrik bakımın (Finley, Shea, Maixner ve Slebodnik, 2021; Farrell ve diğerleri, 2022), şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan hastalara yönelik hemşire tarafından sunulan müdahalelerin (Ameel, Kontio ve Välimäki, 2019) klinik uygulamaya nasıl dahil edileceği ile ilgili çalışmaların eksik olduğu vurgulanmaktadır.

Bu bağlamda bu olgu sunumunda hastanede yatmakta olan tip 1 bipolar bozukluk tanılı hastaya hemşirelik bakım planı uygulaması doğrultusunda sunulan psikiyatri hemşireliği danışmanlık süreci ve taburculuk sürecinde uygulanan telepsikiyatri yaklaşımının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu sonuçların psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere bipolar bozukluğu olan hastaya sunulan danışmanlık sürecinde örnek olabileceği düşünülmektedir.

OLGU SUNUMU

Hasta Tanımı

B Bey 65 yaşında, evli, 3 çocuğu olan, eşi ve kızı ile birlikte şehir merkezinde yaşayan, üniversite mezunu, emekli ve orta sınıf bir aileden gelen erkek hastadır. B Bey'in ilk şikâyetleri yaklaşık 9 yaşlarındayken korku ile başlamış ancak bunu kimseyle paylaşamamıştır. Yaklaşık 30 yıl önce maddi stresörleri ve iş arkadaşları ile tartışmaları sonrası içe kapanma, değersizlik, pişmanlık, huzursuzluk şikâyetleri başlamış ve psikiyatri kliniğine anksiyete tanısıyla 3 aylık yatışı olmuştur. Taburculuk sonrası bir süre önerilen ilaçları kullanmış, daha sonra iyileştğini düşünerek bırakmıştır. Sonrasında ara ara depresif şikâyetlerle birkaç ay ilaç kullanmış, şikâyetleri geçince ilaçları kullanmayı bırakmıştır. Bir yıl önce birkaç ay süren enerji artışı, cinsel istek artışı, planlarda artış başlamıştır. B Bey evlerini restore etmek üzere tek başına memleketine gitmiş, borç alarak harcama yapmış ve daha sonra pişman olmuştur. Bu dönemde ailesiyle ara ara görüşmüş, 8 ay sonra depresif yakınmaları başlayınca ailesinin yanına dönmüştür. Hastaneye başvuran B Bey bir buçuk ay boyunca antidepresan ve antipsikotik ilaç kullanmıştır. Ancak bu süreçte ürolojik sıkıntılarının arttığını düşünmeye başlamış, iştahsızlık nedeniyle 10-15 kg kaybetmiştir. Ailesinin B Bey'in iştahsızlığından, halsizliğinden ve keyifsizliğinden şikâyet etmesi nedeniyle, onların teşvikiyle hastaneye başvurmuştur. B Bey'in psikiyatri kliniğine bipolar bozukluk depresif epizot tıbbi tanısıyla yatışı yapılmış, ilaç tedavisi başlanmış aynı zamanda psikiyatri hemşireliği danışmanlığı başlatılmıştır. Bu süreçte 7 seans elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanmıştır. B Bey 35 gün yatarak tedavi gördükten sonra taburcu edilmiştir. Taburculuk sonrası telefon destekli çevrimiçi görüntülü görüşmelere devam edilmiştir. Rutin poliklinik kontrollerine düzenli olarak gitmeye devam etmektedir.

Etik Konular

Hastanın tanınmaması için isim ve kimlik bilgileri sunulmamıştır. Hasta ile danışmanlık seansları hakkında bilgilerin yazılı şekilde kaydedileceği ve bulguların bilimsel bir forumda yayımlanması hakkında yüz yüze görüşülmüştür. B Bey verilerin yayımlanmasını kabul etmiştir, bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Hastaya ait bu bilgiler çalışmanın sonunda imha edilecektir. Hastanın yatmakta olduğu psikiyatri kliniği sorumlu hekimi, hemşiresi ve hastadan sorumlu hekimden sözel izin alınmıştır.

Müdahalenin Tanımı

Bu müdahalede psikiyatri hemşiresi tarafından hemşirelik süreci uygulanmıştır. Psikoterapötik teknikler hemşirelik bilgi birikimine dayalı uygulanmıştır. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının dikkate alındığı bütüncül bir yaklaşım benimsenmiştir.

12/03/21 ve 16/07/2021 tarihleri arasında, haftada bir, 45-60 dk süren 15 görüşme yapılmıştır. Görüşmelerin ilk beş tanesi psikiyatri yatan hasta kliniğinde, sonraki 10 görüşme hastanın evinde telefon destekli çevrimiçi görüntülü görüşme şeklinde yapılmıştır. B Bey planlı görüşmelere zamanında ve tam katılım göstermiştir. Hemşirelik bakımı psikiyatri yatan hasta kliniğinde çalışmakta olan psikiyatri hemşiresi tarafından sunulmuştur. Araştırmacı psikiyatri hemşiresi ve B Bey'in birinci karşılaşmaları yatan hasta kliniğinde olmuştur. Hasta ile yapılan her görüşme hakkında haftalık olarak psikiyatri hemşireliği alanında uzman öğretim üyesinden süpervizyon alınmıştır.

Birinci görüşmede B Bey ile ilgili veri toplanmıştır. Belirlenen hemşirelik tanıları doğrultusunda hemşirelik sonuç kriterleri ve hemşirelik müdahaleleri belirlenerek bakım planı oluşturulmuştur. Her görüşmede ruhsal durum muayenesi yapılmış, önceki görüşme ile ilgili bağlantı kurulmuş, eğer varsa seanslar arası uygulamalar değerlendirilmiştir. Belirlenen gündem ele alındıktan sonra gerekli ise hastaya uygulama ödevi verilmiştir. Görüşme sonlandırılmadan önce özetleme yapılmış, hastadan geri bildirim alınmıştır. Ayrıca her görüşmede beslenme, uyku, tedaviye uyum değerlendirilmiş; bozulmanın olduğu durumlarda bilgi sunulmuştur.

Müdahale Programı

B Bey ile tanışıldıktan sonra değerlendirme görüşmesi yapıldı (Tablo 1). Müdahalenin hedefleri yapılan ilk görüşmede B Bey ile birlikte oluşturuldu, süreç içinde yapılan değerlendirmeler ile yeni hedefler eklendi (Tablo 2). B Bey ile yapılan değerlendirme görüşmesinden sonra hemşirelik bakımı planlandı. NANDA taksonomisi doğrultusunda B Bey'in özelliklerine göre bireyselleştirilerek standart dilde bakım planlandı. Hemşirelik tanıları Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflandırması (North American Nursing Diagnosis Association International/NANDA-I) ile ilişkili Hemşirelik Sonuçları (Nursing Intervention Classification/NOC) ve Hemşirelik Müdahaleleri (Nursing Outcomes Classification/NIC) Tablo 3. de gösterildi. Hemşirelik bakımının uygulandığı müdahale programı Tablo 4. de gösterildi.

