

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE HEMŞİRE
GÖZLEMİ İLE MANİ BELİRTİLERİ VE İNTİHAR
OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARZU SENEM

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
TEMMUZ – 2018**

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE HEMŞİRE
GÖZLEMİ İLE MANİ BELİRTİLERİ VE İNTİHAR
OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARZU SENEM

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

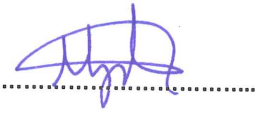
**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi: Serpil TÜRKLEŞ**

**MERSİN
TEMMUZ – 2018**

ONAY

Arzu SENEM tarafından Dr. Öğretim Üyesi Serpil TÜRKLEŞ danışmanlığında hazırlanan "Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Hemşire Gözlemi ile Mani Belirtileri ve İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Meltem MERİÇ	
Üye	Doç. Dr. Mualla YILMAZ	
Üye	Dr. Öğretim Üyesi Serpil TÜRKLEŞ	

Yukarıdaki jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu'nun 24.07/2018 tarih ve 2018/317 sayılı Kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYANI

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

02 Temmuz 2018 / 02 July 2018

İmza / Signature

Arzu Senem

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE HEMŞİRE GÖZLEMİ İLE MANİ BELİRTİLERİ VE İNTİHAR OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmanın amacı; psikiyatri kliniklerinde hemşirenin etkileşimsel gözlem yoluyla bipolar bozukluğu olan bireyleri değerlendirmesinin bireydeki mani belirtileri ve intihar olasılığını belirlemede ne derece etkili olduğunu belirlemektir. Araştırmanın örneklemini 01 Ağustos-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Bipolar Bozukluk tanısıyla yatan bireyler oluşturmuştur (n=56). Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama ve standart sapma, yüzde değerler ve Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği toplam puan ortalaması 0.83 ± 0.30 'dur. Hastaların Sosyal ilgi ve düzenlilik, Psikomotor ajitasyon ve iritabilite ve Psicotizm alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 0.88 ± 0.35 , 0.99 ± 0.44 ve 0.42 ± 0.67 bulunmuştur. Young Mani Derecelendirme Ölçeği puan ortalaması 14.25 ± 0.33 'dür. Yükselmiş duygudurum alt boyutu puan ortalaması 1.27 ± 0.77 , Hareket ve enerji artışı 1.50 ± 1.24 , Cinsel ilgi 0.66 ± 0.77 , Uyku 0.98 ± 1.10 , İritabilite 2.04 ± 1.73 , Konuşma hızı ve miktarı 2.93 ± 0.02 , Düşünce yapı bozukluğu 0.71 ± 0.93 , Düşünce içeriği 2 ± 2.80 , Yıkıcı-saldırgan davranış 0.71 ± 1.40 , Dış görünüm 0.73 ± 0.84 ve İçgörü 0.71 ± 1.34 'dür. İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalaması 77.57 ± 11.32 'dir. Umutsuzluk, Olumsuz kendilik değerlendirmesi, Düşmanlık ve İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 26.50 ± 5.16 , 22.16 ± 4.15 , 14.18 ± 3.77 , 14.73 ± 5.13 'tür. Çalışmamızda bipolar bozukluğu olan bireylerin %48.2'sinin orta düzeyde ve 51.8'inin şiddetli düzeyde intihar olasılığı olduğu saptanmıştır. Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği puanları arttıkça Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarında da anlamlı artış belirlenmiştir. İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarındaki artışa paralel olarak Young Mani Ölçeği puan ortalamasının da anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin gözlem yoluyla bipolar bozukluğu olan bireyde mani belirtileri ve intihar riskini değerlendirirken "Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği"ni düzenli bir şekilde kullanması önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin psikiyatri kliniğinde nesnel gözlem yapma becerisini geliştirmesi için ruhsal semptomlar, intiharda risk faktörleri ve hemşire gözlemi konularında eğitim, sempozyum ve kurslara katılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bipolar, İntihar, Hemşire, Etkileşim, Gözlem

Danışman: Doktor Öğr. Üyesi Serpil TÜRKLEŞ, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin

ABSTRACT

ASSESSMENT OF MANIC SYMPTOMS AND SUICIDALITY IN INDIVIDUALS WITH BIPOLAR DISORDER THROUGH NURSE OBSERVATION

The purpose of this research was to determine how effective nurses' assessment of individuals with bipolar disorder through interactive observation in psychiatric units is in determining individuals' manic symptoms and suicide probability. The study sample consisted of individuals who were diagnosed with bipolar disorder in Mersin University Hospital and Mersin City Training and Research Hospital Psychiatric Unit between 01 August and 31 December 2017 (n=56). Data were collected with a Personal Information Form, the Young Mania Rating Scale, the Suicide Probability Scale, and the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients. Data were analyzed using mean and standard deviation, percentage values, and Pearson Correlation coefficient.

The mean score of the participants on the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients was 0.83 ± 0.30 . The participants' mean scores on the subscales of Social Interest and Neatness, Psychomotor Agitation and Irritability, and Psychoticism were 0.88 ± 0.35 , 0.99 ± 0.44 and 0.42 ± 0.67 , respectively. The participants' mean score on the Young Mania Rating Scale was 14.25 ± 0.33 . Their mean scores on the subscales were 1.27 ± 0.77 for Elevated Mood, 1.50 ± 1.24 for Increased Motor Activity-Energy, 0.66 ± 0.77 for Sexual Interest, 0.98 ± 1.10 Sleep, 2.04 ± 1.73 for Irritability, 2.93 ± 0.02 for Speech Rate and Amount, 0.71 ± 0.93 for Language-Thought Disorder, 2 ± 2.80 for Thought Content, 0.71 ± 1.40 for Disruptive-Aggressive Behavior, 0.73 ± 0.84 for appearance and 0.71 ± 1.34 for Insight. The participants' mean score on the Suicide Probability Scale was 77.57 ± 11.32 . Their mean scores on the subscales of Hopelessness, Negative Self-Evaluation, Hostility and Suicide Ideation were 26.50 ± 5.16 , 22.16 ± 4.15 , 14.18 ± 3.77 and 14.73 ± 5.13 , respectively. The results revealed that 48.2% of the individuals with bipolar disorder in this study had moderate levels of suicide probability and 51.8% had severe suicide probability. Significant increases were also noted in the scores of the Young Mania Rating Scale and the Suicide Probability Scale as the participants' scores increased on the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients. Finally, in parallel with the increase in the participants' Suicide Probability Scale mean scores, their mean scores on the Young Mania Rating Scale was also found to increase significantly.

In the light of these results, it is suggested that nurses regularly use "the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients" when assessing manic symptoms and suicide risk in individuals with bipolar disorder through observation. It is also suggested that nurses participate in training, symposiums and courses in psychiatric symptoms, risk factors of suicide and nurse observation in order to improve their ability to perform objective observations in psychiatric units.

Keywords: Bipolar, Suicide, Nursing, Interaction, Observation

Thesis Supervisor: Assist. Prof. Serpil TÜRKLEŞ, Mersin University, Department of Nursing, Mersin

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecinde bana fikirleriyle rehberlik eden, sabırla ilgi ve desteğini esirgmeden yol gösteren, farklı bakış açıları kazandıran ve motive eden değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serpil TÜRKLEŞ'e,

Yüksek lisans ders sürecinde benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan, tez sürecinde manevi desteği ve sevgisiyle onurlandığım hocam Doç. Dr. Mualla YILMAZ'a ve tüm hocalarıma,

Veri toplama aşamasında benden desteğini esirgemeyen Mersin Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniği sorumlu hemşiresi Nurdan YÜKSEL'e ve psikiyatri kliniğinde görevli olumlu işbirliği sağladığım meslektaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana güvenerek her zaman yanımda olan sevgili anne, baba, kardeşlerim ve yeğenim Selver'e,

Tez sürecinde bana her türlü desteğiyle güç veren sevgili eşim Savaş SENEM'e, sevgisiyle varlığıma anlam katan oğlum Özgür'e ve araştırmaya katılan bütün hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	3
2.1. Bipolar Bozukluk	3
2.1.1. Epidemiyoloji	3
2.1.2. Etyoloji	3
2.1.3. Belirti, Bulgular ve Sınıflandırılması	3
2.1.3.1. Manik Dönem	4
2.1.3.2. Hipomanik Dönem	4
2.1.3.3. Karma Dönem	4
2.1.4. Tedavi	4
3. İntihar	5
4. Psikiyatride Hemşire Gözlemi	5
5. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Mani Belirtileri, İntihar Olasılığı ve Hemşire Gözlemin Önemi	7
3. MATERYAL ve YÖNTEM	9
3.1. Araştırmanın Türü	9
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	9
3.3. Araştırmanın Evreni	10
3.4. Araştırmanın Örneklemi	10
3.4.1. Araştırma Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri	10
3.4.2. Araştırma Örnekleminden Dışlanma Kriterleri	10
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	11
3.6. Verilerin Toplanması	11
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	11
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu	11
3.6.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ)	11
3.6.4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)	12
3.6.5. Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği (IOSPI)	12
3.6.6. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	13
3.6.7. Veri Toplama Formlarının Uygulaması	13
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	14
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	14
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	14

	Sayfa
3.10. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	14
4. BULGULAR ve TARTIŞMA	15
4.1. Bulgular	15
4.2. Tartışma	25
5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	28
5.1. Sonuçlar	28
5.2. Öneriler	30
KAYNAKLAR	31
EKLER	34
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	34
EK-2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	36
EK-3. İntihar Olasılığı Ölçeği	38
EK-4. Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği	40
EK-5. TC. Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	41
EK-6. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı	42
EK-7. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	43
ÖZGEÇMİŞ	45

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1.1 Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	20
Tablo 4.1.2. Bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar girişimi ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı	21
Tablo 4.1.3. Bipolar bozukluğu olan bireylerin IOSPI , YMÖ ve İÖÖ puan ortalamaları	21
Tablo 4.1.4. Bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar olasılığı düzeyleri	22
Tablo 4.1.5. IOSPI , YMÖ ve İÖÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	22
Tablo 4.1.6. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşı, hastalık belirtileri, bipolar tanısı konulma ve hastanede yatış süresi ile IOSPI, YMÖ ve İÖÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	23

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
IOSPI	Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği
YMÖ	Young Mani Derecelendirme Ölçeği
İÖÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
NICE	İngiltere National Institute of Clinical and-Health Excellence (İngiltere Ulusal Klinik ve Sağlık Mükemmeliği)
N	Araştırma evrenindeki birey sayısı
n	Araştırma örneklemindeki birey sayısı
Ss	Standart sapma
$\bar{X}$	Ortalama
p	P değeri sonucu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar bozukluk, kronik ve nüksedici bir seyri olan, yineleme ve iyileşmelerle seyreden, özkıyım davranışı nedeniyle mortalite riski olan, epizodik gidişli manik, hipomanik, depresif ve karma duygudurum dönemleriyle seyreden bir hastalıktır [1]. Bozukluk bazen yükselmiş (mani, hipomani) bazen çökkün (depresif) duygudurum dalgalanmaları, dürtüsellik ve riskli davranışlar (cinsel istekte artış, aşırı para harcama, madde kötüye kullanımı ve yasal sorunlar) ile karakterizedir. Sosyal ve mesleki hayatta bozulma, intihar riski, atakların sık tekrarlanması gibi nedenlerle hasta ve çevresindekilerin hayatını olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle yeti yitimine neden olan bir bozukluktur [2].

