

**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA  
AYRILMA ANKSİYETESİ VE YAŞAM KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**Gölnur ŞAHİN**

**Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik**  
**Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

**Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT**

**NİSAN 2018**



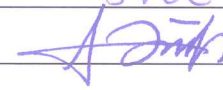
T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA  
AYRILMA ANKSİYETESİ VE YAŞAM KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Gülnur ŞAHİN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik  
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

“Bu tez 02/04/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr. Ayşe GELİME	BASARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Seril SAHİN	BASARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Gülnur DURAT	BASARILI	

## BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 31.10.2016 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 02. 04. 2018

Gülnur ŞAHİN

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bilgi ve engin tecrübelerinden faydalandığım, her konuda desteğini yanımda gördüğüm değerli fikirleri ve önerileriyle bilimsel çalışmalarına ışık tutan çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT'a, eğitimin ve tezimin aşamalarında bana yardımcı olan değerli arkadaşlarım Arş. Gör. G. Duygu ÇULHACIK'a ve Arş. Gör. Özge ERTÜRK'e, çalışmam sırasında katkı ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği hemşireleri ve hekimlerine, araştırma için gönüllü olan tüm hastalara, sürekli yanımda olduklarını hissettirerek beni destekleyen anne ve babama, tanıştığımız günden bu yana sevgi ve desteği ile yanımda olan, metodoloji ve istatistik konusunda anlamlı katkılar sağlayan değerli eşim Soykan ŞAHİN'e teşekkür ederim.

Saygılarımla.

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	<b>i</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK .....	4
2.2. TARİHÇE .....	4
2.3. EPİDEMİYOLOJİ .....	5
2.4. ETİYOLOJİ .....	5
2.4.1. Genetik Etkenler .....	6
2.4.2. Biyokimyasal Etkenler .....	6
2.4.3. Çevresel Etkenler .....	7
2.4.4. Nöroanatomik Değişiklikler .....	7
2.4.5. Endokrin Dizge .....	8
2.4.6. İmmünolojik Etkenler .....	8
2.5. TANILAMA .....	8
2.5.1. DSM-V'e Göre Tanılama ve Klinik Belirtiler .....	8
2.5.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri .....	10
2.5.3. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları .....	11
2.6. GİDİŞ VE SONLANIM .....	13
2.7. TEDAVİ .....	14
2.8. BİPOLAR BOZUKLUKTA KOMORBİDİTE .....	14
2.9. AYRILMA ANKSİYETESİ .....	15
2.10. EPİDEMİYOLOJİ .....	16
2.11. ETİYOLOJİ .....	16
2.11.1. Bağlanma Kuramı .....	17

2.11.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım-----	18
2.11.3. Psikodinamik Yaklaşım -----	19
2.12. TANILAMA-----	19
2.12.1. DSM-V'e Göre Tanılama -----	19
2.12.2. Ayrılma Anksiyetesi Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları-----	20
2.13. BİPOLAR BOZUKLUKTA İŞLEVSELLİK -----	21
2.14. YAŞAM KALİTESİ -----	23
2.15. BİPOLAR BOZUKLUKTA AYRILMA ANKSİYETESİ KOMORBİDİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI-----	24
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM-----</b>	<b>26</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ -----	26
3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ-----	26
3.3. ÖRNEKLEM -----	26
3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri-----	26
3.3.2. Araştırmaya Dahil Olmama Ölçütleri-----	27
3.3.3. Örneklem Büyüklüğü -----	27
3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR-----	27
3.4.1. Görüşme Formu-----	27
3.4.2. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)-----	28
3.4.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAAÖ) -----	28
3.4.4. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) -----	28
3.4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (SF-36) -----	29
3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME -----	29
<b>4. BULGULAR-----</b>	<b>31</b>
4.1. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ BİPOLAR İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ VE KISA FORM 36 CRONBACH ALFA DEĞERLERİ-----	31
4.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER-----	32
4.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR -----	33
4.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR -----	37

4.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR	41
4.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR	48
4.7. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	55
4.8. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	57
4.9. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	58
4.10. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	59
4.11. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	60
4.12. BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	60
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>64</b>
5.1. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ, YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ, BİPOLAR İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 CRONBACH ALFA DEĞERLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	64

5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	64
5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	65
5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	66
5.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	67
5.6. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	68
5.7. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	70
5.8. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI -----	71
5.9. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ İLE YAŞAM KALİTESİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	72
5.10. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	72
5.11. BİPOLAR İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI-----	73
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER-----</b>	<b>77</b>



6.1. SONUÇ	77
6.2. ÖNERİLER	79
<b>EKLER</b>	<b>80</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>98</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>113</b>

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ve SF- 36'nın Cronbach Alfa Değerleri .....	31
<b>Tablo 2.</b> Bipolar Bozukluk Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları	33
<b>Tablo 3.</b> Cinsiyet ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 4.</b> Medeni Durum ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 5.</b> Eğitim Durumu ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması .....	35
<b>Tablo 6.</b> Birlikte Yaşanılan Bireylere Göre Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 7.</b> Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 8.</b> Çocukluklarını Geçirdikleri Yer ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
<b>Tablo 9.</b> Şu Anda Yaşadıkları Yere Göre Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 10.</b> Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 11.</b> Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Durumlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 12.</b> Medeni Durum ile Yetişkin Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 13.</b> Eğitim Durumu ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	39

<b>Tablo 14.</b> Birlikte Yaşanılan Bireylere Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 15.</b> Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 16.</b> Çocukluklarını Geçirdikleri Yere Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	40
<b>Tablo 17.</b> Şu Anda Yaşadıkları Yere Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 18.</b> Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 19.</b> Cinsiyet Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	41
<b>Tablo 20.</b> Medeni Durum ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 21.</b> Eğitim Durumu ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	43
<b>Tablo 22.</b> Birlikte Yaşanılan Bireylere Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 23.</b> Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 24.</b> Çocukluklarını Geçirdikleri Yer ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 25.</b> Şu An Yaşadıkları Yere Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 26.</b> Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 27.</b> Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 28.</b> Medeni Durum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması .....	49

<b>Tablo 29.</b> Hastaların Birlikte Yaşadığı Bireyler ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 30.</b> Eğitim Durumları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 31.</b> Sahip Oldukları Çocuk Sayısı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 32.</b> Çocukluklarını Geçirdikleri Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 33.</b> Şu An Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 34.</b> Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
<b>Tablo 35.</b> Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Arasındaki İlişki .....	56
<b>Tablo 36.</b> Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği İle Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Arasındaki İlişki .....	57
<b>Tablo 37.</b> Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 Arasındaki İlişki .....	59
<b>Tablo 38.</b> Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Arasındaki İlişki.....	59
<b>Tablo 39.</b> Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Arasındaki İlişki .....	60
<b>Tablo 40.</b> Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 Arasındaki İlişki.....	62

## KISALTMALAR

- APA** : Amerika Psikiyatri Birliği
- ACTH** : Adrenokortikotropik Hormon
- AABE** : Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri
- AAB** : Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
- BB** : Bipolar Bozukluk
- BBİÖ** : Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği
- CRH** : Kortikotropin Salıveren Hormon
- ÇAAB** : Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
- DSM-I** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
- DSM-V** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- ICD-10** : Clasification of Mental and Behavioural Disorder
- IL** : İnterlökin
- SF-36** : Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36
- YAAÖ** : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği
- YAAB** : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Ruhsal bozukluklarda komorbidite varlığı, psikososyal işlevselliğin yitimine, hastalığın seyrinin ve tedavisinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Çalışmamız, bipolar bozukluk hastalarında ayrılma anksiyetesi belirtilerinin işlevsellik düzeyleri ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Araştırmaya Kasım 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran bipolar bozukluk tanısı alıp remisyon evresinde olan 18-65 yaş arası 104 hasta dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan Görüşme Formu ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAAÖ), Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (SF-36) kullanılarak toplanmıştır. Veriler bağımsız t testi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, ANOVA ve Pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmada AABE puanı olguların %67,3'ünde, YAAÖ puanı %66,3'ünde yüksek bulunmuştur. AABE ile BBİÖ'nün toplam puanları ( $r=-0,25$   $p=0,01$ ) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. YAAÖ ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon ( $r=-0,44$   $p<0,001$ ) ve ağrı ( $r=-0,45$   $p<0,001$ ) alt boyutları arasında ise negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. YAAÖ'nün AABE toplam puanı ( $r=0,79$   $p<0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi düzeyde ilişki saptanmıştır.

**SONUÇ:** Bipolar bozukluk hastalarında yaşanan anksiyete belirtileri birçok işlevsellik alanını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Literatürde bipolar bozukluk ile ayrılma anksiyetesi bozukluğunu birlikte ele alan çalışma sayısı oldukça az olduğu için bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ayrılma Anksiyetesi, Bipolar Bozukluk, Ektanı, İşlevsellik, Yaşam Kalitesi.

## **SUMMARY**

### **Evaluation of The Relationship Between Separation Anxiety and Life Quality in Patients with Bipolar Disorder**

#### **INTRODUCTION AND OBJECTIVE:**

The presence of comorbidity in psychiatric disorders result in the loss of psychosocial functioning, and the course and treatment of the illness being affected negatively. Our study was carried out to investigate the functional status of separation anxiety symptoms in bipolar disorder patients and their relation with quality of life.

#### **METHOD:**

A total of 104 patients, in the 18-65 age group, who were followed with bipolar disorder diagnosis at psychiatry policlinic of Derince Training and Research Hospital, were included into our study between the dates of September 2016 and May 2017. Interview form was used in collection of data along with the Separation Anxiety Symptom Inventory, Adult Separation Anxiety Questionnaire, Bipolar Disorder Functioning Questionnaire and Quality Of Life scale shortened form-36 which were subjected to validity and reliability analysis previously. Data were evaluated with independent t test, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, ANOVA and Pearson correlation tests.

#### **RESULTS:**

In the study, 67.3% of the cases with Separation Anxiety Symptom Inventory score and 66.0% with Adult Separation Anxiety Questionnaire score were found high. There was a statistically significant negative correlation between the total scores of Separation Anxiety Symptom Inventory and Bipolar Disorder Functioning Questionnaire ( $r = -0,25$   $p = 0,01$ ). There was a moderate negative correlation between Adult Separation Anxiety Questionnaire and physical function ( $r = -0,44$   $p < 0,001$ )

with pain ( $r=-0,45$   $p<0,001$ ) subscales of Quality Of Life scale shortened form. A statistically significant positive correlation was found between the total score of Separation Anxiety Symptom Inventory ( $r=0,79$   $p<0,001$ ) and Adult Separation Anxiety Questionnaire.

## **DISCUSSION:**

Anxiety symptoms in bipolar disorder patients affect negatively many areas of functionality and quality of life. More research is needed in this area, as the number of studies that deal with bipolar disorder and separation anxiety disorder together are very low in the literature.

**Keywords:** Bipolar Disorder, Comorbidity, Functionality, Quality of Life, Separation Anxiety.



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk düzensiz bir şekilde mani ya da depresyon atakları ile seyreden, ataklar arasında iyilik dönemleri olan, gelişimsel, kişilerarası ilişkiler ve sosyal alanlarda belirgin bozulmaya yol açan kronik bir hastalıktır (Novick, Swartz and Frank 2010). DSM-V’te depresif bozukluktan ayrılarak sınıflandırılmış ve ‘Bipolar ve İlişkili Bozukluklar’ şeklinde ayrı bir başlıkta yer almaktadır (American Psychiatric Association 2013).

Çalışmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bipolar bozukluğun yaygınlık oranı %1,2 olarak kabul edilmektedir (Sadock and Sadock 2007).

Pini ve ark’nın yaptıkları çalışmada bipolar bozuklukta ayrılma anksiyetesinin panik bozukluktan daha yüksek oranda görülmesi, beklenmedik bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Aynı çalışmada, erişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin sürekli olduğu, erken başlangıçlı hastalarda geç başlangıçlılara göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Pini et al 2005). Ayrıca çocuk bipolar bozukluk olgularında yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu ek tanısının erken başlangıçlı bipolar bozukluğun bir göstergesi olabileceği öne sürülmüştür (Wozniak, Biederman, Monuteaux, Richards and Faraone 2002).

DSM-IV-TR’de ayrılma anksiyetesi çocukluk döneminde ortaya çıkan psikiyatrik bir bozukluk olarak yer almışken, son yıllardaki çalışmalara göre bu bozukluğun yetişkinlik döneminde de devam ettiği kabul edilerek DSM-V’te ‘anksiyete bozukluğu’ grubuna dahil edilmiştir (American Psychiatric Association 2013).

Bağlanma davranışı sosyal ilişkilerin kurulmasında temel belirleyicidir. Kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü belirlemektedir (Bowlby 1973). Güvenli bağlanmanın oluşmadığı durumlarda daha sonraki yıllarda gözlenecek olan, kişiler arası ilişkinin azalması, sosyal çekilme ve kendi başına yaşamını sürdürememe gibi yeti kayıpları ortaya çıkabilir. Sosyal işlevsellik alanındaki yetersizlikler, tedavi uyumunu azaltmaktadır (Yıldız ve Ünal 2017). Bipolar bozukluk olguları üzerinde

bağlanma ile ilgili yapılan bir çalışmada zayıf ebeveyn ilişkisinin, yinelemeler ve tedavi uyumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Joyce 1984). Hastanın tedavisinin kesintiye uğraması ve yeniden hastaneye yatırılması hastane maliyetini de neredeyse beş kat arttırmaktadır (Svarstad, Shireman and Sweeney 2001). Diğer yandan bipolar bozukluk belirtilerine öncelik verilerek anksiyete bozuklukları ek tanısına yeterli özenin gösterilmemesi tedavinin gecikmesine, direnç oluşumuna, işlev yitimlerine ve yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olabilmektedir. Bipolar bozuklukla birlikte görülen anksiyete bozukluklarının erken dönemde tarama testleri kullanılarak tespit ve tedavi edilmesi bu anlamda büyük önem taşımaktadır (Tamam 2007).

Ruhsal bozukluklarda komorbidite varlığı, psikososyal işlevselliğin yitimine, özkıyım riskinin artmasına yani hastalığın seyrinin ve tedavisinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Kessler et al 2005). Yetişkin ayrılma anksiyetesine birinci eksen bozukluklarının eşlik etmesinin işlevselliği azalttığı belirtilmiştir (Shear, Jin, Ruscio, Walters and Kessler 2006; Pini et al 2010). İşlevselliğin korunması ve sürdürülmesi bipolar bozuklukta en önemli hedeflerdendir. Bu nedenle işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenip kontrol altına alınması birincil amaçtır.

Bipolar bozukluklarda belirtilerin öngörülmesi, relapsların önlenmesi ve tedavinin devamlılığı, hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir, olguların ataklarını azaltıp, yaşam kalitesini ve işlevsellik düzeyini arttırabilir.

Düşük yaşam kalitesi, psikopatolojinin bir nedeni ya da sonucu olabilmektedir. Bipolar bozukluk ve yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalarda hastaların normal bireylere göre fiziksel rollerini sürdürmelerinde meydana gelen güçlükler artmış, kişinin ortalama sağlık ve sosyal işlevsellik puanları oldukça düşük çıkmıştır (Namjoshi and Buesching, 2001). Hastalık nedeniyle işlev yitiminin ortaya çıkması bu hastaların daha donanımlı ve kaliteli bakım hizmetine ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Ayrıca bipolar olguların çocukları ebeveynlerinin tekrarlayan atak dönemlerindeki ve diğer zamanlardaki kalıntı belirtileri, psikososyal işlevselliklerinin bozulmasından olumsuz etkilenmektedir. Sağlıklı kontrol grubu ile bipolar bozukluk tanılı hastalar ve 16 yaş üstündeki sağlıklı çocuklarının bağlanma açısından ele alındığı bir

çalışmada ebeveynlerin hem kendilerinde, hem de çocuklarında güvensiz bağlanma ilişkisi daha sık bulunmuştur (Kökçü ve Kesebir 2010).

Ebeveyn-çocuk ilişkisinin düzenlenmesinde erken dönemde profesyonel kişiler tarafından verilen danışmanlığın etkili olduğu bilinmektedir. Başka bir deyişle başarısız bağlanma ilişkilerine müdahale edilebilirse bağlanma olumlu hale dönüşebilir.

Koruyucu ruh sağlığı alanında hemşirenin rolü oldukça önemlidir. Bipolar bozukluk hastalarına verilecek bakım; hastalık hakkında bilgilendirme, belirtileri önceden tanıyabilme, sosyal ve mesleki işlevsellikte iyileştirme alanlarına odaklanmalıdır. Gebelik ya da çocuk sahibi olmayı planlayan kadın-erkek bipolar hastaların çocuklarıyla doğru, güvenli bağlanma ilişkisi ve çocuk yetiştirme konusunda desteklenmeleri, meydana gelebilecek ayrılma anksiyetesi bozukluğunu önlemede rol oynayabilir. Ayrıca sağlıklı toplumsal ilişkiler kurabilmelerinde ve işlevselliklerinin artmasında yardımcı olabilir.

Bu araştırmanın amacı; bipolar bozuklukta ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesiyle ilişkili olup olmadığını incelemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk, düzensiz olarak yinelenen depresif, manik ya da her ikisini de kapsayan karma (mikst) dönemlerle seyreden, yineleme ve özkıyım riski nedeniyle işlevsellikte bozulma ve yeti yitimine yol açan süreğen bir hastalıktır. Bu dönemler arasında iyilik dönemleri olabilir, kişinin hiçbir belirtisi bulunmayabilir, duygudurumu sağlıklı haline dönebilir (Yüksel 2003; Çam ve Engin 2014).

### 2.2. TARİHÇE

Mani ve çökkünlük antik çağlardan beri bilinmektedir. Hipokrat, mani ve melankoli kavramından ilk kez İ.Ö. 5. yüzyılda bahsederek anksiyete ve depresif durumlar arasındaki bağlantıları tanımlamıştır (Kırlı 1999). Günümüzde mani ve depresyon dönemleri şeklindeki tanımlama, tarihte ilk kez Kapadokyalı Aretaeus tarafından yapılmıştır (Angst and Marneros, 2001). 1854'te Jules Beillarger "çift yönlü delilik" tanımını kullanarak mani ve depresyon arasında tekrarlayan kaymalara neden olan bir hastalık olduğunu açıklamıştır. Aynı yıl içinde Jean-Pierre Falret, bozukluk için benzer bir açıklama yaparak "döngüsel delilik" terimini kullanmıştır. 19. yüzyılda Fransız ve Alman psikiyatristler mani ve melankolinin çeşitli türlerini belirtmiş olsalar da Emil Kraepelin "demantia praecox (erken bunama)" ve "manik-depresif psikoz" olmak üzere ikiye ayırmıştır. Kraepelin hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını 'psikoz manik depresif' adı altında toplayan ve manik depresif hastalığı tanımlayan ilk kişi olmuştur. 1930'lu yıllarda Bleuler bu klinik tabloları "affektif bozukluklar" olarak isimlendirmiştir (Işık 1991).