Tablo 1. İlk Değerlendirme

Ruhsal durum değerlendirilmesi	Genel görünüm: Yaşına uygun görünen hasta, mevsime uygun, uyumlu renklerde temiz kıyafetler giyiyordu. Saçları ve sakalları düzenli; traş olmuş, taranmıştı. Öz bakımını yardımla yerine getiriyordu. Üzgün, kaşları çatık yüz ifadesi vardı, postürü çökkündü. Göz teması kuruyordu. Konuşma ve ilişki kurma: Konuşma hızı, miktarı, tonu azalmıştı. Sözleri konuşma amacına uygun ancak sorulara kısmen yanıt oluyordu. Etrafa karşı ilgisiz ancak büyülenmeci bir tutum gösteriyordu. Duygulanım-duygu durumu: Duygu durumu çökkün; duygulanımında güçsüzlük, çaresizlik, değersizlik, pişmanlık, kaygı, öfke vardı. Bilişsel yetiler: Bilinç açık, kişi, yer ve zamana oryantasyonu tamdı. Yakın bellekte bozulma mevcuttu; söylenen 3 kelimeyi 5 dk sonra hatırlayamadı. Halüsinasyon tariflemeyi. Soyut düşünme yetisi, muhakeme yeteneği, gerçeği değerlendirme yetisi yerindeydi. İç görüşü olmayan B Bey, sağlık sorununun fiziksel hastalıkları olduğunu; çözüm bulacak gücü olmadığından, çaresizliğinden kaynaklandığını ifade etti. Tedaviye ihtiyacı olduğunu, bu çaresizlikten kurtulmak istediğini ifade etti. Düşünme: Düşünce içeriğinde sanrı tariflemeyi. İdrar kaçırıldığını, yeterince kıyafeti olmadığını, temizliğini yönetemediği için herkese rezil olacağını, borç aldığı için pişman olduğunu ifade etti. Çaresizlik, güçsüzlük, suçluluk, değersizlik, gece sıkıntıları, sebepsiz yere aniden gerginlik, somatik yakınma, kontrolü kaybetme duygularından yakınıyordu. Davranış: Vücut hareketleri azalmıştı.
Fizyolojik özellikler	Gece uykuya dalmakta zorlanıyor, uyuduğunda da sık sık uyanıyordu. Hafta boyunca hekim istemiyle aralıklı ek doz ilaç verildi. B Bey iştahsızdı, yemek yemeyi yutamadığını söyleyerek reddediyor sadece çorba ve elma yiyordu.
Aile ve sosyal ilişkiler	Sosyal ilişkilerinin iyi olduğunu, arkadaşlarının üst düzey insanlar olduğunu ifade etti. İlişkilerinde sınırları koruyamadığını, baş edebileceğinden daha fazla yükü üstlendiğini, birçoğunun iyi niyetli olmadığını, kendisini iyi bir insan olarak tanımladığını ifade etti. Aile üyeleriyle rol problemleri yaşadığını, zaman zaman sorumluluklarını yerine getirmede yetersiz olduğunu düşünüyordu. Hastanın eşi ile ilişkilerinde ruhsal hastalık nedeniyle sınırlar esnekti, bireysel kararları engelleniyordu. Eşi ve çocuklarının sorunlarını çözmek için yanında olduklarını ancak tam olarak anlayamadıkları için basitleştirdiklerini ifade etti. İlişkileri yüzeyseldi, yalnızlık düşünceleri mevcuttu.

Tablo 2. Müdahalenin Hedefleri

Kendine zarar verme davranışının olmaması	Bedensel ve duygusal belirtilerin azaldığını ifade etmesi
Yeterli beslenme ve sıvı alımının olması	Kendisi ve çevresi ile olumlu iletişimi kurması ve sürdürmesi
Tıbbi tedaviye uyumlu davranışlar göstermesi	Aile içi süreçlerin devamlılığı
Anksiyete düzeyinin azalması	Ruhsal hastalığa uyum geliştirecek yaşam değişiklikleri göstermesi
Günde 7-8 saat uyuması	
Etkisiz baş etme yöntemleri yerine etkili olanları kullanması	

Tablo 3. Hemşirelik Tanısı, Hemşirelik Sonuçları ve Hemşirelik Müdahaleleri Bağlantıları (NNN)

