



T.C

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Remisyon Dönemindeki Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Sosyal
Destek Algısı, Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik İlişkisi**

SERCAN YILMAZ

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Dr. Gülşen KAYNAR YAMAN

ANKARA, 2025



T.C

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Remisyon Dönemindeki Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Sosyal
Destek Algısı, Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik İlişkisi**

SERCAN YILMAZ

KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Dr. Gülşen KAYNAR YAMAN

ANKARA, 2025

ETİK BEYAN

Bu tez çalışması, Ankara Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı tarafından belirlenen etik kurallar ve akademik yazım ilkelerine uygun olarak hazırlanmıştır. Tez kapsamında kullanılan tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçlar özgün olup, başka bir çalışmadan doğrudan alınmamış veya izinsiz kullanılmamıştır.

Çalışmam sırasında atıf yapılması gereken tüm kaynaklara bilimsel atıf kurallarına uygun şekilde yer verilmiştir. Başkalarına ait fikir, görüş, sonuç veya diğer her türlü bilgi, ilgili kaynaklar belirtilerek açık bir şekilde belirtilmiştir. Hiçbir veri veya bulgu tahrif edilmemiş ya da yanıltıcı şekilde sunulmamıştır.

Bu tezde kullanılan verilerin toplanması ve analiz edilmesi aşamalarında etik kurallara uyulmuş ve katılımcıların onayı alınmıştır. Çalışma sürecinde Ankara Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından uygunluk onayı alınmıştır.

Çalışmamın etik ilkelere uygun olduğunu ve bilimsel ahlak ilkelerine aykırı bir davranışta bulunulmadığını taahhüt ederim. Aykırı bir durumun bulunması durumunda, ortaya çıkabilecek her türlü yasal sorumluluğu kabullendiğimi beyan ederim.

Sercan YILMAZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca destekleyici, cesaretlendirici, sabırlı yaklaşımı ve çok yönlü bakış açısıyla akademik gelişimime önemli katkılar sağlayan, sevgili hocam ve tez danışmanım Dr. Gülşen KAYNAR YAMAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Bu süreci sizinle birlikte yürütmek benim için çok büyük bir şanstı.

Şehir hastanesindeki bir yıllık maceram boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, bilgeliği ve kliniğe dair düşünsel derinliğiyle gelişimime katkıda bulunan Prof. Dr. Erol GÖKA'ya teşekkürlerimi borç bilirim. Yer yer hasta görüşmelerini birlikte yürüttüğümüz değerli çalışma arkadaşım Dr. Beste ERGÜDEN, bu araştırma süreci boyunca desteğin ve enerjin benim için çok kıymetliydi. Bu yolculuğu birlikte paylaşmak gerçekten özel bir deneyim oldu. Katkıların için sana çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim için beni destekleyen, önemli bir motivasyon kaynağım olan çok değerli Doç. Dr. Zeynep KOTAN'a minnettarım. İyi ki varsınız.

Klinik psikolojiye olan ilgimi destekleyen, içtenlikle değer verdiğim ve ilham kaynağım olan sayın Prof. Dr. Arzu AYDIN ACI'ya sonsuz teşekkür ederim. Lisans eğitimi süresince, akademik bilgi birikimimi artırmamın yanı sıra insani değerler kazanmamda da büyük katkılar sağlayan sayın Prof. Dr. Serap AKGÜN ve Prof. Dr. Aslı ASLAN hocalarım katkılarınız bu yolculukta bana ışık tuttu. Katkılarınızın değerini her zaman bileceğim.

Lisans eğitimimden bu yana yüreğimde ayrı bir yeri olan, zor anılarımızı birlikte paylaştığımız, başarılarımızı ve mutluluklarımızı birlikte kutladığımız değerli dostlarım ve meslektaşlarım Cansel ÖĞÜTMEN ŞAHİN ve Melis ŞEN'e bu yolculuğu daha anlamlı ve kolay kıldıkları için teşekkür ederim. Ayrıca, Eralp AKGÜL'e yüksek lisans boyunca gösterdiği yol arkadaşlığı ve Mervan KARUÇ'a lisans yıllarından bu yana süregelen dostluğu için teşekkür ederim.

Ortaokul yıllarımda bana yalnızca bilgi değil, hayata dair değerler de kazandıran ve bugünkü beni şekillendiren sevgili öğretmenlerim Arzu ÖZYILMAZ,

Dilek DOĞAN, Hatice DEMİR, Perim ERDEN ve Sultan AKILLI'ya şükranlarımı sunarım. Sizlerin bana kattıkları hayatım boyunca yanımda taşıyacağım birer rehber oldu.

Beni her koşulda destekleyen, sevgileri ve fedakârlıkları ile her zaman yanımda olan sevgili anne ve babama en derin teşekkürlerimi sunuyorum. Sizlerin varlığı ve emeği, hayatımın her anını daha anlamlı kıldı. Bana verdiğiniz cesaret ve güç her zaman en değerli hazinem olacak. İyi ki varsınız.

Son olarak varlığıyla bana destek olan ve stresli anılarımı hafifleten Hades'e de teşekkür etmeyi unutmam. Bu sürecin gizli kahramanlarından biri oldun. Seninle bu yolculuğu paylaşmak her şeyi daha anlamlı kıldı.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
BÖLÜM I.....	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Bipolar Bozukluk	1
1.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi.....	4
1.3. DSM-5 Bipolar Bozukluk I ve Bipolar Bozukluk II Tanı Ölçütleri.....	6
1.4. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi	8
1.5. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi	9
1.5.1. Genetik Çalışmalar	9
1.5.2. Moleküler Genetik Çalışmaları.....	10
1.5.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları.....	11
1.5.4. Nörotransmitter Çalışmaları	12
1.5.5. Nöroendokrin Sistemi	13
1.5.6. Psikososyal Faktörler	14
1.6. İşlevsellik ve Bipolar Bozukluk	15
1.7. Algılanan Sosyal Destek ve Bipolar Bozukluk	17
1.7.1. Algılanan Sosyal Destek Kuramları	20
1.8. Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Bipolar Bozukluk	21
1.8.1. Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli	24
1.9. Problem Durumu	25
1.10. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	27
1.11. Araştırmanın Denenceleri.....	28
BÖLÜM II.....	29

2. YÖNTEM.....	29
2.1.Araştırma Modeli	29
2.1.1. Örneklem	29
2.2. Veri Toplama Araçları.....	31
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	31
2.2.2. Demografik Bilgi Formu	31
2.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ).....	31
2.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ).....	32
2.2.5. Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu (SSÇE-KF).....	32
2.2.6. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ).....	33
2.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	34
2.3. İşlem	35
2.4. Verilerin Analizi.....	36
BÖLÜM III	37
3. BULGULAR.....	37
3.1. Normallik Varsayım Analizi	37
3.2. Grupların Demografik ve Klinik Özellikleri	38
3.2.1. BB Tanı Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri	38
3.2.2. Kontrol Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri	41
3.3. Grupların Ölçüm Araçlarından Aldıkları Puanlar	42
3.4. Ölçekler Arası Kolerasyonların Değerlendirilmesi	43
3.5. BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin, Demografik ve Klinik Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	44
3.5.1. BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin, Bazı Demografik ve Klinik Değişkenlerle Korelasyonlarının İncelenmesi	44
3.5.2. BB Tanı Grubunda, İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin, Bazı Demografik ve Klinik Değişkenler Açısından Bağımsız Örneklem T-Testi Analizi	46
3.5.3. BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme ve Sosyal Destek Düzeyinin Demografik ve Klinik Değişkenlere Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi.....	47
3.6. BB Tanı ve Kontrol Grubunun Sosyal Sorun Çözme Becerileri, İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması	48
3.7. Bipolar Bozukluk Grubunda İşlevselliğin Yordanması	49
BÖLÜM IV	52

4. TARTIŞMA ve ÖNERİLER.....	52
4.1. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Birbirleri ile İlişkilerinin Tartışılması	52
4.2. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkilerinin Tartışılması	54
4.3. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Klinik Değişkenler ile İlişkilerinin Tartışılması.....	58
4.4. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme ve İşlevselliğin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi: T-testi Bulgularının Tartışılması.....	64
4.5. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme ve İşlevselliğin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi: ANOVA Bulgularının Tartışılması.....	66
4.6. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme ve İşlevselliğin Klinik Değişkenlerle İlişkisi: ANOVA Bulgularının Tartışılması.....	68
4.7. BB Grubu ve Kontrol Grubu Arasındaki Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	69
4.8. BB Grubunda İşlevselliği Yordayan Değişkenlerin Tartışılması.....	70
4.9. Klinik Çalışmalara ve Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler.....	73
BÖLÜM V	76
5. SONUÇ	76
6. SINIRLILIKLAR.....	78
KAYNAKÇA.....	79
EKLER.....	110
Ek 1. Etik Kurul Onayı.....	110
Ek 2. Tanı Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	111
Ek 3. Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	113
Ek 4. Demografik Bilgi Formu.....	115
Ek 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	119
Ek 6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği	120
Ek 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	121
Ek 8. Sosyal Sorun Çözme Envanteri	122
Ek 9. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği	123

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Derneği

BB: Bipolar Bozukluk

BBİÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

GBD: Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

SSÇE-KF: Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

TABLÖLAR

Tablo 1. Grupların Değerlendirme Ölçeklerinin Shapiro-Wilk Testi Sonuçları

Tablo 2. BB Tanı Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Tablo 3. BB Tanı Grubunun Kullandığı Psikiyatrik İlaçlar

Tablo 4. Kontrol Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Tablo 5. BB Tanı Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

Tablo 6. Kontrol Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

Tablo 7. BB Tanı Grubunda Ölçeklerarası Korelasyonun İncelenmesi

Tablo 8. Kontrol Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonun İncelenmesi

Tablo 9. BB Tanı Grubunun Demografik Form ve Ölçüm Araçları ile İlişkileri

Tablo 10. BB Tanı Grubunun İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerilerin ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Birlikte Yaşanan Kişiye Göre İncelenmesi

Tablo 11. BB Tanı ve Kontrol Grubunun Sosyal Sorun Çözme Becerileri, İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Destek Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12. BB Tanı Grubunda Eğitim Düzeyi, İntihar Girişimi, Depresif Dönem Sayısı ve Mevsimsellik (Aşama 1) ile Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek (Aşama 2)'nin İşlevsellik Üzerindeki Yordayıcı Rolü

ÖZET

Bu çalışma, remisyon dönemindeki bipolar bozukluk (BB) hastalarının algıladıkları sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişkileri, klinik olmayan bir kontrol grubu ile karşılaştırarak incelemeyi amaçlamıştır. Ayrıca, bu üç değişkenin demografik ve klinik faktörlerle olan ilişkisini değerlendirerek, BB hastalarının işlevselliğini etkileyen etkenleri belirlemeyi hedeflemiştir. Alan yazında remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarında bu ilişkileri doğrudan inceleyen bir araştırmanın bulunmaması nedeniyle, bu araştırma sosyal sorun çözme becerilerinin işlevsellik üzerindeki rolünü ortaya koyarak alan yazına katkıda bulunmayı hedeflemiştir. Bu bağlamda G*power analizi sonuçlarına göre 18-65 yaş aralığında amaçsal örnekleme yöntemiyle seçilen tanı ve kontrol gruplarının her birinde 28 kadın 26 erkek olmak üzere toplam 108 katılımcı yer almıştır. Araştırmada sosyodemografik bilgi formu, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ), Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu (SSÇE-KF) ve Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar, tanı grubunun kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük işlevsellik gösterdiğini ve düşük sosyal sorun çözme becerilerine sahip olduğunu ancak iki grubun benzer düzeyde sosyal destek algısına sahip olduklarını göstermiştir. Diğer taraftan, çeşitli demografik ve klinik değişkenlerin sosyal sorun çözme becerileri, algılanan sosyal destek ve işlevsellikle olan ilişkileri ortaya konmuştur. Son olarak algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerilerinin işlevselliği önemli ölçüde yordadığı görülmüştür. Bu psikososyal faktörler, depresif dönem sayısı gibi klinik etkenler kontrol edildikten sonra bile işlevselliği bağımsız olarak öngörmektedir. Bu araştırmanın sonuçları algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerileri gibi psikososyal faktörlerin, bipolar bozukluk için ne kadar önemli olduğuna dikkat çekmektedir.

Anahtar Sözcükler: algılanan sosyal destek, bipolar bozukluk, işlevsellik, psikososyal faktörler, sosyal sorun çözme becerileri

ABSTRACT

This study aimed to examine the relationships between perceived social support, social problem-solving skills, and levels of functioning in individuals with bipolar disorder during remission by comparing them with a non-clinical control group. Additionally, it sought to identify the factors influencing the functionality of bipolar disorder patients by evaluating the relationships between these three variables and demographic and clinical factors. Due to the absence of studies directly investigating these relationships in individuals with bipolar disorder during remission in the literature, this research aimed to fill the gap by elucidating the role of social problem-solving skills on functioning. Based on G*Power analysis results, a total of 108 participants were included, with each diagnosis and control group consisting of 28 females and 26 males, selected using purposive sampling within the age range of 18-65 years. The study utilized a sociodemographic information form, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), the Young Mania Rating Scale (YMRS), the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MPSSS), the Social Problem-Solving Inventory Short Form (SPSI-SF), and the Bipolar Disorder Functioning Scale (BDFS). The results indicated that the diagnostic group exhibited significantly lower functioning and social problem-solving skills compared to the healthy control group, while both groups had similar levels of perceived social support. Furthermore, the relationships between various demographic and clinical variables with social problem-solving skills, perceived social support, and functioning were elucidated. Finally, it was observed that perceived social support and social problem-solving skills significantly predicted functioning. These psychosocial factors independently predicted functioning even after controlling for clinical variables such as the number of depressive episodes. The findings of this study highlight the significance of psychosocial factors, such as perceived social support and social problem-solving skills, in bipolar disorder.

Keywords: bipolar disorder, functionality, perceived social support, psychosocial factors, social problem solving skills

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

**Varoluşun kaygan zemininde dengede kalmaya
çalışanlara; özellikle de bipolar bozuklukla
mücadele ederken bu dengeyi yeniden keşfetme
arayışında olan bireylere...**

1.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk (BB) hipomani, mani, depresyon, karma dönemler ve eşik altı belirtilerin olduğu veya herhangi bir belirtinin görülmeyebildiği remisyon dönemleri ile seyreden ve alevlenme dönemlerinde kişinin işlevselliğini yüksek düzeyde olumsuz etkileyen, dikkatli bir tedavi süreci gerektiren kronik bir hastalıktır (Amerikan Psikiyatri Birliği, [American Psychiatric Association/APA] 2013; Işık ve Işık 2013).

APA (2013) tarafından yayımlanan Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5), BB'ları BB tip I, BB tip II, siklotimik bozukluk, madde/ilaç kullanımına bağlı BB, diğer medikal koşullar ile ilişkili BB, tanımlanmamış diğer BB ve tanımlanmamış BB olarak sınıflandırmıştır.

BB hastaları mani döneminde normalden daha az uyku ihtiyacı ve daha yoğun öfke duygusu hissedebilmekte, büyüklük yanılsaması, dağınık düşünceler, normalden daha fazla veya basınçlı konuşma, amaçlı davranışlarda artış (yerine getiremeyeceği çok sayıda sorumluluk alma, aynı anda pek çok şey yapmaya çalışma), tehlikeli davranışlar sergileme, odaklanmada zorluk, artmış uyarılmışlık hali gibi belirtiler gösterebilmektedir (APA, 2013). Hastalığın hipomani döneminde ise belirtiler mani

dönemiyle benzerlik gösterse de süreç daha kısa bir zaman dilimini kapsamakla birlikte işlevsellik düzeyinde daha az kayıpla kendini göstermektedir. BB’da gözlemlenebilen bir diğer dönem ise majör depresif bozukluk ile benzerlik gösteren depresif dönemdir. Bu dönemde hastalar, uyku ve yeme ihtiyacında farklılaşma, odaklanma problemleri, suçluluk, umutsuzluk, yaşamdan zevk alamama, çaresizlik hissiyatında ve kendi yaşamına son verme düşüncelerinde artış deneyimleyebilmektedir. Remisyon dönemi ise hastalık belirtilerinin tamamıyla ortadan kalktığı, dönem öncesi işlevselliğe dönüldüğü ve iyilik halinin en az 8-12 hafta boyunca devam ettiği dönem olarak tanımlanmaktadır (Geddes ve Miklowitz, 2013). Tanı sürecinde manik dönemin varlığı incelenmekle birlikte, manik dönemin varlığı Bipolar I’i, hipomanik ve depresif dönemin varlığı ise Bipolar II’yi işaret etmektedir (APA, 2013).

Hastaların psikiyatriye yaptığı ilk başvuruda tanı konma oranı %31’dir (Akiskal, 2002). Eşlik eden diğer tanıların varlığı doğru tanı koyma oranını düşürmektedir (Luborsky, 1962). Hastalık belirtilerinin ortaya çıkışından tanı konmasına kadar geçen süre ortalama 10 yıldır (Begley vd., 2001).

BB, erkeklerin %67, kadınların %75’inde depresif dönem ile başlamaktadır. Genel nüfusta ilk tanısı majör depresyon olan hastaların yaklaşık %10’luk bölümü 6-10 yıl içerisinde mani dönemi geçirmektedir. Geçirilen her dönem sonucu yeti yitimi ve kayıp düzeyi artmaktadır. Bu kayıplar sebebiyle hasta çalışma, aile ve sosyal yaşamında ileri derecede problemler yaşayabilmektedir (Zengin Eroğlu ve Özpoyraz, 2010).

Bir çalışmaya göre BB hastalarının yaşamlarının %20’sini hastanede geçirdikleri, her iki dönemden birinin yaklaşık 3 ay sürdüğü (2-7 ay), hastalık şiddetlendikçe dönemler arasındaki sürenin kısaldığı ve yaklaşık her 2,5 yılda bir dönemin görüldüğü bulunmuştur (Angst ve Sellaro, 2000). Angst (1996) çalışmasında BB hastalarının yatışından 18 yıla kadar izlenen sürede hastalığın %95 oranında tekrarladığını ve hastaların yaşam boyu yaklaşık 4 dönem geçirdiklerini bulmuştur.

Hastalığın remisyon ve depresif veya mani dönemleriyle süregelmesi, hastayı duygusal ve fiziksel olarak ileri derecede olumsuz etkilemekte, hastanın kişilerarası ilişkiler, aile, iş ve sosyal alanlarda uyumunu bozabilmektedir (Sierra, vd., 2005). Ayrıca boş zamanlarında herhangi bir etkinliğe katılımda isteksiz olmaları ve özyönetim alanında yaşadıkları sorunlar nedeniyle sorumluluklarını yerine getirmede problem yaşadıkları ve bilişsel işlevsellik alanında düşük performans gösterdikleri bilinmektedir (Vazquez vd., 2011). Bu bozulmaların mani veya depresif dönemler ile sınırlı kalmadığı, remisyon dönemlerinde de yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olan bozulmaların görüldüğü bildirilmiştir (Michalak vd., 2005).

Simon ve Unutzer (1999) çalışmasına göre, BB hastalarının sağlık giderleri, diğer tıbbi hastalıkların giderlerinin iki katıdır. Wyatt ve Henter (1995), yaptıkları kesitsel çalışmada BB hastaları için 1991 yılında 45 milyar dolar harcadığını belirtmiştir. İsveç'te ise 2008 yılı söz konusu olduğunda yıllık gayri safi yurtiçi hasılanın %0,4'lük kısmına denk gelen bir harcamanın BB için harcadığı söylenmektedir (Ekman, vd., 2013).

Chan ve arkadaşları (2022) tarafından yürütülen çalışmada, BB hastası olmayan ortalama insanların, BB hastalarına göre yaklaşık 10 yıl daha fazla yaşadıklarını belirtmiştir. Yakın dönemde yürütülen bir çalışmaya göre her 150 yetişkinden 1'inin BB hastası olduğu ve küresel olarak en yaygın iş göremezlik nedenlerinden biri olduğu bilinmektedir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). En yaygın iş göremezlik nedenlerinden olan BB, eşlik eden diğer bozukluklar ile kronikleşebilmektedir (Kıcıır, 2018). Hastalığın yol açtığı işlevsel bozulma, bakım verenlerin yaşadığı zorluklar, sağlık hizmetlerinin kullanımındaki artış, yükselen ölüm oranlarıyla bağlantılı olması (Depp ve Jeste, 2004) hastalığın etkilerinin uzun sürmesi, yüksek intihar riski, yüksek ölüm oranları, hastada belirgin yeti yitimine sebep olması nedeniyle, BB halk sağlığı alanında önemli bir sorun teşkil etmektedir (Angst, 2000).

1.2. Bipolar Bozukluğun Tarihçesi

Çağlar boyu bilinen duygudurum bozuklukları, farklı toplum ve dinlerde merak konusu olmuştur. Bilindiği kadarıyla ilk olarak M.Ö 460-377 yıllarında yaşamış olan Hipokrat vücutta yer alan sıvılar ile duygudurumu ilişkilendirmiştir. Hipokrat'a göre vücutta dört farklı sıvı yer almakta ve bu sıvıların oranının değişmesi kişinin mizaç veya sağlığını etkileyebilmektedir. Safra ile karaciğer yollarındaki bir bozukluk, durgunluk, isteksizlik, uykusuzluk, ilgisizlik, huzursuzluk, yetersizlik ve kendi yaşamına son verme düşüncelerine yol açan bir hastalık tablosuna neden olur. Bu tablo, "kara safra" anlamına gelen melankoli olarak adlandırılır (Angst ve Sellaro, 2000).

“Mani” kelimesi ortaya çıktığında mitolojide ve sanat eserlerinde öfke ve gazap gibi anlamlarda çeşitli durumları tanımlamak için kullanılmıştır. Soranus, M.S. 1. yüzyılda abartılı duygudurumun melankoli ile ilişkisini belirtmiştir (Kaplan ve Saddoc, 2000). Batı Romalı Greko-Romen bir hekim olan Caelius Aurelianus, M.S. 5 yüzyılda kaleme aldığı “De Morbis Acutis et Chronicis” adlı eserinde ruhun arınmasının bir tür delilik içerdiğini ve Antik Yunanlıların bu durumu “mani” olarak adlandırdıklarını belirtmiştir (Angst ve Marneros, 2001).

Antik Yunanda fark edilen “delilik” durumunu Hipokrat birbirinden farklı iki hastalık olarak mani ve melankoli şeklinde dile getirirken MS. 80-138 yıllarında yaşadığı bilinen Areteus bu iki hastalığın aynı kişide ortaya çıkabileceğini savunmuştur (Goldney, 2012).

19.yüzyıla kadar pek göz önünde olmayan melankoli ve mani 1845 yılında Griesinger tarafından dönemsel hastalık terimi ile tekrar ilgi alanı haline gelmiş (Işık, 2003) ve 1854 senesinde Jules Falret'in “döngüsel ruh hastalığı” ve Jules Baillarger'in “iki farklı delilik” şeklinde ortaya attığı tanımlamalar ile melankoli ve mani kavramlarının ilişkisi yeniden incelenmeye başlanmıştır (Angst ve Marneros, 2000; Angst ve Sellaro, 2000).

1882’de siklotimiği tanımlayan Kahlbaum’dan yola çıkarak 1895’de manik depresif hastalığı tanımlayan Kraepelin (Oral, 2002), tanı ölçütlerini depresif, çökkün veya öfori gibi yoğun duygusal durum deneyimleme, hastalıktan önceki işlevsellik ve duygudurumuna dönebilme ile tekrarlayan dönemler şeklinde belirlemiştir (Craddock ve Owen, 2005). Bleuler, 1930’larda depresif ve manik dönemlerle seyreden bu hastalığı "affektif bozukluklar" olarak adlandırmıştır (Işık, 1991).

Beynin çeşitli psikolojik ve sosyal uyarıcılar tarafından uyarıldığı ve buna yönelik tepki verdiğini savunduğu görüşünü ortaya atan Meyer’in görüşünden yola çıkan APA, DSM-I “manik depresif reaksiyon” tanımlamasını ortaya koyarak BB ilk defa Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda yer edinmiştir. "Affektif bozukluklar" terimi, bu alandaki tanımların daha kapsamlı bir şekilde ele alındığı DSM III’te, 1980 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Leonard (1959), önerisiyle bipolar ve monopolar (yalnız manik veya yalnız depresif dönemin varlığı) terimleri kullanılmaya başlanmış yalnız depresif dönem geçiren hastalar “unipolar”, mani dönemi geçiren hastalar ise “BB” adı altında değerlendirilmiştir (Goodwin ve Jamison, 1990). Böylelikle majör depresyon ile BB arasındaki ayrım yapılarak affektif bozukluklar ilk defa sistematik bir şekilde sınıflandırılmıştır. DSM-III-R sisteminde "duygudurum bozuklukları" terimi benimsenmiş olup, 1994 yılında yayımlanan DSM-IV’te bipolar bozukluklar Dunner (1976), BB I ve BB II alt tipleri önerisiyle duygudurum bozuklukları başlığı altında; BB I, BB II, Siklotimi ve Başka Türü Adlandırılmayan BB olarak tanımlanmıştır (Goodwin ve Jamison, 2007). 2000 yılında yayımlanan DSM-IV-TR ile birlikte Genel Tıbbi Duruma ve Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu sınıflamaya dahil edilmiştir (Shorter, 2013). Güncel olarak kullanılmakta olan, 2013 yılında yayımlanan DSM-5 sınıflama sisteminde ise bipolar ve ilişkili bozukluklar başlığı altında; BB I, BB II, Siklotimik Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Diğer İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk olarak alt kategorilere ayrılmıştır (Severus ve Bauer, 2013).

1.3. DSM-5 Bipolar Bozukluk I ve Bipolar Bozukluk II Tanı Ölçütleri

Bipolar Bozukluk I tanısından söz edebilmek için en az bir mani döneminin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Mani dönemine ek olarak hipomani veya depresif dönemler de bulunabilir ancak tanı ölçütleri için varlıkları zorunlu değildir.

DSM-5'e göre mani dönemi 7 günden uzun sürebilen, kişinin standart hallerine göre daha coşkulu, enerjik veya sinirli hissettiği, kişinin enerji ve faaliyet düzeyinde artışın tespit edildiği bir dönemdir (A). Bu dönemde, kişi kendini genellikle aşırı derecede mutlu, heyecan dolu veya sinirli hissedebilmektedir. Öz güven ve öz saygıda artışın eşlik edebildiği büyüklenmeci düşünceler, standarttan daha az uykuya ihtiyaç duyma, standarttan fazla konuşma, zihinde artmış düşünce geçişleri, kolay dağılan dikkat, amaç odaklı faaliyetlerde artma ve meydana gelebilecek sonuçları düşünmeden riskli faaliyetlerde bulunma gibi belirtilerden en az üçünün, eğer kişi sinirlilik durumu gösteriyorsa dört belirtinin eşlik ettiği dönemdir (B). Bu dönemdeki gözlenen belirtiler, kişinin sosyal yaşamını bozucu etki gösterebilir, günlük işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir, psikotik özellikli veya kişinin hastaneye yatmasını gerektirebilir özelliktedir (C). Ayrıca belirtiler madde kullanımı veya fizyolojik sebepten kaynaklanmamaktadır (D).

Mani dönemi ile benzerlik gösteren hipomani dönemi, mani dönemi ile karşılaştırıldığında şiddet düzeyi daha düşük seyrinde görülmektedir. Hipomani döneminde görülen enerji ve sinirlilik artışı en az dört gün seyretmektedir (A). Taşkın veya düşük sinir toleransının faal olduğu bu dönemde; artmış benlik saygısı veya büyüklenmeci düşünceler, standarttan daha az uykuya ihtiyaç duyma, standarttan fazla konuşma, zihinde artmış düşünce geçişleri, kolay dağılan dikkat, amaç odaklı faaliyetlerde artma ve meydana gelebilecek sonuçları düşünmeden riskli faaliyetlerde bulunma gibi belirtilerden en az üçünün, eğer kişi sinirlilik durumu gösteriyorsa dört belirtinin eşlik ettiği dönemdir (B). Bu dönemde gözlenen belirtiler, belirti olmayan dönemler ile kıyaslandığında kişinin günlük işlevselliğini kayda değer biçimde olumsuz yönde etkileyebilir (C). Kişinin işlevselliği ve duygudurumu, kişinin çevresi tarafından fark edilecek düzeydedir (D). Çoğunlukla yatılı tedaviye ihtiyaç duyulacak düzeyde değildir. Eğer psikotik belirti varsa hipomani değil, mani olarak

sınıflandırılmaktadır (E). Ayrıca gözlenen belirtiler madde kullanımı veya fizyolojik sebepten kaynaklanmamaktadır (F).

DSM-5, depresif belirtilerin yoğun bir şekilde arttığı ve iki haftadan uzun sürebilen bu dönem için kişinin günlük işlevselliğinde düşüşün eşlik ettiği, (1) sürekli çökkün duygudurum ve (2) ilgi kaybı olmak üzere iki ölçüt belirlemiştir. Bu iki ölçüte ek olarak; uzun süren üzüntü ve boşluk hisleri, aktivitelere yönelik azalmış ilgi veya aktivitelerden haz alamama, azalmış veya artmış iştah ve kilo, uykusuzluk veya uyku ihtiyacında artış, zihin veya motor aktivitelerde artış veya azalma, bitkin duygudurum, artmış değersizlik ve suçluluk duyguları, karar vermede zorlanma veya sağlıklı bir şekilde düşünememe, ölüm veya intihar üzerine tekrar eden düşünce belirtilerinden en az beş tanesinin gözleneceğini söylemiştir (A). Gözlenen belirtiler, kişinin günlük yaşamında göze çarpacak düzeyde sıkıntı ve işlevsellik kaybı meydana getirmektedir (B). Ayrıca gözlenen belirtiler madde kullanımı veya herhangi bir sağlık durumuna bağlı olmamalıdır (C).

Bipolar I bozukluğunun tanısı için yaşam boyu en az bir mani döneminin (A-D ölçütleri) yaşanmış olması yeterlidir. Majör depresyon veya hipomani dönemleri sıkça gözlenebilir, ancak tanı için bu dönemlerin varlığı zorunlu değildir. Bu bozukluk, şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar ile daha iyi açıklanamaz.