İntihar davranışı ise, kişinin kendi ölümüyle sonuçlanabilecek bir girişimde bulunmasıdır [3]. İntihar, psikiyatri kliniklerinde bir kriz durumu olup önlenmesi sağlık ekibinin sorumluluğundadır. Yatan hastalarda intihar girişiminin önlenmesinde hemşirenin holistik yaklaşımı, deneyimi, intiharın erken belirtilerinin farkında olması, hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması ve gözlem yeteneği büyük önem taşımaktadır [4,5]. Bipolar bozukluğu olan bireylerde intihar riskinin 20 kattan daha fazla olduğu [6] ve yaklaşık %10-20'sinin intihar girişimi sonucunda öldüğü bildirilmektedir [7]. İntihar girişimini önlemede hemşire gözlemi oldukça önemlidir.

Gözlem, bir kişi veya durumu araştırıp değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Klinik anlamda gözlem hastadan veri toplayarak bakımını sağlamak amacıyla yapılmaktadır [8]. Psikiyatri hemşireleri gözlem yaparak elde ettikleri veriler ışığında hemşirelik girişimlerini planlamaktadır [9]. Gözlem psikiyatri kliniklerinde erken dönemde intiharı önlemek, hastaların güvenliğini sağlamak için kullanılan etkili bir müdahale yöntemidir [8,10].

Dünyada ve ülkemizde psikiyatri kliniklerinde hemşire gözlemine ilişkin bazı rehberler oluşturulmasına rağmen hemşirelik uygulamalarında bir standart olmadığı söylenebilir. Psikiyatride hemşire gözlemine yönelik az sayıda literatür olması bu konuda kanıta dayalı çalışmalara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Psikiyatri kliniklerinde hemşire gözleminin hangi durumlarda ne sıklıkta ve nasıl uygulanması gerektiğine yönelik herhangi bir tanımlama yapılmamıştır [11]. Bu nedenle hemşire gözlemine yönelik farklı uygulamalara ve kayıt formlarına rastlamak mümkündür.

Yurt dışında yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda gözlem yönteminin etkin ve doğru kullanılmasının intiharı önleyebileceği belirtilmiştir. Bu nedenle intiharı önleyebilmek için gözlem yönteminin geliştirilmesi, sistematik bir yaklaşımla ele alınması gerektiği belirtilmiştir [11]. Neilson ve Brennan'ın çalışmasında (2001) psikiyatri kliniklerinde kullanılan hasta gözlemine ilişkin dökümanlar incelenmiş ve özel gözlem politikası

denetim kriterleri doğrultusunda tartışılmıştır. Çalışma sonunda özel gözleme yönelik düzenli olarak multidisipliner derlemelere ihtiyaç olduğu bildirilmiştir [12]. Hamilton ve Manias çalışmasında (2008) akut psikiyatri kliniklerinde düzenli ve özel hemşire gözleminin önemine değinmişlerdir. Psikiyatri hemşireliği uygulamalarında hasta gözleminin bir kontrol yöntemi olduğu vurgulanmıştır [13]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise psikiyatri kliniklerinde hemşire gözlem formları incelenmiş kullanılan formların hastaların durumunu tanımlamada yetersiz ve yoruma açık olduğu belirtilmiştir [14].

Literatür taramasında bipolar bozukluğu olan bireylerde intihar riskinin değerlendirilmesinde hemşire gözleminin önemine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca bipolar bozukluğu olan bireylerde manik belirtilerin şiddetini değerlendirmede hemşire gözlemin önemine ilişkin çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu çalışma ile psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin etkileşimsel gözlem yoluyla bipolar bozukluğu olan bireyleri değerlendirmesinin bireydeki manik semptomların şiddetini ve intihar olasılığını belirlemede etkinliği belirlenmiştir. Çalışma bulgularının psikiyatri kliniklerinde hemşire gözlemlerinin standart hale dönüştürülmesinde kuramsal düzeyde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı psikiyatri kliniklerinde hemşirenin etkileşimsel gözlem yoluyla bipolar bozukluğu olan bireyleri değerlendirmesinin bireydeki mani belirtileri ve intihar olasılığını belirlemede ne derece etkili olduğunu belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Hemşire gözlemi bireylerdeki manik belirtileri nesnel bir biçimde değerlendirebilir mi?
- Hemşire gözlemi bipolar bozukluğu olan bireylerde intihar olasılığını nesnel bir biçimde değerlendirebilir mi?

2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk; manik, depresif veya hipomanik dönemlerin olduğu, kronik seyir gösteren, yaşam boyu süren ve tedavi gerektiren, öz kıyım riski nedeniyle yüksek mortaliteye sahip olan önemli bir halk sağlığı sorunudur [7,15].

2.1.1. Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluğun geçmişte yaşam boyu sıklığı %1 olarak kabul edilmekte iken, son yıllarda yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğun yaşam boyu sıklık oranının %5'e kadar yükseldiği bildirilmektedir [7,16]. Genellikle 18-20'li yaşlar gibi erken yaşta ve nadir olarak 50'li yaşlarda başlamaktadır [17]. Amerika'da yapılan bir çalışmada belirtilerin ilk olarak 15 yaşından önce %33, 15-19 yaş arasında % 27, 20 yaş ve sonrasında %39 oranında görüldüğü belirtilmiştir [18]. Bipolar bozukluklara yüksek sosyoekonomik düzeylerde daha sık rastlandığı belirtilmiş, görülme yaygınlığı açısından ırklar arasında bir fark bulunamamıştır [16].

2.1.2. Etyoloji

Biyolojik ve psikososyal etmenlerin birbirleriyle etkileşerek duygudurum bozukluklarına neden olduğu düşünülmektedir [16]. Genetik ve son yıllarda üzerinde durulan nörobiyolojik etmenlerin bipolar bozukluk oluşumunda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Moleküler genetik çalışmalar, aile, ikiz, ve evlat edinme çalışmaları bipolar bozuklukta genetik geçişi göstermiştir [16,19]. Genetik etkenlerin bipolar bozukluk oluşumunda yaklaşık %60-80 oranında etkili olduğu belirtilmiştir [7]. Psikososyal etmenler, duygudurum bozukluklarının tetiklenmesinde rol oynamaktadır. Bireyde stres yaratan sosyal olayların, ilk duygudurum bozukluğu dönemini tetiklediği görülmüştür [18].

2.1.3. Belirti, Bulgular ve Sınıflandırılması

DSM-5'e göre Bipolar ve İlişkili Bozukluklar; Bipolar I Bozukluğu, Bipolar II Bozukluğu, Siklotimik Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk olarak sınıflandırılmıştır.

Bipolar Bozukluk I; Bipolar I bozukluğun ayırteci özelliği, bir veya daha fazla manik veya karma dönem geçirmiş olmaktır [16].

Bipolar II bozukluk tanısı için daha önce ya da şu anda hipomani ve depresif dönem geçirmiş olması gerekmektedir [20].

2.1.3.1. Manik Dönem

Manik dönemde; düşünce akışında hızlanma, harekette hızlanma, yerinde duramama, konuşma hızında ve miktarında artma, özgüvende artma, odaklanamama, dürtü kontrolünde yetersizlik, iritabl duygudurum ve uyku gereksiniminde azalma görülebilmektedir. Manik dönem psikotik boyutta ise hezeyan ve halüsinasyonlar da bu belirtilere eklenir [16].

Maninin uyku düzeninde bozukluklara sebep olduğu, uyku sürekliliğinin bozulduğu, derin uyku ve toplam uyku süresinin normalden daha az olduğu belirtilmiştir. Ayrıca manide görülen rüyaların manik semptomlar görülmeden önce arttığı ve daha çok ölüm ve yaralanma ile ilgili olduğu, depresyon öncesi ise görülen rüya sayısının azaldığı bildirilmiştir [21]. Manik dönemde zevk verici aktivitelerde bulunma isteği artmaktadır. Cinsel istekte artmaya bağlı uygunsuz cinsel ilişkiler, bulaşıcı hastalıklar ve istemsiz gebelikler görülebilmektedir [22].

2.1.3.2. Hipomanik Dönem

Hipomanik dönem duygulanım, konuşma, enerji, özgüven, hareket, davranış, uyku ve bilişte maniye benzer değişikliklerle tanımlanır, ancak şiddeti daha azdır. Konuşma miktarı ve hızında artış olabilir fakat manik döneme göre konuşmayı durdurmak daha kolaydır. Hipomanide risk alma davranışları hafif ile orta derecededir. Psikotik belirtiler hipomanide görülmez ve hipomani hastaneye yatırılmayı gerektirmez [16,18].

2.1.3.3. Karma Dönem

Karma Dönem; Manik ve depresif döneme ait belirtilerin aynı anda hastada bulunduğu dönemdir. Mani belirtilerine ek olarak depresif belirtiler de görüldüğünde karma dönem olarak düşünülür [23].

2.1.4. Tedavi

Bipolar bozukluk kronik ve ataklarla seyreden bir bozukluk olduğundan dolayı tedavisi atak ve sürdürüm tedavisi şeklinde düzenlenmektedir [24]. İntihar riski yüksek, tedaviye uyum sağlamayan, riskli davranışları olan bireylerin klinikte yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir [24,25].

Duygudurum düzenleyici olarak kullanılan lityum temel ilaçlardan biridir [15]. Lityumun intihar düşüncesini azalttığı bilinmektedir [26]. Ayrıca antiepileptik olarak valproat, karbamazepin; antipsikotikler ve benzodiazepinler de bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlardır [15,16,24]. Amerika’da yapılan bir çalışmada antiepileptik ilaçların yan etkisi olarak intihar düşüncelerinin görüldüğü, intihar riskinin arttığı bildirilmiştir [27].

İlaçlarla yeterli yanıt alınamayan vakalarda diğer tedavi yöntemleri alternatif olarak kullanılmaktadır. Psikoeğitim, psikoterapi gibi uygun psikososyal müdahaleler, EKT gibi

somatik tedaviler kullanılan alternatif tedavi yöntemleridir [16,24]. Psikososyal girişimlerle intihar davranışının önlenmesinde başarılı sonuçlar görülmektedir. Bu girişimlerin temel hedefi ilaç uyumsuzluğunun önlenmesi, hasta ve hastanın yakınlarına nüksün erken belirtilerinin tanıtılması, erken tedaviye başlamanın öneminin kavratılması, aile ve diğer kişilerarası çatışmanın azaltılmasıdır [3,25]. Tedaviye erken başvurma intihar riskini azalttığı bilinmektedir [9].

3. İntihar

İntihar davranışı; psikolojik, biyolojik özellikler ve sosyal çevrenin etkileşimiyle gerçekleşen bireyin ölümüyle sonuçlanabilecek bir girişimde bulunmasıdır [3]. İntihar bireyin baş edemediği bir sorundan kurtulmak için başvurduğu bir eylemdir [28]. İntihar en önemli ölüm nedenleri arasında; tüm yaş gruplarında dokuzuncu, 18-24 yaş grubunda ise ikinci sıradadır. DSÖ örgütü verilerine göre, dünyada her yıl 800.000'den fazla kişi intihar etmektedir [29].

APA (Amerikan Psikiyatri Derneği), yatan hastalarda intiharların önlenmesini öncelikli dört alandan biri olarak belirtmiş ve planlamalarında intihar kayıtlarının oluşturulmasına, intiharı değerlendirme/müdahale yönergeleri geliştirilmesine ve intiharı araştırmaya yer vermiştir. Ayrıca Amerika Birleşik Devletleri Ortak Komisyonu ve Avusturalya Ulusal Ruh Sağlığı Çalışma Grubu hasta güvenliğini iyileştirmek için öncelikli bir alan olarak intihar ve kasıtlı kendine zarar vermeyi azaltmayı hedeflemiştir [5]. Türkiye'de ise Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planındaki (2011-2023) hedeflerden biri intiharı azaltmaktır. İntiharı önlemek konusunda farkındalık oluşturulması; sağlık ekibinin intiharı tanımaya yönelik bilgilerinin artırılması için eğitimlerin düzenlenmesi hedeflerden biridir [30].