1952'de Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geliştirilen DSM-I'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ilk defa "manik depresif reaksiyon" tanımlaması kullanılmıştır (Goodwin and Jamison 1990). 1970'li yıllarda bipolar bozukluk ve depresif bozukluk ayrı olarak ele alınmaya başlanmış olup DSM- III resmi sınıflama kapsamına alınmıştır. 1976'da ise kendi içinde bipolar bozukluk-I ve bipolar bozukluk-II olarak iki alt tipe ayrılmıştır (Dunner, Fleiss and

Fieve 1976). DSM-IV-TR’de “Duygudurum Bozuklukları” isimli bölümün başında ataklar tanımlandıktan sonra bölüm “Depresif Bozukluklar” ve “İki uçlu Bozukluklar” biçiminde iki alt gruba ayrılmıştır. DSM-V’te ise “Duygudurum Bozuklukları” bölümü kaldırılmış onun yerine “İki uçlu ve İlgili Bozukluklar” ve “Depresif Bozukluklar” ismiyle iki ayrı bölüm oluşturulmuştur.

### **2.3. EPİDEMIYOLOJİ**

Bipolar I ve II bozuklukları için yaşam boyu sıklık oranı %5’ e kadar yükselmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2015). Cinsiyet açısından kadın erkek oranı yaklaşık olarak 1,2/1’e eşittir (Joska and Stein, 2008; Townsend 2016). Bipolar spektrum bozukluklarının ortalama başlangıcı 20 yaş civarında olup, ülkemizde 23,8 ile 27,7 arasında değişmektedir (Gultekin, Kesebir ve Tamam 2014) . Bipolar tanısı almış erişkin hastaların 2/3’sinin belirtileri çocukluk çağı veya ergenlik döneminde başlamaktadır. Hastaların %20-30’unda ilk atak 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular %10 olarak bildirilmektedir (Bellivier et al 2003). Bu bozukluğa boşanmış veya bekâr olanlarda daha sık rastlanırken, ırka göre değişiklik göstermemektedir (Hilty, Leamon, Lim, Kelly and Hales 2006; Lieberman, Massey and Goodwin 2010). Yaşanılan çevrenin, atakların tekrarını etkileyebileceği öngörülmektedir. Nitekim bipolar bozukluk tanılı olguların kentlerde, kırsal alandan daha yüksek oranda olduğu görülmüştür (De Dios et al 2012; Gultekin ve ark, 2014).

Bipolar II bozukluğunun başlangıç yaşı biraz daha geç olup kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadın ve erkek arasında başlama yaşı açısından fark yoktur (Yazıcı 1997). Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha siktir (Öztürk ve Uluşahin 2015) .

### **2.4. ETİYOLOJİ**

Bipolar bozukluğun etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Araştırmalara göre en önemli nedenler, beyindeki kimyasal dengenin bozulması, kalıtsal faktörler ve çevresel stresörlerdir.

### **2.4.1. Genetik Etkenler**

Yapılan çalışmalar bipolar bozuklukta genetik geçişlilik olduğunu göstermektedir. BPB tanılı hastalarda yapılan aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü destekler niteliktedir. Bir metaanaliz çalışmasında bipolar bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında 4 kat daha fazla duygudurum bozukluğu gelişme riski olduğu belirtilmiştir (Lapalme, Hodgins and LaRoche 1997). Akrabalık derecesi azaldıkça bipolar bozukluğuna sahip olma olasılığı düşmektedir.

Bir gözden geçirme çalışmasında bipolar bozukluk riskinin monozigot ikizlerde %40-70, hastaların birinci dereceden akrabalarında %5-10; hastalarla kan bağı olmayanlarda %0,5-1,5 arasında olduğu bulunmuştur (Craddock and Jones 1999). İkiz çalışmalarında kalıtsallık oranı %80-90 arasında bulunmuştur (Shih, Belmonte and Zandi 2004). Evlat edinme çalışmalarında ise biyolojik anne babalarda hastalık oranı, evlat edinen anne babalardan daha yüksek bulunmuştur (Taner ve Yüksel 1998) (Kısa, Aydemir, Başterzi ve Tüzer 2004).

Genetik geçişin biçimi henüz aydınlatılamamıştır, ancak birçok mutasyona uğramış gen ve çevresel faktörlerle etkileşimin sonucunda oluşan heterojen bir hastalık olduğu ileri sürülmektedir (Taner ve Yüksel 1998) (Blackwood, Visscher and Muir 2001).

### **2.4.2. Biyokimyasal Etkenler**

Biyokimyasal çalışmalar daha çok norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), biyojenik aminler (GABA, dopamin) üzerinde yoğunlaşmıştır. Öncelikle monoamin transmitterlerden norepinefrin ve serotoninin işlev düzeninde bir bozukluk olabileceği fikri ortaya atılmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2015). Mani döneminde norepinefrin ve dopamin düzeyinin arttığı, depresif dönemde ise azaldığı ileri sürülmüştür (Yazıcı 1997). L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniyi tetiklemesi bu görüşü destekler niteliktedir (Sadock and Sadock 2007).

Yakın zamanlarda yapılan çalışmalar, başka bir nörotransmitter olan asetilkolin ile ilişkili olabileceğini vurgulamıştır. Kolinerjik ajanlar; mizaç, uyku,

elektroensefalogram ve nöroendokrin fonksiyon üzerinde etkili oldukları için, mani ve depresyon nedeninin, biyolojik aminlerle asetilkolin arasındaki dengesizlikten dolayı olduğu ileri sürülmüştür (Dubovsky, Davies and Dubovsky 2003).

### **2.4.3. Çevresel Etkenler**

Bipolar bozuklukta ilk ataklar genellikle stresörlerin etkisi ile ortaya çıkar. Bu zaman içinde atak geçirme ihtimalini ve daha sonra geçirilecek atakların frekanslarını arttırır. Bir diğer deyişle, olumsuz yaşam olaylarının sıklığı hastalık epizodlarının daha erken ortaya çıkmasına, zaman içinde daha sık aralıklarla görülmesine yol açar. Büyük olasılıkla erken yaşlarda deneyimlenen tetikleyici yaşam olayları, sadece önceden var olan yatkınlığı ortaya çıkarmaz, aynı zamanda bireyi gelecekteki nöbetler için de daha duyarlı ve kırılgan hale getirirler. Bu klinik gözleme kindling modeli (ateşleme modeli) denir (Uğur 2002; Çam ve Engin 2014). Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (Post 1992).

Garno ve ark'larının yaptıkları çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık yarısını çocukluk dönemi travmaları yaşadığı belirtilmiştir (Garno, Goldberg, Ramirez and Ritzler 2005). Ayrıca anne-babadan alınan ilgisizliği, çocukluk döneminde tacize uğrama, ailede ruhsal bozuklukların varlığı, aile içinde duyguların olumsuz yorumlanması ya da baskılanması bipolar bozukluğa neden olabilecek etkenlerdir (Hawke, Provencher and Parikh 2013).

Son yıllarda bipolar bozukluk etiolojisinde psikososyal teorilerden çok, biyolojik teorilerin önemli olduğu izlenimi vardır. Kesin olmamakla birlikte etiolojide hem biyolojik hem çevresel stresörlerin etkili olma olasılığı da mevcuttur (Towsend 2016).

### **2.4.4. Nöroanatomik Değişiklikler**

Bipolar bozukluk hastalarında subkortikal bölgeler başta olmak üzere beynin bazı alanlarında değişiklikler olduğu nörogörüntüleme çalışmaları sonucu tespit edilmiştir. Ventriküllerin çevresinde beyaz cevherde ve subkortikal bölgede gri cevherde hiperintens lezyonlar saptandığı bildirilmiştir. Bu lezyonların beynin

duygudurum düzenleyen bölgelerinin arasındaki iletişimi bozduğu düşünülmektedir (Brambilla, Glahn, Balestrieri and Soares 2005).

Yapılan çalışmalarda ön singulat hacminde ve gri cevher yoğunluğunda sağlıklı kontrollere göre belirgin azalma saptanmıştır. Lityum kullanan hastalarda ise böyle bir durum oluşmamıştır (Brambilla et al 2005).

#### **2.4.5. Endokrin Dizge**

Son yıllardaki çalışmalar hipotalamus- hipofiz- böbrek üstü bezi üzerine yöneliktir. Bipolar bozukluğu olan hastalarda kortikotropin salıveren hormon (CRH), adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol cevaplarında bozukluk bildirilmiştir. Manik hastalarda belirtiler ortaya çıkmadan önce CRH ve ACTH yanıtı yüksek bulunmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2015) .

#### **2.4.6. İmmünolojik Etkenler**

Bağışıklık sistemi tarafından üretilen İnterlökin (İL)-1, tümör nekrozis faktör (TNF), interferon alfa, beta, gama gibi sitokinlerin ayrıca nörotransmitter benzeri görevleri de bulunmaktadır. Artmış IL-1 serum düzeyi ile oluşan ‘hastalık davranışı sendromu” belirtileri, depresyonun bazı belirtilerine benzemektedir. Hem depresif hem manik dönemlerde hücrel bağışıklık artmaktadır (Işık 2003).

Bipolar bozukluğun patofizyolojisinde inflamasyonun da etkili olduğuna dair çalışmalar ve bulgular giderek artmaktadır.

### **2.5. TANILAMA**

#### **2.5.1. DSM-V’e Göre Tanılama ve Klinik Belirtiler**

İki uçlu (Bipolar) I Bozukluğu tanı kriterleri, en az bir manik epizod ve öncesinde ya da sonrasında bir hipomani veya bir depresyon dönemi yaşanması şeklindedir. İki uçlu (Bipolar) II Bozukluğu için ise manik epizod olmaksızın en az bir hipomani ve en az bir depresyon dönemi geçirilmiş olmalıdır (American Psychiatric Association 2013).



DSM–V “İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında şu tanımları getirmiştir ( Koroğlu 2013):

#### Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

- Bipolar Tip I Bozukluk
- Bipolar Tip II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk

Bipolar Bozukluk Tip I: En az bir mani döneminin geçirilmesi ile karakterizedir. Mani döneminin öncesinde veya sonrasında hipomani veya yeğin (majör) depresif epizodlar bulunabilir.

Bipolar Bozukluk Tip II: En az bir hipomani ve en az bir majör (yeğin) depresyon dönemi geçirilmiş olmalıdır. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

Siklotimi Bozukluğu: Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin en az iki yıl sürmesi (çocuk ve ergenlerde bir yıl) ve 2 aydan daha uzun süre devam eden iyilik halinin olmaması gerekmektedir.

Maddenin İlacın Yol Açtığı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Bir maddenin fizyolojik etkilerinin sonucu olarak ortaya çıkan artmış, iritabl duygudurumun olmasıdır. Alkol, amfetamin, halüsinojenler, opioid vb. maddelerden kaynaklanan zehirlenme tablosuyla ortaya çıkabilir. Aynı zamanda anestetikler, analjezikler, antihipertansifler ve antiülser ilaçlarının da duygudurumunu harekete geçirdiği bilinmektedir.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk: Herhangi özgül bir bipolar bozukluğun tanı kriterlerini karşılamayan; fakat kabarmış, taşkın, çabuk

kızan ve aşırı hareketlilik gibi bipolar özellikler gösteren bozukluklardır. Sosyal, mesleki ve diğer alanlarda işlevselliğin bozulmasına yol açar.

**Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Klinik yönden belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellik açısından azalmaya sebep olan, bipolar bozukluk tanısının özelliklerini taşıyan; fakat herhangi birinin tanısı için tanı kriterlerinin tam karşılanamadığı durumlar olarak adlandırılmıştır.

**Tanımlanmamış Bipolar ve İlişkili Bozukluk:** Bipolar ve ilişkili bozukluklardan herhangi birinin için tanısı için tanı kriterlerinin karşılanamadığı durumlardır. Sebebi klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (Koroğlu 2015).

### **2.5.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri**

Bipolar bozukluk (BB), ICD-10'da F-31 kodu ile yer almış olup başlıca dokuz tipi tanımlanmıştır:

- F31.0 BB, şimdiki nöbet hipomanik
- F31.1 BB, psikotik belirtisiz şimdiki nöbet manik
- F31.2 BB, psikotik belirtili şimdiki nöbet manik
- F31.3 BB, şimdiki nöbet hafif veya orta şiddetli depresyon
- F31.4 BB, şimdiki nöbet psikotik belirtisiz ağır depresyon
- F31.5 BB, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon
- F31.6 BB, şimdiki nöbet karışık
- F31.7 BB, remisyonda
- F31.8 BB, diğer
- F31.9 BB, tanımlanmamış

DSM-V, bipolar ve ilişkili bozuklukların gidiş belirleyicilerini; sıkıntılı-kaygılı, karma dönemler (manik dönem ya da depresif dönemle ilişkili), hızlı döngülü, melankolik, atipik, psikotik, katatonik, perinatal ve mevsimsel özellikler gösteren olarak belirlemiştir (Köroğlu 2013).

### **2.5.3. Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları**

#### **2.5.3.1. Sağlığı geliştirme-sürdürme**

Riskli Sağlık Davranışları

Sağlığı Etkisiz Yönetme

Travma Riski

#### **2.5.3.2. Beslenme**

Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az

Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Fazla

#### **2.5.3.3. Eliminasyon**

Üriner Boşaltımda Bozulma

Konstipasyon

#### **2.5.3.4. Aktivite/Dinlenme**

Uyku Örüntüsünde Bozukluk

Aktivite Planlamada Etkisizlik

Enerji Alanında Rahatsızlık

Kendini İhmal Etme

#### **2.5.3.5. Algı/ Biliş**

Çevreyi Yorumlamada Bozulma Sendromu

Bilgi Eksikliği

Bellekte Bozulma

Sözel İletişimde Bozulma

Düşünme Sürecinde Bozulma

#### **2.5.3.6. Kendini algılama**

Durumsal Düşük Benlik Saygısı Riski

Beden İmgesinde Rahatsızlık

Korku

Umutsuzluk

#### **2.5.3.7. Rol ilişkileri**

Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

Bağlanmada Yetersizlik Riski

Sosyal Etkileşimde Bozulma

#### **2.5.3.8. Cinsellik**

Cinsel Disfonksiyon

Cinsel Örüntülerinde Etkisizlik

#### **2.5.3.9. Başetme-stres toleransı**

Anksiyete

Etkisiz Bireysel Başetme

Karmaşık Acı Çekme

Etkisiz İnkâr

### **2.5.3.10. Güvenlik/Korunma**

İntihar Riski

Kendine Zarar Verme Riski

Yaralama Riski-Başkalarına Yönelik

Yaralama Riski-Kendine Yönelik

Zehirlenme Riski (Carpenito-Moyet ve Erdemir 2015)

## **2.6. GİDİŞ VE SONLANIM**

Bipolar bozukluğun yaklaşık olarak %20'si ergenlik döneminde başlar. Bipolar tip II bozukluğunun bipolar tip I bozukluğa göre daha geç başladığı bildirilmiştir (Köroğlu 2015). Hastaların büyük bir kısmı ilk mani döneminin öncesinde bir veya birkaç depresif atak geçirir (Goodwin and Jamison 1990) .

Erken yaşlarda başlayan bipolar bozuklukta kişi ilk hastalık döneminden sonra uzun yıllar hastalanmayabilir. Orta ve ileri yaşlarda ise duygudurum dönemlerinin araları kısalmır (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Yavaş başlayan ve devamlı bir gidiş gösteren siklotimi bozukluğu sonrasında bipolar tip II bozukluğun gelişme olasılığı %15-50'dir. Bipolar tip II bozukluğunun en sık görülen özelliklerinden biri dürtüselliktir. Bu da kişinin kendini öldürme girişimine ya da madde kullanım bozukluğuna neden olabilir (Köroğlu 2015). Bozukluğun hızlı döngülü seyretmesi, sonlanımın daha kötü olacağını göstermektedir.

Hastaların %25-50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu, bunların %8-19'unun da ölümle sonuçlandığı ortaya konmuştur (Marangell et al 2006; Latalova, Kamaradova and Prasko 2014). İşlevsellikte azalma, özkıyım için risk faktörüdür (Oquendo et al 2000) . Madde kötüye kullanımı da özkıyım riskini arttırmaktadır.

## 2.7. TEDAVİ

Tedavi şekli hastaya ve içinde bulunulan koşullara göre değişkenlik gösterebilir. Tek başına duygudurum dengeleyici ya da antipsikotiklerle birlikte kombine tedavi uygulanabilir. Antipsikotik seçiminde ikinci kuşak antipsikotikler tercih edilmelidir.

Koruyucu tedavide ise olası yeni atakların engellenmesi hedeflenir. Tedavide en çok tercih edilen ilaçlar, lityum, valproat, lamotrijin ve olanzapindir. Bununla birlikte, 1970'lerde lityum tedavisinin başlatılmasının, intiharı önlemedeki en önemli adım olduğu görülmektedir (Baldessarini et al 2006; Latalova et al 2014).

Elektrokonvülsif tedavi psikotik nitelikte, yoğun özkıyım düşüncesi olan depresif hastalarda, gebelerde ya da ilaç tedavisinden yanıt alınamayan dirençli durumlarda kullanılabilir (Işık ve Işık 2013). Ayrıca psikoeğitim programları ve bilişsel davranışçı teknikler hasta odaklı verimli yaklaşımlardır.

## 2.8. BİPOLAR BOZUKLUKTA KOMORBİDİTE

Ektanılı hastalarda; bipolar bozukluğun daha erken yaşta başladığı, psikotik özelliklerin daha şiddetli olduğu, hastanede yatarak tedavi görme sürelerinin daha uzun olduğu, iyileşme oranlarının düşük ve hızlı döngü oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Bipolar bozuklukta eşanı varlığı iyilik dönemlerini azaltmaktadır. En sık görülen psikiyatrik hastalıklar; anksiyete bozuklukları (sosyal fobi, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu vb) somatizasyon bozukluğu, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığıdır (Işık ve Işık 2013).

Bipolar bozukluğa en çok eşlik eden kronik hastalıklar, tip II diyabet, troid hastalıkları, migren ve kardiyovasküler bozukluklardır. Bu tip tanıların varlığının bipolar bozukluğun gidişini kötüleştirdiği öne sürülmektedir (Thompson, Kupfer, Fagiolini, Scott and Frank 2006).

Yapılan bazı çalışmalar yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun başka bir psikiyatrik bozukluğa eşlik etmesi durumunda tedavinin olumsuz etkilendiğini

göstermektedir (Kirsten, Grenyer, Wagner and Manicavasagar 2008; Aaronson et al 2008).

Kohlhoff, Barnett ve Eapen'in (2015) ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı alan anneler ile yaptıkları çalışmada, depresyon ve diğer Anksiyete bozuklukları riskinin arttığı ve bu annelerin kendi çocuklarında ebeveynleri tarafından doğru olmayan yöntemlerle yetiştirildiği öne sürülmüştür. Aynı çalışmada annelerin kendi çocuklarıyla güvensiz bağlanma biçimi kurarak bu ilişkinin aktarılabilirlik özelliği olabileceği de saptanmıştır. Maunder ve Hunter'ın (2001) yapmış olduğu çalışmada ebeveynlerin aşırı koruyucu davranış örüntülerinin güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkili olduğu ve çocukta ruhsal sıkıntılara neden olduğu bildirilmektedir. Bir başka çalışmada güvensiz bağlanan çocukların duygu düzenlenmesindeki problemler sebebiyle anksiyete belirtileri geliştirdikleri ileri sürülmektedir (Kerns and Brumariu 2014).