DSM-5, Bipolar Bozukluk II için, en az bir hipomani ve en az bir majör depresif dönemin gözlenmesini (A) , mani öyküsünün bulunmamasını (B) , meydana gelen dönemlerin şizofreni, şizoduygulanım bozukluğu veya herhangi bir psikotik bozukluk ile açıklanamaması (C) ve depresif belirtilerin veya hipomani ve depresyon dönemlerinin klinik anlamda sıkıntı ve kişinin işlevselliğinde bozulmaya yol açması (D) koşullarını ölçüt olarak gerekli görmüştür.

1.4. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi

BB, 2018 yılı verilerine göre dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilemektedir (Vieta vd., 2018). Erişkin nüfusun ise %2,6'sına varan bir oranda BB spektrumu görüldüğü düşünülmektedir (Stuart, 2013). 2019 yılı verilerine göre ise yaklaşık 40 milyon BB hastası bulunmaktadır (World Health Organization [WHO, Dünya Sağlık Örgütü, DSÖ], 2019). Gültekin ve arkadaşları (2014), hastalıkta dönemlerin yaklaşık olarak 3 yılda bir defa tekrarladığını bulmuştur. BB, alt tipleri söz konusu olduğunda görülme yaygınlıkları farklılık göstermektedir. BB-I için yaşam boyu %0-2,4 oranında BB-II için ise %0,3-4,8 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir (Rihmer ve Angst, 2007). Psikiyatrik hasta popülasyonunda ise %3-6 oranında yaşam boyu yaygınlık gösterdiği bildirilmiştir (Stewart vd., 2006). Bazı çalışmalara göre, BB'nin yaşam boyu yaygınlığı cinsiyet açısından farklılaşmamaktadır (Vega vd., 2011; Yeloğlu ve Hoccoğlu 2017). Ancak, hastalığın gidişatı ve belirtileri açısından anlamlı farklılaşmalar mevcuttur. Örneğin, kadınlarda depresif ve karma dönemlerin, erkeklerde ise madde bağımlılığı ve manik dönemin daha fazla olduğunu belirtilmiştir. Aynı zamanda BB, erkeklerde daha erken yaşta kendini göstermekte, kadınlarda mevsimsellik ve hızlı döngülülük özellikleri daha belirgin olmakla birlikte eşlik eden fiziksel hastalık görünme oranı daha yüksektir (Vega vd., 2011). BB'nin belirti ve belirti şiddetine göre cinsiyetler arası farklılaşma bulunmasa da kadınlarda intihar girişimi (Azorin vd., 2009) erkeklerde ise gerçekleşmiş intihar oranları daha yüksektir (Isometsa vd., 1995; Nivoli vd., 2011).

Duygudurum bozukluklarının başlangıç yaşı, hastalığın şiddeti ve olumsuz hastalık seyri açısından önemli bir değişkendir (Singh ve Bowden, 2006). BB'nin başlangıç yaşının genellikle 15-19 (Bauer ve Pfenning, 2005) ülkemizde ise 23.8-27.7 aralığında olduğu bilinmektedir (Akkaya vd., 2012; Bilici, 2010; Kesebir vd., 2012). Cinsiyete göre farklılaşması konusunda ise alan yazında fikir birliği sağlanamadığı görülmektedir. Kimi çalışmalar başlangıç yaşında farklılaşma olmadığını (Hendrick vd., 2000), kimi çalışmalar ise erkeklerde (Akarsu vd., 2012) veya kadınlarda (Ateşçi vd., 2000) hastalık belirtilerinin daha erken yaşta görüldüğünü belirtmektedir.

1.5. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi

Kökenbilim araştırmaları BB için genetik, nörobiyoloji, nörokimya, psikodinamik ve psikososyal sebepler üzerine yoğunlaşmıştır (Baytunca vd., 2014; Young ve Macpherson, 2011).

BB alanında göze çarpan çalışmalar çoğunlukla genetik alanda yapılanlardır. Soyağacında yer alan BB genetik faktörü, genetik aktarımın kontrol edilememesi sebebiyle kişinin çeşitli psikolojik bozukluklar geliştirmesine sebep olabilmektedir (Göka vd., 2009).

1.5.1. Genetik Çalışmalar

BB'nin genetik altyapısını inceleyen araştırmalar evlat edinilmiş çocuklar, aile ve ikiz çalışmaları ile başlamış, son yirmi yılda ise genom düzeyine ulaşmıştır. Yapılan bazı çalışmalar BB'nin genetik aktarımının çok yüksek oranlarda olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak genetik alanda yapılan çalışmalar birbirlerini destekler nitelikte değildir (Baytunca vd., 2014).

BB'de çok sayıda genin ve çevresel faktörün karmaşık bir şekilde rol oynadığı düşünölmektedir. şimdiye kadar yapılan araştırmalar, BB'nin genetik geçişinin Mendel Yasalarına uymadığını, birden fazla genin ve çevresel faktörün rol aldığı bir kalıtım modeli sergilediğini göstermektedir (Baytunca vd., 2014; Freund ve Juckel, 2019; Öztürk, 2015).

Yapılan araştırmalar BB hastası ebeveynlerin çocuklarında, BB hastası olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre BB hastalığı olma riskinin 7 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (Martin vd., 2007). BB hastalarının birinci derece akrabalarında BB görölme oranı %5-10 aralığındadır (Craddock ve Joners, 1999). Ebeveynlerin biri BB hastası ise %25, her ikisi de BB hastası ise %75'e ulaşabilen bir risk söz konusudur (Craddock ve Jones, 2001; Tsuchiya vd., 2004). Evlat edinme çalışmalarındaki

sonuçlar ise biyolojik ailelerin, evlat edinen ailelere göre 3 kat yüksek risk içerdiğini göstermektedir (Kruger vd., 1997).

alışmalar, tek yumurta ikizlerinde birinin BB belirtileri gösterdiğinde diğerinin de %70-90 oranında benzer belirtiler gösterdiğini; çift yumurta ikizlerinde ise bu oranın %16-35 arasında olduğunu göstermektedir (Kaplan ve Saddock, 2012, Akt. Baytunca vd., 2014).

1.5.2. Moleküler Genetik alışmaları

BB'nin gelişiminde GABA (gama aminobütirik asit, -aminobütirik asit) sistemi bozukluğu önemli bir araştırma alanıdır. GABA, beynin aşırı uyarılmasını engelleyen bir nörotransmitterdir. BB hastalarının hipokampus bölgesinde, glutamatı GABA'ya eviren bir enzimin üretiminde azalma görülmüştür. Bu azalma, BB'de yer alan duygusal dengesizliği etkiliyor olabilir (Benes vd., 2007). Ayrıca, bazı genlerde BB ile güçlü ilişkiler bulunmuştur. Özellikle beyin gelişimi (BDNF), dopamin sistemi (DRD4), serotonin retimi (TPH1) ve ANK3 geni, BB'nin ortaya çıkmasında rol oynayan genler arasında ne çıkmaktadır (Seifuddin vd., 2012).

Sklar ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen büyük bir genom çalışmasında, tekli nükleotid polimorfizmleri (SNP) genom çapında anlamlı bulunmasa da, MYO5B geninde önemli bir haplotip (birlikte kalıtılan bir dizi alel) ve bazı ilgili olabilecek alanlar keşfedilmiştir. BB ile güçlü ilişki gösteren genler MYO5B, TSPAN8 ve EGFR olarak belirlenmiştir. MYO5B geni, beyin yapılarında protein taşımasında rol oynayan bir proteini kodlarken, EGFR hücrelerin sinyalizasyonunu düzenlemektedir ve BB'nin molekül düzeyindeki genetik kökeni ile ilişkili olabilir. Yapılan araştırmada bazı genlerin BB ile ilişkisi tekrarlanamamış ancak kalsiyum kanalları, miyelin bazık protein (MBP) ve glutamat reseptörlerinin BB ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür. Özellikle, L-tipi kalsiyum kanalları ve CACNA1C geninin rolüne dikkat çekilmiştir.

Fareler üzerinde yapılan bir başka deneyde, ANK3 geninin BB belirtileriyle ilişkili olduğu ve lityum tedavisiyle bu belirtilerin düzeldiği gösterilmiştir. Bu da ANK3'ün BB ile daha fazla araştırılması gereken önemli bir gen olduğunu ortaya koymaktadır (Leussis vd., 2013).

1.5.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları

Bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans (MRI) ve işlevsel manyetik rezonans (fMRI) gibi görüntüleme teknikleri, duygudurum bozukluklarında beyin yapılarında önemli değişiklikler olduğunu göstermiştir. BB için bilişsel bölgelerde etkinlik azalırken, duygusal bölgelerde artış görülmektedir. fMRI verileri, duygu düzenleme ile ilişik beyin bölgelerinde yüksek faaliyetin BB'nin duygusal belirtileriyle ilişkili olabileceğini göstermektedir. En yüksek faaliyetin amigdala, striatum ve talamus bölgelerinde olduğu görülmektedir (Kessing vd., 2004). Bu araştırma sonuçları, prefrontal korteks ile limbik ve subkortikal bölgelerdeki anormalliklerin, depresif ruh hali ve bilişsel sorunlara yol açabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, mani dönemlerinde sinirlilik, dürtüsellik ve duygusal tepkileri düzenlemede zorluklar görülebilir (Maletic ve Raison, 2014). Diğer yandan, BB hastalarında lateral ve üçüncü ventriküllerde genişleme, hipokampal ve serebellar gri madde yoğunluğunda azalma ve prefrontal kortekste gri madde hacminde düşüşler gözlemlenmiştir (Sigitova vd., 2017).

Hoenou ve arkadaşlarının meta-analizine (2011) göre, BB'da sağ presentral girus, sağ anterior singulat ve sol inferior frontal girus gri maddesi sağlıklı kontrol grubuna göre azalırken, kortikal-bilişsel yapılar (ventrolateral prefrontal korteks, DLPFC, ASK, prekuneus) nöral faaliyetlerinde azalma ve ventral-limbik yapılar (parahipokampal girus ve amigdala) nöral faaliyetlerinde artış görülmüştür. Parahipokampal bölgede yüksek faaliyetin mani ve depresif dönemlerde de gözlemlenmesi, limbik yüksek faaliyetin BB'da önemli bir nörobiyolojik gösterge olabileceğini düşündürmektedir.

1.5.4. Nörotransmitter Çalışmaları

Noradrenalin (NA), dopamin (DA) ve serotonin gibi nörokimyasalların çalışma sisteminde yer alan bazı fizyolojik ve metabolik aksaklıklar BB ve major depresif bozukluk gelişiminde etkili olabilmektedir (Saddock ve Kaplan, 2016).

1.5.4.1. Serotonin Sistemi

Serotonin oluşumunda öncül rol alan yüksek miktardaki L-triptofan maniyi, L-triptofanın eksikliği ise depresif belirtileri tetikleyebilmektedir. Bu araştırma sonuçları serotonin sisteminin BB’de önemli rol oynadığını göstermektedir.

Bilişsel fonksiyonlar, ağrıya dair algı, uyku döngüsü, iştahın ve beden ısısının düzenlenmesi gibi alanlarında rol alan serotonin, yapılan faaliyetler için beyinde hızlandırıcı ve baskılayıcı bir etkiye sahiptir. Amaç odaklı davranışların başlatılıp düzenlenmesinde NA ve DA ile birlikte çalışmaktadır (Saddock ve Saddock, 2007). Beyindeki serotonin seviyesinin değerlendirilmesinde ölçülen hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) seviyesinin düşük olmasının, depresif ve mani dönemlerinde azalmış serotonin işlevi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (Saddock ve Saddock, 2007). Serotonin ve melatonin gibi kimyasal bileşimlerin oluşmasında önemli görevi olan L-triptofan aminoasidinin yüksek seviyede bulunması manik, eksikliği ise depresif belirtileri tetikleyebilmektedir (Işık, 2013).

1.5.4.2. Noradrenalin Sistemi

NA’nın temel görevi serebral korteks ve limbik sistemde uyarılmayı başlatıp sürdürmektir. Diğer taraftan, hedefe yönelik davranışları ve ödül arayışını artırma görevi bulunmaktadır (Saddock ve Saddock, 2007). Noradrenerjik etkili antidepresanların kullanımının yaygınlaşmasıyla NA’nın duygudurum bozukluklarındaki yeri önem kazanmıştır. NA üretiminde görevli MHPG’nin omurilik sıvısında yüksek seviyelerde bulunmasının, mani ve depresyonun yaygın olmayan belirtileriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Swann vd., 1994). Ek olarak, maninin NA ve asetilkolin dengesizliği ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (Taylor,

2007). Noradrenerjik sistem dopamin aktivitesini baskılamaktadır. Bu durum, antidepresan kullanımında görülen mani belirtilerini bu mekanizmayla açıklayabilir (Ceylan ve Oral, 2001; Saddock ve Saddock, 2016).

1.5.4.3. Dopaminerjik Sistem

Bilindiği kadarıyla beyinde, mezolimbik, mezokortikal, nigrostriatal ve tuberoinfundibuler olmak üzere dört ana dopamin yolağı bulunmaktadır. Mezolimbik yolak, duygu dışı vurumu, haz duyma ve öğrenmede görev almaktadır. Mezokortikal yolak motivasyon, dikkat ve karmaşık düşünme süreçlerinin düzenlenmesinde rol almaktadır (Saddock ve Saddock, 2007). Nigrostriatal yolak, motor hareketin düzenlenmesinde rol alırken (Ashok vd., 2017), tuberoinfundibuler yolak ise hipofiz bezinde yer alan prolaktin salınımının baskılanmasında rol almaktadır. Yan etki olarak cinsel işlev bozukluğu veya adet düzensizliği gibi problemler görülebilmektedir (Correl ve Schooler, 2020). Duygudurum bozukluklarında DA aktivitesinin artışı manik ve psikotik belirtilerle ilişkilendirilirken, depresyonda mezolimbik dopamin yolağında bozulma ve DA D1 reseptörü aktivasyonunda azalma görülebilmektedir (Silverstone, 1985). DA düzeyini azaltan ilaçlar depresyonla bağlantılı görülürken (Remy vd., 2005), artıran ilaçlar depresyon belirtilerini hafifletebilmektedir (Asghar vd., 2003).

1.5.5. Nöroendokrin Sistemi

Nöroendokrin sistemle ilgili araştırmalar genellikle hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ve hipotalamik-pitüiter-tiroid (HPT) eksenleri üzerine odaklanmaktadır (Peters vd., 2007). BB’de mani veya depresif dönemleri dışında da kortikotropin salgılayıcı hormon (CRH) yanıtı olarak adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol seviyelerinde düzensizlikler gözlemlenmektedir. ACTH salınımındaki artış, adrenal bezlerin daha fazla kortizol üretmesine neden olur ve bu yüksek kortizol seviyeleri bilişsel bozulmaların artışıyla ilişkili görülmektedir (Daban, 2005).

Diğer taraftan, tirotropin salgılayıcı hormon (TRH) ve tiroid stimülan hormon (TSH) yanıtlarında da çeşitli aksaklıklar görülmektedir. Özellikle hızlı döngülü ve

tedaviye dirençli BB'da tiroid bozuklukları daha yaygın olarak görülmektedir. Tiroidin yüksek derecede salınması mani, yeteri kadar salınım olmaması durumu ise depresif duygudurum ile ilişkilidir (Chakrabarti, 2011; Öztürk ve Uluşahin, 2015)

1.5.6. Psikososyal Faktörler

BB gibi duygudurum bozuklukları söz konusu olduğunda, ateşleme (kindling) modeli, ilk depresif veya mani döneminin çoğunlukla yüksek derecede stres verici bir olayın (sağlık, ekonomik, aile içi problemler vb.) ardından ortaya çıktığı, takip eden dönemlerde ise psikososyal faktörlerin daha az tetikleyici hale geldiğini savunmaktadır (Post, 1992). Travma ve BB ilişkisinin ele alındığı bir çalışmada katılımcıların önemli bir bölümünün çocukluk çağı travmatik yaşantısının bulunduğu bildirilmiştir (Garno vd., 2005). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının varlığı, hastalığın gidişatı, hastalığın oluşturduğu yıkım, dönem sayısı, intihar ihtimalinin artması ve madde kullanımı ile ilişkili gözükmemektedir (Rowland ve Marwaha, 2018). İlk dönemi takip eden her bir dönem hastanın beyninde çevresel stresörlerin ve tetikleyicilerin tolere edilmesini zorlaştıracak kalıcı biyokimyasal hasarlara sebep olmaktadır. Çevresel stresör ve tetikleyicilere karşı savunma bariyerinin zayıflaması, hastalığın şiddetinin artmasına ve mani veya depresif dönemlerin herhangi bir çevresel sebep olmadan yinelenmesine sebep olabilmektedir (Post, 1992; Post, 2007).

1.5.6.1. Davranışsal Aktivasyon ve İnhibisyon Sistemleri

Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS) ödüllere yönelme ve hedefe ulaşma davranışını yöneten bir sistemdir. Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ise tehlike ve cezaya karşı kişinin davranışlarını durdurmaktadır. BB'de, DAS'ın çok fazla çalışması hipomani ve mani (örn., aşırı enerji, az uyuma, özgüven artışı) gibi belirtilere yol açabilirken, DAS'ın baskılanması depresif belirtilere (örn., enerji kaybı, umutsuzluk) sebep olabilmektedir. Çevresel faktörler DAS'ı tetikleyebilir; bu da BB dönemlerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Ödüllerle ilgili olaylar DAS'ı yüksek düzeyde aktive ederek mani belirtilerini artırabilir, başarısızlıklar ise depresyonu tetikleyebilmektedir (Depue vd., 1987; Depue ve Iacono, 1989; Johnson vd., 2005; Urošević vd., 2008, Akt. Bender ve Alloy, 2011).

1.5.6.2. Sosyal Ritim Düzenleme

Sosyal Ritim Düzenleme, BB yatkınlığı olan bireylerde yaşam olaylarının biyolojik ve sosyal ritimleri etkilemesiyle BB'nin oluşabileceğini savunmaktadır. Ritimler, yemek saatleri, egzersiz, alarm saatleri ve sosyal ilişkiler gibi rutin aktiviteleri içermektedir. Bu kurama göre, sosyal ritimlerde meydana gelen bozulmalar biyolojik ritimleri, örneğin uyku-uyanıklık döngüsünü etkileyebilir ve bu durum duygudurumda bozulmalara sebep olabilmektedir (Ehlers vd., 1988; Grandin vd., 2006). BB spektrumunda yer alan kişilerin sosyal ve biyolojik ritimlerinde düzensizliklerin sık görüldüğü, mani ve depresif dönemlerinse bu ritim bozulmaları ile ilişkili olduğu söylenmektedir (Ashman vd., 1999; Sylvia vd., 2009). Sonuç olarak, sosyal ritimlerdeki bozulmalar BB'de mani ve depresif belirtileri tetikleyebilir. Meydana gelen aksaklıkların da biyolojik süreçlerden ve yaşam olaylarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Grandin vd., 2006).

1.6. İşlevsellik ve Bipolar Bozukluk

Psikopatoloji söz konusu olduğunda kişisel stresin neden olduğu psikolojik sıkıntı ve işlevsellik kavramları öne çıkmaktadır. Psikolojik sıkıntı, kişi tarafından duyulan endişe, ızdırap, hüznün ve kaygı halidir. İşlevsellik ise kişinin yaşam işleyişinde rol aldığı görevleri yerine getirebilmesi ve çevresindeki sosyal konumudur (WHO, 2017). Bu görevlere; özerklik, bir işte çalışabilme, sosyal çevreler ile sağlıklı bir iletişime sahip olma ve sosyal çevrelere uyum sağlama örnek gösterilebilir (Barrera vd., 2013). İşlevselliğin değerlendirilmesi söz konusu olduğunda; aile yaşamı, mesleki yaşam, sosyal yaşam, duygusal süreçler, bilişsel süreçler, cinsellik, özerklik, günlük aktiviteler, içe kapanıklık ve damgalanma hissi incelenmektedir (Aydemir vd., 2007).

Kişinin hastalığı dolayısıyla yaşam standardı üzerinde olumsuz etkileri olan işlevselliği çok yönlü bir şekilde ele almak gereklidir. Pek çok faktör tarafından etkilenen bir süreç içerisinde yer alan işlevsellikte meydana gelen olumsuz değişimler yaşamın pek çok alanını etkilemektedir (Üstün ve Kennedy, 2009).

Dünyada engellilik durumu söz konusu olduğunda, BB tüm nedenler arasında 17. sırada yer almaktadır (Institute for Health Metrics and Evaluation (GBD) [Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü], 2020). WHO'ya göre kişilerin günlük sorumluluk ve işlevlerini yerine getirememeye gün sayısı söz konusu olduğunda BB tüm hastalıklar arasında 2. sıradadır (Alonso vd., 2011).

BB'de mani sürecine göre depresif dönemde işlevsellik düzeyi daha şiddetli bir düşüş göstermektedir (Rosa vd., 2010). Rosa ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında depresif, hipomanik, remisyon ve sağlıklı grubun incelendiği çalışmasına göre depresif grup en düşük işlevsellik düzeyine sahiptir ve bu grubu hipomanik, ötimik ve sağlıklı kontrol grubu izlemektedir. Hastalık belirtilerinin görülmediği dönem olarak kabul edilen remisyon sürecinde de kişinin yaşam kalitesi ve işlevselliği hastalık dönemine göre önemli derecede negatif yönde etkilenmektedir (Sanchez Moreno vd., 2009; Wingo vd., 2009) ve intihar konusunda ciddi riskler barındırmaktadır (Işık ve Işık, 2013). Hastanın ihtiyaçlarına göre tasarlanmış 6 aylık tedavi sürecinin çıktıları olumlu sonuçlara işaret etse de klinik belirtilerde görülen iyileşme ile kıyaslandığında işlevsellikte anlamlı derecede iyileşme elde edecek düzeyde değildir. İşlevsellik alanındaki bozulma, hastanın tüm yaşamını etkilemektedir (Rosa vd., 2011).

Antipsikotik ve lityum ile yürütülen tedavilerde hastalık belirtileri konusunda önemli iyileşmeler görülse de hastaların mesleki, sosyal, bilişsel işlevsellikleri konusunda elde edilen iyileşmeler paralellik göstermemektedir (Dion vd., 1988; Levy ve Manove, 2012). Hastaların %95'inin antipsikotik, lityum, antidepresan ve antikonvülzan türlerinde psikiyatrik ilaç kullandığı iki yıllık bir takip çalışması için Tohen ve arkadaşları (2000), hastaların %97 oranında hastalık belirtisi, %37'sinde ise işlevsellik alanında iyileşme gözlendiğini, işlevsel anlamda iyileşmenin daha çok görüldüğü hastaların daha az ilaç aldığını belirtmiştir. Conus ve arkadaşları (2006) çalışmasında ise bir yılsonunda bu oranlar hastalık belirtisi için %90, işlevsellik için %33 olarak bulunmuştur. Tohen ve arkadaşlarının (1990) çalışmasında, yatılı servisteki mani sürecinin tedavisini takip eden 5 yılın sonunda hastaların %60'ının işlevselliğinin önemli ölçüde bozulduğu, %66'lık kısmının iş veriminde, %33'ünün ise sosyal işlevsellik alanlarında önemli azalmalar yaşadığı %45'inin ise evlilik yaşantılarına son verdiği bulunmuştur. BB hastalarının, hasta olmayanlara kıyasla

evliliklerinin son bulma oranı 3 kat daha yüksektir (Coryell vd., 2000). Her iki BB hastasından birinin uzun dönem işsizlik problemi yaşadığı ve hastaların %40'ının mani/depresif dönem öncesi işlevselliğine dönebildiğinden söz edilmiştir (Huxley ve Baldessarini 2007; Shippee vd., 2011). Yine de depresif/mani dönemi öncesi işlevsellik düzeyine dönen remisyon dönemindeki hastaların yaşadığı duygu durum değişiklikleri, yaşam işlevselliklerini negatif yönde etkilemeye devam etmektedir (Keck, 2006).

Klinik belirtiler söz konusu olduğunda, hastalık başlangıç yaşı ne kadar erkense, eşikaltı depresif belirtiler ne kadar yoğunsa, psikotik özellikler gösteren dönem varsa, mani/depresif dönem sayısı ile yatılı tedavi görme sayısı ne kadar fazla ise ve hastalık süresi ne kadar uzun ise işlevsellik alanındaki negatif değişim de o kadar çok artmaktadır (Hacımusalar ve Sezgin Doğan, 2019; Sanchez Moreno vd., 2009; Martinez-Aran vd., 2004; Rosa vd., 2010; Tohen vd., 1990). İlaç kullanımına göre bir değerlendirilme yapıldığında ise antipsikotik kullanan hastalarda, antipsikotik kullanmayan hastalara göre daha düşük işlevsellik düzeyi rapor edilmiştir (Hacımusalar ve Sezgin Doğan, 2019). Diğer taraftan, algılanan sosyal desteğin BB'de işlevselliği ve depresif dönem tekrarlamasını yordayan önemli bir değişken olduğunu vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Cerit vd., 2012; Cohen vd., 2004; Johnson vd., 2003; O'Connell vd., 1985 Sanchez-Moreno vd., 2010).

Bu bağlamda, bu tez kapsamında BB'de işlevselliği yordayan önemli bir değişken olarak algılanan sosyal destek ele alınmış ve ilgili alan yazın izleyen bölümde aktarılmıştır.

1.7. Algılanan Sosyal Destek ve Bipolar Bozukluk

Cobb (1976), kişinin diğer kişilerce değer gördüğünü, önemsendiğini, sevildiğini ve bir topluluğun parçası olduğunu bilmesini sosyal destek olarak tanımlamaktadır. Cobb'un tanımı söz konusu olduğunda, kişinin desteklendiği ve kabul gördüğü olumlu kişilerarası ilişki ve etkileşimler, sosyal desteği oluşturan unsurlardır. Diğer yandan, House ve Kahn (1985) sosyal destek kavramını, kişinin psikososyal stresörlerle mücadele etmesine olumlu yönde katkıda bulunan, kişiye

duygusal ve maddi destek sağlayan, sosyal ağlar ve ilişkiler olarak tanımlanmaktadır. Cohen ve Wills (1985) ise sosyal destek kavramını kişilerin psikososyal stresörlerle ile mücadele etme ve iyilik hallerini sürdürebilmek için sosyal çevrelerinden aldıkları yardımlar bütünü olarak tanımlamışlardır.

Algılanan sosyal destek ise yapılan desteklere yönelik kişinin değerlendirmesidir. Yapılan değerlendirme, kişinin gördüğü desteğin yeterliliği ve tatmini üzerinedir. Kişinin ihtiyacı olan konuda desteği almasını sağlayan düşünsel, duygusal ve davranışsal kaynakları kapsamaktadır. Bu kaynaklar, kişinin psikososyal stresörlerle mücadele edebilmesinde ve iyilik halinde önem arz etmektedir (Cohen ve Wills, 1985). Benzer şekilde, Sarason ve arkadaşları (1990), algılanan sosyal desteği, kişinin çevresinden yardım alabilme konusundaki beklentileri olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre, kişinin ihtiyaç duyduğunda sosyal ağından gelebilecek desteğe duyduğu güven ve inanç vurgulanmaktadır. Algılanan sosyal destek, kişisel fikirleri içermektedir ve destekten yararlanmak yerine, gelebilecek desteğe olan güven ve inanca atıf yapmaktadır (Sarason vd., 1990). Sherbourne ve Stewart (1991), ise kişinin üyesi olduğu gruplarda değerli olduğunu düşünmesini ifade etmektedir.

Kişiler, yaşamlarındaki zorlu deneyimler esnasında, çevrelerindeki sosyal çevreden alacakları destek ile fiziksel ve zihinsel sağlıklarını olumsuz etkilerden koruyabilmektedir. Ayrıca, sosyal destek kaynaklarının kişi tarafından nasıl değerlendirildiği de iyilik hali üzerinde etkilidir (House ve Kahn, 1985). Kişilerin gördükleri sosyal desteğe kıyasla gördükleri sosyal desteğe olan algı ve değerlendirmeleri iyilik hali üzerinde daha öne çıkmaktadır (San vd., 2022).

Yapılan çalışmalar BB hastalarının sosyal ilişkilerde problem yaşadığını göstermektedir (Wilkins, 2004). Aynı zamanda, BB hastası olan kişiler sosyal, maddi ve duygusal alanlarda ciddi problemlerle karşılaşmaları sebebiyle hastalığa sahip olmayan kişilere kıyasla daha fazla destek ihtiyacı duymaktadırlar (Mengi ve Aygür, 2018). Düşük seviyede algılanan sosyal desteğin depresif belirtilerle ilişkisi olduğu bilinmektedir (Morrow-Howell vd., 2003). Kişinin söz konusu sosyal desteği, içerisinde yer aldığı tüm sosyal gruplarda görmesi hastalık belirtilerinin iyi yönetilmesine, dönemlerin tekrarının azalmasına, hastalık belirtilerinin farkındalığına

ve hastalığın seyrine olumlu katkı sunmaktadır (Studart vd., 2015). Diğer yandan, iyi bir sosyal destek, psikososyal stres kaynaklarıyla mücadele etme becerilerine olumlu yönde katkıda bulunarak bu kaynakları zayıflatabilir veya yok edebilir (Lehman vd., 1995; Sadock vd., 2017). Ek olarak iyi bir sosyal desteğin, hastalığın yıkıcı etkilerine karşı koruyucu rol alabileceği söylenmektedir (Bruhn ve Philips, 1984). Sosyal desteğin olmaması ise hastalık belirtilerinin tekrarlaması ve hastalığın olumsuz gidişatı için bir risk faktörü olarak işlev görmektedir. Hastalığın mani veya depresif dönemlerinde, hastalık belirtilerinin kişinin diğer insanlarla ilişki yürütme kapasitesini azaltabilir ve bu durum da kişinin daha düşük sosyal destek algılamasına sebep olabilir (Robitaille vd., 2011; Weinstock ve Milller, 2010).