Hemşirelik Tanısı (NANDA-I)	Hemşirelik Sonuçları (NOC)	Hemşirelik Müdahaleleri (NIC)
00146 Hospitalizasyona sekonder çevre değişikliği ve benlik kavramına tehdit algılanmasına bağlı anksiyete	1211 Anksiyete düzeyi 1402 Anksiyete öz kontrolü 1302 Baş etme	5820 Anksiyetenin azaltılması 5880 Sakinleştirme tekniği 5230 Baş etmeyi güçlendirme 6040 Gevşeme terapisi 1460 Progresif kas gevşemesi 4920 Aktif dinleme 5250 Karar verme desteği 4640 Öfke kontrol yardımı 1850 Uykuyu güçlendirme
00002 Depresyona sekonder iştahsızlık ve duygu durumunda değişimlerle ilişkili beslenmede dengesizlik: gereksinimden az	1014 İştah 1621 Uyum davranışı: sağlıklı diyet 1006 Ağırlık: vücut kütlesi	1160 Beslenmenin izlenmesi 5246 Beslenme danışmanlığı 1260 Kilo yönetimi
00198 Depresyona, anksiyete tepkisine bağlı uyku örüntüsünde bozulma	0004 Uyku	6482 Çevre yönetimi: konfor 1850 Uykuyu güçlendirme 1460 Progresif kas gevşemesi 0180 Enerji yönetimi
00069 Kendisine ilişkin olumsuz inançlara bağlı etkisiz baş etme	1302 Baş etme 1405 Dürtü öz kontrolü 1205 Benlik saygısı 1806 Bilgi: sağlık kaynakları 1305 Psikososyal uyum: yaşam değişikliği	5230 Baş etmeyi güçlendirme 5250 Karar verme desteği 5820 Anksiyete azaltma 4700 Bilişsel yeniden yapılandırma 5400 Benlik saygısı güçlendirme 5330 Duygu durum yönetimi 4370 Dürtü kontrol eğitimi 5270 Emosyonel destek 4920 Aktif dinleme 4340 Atılacak öğretiler 4360 Davranış modifikasyonu/değiştirme 6487 Çevre yönetimi: şiddeti önleme
00120 Çaresizlik ve suçluluk duygularıyla ilişkili durumsal düşük benlik saygısı	1205 Benlik saygısı 1305 Psikososyal uyum: yaşam değişimleri 1309 Kişisel dayanıklılık	5400 Benlik saygısını güçlendirme 5230 Baş etmeyi güçlendirme 4700 Bilişsel yeniden yapılandırma 4360 Davranış modifikasyonu/değiştirme 4920 Aktif dinleme 4340 Atılacak eğitimi
00052 Kendiyle meşgul olma, düşünceli ruh hali ile ilişkili sosyal etkileşimde bozulma	1502 Sosyal etkileşim becerileri 1503 Sosyal katılım	4362 Davranış değiştirme: sosyal beceriler 5100 Sosyalizasyonu geliştirme 4310 Aktivite Terapisi 4640 Öfke kontrol yardımı
00140 Bipolar bozukluğa sekonder düşünme süreçlerinde değişikliğe bağlı kendine zarar verme riski	1214 Ajitasyon seviyesi 1211 Anksiyete seviyesi 1208 Depresyon seviyesi 1403 Çarpıtılmış düşünce öz kontrolü 1401 Saldırganlıkta kendine hakim olma 1405 Dürtü öz kontrolü 1201 Umut	4640 Öfke kontrol yardımı 5820 Anksiyete azaltma 6487 Çevre yönetimi: şiddeti önleme 6486 Çevre yönetimi: güvenlik 6450 Delüzyon yönetimi 4354 Davranış yönetimi: kendine zarar verme 4700 Bilişsel yeniden yapılandırma 4370 Dürtü kontrol eğitimi 6160 Krize müdahale 6340 Suicid önleme
00276 Bildik olmayan tanı, tedavilere ve kendisinde olabilirlik konusunda şüphelere bağlı kendi bireysel sağlığını etkisiz yönetme	1601 Uyum davranışı 1623 Uyum davranışı: reçeteli ilaç 1700 Sağlık inançları 1608 Semptom kontrolü	5602 Öğretim: Hastalık süreci 5618 Öğretim: Prosedür/tedavi 5616 Öğretim: Reçeteli ilaç 2380 İlaç yönetimi 5395 Öz yeterlilik geliştirme 4480 Öz sorumluluğu kolaylaştırma 5250 Karar verme desteği
00060 Aile içi rollerde değişime bağlı aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	2600 Aile baş etmesi 2608 Aile dayanıklılığı 2609 Tedavi sırasında aile desteği	5230 Baş etmeyi güçlendirme 7100 Aile bütünlüğünün desteklenmesi 7130 Aile süreçlerinin korunması 7040 Bakım vericinin desteklenmesi 5240 Danışmanlık 7110 Aile katılımının desteklenmesi 5602 Öğretim: Hastalık süreci 5618 Öğretim: Prosedür/tedavi

Herdman ve diğerleri, (2021), Moorhead ve diğerleri, (2018), Wagner ve diğerleri, (2023), Johnson ve diğerleri, (2012) yararlanılarak oluşturulmuştur.

Tablo 4. Müdahale Programı

Hafta	Görüşme İçeriği	Değerlendirme
1.Hafta	Değerlendirme görüşmesi yapıldı. Karşılıklı onay, kurallar, sınırlar, beklentiler görüşüldü. Servis tanıtıldı, işleyiş, kurallar, haklar-sorumluluklar hakkında bilgi verildi. Progresif gevşeme egzersizi hakkında bilgi verilerek uygulama birlikte yapıldı. Egzersiz saatleri planlandı, seans arası uygulama olarak verildi. Sevdiği, iştah açıcı yiyecekler ve temin edilmesi ile ilgili görüşüldü. Beslenme takip çizelgesi oluşturuldu ve doldurması istendi.	Depresyona sekonder iştahsızlık ve duygu durumunda değişimlerle ilişkili beslenmede dengesizlik: gereksinimden az, Hospitalizasyona sekonder çevre değişikliği ve benlik kavramına tehdit algılanmasına bağlı anksiyete, Depresyona, anksiyete tepkisine bağlı uyku örüntüsünde bozulma, Kendisine ilişkin olumsuz inançlara bağlı etkisiz baş etme, Çaresizlik ve suçluluk duygularıyla ilişkili durumsal düşük benlik saygısı, Kendiyle meşgul olma, düşünceli ruh hali ile ilişkili sosyal etkileşimde bozulma hemşirelik tanıları konularak planlama yapıldı.
2.Hafta	Günlük beslenmeye eklenebilecek besinler belirlendi. Duygu-düşünce-davranış bağlantısı anlatıldı. Hastane ortamında kıyafetlerinin düzenlenmesini ve temizliğini başaramadığı düşüncesi ile bağlantılı çaresizlik ve utanç duygusuna yönelik düzenleme ve planlama yapılarak, iki gün devam ettirmesi konusunda desteklendi. Aile bireyi ile görüşülerek değerlendirme ve iş birliği yapıldı. Uyku alışkanlıkları, engelleri değerlendirildikten sonra uyku ile ilgili olumlu, olumsuz düşünceler, uyku ritüelleri geliştirilmesi, uykuya dalmayı kolaylaştıran etmenler, enerji yönetimi tartışıldı. Olumsuz-rahatsız edici düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını kaydetmesi için bir form oluşturularak seans arası uygulama olarak verildi. Seans arası süreçte elektrokonvülsif tedavi (EKT) uygulanan hastaya bilgi verildi, soru sorması için cesaretlendirildi.	Kaygılı bir yüz ifadesi, çökkün postür, duygu durumu çökkün, öfke, suçluluk duyguları hakimdi. Psikomotor aktivite azalmıştı. Kısa süreli bellekte bozulma olduğu, yavaş yavaş ve düşünerek kısık sesle konuştuğu gözlemlendi. Düşünce içeriğinde somatik yakınmaları, anlaşılamadığı kişilerin onu hasta etmesi vardı. Büyükleme ve kendisine karşı suçlayıcı tutumunda azalma gözlemlendi. Beslenme çizelgesinin günlük enerji ihtiyacını karşılamadığı belirlendi. Progresif gevşeme egzersizini yapmıştı, daha sakin hissettiğini ifade etti. B Bey'in bakımdan beklentileri gözden geçirilerek sorunlarının gece sıkıntısı, çaresizlik, iştahsızlık, kilo kaybı olduğu belirlendi.
3. Hafta	Planlanan saatte görüşme gerçekleştirilemedi, destekleyici ilişki kuruldu. Hastanın güvenliği sağlandı. Oryantasyonu sağlamak ve güvende olduğunu hissettirmek amacıyla sık sık açıklama yapıldı. Güvenli bir çevre oluşturularak, uyarılar azaltıldı, istediği zaman konuşabileceği, yemek yiyebileceği konusunda cesaretlendirildi. Öz bakımı desteklendi. Hasta yakınına süreç ile ilgili bilgi verilerek desteklendi.	Çevreye karşı ilgisizdi. Duygu durumunda azalma ve düzensizlik vardı. Çökkün duygu durumunda, anksiyete, suçluluk, öfke, şüphe, iritabilite mevcuttu. Yatağından çıkmıyor, yemek yemeyi reddediyordu. Öz bakımına ilgisizdi, kıyafetleri terlediği için ıslanmıştı, üzerinde lekeler vardı. Gerçeği değerlendirme bozulmuştu; düşünce sürecinde kötülük görme ve alınma sanrıları vardı. Kişi, yer ve zamana oryantasyon bozulmuştu. Sadece kendisine yaklaşıldığında kendini koruyacak bir pozisyona geçerek 'gelme', 'hayır, hayır' 'çaresizim' gibi birkaç kelime söylüyordu. Konuşma miktarı azalmıştı, soruları yanıtsız bırakıyordu. Saçlarını çekerek kendine zarar veriyordu. Seans arası uygulamalarını yapmamıştı. Bakım planına bipolar bozukluğa sekonder düşünme süreçlerinde değişikliğe bağlı kendine zarar verme riski tanısı eklendi . Bir süre sonra ilaçlarını içmeyi kabul etti, saçlarını çekmeyi bıraktı, uykuya daldı. Uyandığında reddedici tutumu azalarak devam etti, yatağından çıkarak, yemek yemeyi kabul etti.
4. Hafta	Bakım süreci hakkında açıklama yapıldı. Tedavi süreci, EKT hakkında bilgilendirme yapılarak, yan etkilerle baş etme yöntemleri tartışıldı, not defteri kullanmasına karar verildi. 'Dipsiz bir kuyunun içindeyim, bir daire etrafında dönüyorum' ifadesini sık kullandı. Duygu-düşünce-davranış	Dördüncü görüşmede çökkün duygu durumunda, duygulanım labildi. Tüm günü odasında düşünerek geçiriyor, zorunlu olmadıkça iletişim kurmuyordu. Katı besinleri yemeye başlamış ve kilo kaybı durmuştu. Beslenme çizelgesi günlük enerji ihtiyacını karşılıyordu. Uykuya dalmakta güçlük çektiği, uykularının bölündüğü gözlemlendi. Uyku öncesi ritüellerini uygulamadığı belirlendi. Düşünce içeriğinde güçsüzlük, çaresizlik düşünceleri hakimdi.