## **2.9. AYRILMA ANKSİYETESİ**

Bireyin, evden veya bağımlılık yaşadığı kişilerden ayrı kaldığında gelişim düzeyi ile uyumlu olmayan şekilde yoğun kaygı yaşaması durumudur. İlk 6 ay ile 18 ay arası doğal ve uyum sağlama süreci olarak kabul edildiğinden, verilen tepkiler normal sayılır. Ancak işlevselliğin bozulduğu durumlarda bozukluk olarak değerlendirilir. (APA 2013).

Çocuklarda toplumsal çekilme, ilgisizlik, üzüntü veya oyuna konsantrasyon güçlüğü görülebilir. Yaşa bağlı olarak, bireyler, hayvanlar, canavarlar, karanlık, hırsızlar, adam kaçıranlar, araba kazaları, uçak seyahati ve aileye veya kendilerine tehlike teşkil ettiği düşünülen diğer durumlardan korkabilirler. DSM-V'e göre ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı alabilmesi için bu durumun çocuklarda en az 4 haftadır, yetişkinlerde ise en az 6 aydır devam ediyor olması gerekmektedir (APA 2013).

Yetişkinlikteki ayrılma anksiyetesi, uyumakta zorluk çekmek, ev dışında başka bir yerde kalamama durumu, yanında güçlü hissettikleri bireylerle duygusal yakın ilişki kurup bağımlı hale gelme gibi belirtilerle ortaya çıkabilir. Bu durum kişinin

toplumsal sorumluluklarında, akademik başarısında ya da sosyal işlevsellik alanında azalmaya neden olur (APA 2013).

Bebeklerin 12 aydan önce, annelerinden ayrı kaldıklarında ayrılma anksiyetesi sergilemeleri olağandır. Genellikle erken çocukluk döneminde normal ayrılma anksiyetesi 3-5 yaşına doğru azalır. Fakat temel bağlanma figüründen ayrılmaya ilişkin anksiyete, gelişimsel açıdan uygunsuz ve aşırı olursa bir bozukluktan bahsedilmektedir (Kaplan, Sadock and Grebb 1994).

DSM-IV-TR kriterlerine göre ayrılma anksiyetesi, sadece çocukluk çağında görülen bozukluklar bölümünde yer alırken, DSM-V'te "Anksiyete bozuklukları" bölümüne kaydırılmış ve tanı ölçütlerinde, 18 yaşından önce başlamış olma vurgusu kaldırılmıştır. Ayrıca yetişkinler için süre kriteri (genellikle 6 ay veya daha fazla sürer) eklenmiştir (APA 2013).

## **2.10. EPİDEMİYOLOJİ**

Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerde görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun 12 aylık yaygınlığı % 0,9-1,9 arasında değişmektedir. Çocuklarda 6-12 aylık yaygınlık yaklaşık %4, ergenlerde, 12 aylık yaygınlık %1,6 civarındadır. Ayrılma kaygısı bozukluğu 12 yaşından küçük çocuklarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur. Erkek ve kız çocuklarda eşit oranda, yetişkin toplumda ise, kadınlarda daha sık görülmektedir (APA 2013). Shear ve arkadaşları (2006), yetişkin ayrılma anksiyetesinin yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6 olarak saptamışlardır. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunu işsizlik, eğitim düzeyinin düşük olması ve boşanma ile de ilişkili bulmuşlar ve kişinin günlük yaşamın işlevselliğini bozduğunu bildirmişlerdir. (Shear et al 2006).

## **2.11. ETİYOLOJİ**

Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun oluşumu daha çok bağlanma kuramı ile açıklanmaya çalışılmaktadır.



### 2.11.1. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, ayrılma anksiyetesini, erken gelişimde yer alan, bağlanma ilişkileri ile ilgili ve çocuğu tehlikeden koruyan uyumsal mekanizmaların ortaya çıktığını gösteren normal bir durum olarak tanımlamaktadır (Ainsworth 1982). Bağlanma kuramı, ayrılma anksiyetesini çocuğun anne ile olan bağlanma şeklinden kaynaklandığı, dış dünyaya ve diğer insanlara yönelik güven arayışının ve tehlike algısına neden olan deneyimlerin tetiklediği görüşünü desteklemektedir (Silove, Manicavasagar and Pini 2016).

Bağlanma çocuğun tepkilerindeki farklılıklara göre, güvenli ve güvensiz bağlanma olarak değerlendirmiştir. Bunlar güvenli, kaygılı–kararsız, kaygılı–kaçınmacı ve dağınık–yönü belirsiz olarak ayrılır.

Güvenli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olacağından, sıkıntı hissettikleri zamanlarda yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır (Bowlby 1977). Güvenli bağlanma, sosyal yetkinlik kazanılmasında ana unsurdur ve gelecek yaşam döneminde yeni yetkinlikler geliştirilebilir (Belsky et al 2006).

Kaygılı-kararsız bağlanma örüntüsü olan çocuklar, annelerinin istek ve ihtiyaçlarına yanıt vereceğinden emin olmayan çocuklardır (Bowlby 1977).

Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır (Bowlby 1958).

Dağınık-yönü belirsiz bağlanma örüntüsünde, stresle baş edememe, hareketlerde yavaşlama ya da donup kalma gibi durumlar mevcuttur. Altta yatan nedenin, ebeveynden korkma olduğu bildirilmiştir. Bu çocukların annelerinin psikiyatrik bozukluk oranı da yüksek olarak belirtilmiştir (Barnett and Vondra 1999).

Bartholomew ve Horowitz' e göre yetişkin bağlanma biçimleri dört gruba ayrılmıştır (Bartholomew 1990). Güvenli bağlanma biçimindeki bireyler, yakın ilişki kurma konusunda sıkıntı yaşamazlar ve değerlilik duygusu gelişmiştir. Kayıtsız bağlanma biçimindeki kişiler samimi ilişkilerden kaçınarak, özerklik ve incitilmezlik

duygularını geliştirerek kendilerini hayal kırıklıklarına karşı korumaktadırlar. Saplantılı bağlanma biçimi olan kişiler, çevresindekiler tarafından güven ve kabul kazanmak konusunda endişe duyarlar. Korkulu bağlanma biçimindeki bireylerde, diğerleri tarafından reddedilme ve değersizlik duygusu mevcuttur (Bartholomew and Horowitz 1991).

Bebeklik ve yetişkinlik dönemlerindeki bağlanma şekli arasında güçlü bir ilişki vardır. Bağlanma kuramına göre, anne-baba davranışları ve etkileşim biçimi sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları şekillendiren içsel çalışma modellerinin içeriğini oluşturur. Anne ve baba ile sağlıklı bir ilişkinin genç ve erişkin ruh sağlığında belirleyici rol oynadığı belirtilmiştir (LeCroy 1988).

Erken yaşlarda bağlanma ilişkisi zayıf olduğunda yaşamın ileriki yıllarında çeşitli psikiyatrik bozukluklara sebep olabilmektedir. Güvensiz bağlanma biçiminin anksiyete oluşumuna zemin hazırlayacağı ve anksiyete bozuklukları ile ilintili olabileceği öne sürülmüştür (Brumariu and Kerns 2010).

Ayrıca güvensiz bağlanmanın duyguların düzenlenmesi ile ilgili nörotransmitter sisteminde uzun süreli olumsuz etkiler oluşturarak hastalık sürecinin başlamasına neden olduğu öne sürülmüştür (Beeghly and Cicchetti 1994). Bipolar bozukluk hastalarında gözlenen kaygılı bağlanma biçimi, hastalığın (manik, depresif ve remisyon) tüm evrelerinde sağlıklı olgulardan daha sık bulunmuştur (Morriss, Gucht, Lancaster and Bentall 2009). Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn ve Sack (1997) tarafından yapılan bir çalışmada da çocukluk ayrılma anksiyetesinin yetişkinlikte anksiyeteyi ve duygudurum bozukluğuna duyarlılığı arttırdığı belirtilmiştir.

### **2.11.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım**

Kişiler, kontrol edemedikleri veya öngöremedikleri olaylarda daha çok anksiyete hissederler (Davison and Neale 2004). Kurama göre, bireyi rahatsız eden duygusal sıkıntılar, bireyin bilişsel yapısıyla ilişkili olup değerlendirme sürecindeki hata ya da eksikliklerden kaynaklanır. Kişinin algılama ve değerlendirmesini, zihnindeki

işlevsiz inançlar olumsuz etkiler. Bu durum anksiyete oluşmasına neden olabilir (Köroğlu 2011).

### **2.11.3. Psikodinamik Yaklaşım**

Psikodinamik kuram ve bağlanma kuramı, her iki kuram da çocuğun duygusal varlığının ve kendilik hissini gelişiminde ilk ilişkilerin yapılandırıcı olduğunu savunur.

Psikodinamik ekole göre çocukların ayrılma ve terk edilme kaygısı bilinçdışı mekanizmalarla ilişkilendirilmektedir. Anksiyetenin kaynağı, id-ego-süper ego arasında var olan ruhsal enerjinin denetimini sağlamak için ortaya çıkan çatışmalardır. Ayrılma kaygısı yaşayan latens dönemdeki çocukların hem anne-babalarının hem de kendilerinin bağımlı kişilik yapılarına sahip olduğu varsayılmaktadır. Freud'a göre ayrılma anksiyetesi ilk koruyucu nesne olan annenin kaybı ile açıklanır. Çocuk, bağlılık hissettiği nesneyi kaybetme korkusu yaşar ve bu korku yaşamının sonraki dönemlerinde de bir kaygıya sebep olur (Türkbay 1999).

Zihinselleştirme yeteneği ya da içsel psikolojik durumları zihinsel olarak temsil edebilme, önceden yaşanmış güvenli bir bağ sayesinde gerçekleşir ve sonraki dönemlerde kişinin duygularını kontrol altına alabilmesi ve kaygı anında kendini sakinleştirebilmesi ile yakından ilişkilidir (Fonagy, Gergely, Jurist and Target 2002; Liljenfors and Lundh 2015).

## **2.12. TANILAMA**

### **2.12.1. DSM-V'e Göre Tanılama**

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) için DSM-V tanı ölçütlerine ayrılma anksiyetesi tanısı konulabilmesi için aşağıdakilerden en az üçünün olması, gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürmesi gerekmektedir.

- Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.

- Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
- Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
- Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
- Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
- Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
- Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içeren karabasanlar görme,
- Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi) ilgili yakınmalarının olması (Köroğlu 2013).

## **2.12.2. Ayrılma Anksiyetesi Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları**

### **2.12.2.1. Sağlığın geliştirilmesi**

Kendi Sağlığını Etkisiz Yönetme

Eğlence Aktivitesinde Eksiklik

### **2.12.2.2. Eliminasyon**

İdrar Tutamama Riski

### **2.12.2.3. Aktivite/Dinlenme**

Uyku Örüntüsünde Bozulma

Kendini İhmal Etme

### **2.12.2.4. Algı/Biliş**

Sözel İletişimde Bozulma

### **2.12.2.5. Kendini algılama**

Bireysel Kimlik Tanımında Bozulma

### **2.12.2.6. Rol ilişkileri**

Ebeveynlikte Yetersizlik Riski

Sosyal Etkileşimde Bozulma

### **2.12.2.7. Başetme/Stres toleransı**

Etkisiz Başetme

Anksiyete

Korku

Sosyal İzolasyon (Carpenito-Moyet ve Erdemir 2015).

## **2.13. BİPOLAR BOZUKLUKTA İŞLEVSELLİK**

Ruhsal bozukluklarda eş tanı varlığının işlevsellikte ve hastalığın seyrinde bozulmaya neden olduğu ileri sürülmüştür (Kessler et al 2005). Çocukluk dönemini de kapsayan bir çalışmada çocukluk çağında anksiyete bozukluğu ya da depresyon tanısı konan çocuklarda erken yetişkinlik döneminde bipolar bozukluk gelişmesinin, diğer ruhsal bozukluklara oranla anlamlı ölçüde daha fazla olduğu saptanmıştır (Moreno et al 2007). Yapılan bir çalışmada çocukluk ve yetişkin ayrılma anksiyetesinde eş tanı varlığının yüksek oranda olduğu ve işlev yitimine yol açtığı vurgulanmıştır (Shear et al 2006; Pini et al 2010; D. M. Silove, Marnane, Wagner,

Manicavasagar and Rees 2010). Bu durum işlevselliği bozmakla birlikte psikiyatrik bozukluğun tedavisini de olumsuz etkileyebilmektedir.

Bipolar bozukluk ile en sık birlikte görülen bozukluklar anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Kessler, BD 2005). Boylan ve ark. (2004), 138 bipolar bozukluk hastasından %55,8'inde en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısı, %31,8'inde ise birden fazla anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmişlerdir. Yaşları 11-18 arasında değişen bipolar bozukluk tanılı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada olguların %56,7'sinde eştanı olarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun olduğu saptanmıştır (Çoşkun ve Zoroğlu 2016). Erken çocukluk döneminde anksiyete bildiren çocuk bipolar bozukluk olgularında, hastalık belirtilerinin ağır seyrettiği ve yetişkin dönemde bu durumun daha da ağırlaştığı vurgulanmaktadır. Dolayısıyla bipolar bozukluğa başka bir psikiyatrik bozukluğun eklenmesinin tabloyu kötüleştirdiği sonucuna varılmaktadır (Dickstein et al 2005).

Tekrarlayan bir hastalık niteliğinde olan bipolar bozukluk, kişilerin evlilik, çocukluk, sosyal ve iş hayatlarını olumsuz etkileyerek işlevselliklerini azaltmaktadır. Hastalığın seyri esnasında geçirilen epizod sayısı arttıkça işlevsellikte azalma devam etmekte, işlevsellikteki azalma da relaps riskini arttırmakta, hastanın toplumsal yaşama uyumunu zorlaşmaktadır (Rosa et al 2009; Barrera, Vázquez, Tannenhaus, Lolich and Herbst 2013). Bu nedenle bipolar bozukluğu olan hastaların birincil bakım ihtiyaçları daha çok psikiyatrik yardım ve sosyal işlevsellik alanlarıdır (Goossens, Knoppert-Van Der Klein, Kroon and Van Achterberg 2007). Sosyal işlevselliğin yeterli olması; bireyin çalışabilmesi, aile içi ve toplumsal ilişkileri sürdürebilmesi ve kendi bakımının sorumluluğunu üstlenebilmesi anlamına gelmektedir. Fakat bipolar bozukluk hastalarının yalnızca 1/3'ünün sosyal ve iş alanında sağlıklı dönemlerdeki işlevsellik düzeyine ulaşabildiği öne sürülmektedir (Huxley and Baldessarini 2007). Tek başına ilaç tedavisi alan bipolar bozukluk olgularında yapılan bir çalışmada, belirtiler gerilemiş olsa da işlevsellikteki kaybın devam ettiği görülmektedir (Ball, Mitchell, Malhi, Skillecorn and Smith 2003; Michalak, Yatham, Wan and Lam, 2005). Lauder, Berk, Castle, Dodd ve Berk'in (2010) bipolar bozukluğu olan hastalarla yapmış oldukları bir çalışmada psikososyal müdahalelerin, sosyal ve mesleki işlevselliği arttırdığı bildirilmiştir.

Başka bir çalışmada çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarının erken dönemde fark edilerek tedavi edilmeleri durumunda yetişkinlik döneminde psikiyatrik bozukluk gelişiminin önlenilebileceği görüşü savunulmuştur (Mohatt, Bennett and Walkup 2014). Bipolar bozukluk hastalarında belirtilerin öngörülmesi, hastalığın seyrinin kontrol edilmesi, relapsların önlenmesi ve mevcut tedavinin kesintisiz devamı, olguların daha az atak geçirmesini sağlayabilir, yaşam kalitesini ve işlevsellik düzeyini arttırabilir. Diğer yandan bipolar bozukluk belirtilerine öncelik verilerek anksiyete bozuklukları ek tanısına yeterli özenin gösterilmemesi tedavinin gecikmesine, direnç oluşumuna, işlev yitimlerine ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olmaktadır. Dolayısıyla işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenip kontrol altına alınması hemşirelik bakımın temel hedefidir (Brown, Stride, Psarou, Brewins and Thompson 2007).

#### **2.14. YAŞAM KALİTESİ**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıklarıdır (Testa and Simonson 1996). Diğer deyişle kişinin temel ihtiyaçlarının, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu imkânlardan faydalanmasıdır (Saraç ve ark 2007). Yaşam kalitesi, hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken, psikiyatride hastalığın belirtilerinden kaynaklı işlevsellikte azalmayı ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak değerlendirilmektedir (Katschnig 1997).

Kişisel ve sosyal değişkenler yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilir. Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda bu değişkenlerin etkisinin tanımlanması yaşam kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesi değerlendirilirken bağımsızlık, maneviyat ya da damgalanma gibi durumların da değerlendirilmesi önerilmektedir (Michalak, YL 2005). Bireylerin hastalıkları nedeniyle kendilerini damgalamaları ve özgüven eksikliği hissetmeleri, sosyal ortamlarda kaygı duymaya meyilli olmaları da yaşam kalitelerini belirgin düzeyde bozmaktadır. Ciddi bir ruhsal hastalığa sahip olmanın bireyin özgüveninin

azalmasına, yaşamını tek başına sürdürmeyle ilgili kaygı yaşamasına neden olduğu için bağımlılığını arttıracak göz önünde bulundurulmalıdır. Bipolar bozukluğa ayrılma anksiyetesi belirtilerinin eklenmesi bu durumu daha da zorlaştırarak iyileşme süresinin uzamasına ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Kessler et al 2005).

Anksiyete bozukluğu eş tanısı olan bipolar hastaların yaşam kalitesi açısından değerlendirildiği bir çalışmada yaşam kalitesinin tüm alanlarında daha düşük puan aldıkları saptanmıştır (Kauer-Sant'Anna et al 2007). Tekrarlayan ataklar ve iyilik halinin sürdüğü zamanlarda da var olan kalıntı belirtilerden dolayı psikososyal işlevsellik büyük oranda etkilenmektedir (Robb, Cooke, Devins, Young and Joffe 1997). Ebeveynin sosyal işlevselliği çocuğun güvensiz bağlanmasını en fazla etkileyen değişkenlerden biridir (Kökçü ve Kesebir 2010). Bipolar bozukluk olgularında işlevsel iyileşmenin tek ölçütünün yaşam kalitesinin artması olduğu bildirilmiştir (Yatham et al 2004).

## **2.15. BİPOLAR BOZUKLUKTA AYRILMA ANKSİYETESİ KOMORBİDİTESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI**

Hastanın kişisel ve ruhsal ihtiyaçlarının tespit edilip çözüme ulaştırılması, sosyal ve çevresel bakımına odaklanması psikiyatri hemşireliğinin en önemli amaçlarından biridir (Mahone 2004).

Hastanın olumlu kişilerarası ilişkiler oluşturabilmesi ve daha bağımsız işlev görmesi yaşam kalitesinin de artmasına yardımcı olmaktadır. Bipolar bozuklukta farmakolojik tedavi belirtileri azaltsa da, bu durum yaşam kalitesine yansımayaabilir. Hastanın kendi sağlık bakımını yürütebilmek için sorumluluk üstlenmesi, bağımsızlık kazanması, uygun öz bakım uygulamalarını geliştirmesi, yaşam kalitesinin artmasını ve sağlığın geliştirilmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastalar, duygularını ifade edebilmek ve sorun çözme yeteneklerini geliştirmek için kendilerine destek olacak kişilere ihtiyaç duyabilirler. Bu noktada hemşirelik uygulamaları kilit rol oynamaktadır (Brown e al 2007; Şenyuva 2007). Psikiyatri



hemşiresi, hastaların yaşamlarının kontrolünü üstlenmelerine yardım edebilir ve günlük yaşam aktivitelerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için teşvik edebilir.