Johnson ve arkadaşları (1999) tarafından yürütülen çalışma sonuçlarına göre yüksek derecede sosyal desteğe sahip BB hastalarının iyileşme süreleri daha hızlıdır ve depresif belirtilere karşı daha güçlü yanıtlar vermektedir. Diğer bir araştırmada, kısmi remisyondaki hastalar tam remisyondaki hastalara göre daha düşük düzeyde sosyal destek gördüklerini dile getirmektedir (Johnson vd., 2003). Ek olarak hastalık başlangıcında bir eşe sahip olmanın tam remisyona sağlama oranını artırdığını ve düşük sosyal desteğe sahip hastalarda depresif belirtilerin daha belirgin olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Cohen ve arkadaşları (2004) düşük sosyal desteğin, depresif dönemlerin tekrarı ile ilişkili olduğunu ve yüksek stres seviyesinin manik ve depresif dönemleri öngördüğünü saptamıştır. Sanchez-Moreno ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında algılanan sosyal desteğin işlevselliği yordadığını ifade ettiği çalışmasını destekler nitelikte olan Cerit ve arkadaşlarının (2012) araştırması işlevselliği yordayan en güçlü üç faktörün içselleştirilmiş damgalama, depresyon şiddeti ve algılanan sosyal destek olduğunu vurgulamaktadır. IsHak ve arkadaşları (2012), BB hastalarının yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında sosyal desteğin yaşam kalitesinin kritik bir belirleyicisi olduğunu bulmuşlardır ve sosyal destek sistemlerini güçlendiren müdahalelerin hastaların yaşam kalitesini artırabileceğine dikkat çekmişlerdir. Sosyal destek algısı ile damgalanmanın incelendiği diğer bir çalışmada ise damgalanmanın, algılanan sosyal destek seviyesini düşürdüğü bulgusu elde edilmiş ve bu durumun hastaların sosyal, aile ve profesyonel yaşamında negatif sonuçlar yaratarak hastaların sosyal destek arayışlarını kısıtladığını bu yolla kişilerin işlevselliklerini olumsuz yönde etkileyebileceği sonucuna varılmıştır (Hawke vd., 2013). İşlevsellik hastalık

belirtilerinin seyrine göre daha düşük iyileşmeler gösterebilir ve yaşam olayları ile sosyal destek ile ilişkili görünmektedir (Gitlin ve Milowitz, 2017). Wang ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen sistematik bir derleme çalışmasında ise algılanan sosyal desteğin depresif dönemleri önlemede önemli bir rol oynadığını belirtirken manik dönemler için tutarsız verilere ulaştıklarını dile getirmişlerdir. BB’de algılanan sosyal destek ile ilişkili bir değişkenin evlilik durumu olduğu ve evlilik durumunun sosyal uyum ve aidiyet hissi aracılığıyla algılanan sosyal desteği olumlu yönde artırdığı; bunun da hastalık belirtilerini azalttığı görülmektedir (Vaingankar vd., 2020). Daha yakın dönemde yürütülen sistematik bir derleme çalışmasında (Stuart-Botto vd., 2023) ise BB hastalarının kontrol gruplarına göre daha düşük seviyede sosyal destek gördükleri ancak bu farkın her zaman belirgin olmadığı, sosyal desteğin koruyucu bir faktör olabileceği ve klinik belirtileri etkileyebileceği belirtilmiştir. Benzer şekilde son dönem araştırmalar BB hastalarının, hasta olmayan kişilere göre yalnızlık ve sosyal destek yoksunluğunu daha şiddetli şekilde hissettiklerine ve algılanan düşük sosyal destek seviyesinin geçmişteki intihar girişimleri ve şu anki intihar düşünceleriyle ilişki olduğuna işaret etmektedir (Kızılkurt vd., 2019; Pike vd., 2024).

Dolayısıyla araştırmacılar BB hastalarında sosyal destek sistemlerinin genişletilmesinin intihar riskine karşı koruyucu faktör olabileceğini vurgulamışlardır.

1.7.1. Algılanan Sosyal Destek Kuramları

Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin kişinin iyilik haline nasıl etki ettiğini açıklayan iki farklı model önermişlerdir. Bunlar Ana Etki Modeli ve Tampon Modelidir.

Ana Etki Modeline göre sosyal destek, her türlü koşulda, stresin olduğu veya olmadığı koşullarda kişinin bedensel ve mental iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir. Bu model, rutin olarak sosyal olmak ve sosyal etkileşimlerde bulunmanın kişilere sağlıklı ilişkiler, süregelen olumlu deneyimler ve sosyal alanda tatminkâr roller verdiğini savunmaktadır. Örneğin geniş ve sosyal çevre sayesinde gelebilecek olumlu tepkileri, kişilerin yaşam tarzını destekleyebilmektedir. Ek olarak,

sosyal destek sıradan bir şekilde beslendikleri kaynak halini alır. Bu modele göre güçlü bir sosyal desteği olan kişiler, stresli durum olsun veya olmasın iyilik halini sürdürmede daha yüksek olanak sahibidir (Cohen ve Wills, 1985).

Tampon Modeline göre kişilerin yaşadığı zorlu olaylar esnasında sosyal desteğin koruyucu bir görev gördüğünü ve böylelikle bedensel ve zihinsel sağlığın daha az olumsuz etkilendiğini vurgulamaktadır. Stresli bir olaya karşı, tampon görevi gören sosyal destek sayesinde kişi daha az olumsuz değerlendirme yaparak veya olumsuz değerlendirmelerin ortaya çıkmasını engelleyerek psikopatolojik durumları engellemektedir. Zorlu olaylar ve zorlu olayların sonucu arasında tampon görevi gören sosyal destek, koruyucu bir işlev üstlenmektedir. Tampon modeli, sosyal desteğin, yaşanan zorlu olaylar sonrasında da koruyucu bir görevi olduğunu savunmaktadır (Cohen ve Wills, 1985).

İzleyen bölümde bu tez kapsamında ele alınan diğer bir değişken olan sosyal sorun çözme becerileri yer almaktadır.

1.8. Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Bipolar Bozukluk

Sosyal sorun çözme becerileri kavramındaki sosyal sorunlar genel olarak kişinin sosyal çevresindeki uyum işlevine etkisi olan sorunlara atıf yapmaktadır. Bu sebeple sosyal sorun çözme becerileri, kişinin işlevselliğini etkileyebilecek, işe beş dakika geç kalmaktan evlilikteki sorunlara uzanabilen her tür sorunu kapsamaktadır (D’Zurilla vd., 2004). Sorun kavramı D’Zurilla ve Nezu (2007) tarafından, hedef davranış veya durumun gerçekleşmesini erteleyen veya engelleyen her türlü içsel veya dışsal zorluk, engel şeklinde tanımlanmıştır. Karşılaşılabilecek engeller arasında, içinde bulunulan yeni bir durum, duruma yönelik belirsizlik/tahmin edilemezlik, kaynak eksiklikleri veya duruma yönelik beceri/yeti eksikliği bulunabilir. Sorunlar, belirli zaman dilimini kapsayan (işe gideceğin ulaşım aracını kaçırmak vb.), tekrarlayan olaylar dizisi (iş yerindeki patronun mantıklı gelmeyen istekleri vb.) veya sürekli devam eden kronikleşmiş bir durum (yalnızlığın yarattığı ızdırap hissiyatı) şeklinde ortaya çıkabilir (D’Zurilla vd., 2004). D’Zurilla ve arkadaşları (2004), çözüm

kavramını karşılaşılan sorun veya güç durumların rasyonel ve işlevsel şekilde aşılması şeklinde ele almışlardır. Nitelikli bir çözüm sorun durumunu ve ortaya çıkarttığı huzursuzluğu ortadan kaldırırken, olumlu sonuçlarda artış, olumsuz sonuçlarda ise azalma sağlamaktadır (D’Zurilla vd., 2004). Sorun çözme, gündelik hayatta karşılaşılan problemlere işe yarar çözümler üretebilmek için birey, çift ya da grup/gruplar tarafından geliştirilen bilişsel-davranışsal bir işlem olarak tanımlanmaktadır (Duyan ve Gelbal, 2008). Bu bağlamda, sosyal sorun çözme becerileri kavramı, kişilerin sosyal yaşamlarında meydana gelen sorun ve bu sorunların çözümüne giden aşamaları anlamaya yönelik bir kavramdır. Bu doğrultuda, kişiler karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelerek süreçlerin olumlu yönde ilerlemesine katkıda bulunabilirler. Sonuç olarak kişiler sosyal çevrelerine daha yüksek uyum gösterebilir ve toplumun genel düzenine olumlu yönde katkı sunabilirler (D’Zurilla vd., 2004). Sosyal, kişilerarası, bir sorunun çözüm sürecinde ise önerilen çözüm yollarının, soruna dahil olan tüm taraflar için tatmin edici olması önemlidir. Çözümün başarısı, uyuşmazlıkların taraf olan herkes için kabul edilebilir bir şekilde giderilmesi ve sorunun nihai olarak çözüme ulaşmasında etkili olmasıyla değerlendirilmektedir (D’Zurilla vd., 2002).

D’Zurilla ve arkadaşları (2004) sosyal sorun çözme kavramını kişilerin işlevselliğini etkileyen ekonomik, bilişsel, davranışsal, duygusal, sağlık, kişilerarası ve toplumsal olabilen her türlü sosyal uyum bozucu durumların giderilmesi çerçevesinde ele almışlardır. Siu ve Shek (2010) gündelik hayatta karşılaşılan sorunlara işe yarar çözümler formüle edebilmenin iyilik durumu ve hoşnutsuzluk hissine katkıda bulunduğunu dile getirmektedir. Ek olarak, işe yarar çözümler formüle edebilmenin, kişinin hayattaki işlevselliğinin kayda değer parçalarından birisi olduğunu ve sosyal sorun çözme sürecinin işlevsellik ile bu alanda kesiştiğini belirtmektedir.

Yapılan ilk psikiyatrik çalışmalarda BB hastaları çoğunlukla şizofreni araştırmaları için kontrol grubu niteliğinde araştırmalara dahil edilmiştir. Hasta gruplarının sosyal senaryolar aracılığıyla kişilerarası sorun çözme becerilerini inceleyen bu çalışmalarda her iki hasta grubu da ciddi yetersizlikler sergilemekle

beraber şizofreni hastaları BB hastalarından daha fazla yetersizlik göstermiştir (Bellack vd, 1990; Bellack vd., 1994). Scott ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında BB hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha az sorun çözme stratejisi geliştirdiğini ve bu durumun geçirilen dönem sayısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Depp ve arkadaşları (2010) sosyal sorun çözme becerilerinin rol yapma testi ile ölçüldüğü araştırmalarında BB grubunun %65'inde sosyal sorun çözme becerilerinde yetersizlik saptamış ve bu yetersizliğin depresif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Çil (2019), BB hastaları ve kontrol grubu arasında sosyal sorun çözme becerilerini karşılaştırdığı çalışmada, BB grubunun işlevsel olmayan sorun çözme becerileri ile negatif sorun yönelimi ve dürtüsel-özensiz sorun çözme stili alt boyutlarını kontrol grubuna göre daha çok kullandığını ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın sonucu, BB hastalarının sorun durumları karşısında daha dürtüsel ve koordine edilmemiş bir yaklaşım sergilediklerini ve olumsuz duygu, düşünce ve davranışlara yöneldiklerini göstermektedir. Ayrıca, BB grubunun olumlu sorun yönelimi ve akılcı sorun çözme stilinde ise kontrol grubuna kıyasla daha düşük performans gösterdiğini saptamıştır. Çalışmaya göre, BB hastalarının işlevsel sorun çözme becerilerinin, kontrol grubuna göre önemli ölçüde düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Alan yazında, sosyal sorun çözme süreçlerinde bozulmanın majör depresif bozukluk (Dixon, 2000; Eskin vd., 2008), şizofreni (Revheim ve Medalia, 2004), intihar riski olan bireyler (Eskin vd., 2006) gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da görüldüğü belirtilmektedir.

Alan yazında sorun çözmeye yönelik üç farklı kuram yer almaktadır. Bu kuramlardan birincisi Heppner ve Krauskopf (1987) çalışmasına dayanmaktadır. Bilgi İşleme Modeli olarak ortaya çıkan bu kuram sorun çözme sürecini bilişsel verilerin işlenmesi ekseninde bilişsel olarak açıklamaktadır. Gath ve arkadaşları (2000) çalışmasına dayanan bir diğer kuram ise Sorun Çözme Yaklaşımıdır (Gath vd., 2000, akt. Eskin, 2011). Sorun Çözme Yaklaşım kuramına göre, sorunun çözümü aşamalara ayrılır ve bu aşamaların betimlenmesiyle çözülmektedir. Genellikle birinci basamak

sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Üçüncü ve son yaklaşım ise D’Zurilla ve Goldfried (1971) Sosyal Sorun Çözme Süreç Modelidir. Modele göre sorun çözme, sorun durumunun tanımlanması, sorun duruma farklı çözümler üretilmesi, üretilen çözüm yollarının değerlendirilmesi, en iyi çözüm yolunun belirlenmesi ve belirlenen çözüm yolunun hayata geçirilmesi ve değerlendirilmesi olarak dört aşamadan oluşmaktadır. Bu model sorunun çözümündeki faktörleri ve kişinin soruna yaklaşım şeklini ele almaktadır.

Yürütülen bu araştırmada D’Zurilla ve arkadaşlarının D’Zurilla ve Goldfried’in çalışmasına dayanarak geliştirdiği Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli esas alınmıştır.

1.8.1. Sosyal Sorun Çözme Süreç Modeli

Sosyal Sorun Çözme Modeli, sosyal sorun çözme becerisinin birden çok faktörden oluşan çok boyutlu bir sistem olduğunu savunmaktadır. Bu sistem, soruna yönelim ve sorun çözme tarzı olmak üzere iki alt kategoriden oluşmaktadır. Soruna yönelim; olumlu sorun yönelimi ve olumsuz sorun yönelimi olmak üzere iki alt kategoriden oluşmaktadır. Sorun çözme tarzları ise akılcı sorun çözme, kaçınan sorun çözme ve dürtüsel/dikkatsiz sorun çözme olmak üzere üç alt kategoriden meydana gelmektedir (D’Zurilla vd., 2002).

D’Zurilla ve Goldfried (1971), sorun yönelimi kavramını kişinin sorun çözme yetisi çerçevesinde sorun duruma yönelik inanç, duygu, düşünce ve zihinsel düşünce kalıplarının çalışma şeklini kapsayan üst bilişsel bir yapı şeklinde ele almıştır. Olumlu sorun yönelimi kişinin sorun durumun çözülebileceğine inanması ve sorunu çözeceğine dair yeterli olduğunu düşünmesi, sorun durumunun kendini geliştirmek için bir olanak gibi değerlendirmesini içeren bilişsel unsurları barındırmaktadır. Olumsuz sorun yönelimi ise sorun durumun tehdit olarak ele alınması, sorun durumun çözülebileceğine inanmaması ve sorunun çözümüne dair yeterli olmadığını düşünmesi benzeri bilişsel özelliklerle karakterizedir. Olumlu sorun yönelimi işlevsel bir bilişsel süreç olarak değerlendirilirken olumsuz sorun yönelimi işlevsel olmayan bilişsel süreç olarak görülmektedir (D’Zurilla vd., 2004).

D’Zurilla ve Goldfried (1971) sorun çözme tarzı kavramını kişinin karşılaştığı soruna verdiği davranışsal yanıt özellikleri olarak tanımlamıştır. Akılcı sorun çözme tarzı sistematik ve işlevsel sorun çözme tarzı olarak ele alınmaktadır. Akılcı sorun çözme tarzı dört aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; (1) sorun durumunun tanımlanması ve sorun durumunun formüle edilmesi, (2) sorun duruma farklı çözümler üretilmesi, (3) üretilen çözüm yollarının değerlendirilmesi ve en iyi çözüm yolunun belirlenmesi, (4) belirlenen çözüm yolunun hayata geçirilmesi ve çözüm yolunun sonuçlarının değerlendirilmesi aşamalarıdır. İlk aşamada, kişi sorun durumla ilişkili erişebildiği tüm verileri toplayarak sorunu kavramaya ve formüle etmeye çalışmaktadır. İkinci aşamada, kişi sorun duruma yönelik işlevsel olabilecek çözüm yollarını keşfetmektedir. Takip eden üçüncü aşamada üretilen her bir çözüm yolunun artı ve eksilerini karşılaştırmakta ve üretilen seçenekler arasından çözüm için en işlevsel olanı seçmektedir. Dördüncü adımda seçilen çözüm yolu uygulanmakta ve uygulanan çözüm yolunun çıktılarının etkinliğini analiz etmektedir. Uygulanan çözüm işlevsel bir çıktı sağlamazsa süreç uygun görülen aşamadan tekrar başlar. Bir diğer sorun çözme tarzı ise kaçınan sorun çözme tarzıdır. Kaçınan sorun çözme tarzı işlevsel değildir. Kaçınan sorun çözme tarzında kişi sorunun çözümüne yönelik düşük motivasyon ve çözüm üretme sürecine karşı isteksizlik sergilemektedir. Genellikle sorunla karşılaşmaktan kaçınmakta ve sorunun çözümüne dair sorumluluğu başkalarına yüklemektedir. Modelde bahsedilen son sorun çözüm tarzı ise işlevsel olmayan dürtüsel/dikkatsiz sorun çözme tarzıdır. Bu tarza sahip kişiler sorun çözümünde hızlı, dürtüsel ve dikkatsiz karar verme davranışı sergilemektedirler. Sorun çözme esnasında sorunun olası çözüm yollarının araştırılmasına çok fazla önem vermez, aklına gelen ilk çözüm yolunu uygulamaya koyulurlar (D’Zurilla vd., 2004).

1.9. Problem Durumu

BB için günümüzdeki tedavi yaklaşımları öncelikli olarak farmakolojik tedaviyi öne çıkarmaktadır (Yatham vd., 2018). Ne var ki, tedavi sürecine bakıldığında farmakolojik tedavinin tek başına etkinliğinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir (Harvey vd., 2015; Steardo vd., 2020). BB’nin yalnız farmakolojik açıdan ele alınması hastalığın sadece biyoloji ekseninde anlaşılmaya çalışılmasına ve hastalığa etki eden

psikolojik süreçlerin dikkate alınmamasına sebep olmuştur. Dolayısıyla tedavi sürecine yönelik psikolojik katkılar yalnızca hasta ve ailesi tarafından hastalığın daha iyi tanınması üzerine yoğunlaşmıştır. En nihayetinde, tanı ölçütlerine yapılan eleştiriler, dönemlerin görülme oranlarının sıklığı ve tedavi sürecindeki başarısızlıkların sıkça rapor edilmesi, BB'nin daha bütüncül bir açıdan değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir (Safrancı, 2014).

BB hastalığının gidişatı kısa bir süre önceye kadar, dönemlerin tekrar sayısı, yatılı tedavi görme sayısı gibi klinik özelliklerle değerlendirilmiştir. Fakat klinik alandaki iyileşmelerle kıyaslandığında işlevsellik alanındaki iyileşmelerin daha düşük olması sebebiyle (Rosa vd., 2011) kişinin günlük yaşantısındaki işlevsellik düzeyini içeren ölçütler de değerlendirme kapsamında ele alınmaya başlanmıştır (Michalak vd., 2007). Böylece, işlevsellik alanındaki bozulmalar tedavinin öncelikli amaçlarından biri haline gelmiştir (Cerit vd., 2012). Ancak BB hastalarında işlevselliği daha iyi anlamak için bir dizi unsurun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. İşlevselliği etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde hastalık başlangıç yaşı, geçirilen dönem sayısı, eşikaltı depresif belirti yoğunluğu, psikotik özellikli dönemin varlığı gibi faktörlerin yanı sıra algılanan sosyal desteğin de önemli bir değişken olduğu göze çarpmaktadır (Cerit vd., 2012; Cohen vd., 2012). BB'de algılanan sosyal desteğin, işlevsellik ile olan ilişkisini gösteren sınırlı sayıda araştırma olması sebebiyle, algılanan sosyal destek ile remisyon sürecindeki BB hastaları üzerine daha çok sayıda araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Stuart vd., 2015). Bir diğer faktör olarak, Siu ve arkadaşları (2010) işlevsel bir yaşam sürmenin günlük sorunlara işe yarar çözümler geliştirmeyi gerektirdiğini ve bu sürecin kişilerin iyilik halleri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu dile getirmektedir. Sonuç olarak sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik ilişkisine atıf yapmaktadırlar. Alan yazın incelendiğinde BB hastalarının sosyal sorun çözme becerileri açısından sağlıklı bireylerden daha düşük bir performans sergilemekte oldukları ve sorunlarla baş etme konusunda daha işlevsiz stratejilere yönelme eğiliminde oldukları görülmektedir (Çil, 2019). Ancak BB'da sosyal sorun çözme becerilerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Diğer taraftan, yapılan çalışmalar BB'da işlevsellik, algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerilerinin etkilendiği değişkenler üzerine fikir birliği sağlanmasında

yeterli olmamıştır. Dolayısıyla BB için, işlevselliğin ilişkili olduğu değişkenlerin belirlenmesine yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Cerit vd., 2012).

1.10. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bilindiği kadarıyla alan yazında remisyon dönemindeki BB hastalarında sosyal sorun çözme becerileri, işlevsellik düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek ilişkisini inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. İşlevselliği etkileyen değişkenler arasında sosyal sorun çözme becerilerinin önemli bir yer tutabileceği ve sosyal destek algısının, sosyal sorun çözme becerileri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu sebeple yapılan araştırmada ilk olarak, remisyon dönemindeki BB hastalarının (BB-I ve BB-II) işlevselliğini yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. İkincil olarak BB hastalarının algıladıkları sosyal destek, sosyal sorun çözme beceri ve işlevselliklerinin klinik olmayan örneklem ile karşılaştırmalı olarak incelenmesini hedeflemiştir. Diğer bir amacı ise bu üç değişkenin (işlevsellik, sosyal sorun çözme becerileri ve algılanan sosyal destek) demografik (eğitim seviyesi, ekonomik durum vb.) ve klinik değişkenler ile (geçirilen dönem sayısı, intihar girişimi vb.) ilişkisini ortaya koymaktır.

Ek olarak, sözü edilen üç değişkenin klinik ve sosyodemografik değişkenler ile olan ilişkilerinin açığa çıkarılması, remisyon dönemindeki BB hastalarının yaşam kaliteleri ve hastalığın gidişatı üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesine katkı sunacaktır. BB hastalarında, algılanan sosyal destek düzeyinin depresif belirtiler ile mani/depresif dönemlerinin tekrarı ile olan ilişkisi bilinmektedir. Ancak sosyal sorun çözme becerilerinin işlevsellik düzeyini nasıl etkilediğine yönelik bilgiler oldukça sınırlıdır.

Sonuç olarak, yapılan bu araştırma, remisyon dönemindeki BB hastalarında algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri gibi psikososyal değişkenlerin işlevsellik üzerindeki rolünü inceleyerek, BB'nin klinik gidişatı üzerinde olumlu etki yaratabilecek ve hastaların yaşam kalitesini artırabilecek müdahaleler geliştirilmesi alanında önemli bir adım olacaktır. Araştırma sonuçlarının, BB hastalarının işlevsellik düzeylerini artırıcı klinik uygulamalara rehberlik etmesi beklenmektedir.

1.11. Araştırmanın Denenceleri

D1: Tanı grubunda algılanan sosyal destek düzeyi, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyi ile ilgili sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

D2: Tanı grubunda algılanan sosyal destek düzeyi, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyi ile ilgili sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

D3: Tanı grubunun algıladığı sosyal destek düzeyi, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyi kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha düşüktür.

D4: Tanı grubunda algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerileri ilişkili demografik ve klinik değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra işlevselliği pozitif yönde anlamlı düzeyde yordamaktadır.

BÖLÜM II

2. YÖNTEM

2.1.Araştırma Modeli

Kesitsel ve nicel olarak yürütülen bu araştırmada, bipolar bozukluk hastalarının algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeylerinin sosyodemografik ve klinik değişkenler ile ilişkisi incelenmiştir; ayrıca hastaların işlevselliğini yordayan değişkenleri belirlemek amaçlanmıştır. Bir diğer amaç ise hastaların cinsiyet ve yaş değişkenleri açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireylerle karşılaştırılarak, algılanan sosyal destek düzeyleri, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyleri değerlendirilmiştir.

Yapılan araştırma ilişkisel ve karşılaştırmalı olmak üzere ilişkisel tarama modelidir. İlişkisel tarama modeli, değişkenlerin birlikte değişimini ve değişimin derecesini incelemektedir. Tarama modelinde amaç betimlemektir. Hedeflenen bilgiler, ölçek ile gözlemlenip elde edilmekte ve koşullar değiştirilmemektedir. Elde edilen veriler neden – sonuç vermekten ziyade ilişkiler hakkında ipucu vermektedir (Karasar, 2007).

2.1.1. Örneklem

Yürütülen araştırmanın örneklem büyüklüğü Kalaycıoğlu ve Akhanlı (2020) çalışmasından yola çıkılarak, GPower 3.1 yazılımı ile hesaplanmıştır. Orta düzey etki büyüklüğü ($f^2 = 0.15$), %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) ve %80 güç ($1-\beta = 0.80$) ölçütleri esas alınarak her bir grup için 54 kişiye ulaşılması gerektiği bilgisi edinilmiştir. Araştırmanın örneklemini, 18-65 yaş aralığında bipolar bozukluk ve kontrol grubunda yer alan toplam 108 katılımcıdan oluşmaktadır. Her bir grupta 28 kadın (%51,85) ve 26 erkek (%48.15) olmak üzere 54 katılımcı bulunmaktadır. Bipolar bozukluk için 23-

64, kontrol grubu için 22-65 yaş aralığında olan katılımcıların detaylı demografik ve klinik verileri bulgular bölümünde sunulmuştur.

Araştırmaya, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-5 ölçütlerine göre Bipolar Bozukluk I veya Bipolar Bozukluk II tanısı ile takip edilen ve en az 3 aydır remisyonda olan bipolar bozukluk hastaları ile bu hastaların yaş ve cinsiyeti ile benzer özellikler gösteren tanı almamış bireyler dahil edilmiştir. Araştırmada amaç odaklı örnekleme yöntemi (Büyüköztürk, vd., 2020) kullanılmıştır.

Bipolar bozukluk grubu için dahil etme ölçütleri; okur-yazar olmak, DSM-5 ölçütlerine göre Bipolar I veya Bipolar II tanısı almış olmak, en az 3 aydır remisyonda olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, imzalı onam verebilme yetisine sahip olmak (hakkında kısıtlılık raporu bulunmamak), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden <7 puan, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden <5 puan almak şeklinde belirlenmiştir.

Bipolar bozukluk grubunun için dışlama ölçütleri ise; 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak, alkol-madde kullanım bozukluğu, zihinsel engellilik, nörolojik hastalığa sahip olmak veya 3 aydan kısa süredir remisyonda olmak olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubuna için dahil edilme ölçütleri; 18-65 yaş aralığında olmak, psikiyatrik tanı almamış olmak, yaşam boyu psikotik öykü bulunmaması, birinci derece yakınlarında bipolar bozukluk tanısı olmamak, nörolojik hastalığa sahip olmamak, gebelik durumu olmamak ve alkol-madde kullanım bozukluğu bulunmamak ve tıbbi hastalığa sahip olmamak şeklinde belirlenmiştir. Kontrol grubu için belirtilen dahil etme ölçütlerini taşımayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcıların, yürütülecek araştırma hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayan ve araştırmaya kendi rızaları ile katıldıklarını belgeleyen formdur.

2.2.2. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıları tanımlayan bilgileri edinmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş, açık ve kapalı uçlu soruların yer aldığı bir formdur. Formda katılımcıların cinsiyet, yaş gibi demografik bilgilerini ve hastalık başlangıç yaşı, kaç döngü yaşadığı, elektrokonvulsif terapi alıp almadığı gibi psikiyatrik bilgilerini öğrenmek amaçlanmıştır. Kontrol grubu için klinik değişkenlerin olduğu sorular kullanılmamıştır.

2.2.3. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

1960 yılında Hamilton ve arkadaşları tarafından depresif belirtileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. HDDÖ, 9'u 5'li Likert, 8'i 3'lü Likert tipte toplam 17 madde içeren ve klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Uykuya dalma, uykuyu sürdürme, fiziksel semptomlar, genital semptomlar, içgörü ve kilo kaybını ölçen maddeler 0-2 puan arasında diğer maddeler ise 0-4 puan aralığında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek depresif belirti ile ilişkilidir. Akdemir ve arkadaşları (1996), ölçeğin toplam puan üzerinden kullanılmasını önermişlerdir.

Ölçeğin Türkçe formunun uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yürütülmüştür. HDDÖ Türkçe Formu için test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.85 ve iç tutarlılık güvenirlik katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı 0.86 ile 0.98 arasında

değişmektedir. Ölçek puanı 7 veya daha düşük olan bireyler klinik olarak iyileşmiş kabul edilirken, 8-12 puan alanlar kısmen iyileşmiş olarak kabul edilmiş ve 13 puan veya daha fazla alanlar ise iyileşmemiş olarak kabul edilmiştir (Frank vd., 1991). Bu çalışmada HDDÖ, katılımcıların araştırmaya dahil edilip edilemeyeceklerini anlamak amacıyla kullanılmıştır.

2.2.4. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları (1978) tarafından, manik durumun şiddetini ve değişimini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Belirtiler, son bir hafta içindeki durumu yansıtarak değerlendirilir. YMDÖ, 5'li Likert tipinde 7'si 0-4 arasında, 4'ü 0-8 arasında puanlanan toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeden alınan puanların toplamı, ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, yüksek mani belirtisi olarak değerlendirilmektedir.

Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından gerçekleştirilen çalışma ile ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği değerlendirilmiştir. Çalışma sonucu iç tutarlılık katsayısı 0.79 geçerlilik katsayısı ise 0.71 ile 0.72 aralığında bulunmuştur. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı ise 0.63 ile 0.95 aralığında değişmektedir. Bu çalışmada YMDÖ, katılımcıların araştırmaya dahil edilip edilemeyeceklerini anlamak amacıyla kullanılmıştır.