İntihar, risk faktörleri belirlenerek önlenebilecek önemli bir toplum sağlığı sorunudur [19,24]. İntihar için risk faktörlerinden bazıları; psikiyatrik hastalık öyküsü, genetik yatkınlık, kadın cinsiyeti ve daha önceki intihar girişimleridir [22,31]. İntihar davranışının önlenmesi için risk taşıyan bireylerin belirlenmesi gerekmektedir [32]. Risk faktörleri değerlendirilerek etkili bir müdahale yapılmadığı sürece intihar vakalarında artış olabileceği, intihar öyküsü olan bireylerde intihar davranışının tekrarlanabileceği düşünülmektedir [33,34]. İntihar risk faktörlerini belirlemeye yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır [25,30].

4. Psikiyatri Hemşire Gözlemi

Gözlem, bir kişi ya da duruma bilinçli olarak dikkati yoğunlaştırmak demektir. Genel olarak gözlem bir konuyu araştırmak ve değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Klinik anlamda gözlem hastadan veri toplayarak bakım sağlamak, riskli davranışları belirlemek için yapılır [8]. Hastanın sürekli olarak gözlemlendiği durumlar sürekli gözlem, belirli aralıklarla

gözlendiği durumlar aralıklı gözlem olarak adlandırılmaktadır [11]. Psikiyatri hemşiresi hastaya doğrudan ve uzun süreli hizmet verir, gözlem yapar, hemşirelik uygulamalarında bulunur, empati yaparak hastayı dinler ve bakıma katılmasını sağlar [35]. Ayrıca psikiyatri kliniklerinde güvenliğin sağlanması çoğunlukla hemşirelerin sorumluluğundadır [36,37]. Gözlem, psikiyatri kliniklerinde hemşireler tarafından kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaları korumak için kullanılan bir yöntemdir [8,37].

Gözlem uygulanan hasta ve gözlem yapan hemşire arasında zamanla terapötik bir iletişim gerçekleştiği değerlendirilmiştir [38]. İntihar girişimi, intihar davranışı ve terapötik iletişim arasındaki ilişkiyi araştıran 12 çalışmanın sistematik incelenmesinde; sağlık ekibinin, bireyin intihar davranışı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, çalışanlar ve birey arasındaki terapötik iletişimin intihar girişimi ve davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [39]. Bu nedenle yapılan gözlemlerde hemşirelerin tutum ve davranışları önemlidir [36]. Gözlem yaparken hemşire; objektif davranmalı, yargılayıcı olmamalı ve dikkatle bireye odaklanmalıdır [8]. Ayrıca hemşireler gözlemsel müdahaleyi yürütebilme beceri ve donanımına sahip olmalıdır [40].

Gözlem yönteminin hemşireler tarafından kabul gördüğü ancak hemşirelerin intiharı önlemekte gözlem yöntemini kullanmaya yönelik girişimler için yetersiz oldukları, kendilerini geliştirmeleri gerektiği belirtilmektedir [36,37]. Hemşirelerin, gözlem yoluyla hastaların intihar girişimlerini önleyebileceklerini düşündükleri belirtilmiştir [8].

Kliniklerde gözlem yönteminin etkinliğinin kanıt temelli araştırmalar ile ortaya konması, gözlemin nasıl yapılacağına dair standartların oluşturulmasına katkı sağlayacaktır [8,41]. Bu standartlar gözlemin etkin ve uygun yapılabilmesi için gereklidir [11]. Ayrıca risk değerlendirmede, değerlendirme aracı olarak kullanışlı formların (intihar düşüncelerini belirleme formları gibi) oluşturulması ve kullanılması gerekmektedir [8].

Literatürde, intihar davranışında gözlem yönteminin kullanılmasının, intihar davranışında azalmayı sağlayıp sağlamadığına yönelik çok az araştırma bulunmaktadır [40]. Londra'da yapılan bir araştırmada hastanede yatarak tedavi edilen intihar riski olan bireylerin sürekli özel gözlem altında bulunmasının bireyi korumaya yönelik bir yöntem olabileceği belirtilmiştir [10].

Gözlem uygulamasında karşımıza çıkan bazı sınırlılıklar ve etik sorunlar vardır. Gözlem yönteminin, hastanın benliğine ve otonomisine müdahale edici olabileceği düşünülmektedir [8]. Sürekli gözlemin birey üzerinde zararlı etkiler oluşturabileceği bildirilmiştir [37]. Hemşireler, gözlem sürelerinin uzunluğunun rahatsız edici olarak düşünülebileceğini ve hastanın ruh sağlığı üzerinde zararlı sonuçlar doğurabileceğini dikkate alarak en az düzeyde ve kısa süreyle gözlem yapmalıdır [8,40]. Bu kısıtlılıklara rağmen gözlem, intihar riski olan bireyler için uygulanması gereken bir yöntemdir [40].

Yasal olarak, gözlemin koruyucu bir önlem olarak kullanılmaması ihmalkarlık olarak değerlendirilmektedir [40]. Ülkemizde yürürlükte olan Hemşirelik Yönetmeliği'nde (2011), Psikiyatri klinik hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları arasında; "riskli davranışlara (intihar gibi) ilişkin öykü alır, risk seviyesini değerlendirir" ifadesi yer almaktadır [42]. Amerikan Hemşireler Birliği ve Kanada Psikiyatri Hemşireleri Federasyonu "Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları"nda psikiyatri hemşirelerinin gözlem yapması gerektiğinin altını çizmişlerdir [8]. Bazı ülkelerde gözleme yönelik mesleki rehberler oluşturulmuştur. İngiltere ve Gallerde bulunan NICE (İngiltere Ulusal Klinik ve Sağlık Mükemmeliği) bunlardan biridir. NICE'ta (2005) gözlem yöntemine yönelik rehber bulunmaktadır. Ülkemizde gözleme dayalı herhangi bir standart yoktur ve gözlem yöntemi sıklıkla kullanılmamaktadır [36].

5. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Mani Belirtileri, İntihar Olasılığı ve Hemşire Gözleminin Önemi

Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan bireylerde intihar riskinin 3-12 kat fazlaştığı, intihar girişiminde bulunan bireylerin tamamına yakınında en az bir psikiyatrik hastalık bulunduğu bildirilmektedir [25,28]. Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda diğer psikiyatrik bozukluklara göre intihar riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir [33]. Bipolar bozuklukta birçok hastada intihar girişimi görülmektedir [6,31,43,44]. Bipolar bozukluk vakalarının önemli bir kısmında en az bir intihar girişimi öyküsünün olduğu bildirilmiştir [3]. Yapılan bir çalışmada intihar davranışının anlamlı olarak bipolar bozuklukla ilişkili olduğu bildirilmiştir [20].

İntihar açısından Bipolar I bozukluk ve Bipolar II bozukluk karşılaştırıldığında ise, intihar girişiminde bulunma, tamamlanmış intihar, bipolar II bozukluğu olan hastalarda daha yüksektir [3]. Akkaya ve arkadaşlarının (2012) Bipolar I bozukluğu ile ilgili çalışmasında intihar girişimi öyküsünün hastaların %16.9'unda tespit edildiği bildirilmiştir [45]. Kızılpınar ve arkadaşlarının (2016) acil servise intihar girişimi ile başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların %5,6' sında bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır [46]. Eroğlu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında araştırmaya katılan bipolar bozukluk hastalarının %19.6' sının en az bir kez intihara teşebbüs ettiği bildirilmektedir [41]. Başka bir araştırmada düzenli tedavi almayan bipolar hastaların %20'sinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir [47]. Ülkemizde yapılan sistematik bir derlemede bipolar bozuklukta intihar davranışı sıklığı %7.5 ile %70 arasında bulunmuştur [48].

Bipolar bozuklukta intihar riskini; hastalığın erken yaşta başlaması, ailede intihar öyküsü olması ve daha önce intihar girişiminde bulunmasının arttırdığı bildirilmektedir [31,43,49]. Cinsiyet açısından bipolar kadın hastaların erkeklere göre daha yüksek oranda intihar girişiminde bulundukları belirtilmektedir [3,41]. Ailede intihar öyküsünün olmasının, bipolar bozukluğu olan bireylerde intihar davranışı için belirgin bir risk faktörü olduğu

belirtilmektedir [50]. Dürtüsellik ve iritabilite düzeyinin yüksek olması ve psikotik mani belirtilerinin görülmesinin de bipolar bozuklukta intihar riskini arttırdığı bildirilmektedir [51]. Bipolar bozuklukta psikotik özellik gösteren ataklar en çok manik ataklar olarak belirtilmiştir [39].

Bipolar bozuklukta intihar davranışını anlamak için hastalığa özgü bir yaklaşımın kullanılması gerekmektedir [52]. Gözlem yoluyla elde edilen veriler doğrultusunda, intihar riski taşıyan bireylerin tespit edilerek risk faktörlerinin belirlenmesinin, uygun yöntemlerle müdahale edilmesinin, intihara bağlı mortaliteyi önemli derecede azaltacağı belirtilmiştir [9,47]. Bipolar bozuklukta intiharı önlemek için bazı önlemlerin alınması gerekmektedir. Bunlar;

- Anksiyetenin arttığı kriz durumlarında bireyin hastaneye yatırılması,
- Erken tanının konabilmesi,
- İlaç tedavisi, sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının psikoeğitimi, psikoterapi ve aile danışmanlığı sağlanarak kısa ve uzun dönemde tedavinin sağlanması, hasta ve yakınlarının bilinçlendirilmesi.
- Damgalanmanın azaltılmasıdır.

Her intiharı önlemek mümkün olmasa da ilaç tedavisi ve psikososyal girişimler ile intihar davranışı sonucunda ölüm riskinin yüksek olduğu bipolar hastalarda intihar olasılığını en aza indirmek mümkündür. Bu nedenle bipolar bozukluk vakalarının yakından gözlemlenmesi önemlidir [3,41]. Yapılan bir araştırmada bipolar bozuklukta hastanın yakından gözlemlenmesinin intihar davranışını azaltabileceği belirtilmektedir [49].

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı izlem araştırmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılmıştır. Mersin Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği 22 yataklı olup 4 öğretim üyesi ve 6 araştırma görevlisi doktor, 7 hemşire, 4 personel, 4 güvenlik görevlisi ile hasta tedavi ve bakım hizmeti verilmektedir. Her türlü psikiyatrik tanıya sahip kadın ve erkek hastaların kliniğe yatışı yapılmaktadır. Klinikte hemşirelerin yönetiminde pazartesi günleri işe yönlendirme toplantısı, haftanın belirli günlerinde (salı, çarşamba ve perşembe günleri) günaydın toplantısı, çarşamba günleri Tatlı Çarşamba Etkinliği, perşembe günleri Sinema Saati ve mısır patlatma etkinliği, uygun zamanlarda hasta ve aile eğitimleri, haftanın her günü spor aktivitesi ve uygun zamanlarda uğraşı aktivitesi düzenlenmektedir. Hemşireler, hastanenin kullandığı otomasyon sistemi olan nucleus sisteminde oluşturdukları hasta gözlem formuna hastaya ilişkin gözlemlerini kaydetmektedir. Kaydedilen gözlemler sisteme kayıtlı olarak arşivlenmektedir. Hastalara ilişkin gözlemler gündüz ve gece vardiyasında olmak üzere günde iki kez yazılmaktadır. Kliniğin iki balkonu, bir tane çok amaçlı salonu, üç görüşme odası, bir hemşire odası, bir personel odası ve bir deposu vardır. Klinikte düz bir koridor, koridorun solunda hasta odaları, koridorun sağında ve tam ortasında hemşire deski ve hemşire odası, görüşme odaları, depo ve koridorun sonunda bulunan toplantı ve uğraşı odası, kliniğin dışında doktor odası bulunmaktadır. Hemşire deski tüm hasta odaları ve etkinlik salonunun bir bölümünü görebilecek şekildedir. Hasta odalarının kapıları etkin bir gözlem yapabilmek ve hastanın güvenliğini sağlayabilmek açısından açık tutulmamaktadır. Hemşireler deskten gözlem yapabilmekte, uğraşı aktivitesi, spor aktivitesi, günaydın toplantısı, işe yönlendirme toplantısı, sinema saati, tatlı çarşamba etkinliği boyunca da salonda hasta gözlemi yapabilmektedir. Kaydedilen gözlemler sorumlu hekimle sözel olarak paylaşılmakta, tanı koyma sürecinde, tedavinin düzenlenmesinde, taburculuk kararı verilmesinde etkin bir kriter olarak dikkate alınmaktadır. Güvenlik görevlisinin yer aldığı yarı açık bir klinikte.

Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kadın ve erkek psikiyatri kliniği olarak iki ayrı psikiyatri kliniği vardır. Her klinik 18 odalı olup 24 yatak kapasitesine sahiptir. 8 doktor, 14 hemşire, 6 personel, kadın kliniğinde her vardiyada 1, erkek kliniğinde her vardiyada 2 güvenlik ve 2 psikolog ile hasta tedavi ve bakım hizmeti verilmektedir. Her türlü psikiyatrik tanıya sahip kadın hastaların yatışı kadın psikiyatri kliniğine, erkek hastaların yatışı erkek psikiyatri kliniğine yapılmaktadır. Klinikte psikolog yönetiminde haftanın her günü günaydın

toplantısı, halk eğitim merkezinden gelen öğretmenler eşliğinde uğraş etkinlikleri, hemşireler tarafından hasta eğitimleri ve spor aktivitesi yapılmaktadır. Hemşireler, gözlem defterine hastaya ilişkin gözlemlerini kaydetmektedir. Hastalara ilişkin gözlemler gündüz ve gece vardiyasında olmak üzere günde iki kez yazılmaktadır. Her kliniğin bir balkonu, bir tane çok amaçlı salonu, bir görüşme odası, bir hemşire odası, bir personel odası ve bir deposu vardır. Her klinik düz bir koridor ve koridorun sonunda sigara içilen alandan oluşmaktadır. Koridor boyunca karşılıklı hasta odaları, uğraşı salonu, görüşme odası, tespit odası bulunmaktadır. Hemşire koridorları ve uğraşı odasını gören kamera sistemiyle hemşire odasında bulunan ekrandan gözlem yapabilmektedir. Ayrıca hemşire deskinden hasta odaları gözlemlenebilmektedir. Spor aktivitesi ve eğitimler sırasında da uğraşı odasında hemşire gözlem yapabilmektedir. Hemşire gözlemleri hekimlere sözel olarak iletilmektedir. Güvenlik görevlisinin yer aldığı kapalı bir klinikdir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01 Ağustos-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Mersin Üniversitesi Hastanesi ve Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar Bozukluk tanısıyla yatan hastalar oluşturmuştur (N=92).

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan tüm hastalar örneklem grubunu oluşturmuştur (n=56).

3.4.1. Araştırma Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri

- Türkçe konuşup anlayan,
- 18 yaşın üzerinde olan,
- En az bir haftadır klinikte bipolar bozukluk tanısıyla yatan,
- Eşlik eden başka bir psikiyatrik tanısı olmayan,
- Bilişsel sağlık düzeyi açısından araştırmada uygulanan formları anlayabilen,
- İletişim kurmaya istekli,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü bireyler.

3.4.2. Araştırma Örnekleminden Dışlanma Kriterleri

- Türkçe konuşup anlayamayan,
- 18 yaşın altında olan,
- Eşlik eden başka bir psikiyatrik tanısı olan,

- Bilişsel sağlık düzeyi açısından araştırmada uygulanan formları anlayamayan (ajite, şiddetli ya da panik düzeyde anksiyete gibi)
- İletişim kurmak istemeyen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan bireyler.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Young Mani Derecelendirme Ölçeği, İntihar Olasılığı Ölçeği ve Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği puan ortalamaları.

Bağımsız değişkenler: Hastaya ait sosyo-demografik değişkenler, hastalığa, yatış süresi, aileye ve intihar girişimine ilişkin değişkenler.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Bipolar bozukluk manik dönem belirti şiddetini ölçmek amacıyla Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ) (Ek-2), İntihar risk değerlendirilmesinde kullanılmak üzere İntihar Olasılıkları Ölçeği (İÖÖ) (Ek-3) ve Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği (IOSPI) (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu konuya ilişkin literatür taraması sonucunda hazırlanmıştır [5, 28, 32, 45]. Kişisel bilgi formu sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık bilgilerini belirlemeye (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, daha önce intihar girişimi olup olmadığı, hastalık belirtilerinin ne zamandan beri olduğu, bipolar tanısını ne zaman aldığı, ailedeki bipolar bozukluk öyküsü, ailedeki intihar öyküsü, hastanede yatış süresi) ilişkin 12 soru yer almaktadır (Ek-1).

3.6.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMÖ)

Manik durumun şiddetini ölçmek amacıyla Young ve arkadaşları (1978) mani derecelendirme ölçeğini geliştirmiştir. Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından Türkiye’de ölçeğin geçerlilik güvenilirliği araştırılmıştır. Bu ölçek, 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti ölçmektedir. Beşinci, altıncı, sekizinci ve dokuzuncu maddelere, iletişime girilmesi güç olan hastaların daha iyi ayırdedilmesi için iki katı ağırlık verilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-60 arasında değişmektedir. Ölçek puanının artması mani belirtilerinin arttığını göstermektedir. Deneyimli bir kişi tarafından 15-30 dakikalık bir görüşme ile

uygulanmaktadır. Ölçekteki maddeler, bipolar bozukluk manik ataktaki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0.93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı katsayılarının 0.66-0.92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, Çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği %63.3 - %95.5, kappa değerleri 0.114-0.849 arasında bulunmuştur [53] (Ek-2). Bu çalışmada alfa güvenilirlik katsayısı 0.77 bulunmuştur.

3.6.4. İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)

Cull ve Gill (1990) tarafından geliştirilen İÖÖ 36 maddeden oluşmaktadır. ilk kez Eskin (1993) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılmıştır. Tuğcu (1996), Atlı ve arkadaşları (2009) tarafından da Türkçeye uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Umutsuzluk, intihar düşüncesi, düşmanlık ve olumsuz kendilik değerlendirmesi olmak üzere toplam 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek intihara ilişkin farklı bir kuramsal yaklaşım temelindedir. Bu nedenle ölçeğin diğer araçlardan farklı olarak intihar gibi karışık bir olguyu pek çok boyut ile değerlendiren bir araç olduğu söylenebilir. Ölçek "hiçbir zaman ya da nadiren", "bazen", "sık sık" ve "çoğu zaman ya da her zaman" gibi 4'lü likert tipi ölçek üzerinden cevaplanmaktadır. Ölçek toplam puanı her soru için 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama hesaplanır. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 36 ile 144 arasında değişmektedir. Ölçekte puan ortalamasının artması intihar olasılığının arttığına işaret etmektedir. Atlı ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek toplamı için cronbach alfa değeri 0.89, alt boyutları için 0.70-0.84 arasında bildirilmiştir [54] (Ek-3). Bu çalışmada ölçek toplamının alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 ve alt boyutların 0.72-0.92 arasında bulunmuştur.

3.6.5. Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği (İOSPI)

Zuardi ve arkadaşları tarafından (1995) geliştirilmiş bir ölçektir. Hemşire ekibi tarafından uygulanan ölçeğin görüşmeciler arası güvenilirliğe sahip olduğu gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirliğini Mısırlı ve arkadaşları (2005) incelemiştir. Ölçeğin öngörücü geçerliliğe sahip olduğu ve taburculuğa hazır olan hastayı yatışın sürmesi gereken hastadan ayırabildiği gösterilmiştir. Ölçeğin sosyal ilgi, düzenlilik, psikotizm, irritabilite ve psikomotor ajitasyon olarak adlandırılan beş faktörlü bir yapısı olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca, ölçeğin vardiya düzeninde rutin kullanımının hemşire ekibinin hastayla terapötik etkileşimini arttırdığı gösterilmiştir. Araştırmacı tarafından doldurulacak ölçekte 16 adet soru yer almaktadır. Araştırmacı her maddeyi gözlem dışında sözel etkileşime girerek doldurur.

Maddelerin 10 tanesi yapılması arzu edilen davranışlarla ilgilidir ve üç tane yanıt seçeneği vardır: davranışın kendiliğinden ortaya konması (0 puan), hemşire personeli tarafından özendirildikten sonra ortaya konması (1 puan) ve davranışın hiçbir şekilde gerçekleşmemesi (2 puan). Soruların altı tanesi uygunsuz/patolojik davranışlarla ilgilidir ve yine üç yanıt seçenekleri vardır: davranışın yokluğu (0 puan), davranışın belli durumlarda ortaya çıkması ya da yüzleştirmeye duyarlı olması (1 puan), davranışın sürekli olması (2 puan). Hastanın fiziksel kısıtlılığı gibi nedenlerle yanıt verilemeyen sorular için değerlendirilemedi maddesi işaretlenir. Ölçeğin toplam puanı maddelerin toplanmasıyla elde edilen skorun değerlendirilebilen maddelerin sayısına bölünmesiyle elde edilir. Buna göre ölçekten alınacak toplam puan 0 ile 2 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan ortalamasının artması yapılması arzu edilen davranışlarda azalmaya ve uygunsuz/patolojik davranışlarda artmaya işaret etmektedir. Mısırlı ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek toplamı için cronbach alfa değeri 0.84 olarak bildirilmiştir [55] (Ek-4). Bu çalışmada ölçek toplamının alfa güvenirlik katsayısı 0.79 ve alt boyutların 0.71-0.95 arasında bulunmuştur.

3.6.6. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Kişisel bilgi formunun işlerliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde bipolar bozukluk tanısıyla takip edilen 5 hastaya uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Bu nedenle toplanan veriler örneklem grubuna dahil edilmiştir.

3.6.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırma verileri, etik kurul onayı, kurum izni alındıktan sonra toplanmıştır. Veri toplama formları 01 Ağustos-31 Aralık 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Örneklem kapsamına alınan bireylere ve yakınlarına araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek yazılı onamları alınmıştır. Kişisel Bilgi Formu ve İntihar Olasılıkları Ölçeği araştırmacı yüz yüze görüşme yöntemi ile hasta odasında ya da görüşme odasında doldurulmuştur. Araştırmacı Etkileşimsel Gözlem Ölçeği'ni ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği'ni bireyle etkileşime geçerek ve gözlemlerde bulunarak doldurmuştur. Araştırmacı en az 24 saat (bir gündüz bir de gece vardiyası süresince) hastayla etkileşime geçmiş ve hastayı gözlemlemiştir. Hastanın ve araştırmacının veri toplama formlarını doldurmaları eş zamanlı olarak yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistik değerlendirmesinde AEK Araştırma Ltd. Şti. Mersin Teknopark şirketinden profesyonel hizmet alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde www.e-picos.com New York yazılımı ve MedCalc istatistik paket programı kullanılmıştır. Likert tipi ve geçerlilik çalışmaları yapılmış ölçeklerin toplam puanları süreklilik gösterdiği için ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik testler kullanılmıştır [56]. Verilerin değerlendirilmesinde ölçeklerde sürekli yapıdaki verilen istatistiği yapılırken ortalama ve standart sapma, özelliklerin minimum ve maksimum değerler; kategorik değişkenleri tanımlarken frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Ölçekler ve alt grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (17.09.2015 tarih, 2015/293 sayılı) yazılı onay, Kurumlardan resmi izin, katılımcılardan ve yakınlarından yazılı onam alınmıştır. Orta ve şiddetli düzeyde intihar olasılığı olan 56 hastanın durumu sağlık ekibine iletilmiştir. Ayrıca orta ve şiddetli düzeyde intihar olasılığı olan 56 hastanın klinikte hemşireler tarafından intihar riski göz önünde bulundurularak gözlem süresi arttırılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma iki hastanenin psikiyatri kliniğinde yatan bipolar bozukluğu olan bireylerle sınırlıdır.