Hasta eğitimi, psikiyatri hemşireliği uygulamasının temel komponentlerinden biridir (Yılmaz 2011). Bu noktada psikoeğitim, aile odaklı psikoreterapi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi, müzik terapi gibi psikososyal tedavi stratejileri bu boşluğu çözebilmektedir. Hastalığa bağlı özgül sorunlarla başa çıkma yeteneği kazanabilmeleri için, hem hastanın hem de ailenin psikoeğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir. Psikoeğitim yapan hemşirenin, özverili olması, aktif ve iyi bir dinleyici olması, güven duygusunu geliştirebilmesi gerekir (Şenyuva 2007). Psikoeğitimin, bireyin ilaca uyumunu arttırdığı, atakların belirtilerinin erken fark edilmesini sağladığı ve içgörüyü arttırdığı düşünülmektedir (Çakır ve Özerdem 2010).

Hastalık nedeniyle işlev yitiminin ortaya çıkması bu hastaların donanımlı ve kaliteli bakım hizmetine ihtiyacı olduğunu göstermektedir (Pınar 2002). Ruh sağlığı hemşireliği sadece tedavi değil, koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri de kapsamaktadır. Bipolar bozukluk hastalarına verilecek bakım; hastalık hakkında bilgilendirme, belirtileri önceden tanıyabilme, sosyal ve mesleki işlevsellikte iyileştirme alanlarına odaklanmalıdır (Babacan 2006). Bipolar bozukluk hastalarının çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, gebelik döneminde ve çocuklarını yetiştirirken güvenli bağlanma, ayrılma-bireyselleşme gibi konularda bilgilendirilmesi ve desteklenmesi yararlı olmaktadır (Kökçü ve Kesebir 2010).

### **3. GEREÇ YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ**

Bu araştırma, bipolar bozuklukta ayrılma anksiyetesini belirlemek, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkili olup olmadığını incelemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ**

Bu araştırma, Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 31.10.2016 tarihinde 71522473/050.01.04/175 protokol numarası ile onaylanmıştır (Ek 1).

#### **3.3. ÖRNEKLEM**

Araştırmaya Kasım 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve DSM-V tanı ölçütlerine göre bipolar bozukluk tanısı alıp remisyon evresinde olan, mental retarde olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaşları arasındaki 122 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, uygulamanın yaklaşık 25-35 dakika süreceği bildirilmiş ve Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak katılımları istenmiştir (Ek 2). Araştırmada kullanılan formlar katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Katılımcılardan 18 kişi soruların tamamına yanıt vermediği için çalışma dışında bırakılmıştır. Bu araştırmanın örnekleme gönüllü olup soruların tamamına yanıt veren 104 kişiden oluşmuştur.

##### **3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri**

- Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-V tanı kriterlerine göre bipolar bozukluk (ek tanı alanlar ve olmayanlar da dahil ) tanısı ile takip ediliyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,

- 18-65 yaş arasında olmak,
- En az iki aydır remisyon evresinde olmak,
- Öz bildirim ölçeklerindeki tüm sorulara yanıt vermek
- Okur-yazar olmak.

### **3.3.2. Araştırmaya Dahil Olmama Ölçütleri**

- Bilgilendirme formuna ve ayrıntılı açıklamalara rağmen çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- Öz bildirim ölçeklerini kendi başına anlayıp doldurmasına engel oluşturacak düzeyde bilişsel yetersizliği olmak,
- Hastalığın atak döneminde olmak,
- Öz bildirim ölçeklerindeki tüm sorulara yanıt vermemiş olmak,
- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak.

### **3.3.3. Örneklem Büyüklüğü**

Çalışmamız Kasım 2016 ile Mayıs 2017 tarihleri arasında yapıldığı için evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 104 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

## **3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR**

### **3.4.1. Görüşme Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formunda katılımcılardan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı bireyler, çocukluğunu geçirdikleri yer, şu anda yaşadıkları yer ve kronik bir fiziksel hastalığa sahip olma gibi konularda bilgi alınmıştır. Görüşme Formu EK 3'te verilmiştir.

### **3.4.2. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)**

Silove ve ark.'ları (1993) tarafından geliştirilen, yetişkinlerde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulayan 15 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek Diriöz ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirliği araştırılarak Türkçeye çevrilmiştir. Ayrılma anksiyetesi boyutu (7 madde), aile üyelerinden uzak kalamama boyutu (5 madde), okul fobisi boyutu(3 madde) şeklinde toplam 3 alt boyutlu 4'lü Likert tipinde (0= hiç hissetmedim- 3= çok sık hissettim) bir ölçektir. Uygulaması yaklaşık 5 dakika olup bireyin çocukluk döneminde yaşadığı ayrılık anksiyetesi belirtilerinin şiddetini saptamada kullanılmaktadır. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri için duyarlılığın %83, özgüllüğün %76 olduğu, "12 puan" (ham puan cinsinden) kesme noktası olarak belirlenmiştir (Diriöz, Alkın, Yemez, Onur ve Eminağaoğlu 2012).

### **3.4.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAAÖ)**

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 27 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenirliğini Diriöz ve ark.'ları (2012) tarafından yapılmıştır (Manicavasagar, Silove, Curtis and Wagner 2000). Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Cronbach Alfa değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçek 4'lü likert tipinde (0 "hiç hissetmedim" ile 3 "çok sık hissettim") olup öz bildirim niteliğindedir ve uygulaması 10-15 dakika sürmektedir. 25 puan ve üzeri alanların AAB kriterlerini karşılama olasılığı yüksektir (Diriöz ve ark 2012).

Bu ölçekle çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam eden veya ilk kez yetişkinlikte ortaya çıkan ayrılma anksiyetesi belirtileri sorgulanmakta ve şiddeti belirlenmektedir.

### **3.4.4. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ)**

Türkçe versiyonunun geçerlilik güvenirliği Aydemir ve ark.'ları (2007) tarafından yapılmış olan 52 maddelik bir öz bildirim ölçeği; duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, içe kapanıklık, damgalanma hissi, ev içi ilişkileri, arkadaşıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, iş, inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme şeklinde 11 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek 3'lü Likert tipinde olup maddeler "hayır ya da hiç" 1 puan, "kısmen ya da

bazen” 2 puan , “evet ya da her zaman” 3 puan verilerek hesaplanmıştır. Duygusal işlevsellik alt ölçeğinde; 1. ve 3. sorular, Zihinsel işlevsellik alt ölçeğinde 5. ve 7. Cinsel işlevsellik alt ölçeğinde 8., 10. ve 11. sorular, İş alt ölçeğinde ise 49., 50. ve 51. sorular ters puanlanmaktadır. Ayrıca İş alt ölçeğinde; ev hanımları ve işsiz olan hastaların puanları hesaplanmamaktadır. Ölçeğin kesme puanı olmayıp puan arttıkça işlevsellik yükselmektedir. Toplam ölçek cronbach alfa sayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

#### **3.4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 (SF-36)**

SF-36 bir öz bildirim ölçeği olup uygulaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel nedenlere bağlı rol kısıtlamaları ( 4 madde), duygusal nedenlere bağlı rol kısıtlamaları ( 3 madde), ruhsal sağlık (5 madde), enerji (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel olarak algılanması (5 madde) olmak üzere sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6’lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur. Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş olup Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ware and Sherbourne 1992; Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş 1999).

### **3.5. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME**

Çalışma verileri bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra istatistiksel analizleri SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Sürekli verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testiyle araştırılmış, normal dağılıma uyan ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız t testi, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi; normal dağılıma uymayan ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis

testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla olan grupların karşılaştırılması sonucunda aralarında istatistiksel olarak fark olması durumunda bu farklılığın hangi iki alt gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. 0-0,40 aralığı düşük derecede korelasyon, 0,41-0,70 aralığı orta derecede korelasyon, 0,71 ve üzeri iyi derecede korelasyon olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ BİPOLAR İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ VE KISA FORM 36 CRONBACH ALFA DEĞERLERİ

Tüm kullanılan ölçeklerin ve alt gruplarının cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği için toplam cronbach alfa değeri 0,89, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri için cronbach alfa değeri 0,93, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği için cronbach alfa değeri 0,94, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 ölçek alt boyutları için cronbach alfa değerleri 0,61-0,91 arasında değişmektedir. (Tablo 1).

**Tablo 1: Bipolar İşlevsellik Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ve SF- 36'nın Cronbach Alfa Değerleri**

Ölçekler	Alt boyutlar	Cronbach Alfa Değerleri
<b>Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği</b>	Duygusal işlevsellik	0,42
	Zihinsel işlevsellik	0,58
	Cinsel işlevsellik	0,81
	Damgalanma hissi	0,79
	İçe kapanıklık	0,59
	Ev içi ilişkiler	0,83
	Arkadaşlarıyla ilişkiler	0,80
	Toplumsal Etkinliklere katılım	0,81
	Günlük etkinlikler ve hobiler	0,54
	İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	0,65
	İş	0,54
	<b>Toplam Puan</b>	<b>0,89</b>
<b>Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri</b>	Ayrılma anksiyetesi	0,93
	Okul fobisi	0,72
	Aile üyelerinden uzak kalamama	0,78
	<b>Toplam Puan</b>	<b>0,93</b>
<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği</b>	<b>Toplam Puan</b>	<b>0,94</b>
<b>Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36</b>	Fiziksel fonksiyon	0,87
	Fiziksel rol güçlüğü	0,74
	Emosyonel rol güçlüğü	0,61
	Enerji/canlılık/vitalite	0,76
	Ruhsal sağlık	0,72
	Sosyal işlevsellik	0,65
	Ağrı	0,91
	Genel sağlık algısı	0,76

## 4.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri poliklinikleri takip edilen, daha önceden bipolar bozukluk tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan verileri uygun olan remisyon dönemindeki 104 hasta dahil edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması  $35,88 \pm 8,03$ 'dür. En küçüğü 18, en büyüğü 55 yaşındadır.

Hastaların %31,7'si erkek, %68,3'ü kadındır. Katılımcıların %24,0'ü bekâr, %51,9 evli, % 1'i eşinden ayrı yaşayan, %23,1'i ise dul veya boşanmıştır.

Hastalar birlikte yaşadıkları bireyler açısından incelendiğinde %15,42'ü yalnız, %6,7'si sadece eşiyile, %42,3'ü eş ve çocuklarıyla, % 28,8'i anne ve babasıyla ve %6,7'si diğer kişilerle yaşamaktadır.

Eğitim durumuna göre dağılımlarına bakıldığında %42,3'ü ilköğretim, %39,4'ü lise, %18,3'ü ise üniversite mezunudur. Katılımcılar arasında okuma-yazma bilmeyen yoktur.

Hastalara sahip oldukları çocuk sayısı sorulduğunda %27,4'ü tek, %45,2'si iki, % 25,8'i üç ve %1,6'sı ise dört çocuk sahibi olduğunu ifade etmiştir. Çocuk sahibi olmayan 42 (%40,4) katılımcı vardır.

Katılımcıların çocukluk dönemlerini geçirdikleri yere göre dağılımları incelendiğinde % 25'i köyde, %20,2'si ilçede, %54,8'i şehirde yaşadığını bildirmiştir. Şu anda yaşadıkları yere göre dağılımları ise %7,7 köy, %14,4 ilçe ve %77,9 şehir olarak belirlenmiştir.

Hastaların %14,4'ü kronik fiziksel bir hastalığa sahip olduğunu , %85,6'sı ise herhangi bir rahatsızlığı olmadığını bildirmiştir. Kronik rahatsızlığı olduğunu belirten hastaların tanıları sıklığına göre sırasıyla diabetes mellitus, hipertansiyon ve tiroid bozuklukları olarak belirtilmiştir (Tablo 2 ).



**Tablo 2: Bipolar Bozukluk Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları**

Özellikler		Ort±SD	
Yaş		35,88± 8,03	
		<b>Sayı (n=104)</b>	<b>Yüzde (%=100)</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	71	68,3
	Erkek	33	31,7
<b>Medeni durum</b>	Evli	54	51,9
	Bekar*	25	24,0
	Eşinden ayrı yaşayan	1	1,0
	Dul veya boşanmış	24	23,1
<b>Eğitim durumu</b>	İlköğretim	44	42,3
	Lise	41	39,4
	Üniversite mezunu	19	18,3
<b>Birlikte yaşadığı bireyler</b>	Yalnız	16	15,4
	Sadece eş	7	6,7
	Eş ve çocuklarıyla	44	42,3
	Anne-baba	30	28,8
	Diğer	7	6,7
<b>Sahip olduğu çocuk sayısı**</b>	Tek	17	27,4
	İki	28	45,2
	Üç	16	25,8
	Dört ve daha fazla	1	1,6
<b>Çocukluğunu geçirdikleri yer</b>	Köy	26	25,0
	İlçe	21	20,2
	Şehir	57	54,8
<b>Şu an yaşadığı yer</b>	Köy	8	7,7
	İlçe	15	14,4
	Şehir	81	77,9
<b>Kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumu</b>	Var	15	14,4
	Yok	89	85,6

\* Hiç evlenmemiş olanlar

\*\*n=62: Hiç çocuğu olmayanlar dahil edilmemiştir.

#### **4.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ' NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR**

Olguların AABE'den aldıkları toplam puanların ortalaması 19,25±11,47'dir. En az 0, en çok 42 puan alınmıştır. AABE puanı hastaların %,32,7'sinde düşük, %67,3'ünde yüksek bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetleri ile AABE'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, cinsiyet ile ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3: Cinsiyet ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Cinsiyet		Z	p*
	Kadın(n=33)	Erkek(n=71)		
	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	11,16±6,93	9,24±6,67	-1,35	0,17
Okul fobisi	3,30±2,41	2,96±2,14	-0,55	0,58
Aile üyelerinden uzak kalamama	5,69±3,66	5,06±3,53	-1,01	0,31
Ölçek Toplam Puan	20,16±11,63	17,27±11,04	-1,20	0,22

\*Mann Whitney U Test

Olguların medeni durumları ile AABE'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, medeni duruma göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Eşinden ayrı yaşayan 1 kişi olduğu için ortalamaya dahil edilmemiştir (Tablo 4).

**Tablo 4: Medeni Durum ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Medeni Durum			KW	p*
	Evli (n=54)	Bekar (n=25)	Dul veya Boşanmış (n=24)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	10,70±6,59	9,12±6,68	11,45±7,75	1,63	0,44
Okul fobisi	2,98±2,35	3,04±2,58	3,79±1,95	2,18	0,33
Aile üyelerinden uzak kalamama	5,59±3,70	5,48±4,13	5,12±2,90	0,10	0,94
Ölçek Toplam Puan	19,27±11,22	17,64±11,88	20,37±11,93	0,75	0,68

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların eğitim durumları ile AABE'den aldıkları toplam puan, ayrılma anksiyetesi ve okul fobisi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ( $p>0,05$ ) sadece aile üyelerinden uzak kalamama alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,01$ ). Yapılan ikili alt grup

karşılaştırmalarında (Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi) ilköğretim mezunlarına ait değerlerin yüksekliğinin farkın kaynağı olduğu saptanmıştır ( $p<0,017$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5:Eğitim Durumu ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri	Eğitim Durumu			KW	P*
	İlköğretim(n=44)	Lise(n=41)	Üniversite mezunu (n=19)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	11,52±6,48	9,95±7,27	9,63±6,97	1,60	0,44
Okul fobisi	3,45±2,37	3,12±2,23	2,78±2,46	1,20	0,54
Aile üyelerinden uzak kalamama	6,72±3,57	4,87±3,48	3,94±3,20	9,25	<b>0,01**</b>
Ölçek Toplam Puan	21,70±10,52	17,95±12,01	16,36±11,88	3,73	0,15

\*Kruskal Wallis Test

\*\*Farkın kaynağı ilköğretim mezunlarının ortalama puanlarının yüksekliğidir.

Hastaların birlikte yaşadıkları bireyler ile AABE'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, birlikte yaşadıkları bireylere göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6: Birlikte Yaşanılan Bireylere Göre Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Birlikte Yaşanılan Bireyler					KW	P*
	Yalnız (n=16)	Sadece Eş (n=7)	Eş-Çocuklar (n=44)	Anne-Baba (n=30)	Diğer (n=7)		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	11,81±7,01	11,00±9,94	10,52±6,11	9,53±7,43	11,85±6,61	1,51	0,82
Okul fobisi	3,56±2,52	3,14±2,19	2,84±2,42	3,23±2,11	4,57±2,22	3,70	0,44
Aile üyelerinden uzak kalamama	5,06±4,02	5,28±3,40	5,34±3,64	5,63±3,75	7,00±2,44	2,10	0,71
Ölçek Toplam Puan	20,43±12,9	19,42±14,7	18,70±10,6	18,40±12,01	23,42±8,84	1,14	0,88

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile AABE'nin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7: Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Sahip Olunan Çocuk Sayısı		Z	p*
	Tek (n=17)	İki veya Daha Fazla (n=45)		
	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	11,23±6,74	10,51±6,51	-0,34	0,73
Okul fobisi	3,00±2,59	3,15±2,20	-0,31	0,75
Aile üyelerinden uzak kalamama	5,47±3,92	5,35±3,29	-0,07	0,94
Ölçek Toplam Puan	19,70±11,44	19,02±10,73	-0,16	0,86

\*Mann Whitney U Test

Hastaların çocukluklarını geçirdikleri yer ile AABE'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, çocukluklarını geçirdikleri yere göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8: Çocukluklarını Geçirdikleri Yer ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Çocukluklarını Geçirdikleri Yer			KW	p*
	Köy(n=26)	İlçe(n=21)	Şehir(n=57)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	11,11±6,97	11,33±6,68	10,01±6,98	1,01	0,60
Okul fobisi	3,23±2,43	3,28±2,26	3,15±2,34	0,006	0,96
Aile üyelerinden uzak kalamama	6,73±3,37	5,33±3,32	4,98±3,74	4,15	0,12
Ölçek Toplam Puan	21,07±10,99	19,95±11,54	18,15±11,74	1,55	0,46

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların şu anda yaşadıkları yer ile AABE'nin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9: Şu Anda Yaşadıkları Yere Göre Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Şu Anda Yaşadıkları Yer			KW	p*
	Köy(n=8)	İlçe(n=15)	Şehir(n=81)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	8,37±6,54	10,20±6,76	10,83±6,97	0,84	0,65
Okul fobisi	2,37±1,84	2,26±2,31	3,45±2,33	4,29	0,11
Aile üyelerinden uzak kalamama	5,62±2,77	6,26±3,67	5,33±3,69	0,90	0,63
Ölçek Toplam Puan	16,37±8,74	18,73±11,29	19,62±11,81	0,45	0,79

\*Kruskal Wallis Test

Hastalarda kronik fiziksel bir hastalığının varlığı ile AABE'nin alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10: Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları	Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumu		Z	p*
	Var (n=15)	Yok (n=89)		
	X±SS	X±SS		
Ayrılma anksiyetesi	13,06±6,37	10,13±6,90	-1,49	0,13
Okul fobisi	3,66±1,83	3,12±2,40	-0,86	0,38
Aile üyelerinden uzak kalamama	5,80±2,11	5,43±3,81	-0,61	0,53
Ölçek Toplam Puan	22,53±9,08	18,69±11,78	-1,27	0,20

\*Mann Whitney U Test

#### **4.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR**

Olguların YAAÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $34,13±16,99$ 'dur. En az 3, en çok 81 puan alınmıştır. YAAÖ puanı hastaların %33,7'sinde düşük, %66,3'ünde yüksek bulunmuştur.