2.2.5. Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu (SSÇE-KF)

D'Zurilla ve Maydeu-Olivares tarafından 1995 yılında bireylerin sosyal yaşamlarındaki problemlere yönelik çözüm stratejilerini ölçmek için oluşturdukları envanterin gözden geçirilmiş kısa formu D'Zurilla ve arkadaşları tarafından 2002 yılında oluşturulmuştur. SSÇE-KF, 5'li Likert tipinde 25 maddeden oluşmaktadır. Her bir soru 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır (0=benim için hiç doğru değil, 4=benim için tamamen doğru). Ölçekten toplamda 0-20 aralığında puan alınabilmektedir. Alınan yüksek puanlar, daha iyi problem çözme becerilerini göstermektedir. Sosyal yaşamdaki problemlere yönelik stratejileri beş boyutta incelemektedir. Bu beş

boyuttan ikisi olumlu ve olumsuz sorun yönelimi olmak üzere soruna yönelimi içerir; diğer üçü ise akılcı, kaçınan ve dürtüsel/dikkatsiz olmak üzere sorun çözme tarzını yansıtır.

Bu gözden geçirilmiş envanterin Türkçeye uyarlaması Eskin ve Aycan (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda, iç tutarlılık katsayıları, olumlu soruna yönelim için 0,67, negatif soruna yönelim için 0,78, akılcı sorun çözme tarzı için 0,75, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı için 0,62 ve kaçınan sorun çözme tarzı için 0,73 olarak tespit edilmiştir. Test-tekrar test değerleri ise olumlu sorun yönelimi için 0.61, negatif sorun yönelim için 0.73, akılcı sorun çözme tarzı için 0.66, dürtüsel-özensiz sorun çözme tarzı için 0.66 ve kaçınan sorun çözme tarzı için 0.72 olarak bulunmuştur.

Yürütülen bu araştırmada grupların SSÇE-KF'a verdikleri yanıtların güvenilirliğini tespit etmek amacıyla Cronbach's Alpha analizi yürütülmüştür. Bipolar bozukluk grubunda tüm ölçek için Cronbach's Alpha katsayısı 0.81, kontrol grubu için 0.62 tüm katılımcılar için ise 0.73 bulunmuştur. SSÇE- KF'un güvenilir bir ölçme aracı olduğu kabul edilmiştir.

2.2.6. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ)

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Çalışma Biriminin BB hastalarının günlük işlevselliklerini değerlendirmek amacıyla tasarladığı BBİÖ'yü Aydemir ve arkadaşları (2007) geliştirmiştir. BBİÖ 3'lü Likert tipinde 58 madde olarak tasarlanmış fakat yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda 6 madde çıkartılarak 52 maddenin yer alması uygun görülmüştür. Duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ile hobiler, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş olmak üzere 11 farklı alt ölçekten meydana gelmektedir. Ölçek toplam puan ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek işlevsellik düzeyini işaret etmektedir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda, Cronbach's Alpha katsayısı tüm ölçek için 0.91, duygusal

işlevsellik için 0.51, zihinsel işlevsellik için 0.58, cinsel işlevsellik için 0.87, damgalanma hissi için 0.75, içe kapanıklık için 0.72, ev içi ilişkiler için 0.83, arkadaşlarla ilişkiler için 0.83, toplumsal etkinliklere katılım için 0.75, günlük etkinlikler ve hobiler için 0.59, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme için 0.63 ve iş altboyutu için 0.69 bulunmuştur.

Yürütülen bu araştırmada yalnızca hastalığa yönelik sorular içermesi sebebiyle “damgalanma altboyutu” çalışmaya dahil edilmemiştir. Grupların BBIÖ’ye verdikleri yanıtların güvenilirliğini tespit etmek amacıyla Cronbach’s Alpha analizi yürütülmüştür. Analiz sonucuna göre bipolar bozukluk grubu için Cronbach’s Alpha katsayısı 0.88, kontrol grubu için 0.86’dir. Tüm katılımcılar için ise 0.89 bulunmuştur. BBIÖ’nün güvenilir bir ölçme aracı olduğu kabul edilmiştir.

2.2.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından bireyin çevresinden algıladığı sosyal desteği ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. ÇBASDÖ, aile, arkadaşlar ve özel bir kişiden gelen sosyal desteğin öznel değerlendirmesini içeren 12 maddeden oluşmaktadır. Üç alt ölçeği vardır ve her bir alt ölçek dört madde içermektedir. Puanlama 7’li Likert tipindedir (1=kesinlikle hayır, 7=kesinlikle evet). Ölçekten alınan yüksek puan, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

Türkçe’ye Eker ve Arkar tarafından 1995’te uyarlanan ÇBASDÖ, özel bir kişi alt boyutunun kültürel uyarlamasında farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Ölçek tekrar gözden geçirilmiş ve üç farklı grupta geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak batı kültüründe geçerli olan faktörler ülkemizde de doğrulanmıştır. Güvenilirlik katsayıları tüm ölçek için 0.89, aile alt boyutu için 0.85, arkadaş alt boyutu için 0.88 ve özel bir insan alt boyutu için ise 0.92 olarak bulunmuştur (Eker vd., 2001).

Yürütülen bu araştırmada grupların ÇBASDÖ’ye verdikleri yanıtların güvenilirliğini tespit etmek amacıyla Cronbach’s Alpha analizi yürütülmüştür. Analiz sonucuna göre Cronbach’s Alpha katsayısı tüm ölçekte bipolar bozukluk grubu için

0.88, kontrol grubu için 0.90 ve tüm katılımcılar için ise 0.90 bulunmuştur. ÇBASDÖ'nün güvenilir bir ölçme aracı olduğu kabul edilmiştir.

2.3. İşlem

Araştırmada kullanılacak ölçeklerin geliştiricilerinden/uyarlamasını yapan araştırmacılardan kullanım izni alındıktan sonra, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği İdari Eğitim Sorumlusundan psikiyatri biriminde araştırma yapma izni alınmış ve araştırmanın etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna ilişkin onay, Ankara Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir (Tarih: 28.12.2023, sayı:45). Veri toplama, 2024 Ocak ve Eylül ayları arasında dahil etme ölçütlerini taşıyan bipolar bozukluk hastaları ve hastalarla yaş ile cinsiyet değişkenleri açısından benzer özellikler gösteren tanı almamış bireyler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılım davetinde bulunmadan önce katılımcılara araştırmanın içeriği, kimlik bilgilerinin istenmediği, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı, verilerin toplu bir şekilde analiz edileceği ve tüm verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı, rahatsızlık duymaları halinde araştırmaya katılımlarını sonlandırabilecekleri bilgisi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bipolar Bozukluk grubu için, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerine başvuran Bipolar I veya Bipolar II tanı hastalardan onam alındıktan sonra katılımcıların dahil etme ölçütlerini karşılayıp karşılamadıklarını anlamak amacıyla, araştırmacının kendisi veya psikiyatri alanında uzmanlığını yapmakta olan bir doktor¹ tarafından Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. HDDÖ'den 6 puan ve altı, YMDÖ'den 4 puan ve altı alan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların 48'i araştırmaya yüz yüze katılmış, 6 katılımcı telefon ile daha sonra aranmak istediklerini belirtmiştir. Bu doğrultuda araştırmaya 48 katılımcı yüz yüze katılmış, 6 katılımcı ise veri kaybını engellemek amacıyla telefonla katılmıştır. Demografik formda yer alan klinik verilerin sistemde

¹ Dr. Beste Ergüden

kayıtlı olmayan kısımları bireysel görüşmelerde BBİÖ ölçeği verileri ile birlikte elde edilmiştir. ÇBASDÖ ve SSÇE-KF verileri ise öz bildirim yoluyla toplanmıştır. Kontrol grubu için ise HDDÖ ve YMDÖ ile sosyodemografik bilgi formunda yer alan bipolar bozukluğa ait klinik değişkenleri öğrenmeye yönelik sorular yer almamıştır. Kontrol grubu katılımcıları araştırmanın ölçüm araçlarını öz bildirim yoluyla doldurmuşlardır.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması için GPower 3.1 yazılımı kullanılmıştır. Araştırmanın veri analizi ise Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 30.0 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların verdiği yanıtların güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach's Alpha analizi uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu kontrol etmek için Skewness ve Kurtosis değerlendirilmiş ayrıca Shapiro-Wilk analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerini belirlemek amacıyla frekans analizi uygulanmıştır. Gruplar normal dağılım gösterdiği için iki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız gruplar için t-testi, sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler için Pearson Korelasyon analizi tercih edilmiştir. Bağımsız değişkenin ikiden fazla düzeyi söz konusu olması durumunda veriler tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) tekniği ile çözümlenmiştir. Değişkenlerin yordayıcı analizi için hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Tanıtıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Etki büyüklüğü değerleri ise Cohen's d ve Omega² ile değerlendirilmiştir.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. Normallik Varsayım Analizi

Yürütülen araştırmada elde edilen verilerin parametrik testlere uygunluğunu değerlendirmek amacıyla normallik varsayımı test edilmiştir. Shapiro-Wilk testi sonuçları Tablo 1’de sunulmuştur. Test sonuçlarına göre, p değerlerinin tümü $p>.05$ olduğu için normallik varsayımı tüm ölçekler için sağlanmıştır.

Tablo 1

Grupların Değerlendirme Ölçeklerinin Shapiro-Wilk Testi Sonuçları

Ölçekler	Kategoriler	Test İstatistiği	N	P Değeri
SSÇE- KF	BB Tanı Grubu	0.977	54	0.397
	Kontrol Grubu	0.966	54	0.088
BBİÖ	BB Tanı Grubu	0.977	54	0.392
	Kontrol Grubu	0.973	54	0.263
ÇBASDÖ	BB Tanı Grubu	0.959	54	0.065
	Kontrol Grubu	0.957	54	0.053

Not: Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Form (SSÇE), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

3.2. Grupların Demografik ve Klinik Özellikleri

3.2.1. BB Tanı Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya katılan 23-64 yaş aralığındaki 54 bipolar bozukluk tanılı katılımcının yaş ortalaması (Ort= 40.79, SS=11.27), hastalık başlangıç yaş ortalaması (Ort=25.61, SS=8.43) ve hastalık için ilk tedavi alınan yaş ortalaması (Ort=26.35, SS=8.56) olarak bulunmuştur. Yatılı tedavi gören 41 katılımcının (%75.9), ilk yatış yaşı ortalaması (Ort=26.73, SS=8.84) ve ortalama yatış sayısı (Ort=2.87, SS=2.90) olarak belirlenmiştir. Katılımcılar, ortalama (Ort=4.74, SS=3.75) manik veya depresif dönem geçirmişlerdir. Katılımcıların ortalama mani dönem sayısı (Ort=2.74, SS=2.19), hipomani dönemi ortalaması (Ort=0.35, SS=1.49), depresif dönem ortalaması (Ort=1.48, SS=2.04) ve karma dönem ortalaması (Ort=0.16, SS=0.86) olarak belirtilmiştir. Daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirten 12 katılımcının (%77.22), 8'i 1 kez (%14.8), 3'ü 2 kez (%5.6) ve 1'i 5 kez (%1.9) girişimde bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların ortalama remisyon süresi (Ort=158.87, SS=173.72) haftadır.

Katılımcıların diğer demografik ve klinik verileri Tablo 2'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2

BB Tanı Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Özellikler	Kategoriler	N	%
Cinsiyet	Kadın	28	51.9
	Erkek	26	48.1
Medeni Durum	Bekar	19	35.2
	Evli	21	38.9
	Boşanmış	12	22.2
	Dul	2	3.7
Eğitim Seviyesi	İlkokul	6	11.1
	Ortaokul	8	14.8

	Lise	17	31.5
	Yüksekokul	4	7.4
	Üniversite	16	29.6
	Yüksek Lisans	3	5.6
Anne Eğitim Seviyesi	Okuma-Yazma Bilmiyor	11	20.4
	İlkokul	29	53.7
	Ortaokul	7	13
	Lise	4	7.4
	Yüksekokul	1	1.9
	Üniversite	2	3.7
	Yüksek Lisans	0	0
Çalışma Süresi	Çalışmıyor	29	53.7
	1 yıldan az	4	7.8
	1-5 yıl	6	11.1
	5-10 yıl	3	5.6
	+10 yıl	12	22.2
Yaşanan Yer	Şehir	38	70.4
	İlçe	16	29.6
Kimle Yaşıyor	Çekirdek Aile	41	75.9
	Geniş Aile	8	14.8
	Yalnız	5	9.3
Ekonomik Durum	Düşük	6	11.1
	Düşük-Orta	13	24.1
	Orta	25	46.3
	Orta-Yüksek	9	16.7
	Yüksek	1	1.9
Psikoterapi	Hayır	47	87.0
	Evet	7	13.0
Ailede Psikiyatrik Öykü	Yok	32	59.3
	Var	22	40.7
Kendine Zarar verme	Yok	42	77.8
	Var	12	22.2
İntihar Girişimi	Yok	42	77.8
	Var	12	22.2
İlk Dönem Tipi	Mani	29	53.7
	Hipomani	2	3.7
	Karma	6	11.1
	Depresyon	17	31.5
Yatılı Tedavi	Yok	13	24.1
	Var	41	75.9
Mevsimsellik	Yok	22	40.7

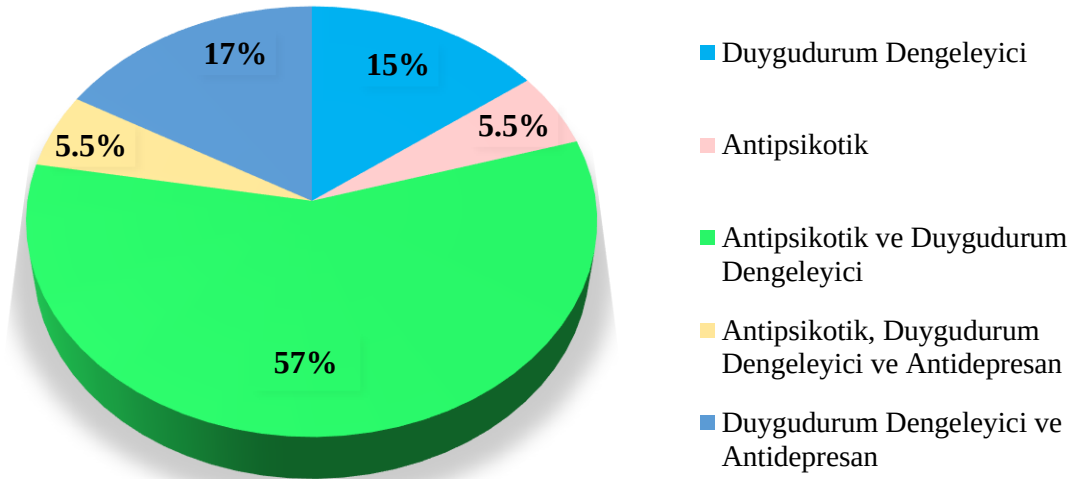
	Var	32	59.3
Hızlı Döngülülük	Yok	45	83.3
	Var	9	16.7
Psikotik Öykü	Yok	31	57.4
	Var	23	42.6
Madde Kullanımı	Yok	48	88.9
	Var	6	11.1
Alkol Kullanımı	Yok	40	74.1
	Var	14	25.9
Elektrokonvulsif Terapi	Yok	38	70.4
	Var	16	29.6

Not: Kendine zarar verme davranışında bulunan ve intihar girişiminde bulunan katılımcılar aynı katılımcılar değildir.

Aşağıda yer alan Tablo 3'te BB tanı grubunun kullandığı psikiyatrik ilaçların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 3

BB Tanı Grubunun Kullandığı Psikiyatrik İlaçlar



BB tanı grubunun kullandığı psikiyatrik ilaçlar göz önüne alındığında hastaların %57'si (n=31) antipsikotik ve duygudurum dengeleyici, %17'si (n=9)

duygudurum dengeleyici ve antidepresan, %15'i (n=8) yalnızca duygudurum düzenleyici, %5.5'i (n=3) antipsikotik, duygudurum dengeleyici ve antidepresan, %5.5'i (n=3) yalnızca antipsikotik kullanmaktadır.

3.2.2. Kontrol Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Yürütülen araştırmada 22-65 yaş aralığındaki kontrol grubu katılımcılarının yaş ortalaması (Ort=40.98, SS= 11.12) olarak bulunmuştur. Daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirten 3 katılımcının (%5.6), 2'si 1 kez, 1'i 1 kez intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Kontrol grubu katılımcıları yaşamboyu herhangi bir psikiyatrik tanı almamışlardır. Katılımcıların detaylı demografik bilgileri Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 4

Kontrol Grubunun Demografik ve Klinik Özellikleri

Özellikler	Kategoriler	N	%
Cinsiyet	Kadın	28	51.9
	Erkek	26	48.1
Medeni Durum	Bekar	22	40.7
	Evli	25	46.3
	Boşanmış	7	13
	Dul	0	0
Eğitim Seviyesi	İlkokul	0	0
	Ortaokul	7	13
	Lise	19	35.2
	Yüksekokul	8	14.8
	Üniversite	17	31.5
	Yüksek Lisans	3	5.6
Anne Eğitim Seviyesi	Okuma-Yazma Bilmiyor	2	3.7
	İlkokul	30	55.6
	Ortaokul	5	9.3
	Lise	11	20.4
	Yüksekokul	1	1.9
	Üniversite	3	5.6
	Yüksek Lisans	2	3.7

Çalışma Süresi	Çalışmıyor	12	22.2
	1 yıldan az	5	9.3
	1-5 yıl	13	24.1
	5-10 yıl	5	9.3
	+10 yıl	19	35.2
Yaşanan Yer	Şehir	49	90.7
	İlçe	0	0
	Köy/Kasaba	5	9.3
Kimle Yaşıyor	Çekirdek Aile	39	72.2
	Geniş Aile	1	1.9
	Arkadaş	2	3.7
	Yalnız	12	22.2
Ekonomik Durum	Düşük	4	7.4
	Düşük-Orta	10	18.5
	Orta	30	55.6
	Orta-Yüksek	10	18.5
	Yüksek	0	0
Psikoterapi	Hayır	54	100
	Evet	0	0
Ailede Psikiyatrik Öykü	Hayır	50	92.6
	Evet	4	7.4
Kendine Zarar verme	Yok	52	96.3
	Var	2	3.7
İntihar Girişimi	Yok	51	94.4
	Var	3	5.6

3.3. Grupların Ölçüm Araçlarından Aldıkları Puanlar

Tablo 5'te BB tanı grubunun, Tablo 6'da ise kontrol grubunun araştırmada kullanılan araçların ölçüm sonuçlarına ilişkin verileri yer almaktadır.

Tablo 5

BB Tanı Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

Ölçekler	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max
BBİÖ	54	98.07	13.97	69	132
SSÇE-KF	54	12.54	3.21	5.80	18.60
ÇBASDÖ	54	60.37	16.40	24	84

Not: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

Tablo 6

Kontrol Grubunun Ölçeklerden Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

Ölçekler	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max
BBİÖ	54	105.88	11.81	80	139
SSÇE-KF	54	13.80	2.57	6.40	18.60
ÇBASDÖ	54	61.11	15.30	18	84

Not: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

3.4. Ölçekler Arası Kolerasyonların Değerlendirilmesi

Tablo 7’de BB tanı grubu için Tablo 8’de ise kontrol grubu için SSÇE-KF, ÇBASDÖ ve BBİÖ arasındaki Pearson Korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7

BB Tanı Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonun İncelenmesi

Değişken	n	1	2	3
1.SSÇE-KF	54	-	.244	.561**
2. ÇBASDÖ	54	.244	-	.410**
3. BBİÖ	54	.561**	.410**	-

Not: * $p < .05$. ** $p < .01$. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

Yürütülen analizlere göre BB tanı grubu için sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = .561$, $p < .001$).

Algılanan sosyal destek ile işlevsellik arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r=.410$, $p=.002$). Ancak sosyal sorun çözme becerileri ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=.244$, $p=.075$).

Tablo 8

Kontrol Grubunda Ölçekler Arası Korelasyonun İncelenmesi

Değişken	n	1	2	3
1.SSÇE-KF	54	-	.249	.425**
2. ÇBASDÖ	54	.249	-	.465**
3. BBiÖ	54	.425**	.465**	-

Not: * $p<.05$. ** $p<.01$. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBiÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

Kontrol grubu için ise sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.425$, $p<.001$). Algılanan sosyal destek ile işlevsellik arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r=.465$, $p<.001$). Ancak sosyal sorun çözme becerileri ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=.249$, $p=.07$).

3.5. BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin, Demografik ve Klinik Değişkenlere Göre İncelenmesi

3.5.1. BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin, Bazı Demografik ve Klinik Değişkenlerle Korelasyonlarının İncelenmesi

Aşağıda yer alan Tablo 9’da BB tanı grubunun işlevsellik, sosyal sorun çözme becerileri ve algılanan sosyal destek düzeylerinin bazı demografik ve klinik değişkenlerle olan Pearson Korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır.

Tablo 9*BB Tanı Grubunun Demografik Form ve Ölçüm Araçları ile İlişkileri*

Değişkenler	SSÇE-KF	ÇBASDÖ	BBDİÖ
1.Yaş	.035	.117	-.084
2.Eğitim Seviyesi	.257	.105	.283*
3.Anne Eğitim Seviyesi	.271*	.172	.253
4.Aktif Olarak Çalışma	.046	.027	.124
5.Çalışma Süresi	-.044	-.073	.025
6.Ekonomik Durum	.181	.351**	.232
7.Psikoterapi Alıp/Almama	-.031	.229	.090
8.Ailede Psikiyatrik Öykü	-.137	-.056	-.026
9.Kendine Zarar Verme Davranışı	-.295*	-.327*	-.337*
10.İntihar Girişimi	-.276*	-.379**	-.386**
11.İntihar Girişimi Sayısı	-.211	-.288*	-.374**
12.Hastalık Başlangıç Yaşı	.127	.045	.046
13.Yatılı Tedavi Görme	.278*	-.094	.200
14.Yatılı Tedavi Görme Sayısı	.074	-.098	-.150
15.Yaşanan Döngü Sayısı	.045	.051	-.241
16.Manik Döngü Sayısı	.153	.097	.036
17.Hipomani Döngü Sayısı	.101	.197	-.067
18.Depresif Döngü Sayısı	-.126	-.054	-.436**
19.Karma Döngü Sayısı	-.066	-.235	.011
20.Mevsimsellik	-.376**	-.141	-.284*
21.Hızlıdöngülülük	-.083	.039	-.268
22.Psikotik Öykü	-.081	-.245	-.229
23.Madde Kullanımı	.118	-.085	-.024
24.Elektrokonvulsif Terapi	.118	-.085	-.024
25.Alkol Kullanımı	-.090	-.016	.119

Not: * $p < .05$. ** $p < .01$. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBDİÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Yürütülen Pearson Korelasyon analizi sonuçlarına göre BB tanı grubunda sosyal sorun çözme becerileri, annenin eğitim düzeyi ile pozitif ($r=.271, p=.047$), kendine zarar verme davranışı ile negatif ($r=-.295, p<.03$), intihar girişiminde bulunma ile negatif ($r=-.276, p=.044$), yatılı tedavi görme ile pozitif ($r=.278, p=.042$), mevsimsellik ile negatif ($r=-.376, p=.005$) yönde anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Ayrıca, BB tanı grubunda algılanan sosyal destek düzeyi ile ekonomik durum arasında pozitif yönde ($r=.351, p=.009$), kendine zarar verme davranışı arasında negatif yönde ($r=-.327, p=.016$) intihar girişiminde bulunma arasında negatif yönde ($r=-.379, p=.005$), intihar girişiminde bulunma sayısı arasında negatif yönde ($r=-.288, p=.035$), anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Diğer taraftan, BB tanı grubunda işlevsellik düzeyi ile eğitim düzeyi arasında pozitif ($r=.283, p=.038$) kendine zarar verme davranışı arasında negatif ($r=-.379, p=.013$) intihar girişiminde bulunma arasında negatif ($r=-.386, p<.001$), intihar girişiminde bulunma sayısı arasında negatif ($r=-.374, p=.004$), depresif döngü geçirme sayısı arasında negatif ($r=-.436, p<.001$), mevsimsellik arasında negatif ($r=-.284, p=.037$) anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

3.5.2. BB Tanı Grubunda, İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin, Bazı Demografik ve Klinik Değişkenler Açısından Bağımsız Örneklem T-Testi Analizi

BB tanı grubunda, cinsiyete göre algılanan sosyal desteğin, sosyal sorun çözme becerilerinin ve işlevsellik düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için üç ayrı bağımsız örneklem için t-testi yapılmıştır. Test sonuçlarına göre cinsiyet açısından algılanan sosyal destek düzeyi $t(52)= 1.125, p=.266$, sosyal sorun çözme becerileri $t(52)= -0.088, p=.931$ ve işlevsellik düzeyleri $t(52)=1.172, p=.247$ anlamlı farklılaşma göstermemiştir.

Şehir ve ilçede yaşayan katılımcılar arasında ise algılanan sosyal destek düzeyi $t(52)=0.251$, $p=0.803$, sosyal sorun çözme becerileri $t(52)=0.230$, $p=0.819$ ve işlevsellik düzeyinin $t(52)=1.050$, $p=0.299$ anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

3.5.3. BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme ve Sosyal Destek Düzeyinin Demografik ve Klinik Değişkenlere Göre Tek Yönlü ANOVA Analizi

BB tanı grubunda araştırma değişkenlerinin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi yürütülmüştür. İşlevsellik için $[F(3,50)=.438, p=.727]$, sosyal sorun çözme becerileri için $[F(3,50)=1.426, p=.246]$ ve algılanan sosyal destek düzeyi için $[F(3,50)=1.891, p=.739]$ sonuçları elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmadığını göstermektedir.

Aşağıda yer alan Tablo 10'da işlevsellik, sosyal sorun çözme becerileri ve algılanan sosyal destek düzeyinin birlikte yaşanan kişilere göre nasıl farklılaştığı yer almaktadır

Tablo 10

BB Tanı Grubunda İşlevsellik, Sosyal Sorun Çözme Becerilerin ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Birlikte Yaşanan Kişiye Göre İncelenmesi

Kimle Yaşıyor	Çekirdek Aile		Geniş Aile		Yalnız		F(2,51)	ω^2
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS		
BBİÖ	97.46	14.87	97.50	6.30	104	16.12	.486	
SSÇE-KF	12.80	3.20	9.75	2.49	14.96	.85	16.462**	.137
ÇBASDÖ	59.41	18.05	65.38	6.54	60.2	13.22	1.352	

Not: * $p<.05$ ** $p<.01$ Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

BB tanı grubunda araştırma değişkenlerinin kimlerle birlikte yaşandığına göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak için tek yönlü varyans analizi yürütülmüştür. İşlevsellik için $[F(3, 51)=.486, p=.618]$ ve algılanan sosyal destek düzeyi için $[F(2, 10.707)=1.352, p=.300]$ sonuçları elde edilmiş ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sosyal sorun çözme becerilerinin ise anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür. Öncelikle gruplar arasındaki varyansların eşitliğini test etmek için Levene testi uygulanmıştır. Levene testi sonuçları, varyansların eşit dağılmadığını göstermiştir $[F(2,51)=3.627, p=.034]$. Bu doğrultuda Welch varyans analizi yürütülmüştür. Analiz sonucunda ise gruplar arasında farklılaşma bulunmuştur $[F(2, 15.430)=16.462, p<.001]$. Farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için Games-Howell post-hoc testi uygulanmıştır. Games-Howell testine göre, yalnız yaşayan bipolar bozukluk hastalarının sosyal sorun çözme becerileri (Ort=14.96, SS=0.85) çekirdek ailede (Ort=12.79, SS=3.19, $p=.006$) ve geniş ailede (Ort=9.75, SS=2.48, $p<.001$) yaşayan bipolar bozukluk hastalarından anlamlı derecede daha yüksektir. Çekirdek ailede yaşayan bipolar bozukluk hastalarının sosyal sorun çözme becerileri ise, geniş ailede yaşayan bipolar bozukluk hastalarından daha yüksektir $p=.027$. Gruplararası farkın etki büyüklüğü ($\omega^2=.137$) ile desteklenmiştir.

İlk döngü türüne göre işlevsellik için $[F(3, 50)=1.983, p=.128]$, algılanan sosyal destek için $F(3, 50)=.954, p=.422]$ ve sosyal sorun çözme becerileri için $[F(3, 50)=.139, p=.936]$ sonuçları elde edilmiş, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır.

3.6. BB Tanı ve Kontrol Grubunun Sosyal Sorun Çözme Becerileri, İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Destek Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Aşağıda yer alan Tablo 11’de işlevsellik, sosyal sorun çözme becerileri ve algılanan sosyal destek düzeyinin BB tanı ve kontrol grubuna göre nasıl farklılaştığı yer almaktadır.

Tablo 11

Bipolar Bozukluk ve Kontrol Grubunun Sosyal Sorun Çözme Becerileri, İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Destek Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	n	Ort	SS	T-testi			
					t	sd	p	Cohen's d
SSÇE- KF	BB Tanı	54	12.54	3.22	-2.244	106	.027*	-.432
	Kontrol	54	13.80	2.58				
BBİÖ	BB Tanı	54	98.07	13.98	-3.138	106	.002*	-.604
	Kontrol	54	105.89	11.81				
ÇBASDÖ	BB Tanı	54	60.37	16.41	-.243	106	.809	-.047
	Kontrol	54	61.11	15.31				

Not: * $p < .05$ ** $p < .01$ Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (SSÇE-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).

SSÇE'den BB tanı grubu (Ort= 12.54, SS=3.22) ve kontrol grubunun (Ort=13.80, SS=2.58) aldığı puanları karşılaştırmak için bağımsız örneklem için t-testi yürütülmüştür. Kontrol grubunun SSÇE'den aldıkları puanın BB tanı puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur [$t(106)=-2.244$, $p=.027$]. Bulunan farkın büyüklüğü Cohen's d ile değerlendirilmiş ve orta düzeye yakın bir etki büyüklüğü görülmüştür ($d= -.432$).