	bağlantısı kurularak çaresizlik hakkında düşünceleri araştırıldı. Etkileşimi ve ortak faaliyetlere katılımı konusunda desteklendi. Uyku öncesi ritüeli koridorda 10-15 dk yürüyüş ve duş alma olarak belirlendi. Sean arası uygulamalar ile ilgili bilgi verilerek, çaresiz hissettiği bir durum olduğunda bunu oluşturulan çizelgeye not alması planlandı.	EKT uygulamasından sonra bazı şeyleri unuttuğundan yakındı, daha önceki görüşmeleri hatırlamıyordu.
5. Hafta	Taburculuk isteğinin nedenleri, huzursuzluk ile ilgili görüşüldü. İlaç yönetimi hakkında psikoeğitim verildi. Baş etme yöntemleri tartışıldı. Seans arası uygulama sıkıntı hissettiği durumlarda sadece düşüncelerini yazması ile sınırlandırıldı.	Kaygılı ve heyecanlı görünüyordu. Israrcı bir şekilde taburcu olmayı talep etti. Hasta verilen ödevi aklını toparlayamama, huzursuzluk nedeniyle yerine getirememişti. Gece uykuya dalmakta zorluk yaşasa da sık sık uyanmadığını ifade etti. Hasta bu görüşmeden sonra taburcu oldu, görüşmeler hastanın ailesinin teknoloji desteğiyle çevrim içi olarak gerçekleştirildi. Bakım planına bildik olmayan tanı, tedavilere ve kendisinde olabilirlik konusunda şüphelere bağlı kendi bireysel sağlığını etkisiz yönetme hemşirelik tanısı eklendi.
6. Hafta	Uygulama sıkıntı yaşadığı durumlarda düşünce ve duygularını yazması şeklinde genişletildi, çizelge oluşturuldu. Progresif kas gevşeme ve nefes egzersizlerini evinde yapacağı saatler ve ortam planlandı. Bipolar bozukluk, tedavi süreci, haberci belirtiler, hastalığın yinelenmesini önleyici acil plan geliştirme ve yasal haklar konularında psikoeğitim verildi. Yapılan bilgilendirmelerde hastalık ile ilgili deneyimlerini paylaşması yönünde desteklendi.	Taburculuk sonrası ötimik duygu durumdaydı. Verilen uygulamayı yerine getirdi. Kısa süreli hafızada bozulma devam ediyor ancak notlar alarak baş edebiliyordu. Uykuya dalmakta zorluk yaşamadığını, gece sıkıntılarının azaldığını ifade etti. Kronik psikiyatrik hastalık tanısını alması karşısında akla uygunlaştırma, telafi savunma mekanizmalarını kullanıyordu. Hastalık belirtilerini ve dışı vuran davranışlarını herkesin yapabileceği, keyif aldığı ve hoşlandığı şeyler ile meşgul olmak olarak algıliyordu.
7. Hafta	İlaç yönetimi hakkında psikoeğitim tekrarlandı. Unutmaya bağlı ilaç uyumsuzluğunu engellemek amacıyla ilaç çizelgesi yapıldı, düzenli doldurması planlandı. Aile ile görüşme planlanarak, iç görüşme eksikliği olan B Bey'in ilaç yönetimi takibinin yapılması, sağlıklı beslenme, uyku için destekleyici ortam oluşturulması ile ilgili bilgi verildi.	Ötimik duygu durumdaydı. Sıkıntı yaşadığı durumları not almıştı. Gece sıkıntısı yaşamadığını ifade etti. Hastalığa karşı kabul ve farkındalığında artış gözlemlendi, bazı hastalık belirtilerinin kendinde olduğunu kabul etti.
8-9. Hafta	Yararsız düşünme stilleri ve düşünce değiştirme yöntemleri görüşüldü. Olumsuz düşünce ve inançları düşünce-duygu-davranış bağlantısı kurularak görüşüldü.	Ötimik duygu durumdaydı. İlaç çizelgesini doldurmaya devam etmişti. Sıkıntı yaşadığı durumları not almıştı. Çaresizlik, suçluluk, güçsüzlük, öfke ve çatışmacı tutumunda azalma gözlemlendi.
10. Hafta	Öfkeye neden olan düşünceleri değerlendirilerek yerine geçebilecek alternatif olumlu düşünceler tartışıldı. Dürtü kontrol psikoeğitimi verildi. Keyif aldığı aktiviteler belirlendi, kızı ile görüşülerek çevrim içi ortamda kitap incelemesi yapıp satın alabilmesi sağlandı. Eşi ile birlikte yemek yapma, balkon düzenleme, bitki-çiçek bakımı gibi yeni aktiviteler oluşturuldu.	Duygu durum öfkeli, duygulanım labil, öfke, tiksinti, küçümseme içeriyordu. Kısıtlamalar nedeniyle evde sıkıldığını, her günün aynı geçtiğini ifade etti. Ailesi ile iletişimde manüplatif, savunucu ve tepkisel bir tutumda ancak iletişim sorunu yaşamadığını ifade etti. Bunun yerine iletişim kurduğu diğer bireylerle olan çatışmalarından bahsederek yer değiştirme savunma mekanizmasını kullanıyor, öfkeleniyordu. İlaç çizelgesi ve sıkıntı yaşadığı durumlar çizelgesini doldurmaya devam etmişti. Bakım planına aile içi rollerde değişime bağlı aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma hemşirelik tanısı eklendi.
11. Hafta	Psikososyal ve ailesel streslerle baş etme ve öz yönetim becerisi geliştirmeye yönelik problem çözme becerileri psikoeğitimi verildi.	Hasta ötimik duygu durumda; mutlu, sakin görünüyordu. Seanslar arası uygulamaları yapmaya devam etti. Görüşmeye balkonda yetiştirmeye başladığı çiçeklerini göstererek başladı, okuduğu kitap ile ilgili bölümlerden bahsetti.
12. Hafta	Planlanan görüşme yerine hastalık ve düzenli ilaç kullanmanın önemi hakkında görüşüldü.	Duygu durum huzursuz, heyecanlıydı. Uzun süreli ve yakın bellekte bozulma saptandı. Önceki görüşmelerde üzerinde görüşülen hastalık bilgisini hatırlamadı, bipolar bozukluk ile ilgili sorular sordu.