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik verilerine göre YAAÖ puanları karşılaştırılacaktır.

Kadınların YAAÖ puan ortalaması 35,14±15,47, erkeklerin ise 31,96±19,96'dır. Hastaların cinsiyetlerine göre YAAÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p >0,05 ) (Tablo 11).

**Tablo 11: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Durumlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Cinsiyet						X <sup>2</sup>	p**
	Erkek		Kadın		Toplam			
	n	%*	n	%*	n	%*		
Düşük	15	42,9	20	57,1	35	100	3,01	0,11
Yüksek	18	26,1	51	73,9	69	100		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Ki-Kare Testi

Evlilerin YAAÖ'den aldıkları puanların ortalaması 34,53±15,59, bekarların 33,36±21,63, dul veya boşanmışların 34,04±14,88'dir. Hastaların medeni durumlarına göre YAAÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p >0,05 ) (Tablo 12).

**Tablo 12: Medeni Durum ile Yetişkin Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Medeni Durum			KW	p*
	Evli (n=54)	Bekar(n=25)	Dul veya Boşanmış(n=24)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
	34,53±15,59	33,36±21,63	34,04±14,88		

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların eğitim durumları ile YAAÖ'den aldıkları puanlar karşılaştırılmış, eğitim durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,01). Yapılan ikili alt grup karşılaştırmalarında (Bonferoni

düzeltilmeli Mann Whitney U Testi) farkın kaynağının ilköğretim mezunlarına ait değerlerin yüksekliği olduğu saptanmıştır ( $p < 0,017$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13: Eğitim Durumu ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Eğitim Durumu			KW	p*
	İlköğretim (n=44)	Lise (n=41)	Üniversite Mezunu (n=19)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
	39,72±14,95	30,85±17,57	28,26±17,15	8,22	0,01

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların birlikte yaşadıkları bireylere göre YAAÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14: Birlikte Yaşanılan Bireylere Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Birlikte Yaşanılan Bireyler					KW	p*
	Yalnız (n=16)	Sadece Eş (n=7)	Eş- Çocuklar (n=44)	Anne- Baba (n=30)	Diğer (n=7)		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
	32,31±20,89	30,85±18,06	33,81±14,91	34,70±17,28	41,14±20,48	1,49	0,82

\*Kruskal Wallis Test

Olguların sahip oldukları çocuk sayısı ile YAAÖ puanları karşılaştırılmış, sahip oldukları çocuk sayısına göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15: Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Sahip Olunan Çocuk Sayısı		Z	p*
	Tek (n=17)	İki veya Daha Fazla(n=45)		
	X±SS	X±SS		
	33,94±15,38	34,60±15,55	-0,07	0,94

\*Mann Whitney U Test

Hastaların çocukluklarını geçirdikleri yer ile YAAÖ puanları karşılaştırılmış, çocukluklarını geçirdikleri yere göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo-16).

**Tablo 16: Çocukluklarını Geçirdikleri Yere Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Çocukluklarını Geçirdikleri Yer			KW	p*
	Köy(n=26)	İlçe(n=21)	Şehir(n=57)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
	39,53±14,56	34,19±14,79	31,64±18,39		

\*Kruskal Wallis Test

Olguların şu anda yaşadıkları yer ile YAAÖ puanları karşılaştırılmış, şu anda yaşadıkları yere göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17: Şu Anda Yaşadıkları Yere Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Çocukluklarını Geçirdikleri Yer			KW	p*
	Köy(n=8)	İlçe(n=15)	Şehir(n=81)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
	40,62±18,04	31,86±13,40	33,91±17,51		

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumu ile YAAÖ puanları karşılaştırılmış, kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumuna göre ölçeğin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).



**Tablo 18: Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumu		Z	p*
	Yok (n=89)	Var (n=15)		
	X±SS	X±SS		
	33,40±17,54	38,46±12,85	-1,31	0,18

\*Mann-Whitney U Test

#### **4.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR**

Katılımcıların BBIÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 103,89±14,61 olup en düşük katılımcı puanı 70, en yükseği ise 136'dır. Olguların cinsiyetleri ile BBIÖ toplam puanı karşılaştırıldığında, cinsiyet ile toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ). Cinsiyet ile tüm alt ölçeklerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyete göre ev içi ilişkiler alt boyutunun puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,007$ ,  $t=-2,81$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19: Cinsiyet Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=71)	Erkek(n=33)		
	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	7,80±1,27	7,51±1,41	-0,99	0,32
Zihinsel işlevsellik	9,92±1,65	9,93±2,03	0,02	0,97
Cinsel işlevsellik	8,80±2,41	9,45±2,52	1,26	0,20
Damgalanma hissi	7,38±2,39	7,0±2,62	-0,70	0,48
İçe kapanıklık	6,70±1,35	6,36±1,57	-1,07	0,28
Ev içi ilişkiler	14,88±2,74	13,03±3,30	-2,81	<b>0,007</b>
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,54±2,33	9,60±2,57	-1,79	0,07
Toplumsal etkinliklere katılım	12,23±3,56	12,51±3,36	0,38	0,70
Günlük etkinlikler ve hobiler	13,40±2,79	11,75±2,59	-2,86	0,005
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,87±1,71	5,75±1,96	-0,30	0,76
İş	7,77±2,08	7,81±2,35	0,09	0,92
Ölçek Toplam Puan	105,35±13,06	100,75±17,28	-1,50	0,13

\*Bağımsız T-Test

Hastaların medeni durumları ile BBIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05, t=1,57$ ). Eşinden ayrı yaşayan kişi sayısı 1 olduğu için ortalamaya dahil edilmemiştir. (Tablo 20).

**Tablo 20: Medeni Durum ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Medeni Durum				
	Evli (n=54)	Bekar (n=25)	Dul veya Boşanmış (n=24)		
	X±SS	X±SS	X±SS	F	p *
Duygusal işlevsellik	7,70±1,29	7,72±1,54	7,75±1,18	0,10	0,95
Zihinsel işlevsellik	9,90±1,69	10,20±2,02	9,74±1,72	0,36	0,77
Cinsel işlevsellik	9,35±2,29	9,00±2,69	8,41±2,43	1,74	0,16
Damgalanma hissi	7,64±2,34	7,44±2,51	6,33±2,49	2,28	0,08
İçe kapanıklık	6,72±1,32	6,56±1,78	6,37±1,31	0,38	0,76
Ev içi ilişkiler	14,70±2,68	13,64±3,22	14,08±3,62	0,74	0,52
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,57±2,36	10,20±2,39	9,79±2,48	2,22	0,09
Toplumsal etkinliklere katılım	12,55±3,66	12,68±3,55	11,62±2,94	1,00	0,39
Günlük etkinlikler ve hobiler	13,48±3,03	12,52±2,45	11,95±2,51	1,88	0,13
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,79±1,66	5,44±1,85	6,20±1,91	1,84	0,14
İş	7,66±2,24	8,36±2,17	7,50±1,95	0,82	0,48
Ölçek Toplam Puan	106,11±13,01	103,76±17,28	99,79±14,52	1,57	0,20

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların eğitim durumları ile BBIÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Eğitim durumları ile inisiyatif alma-potansiyelini kullanma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,05$ ). İnisiyatif alma alt boyutunda 3 grup arasında anlamlı fark görülmesine rağmen Bonferroni düzeltmeli iki alt grup karşılaştırmalarında gruplar arasında farklılık bulunmamıştır ( $p >0,05$ ). (Tablo 21).

**Tablo 21: Eğitim Durumu ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Eğitim Durumu			F	p*
	İlköğretim (n=44)	Lise (n=41)	Yüksek okul- Üniversite (n=19)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	7,56±1,26	7,73±1,37	8,00±1,33	0,71	0,49
Zihinsel işlevsellik	9,63±1,77	10,14±1,81	10,15±1,64	1,07	0,34
Cinsel işlevsellik	8,97±2,28	8,90±2,72	9,31±2,31	0,18	0,82
Damgalanma hissi	6,81±2,33	7,58±2,65	7,57±2,29	1,22	0,29
İçe kapanıklık	6,65±1,42	6,58±1,51	6,47±1,30	0,11	0,89
Ev içi ilişkiler	14,25±3,34	14,31±2,75	14,36±3,05	0,01	0,98
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,43±2,49	10,09±2,55	10,15±2,14	0,21	0,80
Toplumsal etkinliklere katılım	12,65±3,46	11,87±3,57	12,52±3,42	0,56	0,57
Günlük etkinlikler ve hobiler	13,13±3,12	12,95±2,72	12,15±2,24	0,81	0,44
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,34±1,49	6,17±2,01	6,26±1,72	3,05	<b>0,05</b>
İş	7,61±2,13	7,73±2,25	8,31±2,02	0,71	0,49
Ölçek Toplam Puan	103,09±14,00	104,09±16,24	105,31±12,74	0,15	0,85

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların birlikte yaşadıkları bireyler ile BBİÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış; ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.(p>0,05) (Tablo 22).

**Tablo 22: Birlikte Yaşanılan Bireylere Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Birlikte Yaşanılan Bireyler					F	p*
	Yalnız (n=16)	Sadece eş (n=7)	Eş- Çocuklar (n=44)	Anne- Baba (n=30)	Diğer (n=7)		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	7,87±1,08	8,14±1,57	7,68±1,27	7,56±1,47	7,71±1,38	0,33	0,85
Zihinsel işlevsellik	10,12±1,54	9,71±1,60	9,90±1,74	9,80±2,09	10,42±1,27	0,24	0,91
Cinsel işlevsellik	8,75±1,87	10,00±2,58	9,29±2,16	8,70±2,79	8,14±3,67	0,81	0,52
Damgalanma hissi	6,25±2,29	8,14±3,02	7,63±2,22	7,06±2,53	7,14±3,28	1,21	0,31
İçe kapanıklık	6,25±1,12	6,85±0,69	6,86±1,28	6,30±1,78	6,71±1,70	1,01	0,40
Ev içi ilişkiler	14,00±3,88	15,57±2,07	14,65±2,77	13,70±3,17	14,00±2,82	0,80	0,52
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,06±1,65	10,57±2,69	10,63±2,31	10,06±2,70	8,71±3,19	1,06	0,37
Toplumsal etkinliklere katılım	12,25±2,76	13,71±6,18	12,31±3,24	12,43±3,47	10,71±3,49	0,65	0,62
Günlük etkinlikler ve hobiler	12,31±2,65	14,85±3,76	13,13±2,74	12,53±2,95	12,14±1,34	1,35	0,25
İnisiyatif alma-potansiyelinin kullanımı	6,31±2,05	5,71±2,13	5,70±1,60	5,50±1,75	7,14±1,77	1,58	0,18
İş	8,12±2,15	7,71±2,36	7,72±2,09	7,66±2,17	8,00±2,88	0,14	0,96
Ölçek Toplam Puan	102,31±12,46	111,00±13,72	105,56±12,21	101,33±17,94	100,85±18,22	0,90	0,46

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile BBIÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış; ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.( $p>0,05$ ) (Tablo-23).

**Tablo 23. Sahip Olunan Çocuk Sayısı ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sahip Olunan Çocuk Sayısı		t*	p
	Tek (n=17)	İki veya daha fazla (n=45)		
	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	7,35±1,45	7,73±1,21	-1,04	0,30
Zihinsel işlevsellik	9,58±2,06	9,88±1,64	-0,59	0,55
Cinsel işlevsellik	8,70±2,41	9,08±2,39	-0,56	0,57
Damgalanma hissi	7,17±2,67	7,11±2,29	0,09	0,92
İçe kapanıklık	6,35±1,57	6,82±1,23	-1,23	0,22
Ev içi ilişkiler	13,82±3,52	14,55±3,03	-0,81	0,42
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,35±2,87	10,20±2,49	0,20	0,83
Toplumsal etkinliklere katılım	12,64±3,87	11,73±2,94	0,99	0,32
Günlük etkinlikler ve hobiler	12,11±2,64	13,11±2,75	-1,28	0,20
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,82±1,94	5,97±1,78	-0,29	0,76
İş	7,35±1,16	7,51±2,28	-0,27	0,78
Ölçek Toplam Puan	101,29±16,04	103,73±13,37	-0,60	0,54

\*Bağımsız T-Test

Olguların çocukluklarını geçirdikleri yer ile BBIÖ puanları karşılaştırıldığında, çocukluklarını geçirdikleri yere göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24: Çocukluklarını Geçirdikleri Yer ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Çocukluklarını Geçirdikleri Yer			F	p*
	Köy (n=26)	İlçe (n=21)	Şehir (n=57)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	7,69±1,19	7,52±1,47	7,78±1,33	0,31	0,73
Zihinsel işlevsellik	9,84±1,78	9,66±1,55	10,07±1,85	0,43	0,64
Cinsel işlevsellik	8,42±2,45	8,57±2,33	9,43±2,45	1,98	0,14
Damgalanma hissi	7,23±2,19	7,61±2,41	7,14±2,61	0,28	0,75
İçe kapanıklık	7,07±1,46	6,47±1,24	6,42±1,45	2,00	0,14
Ev içi ilişkiler	14,96±2,93	14,80±2,54	13,80±3,21	1,67	0,19
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,19±2,66	10,28±2,36	10,26±2,40	0,01	0,99
Toplumsal etkinliklere katılım	11,76±3,01	11,85±3,42	12,75±3,70	0,95	0,39
Günlük etkinlikler ve hobiler	12,34±2,60	13,47±1,77	12,91±3,20	0,93	0,39
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,69±1,54	6,28±2,05	5,73±1,79	0,83	0,43
İş	7,50±2,35	7,85±2,28	7,89±2,05	0,30	0,73
Ölçek Toplam Puan	102,73±14,66	104,42±11,25	104,22±15,82	0,10	0,89

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların şu an yaşadıkları yer ile BBIÖ puanları karşılaştırıldığında, şu an yaşadıkları yere göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25: Şu An Yaşadıkları Yere Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Şu An Yaşadıkları Yer			F	p*
	Köy (n=8)	İlçe (n=15)	Şehir (n=81)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	8,12±0,99	7,33±1,34	7,74±1,33	1,02	0,36
Zihinsel işlevsellik	10,12±1,95	9,93±1,57	9,91±1,80	0,05	0,95
Cinsel işlevsellik	8,00±2,61	9,73±2,12	8,97±2,48	1,34	0,26
Damgalanma hissi	7,75±1,98	7,60±2,13	7,14±2,57	0,37	0,68
İçe kapanıklık	6,87±1,35	7,13±1,35	6,46±1,44	1,54	0,21
Ev içi ilişkiler	15,00±2,61	14,80±2,30	14,13±3,20	0,52	0,59
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,50±2,26	11,40±2,26	10,01±2,45	2,13	0,12
Toplumsal etkinliklere katılım	14,37±4,17	12,40±2,50	12,11±3,54	1,55	0,21
Günlük etkinlikler ve hobiler	13,25±2,60	14,00±3,35	12,64±2,72	1,55	0,21
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,12±1,55	5,33±1,79	6,00±1,79	1,57	0,21
İş	6,25±2,86	8,53±2,09	7,80±2,04	3,03	0,06
Ölçek Toplam Puan	105,37±15,96	108,20±7,11	102,95±15,46	0,85	0,42

\*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumları ile BBİÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26: Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Bipolar işlevsellik Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumu		t	p*
	Var (n=15)	Yok(n=89)		
	X±SS	X±SS		
Duygusal işlevsellik	7,80±1,26	7,69±1,33	0,29	0,77
Zihinsel işlevsellik	9,53±1,45	10,00±1,81	-0,94	0,34
Cinsel işlevsellik	9,60±1,76	8,91±2,54	1,30	0,20
Damgalanma hissi	7,80±2,73	7,16±2,42	0,91	0,36
İçe kapanıklık	6,73±0,88	6,57±1,50	0,57	0,56
Ev içi ilişkiler	14,26±3,63	14,30±2,95	-0,03	0,97
Arkadaşlarıyla ilişkiler	9,53±2,32	10,37±2,45	-1,23	0,22
Toplumsal etkinliklere katılım	12,06±3,76	12,37±3,45	-0,29	0,77
Günlük etkinlikler ve hobiler	12,93±2,76	12,87±2,85	0,07	0,94
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanma	5,00±1,88	5,97±1,74	-1,87	0,07
İş	6,86±1,30	7,94±2,24	-1,80	0,07
Ölçek Toplam Puan	102,13±13,74	104,19±14,80	-0,50	0,61

\*Bağımsız T-Test

#### **4.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR**

Bu bölümde olguların sosyo-demografik bilgilerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 puanları karşılaştırılmıştır.



Hastaların cinsiyetleri ile SF-36 alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27: Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Cinsiyet		Z	P*
	Kadın(n=71)	Erkek(n=33)		
	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	80,28±18,00	83,63±21,69	-2,01	0,06
Fiziksel rol güçlüğü	56,69±37,78	68,18±34,38	-1,46	0,14
Emosyonel rol güçlüğü	39,45±36,22	47,47±37,29	-1,00	0,31
Enerji/canlılık/vitalite	51,12±19,78	53,33±20,29	-0,45	0,65
Ruhsal sağlık	50,53±11,41	47,87±15,53	-0,60	0,54
Sosyal işlevsellik	58,33±22,80	56,81±28,31	-0,03	0,97
Ağrı	72,35±25,24	69,16±32,61	-0,02	0,98
Genel sağlık algısı	56,83±18,20	56,66±20,75	-0,05	0,95

\*Mann-Whitney U Test

Hastaların medeni durumları ile SF-36 alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmış, medeni duruma göre ölçeğin alt boyut puan, ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 28: Medeni Durum ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Medeni Durum			KW	p*
	Evli (n=54)	Bekar (n=25)	Dul veya Boşanmış (n=24)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	80,74±17,38	79,80±23,65	84,79±18,73	1,69	0,42
Fiziksel rol güçlüğü	55,09±37,42	71,00±32,01	63,54±38,29	3,23	0,19
Emosyonel rol güçlüğü	47,54±34,64	41,33±41,14	31,94±34,72	3,27	0,19
Enerji/canlılık/vitalite	52,31±18,65	56,40±22,93	46,45±18,97	2,38	0,30
Ruhsal sağlık	50,96±10,74	49,92±15,62	47,00±14,26	1,50	0,47
Sosyal işlevsellik	61,18±21,59	54,50±28,61	54,68±26,53	1,06	0,58
Ağrı	69,35±25,62	79,10±30,32	67,50±29,39	4,70	0,09
Genel sağlık algısı	56,85±17,35	62,00±21,98	52,29±18,11	3,68	0,15

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların birlikte yaşadıkları bireyler ile SF-36 alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmış, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 29).