Benzer şekilde, kontrol grubunun (Ort=105.89, SS=11.81) BBİÖ'den aldıkları puanın BB tanı grubunun (Ort= 98.07, SS=13.98) puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır [$t(106)=-3.138$, $p=.002$]. Bulunan farkın büyüklüğü Cohen's d ile değerlendirilmiş ve orta düzeyde bir etki büyüklüğü tespit edilmiştir ($d=-.604$).

3.7. Bipolar Bozukluk Grubunda İşlevselliğin Yordanması

İşlevsellik düzeyini yordamada eğitim düzeyi, intihar girişiminin bulunup bulunmaması, depresif dönem sayısı ve mevsimsellik (1.aşama) ile algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerileri (2.aşama) değişkenlerinin etkilerini incelemek

amacıyla aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yürütülmüştür. Detaylar Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12

Bipolar Bozukluk Grubunda Eğitim Düzeyi, İntihar Girişimi, Depresif Dönem Sayısı ve Mevsimsellik (Aşama 1) ile Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Destek (Aşama 2) ’nin İşlevsellik Üzerindeki Yordayıcı Rolü

Değişken	B	%95 GA		SH	β	R ²	ΔR^2	t	p
		AL	ÜL						
1.Aşama						.324	.269		
Sabit	109.48	93.42	125.55	8				13.70	<.001**
Eğitim Düzeyi	2.96	.35	5.57	1.30	.27			2.28	.027
İntihar Girişimi	-8.12	-17.48	1.25	4.66	-.24			-1.74	.088
Depresif Dönem Sayısı	-1.53	-3.50	.450	.98	-.22			-1.55	.127
Mevsimsellik	1.61	-12.43	1.365	3.43	-.20			-1.61	.113
2.Aşama						.535	.476		
Sabit	58.44	32.23	84.65	13.03				4.49	<.001**
Eğitim Düzeyi	1.02	1.36	3.39	1.18	.09			.86	.393
İntihar Girişimi	1.32	-7.77	10.42	4.52	.04			.29	.771
Depresif Dönem Sayısı	-2.58	-4.32	-.83	.87	-.38			-2.97	.005*
Mevsimsellik	.11	-6.30	6.51	3.18	.004			.034	.973
ÇBASDÖ	.25	.055	.44	.10	.29			2.58	.013*
SSÇE-KF	1.87	.840	2.90	.512	.43			3.65	<.001**

Not: n=54; GA = güven aralığı; AL = alt limit; ÜL = üst limit; SH= standart hata; ÇBASDÖ= çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği; SSÇE-KF=sosyal sorun çözme becerileri kısa formu; $p<.05^*$, $p<.001^{**}$.

Yürütülen bu analizde, işlevselliği yordamada dört kontrol değişkeni (intihar girişiminin varlığı, mevsimsellik, geçirilen depresif dönem sayısı ve eğitim düzeyi) ile algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerilerinin katkısını incelemek amacıyla aşamalı hiyerarşik regresyon tekniği uygulanmıştır.

İlk aşamada, intihar girişiminin varlığı, mevsimsellik, eğitim düzeyi ve geçirilen depresif dönem sayısı modele alınmış, elde edilen regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmüştür. [$F(4,49)=5.878, p<.001$]. Bu analiz ilk aşamada işlevsellik için toplam varyansın %32.4'ünü ($R^2=0.324$) açıklamaktadır. Katsayılara bakıldığında, eğitim düzeyinin ($B=2.958, \beta=0.272, p=.027$) işlevselliği anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir. İntihar girişiminde bulunma $p=.088$, mevsimsellik $p=.113$ ve depresif dönem sayısının $p=.127$ ise varyansa anlamlı düzeyde katkısının olmadığı saptanmıştır.

İkinci aşamada modele algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerileri eklenmiş ve modelin açıklama gücünün anlamlı düzeyde artmış olduğu saptanmıştır [$F(6,47)=9.015, p<.001$]. Bu bulguya göre ikinci modelde $\Delta R^2=0.211$ 'lik bir artış kaydedilmiştir $p<.001$.

Uygulanan regresyon modelinin sonuçlarına göre algılanan sosyal destek işlevselliğe anlamlı bir katkı sağlamaktadır ($B=0.247, \beta=0.29, t=2.58, p=.013$). Benzer şekilde, sosyal sorun çözme becerileri de işlevselliğin yordanmasına anlamlı bir katkı sağlamaktadır ($B=1.87, \beta=0.431, t=3.65, p<.001$). Ek olarak, geçirilen depresif dönem sayısı bu aşamada ($B=-2.578, \beta=0.377, t=-2.97, p=.005$) anlamlı bir yordayıcı haline gelmiştir ve işlevselliği negatif yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak, ikinci aşamada modele dahil edilen algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerileri, işlevselliği anlamlı düzeyde yordamaya devam ederken, geçirilen depresif dönem sayısı da işlevselliğin önemli bir yordayıcısı haline gelmiştir. Kontrol değişkenlerinin etkisi dışarıda bırakıldıktan sonra bile algılanan sosyal destek düzeyi ve sosyal sorun çözme değişkenlerinin işlevsellik üzerinde $\Delta R^2=0.211$ 'lik bir artışla, bağımsız ve pozitif bir rol oynadığı görülmüştür.

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Yürütülen araştırma kapsamında, bipolar bozukluk hastalarında algılanan sosyal destek düzeyi, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik ilişkilerinin incelenmesi, bu değişkenlerin kontrol grubundan ne ölçüde farklılaştığının anlaşılması ve işlevselliği yordayan değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Takip eden bölümde araştırmanın sonuçları ilgili alan yazın kapsamında tartışılmış ve alan yazına yapılan katkının hangi alanlarda fayda sağlayabileceği ve bipolar bozukluğun psikososyal boyutunda ne tür araştırmalar yürütülebileceği konuları ele alınmıştır.

4.1. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Birbirleri ile İlişkilerinin Tartışılması

Yürütülen bu araştırmanın sonuçları algılanan sosyal destek düzeyinin işlevsellikle pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir. Elde edilen bu bulgu, BB grubunda düşük algılanan sosyal destek düzeyinin işlevselliği etkileyebileceğini öneren Sanchez-Moreno ve arkadaşlarının (2017) varsayımı ile uyumlu görünmektedir. Elde edilen bulgu, bipolar bozukluk hastaları için artan algılanan sosyal destek düzeyi artan işlevsellikle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu alanda az sayıda araştırma yapılmıştır ancak elde edilen sonuçlar daha önce yapılan araştırmalarla uyumluluk göstermektedir (Dou vd., 2022; Kazan Kızılkurt vd., 2018). Benzer şekilde algılanan sosyal destek düzeyinin, işlevselliği yordadığını gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (Cerit vd., 2012; Sanchez-Moreno vd., 2010). Bu bağlamda Ana Etki Modelinde önerildiği gibi, algılanan sosyal desteğin tatminkar ilişkilerdeki olumlu sosyal roller aracılığıyla işlevselliği destekleyebileceği öne sürülebilir (Cohen ve Wills, 1985). Ancak yürütülen bu analiz sonucunda işlevselliği yüksek olan kişilerin daha yüksek sosyal destek algılıyor olmaları şeklinde de yorumlanabilir. Bu ihtimal göz önüne alındığında, daha işlevsel olan kişilerin daha fazla sayıda sosyal ortamda bulunabileceği ve çok sayıda sosyal ortamda bulunmanın

ise fazla sayıda insanla ilişki içerisinde olma imkanı sağlayabileceği söylenebilir. Dolayısıyla, sosyal destek algısını kuvvetlendiriyor olabilir.

Yürütülen analizler sonucunda, algılanan sosyal destek düzeyi ile sosyal sorun çözme becerileri arasında her iki grup için de anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Bu bulgu, daha önce Lakey ve Heller'in (1998) sosyal sorun çözme performansını sosyal desteğe göre inceledikleri deneysel bir araştırma sonuçları ile uyumaktadır. Lakey ve Heller'in (1988) araştırmasına göre, sosyal destek algısının, algıya dayalı ölçümlerle (deneyin stres düzeyinin değerlendirilmesi) ile ilişkili bulunurken sosyal sorun çözme performansı ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Araştırmanın bir diğer sonucu ise algılanan değil ama alınan sosyal desteğin baş etme davranışlarına etkisinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu konuda üniversite öğrencileri ve lise öğrencileri ile öz bildirim şeklinde yürütülen araştırmalarda algılanan sosyal düzeyi ile sosyal sorun çözme becerilerinin pozitif ve anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir (Hamarta ve Arslan, 2010; Sivrikaya vd., 2013; Traş, 2013). Birbiriyle çelişen bu araştırma sonuçları, yöntemsel farklılıklardan, farklı örneklemeler üzerinden araştırılmış olmalarından ve yaş gruplarındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Yürütülen bu araştırma ve geçmiş araştırma sonuçları göz önüne alındığında sosyal sorun çözme becerisi ve algılanan sosyal destek ilişkisinin incelenmesinde performans ve öz-bildirim temelli ölçümlerin farklı sonuçlar verdiği görülmektedir. Daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için sosyal destek algısı ve sosyal sorun çözme becerilerinin daha objektif ölçüm yöntemleri veya davranışsal ölçümlerle değerlendirilmesinin alan yazına yeni bir boyut katabileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan ergen ve genç yetişkin nüfusun gelişimsel özellikleri ve sosyal ilişkilerdeki yoğunluğu sosyal destek algısı ile sosyal sorun çözme becerilerinin ilişkisine yol açıyor olabileceği koşulunu da akla getirmektedir. Fakat bu araştırma örneğinin yaş ortalamasının 40.79 olduğu göz önüne alındığında, ileri yaş, klinik nüfusta hastalık belirtileri ve hastalık seyri gibi bağlamsal faktörleri hesaba katmadan genel bir sonuca ulaşılmasının yanıltıcı olabileceğini de unutmamak gerekir. Bir başka bakış açısıyla, klinik nüfusta algılanan sosyal destek ile sosyal sorun çözme becerileri arasında

içgörü, bilişsel esneklik gibi ara veya düzenleyici değişkenlerin etkisinin olabileceği söz konusu olabilir. Bu açıdan bakıldığında, bipolar bozukluk hastalarında sosyal destek algısının yüksek veya düşük olduğu durumlarda kişilerin sosyal sorun çözme becerilerinin nasıl etkilendiğini anlayabilmek üzere daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Analiz sonuçları sosyal sorun çözme becerileri ile işlevsellik düzeyinin anlamlı ve pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Siu ve Shek'in (2010) karşılaşılan sorunlara etkili çözümler üretmenin, işlevsel bir yaşam sürdürmenin temel süreçlerinden biri olduğu önermesini destekler nitelikte görünmektedir. Bu doğrultuda, iyi düzeyde sosyal sorun çözme becerilerine sahip olmanın kişinin bağımsızlığını destekleyen ve işlevselliğini artıran koruyucu bir faktör olabileceği düşünülebilir. Fakat yürütülen analizin ilişkiye vurgu yapması sebebiyle, işlevselliği yüksek bireylerin, sosyal sorunları daha iyi derecede çözüme ulaştırabilme ihtimali de göz ardı edilmemelidir. Diğer taraftan sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik etkileşimini daha iyi anlamak üzere ilerleyen bölümlerde regresyon analizi sonuçları da tartışılmıştır.

4.2. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ile İlişkilerinin Tartışılması

BB hastaları için, sosyodemografik verilerin algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik ile olan ilişkilerini incelemek amacıyla korelasyon analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçları yaş ve hastalık başlangıç yaşının, sosyal destek algısı, işlevsellik ve de sosyal sorun çözme becerileri ile ilişkisi olmadığını göstermiştir. Bu sonuçlar, Johnson ve arkadaşlarının (2003) çalışmasıyla ve Cerit ve arkadaşlarının (2012) algılanan sosyal destek ve işlevsellik ilişkisini incelediği araştırmasıyla uyumludur. Fakat erken hastalık başlangıç yaşının işlevselliği negatif etkilediğini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (Canbazoglu vd., 2013; Rosa vd., 2009; Sanchez-Moreno vd., 2009; Tohen vd., 2000). Psikiyatrik hastalıklarda erken başlangıç yaşının, hastalığın sürecini belirleyen kritik özelliklerden

biri olduğu bilinmektedir. Genellikle erken başlangıç yaşı, hastalığın uzun dönemde daha ağır seyretmesiyle ilişkilidir (Singh ve Bowden, 2006). Daha ağır ilerleyen bir hastalık sürecinin de işlevsellik üzerinde negatif etkiye sahip olması beklenir.

Bu araştırmada, Cerit ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında aynı ölçme araçları kullanıldığı ve benzer sonuçlar elde ettiği dikkat çekmiştir. Klinikte yaş ve başlangıç yaşının işlevsellik ile negatif ilişki içerisinde olması beklenirken yapılan araştırmada bu ilişkinin bulunamamış olması; ölçme araçları veya örneklem büyüklüğünden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Sosyal destek algısının yaş ve hastalık başlangıç yaşı ile ilişkisinin bu araştırmada anlamlı olmaması da hastaların çoğunluğunun aileleri ile birlikte yaşıyor olmalarından ve ailelerinin destekleyici yaklaşımlarından kaynaklanıyor olabileceği ve bu koşulun da kültüre bağlı faktörlerden kaynaklanmış olma olasılığı düşünülmektedir. Diğer taraftan hastalığın başladığı dönemdeki sosyal destek algısının ölçülmesi bu alanda daha aydınlatıcı fikirler sunabilir. Araştırma sonunda yaş ve hastalık başlangıç yaşının sosyal sorun çözme becerileriyle de bir ilişkisinin saptanmamış olması da ilginç görünmektedir. Bu noktada yaş ve hastalık başlangıç yaşının sosyal sorun çözme becerileriyle dolaylı bir ilişki içerisinde olduğu düşünülebilir. Örneğin kişinin eğitim düzeyi, geçirilen dönem sıklığı gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerin bu ilişkiye aracılık ediyor olması ya da, kişinin sosyal sorun çözme becerileri zamanla hastalık sürecine uyum sağlamak için değişiyor olması da mümkündür. Hastanın yaşadığı deneyimler, yaş veya hastalık başlangıç yaşından daha belirleyici olabilir. Bilindiği kadarıyla alan yazında bipolar bozukluk ve sosyal sorun çözme becerileri üzerine sınırlı araştırma bulunmaktadır (örn: Çil, 2019). Bu doğrultuda alan yazında sınırlı düzeyde karşılaştırma yapılabilmektedir.

BB hastalarında eğitim düzeyi ve anne eğitim düzeyinin algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellikle ilişkisi incelenmiştir. Yürütülen analizler sonucunda kişinin eğitim seviyesi ile işlevselliği, anne eğitim seviyesi ile sosyal sorun çözme becerileri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki gösterirken, algılanan sosyal destek ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. Zemen (2020) araştırması eğitim düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında bir ilişki olmadığını

göstermektedir. Diğer taraftan anne eğitim seviyesi ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada da, algılanan sosyal destek düzeyinin eğitim seviyesi ile ilişkisinin olmaması, kişinin sosyal destek algısının farklı sosyal çevreler ve kültürel faktörler gibi unsurlardan daha fazla etkilenebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, anne eğitim düzeyi ve sosyal sorun çözme becerileri arasındaki pozitif ilişki beklenen bir bulgudur. Daha eğitilmiş annelerin, çocuklarının sorun çözme becerilerini daha fazla destekleyen yaklaşımlar sergilediği ve bu konuda daha donanımlı oldukları görülmektedir (Bornstein ve Bradley, 2003).

Korkmaz ve Aner Aktan'ın (2023) araştırması sağlıklı bireylerde sosyal sorun çözme becerilerinin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığını göstermiştir. Kontrol grubundan elde edilen bu sonuç araştırmanın yürütüldüğü bipolar bozukluk örneklemini ile benzerlik göstermektedir. Ancak unutulmaması gereken nokta bipolar bozukluğun bilişsel fonksiyonlarda bir yıkımla seyredebildiğidir. İşlevsellik ve eğitim düzeyinin ilişkisi incelendiğinde, yüksek eğitim düzeyinin artan işlevsellikle ilişkili olduğunu (Keck vd., 1999; Wingo vd., 2010) gösteren araştırmalar varken, aralarında herhangi bir ilişki olmadığını gösteren araştırmalar da mevcuttur (Canbazoglu vd., 2013; Cerit vd., 2012). Söz konusu işlevsellik ve eğitim düzeyinin ilişkisi olduğunda alan yazında farklı bulguların olduğu görülmektedir. Yürütülen bu çalışmada ise eğitim düzeyinin işlevsellik ile pozitif ilişkisi olduğu görülmüştür. Eğitim ve öğrenimde bilişsel işlevlerin yoğun bir şekilde kullanıldığı dikkate alındığında, hastalık seyrinin kişinin performansı üzerinde önemli bir etkisi bulunması göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla, daha düşük düzeyde hastalık şiddetine sahip kişiler daha fazla eğitim öğrenimine devam edebilirken aynı zamanda yaşamın farklı alanlarında daha yüksek düzeyde işlevsellik gösteriyor olabilirler. İşlevsellik ve anne eğitim düzeyinin arasında bir ilişki bulunmaması ise psikiyatrik hastalıkların bireyin işlevselliği üzerindeki etkisinin, anne eğitim düzeyine kıyasla daha belirleyici olabileceği ve anne eğitim düzeyinin bu alandaki etki alanının sınırlı olabileceği göz önüne alınarak incelenebilir.

Bir işte çalışıyor olmak ve çalışma süresi ile sosyal sorun çözme becerileri, algılanan sosyal destek ve işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Canbazoglu ve arkadaşlarının (2013), araştırmasında da çalışma durumuna göre işlevselliğin farklılaşmadığı saptanmıştır. Bipolar bozukluk hastaları için bir işte çalışmanın işlevsellik düzeyiyle ilişkisini incelerken, yapılan işin niteliği ve iş ortamındaki diğer kişilerin destekleyici olup olmadığı gibi faktörleri göz önüne almak gerekebilir. Diğer taraftan çalışma süresi göz önüne alındığında uzun yıllar çalışmak bipolar bozukluk hastası kişiler için işlevsellikle pozitif bir ilişki içerisinde olmak yerine, tükenmişlik ve stres risklerini artırma ihtimalini de göz önüne almak gerekebilir. Sosyal sorun çözme becerileri ile aktif olarak çalışma arasında ilişki bulunmaması, katılımcıların bu becerileri iş dışı ortamlarda daha çok kullanıyor olabileceği veya etkileşim gerektirmeyen, monoton işlerde çalışıyor olmasından kaynaklanabilir. Katılımcıların çalıştıkları iş koluna göre karşılaştırmalar yapılması bu konuda daha fazla netlik sağlayabilir.

Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, ekonomik durumun algılanan sosyal destek ile pozitif yönde anlamlı ilişkisi bulunurken sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmüştür. Algılanan sosyal destek ile, ekonomik seviyenin birbiriyle ilişkili olduğu çalışmalar bulunmaktadır (Albal ve Kutlu, 2010; Kök, 2014) ancak bu çalışmalar bipolar bozukluk örneklemleri ile yürütülmemiş, depresyon veya diğer psikiyatrik hastalığa sahip olan kişilerle yürütülmüştür. Yu ve arkadaşlarının (2020), şizofreni hastalarıyla yürüttüğü çalışmada ise daha iyi ekonomik seviyenin daha iyi seviyede sosyal destek ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk örnekleminde de benzer sonuçların bulunması, ekonomik refahın, sosyal bağ kurabilme potansiyelini artırdığı ve bu potansiyelin algılanan sosyal destek üzerindeki olumlu etkilerini gösteriyor olabilir. Sahip olunan ekonomik düzey ile işlevsellik arasında ilişki bulan araştırmalar bulunmaktadır (Keck vd., 1998; Wingo vd., 2010). Yürütülen bu çalışmada ise ekonomik düzey ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmamış olması, işlevsellik ve ekonomik durum üzerinde klinik değişkenlerin daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, hastaların önemli bir bölümünün aileleriyle yaşaması kişisel refahlarına katkı sağlıyor olabilir. Bu durumda hastaların bireysel ekonomik düzeyleriyle sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellikleri arasındaki ayrımı yapmak mümkün olmayabilir.

4.3. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Klinik Değişkenler ile İlişkilerinin Tartışılması

Psikoterapi alma durumu ve ailede psikiyatrik öykü bulunmasının algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyi ile ilişkisi olmadığı görülmektedir. Bipolar bozukluk örnekleminde yalnızca yedi hastanın psikoterapi aldığı görülmektedir. Bu durum istatistiksel güç eksikliğine neden olabilir. Diğer taraftan psikoterapi alma durumunun sosyal sorun çözme becerileriyle ve algılanan sosyal destek ile ilişkili olmaması, alınan psikoterapinin doğrudan bu becerilere odaklanmamış olmasından olabilir. Ek olarak psikoterapinin, kişinin işlevselliği üzerindeki etkilerinin dolaylı ve uzun vadeli olabileceği düşünülebilir.

Sanchez-Moreno ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, ailede psikiyatrik öykünün bulunmasının işlevselliğin en güçlü yordayıcısı olduğunu ve algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte çeşitli araştırmalar bipolar bozukluk hastalarında (Zemen, 2020) ve çeşitli psikiyatrik hastalıklara sahip kişilerde (Çalışkan, 2019) ailede psikiyatrik öykü ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir farklılık olmadığını raporlamıştır. Ayrıca, bu araştırmada, bipolar bozukluk hastaları ve kontrol grubunda algılanan sosyal destek düzeyinde bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Buna bağlı olarak algılanan sosyal destek ile ailede psikiyatrik öykü arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını görmek anlaşılır görünmektedir. Bulgular, psikiyatrik hastalığa sahip olmanın aile içerisindeki sosyal destek sistemini doğrudan etkileyen bir faktör olmayabileceğini gösterebilir ancak bu durumu detaylı olarak anlamak için aile dinamiklerini inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Benzer şekilde, aile psikiyatrik öyküsü ile işlevsellik, algılanan sosyal destek arasındaki ilişkileri daha iyi anlayabilmek için hastalığa sahip olan ebeveynin hastalığının şiddeti, kronikliği ve bu hastalığın genetik geçişinin olup olmaması veya aile dinamiklerinin bir etkisinin olup olmadığı gibi durumlar detaylı olarak incelenebilir. Sosyal sorun çözme becerileri ile ailede psikiyatrik öykü arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması ise bu becerilerin daha çok kişinin kendi çabaları ve çevresel faktörlerle şekillendiğinden olabilir. Ek olarak, bu araştırmada söz konusu

değişkenler arasında ilişki görülmemesi araştırmanın kesitsel yapısından kaynaklanıyor olabilir. Ailede psikiyatrik öykünün bulunmasının veya psikoterapinin, algılanan sosyal destek, işlevsellik ve sosyal sorun çözme becerileriyle olan ilişkisi zaman içerisinde değişebileceğinden boylamsal araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişiminde bulunma değişkenleri ile algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında anlamlı ve negatif ilişki saptanmıştır. İntihar girişimi sayısı ise algılanan sosyal destek ve işlevsellik düzeyi ile negatif ilişkili bulunmuştur. Jamison ve arkadaşlarının (2000) izleme çalışması, BB hastalarının %15'inin intihar nedeniyle hayatını kaybettiğini ve bu oranın genel nüfustaki oranın 20 katı olduğunu göstermektedir. Bu bulgu göz önüne alındığında, BB hastalarında intihar ve zarar verme davranışları ile hangi değişkenlerin ilişkili olduğunu belirlemek önemli görünmektedir ve elde edilen bulguların bu açıdan yararlı bilgiler sağladığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu olarak, alan yazında düşük seviyede algılanan sosyal destek ile intihar girişiminde bulunma ve intihar girişim sayısı arasında ilişkiyi gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Kazan Kızılkurt vd., 2019; Pike vd., 2024; Xiev vd., 2018); diğer taraftan ilişki bulmayan araştırmalar da mevcuttur (Owen vd., 2022; Studart vd., 2016).

Pike ve arkadaşları (2024), geçmiş intihar girişimlerinin sosyal ilişkilere zarar verebileceğini ve bireyin sosyal destek algısını etkileyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca, sosyal bağlılığı artırıcı müdahalelerin kendine zarar verme ve intihar davranışlarını azaltabileceğine dikkat çekmiş ancak ilişkinin yönünün belirlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Dou ve arkadaşları (2022) ise intihar eyleminin araştırılmasında asıl odağın kişilerin sosyal destek kaynaklarına yönelik algılarının olması gerektiğini ve kişinin ailesiyle birlikte yaşıyor olmasının kişi için destekleyici olmayabileceğini belirtmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü örneklemin önemli bir bölümünün aileleriyle birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Dou ve arkadaşlarının önerdiği gibi, intihar girişiminin aile ile birlikte yaşamaktan daha çok algılanan sosyal destek ile ilişkili olabileceği sonucu çıkartılabilir. Kazan Kızılkurt ve arkadaşları (2019), intihar bağlamında işlevsellik düzeyinin önemli bir yordayıcı değişken olduğunu

belirtmiştir. Hajek ve arkadaşları (2005) çalışmasında ise intihar davranışı ile işlevsellik arasında negatif bir ilişki raporlamıştır. Bu bağlamda düşük işlevsellik düzeyinin, kendine zarar verme davranışları ve artan intihar girişimi sıklığıyla ilişkili olması, bu durumların kişinin günlük yaşam rollerine zarar verebileceğini veya işlevsellik düzeyi düşük olan bireylerin kendine zarar verme ve intihar açısından daha yüksek risk taşıyabileceğine işaret etmektedir. Düşük sosyal sorun çözme becerilerinin intihar riskini artırdığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Dixon, 2000; Eskin vd., 2008). Bu araştırmalar ışığında kendine zarar verme davranışı ile intihar girişiminin sosyal sorun çözme becerileri ile olan negatif ilişkisi kişilerin zorluklarla başa çıkma konusunda daha az donanımlı olabileceği ve olumsuz durumlara karşı sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirememiş olabilecekleriyle açıklanabilir. Sonuç olarak bu bulgular, düşük seviyedeki sosyal destek algısı, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevselliğin intihar ve kendine zarar verme davranışları ile ilişkili olduğunu, düşük seviyedeki algılanan sosyal destek ile işlevselliğin intihar girişim sayısı ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Yatılı tedavi görme ve yatılı tedavi görme sayısının algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik ile olan korelasyon analizleri yalnızca yatılı tedavi görme ile sosyal sorun çözme becerileri arasında pozitif yönde bir ilişki göstermiştir. Hastalığın kötü gidişatıyla ilişkili olabilecek hastane yatışı ve sosyal sorun çözme becerileri arasındaki pozitif ilişki beklenmeyen bir bulgudur. Alan yazına bakıldığında yatılı tedavi görme veya yatılı tedavi görme sayısı ile sosyal sorun çözme becerilerini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Manik ve depresif dönemlerin bilişsel yıkıma sebep olması nedeniyle sorun çözme becerilerini olumsuz etkileme kapasitesine sahiptir. Ancak sosyal sorun çözme becerilerinin hali hazırda yüksek olduğu kişiler yatılı tedaviyi kabul ediyor olabilir. Yatılı tedavi sürecinde, grup terapisi veya bireysel müdahaleler gibi ilaç dışı uygulamaların sosyal becerileri güçlendirmiş olması muhtemeldir. Bu ihtimaller göz önünde bulundurularak elde edilen bu bulgunun hangi mekanizmalarla ortaya çıktığı daha fazla araştırılması gereken bir konudur. Johnson ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında algılanan sosyal destek ile hastaneye yatış sayısı arasında negatif bir ilişki görülürken, Kazan Kızılkurt ve arkadaşları (2019) yürütülen bu araştırma gibi herhangi bir ilişkiye rastlayamamıştır.

Düşük algılanan sosyal desteğin depresif dönemleri yordadığı bilinmektedir (Weinstock ve Miller, 2010). Bu bulgu kapsamında daha düşük düzeyde sosyal destek algılayan hastalar, daha ağır depresif dönem geçiriyor ve bu sebeple daha fazla yatılı tedavi görüyor olabilirler. Bu noktada bulunan farklı sonuçlar, örneklemdeki depresif dönemlerin sayılarındaki ve yoğunluklarındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Yatılı tedavi görme durumu ve yatılı tedavi görme sayısı ile de alan yazında farklı bulgular bulunmaktadır. Genel olarak bulgular hastaneye yatış sayısı ile işlevselliğin negatif yönde ilişkili olduğunu (Comes vd., 2017; Hacımusalar ve Sezgin Doğan, 2019; Sanchez-Moreno vd., 2017) ve hastaneye yatış sayısının kötü işlevselliği yordadığını (Altshuler vd., 2007; Rosa vd., 2009) göstermektedir. Ancak yürütülen bu araştırma alan yazındaki araştırma sonuçları ile uyuşmamaktadır. Bu çalışmayla benzer sonuçlar gösteren araştırmaların (Cerit vd., 2012) bu araştırmada kullanılan ölçme araçları, örneklem büyüklüğü ve özellikleri açısından benzerlikler gösterdiği görülmektedir.