	Hastanın ilaçları kullanmak istememe nedenleri, ilaçları düzenli kullanmanın kazanımları problem çözme yaklaşımı ile tartışıldı. İlaç çizelgesini kullanmaya devam etmesi konusunda desteklendi. Hasta yakını ile iletişime geçilerek bakıma katılımı sağlandı ve hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirildi.	Görüşme esnasında birkaç defa kalkıp gezindi. Konuşma miktarı artmıştı. Düşünce içeriğinde hastalık belirtilerinin devam etmediği, sıkıntılı hissetmediği, uykuların düzelmesi nedeniyle ilaçları içmeye gerek olup olmadığı vardı. İlaç çizelgesini kullanma konusunda isteksizdi, antipsikotik ilacını birkaç gündür almadığını ifade etti.
13. Hafta	Problem çözme yaklaşımı ile ilaç yönetimi süreci değerlendirildi, baş etme yöntemleri tartışıldı. İlaçların saç dökülmesine neden olduğu için dozunu azaltmak istediğini ifade etti. Olumlu-olumsuz iletişim kalıpları deneyimler üzerinden tartışılarak incelendi. Aile ile görüşme planlandı. Bipolar bozukluk ve ilgili kavramlar, haberci belirtiler, tedavi, düzenli ilaç kullanmanın önemi, hastalığa bağlı zorlayıcı davranışlarla baş etme, hatalı iletişim kalıpları konusunda bilgi verildi.	Duygu durumu ötimik, duygulanımı heyecanlı, mutluydu. Seanslar arası uygulamaları yapmaya devam etti. İlaçlarını düzenli kullanmaya başlamıştı. İlaçlarını önerilen dozda kullanacağını ve en yakın zamanda hekime danışacağını ifade etti.
14. Hafta	Olumlu iletişim yöntemleri, atılganlık becerileri psikoeğitimi verildi. Bir sonraki seansta görüşmelerin sonlandırılmasının planlandığı konusunda bilgi verildi.	Ötimik duygu durumda; mutlu, sakin görünüyordu. Seanslar arası uygulamaları yapmaya devam etti. Ailesiyle birlikte fikirlerini organize ederek seyahat planladığını, hastalık yönetimi ile ilgili sorumluluklarını planladığını ifade etti.
15. Hafta	Sonlandırma evresi değerlendirildi; hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı, görüşmelerle ilgili düşünceleri, duygularını paylaşması için fırsat verildi. Progresif gevşeme ve solunum egzersizi, ilaç çizelgesi yapmaya devam etmesi planlandı. Bir ay sonra on altıncı görüşme planlandı.	Duygu durumu ötimikti. İlaç uyumu ve hastalık yönetimi devam eden B Bey’de uyku, beslenme, kişiler arası ilişkiler normal olarak değerlendirildi. İşlevsellik düzeyinde görülen artış günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı ve sosyal katılımı ile gözlemlendi. B Bey yaşamında problem olarak algıladığı gece sıkıntıları, çaresizlik duygusunu süreç sonunda problem olarak algılamamaya başlayarak, çözüm yolları üretti. Somatizasyon ve duygusal belirtilerini sözel olarak ifade etmeye başlayarak farkındalık geliştirdi. Süreçteki kazanımları yoluyla evde bakımının sürekliliği ve kendi kendine duygu kontrolü sağlandı. Aile üyelerinin iletişimi ve etkileşimi olumlu yönde geliştiği, birbirlerine daha destekleyici yaklaşımda bulunmaya başladıkları gözlemlendi.
20. Hafta	Takip görüşmesinde hasta değerlendirildi.	Duygu durumu ötimikti. Süreç boyunca elde edilen kazanımları sürdürdüğü belirlendi. Ayrılma aşamasını olumlu ancak hüzünlü bir tutumla karşılayan B Bey ailesi ile birlikte yüz yüze görüşme talebinde bulundu. Görüşmelerin başında bildirilen kurallar hatırlatılarak, uygun olmayacağı açıklandı. B Bey ile görüşmeler iş birliği ile sonlandırıldı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada B Bey ile işbirlikçi bir terapötik ilişki kurulmuş, hedeflerin bir kısmına ulaşılmış, bir kısmına ise kısmi olarak ulaşılmış, süreç birlikte sonlandırılmıştır. Bipolar I bozukluğu olan bireylerin, özellikle taburculuktan sonra ilk birkaç hafta içinde hastaneye yeniden yatırılma riski bulunmaktadır (İlgen, Hu, Moos ve McKellar, 2008). Bipolar bozukluğu olan çoğu birey, tam bir epizoddan iki ila dört hafta önce nüks başlangıç semptomları yaşamaktadır (Jackson, Cavanagh ve Scott, 2003). Abdul Moneam ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan araştırmada bipolar bozukluğu olan katılımcıların yaklaşık üçte birinde tedaviye rağmen semptomların tekrarladığı, belirli risk faktörlerinin 3 aydan daha kısa bir süre içinde yeniden hastaneye yatırılma olasılıklarını artırdığı belirlenmiştir. Bu riskler işsiz olma, çok kalabalık yerlerde yaşama, sosyal izolasyon, stresli yaşam olayları yaşama, sabit gelire veya destekleyici ailelere sahip olmamadır (Abdul Moneam, El-Hamady, Abd-Elmaksoud ve Mahmoud, 2022). Bipolar I bozukluğu olan ve hastanede yatan yetişkin bireyler ile yapılan araştırmada ise katılımcıların %12'si taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde tekrar hastaneye yatırılmış, düşük psikososyal işlevsellik ve hastaneye yatış öncesi çoklu ilaç kullanımı erken yeniden hastaneye yatışın belirleyicileri olduğu bildirilmiştir (Bozzay ve diğerleri, 2019). Dolayısıyla