**Tablo 29: Hastaların Birlikte Yaşadığı Bireyler ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Birlikte Yaşanılan Bireyler					KW	p*
	Yalnız (n=16)	Sadece Eş (n=7)	Eş- Çocuklar (n=44)	Anne-Baba (n=30)	Diğer (n=7)		
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	82,81±25,29	83,57±11,44	81,25±16,60	80,66±20,03	79,28±25,88	1,88	0,75
Fiziksel rol güçlüğü	68,75±37,08	64,28±37,79	52,27±38,43	65,83±35,64	64,28±31,81	3,57	0,46
Emosyonel rol güçlüğü	33,33±36,51	47,76±26,35	46,21±36,80	35,55±37,07	57,14±41,78	4,02	0,40
Enerji/canlılık/vitalite	52,81±18,88	57,14±17,04	51,13±19,25	50,16±21,55	55,71±25,07	0,95	0,91
Ruhsal sağlık	45,00±15,62	50,28±8,28	50,81±10,93	49,20±14,09	54,85±15,44	2,28	0,68
Sosyal işlevsellik	57,03±25,40	64,85±14,04	61,93±21,38	54,16±27,13	42,85±34,50	3,13	0,53
Ağrı	72,50±31,68	82,50±18,02	69,77±23,78	69,66±31,51	74,64±35,51	2,35	0,67
Genel sağlık algısı	48,74±18,21	60,71±14,55	56,36±18,31	58,33±18,99	67,14±25,47	4,35	0,36

\*Kruskal Wallis Test

Eğitim durumları ile SF-36 puanları karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ( $p < 0,05$ ), emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 30 ).

Alt boyutlardaki farklılığın incelenmesi için yapılan ikili alt grup karşılaştırmalarında (Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U Testi) fiziksel fonksiyon alt boyutundaki farklılığın ilköğretim ve lise mezunlarına ait değerlerin düşük olmasından; fiziksel rol güçlüğü alt boyutundaki farklılığın ise ilköğretim mezunlarına ait değerlerin ayrı ayrı lise ve üniversite mezunlarına ait değerlerden düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ( $p < 0,017$ ).

Ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarında her üç grup arasında istatistiksel fark saptanmış olsa da ikili alt grup karşılaştırmalarında (Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,017$ ) (Tablo 30).

**Tablo 30: Eğitim Durumları ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Eğitim Durumu			KW	p*
	İlköğretim (n=44)	Lise (n=41)	Üniversite Mezunu(n=19)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	75,68±21,20	85,60±17,86	85,26±13,89	8,15	<b>0,01</b>
Fiziksel rol güçlüğü	44,88±38,34	71,95±34,09	71,05±26,69	12,57	<b>0,01</b>
Emosyonel rol güçlüğü	37,90±34,93	47,96±39,47	38,59±33,81	1,54	0,46
Enerji/canlılık/vitalite	50,34±19,33	52,43±20,43	53,94±20,71	0,48	0,78
Ruhsal sağlık	46,90±14,41	51,60±11,44	52,00±11,15	2,86	0,23
Sosyal işlevsellik	56,05±24,42	58,84±26,69	59,86±20,65	0,82	0,66
Ağrı	64,65±27,42	74,08±29,46	80,92±20,78	6,55	<b>0,03</b>
Genel sağlık algısı	51,93±19,11	60,48±19,64	60,00±15,00	6,08	<b>0,04</b>

\*Kruskal Wallis Test

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile SF-36 alt boyut aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmış, çocuk sayısına göre SF-36 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 31).

**Tablo 31: Sahip Oldukları Çocuk Sayısı ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Sahip Olunan Çocuk Sayısı		Z	p*
	Tek (n=17)	İki veya Daha Fazla(n=45)		
	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	83,23±15,60	80,88±17,13	-0,50	0,61
Fiziksel rol güçlüğü	58,82±34,16	53,33±39,74	-0,46	0,64
Emosyonel rol güçlüğü	41,17±36,38	43,72±36,82	-0,27	0,78
Enerji/canlılık/vitalite	44,70±19,15	50,55±19,48	-0,91	0,36
Ruhsal sağlık	45,41±15,02	50,48±10,96	-1,15	0,24
Sosyal işlevsellik	55,88±32,51	58,97±20,31	-0,07	0,94
Ağrı	67,79±30,06	67,05±24,57	-0,38	0,70
Genel sağlık algısı	54,11±17,96	55,66±18,29	-0,19	0,84

\*Mann- Whitney U Test

Çocukluklarını geçirdikleri yere göre SF-36 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ( $p < 0,05$ ), fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 32 ).

Alt boyutlardaki farklılığın incelenmesi için yapılan ikili alt grup karşılaştırmalarında (Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi) fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarındaki farklılığın, çocukluğunu köyde yaşamış olanların fiziksel rol güçlüğü puanlarının, şehirde geçirenlerin ise emosyonel rol güçlüğü puanlarının daha düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ( $p < 0,017$ ).

**Tablo 32: Çocukluklarını Geçirdikleri Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Çocukluklarını Geçirdikleri Yer			KW	p*
	Köy(n=26)	İlçe(n=21)	Şehir(n=57)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	77,69±16,32	85,47±13,12	81,49±22,03	5,00	0,08
Fiziksel rol güçlüğü	44,23±32,64	60,71±35,85	67,54±37,48	8,51	<b>0,01</b>
Emosyonel rol güçlüğü	44,87±36,44	63,49±37,86	32,76±33,04	10,34	<b>0,01</b>
Enerji/canlilik/vitalite	51,73±23,57	50,00±17,10	52,54±19,29	0,14	0,92
Ruhsal sağlık	51,07±12,86	52,19±8,98	48,14±13,97	1,16	0,56
Sosyal işlevsellik	51,44±22,45	61,90±24,51	59,28±25,33	3,33	0,18
Ağrı	64,90±31,20	72,26±25,42	73,94±26,76	1,82	0,40
Genel sağlık algısı	53,84±18,61	57,61±17,43	57,80±19,79	1,82	0,40

\*Kruskal Wallis Testi

Şuan yaşadıkları yerler ile SF-36 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ( $p<0,05$ ), emosyonel rol güçlüğü enerji/canlilik, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Alt boyutlardaki farklılığın incelenmesi için yapılan ikili alt grup karşılaştırmalarında (Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi) fiziksel rol güçlüğü alt boyutundaki farklılığın, köyde yaşayanların puanlarının şehirde yaşayanlardan; sosyal işlevsellik alt boyutundaki farklılığın köyde yaşayanların puanlarının ilçede yaşayanlardan düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ( $p<0,017$ ).

Fiziksel fonksiyon alt boyutunda her üç grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmışsa da ikili alt grup karşılaştırmalarında (Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U Testi) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,017$ ).

**Tablo 33: Şu An Yaşadıkları Yere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Şu an Yaşadıkları Yer			KW	p*
	Köy(n=8)	İlçe(n=15)	Şehir(n=81)		
	X±SS	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	68,75±21,83	78,00±19,62	83,20±18,56	6,51	<b>0,03</b>
Fiziksel rol güçlüğü	31,25±32,04	55,00±33,00	64,19±37,06	6,71	<b>0,03</b>
Emosyonel rol güçlüğü	33,33±35,63	48,88±35,33	41,57±37,10	1,01	0,60
Enerji/canlılık/vitalite	44,37±17,20	56,66±15,43	51,66±20,76	2,54	0,28
Ruhsal sağlık	51,00±7,92	53,33±11,38	48,88±13,46	1,40	0,49
Sosyal işlevsellik	42,18±23,08	69,16±24,94	57,30±23,91	7,26	<b>0,02</b>
Ağrı	51,56±29,69	71,33±27,31	73,30±27,11	4,98	0,08
Genel sağlık algısı	50,00±15,81	60,33±14,93	56,79±19,86	1,87	0,39

\*Kruskal Wallis Testi

Kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumu ile SF-36 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumuna göre fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinin puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 34 ).

**Tablo 34: Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Puanlarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Alt Boyutları	Kronik Fiziksel Bir Hastalık Sahibi Olma Durumu		Z	p*
	Var (n=15)	Yok (n=89)		
	X±SS	X±SS		
Fiziksel fonksiyon	76,66±22,49	82,13±18,63	-1,16	0,24
Fiziksel rol güçlüğü	41,66±39,71	63,48±35,76	-1,99	<b>0,04</b>
Emosyonel rol güçlüğü	48,95±39,60	40,82±36,15	-0,90	0,36
Enerji/canlılık/vitalite	46,33±15,17	52,75±20,49	-1,19	0,23
Ruhsal sağlık	49,86±10,12	49,66±13,30	-0,04	0,96
Sosyal işlevsellik	60,83±23,55	57,34±24,81	-0,56	0,57
Ağrı	63,50±30,20	72,66±27,17	-1,28	0,19
Genel sağlık algısı	57,00±20,77	56,74±18,75	-0,06	0,95

\*Mann Whitney U Testi

#### **4.7. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR**

BBİÖ ile AABE arasındaki ilişki incelenmiştir. AABE'nin ayrılma anksiyetesi alt boyut puanı ile BBİÖ'nün toplam puanı ( $r=-0,24$   $p=0,01$ ), damgalanma hissi ( $r=-0,25$ ,  $p=0,01$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r= -0,20$   $p=0,03$ ) ve toplumsal etkinlikler ( $r= -0,28$   $p<0,001$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

AABE'nin aile üyelerinden uzak kalamama alt boyut puanı ile BBİÖ'nün zihinsel işlevsellik ( $r=-0,19$   $p=0,04$ ) alt boyutu arasında da istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir. AABE'nin okul fobisi alt boyut puanı ile BBİÖ'nün toplam puanı ( $r=-0,37$   $p<0,001$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=-0,27$   $p=0,01$ ), içe kapanıklık ( $r=-0,24$   $p=0,01$ ), damgalanma hissi ( $r=-0,26$ , $p=0,01$ ), ev içi ilişkiler ( $r=-0,22$   $p=0,02$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=-0,32$   $p=0,01$ ), ve toplumsal etkinliklere

katılım ( $r=-0,30$ ,  $p=0,001$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

AABE toplam puanı ile BBİÖ'nün toplam puanı ( $r=-0,25$   $p=0,01$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=-0,27$   $p=0,03$ ), damgalanma hissi ( $r=-0,25$   $p=0,01$ ) ve toplumsal etkinliklere katılım ( $r=-0,22$   $p=0,01$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Tablo 35).

**Tablo 35: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Arasındaki İlişki**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği	Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri				Toplam Puan
		Ayrılma anksiyetesi	Aile üyelerinden uzak kalamama	Okul fobisi	
Duygusal işlevsellik	<b>r*</b> <b>p</b>	0,03 0,73	-0,08 0,42	-0,17 0,07	-0,04 0,68
Zihinsel işlevsellik	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,14 0,15	-0,19* <b>0,04</b>	-0,27 <b>0,01</b>	-0,20 <b>0,03</b>
Cinsel işlevsellik	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,11 0,23	-0,15 0,12	-0,08 0,41	-0,13 0,17
İçe kapanıklık	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,04 0,62	-0,02 0,78	-0,24 <b>0,01</b>	-0,08 0,37
Damgalanma hissi	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,25 <b>0,01</b>	-0,15 0,11	-0,26 <b>0,01</b>	-0,25 <b>0,01</b>
Ev içi ilişkileri	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,04 0,67	-0,13 0,17	-0,22 <b>0,02</b>	-0,11 0,25
Arkadaşıyla ilişkiler	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,20 <b>0,03</b>	-0,01 0,94	-0,32 <b>0,01</b>	-0,18 0,06
Toplumsal etkinliklere katılım	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,28 <b>&lt;0,001</b>	0,01 0,91	-0,30 <b>0,001</b>	-0,22 <b>0,01</b>
Günlük etkinlikler ve hobiler	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,08 0,37	0,07 0,45	-0,13 0,16	-0,05 0,56
İnisiyatif alma - potansiyelini kullanabilme	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,05 0,57	-0,02 0,76	-0,16 0,10	-0,07 0,44
İş	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,19 0,06	-0,03 0,73	-0,14 0,15	-0,15 0,11
Ölçek Toplam Puan	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,24 <b>0,01</b>	-0,10 0,29	-0,37 <b>&lt;0,001</b>	-0,25 <b>0,01</b>

\*Pearson Korelasyon Testi



#### 4.8. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde BBİÖ ile YAAÖ puanları karşılaştırılmıştır.

YAAÖ toplam puanı ile BBİÖ toplam puanı ( $r=-0,28$   $p=0,04$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=-0,29$   $p=0,003$ ), cinsel işlevsellik ( $r=-0,23$   $p=0,01$ ) ve ev içi ilişkiler ( $r=-0,22$   $p=0,02$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Tablo 36).

**Tablo 36: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği İle Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği Arasındaki İlişki**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği		Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği
		Toplam Puan
Duygusal işlevsellik	<b>r*</b>	-0,14
	<b>p</b>	0,13
Zihinsel işlevsellik	<b>r*</b>	-0,29
	<b>p</b>	<b>0,003</b>
Cinsel işlevsellik	<b>r*</b>	-0,23
	<b>p</b>	<b>0,01</b>
İçe kapanıklık	<b>r*</b>	-0,17
	<b>p</b>	0,08
Damgalanma hissi	<b>r*</b>	-0,17
	<b>p</b>	0,08
Ev içi ilişkileri	<b>r*</b>	-0,22
	<b>p</b>	<b>0,02</b>
Arkadaşıyla ilişkiler	<b>r*</b>	-0,16
	<b>p</b>	0,09
Toplumsal etkinliklere katılım	<b>r*</b>	-0,13
	<b>p</b>	0,18
Günlük etkinlikler ve hobiler	<b>r*</b>	-0,06
	<b>p</b>	0,53
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanabilme	<b>r*</b>	-0,13
	<b>p</b>	0,17
İş	<b>r*</b>	-0,08
	<b>p</b>	0,36
<b>Ölçek Toplam Puan</b>	<b>r*</b>	-0,28
	<b>p</b>	<b>0,004</b>

\* Pearson Korelasyon Testi

#### **4.9. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR**

Bu bölümde AABE ile SF- 36 puanları karşılaştırılmıştır.

AABE'nin ayrılma anksiyetesi alt boyut puanı ile SF-36'nın fiziksel rol güçlüğü ( $r=-0,20$   $p=0,03$ ), enerji/ canlılık/ vitalite ( $r=-0,20$   $p=0,03$ ), ruhsal sağlık ( $r=-0,31$   $p=0,001$ ) ve genel sağlık algısı ( $r=-0,31$   $p=0,001$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

AABE'nin aile üyelerinden uzak kalamama alt boyut puanı ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon ( $r=-0,30$   $p=0,002$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $r=-0,28$   $p=0,003$ ), ağrı ( $r=-0,26$   $p=0,01$ ) ve genel sağlık algısı ( $r=-0,21$   $p=0,02$ ) alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

AABE'nin okul fobisi alt boyut puanı ile SF-36'nın enerji/canlılık/vitalite ( $r=-0,20$   $p=0,03$ ), ruhsal sağlık ( $r=-0,30$   $p=0,002$ ), sosyal işlevsellik ( $r=-0,20$   $p=0,03$ ), ağrı ( $r=-0,19$   $p=0,04$ ) ve genel sağlık algısı ( $r=-0,27$   $p=0,005$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır..

AABE toplam puanı ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon ( $r=-0,21$   $p=0,03$ ), fiziksel rol güçlüğü ( $r=-0,23$   $p=0,01$ ), enerji/canlılık/vitalite ( $r=-0,19$   $p=0,04$ ), ruhsal sağlık ( $r=-0,30$   $p=0,001$ ), ağrı ( $r=-0,22$   $p=0,02$ ) ve genel sağlık algısı ( $r=-0,31$   $p=0,001$ ) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır. (Tablo-37).

**Tablo 37: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 Arasındaki İlişki**

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36									
Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji/Canlılık	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
Ayrılma anksiyetesi	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,14 0,13	-0,20 0,03	-0,07 0,43	-0,20 0,03	-0,31 0,001	-0,02 0,84	-0,17 0,07	-0,31 0,001
Aile üyelerinden uzak kalamama	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,30 0,002	-0,28 0,003	0,004 0,96	-0,09 0,34	-0,18 0,06	-0,15 0,12	-0,26 0,01	-0,21 0,02
Okul fobisi	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,14 0,15	-0,10 0,27	-0,12 0,22	-0,20 0,03	-0,30 0,002	-0,20 0,03	-0,19 0,04	-0,27 0,005
Ölçek Toplam Puan	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,21 0,03	-0,23 0,01	-0,07 0,48	-0,19 0,04	-0,30 0,001	-0,10 0,30	-0,22 0,02	-0,31 0,001

\* Pearson Korelasyon Testi

#### 4.10. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

YAAÖ ile SF-36 puanları arasındaki ilişki incelenmiştir.

YAAÖ ile SF-36'nın fiziksel rol güçlüğü ( $r=-0,30$   $p=0,002$ ), enerji/canlılık ( $r=-0,21$   $p=0,02$ ), ruhsal sağlık ( $r=-0,29$   $p=0,003$ ), sosyal işlevsellik ( $r=-0,25$   $p=0,008$ ) ve genel sağlık algısı ( $r=-0,26$   $p=0,006$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde düşük düzeyde; fiziksel fonksiyon ( $r=-0,44$   $p<0,001$ ) ve ağrı ( $r=-0,45$   $p<0,001$ ) alt boyutları arasında ise negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 38).

**Tablo 38: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36 Arasındaki İlişki**

		Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form-36							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji/Canlılık	ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel sağlık algısı
<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği</b>	<b>r*</b>	-0,44	-0,30	-0,06	-0,21	-0,29	-0,25	-0,45	-0,26
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	0,52	<b>0,02</b>	<b>0,003</b>	<b>0,008</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,006</b>

\* Pearson Korelasyon Testi

#### 4.11. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

YAAÖ'nün AABE alt boyutlarından ayrılma anksiyetesi ( $r= 0,72$   $p<0,001$ ), aile üyelerinden ayrı kalamama ( $r=0,77$   $p<0,001$ ) ile ölçek toplam puanı ( $r=0,79$   $p<0,001$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi düzeyde ilişki; okul fobisi ( $r=0,57$ ,  $p<0,001$ ) alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 39).

**Tablo 39: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ile Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri Arasındaki İlişki**

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Alt Boyutları					
		Ayrılma anksiyetesi	Aile üyelerinden uzak kalamama	Okul Fobisi	Toplam Puan
<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği</b>	<b>r*</b>	0,72	0,77	0,57	0,79
	<b>p</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*Pearson Korelasyon Test

#### 4.12. BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM 36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde BBİÖ ile SF-36 puanları karşılaştırılmıştır.

BBİÖ toplam puanı ( $r=0,32$   $p=0,001$ ), duygusal işlevsellik ( $r=0,33$   $p<0,001$ ), cinsel işlevsellik ( $r=0,26$   $p=0,01$ ), damgalanma hissi ( $r=0,28$   $p= 0,01$ ), ev içi ilişkiler ( $r=0,32$   $p<0,001$ ), inisiyatif alma ( $r=0,21$   $p= 0,02$ ) alt boyut puanları ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki; zihinsel işlevsellik ( $r=0,43$   $p<0,001$ ) alt boyut puanı ile fiziksel fonksiyon alt boyut puanı arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

BBİÖ'nün zihinsel işlevsellik ( $r=0,31$   $p=0,001$ ), cinsel ilişki ( $r=0,20$   $p=0,03$ ) ve inisiyatif alma ( $r=0,21$   $p=0,02$ ) alt boyut puanları ile SF-36'nın fiziksel rol güçlüğü

alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir.