Yaşanan toplam döngü sayısı, manik döngü sayısı, depresif döngü sayısı, hipomanik döngü sayısı, karma döngü sayısı ile algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik ilişkisine bakıldığında yalnızca depresif döngü sayısı ile işlevsellik arasında negatif ilişki görülmüştür. Bu bulgu alan yazındaki birçok araştırmayla uyum göstermektedir (Gonzalez-Pinto vd., 2006; Rosa vd., 2009; Sanchez-Moreno vd., 2017; Wingo vd., 2010). Diğer taraftan karma döngü sayısının işlevselliği negatif etkilediğini gösteren araştırmalar mevcutken (Gonzalez-Pinto vd., 2011; Rosa vd., 2009) yürütülen bu araştırmada karma döngüler ile işlevsellik, algılanan sosyal destek veya sosyal sorun çözme becerileri arasında ilişki bulunmamasının sebebi örneklem içerisinde karma döngü yaşayan hastaların yeterince temsil edilemiyor olması olabilir. Manik döngü sayısı ile işlevsellik arasındaki negatif ilişkiye yönelik, manik atakların nörobilişsel işlevler üzerinde bırakabileceği negatif etkilere atıf yapan çalışmalar bulunmaktadır (Martino vd., 2018; Wingo vd., 2010) fakat yürütülen bu araştırmada manik döngü sayısı ile işlevsellik arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu depresif dönemlerin daha kalıcı hasar vermesiyle ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu çalışmada geçirilen toplam döngü sayısı ile işlevsellik arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu Cerit ve arkadaşları (2012)

tarafından yürütülen çalışmanın bulgusuyla uyumludur. Bununla birlikte, geçirilen toplam döngü sayısının işlevsellikle olan ilişkisine dikkat çeken çalışmalar mevcuttur (Sanchez-Moreno vd., 2010; Wingo vd., 2010). Bu noktada, depresif döngülerin kalıcı hasar bırakma konusunda manik döngülerden daha yıkıcı olduğu göz önüne alındığında toplam döngü içerisinde depresif döngülerin daha az sayıda temsil edilmesi, toplam döngü sayısı ile işlevsellik arasında ilişki bulunmamasını açıklayabilir. Bu araştırmayla benzer olarak, algılanan sosyal destek ile toplam döngü sayısının ilişkili olmadığını belirten araştırmalar mevcuttur (Kazan Kızılkurt vd., 2019). Algılanan sosyal desteğin manik belirtiler ile değil depresif belirtilerle ilişkili olduğu (Johnson vd., 1999) ve bu araştırma için toplam döngü sayısı içerisinde depresif döngü sayısının görece az temsil edildiğinin göz önüne alınması bu sonuca rehberlik edebilir. Son olarak sosyal sorun çözme becerileri ile döngü sayıları arasında ilişki görülmemesi, döngülerin sosyal sorun çözme becerileri üzerindeki etkisinin geçici olması veya kişilerin yeterli bilişsel esnekliğe sahip olması ile ilişkili olabilir.

Mevsimsellik ile algılanan sosyal destek arasında bir ilişki görülmemiş ancak sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Çökmüş ve arkadaşlarının (2021) mevsimsellik gösteren hastaları mevsim geçişlerinde değerlendirdikleri araştırmalarında mevsimsellik ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki raporlamamışlardır. Yürütülen bu araştırmada ise yaklaşık 9 ay içerisinde her hastadan bir kere veri toplanmıştır ve mevsimsellik özelliği geriye dönük bir şekilde incelenmiştir. Yürütülen bu araştırmada mevsimsellik ile işlevsellik arasında negatif ilişki görülmesi, mevsimsellik gösteren hastaların mevsimsellik göstermeyen hastalara göre de düşük seviyede işlevsellik gösterebileceğini düşündürmektedir. Buna göre, mevsimselliğin hastalığın kötü gidişatı için önemli bir belirleyici olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde, Osher ve arkadaşlarının (2000) araştırmasında stresli olaylara olumsuz tepki veren ve yüksek nevrozizm gösteren kişilerde kış aylarında daha fazla depresyon görüldüğü belirtilmektedir. Sonuç olarak, mevsimsellik özelliği gösteren hastalarda depresif dönemlerin daha sık veya daha yıkıcı geçtiğini ve bu dönemlerin bıraktığı hasarın kişinin işlevselliğini ve sosyal sorun çözme becerilerini azalttığı fikri ortaya atılabilir. Daha önce tartışılan, depresif dönem sayısının fazla olmasıyla azalan işlevsellik bulgusu bu fikri destekler niteliktedir.

Hızlı döngülülük ile algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, hızlı döngünün hastalığın olumsuz gidişatı ile ilişkili olduğunu (Perlis vd., 2004) ve hızlı döngülü bipolar bozukluk hastalarında düşük düzeyde işlevsellik bulunduğunu (Hajek vd., 2005) gösteren araştırmalardan farklılık göstermektedir. Yalnızca 9 hastanın hızlıdöngülülük gözlemlendiği düşünüldüğünde örneklem sayısının önemli bir sınırlama oluşturabileceği ve daha geniş örneklemelerde test edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Psikotik öykü ile algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında ilişki görülmemiştir. Benzer şekilde Hajek ve arkadaşları (2005) ve Cerit ve arkadaşları (2012) da psikotik öykü ile işlevsellik arasında ilişki olmadığını raporlamışlardır. Ancak, bazı çalışmalar psikotik öykü ile işlevsellik arasındaki negatif ilişkiye dikkat çekmektedir (Hua vd., 2011; Sanchez-Moreno vd., 2017). Algılanan sosyal destek, işlevsellik ve sosyal sorun çözme becerilerinin psikotik öykü ile arasında ilişki olmaması, psikotik öykü etkisinin dönemlerle sınırlı olabileceği veya hastalığın klinik özelliklerin şiddetiyle (dönem süresi, remisyon süresi) ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda remisyon döneminde psikotik öykü varlığının, işlevsellik, sosyal sorun çözme becerileri veya algılanan sosyal destekle ilişkisi göstermemesi beklenebilir.

Madde ve alkol kullanımı ile algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yürütülen bu araştırmada alkol madde kullanım bozukluğuna sahip katılımcılar araştırma dışında tutulmuş, yalnızca alkol madde kullanımı olduğunu belirten katılımcılar dahil edilmiştir. Zemen (2020) araştırmasında, alkol ve madde kullanımının sosyal desteği etkilemediğini göstermektedir. Diğer taraftan bipolar bozukluk örneklemelerinde alkol ve madde kullanım bozukluklarının işlevsellik düzeyini negatif yönde etkileyebileceğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Kazan Kızılkurt, 2019; Sanchez-Moreno vd., 2009). Yürütülen bu araştırmada yalnızca kullanım ve kullanımın bozukluk düzeyinde olup olmadığı sorgulanmış, ancak kullanım miktarı detaylı bir şekilde sorgulanmamıştır. Katılımcıların alkol veya maddeyi düşük miktarda kullanmaları anlamlı bir ilişki bulunmamasını açıklayabilir. Diğer taraftan, katılımcılar alkol veya

madde kullanmaya kısa bir zaman önce başlamış ve etkileri henüz çıkmamış olabilir. Bu doğrultuda daha kapsamlı sorgulamalar bipolar bozukluk hastalarında alkol ve madde kullanımının bozukluk olmayan düzeyde diğer değişkenlerle nasıl bir ilişkide olduğu araştırılabilir.

Elektrokonvulsif terapi görme ile algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasında bir ilişki bulunmamıştır. Algılanan sosyal destek ve elektrokonvulsif terapi arasında benzer bir bulgu (Zemen, 2020) araştırmasında da görülmektedir. Bu durum, elektrokonvulsif terapinin akut semptom yönetimine odaklanmasıyla ve algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik gibi daha uzun vadeli süreçleri etkilemeyebileceği ile açıklanabilir. Elektrokonvulsif terapinin kullanım alanları tedaviye dirençli bipolar bozukluk, şiddetli depresif dönemler, psikotik öykü, katatoni, şiddetli mani dönemleri, hamilelik durumları ve hızlı döngülü bipolar bozukluğu kapsamaktadır (Atagün vd., 2012). Elektrokonvulsif terapi genellikle semptomların azalması veya remisyon sağlanması üzerine odaklanmaktadır. Bu doğrultuda elektrokonvulsif terapi alacak kadar şiddetli yakınmaları olan hastaların elektrokonvulsif terapi sonrası semptomlarının azalması veya remisyona girilmesi, bu değişkenler üzerinde dolaylı etkiler yaratabilir.

4.4. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme ve İşlevselliğin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi: T-testi Bulgularının Tartışılması

Gerçekleştirilen t-testi sonuçlarına göre bipolar bozukluk hastalarında algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeylerinin erkek ve kadın katılımcılar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Etki büyüklüğü açısından cinsiyetin ilgili değişkenler için önemli bir etkisi olmadığı dikkat çekmektedir. Elde edilen bu bulgu, daha önce yapılmış bazı araştırmalarla uyumlu görülmektedir. Örneğin Hajek ve arkadaşları (2005) araştırmasında bipolar bozukluk hastalarında cinsiyet ve işlevsellik arasında bir farklılaşma bulunmamıştır. Aynı şekilde, Cerit ve arkadaşlarının (2012) çalışması da benzer bir bulguyu rapor etmiştir. Diğer taraftan bipolar bozukluk hastalarında her iki cinsiyet için de benzer düzeyde depresif dönem yaşanması, benzer başlangıç yaşı göstermeleri, semptom şiddeti ve

tedaviye yanıt açısından belirgin farkların olmaması da cinsiyet farklarının etkisinin tutarlı ve açık bir şekilde ortaya konamadığı yönündeki araştırmaları destekler niteliktedir. Fakat kimi araştırmalarda erkek hastaların kadın hastalara göre daha kötü (Sanchez-Moreno vd., 2018; Tohen vd., 1990) veya daha iyi (Canbazoğlu, 2010) işlevsel sonuçlar gösterdiğini, hatta erkeklerin daha az sosyal destek algıladığını öne sürmektedir. Bu araştırmanın bulgusu ve alan yazındaki sınırlı çalışmalar göz önüne alındığında, bipolar bozuklukta sosyal sorun çözme becerilerini etkileyebilecek faktörlerin yalnızca cinsiyete dayalı olmaktan öte bilişsel işlevler (Çil, 2019), semptom şiddeti, sosyal çevre gibi çoklu etkenlerle ilişkili olabileceği yönünde ipucu vermektedir. Bu çalışmada sosyal sorun çözme becerilerinde cinsiyete göre bir farklılık görülmemesi, kadın ve erkeklerin benzer stratejiler kullandığı veya benzer kısıtlılıklara sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bipolar bozukluk tanılı katılımcıların yaşadıkları yere göre (şehir veya ilçe) algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeyleri karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Cohen's d değerlerinin de gösterdiği üzere yaşanan yerin, bu değişkenler üzerinde küçük veya ihtimal edilebilir bir etkisi olduğu görülmektedir. Dios ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında yerleşim yerinin bipolar bozuklukta, döngülerin tekrarını öngörebileceğini ve hastalık gidişatıyla ilişkili olabileceğine dikkat çekmeleri, yaşanan yer ve hastalığın seyri arasında bir bağlantı olabileceğini düşündürmüştür. Ancak, yürütülen bu çalışmadaki değişkenler ile yaşanan yer arasında belirgin bir farklılaşma saptanmamıştır. Bu noktada bu araştırmanın ülkenin başkentinde yapıldığı göz önüne alınmalıdır. Bu doğrultuda yaşanan yerin yalnızca şehir, ilçe veya köy olmasının tek başına belirleyici bir faktör olmadığı, şehir veya ilçe ayrımının içerisindeki çeşitliliğin de (merkezi bir bölgede veya merkeze uzaktaki bir mahallede yaşamak gibi) değerlendirilmesinin önemli olabileceğini vurgulamak gerekir. Özellikle, hastaların yaşadıkları bölgenin sağlık hizmetlerine erişimi, sosyokültürel düzeyi gibi faktörlerin ele alınması bu bağlamda daha nitelikli veriler sağlayabilir.

4.5. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme ve İşlevselliğin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi: ANOVA Bulgularının Tartışılması

Yürütülen bu araştırmada, algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeylerinin medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir. Bu sonuçlar alan yazındaki bazı araştırmalarla (Canbazoglu vd., 2013; Cerit vd., 2012) tutarlılık göstermektedir. Öte yandan, alan yazında evli olmanın hastalık için iyi bir gidişata (Keck vd., 1998), yüksek işlevselliğe (Wingo vd., 2010) hatta yüksek seviyede sosyal desteğe (Vaingankar vd., 2020; Zemen, vd., 2020) katkıda bulunabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Ek olarak, evlenmemiş, boşanmış veya yalnız yaşayan kişilerin, daha yüksek risk altında olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Goodwin vd., 2007; akt., Canbazoglu vd., 2013). Kocakahya'nın (2019) araştırması da boşanmış ve dul hastalarda algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu saptayarak Goodwin ve arkadaşlarının çalışmasını desteklemektedir. Bu durumda, alan yazındaki araştırmalar, evli olmanın koruyucu bir faktör rolünü üstlenebileceğini (Kupfer vd., 2002; Wingo vd., 2010) ancak bu koruyucu faktörün tek başına medeni duruma atfedilemeyeceğini düşündürmektedir. Bu durum, evliliğini sürdürebilen kişilerin halihazırda iyi bir işlevsellik veya sosyal sorun çözme becerilerine sahip olabileceği veya evliliğin getirdiği sosyal desteğin hastalığın depresif dönemlerini tetikleyebilen stresörlere karşı tampon görevi görebileceği şeklinde ele alınabilir. Dolayısıyla bu araştırmanın sonucu medeni durumu tek başına ele almak yerine, evliliğin niteliği, aile içindeki bireylerin ilişkileri, sahip olunan sosyal ağın gücü ve ekonomik faktörler ile bütüncül bir bakış açısına sahip olmanın önemine vurgu yapmaktadır.

Araştırmanın yürütüldüğü bipolar bozukluk hastalarında, algılanan sosyal destek ve işlevselliğin birlikte yaşanan kişiye göre değişmediği fakat sosyal sorun çözme becerilerinin gruplar arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yalnız yaşayan bipolar bozukluk hastalarının sosyal sorun çözme becerileri, çekirdek ailede veya geniş ailede yaşayan bipolar bozukluk hastalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca çekirdek ailede yaşayan bipolar bozukluk hastalarının sosyal sorun çözme becerileri de geniş ailede yaşayan hastalardan anlamlı derecede yüksek görünmektedir.

Bu araştırma sonuçlarına göre, yalnız veya daha küçük ailede yaşayan bipolar bozukluk hastalarının daha bağımsız sosyal sorun çözme becerileri geliştirmiş olabileceği düşünülebilir. Bir diğer bakış açısıyla sosyal sorun çözme becerileri yüksek olan hastalar daha az kişiyle yaşamayı tercih ediyor olabilirler. Sosyal sorun çözme becerilerinin yalnız yaşayan kişilerde yüksek çıkmasını, günlük yaşamda karşılaşılan zorluklara kişisel olarak çözüm üretmek zorunda kalınmasının zamanla kişinin sosyal sorun çözme becerilerini geliştirebileceği düşünülebilir. Ancak yürütülen bu araştırma belirli bir zaman dilimindeki kesitsel duruma yönelik veriler topladığı için kişilerin ne zamandır yalnız veya aynı kişilerle yaşadığına dair bilgi bulunmamaktadır. Diğer taraftan çekirdek aile, geniş aileye göre daha az kalabalık bir ortam olduğu için kişinin kendi becerilerini kullanmasına olanak sağlıyor olabilir. Geniş ailede ise iletişim ve rol dağılımlarının karmaşıklaşması sosyal sorun çözme becerilerinin kullanımı ve gelişimi önündeki bir engel olarak ortaya çıkabilir.

Yakın tarihli bir meta-analiz, şizofreni hastalarında yüksek düzeyde düşmanca, eleştirel veya aşırı ilgili duygu dışavurumuna maruz kalmanın hastalığın seyri ve nüks oranlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Ma vd., 2021). Benzer bulgular BB örneklemeleri için de görülmektedir (Millman vd., 2018) ve BB hastalarının yüksek düzeyde duygu dışavurumu algısının yaygın olduğu, bakım verenlerin kullandığı başa çıkma stratejilerinin hastaların duygu dışavurum algısını önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir (Sharma vd., 2021). Bu bulgular, duygu dışavurum düzeyinin birlikte yaşanan kişiler ve sosyal sorun çözme becerileri arasındaki farklılaşmayı açıklayabilecek olası bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Geniş ailelerde daha yüksek olabilen duygu dışavurum düzeyi, iletişim çatışmalarını artırarak bireylerin sosyal sorun çözme becerilerini baskılayabilir. Aynı zamanda, yüksek duygu dışavurumunun olduğu ortamlarda, bireyler kendi sorun çözme süreçlerinde daha bağımlı ve pasif kalıyor olabilirler. Diğer taraftan, yalnız yaşayan düşük duygu dışavurum düzeyi olan ortamlarda bulunmaları, bağımsız hareket etmelerini ve sosyal sorun çözme becerilerinin gelişimini destekliyor olabilir. Bu doğrultuda, sosyal sorun çözme becerileri ile duygu dışavurumu arasındaki etkileşimi ortaya koyabilecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Alan yazına bakıldığında; Zemen (2020) araştırmasında çekirdek ailede yaşayan bipolar bozukluk hastalarının daha yüksek sosyal destek algıladıklarını, Kök (2014) ise yalnız yaşayan hastaların, çekirdek ailede yaşayan hastalara göre daha düşük sosyal destek algıladıklarını göstermiştir. Ek olarak, Kocakahya (2019) ise boşanmış ailede yaşayan katılımcıların çekirdek ve geniş ailede yaşayan katılımcılara göre daha düşük sosyal destek algıladıklarını göstermiştir. Bu araştırmalar sosyal destek algısının, birlikte yaşanan kişiye veya aile yapısına göre farklılaşabileceğini gösterse de, yürütülen bu çalışmada anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Farklılık bulunmamasının nedeni, grupların aile içerisindeki dinamiklerinin farklı olması olabilir. Diğer taraftan bir kişinin ailesiyle yaşamasının, destekleyici bir ortamda bulunduğu anlamına gelmediğini göz önüne almak gerekir. Bu sonuçlar, alan yazında bipolar bozukluk hastalarının birlikte yaşadığı kişiler ile sosyal destek algılarının, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevselliklerinin incelendiği sınırlı çalışmalara farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Gelecekte, ilgili değişkenlerle yürütülecek araştırmaların yalnızca yaşanan kişi veya gruba değil, grup içi işleyişe, grup içerisindeki çatışmalara veya destek mekanizmalarıyla birlikte ele alınması önerilmektedir.

4.6. BB Grubunda Algılanan Sosyal Destek, Sosyal Sorun Çözme ve İşlevselliğin Klinik Değişkenlerle İlişkisi: ANOVA Bulgularının Tartışılması

Bipolar bozukluk hastaları algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik düzeylerinin ilk döngü türüne göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir. Bu bulgu doğrultusunda, hastalığın manik, hipomanik, karma veya depresif dönemle başlamasının uzun vadede hastada algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik açısından istatistiksel anlamlı bir fark yaratmadığı söylenebilir. Coryell ve arkadaşlarının (1987) araştırmasında, ilk dönemin manik veya depresif olduğundansa mevcut dönemlerin nasıl seyrettiğinin ve hastaların aldığı tedavilerin hastalığın uzun vadeli tablosunu şekillendirmede daha etkili olduğunu dile getirmişlerdir. Dolayısıyla geçirilen ilk dönemin etkisinin uzun dönem işlevsellik üzerinde bir ayırım noktası olarak nitelendirilemeyeceğini belirtmişlerdir. Bu noktada bipolar bozukluğun gidişatını belirleyen birden fazla

faktörün olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu araştırmanın söz konusu bulgusu da bu fikirleri destekler niteliktedir.

4.7. BB Grubu ve Kontrol Grubu Arasındaki Algılanan Sosyal Destek Düzeyi, Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik Düzeyinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Yürütülen bu çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının sosyal sorun çözme becerilerinin ve işlevsellik düzeylerinin kontrol grubuna göre önemli ölçüde düşük olduğu fakat algılanan sosyal destek düzeyinde gruplar arası anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Algılanan sosyal destek düzeyinin farklılaşmaması, alan yazında bipolar bozukluk ve sosyal destek ilişkisi üzerine yapılan bazı araştırmalarla çelişmektedir. Alan yazında, psikiyatrik hastalıkların, algılanan sosyal desteği negatif yönde etkilediğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Vaingankar vd., 2020). Benzer şekilde remisyon dönemindeki bipolar bozukluk hastalarının, kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük sosyal destek algıladıkları görülmektedir (Eidelman vd., 2012; Kızılkurt vd., 2019; Pike vd., 2024). Bu araştırmalara karşın, son zamanlarda yayımlanan bir sistematik derleme çalışmasında ele alınan yedi çalışmanın üçünde sosyal destek düzeyinin gruplar arasında farklılaşmadığı, sosyal desteğin bipolar bozukluk hastaları açısından her zaman belirgin şekilde düşük olmayabileceği, farklı örneklem özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini belirtilmektedir (Stuart-Bottt vd., 2023). Bu araştırmanın örneklemini için bipolar bozukluk hastalarının ve kontrol grubunun birbirine çok yakın düzeyde sosyal destek algılaması söz konusu derleme çalışmasındaki sonuçları destekler niteliktedir. Daha önce aktarıldığı gibi, yürütülen bu çalışmada, sosyoekonomik seviyeyle algılanan sosyal desteğin ilişkili olduğu ve iki grubun sosyoekonomik düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür. Buna bağlı olarak, iki grubun sosyal destek algılarının benzer olması söz konusu olabilir.

Sosyal sorun çözme becerileri söz konusu olduğunda daha çok şizofreni ve depresyon hastalarıyla gerçekleştirilen araştırmalar göze çarpmaktadır. Bu araştırmalarda hastaların sosyal sorun çözme becerilerindeki bozulmalara dikkat

çekilmiştir (Bellack vd., 1994; Goddard vd., 1996). Alan yazında bipolar bozukluk için sınırlı araştırma bulunmaktadır. Çil (2019) araştırmasında bipolar bozukluk hastalarının daha işlevsel olmayan sorun çözüm yöntemlerini ve daha olumsuz sorun yönelimleri olduğunu göstermiştir. Yürütülen bu çalışmada da, bipolar bozukluk hastalarının sosyal sorun çözme becerilerinin kontrol grubundan önemli ölçüde düşük olduğu görülmektedir. Bipolar bozukluk hastalarının bilişsel zorlukları daha önceki çalışmalar tarafından ortaya konulmuştur (Çil, 2019) ve sosyal sorun çözme becerilerinin bilişsel temelleri göz önüne alındığında, bu bulgu beklenmedik değildir.

Son olarak, araştırma bulguları, bipolar bozukluk hastalarının işlevsellik düzeylerinin, kontrol grubuna göre önemli ölçüde düşük olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular, remisyon döneminde dahi işlevsellikte belirgin bozulmalar gözlemlendiğini belirten araştırmalarla (Sanchez-Moreno vd., 2009; Wingo vd., 2009) uyumludur. Bu sonuç, işlevselliğin yalnızca depresif veya mani dönemlerinde olumsuz etkilendiğini, remisyon döneminde önemli zorluklarla karşılaşıldığı sonuçlarını desteklemektedir. Bu durum, hastalığın çok boyutlu doğasını yansıttığı gibi, klinik uygulamalarda sosyal sorun çözme beceri eğitimleri ve destekleyici müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bipolar bozukluk hastalarında sosyal sorun çözme becerileri ve işlevselliğin önemli ölçüde etkilendiği görülmektedir. Diğer taraftan algılanan sosyal destek düzeyleri her zaman belirgin düzeyde düşük olmayabilir. Bu durum hastalığın çok boyutlu doğasını ve bireysel farklılıkların önemini yansıtmaktadır.

4.8. BB Grubunda İşlevselliği Yordayan Değişkenlerin Tartışılması

BB’de işlevselliği yordayan değişkenleri belirleyebilmek için uygulanan hiyerarşik regresyon analizi bulguları BB hastalarının işlevselliğinin yordanmasında algılanan sosyal destek düzeyi ve sosyal sorun çözme becerilerinin, eğitim düzeyi, intihar girişimi, depresif dönem sayısı ve mevsimsellik özelliği kontrol edildikten sonra da önemli bir katkısının olduğunu göstermektedir. Ayrıca depresif dönem sayısı işlevselliği negatif yönde yordamaya devam etmiştir.

BB gibi kronik bir hastalıkta işlevsellik düzeyinin korunması, yalnız hastalık belirtilerine yönelik yapılan müdahalelerle sınırlı kalmayan geniş bir tedavi protokülüne ihtiyaç duymaktadır. Yürütülen bu araştırma ve alan yazındaki araştırmalar, BB hastalarının işlevselliklerini anlamada algılanan sosyal destek düzeyinin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Daha düşük sosyal desteğin, işlevsellikte daha yüksek bozulmanın öngörücüsü olduğu raporlanmıştır (Koenders vd, 2015 ve Daniels, 2000 akt; Wang vd., 2018). Benzer olarak Cerit ve arkadaşları (2012), depresyon şiddeti, içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal desteğin, işlevselliği anlamlı düzeyde yordadığını göstermiştir. Cerit ve arkadaşlarının (2012) bu çalışması bipolar bozuklukta, işlevselliğin yalnızca klinik veya nörobiyolojik değil, aynı zamanda psikososyal etkenlerle de önemli ilişki içerisinde olduğuna dikkat çekmektedir. Benzer şekilde, bazı çalışmaların (Rosa vd., 2009; Sanchez-Moreno vd., 2010) işlevselliği öngören bazı değişkenler olarak depresif dönem sayısı, toplam dönem sayısı, eşikaltı depresif belirtiler ve ailedeki psikiyatrik hastalıkların işlevselliğin önemli belirleyicileri olduğunu vurgulamışlardır. Görünüşe göre, depresif dönemlerin yıkıcı etkisi, işlevsellik düzeyi üzerinde uzun vadede iz bırakmaktadır. Ek olarak, depresif dönemlerin daha çok görüldüğü hastalarda, düşük sosyal destek algısının, hastaların günlük yaşam aktivitelerine dönmesini güçleştireceği düşünülebilir. Algılanan sosyal destek ve işlevsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, algılanan sosyal desteğin hastalığa bağlı engelliliğin azaltılması veya önlenmesinde destekleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, araştırmacılar depresif belirtilerin hastaların sosyal destek algılarının bozulmasına ve duygusal yalnızlık hissiyatının artmasına sebep olarak işlevselliği negatif etkileyebileceğini dile getirmişlerdir. Sosyal destek algısının, hastanın işlevsellik düzeyinin önemli bir yordayıcısı olduğu ele alındığında, hastalık seyrinin farklı evrelerinde sosyal desteğin öneminin farklılaşabileceği düşünülmektedir. Ek olarak, algılanan sosyal desteğin depresyon ve depresif belirtilere karşı koruyucu bir rol oynadığı göz önüne alındığında (Johnson vd., 1999; Morrow-Howell vd., 2003; Wang vd., 2018), bu desteğin artmasının hastalığın daha az sayıda depresif dönemle seyretmesine katkıda bulunabileceği söylenebilir. Sonuç olarak, depresif dönem sayısındaki azalma –ki bu, işlevsellik üzerindeki en güçlü ikinci yordayıcı olarak göze

çarpmaktadır- hastaların genel işlevselliği üzerinde potansiyel bir olumlu etki oluşturabilir.

Alan yazında BB’de sosyal sorun çözme becerilerinin işlevselliği yordadığına dair bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bilindiği kadarıyla ilk olan bu araştırmada ise sosyal sorun çözme becerilerinin, işlevselliğin yordanmasında denklem içerisinde en güçlü paya sahip olduğu görülmektedir. Daha önceki çalışmalarda sosyal sorun çözme becerilerindeki eksikliklerin intihar olasılığı ve depresif belirtiler açısından önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Dixon, 2000; Eskin vd., 2008). Bu noktada, yüksek düzeyde sosyal sorun çözme becerilerine sahip olmanın intihar, kendine zarar verme davranışları ve depresif belirtilere karşı koruyucu bir rol gösterebileceği düşünülmektedir. Sosyal sorun çözme becerilerinin işlevselliği yordama gücü, klinik uygulamalara ve psikososyal rehabilitasyona önemli katkılar sağlayabilecek nitelikte gibi görünmektedir. Bu beceriler, yalnızca bireyin bireysel yaşamını değil, aynı zamanda toplumsal uyumunu ve mesleki işlevselliğini de desteklemektedir. Örneğin, sosyal sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, bireylerin stresle başa çıkma kapasitesini artırma potansiyeline sahiptir ve bu depresif belirtilere ve depresif dönemlere karşı koruyucu rol oynayabilir. Özellikle erken dönem müdahale programları, bu becerilerin geliştirilmesine odaklanabilir ve bireylerin işlevselliklerini daha uzun vadede koruma şansı yaratabilir. Kişilerin sosyal sorun çözme becerilerini geliştirmesi, iş ve sosyal yaşantıda daha aktif olmaya da katkıda bulunabilir. Daha nitelikli sorun çözme kapasitesine sahip kişiler, karşılaştıkları sosyal ve mesleki zorlayıcı durumlara daha kolay adapte olabilirler. Bu durum, yalnızca kişinin yaşam kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda mesleki rehabilitasyon süreçlerine de katkıda bulunarak toplumsal üretkenliklerini sürdürmelerine olanak tanıyabilir. Ayrıca bu becerilerin geliştirilmesinin devletlerin ekonomik yükünü azaltma potansiyeli de göz ardı edilmemelidir. Bu becerilerin kazandırılması, hastane yatışlarını ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabilirken, bireylerin iş gücü piyasasına dönmesini kolaylaştırabilir. Dolayısıyla sosyal sorun çözme becerilerinin işlevsellik üzerindeki olumlu etkisi, bireysel olduğu kadar toplumsal düzeyde de sürdürülebilir sonuçlar doğurabilir. Ek olarak, bu becerilerin psikolojik sağlamlık kapasitesi ve yaşam doyumu ile de yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Psikolojik sağlamlık düzeyi

yüksek bireyler, yalnızca mevcut sorunlarla başa çıkmada değil, gelecekteki zorlayıcı ve stresli yaşam olaylarına karşı da daha dirençli hale gelmektedir. Elde edilen bu sonuçlar, BB’de yeterince vurgulanmayan fakat depresyon ve şizofreni gibi diğer hastalıklar için güçlü verilerle desteklenen sosyal sorun çözme becerilerindeki eksikliklerin (Goddard vd., 1996; Nezu ve Perri, 1989) BB hastalarında da önemli olabileceğine işaret etmektedir. Günlük yaşamda karşılaşılan sorunların etkin ve sistematik bir şekilde çözülmesinin işlevselliği destekleyebileceğini göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Yürütülen bu araştırma BB’de işlevsellik düzeyini ele alırken, klinik ve bağlamsal faktörlerin bir arada değerlendirilmesinin önemine dikkat çekmektedir. Öyle ki, bu çalışmada psikososyal faktörlerin BB tanılı katılımcıların işlevselliği üzerinde önemli yordama gücü olduğunu ortaya koymuştur. Sonuç olarak, elde edilen bulguların da işaret ettiği gibi hastaların sosyal destek faktörü üzerinde oluşturulacak iyileşmelerin (Dou vd., 2022) ve sosyal sorun çözme becerileri üzerinde yürütülecek çalışmaların BB hastalarının işlevselliğini ve yaşam kalitelerini ve doyumlarını artırma, intihar oranlarını azaltma potansiyeli barındırdığı görülmektedir.