bu bireyler için hastaneden topluma geçiş zorlu bir dönem olabilmektedir. Bu vakada bu amaçla taburculuktan sonra danışmanlık sürecine devam edilmiş, taburculuk sonrası 20 haftalık değerlendirmede hastaneye yatış ya da nüks yaşanmamıştır. Benzer şekilde Marcus ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan araştırmada bipolar bozukluk ve şizofrenide taburculuktan sonraki 30 gün boyunca yapılan ayaktan ziyaretler, 90 gün boyunca tekrar hastaneye yatış riskinin azalması ile ilişkili bulunmuştur.

Ruhsal hastalık örnekleminde iletişim ve karar verme çalışmalarının incelendiği sistematik derleme çalışmasında, bipolar bozukluğu olan hastaların karşılanmamış karar verme gereksinimleri olduğu ve daha fazla katılım istedikleri; klinisyen danışmanlığının hasta katılımını etkilediği, empati, etkili dinleme gibi kişilerarası etkileşimlerin terapötik ilişkileri ve tedavi uyumunda artışı, hasta memnuniyetini ve intihar düşüncesini azalttığı bulunmuştur (Fisher, Manicavasagar, Kilm ve Juraskova, 2016). Ayrıca bipolar bozukta beslenme, egzersiz, inançların yanı sıra refah, başa çıkma stratejileri ve sağlığa yönelik tutumları hedef alan yaşam tarzı müdahaleleri komorbid rahatsızlık riskini azaltmada önem kazanmaktadır (Bauer ve diğerleri, 2016). Bu vakada öncelikle temel yaşam tarzı müdahaleleri ele alınmış, uzun vadede psikososyal müdahaleler ile işlevselliği ve bağımsızlığı desteklenmiştir.

Bipolar bozukluğun seyri ve orta vadeli sonuçları ile hangi psikososyal müdahalelerin ilişkili olduğunun araştırıldığı meta analiz çalışmasında, poliklinik hastalarının ilaç tedavisi ile birlikte hastalık yönetim stratejilerini vurgulayan ve başa çıkma becerilerini geliştiren beceri temelli psikososyal müdahalelerden yararlanabileceği bildirilmektedir (Miklowitz ve diğerleri, 2021). B Bey ile yapılan görüşmelerde de beceri temelli davranış değiştirme yöntemleri ve dürtü kontrol, problem çözme, atılacak becerileri gibi psikoeğitimler uygulanmıştır. Bipolar bozuklukta ilaç tedavisine ek olarak psikoeğitimin yeni duyudurum ataklarının sıklığında, hastanede kalış süresinde azalmaya ve ilaç tedavisine uyumda artış konusunda olumlu sonuçları gösterilmiştir (Rabelo, Cruz, Ferreira, de Mattos Viana ve Barbosa, 2021). Psikoeğitim rutin klinik uygulamada uygulandığında duygu durum atakları ve yatarak bakım riskini azaltmaktadır (Joas ve diğerleri, 2020). Bu vakada Gümüş, Buzlu ve Çakır (2016) tarafından bipolar bozukluğu olan bireyler için uygun ve etkili olduğu bildirilen psikoeğitim programı; hastalık hakkında bilgi, haberci belirtiler, hastalığın yinelemesini önleyici acil plan geliştirme ve yasal haklar, ilaç etki ve yan etkilerini değerlendirme, iletişim ve problem çözme becerilerini içerecek şekilde uygulanmıştır. Mani ve depresyon için nüks başlangıç belirtilerini tanımayı ve yönetmeyi öğreten psikoeğitim müdahaleleri olağan bakımla karşılaştırıldığında bipolar epizodları, hastaneye yatışları azaltabilmektedir (Joas ve diğerleri, 2020). Bu müdahalelerin hem dijital ortamda hem de yüz yüze sunulduğunda olumlu etkilerinin gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır. Bipolar bozukluğu olan bireylere hastalığın nüksetmesinin erken uyarı işaretlerini, tetikleyicileri tanımayı ve bunlara yanıt vermeyi öğreten dijital müdahaleler başarılı bir tedavinin ardından sürekli destek arayan kişiler için ucuz ve erişilebilir bir seçenek sunmakta, yüksek işlevsellik ve düşük nüksetme oranları ile sonuçlanmaktadır (Lobban ve diğerleri, 2017).