3.10. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Etik Kuruldan ve Kurumlardan İzinlerin Alınması	17 Eylül 2015-01 Ağustos 2017
Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	01-07 Ağustos 2017
Veri Toplama Formlarının Uygulanması	01 Ağustos-31 Aralık 2017
Verilerin Girişi	31 Aralık 2017-30 Ocak 2018
Verilerin Analizi	30 Ocak- 20 Şubat 2018
Tez Yazımı ve Literatür Taraması	17 Eylül 2015-04 Haziran 2018
Bitiş	04 Haziran 2018

4. BULGULAR ve TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Tablo 4.1.1. Bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Alt ve Üst Değerler	$\bar{X} \pm SS$
Yaş	18-74	39.90 $\pm$ 13.93
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	34	60.7
Erkek	22	39.3
Medeni durum		
Evli	24	42.9
Bekar	32	57.1
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	2	3.6
Okur-yazar	1	1.8
İlköğretim	13	23.2
Orta öğretim	17	30.4
Yüksek öğretim	23	41.1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	14	25
Çalışmıyor	34	60.7
Emekli	8	14.3
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	19	33.9
Gelir gidere denk	29	51.8
Gelir giderden fazla	8	14.3

Tablo 4.1.1’de bipolar bozukluğu olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmadaki hastaların yaşı en az 18, en fazla 74 ve yaş ortalaması 39.9 $\pm$ 13.93’dür. Bipolar bozukluğu olan bireylerin %60.7’si kadın, %57.1’i bekar, %41.1’i yükseköğretim mezunudur. Hastaların %60.7’sinin çalışmadığı ve %51.8’inin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.2. Bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar girişimi ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı

Özellikler	Alt ve Üst Değerler	$\bar{X} \pm SS$
Hastalık belirtilerinin süresi (yıl)	1-45	13.73±9.84
Bipolar bozukluk tanısı konulma süresi (yıl)	1-30	9.16±7.78
Hastanede yatış süresi (gün)	7-30	9.36±4.33
	n	%
İntihar girişimi		
Oldu	30	53.6
Olmadı	26	46.4
Ailede bipolar bozukluk tanısı olan birey varlığı		
Var	24	42.9
Yok	32	57.1
Ailede intihar girişiminde bulunan birey varlığı		
Var	4	7.1
Yok	52	92.9

Tablo 4.1.2’de Bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar girişimi ve hastalık durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Bireylerin hastalık belirtilerinin ortalama 13.73±9.84 yıldır (1-45 yıl arası) devam ettiği belirlenmiştir. Hastaların ortalama 9.16±7.78 yıldır (1-30 yıl arası) bipolar bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır. Hastaların ortalama 9.36±4.33 gündür (7-30 gün arası) hastanede yattığı belirlenmiştir. Hastaların %53.6’sının daha önce intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Hastaların %42.9’unun ailesinde bipolar bozukluk tanısı olan birey bulunduğu ve %7.1’inin ailesinde intihar girişiminde bulunan birey olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Bipolar bozukluğu olan bireylerin Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar İçin Etkileşimsel Gözlem Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları

	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	$\bar{X} \pm SS$	Alınan Alt ve Üst Değerler
Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar İçin Etkileşimsel Gözlem Ölçeği	0-2	0.83±0.30	0.25-1.44
Sosyal ilgi ve düzenlilik	0-2	0.88±0.35	0.25-1.75
Psikomotor ajitasyon ve iritabilite	0-2	0.99±0.44	0-1.80
Psikotizm	0-2	0.42±0.67	0-2
Young Mani Derecelendirme Ölçeği	0-60	14.25±0.33	0-35
Yükselmiş duygudurum	0-4	1.27±0.77	0-3
Hareket ve enerji artışı	0-4	1.50±1.24	0-3
Cinsel ilgi	0-4	0.66±0.77	0-3
Uyku	0-4	0.98±1.10	0-3
İritabilite	0-8	2.04±1.73	0-4
Konuşma hızı ve miktarı	0-8	2.93±0.02	0-6
Düşünce yapı bozukluğu	0-4	0.71±0.93	0-3
Düşünce içeriği	0-8	2±2.80	0-8
Yıkıcı-Saldırgan Davranış	0-8	0.71±1.40	0-4
Dış görünüm	0-4	0.73±0.84	0-4
İçgörü	0-4	0.71±1.34	0-4
İntihar Olasılığı Ölçeği	36-144	77.57±11.32	57-111
Umutsuzluk	12-48	26.50±5.16	17-41
Olumsuz kendilik değerlendirmesi	9-36	22.16±4.15	11-32
Düşmanlık	7-28	14.18±3.77	7-25
İntihar düşüncesi	8-32	14.73±5.13	8-27

IOSPI 'den alınabilecek alt ve üst değerler 0-2 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0.25-1.44 ve puan ortalaması 0.83±0.30'dur. Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-2 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0.25-1.75 ve puan ortalaması 0.88±0.35'dir. Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-2 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-1.80 ve puan ortalaması 0.99±0.44'dür. Psikotizm alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-2 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-2, puan ortalaması 0.42±0.67'dir (Tablo 4.1.3).

YMÖ'nden alınabilecek alt ve üst değerler 0-60 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-35 ve puan ortalaması 14.25±0.33'dür. Yükselmiş duygudurum alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-3 ve puan ortalaması 1.27±0.77'dir. Hareket ve enerji artışı alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler

0-3 ve puan ortalaması 1.50 ± 1.24 'tür. Cinsel ilgi alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-3 ve puan ortalaması 0.66 ± 0.77 'dir (Tablo 4.1.3).

Uyku alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-3 ve puan ortalaması 0.98 ± 1.10 'dur. İritabilite alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-8 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-4 ve puan ortalaması 2.04 ± 1.73 'tür. Konuşma hızı ve miktarı alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-8 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-6 ve puan ortalaması 2.93 ± 0.02 'dir. Düşünce yapı bozukluğu alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-3 ve puan ortalaması 0.71 ± 0.93 'tür. Düşünce içeriği alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-8 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-8 ve puan ortalaması 2 ± 2.80 'dir. Yıkıcı-saldırgan davranış alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-8 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-4 ve puan ortalaması 0.71 ± 1.40 'dır. Dış görünüm alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-4 ve puan ortalaması 0.73 ± 0.84 'tür. İçgörü alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 0-4 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 0-4 ve puan ortalaması 0.71 ± 1.34 'dür (Tablo 4.1.3).

İÖÖ'den alınabilecek alt ve üst değerler 36-144 puan olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 57-111 ve puan ortalaması 77.57 ± 11.32 'dir. Umutsuzluk alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 12-48 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 17-41, puan ortalaması 26.50 ± 5.16 'dır. Olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 9-36 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 11-32 ve puan ortalaması 22.16 ± 4.15 'dir. Düşmanlık alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 7-28 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 7-25 ve puan ortalaması 14.18 ± 3.77 'dir. İntihar düşüncesi alt boyutundan alınabilecek alt ve üst değerler 8-32 olup, araştırmaya katılan bireylerin aldığı alt ve üst değerler 8-27 ve puan ortalaması 14.73 ± 5.13 'tür (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar olasılığı düzeyleri

İntihar Olasılığı Düzeyleri	n	%
0-24 puan "normal"	-	-
25-40 puan "hafif"	-	-
41-74 puan "orta"	27	48.2
75-100 puan "şiddetli"	29	51.8

Tablo 4.1.4'te bipolar bozukluğu olan bireylerin %48.2'sinin (27 kişi) orta düzeyde ve 51.8'inin (29 kişi) şiddetli düzeyde intihar olasılığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.5. Psikiyatri servisinde yatan hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

	IOSPI Puanı					İntihar Olasılığı Ölçeği puanı
	Ölçek Toplam Puanı	Sosyal ilgi ve düzenlilik	Psikomotor ajitasyon ve iritabilite	Psikotizm		
Young Mani Derecelendirme Ölçeği Puanı	r	0.59	0.005	0.81	0.51	0.39
	p	<0.001***	0.96	<0.001***	<0.001***	0.003**
Yükselmiş duygudurum	r	0.18	-0.31	0.63	0.16	0.17
	p	0.17	0.02*	<0.001***	0.23	0.19
Hareket ve enerji artışı	r	0.36	-0.09	0.66	0.24	0.29
	p	0.007**	0.52	<0.001***	0.08	0.03*
Cinsel ilgi	r	0.25	-0.17	0.48	0.29	0.34
	p	0.07	0.21	<0.001***	0.03*	0.01*
Uyku	r	0.06	-0.03	0.00	0.18	0.52
	p	0.66	0.83	0.99	0.19	0.71
İritabilite	r	0.16	-0.14	0.45	0.1	0.23
	p	0.22	0.29	0.001**	0.46	0.09
Konuşma hızı ve miktarı	r	0.34	-0.17	0.72	0.24	0.33
	p	0.01*	0.22	<0.001***	0.07	0.01*
Düşünce yapı bozukluğu	r	0.45	-0.07	0.60	0.49	0.29
	p	0.001**	0.63	<0.001***	<0.001***	0.03*
Düşünce içeriği	r	0.63	0.21	0.47	0.69	0.14
	p	<0.001***	0.13	<0.001***	<0.001***	0.29
Yıkıcı-Saldırgan Davranış	r	0.39	0.18	0.41	0.23	0.30
	p	0.003**	0.19	0.002**	0.09	0.03*
Dış görünüm	r	0.48	0.29	0.44	0.26	0.29
	p	<0.001***	0.03*	0.001**	0.06	0.03*
İçgörü	r	0.31	0.11	0.45	0.11	0.25
	p	0.02*	0.43	0.001**	0.42	0.06
İntihar Olasılığı Ölçeği puanı	r	0.31	0.19	0.36	0.07	1
	p	0.02*	0.15	0.007**	0.63	-
Umutsuzluk	r	0.28	0.22	0.28	0.05	0.89
	p	0.04*	0.11	0.03*	0.73	<0.001***
Olumsuz kendilik değerlendirmesi	r	-0.26	-0.25	-0.16	-0.10	-0.13
	p	0.05	0.07	0.24	0.46	0.34
Düşmanlık	r	0.35	0.11	0.46	0.18	0.78
	p	0.008**	0.42	<0.001***	0.19	<0.001***
İntihar düşüncesi	r	0.34	0.33	0.29	0.05	0.85
	p	0.01*	0.01*	0.03*	0.73	<0.001***

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Hastaların IOSPI Puan ortalaması ile YMÖ puanı ortalamaları arasında pozitif yönlü, orta şiddette (0.59) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0,001). Hastaların IOSPI ile YMÖ Hareket ve enerji artışı alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.36)

ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile YMÖ Konuşma hızı ve miktarı alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.34) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile YMÖ Düşünce yapı bozukluğu alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönlü, orta şiddette (0.45) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile YMÖ Düşünce içeriği alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek (0.63) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile YMÖ Yıkıcı-Saldırgan Davranış alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.39) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile YMÖ Dış görünüm alt boyutu ortalamaları arasında pozitif yönlü, orta şiddette (0.48) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile YMÖ İçgörü alt boyutu ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.31) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Yükselmiş duygudurum alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf (0.31) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Dış görünüm alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.29) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, çok yüksek (0.81) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Yükselmiş duygudurum alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek (0.63) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Hareket ve enerji artışı alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek (0.66) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Cinsel ilgi alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.48) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ İritabilite alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.45) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Konuşma hızı ve miktarı alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek (0.72) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI

Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Düşünce yapı bozukluğu alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.60) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Düşünce içeriği alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.47) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Yıkıcı-Saldırgan Davranış alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.41) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Dış görünüm alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, orta (0.44) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ İçgörü alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.45) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.1.5).