4.9. Klinik Çalışmalara ve Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Yukarıda verilen önerilere ek olarak, sosyal sorun çözme becerileri düşük olan bipolar bozukluk hastalarının günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri sorunları çözme becerilerinin geliştirilmesi, işlevsellik düzeyinin artışında yararlı olabilir. Elde edilen bu bulguya göre psikoeğitim, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar veya grup temelli sosyal beceri eğitimleri potansiyel faydalı müdahaleler olarak göze çarpmaktadır.

Algılanan sosyal desteğin işlevselliği yordaması ise, sosyal çevre desteğini artırmaya yönelik uygulama veya girişimlerin hastaların iyilik haline katkıda bulunabileceğine işaret etmektedir. Bu kapsamda, aile eğitimleri, destek grupları ve toplumsal farkındalık çalışmaları koruyucu bir faktör olarak öne sürülebilir.

Depresif dönemin etkisi göz önüne alındığında, depresif dönem sayısı yüksek hastalarda, sosyal destek algısı ve işlevsellik düzeyinde belirgin bir bozulma mevcutsa tedavi planına depresyon önleyici stratejiler veya erken müdahale yaklaşımları öne çıkmalıdır. Bu süreç yalnızca medikal tedaviyi kapsamamalı, psikososyal faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Sosyal sorun çözme becerilerini ve algılanan sosyal destek dinamiklerini farklı kültürel aile yapılarında anlayabilmek için nitel çalışmalar kapsamlı bulgular sağlayabilir. Aynı zamanda, bu araştırmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişkilerin çift yönlü doğası dikkate alındığında, daha ayrıntılı açıklamalar yapabilmek için boyamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Örneğin, yürütülen bu çalışmada, yalnız yaşayan hastaların daha yüksek sosyal sorun çözme becerilerine sahip olduğu görülmüşse de, bu durumun sosyal sorun çözme becerileri yüksek olan hastaların yalnız yaşamayı tercih etmesi gibi alternatif bir açıklamayla da ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer taraftan sosyal sorun çözme becerilerinin birlikte yaşanan kişilere göre değişmesinde duygu dışavurum düzeyinin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Net bir sonuca varabilmek için bu bulguların ileri araştırmalarda değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bipolar bozukluğun klinik ve genetik faktörler kadar psikososyal etkenlerle de ilişkili olduğu görülmektedir. İşlevsellik kavramı bu noktada büyük bir öneme sahiptir. İşlevselliğe yönelik psikososyal faktörleri belirleyebilmek ve bu faktörlere yönelik müdahale programları geliştirmek, yalnızca hastaların yaşam kalitesini yükseltmekle kalmayıp uzun vadede devletlerin mali yükünü de azaltma kapasitesine sahiptir. Dolayısıyla bipolar bozuklukla psikososyal faktörlerin etkileşimini daha iyi anlamaya yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yürütülen bu araştırma sonuçları, alan yazında bipolar bozukluk için önemli görülen çeşitli değişkenler ile daha derinlemesine incelenebilir. Bu kapsamda, bilişsel esnekliğin BB'nin işlevselliğinde öne çıkan bir değişken olduğu bilinmektedir. Sosyal sorunların bir stres kaynağı olduğu ve bilişsel esnekliğin kişilerin stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmasını sağlayabileceği göz önüne alındığında bu

durumun işlevselliği koruma veya artırma konusunda pozitif sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak, bu araştırma kapsamında ilk kez desteklenen sosyal sorun çözme becerileri ve işlevsellik arasındaki ilişkide bilişsel esnekliğin nasıl bir role sahip olabileceği önemli bir araştırma konusu olabilir.

Klinik ve klinik olmayan gruplar arasında sosyal destek algısında anlamlı bir farklılık görülmemiş olması, desteğin nitelik ve nicelik boyutlarını ayrıntılı biçimde inceleyen araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu tür araştırmaların aydınlatacağı uygulamaya yönelik alanlar, hastaların sahip oldukları kaynakları daha iyi kullanmalarına ve işlevselliklerinin artmasına katkıda bulunabilir.

Kesitsel bulguları destekleyecek nitelikte, örneğin sosyal sorun çözme eğitimi alan hastaların boylamsal bir şekilde takip edilmesiyle işlevselliklerinin nasıl değiştiği incelenebilir. Böylelikle sosyal sorun çözme becerilerinin yaşamdaki uygulamaya dönük değeri daha berrak bir şekilde gözlemlenebilir.

Tüm bu önerilere yönelik adımlar atılması, bipolar bozukluk hastalığına bütüncül bir bakış açısı kazanılmasına yardımcı olmanın yanı sıra, bipolar bozukluk hastalarının günlük yaşam işlevselliğini güçlendirecek müdahalelerin geliştirilmesine, klinik uygulamalarda psikososyal faktörlerin öneminin vurgulanmasına ve hastaların bütüncü destek görmelerine katkı sağlayabilecek nitelikte görünmektedir.

BÖLÜM V

5. SONUÇ

Yürütülen korelasyon analizlerine göre tanı grubunda algılanan sosyal destek düzeyi, ekonomik düzey ile anlamlı ve pozitif; kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, intihar girişiminin sayısı ve mevsimsellik özellikleri ile negatif ve anlamlı ilişkiler içerisinde. Sosyal sorun çözme becerileri söz konusu olduğunda, annenin eğitim düzeyi ve yatılı tedavi görme ile anlamlı ve pozitif; kendine zarar verme, intihar girişimi ve mevsimsellik özellikleri ile anlamlı ve negatif ilişkiler göstermektedir. Bir diğerk değişken olan işlevsellik ise, eğitim düzeyi ile anlamlı ve pozitif; kendine zarar verme, intihar girişimi, intihar girişiminin sayısı, depresif döngü sayısı ve mevsimsellik özellikleri ile negatif yönde anlamlı ilişkiler göstermektedir.

Algılanan sosyal destek, sosyal sorun çözme becerileri ve işlevselliğinin birbirleri ile olan ilişkilerine bakıldığında, algılanan sosyal destek düzeyi ile sosyal sorun çözme becerilerinin işlevsellikle anlamlı ve pozitif ilişki içerisinde olduğu görölmektedir. Ancak algılanan sosyal destek düzeyi ve sosyal sorun çözme becerileri birbirleri ile ilişkili görünmemektedir. Bu durum, her iki değişkenin de işlevsellik ile farklı yollarla etkileşim içerisinde olduğunu düşündürmektedir.

İşlevsellik ve algılanan sosyal destek düzeyinin cinsiyet, yaşanan yer, medeni durum, birlikte yaşanan kişi ve ilk döngü türlerine göre bir farklılaşma göstermediği saptanmıştır. Fakat, sosyal sorun çözme becerileri birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Yalnız yaşayan kişilerin, çekirdek veya geniş aileye göre daha yüksek sosyal sorun çözme becerilerine sahip olduğu, çekirdek ailede yaşayan kişilerin ise geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksek sosyal sorun çözme becerileri sergilediği görölmektedir.

Tanı grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, tanı grubunun sosyal sorun çözme becerilerinin ve işlevsellik düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede

düşük olduğu görülmüştür. Ancak algılanan sosyal destek düzeyleri farklılaşma göstermemektedir.

Eğitim düzeyi, intihar girişiminin olup olmaması, depresif dönem sayısı ve mevsimsellik kontrol edildiğinde sosyal sorun çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin işlevselliği anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir. Modeldeki açıklanan varyansın %32.4'ten, %53.5'e yükselmesi algılanan sosyal destek ve sosyal sorun çözme becerilerinin, işlevselliğe bağımsız ve önemli katkılar sunduğunu göstermektedir. Geçirilen depresif dönem sayısının ise önemli bir negatif yordayıcı olduğu görülmektedir.

Bu araştırma, engellilik oranlarının yüksek olduğu ve psikososyal faktörlerin çoğunlukla göz ardı edildiği BB hastalarında işlevselliği yordayan faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan sınırlı araştırmaların kapsamını genişleterek, sosyal sorun çözme becerilerinin de işlevselliğin yordanmasında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan depresif dönem sayısının ve algılanan sosyal destek düzeyinin, işlevsellik düzeyini yordayan önemli bir faktör olduğuna yönelik yürütülen sınırlı sayıdaki araştırmayı da desteklemiştir. Elde edilen araştırma sonuçlarına göre, BB tanılı bireylerin işlevselliğinde psikososyal faktörlerin düşünüldüğünden daha kritik bir rol oynayabileceği görülmüştür. BB'ye yönelik müdahalelerin daha geniş bir alanda yürütülebilmesi için psikososyal faktörlere yönelik yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, bu araştırmanın BB hastalarının yaşam kalitelerinin artırılmasında ve intihar oranlarını azaltabilecek müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

6. SINIRLILIKLAR

Bu araştırmaya ilişkin bazı sınırlılıklar dikkat çekmektedir.

Öncelikle yürütülen araştırmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması, neden-sonuç ilişkisi kurulmasına izin vermemektedir.

Araştırmada elde edilen verilerin büyükşehirde, tek bir hastaneden toplanması ve kontrol grubu katılımcılarının amaç odaklı örnekleme yöntemiyle seçilmesi sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırabilir.

Kullanılan ölçme araçlarından Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği'nin sahip olunan hastalığa yönelik damgalanma hissini ölçen soruların kontrol grubuna uygulanmasının uygun olmadığı düşünülmüştür. Diğer taraftan “toplumsal etkinliklere katılım” ile “günlük etkinlikler ve hobiler” başlığı altında yer alan soruların sosyal faaliyetleri ve hobileri değerlendirmede sınırlı olabileceği düşünülmektedir.

Bir diğer sınırlılık olarak ise, işlevsellik ölçeğinin tanı grubuna araştırmacılar tarafından uygulanırken, kontrol grubunun özbildirim yoluyla doldurmalarıdır. Algılanan sosyal destek ölçeği ve sosyal sorun çözme envanteri her iki grup için de özbildirim yoluyla doldurulmuştur.

Son olarak ise veri kaybını önlemek için tanı grubundan 6 katılımcı ile telefonda görüşme sağlanarak veri toplanmıştır. Bu durumun araştırma sonuçlarını etkileyebilecek bir sınırlılık olarak değerlendirilebileceği düşünülmüştür.

KAYNAKÇA

- Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Garip, B., Ak, M., ve Zincir, S. (2012). Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 279-283. <https://doi.org/10.5455/gulhane.14940>
- Akdemir, A., Örsel, D. S., Dağ, İ., Türkçapar, M. H., İşcan, N., ve Özbay, H. (1996). Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
- Akiskal, H. S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: A review içinde M. Maj, H. S. Akiskal, J. J. López-Ibor, ve N. Sartorius (Ed.), *Bipolar disorders: WPA series evidence and experience in psychiatry* (s. 1-50). Wiley. <https://doi.org/10.1002/047084650X.ch1>
- 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), 31–36.
- Albal, E., ve Kutlu, Y. (2010). The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), 115–120.
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., Alhamzawi, A. O., Viana, M. C., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Hu, C.-Y., Karam, E. G., Kovess, V.,... Kessler, R.C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234–1244. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.101>

- Altshuler, L., Tekell, J., Biswas, K., Kilbourne, A. M., Evans, D., Tang, D., ve Bauer, M. S. (2007). Executive function and employment status among veterans with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 58(11), 1441–1447. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.11.1441>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.baskı) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: A longitudinal prospective study. *The British Journal of Psychiatry*., 30(ek), 31–37. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298383>
- Angst, J., ve Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth, and rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1–3), 3–19. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00429-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00429-3)
- Angst, J., ve Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 445–457. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00909-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00909-4)
- Asghar, S. J., Tanay, V. A., Baker, G. B., Greenshaw, A., ve Silverstone, P. H. (2003). Relationship of plasma amphetamine levels to physiological, subjective, cognitive and biochemical measures in healthy volunteers. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 18(4), 291–299. <https://doi.org/10.1002/hup.480>
- Ashman, S. B., Monk, T. H., Kupfer, D. J., Clark, C. H., Myers, F. S., Frank, E., ve Leibenluft, E. (1999). Relationship between social rhythms and mood in patients with rapid cycling bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 86(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00019-0](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00019-0)

- Ashok, A. H., Marques, T. R., Jauhar, S., Nour, M. M., Goodwin, G. M., ve Young, A. H. (2017). The dopamine hypothesis of bipolar affective disorder: The state of the art and implications for treatment. *Molecular Psychiatry*, 22(5), 666–679. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.16>
- Atagün, M. İ., Yıldırım, M. S., ve Canbek, Ö. (2012). Elektrokonvulzif tedavi: Bir güncelleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 350–370. <https://doi.org/10.5455/cap.20120421>
- Ateşçi, F. G., Karadağ, F., Özdel, O., ve Nalan, K. O. (2000). Bipolar ve unipolar hastalarda gidiş. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 3–7 Ekim, Antalya. *Kongre Özet Kitabı*, 136–138.
- Aydemir, Ö., Aydın, P. C., Öyçekin, D. G., Gülseren, S., Koybaşı, G. P., ve Şahin, H. (2014). The impact of psychotropic drugs on psychosocial functioning in bipolar disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 24, 122–127. <https://doi.org/10.5455/bcp.20140123034729>
- Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Kalkan Oğuzhanoglu, N., Koçal, N., Devrimci Özgüven, H., Akkaya, C., Başterzi, A. D., Karlıdağ, R., Yenilmez, Ç., Özerdem, A., Kora, K., Tamam, L., Gülseren, Ş., Oral, E. T., ve Vahıp, S. (2007). Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği'nin geliştirilmesi, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 344-352.
- Azorin, J. M., Kaladjian, A., Adida, M., Elie, H., Hameg, A., Lancrenon, S., ve Akiskal, H.S. (2009). Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French national cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.07.004>
- Barrera, Á., Vázquez, G., Tannenhaus, L., Lolich, M., ve Herbst, L. (2013). Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Revista De*

Psiquiatria Y Salud Mental (English Edition), 6(2), 67–74.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.004>

Bauer, M., ve Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46(4), 8–13.
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x>

Baytunca, M. B., Aydın, R., ve Erermiş, S. (2014). Bipolar bozukluğun genetik altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53. <https://doi.org/10.4274/jpr.02886>

Begley, C. E., Annegers, J. F., Swann, A. C., Lewis, C., Coan, S., Schnapp, W. B., ve Bryant-Comstock, L. (2001). The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: An estimate based on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics*, 19(5), 483–495. <https://doi.org/10.2165/00019053-200119050-00004>

Bellack, A. S., Morrison, R. L., ve Mueser, K. T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 101–116.
<https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.101>

Bellack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. T., ve Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 371–378.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.2.371>

Bender, R. E., ve Alloy, L. B. (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 383–398. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.004>

Benes, F. M., Lim, B., Matzilevich, D., Walsh, J. P., Subburaju, S., ve Minns, M. (2007). Regulation of the GABA cell phenotype in hippocampus of schizophrenics and bipolars. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104(24), 10164–10169. <https://doi.org/10.1073/pnas.0703806104>

- Bilici, M., ve Bipolar Türkiye Çalışması Araştırma Grubu. (2010). Ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastalarda tedavi yaklaşımlarının ve hasta özelliklerinin değerlendirilmesi. *14. Bahar Sempozyumu*, SB-16, 111.
- Bornstein, M. H., ve Bradley, R. H. (Ed.). (2003). *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bruhn, J. G., ve Philips, B. U. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151–169. <https://doi.org/10.1007/BF00845384>
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2020). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Pegem Akademi.
- Canbazoglu, M., Akkaya, C., Cangür, Ş., ve Kırılı, S. (2013). Düzeltme dönemindeki bipolar bozukluk hastalarının kalıntı belirtilerinin klinik özellikler ve işlevselliğe etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(3), 228–236. <https://doi.org/10.5455/apd.40630>
- Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., ve Tufan, A. E. (2012). Stigma: A core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484–489. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.010>
- Ceylan, M. E., ve Oral, E. T. (2001). *Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: Duygudurum bozuklukları* (1. Baskı, 4. Cilt, s. 1–71). CSA Medikal Yayın.
- Chakrabarti, S. (2011). Thyroid functions and bipolar affective disorder. *Journal of Thyroid Research*, Article 306367. <https://doi.org/10.4061/2011/306367>
- Chan, J. K. N., Yong, C. H., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H., ve Chung, W. C. (2022). Life expectancy and years of potential life lost in bipolar disorder: Systematic review and

- meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(3), 567–576. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.19>
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., ve Sanna, L. J. (Ed.). (2004). *Social problem solving: Theory, research, and training*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-000>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M., ve Daley, S. E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 143–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.008>
- Cohen, S., ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Comes, M., Rosa, A., Reinares, M., Torrent, C., ve Vieta, E. (2017). Functional impairment in older adults with bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(6), 443–447. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000683>
- Conus, P., Cotton, S., Abdel-Baki, A., Lambert, M., Berk, M., ve McGorry, P. D. (2006). Symptomatic and functional outcome 12 months after a first episode of psychotic mania: Barriers to recovery in a catchment area sample. *Bipolar Disorders*, 8(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00315.x>
- Correll, C. U., ve Schooler, N. R. (2020). Antipsychotic-induced tardive dyskinesia: Biomechanisms and management strategies. *CNS Drugs*, 34(12), 1181-1196. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00768-5>

- Coryell, W., Akiskal, H. S., Leon, A. C., Winokur, G., ve Maser, J. D. (1987). The significance of past mania or hypomania in the course and outcome of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 149(3), 512–517. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.3.309>
- Coryell, W., Akiskal, H., Leon, A. C., Turvey, C., Solomon, D., ve Endicott, J. (2000). Family history and symptom levels during treatment for bipolar affective disorder. *Biological Psychiatry*, 47(12), 1034–1042. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00242-0)
- Coryell, W., Scheftner, W. A., Keller, M., Endicott, J., Maser, J., ve Klerman, G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 703–720. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.5.720>
- Craddock, N., ve Jones, I. (1999). Genetics of bipolar disorder. *Journal of Medical Genetics*, 36(8), 585-594. <https://doi.org/10.1136/jmg.36.8.585>
- Craddock, N., ve Jones, I. (2001). Molecular genetics of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 178(S41), 128–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.41.s128>
- Craddock, N., ve Owen, M. J. (2005). The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 186, 364–366. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.364>
- Çalışkan, N. (2019). *Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama, sosyal destek ve bunların tedaviye uyuma etkisi* (Yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Çil, M. (2019). *Bipolar bozukluk tanılı hastaların psikososyal işlevsellikleri, sosyal problem çözme becerileri ve ilişkili nörobilişsel ve sosyal bilişsel faktörlerin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Çökmüş, F. P., Aşçıbaşı, K., Sücüllüoğlu Dikici, D., Çöldür, E. Ö., Avcı, E., ve Aydemir, Ö. (2021). Bipolar bozuklukta mevsimsellik: Duygudurum belirtilerine, psikosozal işlevsellğe, nörokognisyon ve biyolojik ritim üzerine etkisi. *Archives of Neuropsychiatry*, 58, 41–47. <https://doi.org/10.29399/npa.25056>
- Daban, C., Vieta, E., Mackin, P., ve Young, A. H. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(2), 469–480. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.01.005>
- Daniels, R. E. (1999). *Psychosocial predictors of symptom severity and functioning in adults with bipolar disorder: A three-month prospective study*. Illinois Institute of Technology.
- Depp, C. A., ve Jeste, D. V. (2004). Bipolar disorder in older adults: A critical review. *Bipolar Disorders*, 6, 343–367. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00139.x>
- Depp, C. A., Mausbach, B. T., Harvey, P. D., Bowie, C. R., Wolyniec, P. S., Thornquist, M. H., Luke, J. R., McGrath, J. A., Pulver, A. E., ve Patterson, T. L. (2010). Social competence and observer-rated social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12, 843–850. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00880.x>
- Depp, C. A., Moore, D. J., Patterson, T. L., Lebowitz, B. D., ve Jeste, D. V. (2008). Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(2), 239–250. <https://doi.org/10.31887/dcns.2008.10.2/cadepp>
- Di Florio, A., ve Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 437–452. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.514601>

- Dion, G. L., Tohen, M., Anthony, W. A., ve Waternaux, C. S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 652–657. <https://doi.org/10.1176/ps.39.6.652>
- Dixon, W. A. (2000). Problem-solving appraisal and depression: Evidence for a recovery model. *Journal of Counseling and Development*, 78, 87–91. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb02564.x>
- Dou, W., Yu, X., Fang, H., Lu, D., Cai, L., Zhu, C., Zong, K., Zheng, Y., ve Lin, X. (2022). Family and psychosocial functioning in bipolar disorder: The mediating effects of social support, resilience, and suicidal ideation. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.807546>
- Duyan, V., ve Gelbal, S. (2008). Sosyal Sorun Çözme Envanteri'nin Türkçeye uyarlama çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 19(1), 7–28.
- D'Zurilla, T. J. ve Nezu, A. M. (2007). *Problem solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3.baskı). Springer Publishing Company
- D'Zurilla, T. J., ve Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., ve Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment içinde E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, ve L. J. Sanna (Ed.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (s. 11–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-001>
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., ve Maydeu-Olivares, T. (2002). *Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R): Manual*. Multi-Health Systems.

- Ehlers, C. L., Frank, E., ve Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms. A unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of general psychiatry*, 45(10), 948–952. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800340076012>
- Eker, D., Akar, H., ve Yaldız, H. (2001). The review form of the Multidimensional Perceived Social Support Scale's factor structure, validity and reliability. *Turkish Journal of Psychiatry*, 2, 17–25.
- Ekman, M., Granström, O., Omérov, S., Jacob, J., ve Landén, M. (2013). The societal cost of bipolar disorder in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1601–1610. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0724-9>
- Eroğlu, M. Z., ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206–236.
- Eskin, M., ve Aycan, Z. (2009). Gözden geçirilmiş sosyal sorun çözme envanteri'nin Türkçe'ye (Tr-SSÇE-G) uyarlanması, güvenirlik ve geçerlik analizi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12(23), 1–10.
- Eskin, M., Akoğlu, A., ve Uygur, B. (2006). Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve problem çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 266–275.
- Eskin, M., Ertekin, K., ve Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 227–245. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9172-8>
- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., Rush, A. J., ve Weissman, M. M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence.

Archives of General Psychiatry, 48(9), 851–855.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>

Freund, N., ve Juckel, G. (2019). Bipolar disorder: Its etiology and how to model in rodents içinde F. H. Kobeissy (Ed.), *Methods in Molecular Biology: Psychiatric Disorders Volume 2011 (Methods and Protocols)* (s. 61–77). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9554-7_4

Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., ve Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 121–125. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.121>

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1204–1222.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381(9878), 1672–1682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-5)

Gitlin, M. J., ve Miklowitz, D. J. (2017). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *Journal of Affective Disorders*, 209, 147–154.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.021>

- Goddard, L., Dritschel, B., ve Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 609-616. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.105.4.609>
- Goldney, R. D. (2012). From mania and melancholia to the bipolar disorders spectrum: A brief history of controversy. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 306–312. <https://doi.org/10.1177/0004867412440195>
- Gonzalez-Pinto, A., Barbeito, S., Alonso, M., Alberich, S., Haidar, M. K., Vieta, E., Tabarés-Seisdedos, R., Zorrilla, I., González-Pinto, M. A., ve López, P. (2011). Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 671–676. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05483yel>
- Gonzalez-Pinto, A., Mosquera, F., Alonso, M., López, P., Ramírez, F., Vieta, E., ve Baldessarini, R. J. (2006). Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment. *Bipolar Disorders*, 8(5 Pt 2), 618–624. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00368.x>
- Goodwin, F. K., ve Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. Oxford University Press.
- Goodwin, F. K., ve Jamison, K. R. (2008). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2. baskı). *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 541–542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07121846>
- Göka, E., Göka, S., Aydemir, Ç., Aksaray, S., Yalçın, E. S., ve Kısa, C. (2009). Bipolar bozukluk manik epizotta BDNF düzeyleri ve tedavi ile değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19, 8–13.

- Grandin, L. D., Alloy, L. B., ve Abramson, L. Y. (2006). The social zeitgeber theory, circadian rhythms, and mood disorders: Review and evaluation. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 679-694. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.001>
- Gültekin, B. K., Kesebir, S., ve Tamam, L. (2014). Türkiye’de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 199–209. <https://doi.org/10.5455/cap.20130920014550>
- Hacımusalar, Y., ve Sezgin Doğan, E. (2019). Remisyon dönemindeki iki uçlu bozukluk hastalarının işlevsellik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Archives of Neuropsychiatry*, 56(3), 213–218. <https://doi.org/10.29399/npa.23539>
- Hajek, T., Slaney, C., Garnham, J., Ruzickova, M., Passmore, M., ve Alda, M. (2005). Clinical correlates of current level of functioning in primary care-treated bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 7(3), 286–291. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00182.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Harvey, A. G., Soehner, A. M., Kaplan, K. A., Hein, K., Lee, J., Kanady, J., Li, D., Rabe-Hesketh, S., Ketter, T. A., Neylan, T. C., ve Buysse, D. J. (2015). Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 564–577. <https://doi.org/10.1037/a0038655>
- Hawke, L. D., Parikh, S. V., ve Michalak, E. E. (2013). Stigma and bipolar disorder: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.030>
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S., ve Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 393–397. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0514>

- Heppner, P. P., ve Krauskopf, C. J. (1987). An information-processing approach to personal problem solving. *The Counseling Psychologist*, 15(3), 371–447. <https://doi.org/10.1177/0011000087153001>
- Houenou, J., Frommberger, J., Carde, S., Glasbrenner, M., Diener, C., Leboyer, M., ve Wessa, M. (2011). Neuroimaging-based markers of bipolar disorder: Evidence from two meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 132(3), 344–355. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.016>
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., ve Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support içinde S. Cohen ve S. L. Syme (Ed.), *Social support and health* (s. 83–108). Academic Press.
- Hua, L. L., Wilens, T. E., Martelon, M., Wong, P., Wozniak, J., ve Biederman, J. (2011). Psychosocial functioning, familiarity, and psychiatric comorbidity in bipolar youth with and without psychotic features. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 397–405. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06025yel>
- Huxley, N., ve Baldessarini, R. J. (2007). Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 183–196. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00430.x>
- IsHak, W. W., Brown, K., Aye, S. S., Kahloon, M., Mobaraki, S., ve Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14(1), 6–18. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x>
- Isometsä, E., Heikkinen, M., Henriksson, M., Aro, H., ve Lönnqvist, J. (1995). Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder: A comparison with major depressive suicides. *Journal of Affective Disorders*, 33(2), 99–106. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)00079-o](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)00079-o)

Işık, E. (1991). *Duygudurum bozuklukları, depresyon ve mani*. Boğaziçi Matbaası, s.20–21.

Işık, E. (2003). Depresyon ve bipolar bozukluklar. *Görsel Sanatlar Basımevi*, s.467–540.

Işık, E. (2013). İki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar içinde E. Işık, U. Işık, ve Y. Işık (Ed.), *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar* (s. 325–382). Rotatıp.

İlhan, R. S., ve Şentürk Cankorur, V. (2014). Bipolar II bozuklukta ötimik dönemde işlevselliğin klinik ve bilişsel yordayıcıları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 239–247. <https://doi.org/10.5080/u7695>

Jackson, A., Cavanagh, J., ve Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 209–217. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00266-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00266-5)

Jamison, K. R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(ek), 47–51.

Johnson, L., Lundström, O., Aberg-Wistedt, A., ve Mathé, A. A. (2003). Social support in bipolar disorder: Its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*, 5(2), 129–137. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2003.00021.x>

Johnson, S. L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W. J., ve Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 558–566. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.4.558>

Karadağ, F., Oral, T., Yalçın, F. A., ve Erten, E. (2002). Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 107–114.

Karakaş, S. (2017). *Prof. Dr. Sirel Karakaş psikoloji sözlüğü: Bilgisayar programı ve veritabanı* [www.psikolojisozlugu.com] (Sürüm: 5.2.0/2022).

Kazan Kızılkurt, Ö., Ergun Giynas, F., Yazıcı Gülenc, M., ve Gülenc, H. (2019). Bipolar disorder and perceived social support: Relation with clinical course, and the role of suicidal behaviour. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 787–793. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.163941>

Keck, P. E. (2006). Long-term management strategies to achieve optimal function in patients with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(12), 19-26.

Keck, P. E., Jr, McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., Bourne, M. L., ve Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 646–652. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.646>

Kesebir, S., Şayakçı, S., ve Süner, Ö. (2012). Geç başlangıçlı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 244–251. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2012250307>

Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K., ve Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(5), 339–344. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00266.x>

Kıcıır, B. (2018). İşyerinde psikolojik bozukluklar, nedenleri, yaygınlığı ve etkileri. *International Journal of Tourism, Economics and Business Sciences (IJTEBS)*, 2(2), 234–244.

Kocakahya, B. (2019). *Psikiyatri hastalarında tedaviye uyum, sosyal destek ve yaşam kalitesi durumunun belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.