İlaç uyumsuzluğu sonraki hastaneye yatışları öngörmektedir. İlaç uyumunu iyileştirmeye yönelik yapılan başarılı müdahalelerde ise eğitimsel ve davranışsal müdahaleler bir arada kullanılmaktadır (Loots ve diğerleri, 2021). Basit, Mathews, and Kunik (2020) tarafından depresyon, bipolar bozukluk veya şizofreni olan kişilerde ilaç uyumu için teletıp müdahalelerinin değerlendirildiği sistematik derlemede teletıp depresyon, bipolar bozukluk veya şizofreni hastalarında ilaca uyumu iyileştirebileceği bildirilmiştir. İlaç yan etkileri, içgörü eksikliği, bilişsel işlev bozukluğu, karmaşık tedavi planı hastaya bağlı ilaç uyumunu engelleyen faktörlerdendir (Loots ve diğerleri, 2021). Bu engelleyici faktörlere sahip, remisyon dönemlerinde ilaç bırakma öyküsü olan ve süreç içinde de bir defa ilaçlarını kullanmayı bırakan, birkaç defa bu yönde isteğini ifade eden B Bey, sürecin sonunda 4 haftada ilaçlarını düzenli kullanmış, düzenli kullanmaya devam edeceğini ifade etmiştir. İç görüşü olmayan hastanın ilaç uyumunun sağlanmasında aile bireylerinin bakıma katılımı ve destekleyici tutumunun önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Literatürde hastaların ailelerine uygulanan psikoeğitimin ilaç uyumuna etkisinin araştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Fitriani ve Suryadi (2018) tarafından bipolar bozukluğu olan bireyler ve aileleri için çevrimiçi psikoeğitim müdahalesinin kullanımı incelenmiş; doğrudan müdahale yönetiminde engelleri aşmasında etkili olduğu, maliyet tasarrufu sağlayabileceği, hastalar ve ailelerinin ihtiyaç duyduğu bilgileri elde etmek için erişim ve hizmetleri kolaylaştırabileceği ortaya koyulmuştur. Ayrıca aileler için, çevrimiçi müdahalenin çok etkili olduğu çünkü hastalarının nasıl ele alınacağına dair bilgilerin yanı sıra kendileri için öz-denetim yönetimi ile ilgili ayrıntıların etkili olduğu bildirilmiştir (Fitriani ve Suryadi, 2018). Ancak psikoeğitimin mani veya depresyon semptomlarının ciddiyetine veya hastanın yaşam kalitesine, işlevselliğine müdahale etmediği, aile bireyleri ile yapılan psikoeğitimsel müdahalelerin hastaların ilaç uyumunu değiştirmediği bildirilmiştir (Rabelo ve diğerleri, 2021). Bu çalışmada aile ile iş birliği kurulmuş, planlı ve bireyselleştirilmiş psikoeğitim uygulanmış, katılımları sağlanmıştır. Böylece hem sürecin devamlılığına katkı sağlanmış hem de ailenin hastalığa bağlı tepkileri anlamasını ve bununla baş etmesine destek olmuştur. Ailenin ilaç yönetiminde en önemli katkısı ise iç görüşü olmayan hastanın ilaç yönetimini takip etmesi, ilaç uyumsuzluğunun erken dönemde fark edilmesine ilişkin bilgi sahibi olmalarıdır. Diğer taraftan ilaç uyumunun sağlanmasında hastaya ve hastalık belirtilerine karşı ailenin destekleyici tutumunun süreci kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Taburculuk sonrası görüşmelerin çevrim içi yapılmasının terapötik ilişkiye engel oluşturmadığı düşünülmüştür. Nitekim Beebe ve Tian (2004) tarafından Telefonla Problem Çözme Müdahalesi öncesi şizofrenik bozukluk tanılı hastalar ile yakınlık kurmak için önce yüz yüze görüşmelerin yapılmasının telefon görüşmelerinde daha uzun süre sohbet ve daha fazla duygu ifadesi içerdiği bildirilmiştir. Bu çalışmada da görüşmelerin yüz yüze başlaması terapötik ilişkiyi kolaylaştırmıştır. Ancak B Bey görüşme yapılan odada yalnız olsa da evde diğer aile bireyleri ile birlikte olması temkinli ve tedirgin olmasına; zaman zaman kendini tam olarak açmamasına neden olmuş olabilir. Bu çalışmanın diğer bir kısıtlılığı ise, NOC ölçeklerinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının olmaması nedeniyle, hedeflerin sonuç göstergelerine dayalı puanlanarak değerlendirilememesidir.

SONUÇ

Bu çalışma ile hastanede yatmakta olan tip 1 bipolar bozukluk, depresif epizot tıbbi tanısı olan bireye ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi tarafından hemşirelik bakım planı doğrultusunda sunulan danışmanlığın, klinikte başlatılarak taburculuk döneminde de devam edilebileceği ve bazı olumlu sonuçları gösterilmiştir. Ancak sonuçlar müdahalenin sunulduğu zamana ilişkin bilgi sunmakta, psikiyatri hemşirelerinin yetkinliğinde olan bu sürecin sürdürülebilirliği; politikalar, iş gücü yetersizliği, teknolojik destek gibi nedenlerle kesin olarak belirlenememektedir. Psikososyal tedavilerde zorluğun mevcut uygulamaların uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği ile ilgili olduğu düşünüldüğünde, psikiyatri yatan hasta kliniklerinde bakım planı doğrultusunda yapılandırılmış yüz yüze görüşmelerin sürdürülebilir olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda hem hemşirelik eğitiminde hem de klinik uygulamada bakım sunulan bireylere yararlı olabilecek psikiyatri hemşireliği uygulamalarının desteklenmesi önemlidir. Ruh sağlığı teknolojilerine karşı farkındalığın artması, mesleki pratiğe nasıl yerleştirilebileceği ile ilgili uygulama ve araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Yazar Katkıları: Fikir ve tasarım: T.A., B.Ö. Veri toplama ve hasta Yönetimi: T.A. Veri analizi ve yorumlama: T.A., B.Ö. Makale yazımı: T.A. Eleştirel inceleme: B.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansman: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Abdul Moneam, O. A. H., El-Hamady, M. M., Abd-Elmaksoud, S. F., & Mahmoud, M. M. (2022). Risk Factors for Rehospitalization among Bipolar Patients. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(1), 5601-5613.
- Aboujaoude E., Salame W., Naim L. (2015). Telemental health: A status update. *World Psychiatry*, 14(2), 223-230.
- Adams S. M., Rice M. J., Jones S. L., Herzog E., Mackenzie L. J., Oleck L. G. (2018). TeleMental Health: Standards, reimbursement and Interstate practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(4), 295-305.
- Ameel, M., Achterberg, T. V., Kinnunen, U. M., Kontio, R., & Junttila, K. (2021). The Core Nursing Interventions in Adult Psychiatric Outpatient Care Identified by Nurses, a Delphi Study. *International journal of nursing knowledge*, 32(3), 177-184.
- Ameel, M., Kontio, R., Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(9-10), 301-322.
- Baird M. B., Whitney L., Caedo C. E. (2018). Experiences and attitudes among psychiatric mental health advanced practice nurses in the use of telemental health: Results of an online survey. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(3), 235-240.
- Basit, S. A., Mathews, N., Kunik, M. E. (2020). Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *General hospital psychiatry*, 62, 28-36.
- Bauer, I. E., Galvez, J. F., Hamilton, J. E., Balanza-Martinez, V., Zunta-Soares, G. B., Soares, J. C. ve Meyer, T. D. (2016). Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: a systematic review. *Journal of psychiatric research*, 74, 1-7.
- Beebe, L. H., & Tian, L. (2004). TIPS: Telephone intervention—problem solving for persons with schizophrenia. *Issues in mental health nursing*, 25(3), 317-329.
- Bozzay, M. L., Gaudiano, B. A., Arias, S., Epstein-Lubow, G., Miller, I. W., & Weinstock, L. M. (2019). Predictors of 30-day rehospitalization in a sample of hospitalized patients with Bipolar I disorder. *Psychiatry research*, 281, 112559.
- Carson, V. B., & Yambor, S. L. (2012). Managing patients with bipolar disorder at home: a family affair and a psychiatric challenge in home healthcare. *Home Healthcare Now*, 30(5), 280-291.
- Chan S., Parish M., Yellowlees P. (2015). Telepsychiatry today. *Current Psychiatry Reports*, 17(11), Article 89.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Popova, E., Bonnin, C. M., & Scott, J. (2009). Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 30-35.
- Comes, M., Rosa, A., Reinares, M., Torrent, C., Vieta, E. (2017). Functional impairment in older adults with bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(6), 443-447.
- Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2011). The clinical management of bipolar disorder: A review of evidence-based guidelines. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13, pii: PCC.10r01097.
- Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International journal of nursing studies*, 47(7), 896-908.