BBİÖ toplam puanı ( $r=0,29$   $p=0,01$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=0,24$   $p=0,01$ ), damgalanma hissi ( $r=0,37$   $p<0,001$ ) ve arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=0,21$   $p=0,02$ ) alt boyut puanları ile SF-36'nın emosyone rol güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

BBİÖ'nün duygusal işlevsellik ( $r=0,38$   $p<0,001$ ), cinsel işlevsellik ( $r=0,31$   $p=0,01$ ), damgalanma hissi ( $r=0,40$   $p<0,001$ ), içe kapanıklık ( $r=0,34$   $p<0,001$ ), ev içi ilişkiler ( $r=0,24$   $p=0,01$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=0,27$   $p=0,01$ ), toplumsal etkinliklere katılım ( $r=0,25$   $p=0,01$ ) ve iş ( $r=0,20$   $p=0,04$ ) alt boyut puanları ile SF-36'nın enerji/canlılık/vitalite alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki; BBİÖ toplam puanı ( $r=0,48$   $p<0,001$ ) ve zihinsel işlevsellik ( $r=0,48$   $p<0,001$ ) alt boyut puanları ile SF-36'nın enerji/canlılık/vitalite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

BBİÖ toplam puanı ( $r=0,53$   $p<0,001$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=0,42$   $p<0,001$ ) ve damgalanma hissi ( $r=0,48$   $p<0,001$ ) alt boyut puanları ile SF-36 ruhsal sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; duygusal işlevsellik ( $r=0,31$   $p=0,001$ ), cinsel işlevsellik ( $r=0,22$   $p=0,02$ ), içe kapanıklık ( $r=0,34$   $p<0,001$ ), ev içi ilişkiler ( $r=0,32$   $p<0,001$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=0,33$   $p<0,001$ ), toplumsal etkinliklere katılım ( $r=0,26$   $p=0,01$ ), günlük etkinlikler ve hobiler ( $r=0,26$   $p=0,01$ ) ve iş ( $r=0,24$   $p=0,01$ ) alt boyut puanları ile SF-36 ruhsal sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

BBİÖ toplam puanı ( $r=0,47$   $p<0,001$ ), duygusal işlevsellik ( $r=0,44$   $p<0,001$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=0,50$   $p<0,001$ ), cinsel işlevsellik ( $r=0,41$   $p<0,001$ ), içe kapanıklık ( $r=0,43$   $p<0,001$ ) ve ev içi ilişkiler ( $r=0,48$   $p<0,0019$ ) alt boyut puanları ile SF-36 sosyal işlevsellik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde; damgalanma hissi ( $r=0,24$   $p=0,01$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=0,22$   $p=0,02$ ) alt boyut puanları ile SF-36 ruhsal sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

BBIÖ toplam puanı ( $r=0,46$   $p<0,001$ ), duygusal işlevsellik ( $r=0,41$   $p<0,001$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=0,51$   $p<0,001$ ) ve ev içi ilişkiler ( $r=0,49$   $p<0,001$ ) alt boyut puanları ile SF-36 ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde; cinsel işlevsellik ( $r=0,33$   $p=0,01$ ), damgalanma hissi ( $r=0,25$   $p=0,01$ ), içe kapanıklık ( $r=0,40$   $p<0,001$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=0,23$   $p=0,01$ ) ve inisiyatif alma ( $r=0,25$   $p=0,01$ ) alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

BBIÖ toplam puanı ( $r=0,51$   $p<0,001$ ), zihinsel işlevsellik ( $r=0,50$   $p<0,001$ ), damgalanma hissi ( $r=0,51$   $p<0,001$ ) alt boyut puanları ile SF-36 genel sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; duygusal işlevsellik ( $r=0,37$   $p<0,001$ ), cinsel işlevsellik ( $r=0,20$   $p=0,03$ ), içe kapanıklık ( $r=0,33$   $p<0,001$ ), ev içi ilişkiler ( $r=0,30$   $p<0,001$ ), arkadaşlarıyla ilişkiler ( $r=0,34$   $p<0,001$ ), günlük etkinlikler ve hobiler ( $r=0,20$   $p=0,04$ ) ve iş ( $r=0,29$   $p=0,01$ ) alt boyut puanları ile SF-36 genel sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (Tablo 40).

**Tablo 40: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 Arasındaki İlişki**

Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği		Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Enerji/Canlılık	Ruhsal sağlık	Sosyal işlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
Duygusal işlevsellik	<b>r*</b> <b>p</b>	0,33 <b>&lt;0,001</b>	0,15 0,11	0,12 0,22	0,38 <b>&lt;0,001</b>	0,31 <b>0,001</b>	0,44 <b>&lt;0,001</b>	0,41 <b>&lt;0,001</b>	0,37 <b>&lt;0,001</b>
Zihinsel işlevsellik	<b>r*</b> <b>p</b>	0,43 <b>&lt;0,001</b>	0,31 <b>0,001</b>	0,24 <b>0,01</b>	0,48 <b>&lt;0,001</b>	0,42 <b>&lt;0,001</b>	0,50 <b>&lt;0,001</b>	0,51 <b>&lt;0,001</b>	0,50 <b>&lt;0,001</b>
Cinsel işlevsellik	<b>r*</b> <b>p</b>	0,26 <b>0,01</b>	0,20 <b>0,03</b>	0,7 0,47	0,31 <b>0,01</b>	0,22 <b>0,02</b>	0,41 <b>&lt;0,001</b>	0,33 <b>0,01</b>	0,20 <b>0,03</b>
Damgalanma hissi	<b>r*</b> <b>p</b>	0,28 <b>0,01</b>	0,17 0,07	0,37 <b>&lt;0,001</b>	0,40 <b>&lt;0,001</b>	0,48 <b>&lt;0,001</b>	0,24 <b>0,01</b>	0,25 <b>0,01</b>	0,51 <b>&lt;0,001</b>
İçe kapanıklık	<b>r*</b> <b>p</b>	0,31 <b>&lt;0,001</b>	0,01 0,98	0,15 0,11	0,34 <b>&lt;0,001</b>	0,34 <b>&lt;0,001</b>	0,43 <b>&lt;0,001</b>	0,40 <b>&lt;0,001</b>	0,33 <b>&lt;0,001</b>
Ev içi ilişkileri	<b>r*</b> <b>p</b>	0,32 <b>&lt;0,001</b>	0,14 0,14	0,15 0,11	0,24 <b>0,01</b>	0,32 <b>&lt;0,001</b>	0,48 <b>&lt;0,001</b>	0,49 <b>&lt;0,001</b>	0,30 <b>&lt;0,001</b>
Arkadaşlarıyla ilişkiler	<b>r*</b> <b>p</b>	0,09 0,34	-0,02 0,83	0,21 <b>0,02</b>	0,27 <b>0,01</b>	0,33 <b>&lt;0,001</b>	0,22 <b>0,02</b>	0,23 <b>0,01</b>	0,34 <b>&lt;0,001</b>
Toplumsal etkinliklere katılım	<b>r*</b> <b>p</b>	-0,05 0,57	-0,09 0,35	0,16 0,10	0,25 <b>0,01</b>	0,26 <b>0,01</b>	0,06 0,49	0,06 0,54	0,18 0,06

**Tablo 40: Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği İle Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 Arasındaki İlişki (Devamı)**

Günlük etkinlikler ve hobiler	<b>r*</b>	0,08	-0,01	0,17	0,15	0,26	0,15	0,05	0,20
	<b>p</b>	0,39	0,94	0,08	0,11	<b>0,01</b>	0,10	0,56	<b>0,04</b>
İnisiyatif alma-potansiyelini kullanabilme	<b>r*</b>	0,21	0,21	0,15	0,14	0,19	0,17	0,25	0,18
	<b>p</b>	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	0,12	0,13	0,06	0,07	<b>0,01</b>	0,06
İş	<b>r*</b>	0,04	-0,12	0,05	0,20	0,24	0,08	0,18	0,29
	<b>p</b>	0,06	0,22	0,57	<b>0,04</b>	<b>0,01</b>	0,40	0,06	<b>0,01</b>
Ölçek Toplam Puan	<b>r*</b>	0,32	0,12	0,29	0,48	0,53	0,47	0,46	0,51
	<b>p</b>	<b>0,001</b>	0,19	<b>0,01</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>

\*Pearson Korelasyon Testi

## 5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluğu olan hastalarda ayrılma anksiyetesinin hastaların işlevsellik düzeylerine ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, ilk önce bulgular verilmiş, bu analizler ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Bölüm sonunda çalışmanın sınırlılıklarından bahsedilmiş ve gelecekteki araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

Çalışmamızın en önemli özelliği, ülkemizde ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşayan bipolar bozukluk hastalarının hem işlevselliği hem yaşam kalitesi yönünden incelendiği başka bir çalışmaya rastlanılmamış olmasıdır.

### **5.1. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ, YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ, BİPOLAR İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 CRONBACH ALFA DEĞERLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda kullanılan BBİÖ, AABE ve YAAÖ'nün Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır (Tablo-1). Çalışmamızda örneklem grubu için tüm ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0,70'in üstünde olması nedeniyle iç güvenilirlik kat sayıları yüksek bulunmuştur. SF-36 alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri 0,61-0,91 değişmekte olup yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur. SF-36 ölçeğini geliştiren Ware ve ark. (1993) Cronbach alfa katsayısını 0.62-0.94 arasında bulmuşlardır.

### **5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde, sosyo-demografik verilere göre AABE'nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Olguların AABE'den aldıkları toplam puanların ortalaması  $19,25 \pm 11,47$ 'dir. Çalışmamızda kadın hastaların toplam puan ortalamaları, erkeklerin ortalamasından



biraz daha yüksektir fakat bu farklılığın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bizim sonucumuz Çakmak'ın (2016) çalışması ile paralellik göstermektedir. Pini ve ark. (2010) yaptıkları bir çalışmada hem çocukluk hem yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Literatürde yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun (YAAB) kadınlarda daha sık görüldüğü bilgisi yer almaktadır. Shear ve ark. (2006) geriye dönük olarak yaptıkları bir araştırmada çocukluk ayrılma anksiyetesinin kadınlarda daha sık görüldüğünü, yetişkin ayrılma anksiyetesinin ise erkeklerde daha yaygın olduğunu, böylece erişkinlikte cinsiyete göre oranların eşitlendiğini belirtmişlerdir. AABE'yi yetişkin bireyler çocukluk dönemlerini hatırlayarak cevapladıklarından, yanıtlarında güncel sorunların etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Hastaların eğitim durumları ile AABE'nin aile üyelerinden uzakta kalamama alt ölçeği karşılaştırılmış, ilköğretim mezunlarına ait puanlar, lise ve üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,017$ ). Bu bireylerin lise veya yükseköğretim için farklı şehirlere gitmeye, aileden ayrılmaya hazır bulunuşlukları, ortaya çıkan anksiyete belirtileriyle baş etme stratejileri kazanmaları nedeniyle olabilir. Ayrıca anksiyete belirtilerinin akademik başarılarını sürdürmelerine engel olduğunu düşünmeleri de, baş etme becerileri geliştirmelerinde motivasyonu sağlamış olabilir. Mertol (2011) çalışmasında eğitim durumu ile ilgili anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Fakat Çakmak'ın (2016) yapmış olduğu çalışma bizim bulgumuzu destekler niteliktedir.

### **5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Olguların YAAÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $34,13\pm 16,99$ 'dur. Hastaların 35 (%33,7)'inde yetişkin ayrılma anksiyetesi puanı düşük iken, 69 (%66,3)'unda yetişkin ayrılma anksiyetesi puanı yüksektir. 454 duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan hastanın katıldığı bir çalışmada YAAB oranı %40,7 bulunmuş, YAAB olanların %52'sinde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇAAB) olduğu saptanmıştır (Pini et al 2012). Pini ve ark. (2005) bipolar bozukluk,

panik bozukluk, major depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol gruplarıyla yaptıkları bir çalışmada, en yüksek YAAÖ puan ortalamasını bipolar bozukluk grubundan elde ettikleri gözlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı almış hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise %54 oranında YAAB tespit edilmiştir (Taşdemir 2014). Bizim çalışmamızda YAAÖ puanı daha önce yapılan çalışmalara göre yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumları ile YAAÖ puanları karşılaştırılmış, ilköğretim mezunlarına ait puanlar, lise ve üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,017$ ). Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça YAAB oranının azaldığı saptanmıştır (Shear et al 2006). Bu sonuç bizim bulgumuzla paralellik göstermektedir. Benzer şekilde Alkan'ın (2007) çalışmasında kişinin öğrenim yılı arttıkça baş etme stratejileri geliştirdiği ya da işlevselliğinin arttığı vurgulanmaktadır. Turgut'un (2016) kadınlarda yapmış olduğu çalışmasında ise eğitim düzeyi lise mezunu ve altı olanların ayrılma anksiyetesi belirtilerinin daha yüksek olduğunu tespit edilmiştir. Literatürde YAAB'nin eğitim seviyesi ile ilişkisi bulunmadığını belirten bir çalışma da mevcuttur (Pini et al 2010).

#### **5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Bu bölümde, sosyo-demografik verilere göre BBİÖ'nün karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, çocuk sayısı, kronik bir fiziksel rahatsızlığa sahip olma, çocukluk döneminde yaşadığı yer, şu anda yaşadığı yere göre BBİÖ toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, çocuk sayısı, çocukluk döneminde yaşadığı yer, şu anda yaşadığı yer, kronik bir fiziksel rahatsızlığa sahip olma gibi değişkenlerin işlevsellik puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Fakat cinsiyete göre ev içi ilişkiler alt ölçeği puanları karşılaştırıldığında, erkeklerdeki işlevsellik puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p=0,007$ ). Benzer şekilde Yazla, İnanç ve Bilici'nin

(2012) yapmış oldukları çalışmada kadınlarda işlevsellik ölçeği, ev içi ilişkiler alt ölçeğinde anlamlı yüksek sonuca ulaşmışlardır. Sonuç olarak bipolar bozukluk olan kadınların aile içinde fiziksel ve emosyonel alanlarda aktif olma ve evliliği devam ettirebilme konularında erkeklere göre hastalıktan daha az etkilendiği düşünülebilir.

Eğitim durumları ile inisiyatif alma-potansiyelini kullanma alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,05$ ). Farklılığın eğitim düzeyi arttıkça inisiyatif alma özelliğinin artması şeklinde olduğu görülmüştür. Buradan eğitim seviyesi yükseldikçe, kişinin kendi için en doğru kararları alabilecek yetileri kazandığı sonucu çıkarılabilir.

## **5.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36'NIN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Eğitim durumları ile SF-36 karşılaştırıldığında; ilköğretim mezunlarında, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçeklerinin puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). SF-36 fiziksel sağlık ve ruh sağlığı olmak üzere iki parametre altında incelenmektedir. Fiziksel sağlığın bileşenleri fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, bedensel ağrı ve genel sağlık; ruh sağlığının bileşenleri ise canlılık, sosyal fonksiyon, duygusal durum rolü ve ruh sağlığı boyutlarından oluşmaktadır. Yaşam kalitesinin fiziksel bileşenlerini oluşturan alt ölçek puanlarının ilköğretim mezunlarında düşük olmasının, sosyoekonomik seviyenin gerilemesi ile sağlık giderlerine bütçe ayıramamaları ya da sağlıklı yaşam hakkında daha az bilgi sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çocukluklarını geçirdikleri yerler ile SF-36 karşılaştırıldığında; çocukluğunu köyde yaşamış olan hastalarda fiziksel rol güçlüğü; şehirde yaşamış olanlarda emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu bulgular, köy hayatının fiziksel koşullarının şehire göre daha zorlayıcı olduğunu ve sağlık hizmetlerinin köylerde yetersiz olduğunu akla getirmektedir. Çocukluğunu şehirde yaşayan hastaların ise kalabalık şehir hayatının getirmiş olduğu yalnızlık ve azalmış paylaşım nedeniyle duygusal yönden eksiklik hissettikleri düşünülmektedir.

Şuan yaşadıkları yerler ile SF-36 karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt ölçek puanları köyde yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlar köyde yaşayanların ilçe ve şehre göre daha sınırlı sosyal imkânlarla sahip olduğunu ya da köyde yaşayanların sağlık merkezlerine ulaşım konusunda dezavantajlı olduğunu akla getirmektedir.

Çalışmamızla benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da kronik fiziksel bir hastalık sahibi olma durumu ile yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırıldığında; fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinde anlamlı bir fark saptanmıştır (Şirin 2008). Bipolar bozuklukta en çok eşlik eden kronik hastalıklar, tip II diyabet, tiroid hastalıkları, migren ve kardiyovasküler bozukluklardır. Bu tip tanılarının varlığının bipolar bozukluğun gidişini kötüleştirdiği öne sürülmektedir (Thompson et al 2006). Tedavide kullanılan lityumun kilo alımı, iştah artışı, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında değişim ile hipotroidizm gibi durumlara neden olduğu bilinmektedir. Valproat kullanımı da benzer şekilde kilo artışı, hiperlipidemi, hiperinsülinemi ve glukoz toleransının bozulması gibi tabloların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Akiskal et al 2005). Bu nedenle kolesterol, diabetes mellitus, obezite, tiroid hastalıkları gibi kronik hastalıkların oluşması ve fiziksel işlevlere olumsuz yansımaları beklenen bir durumdur.

## **5.6. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda AABE'nin ayrılma anksiyetesi alt boyut puanı ile BBİÖ'nün toplam puanı ve damgalanma hissi, arkadaşlarıyla ilişkiler ve toplumsal etkinlikler alt boyutları arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

AABE'nin aile üyelerinden uzak kalamama alt boyut puanı ile BBİÖ'nün zihinsel işlevsellik alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir.