Koenders, M. A., Giltay, E. J., Hoencamp, E., Elzinga, B. M., Spinhoven, P., ve Spijker, A. T. (2015). The bidirectional impact of perceived and enacted support on mood in bipolar outpatients: A two-year prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.03.009>

Korkmaz, S., ve Aner Aktan, E. (2023). Yetişkinlerde algılanan sosyal destek düzeyinin problem çözme becerisi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 51–62. <https://doi.org/10.34086/rteusbe.1241732>

Korkmaz, S., ve Aner Aktan, E. (2023). Yetişkinlerde algılanan sosyal destek düzeyinin problem çözme becerisi ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 51–62. <https://doi.org/10.34086/rteusbe.1241732>

Kök, H. (2014). *Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Krüger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jorna, T., ve Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34(2), 117–120. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(95\)00008-b](https://doi.org/10.1016/0165-0327(95)00008-b)

Kupfer, D. J., Frank, E., Grochocinski, V. J., Cluss, P. A., Houck, P. R., ve Stapf, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 120–125. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n0206>

- Lahey, B., ve Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16(6), 811–824. <https://doi.org/10.1007/bf00930894>
- Lehman, A. F., Kernan, E., DeForge, B. R., ve Dixon, L. (1995). Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46(9), 922–926. <https://doi.org/10.1176/ps.46.9.922>
- Leussis, M. P., Berry-Scott, E. M., Saito, M., Jhuang, H., de Haan, G., Alkan, O., Luce, C. J., Madison, J. M., Sklar, P., Serre, T., Root, D. E., ve Petryshen, T. L. (2013). The ANK3 bipolar disorder gene regulates psychiatric-related behaviors that are modulated by lithium and stress. *Biological Psychiatry*, 73(7), 683–690. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.10.016>
- Levy, B., ve Manove, E. (2012). Functional outcome in bipolar disorder: The big picture. *Depression Research and Treatment*, 2012, 949248. <https://doi.org/10.1155/2012/949248>
- Luborsky, L. (1962). Clinician's judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7(6), 407–417. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01720060019002>
- Ma, C. F., Chan, S. K. W., Chung, Y. L., Ng, S. M., Hui, C. L. M., Suen, Y. N. ve Chen, E. Y. H. (2021). The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 51(2), 365–375. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000209>
- Maletic, V., ve Raison, C. (2014). Integrated neurobiology of bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 5, 98. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00098>
- Martin, A., Volkmar, F. R., ve Lewis, M. (2007). *Lewis Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (4. Baskı). Lippincott Williams ve Wilkins.

- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Benabarre, A., Goikolea, J. M., Comes, M., ve Salamero, M. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 262–270. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.262>
- Martino, D. J., Igoa, A., Marengo, E., Scápola, M., ve Strejilevich, S. A. (2018). Longitudinal relationship between clinical course and neurocognitive impairments in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 250–255. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.011>
- Mengi, A., ve Aygür, R. Ş. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Bir Araştırma: Örnek Olay İncelemesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(19), 553-571.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., ve Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., ve Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-72>
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Maxwell, V., Hale, S., ve Lam, R. W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9(1–2), 126–143. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00436.x>
- Michalak, E. E. ve Murray, G. (2010). A clinician's guide to psychosocial functioning and quality of life in bipolar disorder. A. Young, N. Ferrier ve E. E. Michalak (Ed.), Practical management of bipolar disorder (s. 163-174)

- Millman, Z. B., Weintraub, M. J., ve Miklowitz, D. J. (2018). Expressed emotion, emotional distress, and individual and familial history of affective disorder among parents of adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 270, 656–660. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.030>
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., ve Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(3), S137–S145. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.s137>
- Nezu, A. M., ve Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 408–413. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.408>
- Nivoli, A. M., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Bonnin, C. M., Grande, I., Sanchez-Moreno, J., Vieta, E., ve Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.055>
- O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Eng, L. K., Jones, J. S., ve Gabel, R. H. (1985). Social support and long-term lithium outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 147(3), 272–275. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.3.272>
- Oral, T. (2002). İki uçlu bozukluk. *WPA Serisi*. CSA Medikal Yayın Ajansı, 441–503.
- Osher, Y., Yaroslavsky, Y., el-Rom, R., ve Belmaker, R. H. (2000). Predominant polarity of bipolar patients in Israel. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1(4), 187–189. <https://doi.org/10.3109/15622970009150590>
- Owen, R., Jones, S. H., Dempsey, R. C., ve Gooding, P. A. (2022). Directly or indirectly? The role of social support in the psychological pathways underlying suicidal ideation in

people with bipolar disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5286. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095286>

Öztürk, M. O., ve Uluşahin, N. A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Baskı, s. 310-312). Nobel Tıp Kitabevleri

Öztürk, O. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri, 261–336.

Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., Bowden, C. L., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., ve STEP-BD Investigators. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9), 875–881. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022>

Peters, A., Conrad, M., Hubold, C., Schweiger, U., Fischer, B., ve Fehm, H. L. (2007). The principle of homeostasis in the hypothalamus-pituitary-adrenal system: New insight from positive feedback. *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 293(1), R83–R98. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00907.2006>

Pike, C. K., Burdick, K. E., Millett, C., ve Lipschitz, J. M. (2024). Perceived loneliness and social support in bipolar disorder: Relation to suicidal ideation and attempts. *International Journal of Bipolar Disorders*, 12(8). <https://doi.org/10.1186/s40345-024-00329-8>

Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149(8), 999–1010. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.8.999>

- Post, R. M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31(6), 858–873. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.003>
- Remy, P., Doder, M., Lees, A., Turjanski, N., ve Brooks, D. (2005). Depression in Parkinson's disease: Loss of dopamine and noradrenaline innervation in the limbic system. *Brain: A Journal of Neurology*, 128(6), 1314–1322. <https://doi.org/10.1093/brain/awh445>
- Revheim, N., ve Medalia, A. (2004). Verbal memory, problem-solving skills, and community status in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.07.004>
- Rihmer, Z., ve Angst, J. (2007). Mood disorders. In B. J. Sadock ve V. A. Sadock (Ed.), *Synopsis of psychiatry* (10.baskı, s.529). Wolters Kluwer-Lippincott Williams ve Wilkins.
- Robitaille, A., Orpana, H., ve McIntosh, C. N. (2011). Psychometric properties, factorial structure, and measurement invariance of the English and French versions of the Medical Outcomes Study social support scale. *Health Reports*, 22(2), 33–40.
- Rosa, A. R., Reinares, M., Amann, B., Popovic, D., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Bonnín, C. M., Solé, B., Valentí, M., Salamero, M., Kapczinski, F., ve Vieta, E. (2011). Six-month functional outcome of a bipolar disorder cohort in the context of a specialized-care program. *Bipolar Disorders*, 13(7–8), 679–686. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00964.x>
- Rosa, A. R., Reinares, M., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salamero, M., Kapczinski, F., ve Vieta, E. (2009). Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disorders*, 11(4), 401–409. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00698.x>

- Rosa, A. R., Reinares, M., Michalak, E. E., Bonnin, C. M., Sole, B., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Kapczinski, F., ve Vieta, E. (2010). Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 13(8), 984–988. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2010.00768.x>
- Rowland, T. A., ve Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251–269. <https://doi.org/10.1177/2045125318769235>
- Sadock, B. J., ve Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry* (8.Baskı). Öncü Basımevi.
- Sadock, B. J., ve Sadock, V. A. (2016). *Kaplan ve Sadock, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (A. Bozkurt, Çev. Ed.) (s. 348-349). Güneş Kitapevi.
- Sadock, B. J., ve Sadock, V. A. (Ed.). (2000). *Kaplan ve Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7.baskı). Lippincott Williams ve Wilkins Publishers.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., ve Ruiz, P. (2017). *Mood disorders. In Comprehensive textbook of psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Safrancı, B. (2014). Bipolar bozuklukta etkin olan psikolojik mekanizmaların anlaşılması: Duygusal ve bilişsel süreçler üzerine bir vaka örneği. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 1(3), 1-16.
- San, E., Gümüş, G., ve Kocayörük, E. (2022). Üniversite öğrencilerinde yalnızlığın yordayıcısı olarak algılanan sosyal destek, utangaçlık ve benlik saygısı. *Milli Eğitim Özel Eğitim ve Rehberlik Dergisi*, 5(3), 122-154.

- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Gadelrab, H. F., Cabello, M., Torrent, C., Bonnin, C. del M., Ferrer, M., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., ve Vieta, E. (2010). The role and impact of contextual factors on functioning in patients with bipolar disorder. *Disability and Rehabilitation*, 32(ek), s. 94-104. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.520810>
- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., ve Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: An extensive review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 285–297. <https://doi.org/10.1159/000228249>
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., ve Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships içinde B. R. Sarason, I. G. Sarason, ve G. R. Pierce (Ed.), *Social support: An interactional view* (s. 97–128). John Wiley ve Sons.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., ve Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30(2), 467–472. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008879>
- Seifuddin, F., Mahon, P. B., Judy, J., Pirooznia, M., Jancic, D., Taylor, J., Goes, F. S., Potash, J. B., ve Zandi, P. P. (2012). Meta-analysis of genetic association studies on bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 159(5), 508–518. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32057>
- Severus, E., ve Bauer, M. (2013). Diagnosing bipolar disorders in DSM-5. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1, 14. <https://doi.org/10.1186/2194-7511-1-14>
- Sharma, A., Nehra, R., ve Grover, S. (2021). Correlates of expressed emotions as perceived by patients with bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 632–642. <https://doi.org/10.1177/0020764020966633>

- Sherbourne, C. D., ve Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science ve Medicine*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Shippee, N. D., Shah, N. D., Williams, M. D., Moriarty, J. P., Frye, M. A., ve Ziegenfuss, J. Y. (2011). Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: Results from a nationally representative sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 90. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-90>
- Shorter, E. (2013). The history of DSM içinde J. Paris ve J. Phillips (Ed.), *Making the DSM-5* (s. 1–15). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1_1
- Sierra, P., Livianos, L., ve Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7(2), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x>
- Silverstone, T. (1985). Dopamine in manic-depressive illness: A pharmacological synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 8(3), 225–231. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(85\)90020-5](https://doi.org/10.1016/0165-0327(85)90020-5)
- Simon, G. E., ve Unützer, J. (1999). Health care utilization and costs among patients treated for bipolar disorder in an insured population. *Psychiatric Services*, 50(10), 1303–1308. <https://doi.org/10.1176/ps.50.10.1303>
- Singh, V., ve Bowden, C. L. (2006). Bipolar bozukluk, karma dönemlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler. *Yeni Symposium*, 44(1), 23–33.
- Siu, A. M. H., ve Shek, D. T. L. (2010). Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults. *Social Indicators Research*, 95(3), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9527-5>

- Siu, A. M., ve Shek, D. T. (2010). Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults. *Social Indicators Research*, 95(3), 393–406. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9527-5>
- Sivrikaya, A. H., Kaya, M., ve Özmütlu, İ. (2013). Investigating the relationship between university students' perceived social supports from family and friends and problem solving skills. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(1), 28–33.
- Sklar, P., Smoller, J. W., Fan, J., Ferreira, M. A., Perlis, R. H., Chambert, K., Nimgaonkar, V. L., McQueen, M. B., Faraone, S. V., Kirby, A., de Bakker, P. I., Ogdie, M. N., Thase, M. E., Sachs, G. S., Todd-Brown, K., Gabriel, S. B., Sougnez, C., Gates, C., Blumenstiel, B., ... Purcell, S. M. (2008). Whole-genome association study of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 13(6), 558–569. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002151>
- Steardo, L., Jr, Luciano, M., Sampogna, G., Zinno, F., Saviano, P., Staltari, F., Segura Garcia, C., De Fazio, P., ve Fiorillo, A. (2020). Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: Results from a real-world, controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 19, 15. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00266-7>
- Stewart, J. W., Quitkin, F. M., ve Davies, C. (2006). Atypical depression, dysthymia, and cyclothymia içinde D. J. Stein, D. J. Kupfer, ve A. F. Schatzberg (Ed.), *The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders* (s. 547–559). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stuart, G. W. (2013). Emotional responses and mood disorders içinde *Principles and practice of psychiatric nursing* (10.baskı, s. 289–320). Elsevier.

- Studart, P. M., Bezerra Filho, S., Studart, A. B. D., Almeida, A. G. D., ve Miranda-Scippa, Â. (2015). Social support and bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*, 42(3), 95–99. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000005>
- Studart, P., Galvão-de Almeida, A., Bezerra-Filho, S., Caribé, A., Reis Afonso, N., Daltro, C., ve Miranda-Scippa, Â. (2016). Is history of suicidal behavior related to social support and quality of life in outpatients with bipolar I disorder? *Psychiatry Research*, 246, 796–802. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.045>
- Studart-Bottó, P., Léda-Rêgo, G., Abbade, P., Bandeira, I. D., ve Miranda-Scippa, Â. (2023). Social support among individuals with bipolar disorder during euthymic phase: A systematic review. *Clinical Psychology ve Psychotherapy*, 30(2), 270–280. <https://doi.org/10.1002/cpp.2805>
- Sylvia, L. G., Alloy, L. B., Hafner, J. A., Gauger, M. C., Verdon, K., ve Abramson, L. Y. (2009). Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: A prospective study. *Behavior Therapy*, 40(2), 131-141. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.003>
- Swann, A. C., Stokes, P. E., Secunda, S. K., Maas, J. W., Bowden, C. L., Berman, N., ve Koslow, S. H. (1994). Depressive mania versus agitated depression: Biogenic amine and hypothalamic-pituitary-adrenocortical function. *Biological Psychiatry*, 35(10), 803–813. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(94\)91143-6](https://doi.org/10.1016/0006-3223(94)91143-6)
- Taylor S. (2007). Electroconvulsive therapy: a review of history, patient selection, technique, and medication management. *Southern Medical Journal*, 100(5), 494–498. <https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e318038fce0>
- Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C. M., Jr, Baldessarini, R. J., Strakowski, S. M., Stoll, A. L., Faedda, G. L., Suppes, T., Gebre-Medhin, P., ve Cohen, B. M. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective

disorder with psychotic features. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 220–228. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.220>

Tohen, M., Waternaux, C. M., ve Tsuang, M. T. (1990). Outcome in mania: A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives of General Psychiatry*, 47(12), 1106–1111. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810240026005+>

Tohen, M., Zarate, C. A., Jr, Hennen, J., Khalsa, H. M., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., Salvatore, P., ve Baldessarini, R. J. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of recovery and first recurrence. *The American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2099–2107. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2099>

Traş, Z. (2013). The investigation of social problem solving abilities of university students in terms of perceived social support. *Educational Research and Reviews*, 8(14), 1076–1081. <https://doi.org/10.5897/ERR2013.1519>

Tsuchiya, K. J., Agerbo, E., Byrne, M., ve Mortensen, P. B. (2004). Higher socio-economic status of parents may increase risk for bipolar disorder in the offspring. *Psychological Medicine*, 34(5), 787–793. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001491>

Üstün, B., ve Kennedy, C. (2009). What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry*, 8(2), 82–85. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00219.x>

Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Chang, S., Chua, B. Y., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Kwok, K. W., ve Subramaniam, M. (2020). The association of mental disorders with perceived social support, and the role of marital status: Results from a national cross-sectional survey. *Archives of Public Health*, 78, 108. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00476-1>

- Vazquez, G. H., Kapczinski, F., Magalhaes, P. V., Cordoba, R., Lopez Caramillo, C., ve Rosa, A. R. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 323–327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.023>
- Vega, P., Barbeito, S., De Azúa, S. R., Martínez-Cengotitabengoa, M., González-Ortega, I., Saenz, M., ve González-Pinto, A. (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health*, 7(6), 663-676. <https://doi.org/10.2217/whe.11.71>
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., ve Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, Article 18008. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., ve Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156-172. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Weinstock, L. M., ve Miller, I. W. (2010). Psychosocial predictors of mood symptoms 1 year after acute phase treatment of bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 497–503. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.02.001>
- Wilkins, K. (2004). Bipolar I disorder, social support, and work. *Health Reports*, 15(ek), 21–30.
- Wingo, A. P., Harvey, P. D., ve Baldessarini, R. J. (2009). Neurocognitive impairment in bipolar disorder patients: Functional implications. *Bipolar Disorders*, 11, 113–125. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00634.x>

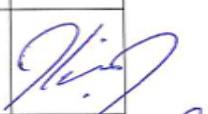
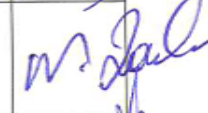
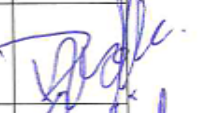
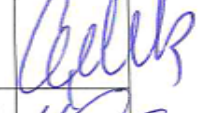
- Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., Holtzheimer, P. E., ve Harvey, P. D. (2010). Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 12(3), 319–326. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2010.00808.x>
- World Health Organization. (2018). *Mental health atlas 2017*. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization. (2019). *Global Health Data Exchange (GHDx)* [Adapted from the Institute of Health Metrics and Evaluation]. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> adresinden Ağustos 2024 tarihinde alınmıştır.
- Wyatt, R. J., ve Henter, I. (1995). An economic evaluation of manic-depressive illness--1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(5), 213–219. <https://doi.org/10.1007/BF00789056>
- Xie, P., Wu, K., Zheng, Y., Guo, Y., Yang, Y., He, J., Ding, Y., ve Peng, H. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of Affective Disorders*, 228, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.011>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>

- Yeloğlu, Ç. H., ve Hocaoglu, Ç. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: Bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41–54. <https://doi.org/10.17944/mkutfd.323344>
- Young, A. H., ve MacPherson, H. (2011). Detection of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 3–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.089128>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., ve Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity, and sensitivity. *The British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>
- Yu, Y. H., Peng, M. M., Bai, X., Luo, W., Yang, X., Li, J., Liu, B., Thornicroft, G., Chan, C. L. W., ve Ran, M. S. (2020). Schizophrenia, social support, caregiving burden, and household poverty in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1571–1580. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01864-2>
- Zemen, N. (2020). *Akut psikiyatri kliniklerinde bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu, sosyal işlevsellik, sosyal destek ve ilişkili faktörler* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.
- Zengin Eroğlu, M., ve Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Remisyon Dönemindeki Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Sosyal Destek Algısı, Sorun Çözme Becerileri ve İşlevsellik İlişkisi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Sercan YILMAZ							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Öğrenci							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Ankara							
	DESTEKLEYİCİ		Dr. Öğr. Üyesi Gülşen KAYNAR YAMAN							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☒				
Karar Bilgileri	Karar No:45				Tarih: 28.12.2023					
	Yukarıda bilgileri verilen Sosyal Bilimler Girişimsel Olmayan Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği" ile karar verilmiştir.									
ANKARA MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU										
BAŞKANIN UNVANI/ADI/SOYADI				Prof. Dr. F. İlçin GÖNENÇ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım		İmza	
Prof. Dr. F. İlçin GÖNENÇ	Hukuk	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Prof. Dr. Nurzahid KESKİN	Yönetim Bilişim Sistemleri	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Doç. Dr. H. Deniz KARCI	Halkla İlişkiler ve Reklamcılık	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Dr. Öğr. Üyesi Cihat ÇELİK	Psikoloji	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		
Dr. Öğr. Üyesi Muhammed GÖÇGÜN	Hukuk	Ankara Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐		

Ek 2. Tanı Grubu İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Gönüllü;

Ankara Medipol Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümü öğretim üyesi Dr. Gülşen Kaynar danışmanlığında Psk. Sercan Yılmaz tarafından yürütülen araştırmaya davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu amaçla sizden yazılı aydınlatılmış onam alınacaktır. Bu araştırmanın amacı bipolar bozuklukta algılanan sosyal destek, işlevsellik ve sorun çözme becerilerini incelemektir.. Araştırma esnasında sizden anketler doldurmanız istenmektedir. Soruların herhangi bir doğru/yanlış yanıtı bulunmamaktadır. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için sizden beklenen, tüm soruları eksiksiz, size uygun şekilde cevaplamaktır. Bu formu doldurup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Çalışma herhangi bir risk içermemektedir. Ancak yine de çalışma sırasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz istediğiniz zaman çalışmayı terk etme hakkına sahipsiniz. Çalışmayı terk ettiğinizde siz ya da araştırmacı herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmayacaktır. Araştırma için sizden ad-soyad dahil olmak üzere herhangi bir kimlik veya kurum bilgisi istenmemektedir. Bu araştırmayla elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve tamamen bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sağladığınız veriler bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile eşleştirilmeyecektir; verileriniz bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya daha sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya sercaanyilmaz06@hotmail.com adresinden ve *** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma sonrasında herhangi bir kişisel rahatsızlık hissederseniz aynı iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığımı kanıslındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. İstedığım zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.”

“ Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla bilimsel amaçla sunulmasını ve bilimsel amaçla yayımlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

Tarih: / /

İmza:

Araştırmacı: Psikolog Sercan Yılmaz

Telefon Numarası: ***

E-posta: sercaanyilmaz06@hotmail.com

Ek 3. Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın Gönüllü;

Ankara Medipol Üniversitesi Klinik Psikoloji bölümü öğretim üyesi Dr. Gülşen Kaynar danışmanlığında Psk. Sercan Yılmaz tarafından yürütülen araştırmaya davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu amaçla sizden yazılı aydınlatılmış onam alınacaktır. Bu araştırmanın amacı bipolar bozuklukta algılanan sosyal destek, işlevsellik ve sorun çözme becerilerini herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırmalı olarak incelemektir. Araştırma esnasında sizden anketler doldurmanız istenmektedir. Soruların herhangi bir doğru/yanlış yanıtı bulunmamaktadır. Araştırmada sizden tahminen 10-12 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için sizden beklenen, tüm soruları eksiksiz, size uygun şekilde cevaplamaktır. Bu formu doldurup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Çalışma herhangi bir risk içermemektedir. Ancak yine de çalışma sırasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz istediğiniz zaman çalışmayı terk etme hakkına sahipsiniz. Çalışmayı terk ettiğinizde siz ya da araştırmacı herhangi bir olumsuz durumla karşılaşmayacaktır. Araştırma için sizden ad-soyad dahil olmak üzere herhangi bir kimlik veya kurum bilgisi istenmemektedir. Bu araştırmayla elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve tamamen bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sağladığınız veriler bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile eşleştirilmeyecektir; verileriniz bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya daha sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya sercaanyilmaz06@hotmail.com adresinden ve *** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma sonrasında herhangi bir kişisel rahatsızlık hissederseniz aynı

iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. İstedğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.”

“ Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla bilimsel amaçla sunulmasını ve bilimsel amaçla yayımlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

Tarih: / /

İmza:

Araştırmacı: Psikolog Sercan Yılmaz

Telefon Numarası: ***

E-posta: sercaanyilmaz06@hotmail.com

Ek 4. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu

Aşağıda ver alan soruların hiçbirini atlamadan her birini dikkatli bir şekilde okuyunuz ve size uygun olan cevaba (X) işareti koyunuz. Boş olan noktalı kısımlara ise size uygun cevabı yazınız.

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek () 2. Yaşınız:.....

3. Medeni Durumunuz: Bekar () Evli () Boşanmış () Dul ()

4. En son hangisinden mezun oldunuz?

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksekokul () Yüksek Lisans ()

Doktora () Diğer:.....

5. Annenizin eğitim durumu nedir?

İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Yüksekokul ()

Yüksek Lisans () Doktora () Diğer:.....

6. Aktif olarak bir işte çalışıyor musunuz ?

Evet ()

Hayır ()

7. Aktif olarak çalışıyorsanız ne kadar süredir çalışıyorsunuz ? (Çalışmıyorsanız bir sonraki soruya geçiniz.)

1 yıldan az () 1-5 yıl () 5-10 yıl () +10 yıl ()

8. Aşağıdakilerden hangisinde yaşıyorsunuz?

Şehir () İlçe () Köy/Kasaba ()

9. Kimle(rle) yaşıyorsunuz?

Çekirdek aile () Geniş aile () Arkadaş () Yalnız ()

10. Hangi seçenek ekonomik durumunuzu daha iyi tarif eder ?

Düşük () Düşük-Orta () Orta () Orta-Yüksek () Yüksek ()

11. Herhangi bir tıbbi tedavi görüyor musunuz ? Evet () Hayır () (Görüyorsanız ne tedavisi gördüğünüzü aşağıdaki boşluğa yazınız.)

.....
.....
.....
.....

12. Herhangi bir psikiyatrik tanı(ları)nız var mı ?

Tanınızı (tanılarınızı) aşağıdaki boşluğa yazınız. (Hayır ise 14 numaralı sorudan devam ediniz.)

Bana bir psikiyatrik tanı konuldu () Bana birden fazla psikiyatrik tanı konuldu ()

.....
.....
.....
.....

13. Şu an herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz ? Evet () Hayır ()

b. Kullanıyorsanız hangi ilacı/ilaçları kullanıyorsunuz?

.....
.....
.....

c. Psikoterapi görüyor musunuz? Evet () Hayır ()

14. Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı ? Var ise aşağıdaki boşluğa psikiyatrik hastalık öyküsünü tanımlayınız. (Anne, baba, kardeş)

Evet () Hayır ()

.....
.....
.....

15. Daha önce hiç kendinize zarar verme girişiminde bulundunuz mu ?

Evet () Hayır ()

16. Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu ? Evet () Hayır ()

(Cevabınız “evet” ise aşağıdaki soruyu (a) cevaplayınız.

a. Kaç kez intihar girişiminiz oldu?:

(Araştırmacı tarafından sorgulanıp doldurulacaktır)

17. Şu anki remisyon süresi kaç hafta ? :

18. İlk döngü tipi:

Mani () Karma () Depresyon () Hipomani () belirsiz ()

19. Hastalık başlangıç yaşı:

20. Hastalık için ilk tedavi alınan yaş:

21. Yatış varsa ilk hastaneye yatış yaşı:

22. Yatış sayısı:

23. Son atak zamanı:

24. Geçirilen döngü sayısı:

Toplam: Mani/Hipomani Depresif: Karma:

25. Mevsimsel özellik: Var () Yok ()

26. Hızlı döngülülük: Var () Yok ()

27. Döngülerde psikotik özellik öyküsü: Var () Yok ()

28. Madde kullanım öyküsü: Var () Yok ()

29. EKT öyküsü: Var () Yok ()

30. Alkol Kullanımı: Var () Yok ()

Ek 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Geçen hafta boyunca duygusal açıdan durumunuz nasıldı? • Kendinizi sıkıntılı ve depresyonda hissettiniz mi? • Üzgün? Ümitsiz? • Geçen hafta içinde kendinizi ne kadar sıklıkta her zamanki gibi hissettiniz? Her gün? Bütün gün? • Hiç ağladığınız oluyor mu?	1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ (Üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik, kendini değersiz hissetme): 1. Yok. 2. Sadece sorulduğunda belirtiliyor. 3. Kendiliğinden sözel olarak ifade ediliyor. 4. Davranışlarla ifade ediliyor. Örneğin; yüz ifadesi, duruş, ses, ağlama eğilimi. 5. HER HALİYLE; kendiliğinden, söz ve davranışlardan anlaşılıyor.
Geçen hafta "hayat yaşamaya değmez" ya da "ölsem de kurtulsam" diye düşündüğünüz oldu mu? • Kendinize zarar vermeyi ya da yaşamınızı sonlandırmayı düşündünüz mü? EVET İSE: Ne hakkında düşündünüz? Kendinize gerçekten zarar verecek bir şey yaptınız mı?	11. İNTİHAR 1. Yok. 2. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünmesi. 3. Olmuş olmayı istemesi ya da kendisi için olası bir olumu düşünmesi. 4. Suisidal düşünce ve davranışlar. 5. İntihar girişi
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	16. YAVAŞLAMA (Düşünce ve konuşmanın yavaşlaması; konsantre olma yeteneğinde bozulma; motor aktivitenin azalması): 1. Normal düşünme ve konuşma 2. Görüşmede hafif yavaşlama 3. Görüşmede açıkça yavaşlama 4. Görüşmenin zorlukla yapılması 5. Tam stupor
GÖRÜŞME SIRASINDAKİ GÖZLEME DAYANAN DEĞERLENDİRME	17. AJİTASYON 1. Yok 2. Yerinde duramama 3. El, saç vb. şeylerle oynama 4. Yerinde duramayacak kadar hareketlilik 5. Elleri ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak ısırma.

Ek 6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

1) Yükselmiş duygudurum

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

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

Ek 7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 8. Sosyal Sorun Çözme Envanteri

SOSYAL SORUN ÇÖZME ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, insanların günlük yaşamda sorunlarla karşılaştıkları zaman gösterebilecekleri bazı düşünce, duygu ve davranış biçimleri verilmektedir. Bu ankette geçen, “**sorun**” kelimesi ile yaşamınızda önemli bulduğunuz ve sizi çok rahatsız eden ama nasıl düzelteceğinizi bilmediğiniz durumlar kastedilmektedir. Sorun, sizin kendinizle (düşünceleriniz, duygularınız, davranışınız, sağlığınız veya görünümünüz ve benzeri), diğer insanlarla olan ilişkilerinizle (aile, arkadaş, öğretmen, veya patron ve benzeri), veya çevreniz ve sahip olduklarınızla (ev, araba, mülk, veya para ve benzeri) ilgili olabilir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve o ifadenin sizin için ne derece geçerli olduğuna karar veriniz. Burada verilebilecek cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur. Sorunlarla karşılaştığınızda nasıl düşündüğünüzü, hissettiğinizi ve davrandığınızı hayal ediniz. Sizin için en geçerli cevabı yansıtan kutunun içine şu şekilde (X) bir çarpı işareti koyunuz. Her bir soruyu cevaplamaya çalışınız.

	Benim için hiç doğru değil	Benim için birazcık doğru	Benim için kısmen doğru	Benim için çok doğru	Benim için tamamen doğru
1. Çözmem gereken önemli bir sorunum olduğunda, kendimi tehdit edilmiş ve korkmuş hissederim.					
19. Bir sorunu çözmeye çalışmadan önce, tam olarak neye ulaşmak istediğimi bilebilmek için kendime bir hedef belirlerim.					
24. Karar alırken, her seçeneğin sonuçlarını düşünmeden içimden gelen duygularla hareket ederim.					

Ek 9. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

	Duygusal İşlevsellik	Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklerle gülebiliyor musunuz?)			
2				
3				

	Cinsel İşlevsellik	Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9				
10				
11				

	İş	Evet	Kısmen	Hayır
49				
50				
51				
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.