- Dopke, C. A., McBride, A., Babington, P., Jonathan, G. K., Michaels, T., Ryan, C., Goulding, E. H. (2021). Development of coaching support for LiveWell: a smartphone-based self-management intervention for bipolar disorder. *JMIR formative research*, 5(3), e25810.
- Farrell, A., George, N., Amado, S., Wozniak, J. (2022). A systematic review of the literature on telepsychiatry for bipolar disorder. *Brain and Behavior*, 12(10), e2743.
- Finley, B. A., Shea, K. D., Maixner, R., & Slebodnik, M. (2021). Advanced practice registered nurses using synchronous telepsychiatry: An integrative systematic review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(4), 271-282.
- Fisher, A., Manicavasagar, V., Kiln, F., Juraskova, I. (2016). Communication and decision-making in mental health: a systematic review focusing on bipolar disorder. *Patient education and counseling*, 99(7), 1106-1120.
- Fitriani, N., Suryadi, I. (2018). A review study on online psycho-education for the bipolar disorder patient and their caregivers. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 6(2), 84-89.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., ... Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381, 1672-1682. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0.
- Graneek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disorders*, 18(2), 192-199.
- Gümüş, F., Buzlu, S., Çakır, S. (2016). A Sample Individual Psychoeducation Model for Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 142-147.
- Henry B. W., Block D. E., Ciesla J. R., McGowan B. A., Vozenilek J. A. (2017). Clinician behaviors in telehealth care delivery: A systematic review. *Advances in Health Science Education*, 22(4), 869-888.
- Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes C. (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification, 2021-2023: Georg Thieme Verlag.
- Hirschfeld, R. M., Bowden, C. L., & Gitlin, M. J. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. *American Psychiatric Association*. Retrieved from http://dbsanica.org/docs/APA_Bipolar_Guidelines.1783155.pdf.
- Hubley, S., Lynch, S. B., Schneek, C., Thomas, M., & Shore, J. (2016). Review of key telepsychiatry outcomes. *World journal of psychiatry*, 6(2), 269.
- Hurley, J., Lakeman, R., Linsley, P., Ramsay, M., & Mckenna-Lawson, S. (2022). Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles and identities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 796-822.
- Ilgen, M. A., Hu, K. U., Moos, R. H., & McKellar, J. (2008). Continuing care after inpatient psychiatric treatment for patients with psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 59(9), 982-988.
- Jackson, A., Cavanagh, J., & Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of affective disorders*, 74(3), 209-217.
- Joas, E., Bäckman, K., Karanti, A., Sparding, T., Colom, F., Pålsson, E., Landén, M. (2020). Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization—a within-individual analysis using registry data. *Psychological medicine*, 50(6), 1043-1049.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Maas, M. L., & Swanson, E. (2011). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions*. Elsevier Health Sciences.
- Jones, S., Mulligan, L. D., Law, H., Dunn, G., Welford, M., Smith, G., & Morrison, A. P. (2012). A randomised controlled trial of recovery focused CBT for individuals with early bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 12, 204.
- Lobban, F., Dodd, A. L., Sawczuk, A. P., Asar, O., Dagnan, D., Diggle, P. J., ... & Jones, S. (2017). Assessing feasibility and acceptability of web-based enhanced relapse prevention for bipolar disorder (ERPonline): a randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 19(3), e85.
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., Dilles, T. (2021). Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10213.
- Marcus, S. C., Chuang, C.-C., Ng-Mak, D. S., Olfson, M. (2017). Outpatient follow-up care and risk of hospital readmission in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 68(12), 1239-1246.
- McCormick, U., Murray, B., & McNew, B. (2015). Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(9), 530-542.
- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78(2), 141-150.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)-E-Book: Nursing Outcomes Classification (NOC)-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- 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.
- Rabelo, J. L., Cruz, B. F., Ferreira, J. D. R., de Mattos Viana, B., Barbosa, I. G. (2021). Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World Journal of Psychiatry*, 11(12), 1407.
- Salcedo, S., Gold, A. K., Sheikh, S., Marcus, P. H., Nierenberg, A. A., Deckersbach, T., & Sylvia, L. G. (2016). Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: current state of the research. *Journal of affective disorders*, 201, 203-214.
- Schroeder, R. A. (2022). Adaptation or revolution: Telemental health and advanced practice psychiatric nursing during COVID-19. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(3), 241-248.

- Schubert N. J., Backman P. J., Bhatia R., Corace K. M. (2019). Telepsychiatry and patient-provider concordance. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 24(3), 75-82.
- Scott, J., Colom, F., & Vieta, E. (2007). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, **10**, 123–129.
- Shore, J. H. (2013). Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 256-262.
- Spahn K. (2017). A nurse practitioner's view on telehealth. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 192.
- Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (2023). *Nursing interventions classification (NIC)-E-book: nursing interventions classification (NIC)-E-book*. Elsevier Health Sciences.