IOSPI Psikotizm alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.51) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). IOSPI Psikotizm alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Cinsel ilgi alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.48) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). IOSPI Psikotizm alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Düşünce yapı bozukluğu alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.49) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). IOSPI Psikotizm alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Düşünce içeriği alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, yüksek (0.69) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların IOSPI puan ortalaması ile İÖÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.31) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile İÖÖ Umutsuzluk alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.28) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile İÖÖ Düşmanlık alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.35) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI puan ortalaması ile İÖÖ İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.34) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutu puan ortalaması ile İÖÖ İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.33) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile İÖÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.36) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan

ortalaması ile İÖÖ Umutsuzluk alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.28) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile İÖÖ Düşmanlık alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta (0.46) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyutu puan ortalaması ile İÖÖ İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.29) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.5).

Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf (0.39) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ Hareket ve enerji artışı alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf (0.29) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ Cinsel ilgi alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.34) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ Konuşma hızı ve miktarı alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.33) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ Düşünce yapı bozukluğu alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.29) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ Yıkıcı-Saldırgan Davranış alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.30) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ Dış görünüm alt boyutu puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf (0.29) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.6. Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşı, hastalık belirtileri, bipolar tanısı konulma ve hastanede yatış süresi ile Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar İçin Etkileşimsel Gözlem Ölçeği, Young Mani Derecelendirme Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki

		Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar İçin Etkileşimsel Gözlem Ölçeği Puanı	Young Mani Derecelendirme Ölçeği Puanı	İntihar Olasılığı Ölçeği Puanı
Yaş	r	0.07	-0.19	-0.12
	p	0.68	0.17	0.4
Hastalık belirtileri süresi	r	0.14	0.04	-0.154
	p	0.32	0.79	0.26
Bipolar bozukluk tanısı konulma süresi	r	-0.05	-0.13	-0.21
	p	0.73	0.34	0.11
Hastanede yatış süresi	r	-0.06	-0.24	-0.06
	p	0.66	0.07	0.64

Hastaların IOSPI puanı ile yaş, hastalık belirtileri süresi, bipolar bozukluk tanısı konulma süresi, hastanede yatış süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların YMÖ puanı ile yaş, hastalık belirtileri süresi, bipolar bozukluk tanısı konulma süresi, hastanede yatış süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların İÖÖ puanı ile yaş, hastalık belirtileri süresi, bipolar bozukluk tanısı konulma süresi, hastanede yatış süresi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1.6).

4.2. Tartışma

Hemşire gözlemi ile bipolar bozukluğu olan bireylerde mani belirtileri ve intihar olasılığının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastaların IOSPI toplam puan ortalaması 0.83 ± 0.30 'dur. Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik, Psikomotor ajitasyon ve iritabilite ve Psikotizm alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 0.88 ± 0.35 , 0.99 ± 0.44 ve 0.42 ± 0.67 bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hastaların IOSPI toplamı, Sosyal ilgi ve düzenlilik, Psikomotor ajitasyon ve iritabilite alt boyut puan ortalamalarının ortanca değere yakın olduğu söylenebilir. Psikotizm alt boyutu ise ortanca değerin altında bulunmuştur. Türkiye'de aynı ölçme aracının kullanıldığı çalışma sayısı çok sınırlıdır. Mısırlı ve arkadaşlarının (2005) IOSPI'nin geçerlilik güvenirlik ve faktör yapısını inceleyen çalışmasında, ölçek toplam puan ortalaması 0.84'tür [55]. Geçerlilik güvenirlik çalışması sonucu bu çalışma bulgusunu desteklemektedir. Tün ve arkadaşları tarafından (2010) yapılan bir çalışmada hemşire gözlemin intihar olasılığı gibi riskli belirtileri tanımlamada yetersiz kaldığı, daha çok günlük olaylarla ilgili bilgi verdiği belirtilmiştir [57].

YMÖ puan ortalaması 14.25 ± 0.33 'dür. Yükselmiş duygudurum alt boyutu puan ortalaması 1.27 ± 0.77 , Hareket ve enerji artışı 1.50 ± 1.24 , Cinsel ilgi 0.66 ± 0.77 , Uyku 0.98 ± 1.10 , İritabilite 2.04 ± 1.73 , Konuşma hızı ve miktarı 2.93 ± 0.02 , Düşünce yapı bozukluğu 0.71 ± 0.93 , Düşünce içeriği 2 ± 2.80 , Yıkıcı-saldırgan davranış 0.71 ± 1.40 , Dış görünüm 0.73 ± 0.84 ve İçgörü 0.71 ± 1.34 'dür. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hastaların YMÖ toplamı ve alt boyutu puan ortalamaları genel olarak ortanca değerin altında bulunmuştur. Sadece Hareket ve enerji artışı alt boyut puan ortalaması ortanca değere yakın bulunmuştur. Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan YMÖ'nin Türkiye'de Geçerlilik ve Güvenirliği çalışmasında Yükselmiş duygudurum, Hareket ve enerji artışı, Cinsel ilgi, Uyku, İritabilite, Konuşma hızı ve miktarı, Düşünce yapı bozukluğu, Düşünce içeriği, Yıkıcı-saldırgan davranış, Dış görünüm, ve İçgörü alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 0.75, 0.71, 0.88, 0.91, 0.80, 0.78, 0.48, 0.76, 0.56, 0.68, 0.89'dur [53]. Literatürde bipolar bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalarda YMÖ alt boyut puan ortalamalarının bu çalışmaya göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bulgulardaki farklılığın hasta profilinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İÖÖ puan ortalaması 77.57 ± 11.32 'dir. Umutsuzluk, Olumsuz kendilik değerlendirmesi, Düşmanlık ve İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 26.50 ± 5.16 , 22.16 ± 4.15 , 14.18 ± 3.77 , 14.73 ± 5.13 'tür. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hastaların İÖÖ toplamı, Düşmanlık ve İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamalarının genel olarak ortanca değerin altında olduğu söylenebilir. Umutsuzluk ve Olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyut puan ortalamaları ortanca değere yakın

bulunmuştur. Sabancıoğulları ve arkadaşlarının (2015) psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yaptığı bir çalışmada İntihar olasılığı toplam puan ortalaması 82.54 ± 14.76 'dır. Umutsuzluk, Olumsuz kendilik değerlendirmesi, Düşmanlık ve İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 28.88 ± 6.00 , 23.64 ± 4.96 , 14.49 ± 4.04 , 15.52 ± 5.83 'tür. Hastaların %55.5'inin daha önce intihar etmeyi düşündüğü ve hastaların %31'inin daha önce intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir [5]. Deveci ve arkadaşları tarafından (2008) şizofreni hastalarında yapılan bir araştırmada İÖÖ puan ortalaması 75.1 ± 11.7 'dir [58]. Literatür bulguları bu çalışma bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda bipolar bozukluğu olan bireylerin %48.2'sinin (27 kişi) orta düzeyde ve %51.8'inin (29 kişi) şiddetli düzeyde intihar olasılığı olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada ruhsal bozukluğu olmayan üniversite öğrencilerinin %9.1'inde orta düzeyde ve %0.5'inde şiddetli düzeyde intihar olasılığı olduğu belirlenmiştir [59]. Bulgulardaki farklılığın örneklem grubu farkından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bipolar bozukluğu olan bireylerin intihar olasılığı düzeyinin toplumda ruhsal yönden sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların IOSPI toplam puan ortalaması ile YMÖ toplam puanı ortalaması, Hareket ve enerji artışı, Konuşma hızı ve miktarı, Düşünce yapı bozukluğu, Düşünce içeriği, Yıkıcı-Saldırgan Davranış, Dış görünüm ve İçgörü alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Manik dönemde hastanın konuşma hızı ve miktarı, hareket ve enerjisi, yıkıcı saldırgan davranışları artmaktadır. Düşünce yapısında bozukluklar meydana gelebilmekte, düşünce içeriği (sanrı, varsanı) değişebilmektedir. Dış görünümünde olan değişiklikler; aşırı makyaj, açık uygunsuz giyim, mevsime uygun olmayan giyim, renkli saçlar ve abartılı makyajlara yönelmez. İçgörüsü olmayan bireyler hasta olduğunu kabul etmeyebilmektedir. Etkileşimsel gözlem ölçeğinin bu belirtileri ölçmede etkin olduğu saptanmıştır. Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ Yükselmiş duygudurum ve dış görünüm alt boyutu puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların IOSPI Psikomotor ajitasyon ve irritabilite alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ puan ortalaması, Yükselmiş duygudurum, Hareket ve enerji artışı, Cinsel ilgi, İritabilite, Konuşma hızı ve miktarı, Düşünce yapı bozukluğu, Düşünce içeriği, Yıkıcı saldırgan davranış, Dış görünüm ve İçgörü alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların IOSPI Psikotizm alt boyutu puan ortalaması ile YMÖ puan ortalamaları, cinsel ilgi, düşünce yapı bozukluğu ve düşünce içeriği alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. IOSPI puanları arttıkça YMÖ puanlarında da artış belirlenmiştir. Etkileşimsel Gözlem Ölçeğinde puan ortalamasının artması hastanın genel durumunun kötüye gittiğine işaret etmektedir. YMÖ puanlarının artması manik semptomların arttığını göstermektedir. IOSPI ile hemşirenin hastasıyla etkileşim kurma ve gözlem yoluyla hastasından elde ettiği verilerin hastadaki manik

semptomları belirlemede etkili olduğu söylenebilir. Hemşire hastasıyla etkileşim kurarak gözlem yaptığında hastasındaki manik semptomların arttığını fark edebilir. Hastasının yıkıcı saldırgan davranışlar, irritabilite gibi maniye ait semptomlardaki artışı ilk fark eden meslek gruplarından biridir. Literatürde IOSPI ve YMÖ karşılaştıran hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların IOSPI puan ortalaması ile İÖÖ puan ortalaması, Umutsuzluk, Düşmanlık ve İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutu puan ortalaması ile İÖÖ İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. IOSPI Puanlarındaki artışa paralel olarak İÖÖ puan ortalamalarının da arttığı bulunmuştur. Hemşireler tarafından hastayla etkileşim ve gözlem yoluyla doldurulan Etkileşimsel Gözlem Ölçeğinin hastalardaki intihar riskini belirlemede etkili olduğu söylenebilir. Bipolar bozukluğu olan bireylerde intihar riski oldukça fazladır. Hemşire gözlem yoluyla bunu fark edebilecek ve çözümüne ilişkin hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulayabilecek profesyoneller arasındadır. Literatürde hemşire gözlemine yönelik kanıt temelli araştırma sayısı çok azdır. Londra da yapılan bir çalışmada hastanede yatarak tedavi edilen intihar riski olan hastaların sürekli gözlem altında bulunmasının intihar olasılığını azaltabileceği belirtilmiştir [10].

Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ puan ortalaması, Hareket ve enerji artışı, Cinsel ilgi, Konuşma hızı ve miktarı, Düşünce yapı bozukluğu, Yıkıcı saldırgan davranış ve Dış görünüm alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. İÖÖ puan ortalamalarındaki artışa paralel olarak YMÖ puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda manik semptomların şiddetinin artmasıyla birlikte intihar olasılığı da artmaktadır. Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, psikotik özellik gösteren atakların hastaların %43.3'ünde görüldüğü, hastaların tedavi geçmişleri incelendiğinde ise psikotik özelliklerin, %65 oranında manik atak sırasında ortaya çıktığı belirlenmiştir [45]. Dürtüsellik ve irritabilite düzeyinin yüksek olması ve psikotik mani belirtilerinin görülmesinin de bipolar bozuklukta intihar riskini arttırdığı bildirilmiştir [51]. Zincir ve arkadaşlarının (2014) yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunanların %9'unun bipolar bozukluk depresif dönem, %3.2'sinin ise bipolar bozukluk manik dönemde olduğu belirtilmiştir [28]. Balazs ve arkadaşlarının 2006'da yaptıkları bir çalışmada intihar girişimi olan hastalarda yüksek oranda bipolar bozukluk olduğunu saptamıştır. İritabilite ve psikomotor ajitasyon intihar girişimi için risk faktörleri olarak belirtilmiştir [60]. Literatürde yer alan çalışma sonuçları bu çalışma bulgusunu desteklemektedir.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Bipolar bozukluğu olan bireylerin yaş ortalaması 39.9 ± 13.93 ve %60.7'si kadındır.
- Hastaların Etkileşimsel Gözlem Ölçeği toplam puan ortalaması 0.83 ± 0.30 'dur. Hastaların Etkileşimsel Sosyal ilgi ve düzenlilik, Psikomotor ajitasyon ve iritabilite ve Psikotizm alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 0.88 ± 0.35 , 0.99 ± 0.44 ve 0.42 ± 0.67 bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hastaların Etkileşimsel Gözlem Ölçeği toplamı, Sosyal ilgi ve düzenlilik, Psikomotor ajitasyon ve İritabilite alt boyut puan ortalamalarının ortanca değere yakın olduğu söylenebilir. Psikotizm alt boyutu ise ortanca değer altında bulunmuştur.
- Young Mani Derecelendirme Ölçeği puan ortalaması 14.25 ± 0.33 'dür. Yükselmiş duygudurum alt boyutu puan ortalaması 1.27 ± 0.77 , Hareket ve enerji artışı 1.50 ± 1.24 , Cinsel ilgi 0.66 ± 0.77 , uyku 0.98 ± 1.10 , İritabilite 2.04 ± 1.73 , Konuşma hızı ve miktarı 2.93 ± 0.02 , Düşünce yapı bozukluğu 0.71 ± 0.93 , Düşünce içeriği 2 ± 2.80 , Yıkıcı-saldırgan davranış 0.71 ± 1.40 , Dış görünüm 0.73 ± 0.84 ve İçgörü 0.71 ± 1.34 'dür. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hastaların Young Mani Derecelendirme Ölçeği toplamı ve alt boyutu puan ortalamaları genel olarak ortanca değer altında bulunmuştur.
- İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalaması 77.57 ± 11.32 'dir. Umutsuzluk, Olumsuz kendilik değerlendirmesi, Düşmanlık ve İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları sırasıyla 26.50 ± 5.16 , 22.16 ± 4.15 , 14.18 ± 3.77 , 14.73 ± 5.13 'tür. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği toplamı, düşmanlık ve intihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamalarının genel olarak ortanca değer altında olduğu söylenebilir. Umutsuzluk ve olumsuz kendilik değerlendirmesi alt boyut puan ortalamaları ortanca değere yakın bulunmuştur.
- Bipolar bozukluğu olan bireylerin %48.2'sinin (27 kişi) orta düzeyde ve 51.8'inin (29 kişi) şiddetli düzeyde intihar olasılığı olduğu saptanmıştır.
- Etkileşimsel Gözlem Ölçeği puanları arttıkça Young Mani Derecelendirme Ölçeği puanlarında da anlamlı artış belirlenmiştir.
- Hastaların IOSPI Puan ortalaması ile İÖÖ puan ortalaması, Umutsuzluk, Düşmanlık ve intihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların IOSPI Sosyal ilgi ve düzenlilik alt boyutu puan ortalaması ile İÖÖ İntihar düşüncesi alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

- Hastaların İÖÖ puan ortalaması ile YMÖ puan ortalaması, Hareket ve enerji artışı, Cinsel ilgi, Konuşma hızı ve miktarı, Düşünce yapı bozukluğu, Yıkıcı saldırgan davranış ve Dış görünüm alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.



5.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin gözlem yoluyla bipolar bozukluğu olan bireyde mani belirtileri ve intihar riskini değerlendirirken “Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği”ni düzenli bir şekilde kullanması,
- Hemşirelerin psikiyatri kliniğinde nesnel gözlem yapma becerisini geliştirmesi için ruhsal semptomlar, intiharda risk faktörleri ve hemşire gözlemi konularında eğitim, sempozyum ve kurslara katılması,
- Bipolar bozukluğu olan bireylerin riskli davranışlarının değerlendirilmesi için kanıt temelli, etkili bir rehber ihtiyacı vardır. Bu nedenle bipolar bozukluğu olan bireylerde gözlem yönteminin etkinliği ile ilgili kanıta dayalı araştırmalar yapılarak bu doğrultuda etkili bir gözlem rehberinin oluşturulması ve uygulamada kullanılması,
- Hemşirelerin kanıt temelli araştırmalar yaparak gözlem yönteminin güvenilirliğine ve etkinliğine dikkat çekmesi,
- Hemşire gözlemine yönelik video kamera kaydına dayalı nitel çalışma yapılması,
- Bipolar bozukluğu olan bireylerde intihar için risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik araştırmaların artırılması,
- Yasal olarak hemşire gözleminin bütün kurumlarda taburculuk kriterlerini belirlemede etkin olarak yer alması gerektiği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1]. Maçkalı, Z. ve Tosun, A. (2011). Bipolar Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 571-594.
- [2]. Angst, J. ve Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 445-457.
- [3]. Hocaoglu, Ç. (2013). İki Uçlu Bozukluk ve İntihar Davranışı. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 20-22.
- [4]. Temel, M. (2009). İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 2.
- [5]. Sabancıoğulları, S., Avcı, D., Doğan, S., Kelleci M. ve Ata, E. (2015). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda İntihar Olasılığı ve Etkileyen Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 164-172.
- [6]. Singh, V. ve Bowden, C.L. (2006). Bipolar Bozukluk, Karma Dönemlerin Tanı ve Tedavisindeki Gelişmeler. *New Symposium Journal*, 44 (1).
- [7]. Yeloğlu, Ç.H. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54.
- [8]. Sabancıoğulları, S., Açıl, A.A. ve Hallaç, S. (2014). Akut Psikiyatrik Bakımda Bir Profesyonel Kontrol Yöntemi: Hemşirelik Gözlemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 79-91.
- [9]. Çetinkaya, H. Ve Gözen, D. (2016). Ergenlerde Özkıym, Risk Faktörleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. *J Pediatr Res*, 3(3), 133-8.
- [10]. Stewart, D., Bowers, L. ve Ross, J. (2012). Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1340-8.
- [11]. Jeffrey, S. ve Janofsky, M.D. (2009). Reducing Inpatient Suicide Risk:Using Human Factors Analysis to Improve Observation Practices. *J Am Acad Psychiatry Law*, 37, 15-24.
- [12]. Neilson, P. ve Brennan, W. (2001). The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 147-155.
- [13]. Hamilton, B. ve Manias, E. (2008). The power of routine and special observations: producing civility in a public acute psychiatric unit. *Nursing Inquiry*, 15(3), 178-188.
- [14]. Sarı, A. ve Duman, Ç.Z. (2017). Development of a Nurse Observation Scale for Inpatients at the Psychiatry Clinic: Validity and Reliability Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 368-375.
- [15]. Eroğlu, Z.M. ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.
- [16]. Çam, O. (Ed). Engin, E. ve Çuhadar, D. (2014). Bipolar Bozukluk. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Birinci baskı. Medikal Yayıncılık İstanbul. 2014.
- [17]. Işık, E. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Gerekçeleri, Genel Tedavi İlkeleri ve Uygulama Biçimleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1).
- [18]. Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). Ruh sağlığı ve bozuklukları 1.cilt. Ankara: Tuna matbaacılık.
- [19]. Coşkun, M., Zoroğlu S.S. ve Öztürk, M. (2010). Pediatrik Bipolar Bozukluk Etiyolojisinde Genetik ve Nörobiyolojik Faktörler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20(1), 101-108.
- [20]. Karamustafalıoğlu, O., Özçelik, B., Bakım, B., Ceylan, Y.C., Yavuz, B.G., Güven, T. ve Gönenli, S. (2010). İntiharı Öngörebilecek Bir Araç: Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3).
- [21]. Keskin, N. ve Tamam, L. (2016). Bipolar bozuklukta uyku. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 255-265.
- [22]. Namlı, Z., Karakuş, G., Tamam, L. ve Demirkol, M.E. (2016). Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4), 309-320.
- [23]. Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- [24]. Yathan, L.N., Kennedy, S.H., Parikh, S.V., ve diğerleri. (2013). Canadian Network For Mood and Anxiety Treatments and International Society for Bipolar Disorders collaborative uptade of CANMAT guidelines for the management of patient with bipolar disoreders. *International Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 15, 1-44.

- [25]. Kutcher, S., ve Chehil, S. (2009). İntihar Riskinin Ele Alınması Sağlık Alanında Çalışanlar İçin El Kitabı. (O. Tankaya, çev) İstanbul.
- [26]. Bez, Y., (2013). İki Uçlu Depresyonun Farmakolojik Tedavisinde Yenilikler. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 59-62.
- [27]. Hesdorffer, D.C. ve Kanner, A.M. (2009). The FDA alert on suicidality and antiepileptic drugs: Fire or false alarm? *Epilepsia*, 50, 978-86.
- [28]. Zincir, B.S., Zincir, S., Köşker, D.S., Sünbül, A.E., Aksoy, E.A., Elbay, Y.R. ve diğerleri. (2014). Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında İntihar Girişiminin Klinik Özellikler ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 4(2), 53-58.
- [29]. Türkleş, S., Yılmaz, M. ve Soylu, P. (2017). Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts. *G Model Colegn*, 491, 6.
- [30]. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). (2011). 20 Nisan 2015 tarihinde <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı> adresinden ulaşıldı.
- [31]. Schaffer, A., Isometsea, E.T., Tondo, L., Moreno, D.H., Turecki, G., Reis, C. ve diğerleri. (2015). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 17, 16.
- [32]. Şevik, A.E., Özcan, H. ve Uysal, E. (2012). İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. *Klinik Psikiyatri*, 15, 218-225.
- [33]. Malhi, G.S., Outhred, T., Das, P., Morris, G., Hamilton, A. ve Mannie, Z. (2018). Modeling suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 1, 15.
- [34]. Jimenez, E., Arias, B., Mitjans, M., Goikolea, J.M., Ruiz, V., Brat, M. S. ve diğerleri. (2016). Clinical features, impulsivity, temperament and functioning and their role in suicidality in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 133, 266-276.
- [35]. Yılmaz, M. ve Özcan A. (2016). Psikiyatri Hemşireliğinin Geleceği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, (9)1.
- [36]. Tekkaş, K. ve Bilgin, H. (2010). Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 235 -42.
- [37]. Ray, R., Perkins, E., Roberts, P. ve Fuller, L. (2017). The Impact of Nursing Protocols on Continuous Special Observation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(1) 19-27.
- [38]. Vrale, G.B. ve Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility inconstant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 513-518.
- [39]. Dunster, P.C., Haddock, G., Wainwright, L. ve Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165-174.
- [40]. Manna, M. (2010). Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psikiyatri Sağlığı Hemşireliği*, Nisan, 17 (3), 268-73.
- [41]. Eroğlu, Z.M., Karakuş, G. ve Tamam, L. (2013). Bipolar Bozukluk ve Özkiyım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26 (2).
- [42]. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 27 Mayıs 2015 tarihinde <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12606/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-y-> adresinden erişildi.
- [43]. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. ve Harriss, L. (2005). Suicide and Attempted Suicide in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Risk Factors. *J Clin Psychiatry*, 66, 693-704.
- [44]. Fagiolini, A., Kupfer, D.J., Rucci, P., Scott, J.A. , Novick, D.M. ve Frank, E. (2004). Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 65(4), 509-14.

- [45]. Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N. ve Kurt E. (2012). Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 22 (1).
- [46]. Kızılpınar, Ç.S. ve Duman, B. (2018). Acil Servisine İntihar Girişimi Sebebiyle Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikler Yönünden İncelenmesi. *Kriz Dergisi*, 26 (0), 023-029.
- [47]. Novick, D.M., Swartz, H.A. ve Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta analysis of the evidence. *Bipolar Disord*, 12, 1-9.
- [48]. Gültekin, K.B., Kesebir, S. ve Tamam, L. (2014). Türkiye’de Bipolar Bozukluk. *Current Approaches in Psychiatry*, 6 (2), 199-209.
- [49]. Antypa, N., Antonioli, M. ve Serretti, A. (2013). Clinical, psychological and environmental predictors of prospective suicide events in patients with Bipolar Disorder . *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1800-1808.
- [50]. Tunç, S., Yenilmez, Y. ve Altınbaş, K. (2014). Özkiyım Girişimi Öyküsü Olan Ve Olmayan Bipolar Bozukluk Olgularının Mizaç ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 214-220.
- [51]. Mutlu, C., Doksat, G.N. ve Erdoğan A. (2015). Pediatrik Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (4), 382-390.
- [52]. Schaffer, A., Sinyor, M., Reis, C., Goldstein, B.I. ve Levitt, A.J. (2014). Suicide in bipolar disorder: characteristics and subgroups. *Bipolar Disord*, 16, 732-740.
- [53]. Karadağ, F., Oral, T., Yalçın, A.F. ve Erten, E. (2001). Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2), 107-114.
- [54]. Atlı, Z., Eskin, M. ve Dereboy, Ç. (2009). İntihar olasılığı ölçeğinin (İÖÖ) Klinik Örneklemde Geçerlik ve Güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*, 12, 111-124.
- [55]. Mısırlı, Ş., Bora, E., Gültekin, K., Elçi, S. ve Gülen, G. (2005). Psikiyatri Servisinde Yatan Hastalar için Etkileşimsel Gözlem Ölçeği: Güvenirlik, Geçerlik ve Faktör Yapısını İnceleyen Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 8, 117-122.
- [56]. Norman, G. (2010). Likert Scales, Leves of Measurement and The “Laws” of Statistics. *Adv in Health Sci Educ*, 15, 625-632.
- [57]. Tün, H. ve Oflaz, F. (2010). Psikiyatri kliniğinde riskli hastalar (3. derece) için düzenlenen hemşire gözlem formlarının kapsam ve nicelik olarak incelenmesi. *IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongre Özet Kitabı*, Samsun, 75-76.
- [58]. Deveci, A., Danacı, E.A., Yurtsever, F., Deniz, F. Ve Yüksel, G.E. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi Ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (3), 266-273.
- [59]. Özel, Y., Türkleş, S. ve Erdoğan, S. (2015). Suicide probability university students. Suicide probability in university students. *Prog Health Sci*, 5 (2).
- [60]. Balazs, J., Benazzi, F., Rihmer, Z., Rihmer, A., Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (2006). The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depresyon: iplications for suicide prevention. *J Affect Disord*, 91, 133-138.

EKLER

EK:1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu “**Hemşire Gözlemi ile Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Mani Belirtileri ve İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi**” adlı araştırma kapsamında hemşire gözlemi ile bipolar (manik depresif) bozukluğu olan bireylerde mani (sevinç ve özgüvenin sistemsiz ve aşırı bir biçimde arttığı, taşkınlıkla beliren ruh hastalığı) belirtileri ile intihar olasılığının değerlendirilmesi’ne yönelik bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar hemşire gözlemi ile bipolar bozukluğu olan bireylerde mani belirtileri ile intihar olasılığının değerlendirilmesi’nde yardımcı olacaktır.

Anket formunda 48 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Arzu SENEM
Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Serpil TÜRKLEŞ

1. Yaşınız (lütfen yazınız):.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

() Kadın () Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

() Evli () Bekar

4. Eğitim durumunuz nedir?

() Okur-yazar değil

() Okur-yazar

() İlköğretim

() Ortaöğretim

() Yüksek öğretim (önlisans, lisans)

() Lisans üstü

5. Çalışma durumunuz nedir?

- ☐ Çalışıyor
☐ Çalışmıyor
☐ Emekli
☐ Malulen emekli

6. Gelir durumunuz nedir?

- ☐ Gelir giderden düşük
☐ Gelir gidere denk
☐ Gelir giderden yüksek

7. Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?

- ☐ Oldu ☐ Olmadı

8. Hastalık belirtileriniz ne zamandan beri var? (Lütfen yazınız):.....

9. Bipolar bozukluk tanısı ne kadar süre önce konuldu? (Lütfen yazınız):.....

10. Ailenizde bipolar bozukluk tanısı olan kimse var mı? (Lütfen yazınız):.....

11. Ailenizde intihar girişimi olan kimse var mı? (Lütfen yazınız):.....

12. Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz? (Lütfen yazınız):.....

EK: 2 YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (YMÖ)

Yönerge: Hastanın durumuna uygun olan seçenek işaretlenmelidir. 0-4 puanlı maddelerde karar verilemiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı verilmeli, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

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

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

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

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

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

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

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

EK:3 İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ (İÖÖ)

Yönerge: Aşağıda kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlenin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen, her cümlenin sağ tarafındaki seçeneklerden size uygun olanın altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretlemenizdir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkelendiğim zaman elimi geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissederim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissederim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklendiğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha birçok yararlı şey olduğunu hissederim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi hissederim.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissederim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissederim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissederim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissederim ki buna dayanamam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana düşmanca duygular beslediklerini hissederim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem, yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissederim.	D	D	D	D
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğümdür.	D	D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissederim.	D	D	D	D

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissedirim.	D	D	D	D
21	Dünyanın yaşama değer olmadığını hissedirim.	D	D	D	D
22	Gelecekle ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşım olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım insanların daha rahat edeceğini hissedirim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissedirim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
27	Eşime duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissedirim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissedirim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Parayla ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve birçok şeye ilgisiz hissedirim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissedirim/hissederdim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım, mutlu olamadığımı hissedirim.	D	D	D	D

EK:4 PSİKİYATRİ SERVİSİNDE YATAN HASTALAR İÇİN ETKİLEŞİMSEL GÖZLEM ÖLÇEĞİ (IOSPI)

Yönerge: Her madde için bu dönemde gözleyebildiklerinizi en iyi gösteren notu verin. Eğer bu sınıflandırma olanaklı değilse ve/ya da yeni durum ya da hasta 1, 2, 3, 4. maddelerin uygulanmasını engelleyen fiziksel bir kısıtlılık gösteriyorsa D (değerlendirilemedi) seçeneğini seçin ve sayfanın en altına nedenini yazın.

1- Özbakım	0	1	2	D
2- Yataktan kalkış	0	1	2	D
3- Rutinlere katılım	0	1	2	D
4- Uğraş etkinliklerine katılım	0	1	2	D
5- İlgi gösterme	0	1	2	D
6- Sözel iletişim	0	1	2	D
7- Sosyal etkileşim	0	1	2	D
8- Gerçekdışı olaylardan bahsetme	0	1	2	D
9- Varsanılar (Hallüsinasyon)	0	1	2	D
10- Yönelim	0	1	2	D
11- Psikomotor etkinlikte artış	0	1	2	D
12- Konuşmada hızlanma	0	1	2	D
13- İrritabilite	0	1	2	D
14- Sınırları kabullenme	0	1	2	D
15- Özsaygı ifadesi	0	1	2	D
16- Olağandışı davranış	0	1	2	D
Gözlemler:				

EK:5 T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
17/09/2015	17	293

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Hemşire Gözlemi ile Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Mani Belirtileri ve İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 10/09/2015 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yardımcısı

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Raportör

İmza
Prof. Dr. Hasan Erdal DORUK
Üye

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

(Katılamadı)
Doç. Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılamadı)
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

(Katılamadı)
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

İmza
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

(Katılamadı)
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

EK: 6 MERSİN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ KURUM İZİN YAZISI



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi
Başhekimlik



Sayı : 41993462-774-13850
Konu: Araştırma İzni (Arzu SENEM)

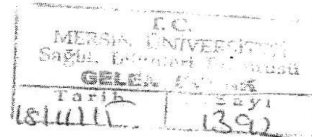
Tarih: 16-11-2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
MERSİN

İlgi : 22/10/2015 tarihli ve 302.08/922 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen yüksek lisans öğrencisi Arzu SENEM'in "Hemşire Gözlemi ile Bipolar Bozukluğu olan Bireylerde Mani, Hipomani Belirtileri ve İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi" konulu anket çalışması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Meltem NASS DUCE
Dekan Yrd.- Başhekim



Adres: MEÜ Çiftlikköy Kampusu 33343 Yenisehir/ MERSİN
Telefon: 0 324 111 11 11

EK:7 MERSİN ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Mersin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

MERSİN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MERSİN İLİ KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
31.07/2017 18:07 - 43266470 - 604.01.02 - E.10329
00030062149

Sayı : 43266470/604.01.02
Konu : Araştırma İzni

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 17/04/2017 tarihli ve 35171984-393588 sayılı yazınız

İlgi yazıya istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'in sorumluluğunda yürütülmekte olan Yüksek Lisans öğrencisi Arzu SENEM'in "Hemşire Gözlemi ile Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Mani Belirtileri ve İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın yapılabilmesine dair Üniversitenizin talep yazısı incelenmiş; çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun Kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışma Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüş olup, ilgili Bilimsel Araştırma/Tez/Projesi İzin Başvuru İnceleme Komisyon kararı ekte gönderilmiştir;

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Memnune ÇAMSARI
Genel Sekreter

EKLER:

TEZ ÇALIŞMASI İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI (1 sayfa)

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
06.08.2017
Ünal ÇAKMAK
V.H.K.I.

Nusratiye Mah. Kuvai Milliye Cad. No:132 Akdeniz MERSİN

Bilgi için:Meral ÖZGÜL BAŞAR

Faks No:0324 3373499

Unvan:Laboratuvar Teknisyeni

e-Posta:meral.ozgulbasar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge Birimi M.ÖZGÜL

Telefon No:0324 3373692

BAŞAR

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 04489d02-7c6d-4c18-8451-37491b949a3c kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu ile onaylanmıştır.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Mersin İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI :
KONU: Araştırma İzni İnceleme Komisyonu

BİLİMSEL ARAŞTIRMA/TEZ/ PROJESİ İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Hemşire Gözlemi ile Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Mani Belirtileri ve İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/bölümün adı	Mersin Şehir Hastanesi Kadın ve Erkek Psikiyatri Servisi
Araştırma/Tezin/Projenin verildiği eğitim kurumu	Mersin Üniversitesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasını yapan/yürüten Öğrenci/Yürütücü	Arzu SENEM
Danışman Öğretim Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

KARAR

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönerge gereği, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Mersin Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nin 18.05.2017 tarihli ve 6715 sayılı Makam Onayı ile görevlendirilen komisyon üyeleri, Genel Sekreterliğimize intikal eden Tez Çalışmasını değerlendirmek üzere 26/07/2017 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Tez Çalışmasının Birliğimize Bağlı Tüm Sağlık Tesislerinde yapılmasına karar verilmiştir.

Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Abdullah DANIŞMAN
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Gültekin ARSOY
Mali Hizmetler Başkanı

Gültekin ARSOY
İdari Hizmetler Başkanı V.

Üye
Meral ÖZGÜL BAŞAR
İdari Hizmetler Başkanlığı

ONAY
27.07/2017
Uzm.Dr. Memnane ÇAMSARI
Genel Sekreter

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Arzu SENEM

Doğum Tarihi:12.10.1987

E-mail: a.senem@hotmail.com

Öğrenim durumu:

Derece	Bölüm / Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Kilis Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu	Gaziantep Üniversitesi	2005-2009

Görevler:

Görev ünvanı	Görev yeri	Yıl
Hemşire	Gaziantep SEV Amerikan Hastanesi	2009-2010
Hemşire	Mersin Üniversitesi Hastanesi	2010-Halen