AABE toplam puanı ile BBİÖ'nün toplam puanı ve zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi ve toplumsal etkinliklere katılım alt boyut puanları arasında da negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

AABE'nin okul fobisi alt boyut puanı ile BBİÖ'nün toplam puanı zihinsel işlevsellik, içe kapanıklık, damgalanma hissi, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler ve toplumsal etkinliklere katılım alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluğun kişinin evliliğini, mesleki ve sosyal hayatını olumsuz etkilediği ileri sürülmüştür. Kişinin sosyal fonksiyonu, diğerleriyle kurduğu ilişkiler bütünü oluşturmaktadır. Bu nedenle elde ettiğimiz sonuç beklenen bir tablodur. Yıldız ve Ünal'ın (2017) çalışmasında tedavi uyumu olan bipolar bozukluk olgularıyla olmayanlar arasında sosyal işlevsellik açısından anlamlı fark bulunmuş olup, tedavi uyumsuzluğu olanların sosyal aktivitelere daha az katıldığı vurgulanmıştır. Coryell ve ark'larının (1993) çalışmasında da kişiler arası ilişkiler, eğlenme-dinlenme faaliyetleri ve yaşamdan doyum alma açılarından bipolar bozukluk hastalarının kontrol vakalarına göre daha kötü durumda oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamızın bulguları, çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşayan hastaların birçok işlevsellik alanının olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Elde ettiğimiz bulgulardan biri olan damgalanma algısı, alay edilme ve reddedilme hissi yaşattığı için iş ve sosyal yaşamda işlev yitimine yol açmaktadır. Damgalanmanın yaratmış olduğu olumsuz etkinin, bağımsız davranabilme becerilerini engelleyerek hastayı kısır döngü içine ittiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kişilik bozukluğu ek tanısı sorgulanmamıştır. Fakat başka bir çalışmada çocukluk çağı başlangıçlı ayrılık anksiyetesi bozukluğunda kişilik bozukluğu oranı %28 olarak bulunmuştur (Taşdemir 2014). Kişilik bozukluğu ek tanısının varlığı, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin daha erken dönemde başlamasının ve işlevselliğin azalmasının nedeni olarak düşünülmektedir. (Osone and Takahashi 2006). Bu konuyla ilgili daha güvenilir sonuçlara ulaşmak için, daha ayrıntılı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

## **5.7. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ İLE BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Çalışmamızda YAAÖ toplam puanı ile BBIÖ toplam puanı ve zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Bu sonuçlara göre bipolar bozukluk hastalarına, cinselliğin ve olumlu aile içi ilişkilerin anksiyete belirtileriyle baş etme konusunda yardımcı olduğu söylenebilir. Evliliğin diğer deyişle eş desteğinin ruhsal anlamda koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. Wingo, Baldessarini, Holtzheimer ve Harvey'nin (2010) ötimik ve hafif depresif hastalarda yaptıkları bir çalışmada eş varlığının işlevselliğinin daha iyi korunduğunu belirtmişlerdir.

Silove ve ark.'larının (2010) çalışmasında ise yetişkin ayrılma anksiyetesi tanısı alan bireylerin işlevselliğinin düşerek ciddi yeti kayıplarına yol açtığı vurgulanmıştır. Başka bir çalışmada yetişkin ayrılma anksiyetesi eştanısı olan hastalarda işlevselliğin bozulduğu saptanmıştır (Shear et al 2006). Pini'nin (2010) yapmış oldukları çalışmada YAAB olan katılımcıların sosyal ve mesleki hayatındaki işlevsellik düzeyinin düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Taşdemir' in (2014) yaptığı çalışmada ise damgalanma hissi ve toplam işlevsellik puanı YAAB tanısı olan bipolar bozukluk hastalarında anlamlı düzeyde düşük bulmuştur ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,037$ ). Çalışmamızın sonuçlarının geçmişte yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüştür. Bu noktadan hareketle yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerini yaşayan hastaların işlevselliğinin olumsuz yönde etkilendiği ve yeti kaybına yol açtığı sonucu çıkarılabilir.

Bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların YAAÖ'den aldıkları ortalama puan bipolar bozukluk grubuyla farklılık göstermemiştir (Alkan 2007). Bu sonuç yetişkin ayrılık anksiyetesi belirtilerinin sağlıklı gruplarda da yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Diğer yandan Morris ve ark.'larının (2009) çalışmasında bipolar bozukluk hastalarında sağlıklı bireylere göre ayrılma anksiyetesine daha sık rastlanmış olmaları bu konuda çelişkili sonuçların olduğunu ve daha fazla araştırmanın yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

## **5.8. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

AABE'nin ayrılma anksiyetesi alt boyut puanı ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır.

AABE'nin aile üyelerinden uzak kalamama alt boyut puanı ile SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

AABE'nin okul fobisi alt boyut puanı ile SF-36 enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır.

AABE toplam puanı ile SF-36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur.

Elde edilen bulgular doğrultusunda çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşamış hastaların yaşam kalitesinin birçok alanı etkilenmektedir. Bir çalışmada 12-17 yaş aralığında 1719 kişide anksiyete belirtilerini ve yaşam kalitesini sorgulayan ölçekler karşılaştırılmış, anksiyete belirti düzeyleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna varılmıştır (Raknes et al 2017). Anksiyete bozukluğu ek tanısı alan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada, ek tanısı olanların yaşam kalitesi yönünden olumsuz etkilendiği ileri sürülmüştür (Yılmaz 2007). Yassa'nın (2016) çalışmasında ise obsesif-kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan bipolar bozukluk hastalarında yaşam kalitesi ve işlevselliğin anlamlı derecede bozulduğu saptanmıştır.

SF-36 ölçeğinde Fiziksel Sağlık alanındaki maddeler dikkati toplamada güçlük, uyku sorunları, günlük yaşamı sürdürme becerisi ve işlevselliği araştırmaktadır. Yapılan

analizlerin sonucuna göre çocukluk döneminde zor bir süreç geçiren hastaların, yaşadıkları anksiyete belirtilerinin günlük hayatı sürdürmelerinde, işlev kayıplarından dolayı yaşam kalitelerini olumsuz algılamalarına sebep olduğu söylenebilir. Fakat bu konunun başka çalışmalarla da desteklenmesine gereksinim vardır. Literatürde yaşam kalitesi alt ölçekleri ile çocukluk dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulayan AABE korelasyonlarının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadığından bulgularımız diğer çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır.

### **5.9. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ İLE YAŞAM KALİTESİ KISA FORM-36 ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

YAAÖ ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık, ruhsal, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde düşük düzeyde; fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları arasında ise negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Erişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin özellikle Fiziksel Sağlık alanındaki yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Alkan 2007). Bipolar ve anksiyete bozukluklu hastaların katıldığı bir başka çalışmada komplike yas ile beraber YAAB'nin eşlik ettiği hastalarda yaşam kalitesi oldukça düşük bulunmuştur (Pini et al 2012). Bireyselleşmenin zor olduğu ve topluluk halinde yaşamayı benimseyen kültürel yapımızın bu sonuçları etkilediği düşünülebilir. Literatürde Heinrichs ve ark'larının (2006) çalışmasında kolektif yaşam şeklinin anksiyete belirtilerini arttırdığı ileri sürülmektedir. Bu da bizim sonuçlarımızla örtüşmektedir.

### **5.10. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ İLE YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Araştırmaya katılan olgularda YAAÖ puanının AABE toplam puanı ve ayrılma anksiyetesi ile aile üyelerinden ayrı kalamama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde iyi düzeyde ilişki; okul fobisi alt boyutu ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak çocukluk dönemi



ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşayanların yetişkinlik döneminde de ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşadıkları bulunmuştur. Silove ve ark'larının (2010) çalışmasında yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin çocuklukta başladığına ve kadınlarda daha sık görüldüğüne yer verilmiştir. 2016 yılında hernangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan katılımcılarla yapılan bir başka çalışmada AABE toplam puanı ile YAAÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Çakmak 2016). Anksiyete hastalarıyla yapılan bir çalışmada, yetişkin ayrılma anksiyetesi olanların diğerlerine oranla çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesini daha yüksek seviyede yaşadıkları vurgulanmıştır (Manicavasagar et al 2000). Başka bir araştırmada annelerin çocukluk dönemlerindeki ayrılma anksiyeteleri ile yetişkin dönemdeki ayrılma anksiyetelerinin birbiriyle doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır. (Dağlar 2016). 54 çocuk ve ebeveynlerin katıldığı bir çalışmada çocuk ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısının ebeveynlerin %63'ünde olduğu tespit edilmiş olup, ailelere büyük sorumluluk düştüğü vurgusu yapılmaktadır (Manicavasagar et al 2000). Kohlhoff ve ark'larının (2015) ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı alan anneler ile yaptıkları çalışmada, depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları riskinin arttığı ve bu annelerin kendi çocukluklarında ebeveynleri tarafından doğru olmayan yöntemlerle yetiştirildiği öne sürülmüştür. Aynı çalışmada bu annelerin kendi çocuklarıyla güvensiz bağlanma biçimi kurarak bu ilişkinin aktarılabirlik özelliği olabileceği de saptanmıştır. Başka bir çalışmada güvensiz bağlanan çocukların duygu düzenlenmesindeki problemler sebebiyle anksiyete belirtileri geliştirdikleri vurgulanmaktadır (Kerns and Brumariu 2014). Sonuçlarımız literatürle uyum göstermektedir. Bu noktadan yola çıkarak ayrılma anksiyetesinin çocukluk döneminden köken alabileceği düşünülmektedir.

### **5.11. BİPOLAR İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

BBİÖ toplam puanı, duygusal işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, ev içi ilişkiler, inisiyatif alma alt boyut puanları ile SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki; zihinsel işlevsellik alt boyut puanı ile

fiziksel fonksiyon alt boyut puanı arasında ise pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. İşlevsellik alanlarından biri olan cinsellik ile ilgili yapılan bir çalışmada antipsikotik, antidepresan ilaçlar ve duygudurum düzenleyicilerinin cinsel işlevselliği olumsuz etkilediği öne sürülmüştür (Hariri, Karadag, Gurol, Aksoy ve Tezcan 2009). İşlevselliğin incelendiği başka bir çalışmada ise psikiyatrik bozuklukla birlikte, fiziksel fonksiyonlarda bozulmanın olması damgalanma algısını arttırdığı vurgulanmıştır (Taşkın 2007). Sonuç olarak kullanılan bazı antipsikotiklerin kilo artışına sebep olması, beden imajındaki bozulmanın getirmiş olduğu düşük özgüven ve tedavide kullanılan ilaçların yol açtığı cinsel işlev bozuklukları, bireylerin günlük fiziksel aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açan etkenler olarak düşünülmektedir.

BBİÖ'nün zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik ve inisiyatif alma alt boyut puanları ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğun bilişsel kayıplara neden olup özellikle dikkat, hafıza ve yürütücü işlevsellik alanlarında ciddi yeti yitimine sebep olduğu bildirilmiştir (Aydemir 2016).

BBİÖ toplam puanı, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi ve arkadaşlarıyla ilişkiler alt boyut puanları ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

BBİÖ'nün duygusal işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım ve iş alt boyut puanları ile SF-36 enerji/canlılık/vitalite alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki; BBİÖ toplam puanı ve zihinsel işlevsellik alt boyut puanları ile SF-36 enerji/canlılık/vitalite alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu analizlerin sonucuna göre bipolar bozukluk belirtileri olarak ortaya çıkabilen enerji kaybı veya artışının, bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğini etkilediği söylenebilir. Azalan enerji, isteksizlik, konuya odaklanamama ya da kişiler arası iletişim kurmaktan kaçınma gibi sonuçlara neden olabilir.

BBİÖ toplam puanı, zihinsel işlevsellik ve damgalanma hissi alt boyut puanları ile SF-36 ruhsal sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; duygusal işlevsellik, cinsel işlevsellik, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler ve iş alt boyut puanları ile SF-36 ruhsal sağlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur. Bipolar bozukluk ve kontrol grubu karşılaştırılarak yapılan bir çalışmada günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma-potansiyelini kullanabilme ile toplumsal etkinliklere katılım gibi işlevsellik alanlarının hastalıktan olumsuz yönde daha çok etkilendiği bildirilmektedir (Kurdal 2011). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

BBİÖ toplam puanı, duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, içe kapanıklık ve ev içi ilişkiler alt boyut puanları ile SF-36 sosyal işlevsellik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde; damgalanma hissi, arkadaşlarıyla ilişkiler alt boyut puanları ile SF-36 ruhsal sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

BBİÖ toplam puanı, duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik ve ev içi ilişkiler alt boyut puanları ile SF-36 ağrı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde; cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, arkadaşlarıyla ilişkiler ve inisiyatif alma alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Ağrı fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel yönleri olan karmaşık bir duyumdur. Ağrı yaşayan bireylerin birden fazla işlevsellik alanlarının etkilenmesi ve yaşam kalitelerini etkilemesi beklenen bir durumdur.

BBİÖ toplam puanı, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi alt boyut puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; duygusal işlevsellik, cinsel işlevsellik, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, günlük etkinlikler ve hobiler ve iş alt boyut puanları ile genel sağlık alt boyut puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin toplam skoru yoktur. Dolayısıyla elde edilen bulgulardan genel bir değerlendirme yapmak daha uygun olacaktır. Yaptığımız analizlerin sonucuna göre işlevsellik alanları arttıkça yaşam kalitesinin yükselmesi

beklenen bir sonuçtur. Kocakaya'nın (2016) yaptığı bir çalışmada yaşam kalitesi alt ölçeklerinden bedensel, ruhsal, sosyal iyilik düzeyleri ile BBIÖ duygusal, zihinsel işlevsellik, içe kapanma, ev içi ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, iş, inisiyatif alma alt ölçek düzeyleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Kişiler arası ilişkiler, sosyal etkinlikler, sosyal çekilme, boş zaman etkinlikleri gibi işlevsellik alanlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada SF 36 fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür (Şirin 2008). Ruhsal bozukluklardan bipolar bozukluğu olanların yaşam kalitesinin, diğer bozukluklara oranla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Alkan 2007). Bipolar bozukluk-depresif dönemde olan hastalarla yapılan kontrollü çalışmada bipolar bozukluğu olanların, kontrollere göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında daha olumsuz sonuçlara sahip olduğu saptanmıştır (Karayağız ve Baştürk 2016). MacQueen ve ark. (2000) ötimik hastalarla yaptıkları çalışmada, geçirilmiş depresif atak sayısının, geçirilmiş manik atak sayısından yaşam kalitesini belirlemesi yönünden daha güçlü bir belirleyici olduğunu saptamışlardır. Remisyondaki bipolar bozukluk hastaları ile yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada, eğitim, mesleki finansal işlevsellik, sosyal destek ve yakın ilişkiler alanlarında olumsuz etkileri olduğu ortaya koyulmuştur (Michalak, Yatham, Kolesar and Lam 2006). Bipolar bozuklukta işlevselliği etkileyen etmenlerin tespit edilmesi, tedavinin en önemli amacı olduğu bildirilmiştir (Goossens et al 2007).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇ

Çalışmamız, bipolar bozukluk hastalarında çocukluk ve yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesiyle ilişkisinin incelemektedir. Yapılan araştırma doğrultusunda aşağıdaki sonuç ve öneriler elde edilmiştir.

1. AABE'nin aile üyelerinden uzak kalamama alt boyutu puanı eğitim düzeyi düşük olan bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,017$ ).
2. AABE puanı olguların %67,3'ünde, YAAÖ puanı %66,3'ünde yüksek bulunmuştur.
3. YAAÖ'nün toplam puanı eğitim düzeyi düşük olan bireylerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
4. Cinsiyete göre BBIÖ puanları karşılaştırıldığında ölçeğin ev içi ilişkiler alt boyut puanının kadınlarda anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,007$ ).
5. SF-36'nın fiziksel sağlık bileşenleri (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı) alt boyut puanlarının eğitim düzeyi azaldıkça istatistiksel olarak anlamlı olarak azaldığı gözlenmiştir ( $p<0,05$ ).
6. Olguların çocukluklarını geçirdikleri yere göre SF-36 puan ortalamaları karşılaştırıldığında, fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çocukluğunu köyde geçirmiş olanların fiziksel rol güçlüğü puanlarının, şehirde geçirenlerin ise emosyonel rol güçlüğü puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
7. Bireylerin şu an yaşadıkları yere göre SF-36 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı

fark saptanmıştır. Köyde yaşayanların bu alt boyutlarda en düşük puanı aldıkları görülmüştür ( $p<0,017$ ).

8. Kronik fiziksel bir hastalığa sahip olanların SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt boyut puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
9. AABE ve BBİÖ toplam puanları üzerinden yapılan değerlendirmede olguların çocukluk döneminde yaşadıkları ayrılma anksiyetesi belirtileri arttıkça işlevselliğin azaldığı bulunmuştur.
10. Bireylerde YAAÖ puanları ile BBİÖ'nün zihinsel, cinsel ve ev içi ilişkiler alt boyutları ve toplam puanları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir.
11. Hastaların AABE toplam puanı ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, enerji/canlılık, ruhsal sağlık alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.
12. Hastalarda YAAÖ ile SF-36'nın emosyonel rol güçlüğü alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
13. Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşayanların yetişkinlik döneminde de ayrılma anksiyetesi belirtileri yaşadıkları bulunmuştur.
14. Hastaların BBİÖ toplam puanı ile SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt boyutu hariç tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, bipolar bozukluk hastalarında ayrı ayrı hem çocukluk döneminde hem yetişkinlik döneminde yaşanan anksiyete belirtileri birçok işlevsellik alanını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

## 6.2. ÖNERİLER

- Literatürde bipolar bozukluk ile ayrılma anksiyetesi bozukluğunu birlikte ele alan çalışma sayısı oldukça az olduğu için bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.
- Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun bipolar bozukluk üzerindeki etkilerinin bilinmesinin, hastaların işlevselliğine ve yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu alanda daha geniş örneklerle araştırmaların yapılması önerilmektedir.
- Bipolar bozukluk hastalarının çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, gebelik döneminde ve çocuklarını yetiştirirken güvenli bağlanma, ayrılma-bireyselleşme gibi konularda bilgilendirilmesi ve desteklenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Kliniklerde ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, bipolar bozukluk hastalarının işlevsellik düzeylerini ve yaşam kalitesini daha dikkatli ele alınması için psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlaşmış hemşirelerin görevlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

## EKLER

### EK 1. ETİK KURUL ONAY FORMU

Evrak Tarih ve Sayısı: 31/10/2016-E.14735



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/75  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülgün DURAT  
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu  
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgi : 18.10.2016 tarihli 175 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ayrılma Anksiyetesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR  
Etik Kurulu Sekr.

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı İle Aynıdır.  
31.10.2016.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENU37248>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya  
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629  
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ađ :www.tip.sakarya.edu.tr



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



## **EK 2. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, bipolar bozukluk tanısı almış olan hastalarda ayrılma anksiyetesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada size konu ile ilgili sorulardan oluşan bir anket formu doldurtulacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacıya 05533023237 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Görüşme yaklaşık 20-40 dk. sürecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz araştırmacıyı haberdar ederek, çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Sayın Gülnur Gözel tarafından Sakarya Üniversitesi'nde yüksek lisans tezi için bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

### **GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Tarih:** .....

**Gönüllünün** Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

**Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin** Adı-soyadı, İmzası,  
Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan **araştırmacının** Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar **tanıklık eden kuruluş görevlisinin** Adı-  
soyadı, İmzası, Görevi

### **EK 3. GÖRÜŞME FORMU**

**1. Yaşınız?**

**2. Cinsiyetiniz**

- a) Erkek      b) Kadın

**3. Medeni Durumunuz nedir)**

- a) Evli  
b) Bekar  
c) Dul-boşanmış  
d) Eşinden ayrı yaşıyor

**4. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?**

- a) Yalnız  
b) Sadece eşinizle  
c) Eş ve çocuklar  
d) Anne ve baba  
e) Diğer

**5. Eğitim düzeyiniz nedir?**

- a ) İlköğretim  
b) Lise  
c) Yüksek okul veya üniversite

**6. Sahip olduğunuz çocuk sayısı**

- a) Tek

- b) İki
- c) Üç
- d) Dört ve daha fazla

**7. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Köy
- b) İlçe
- c) Şehir

**8. Şu an yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?**

- a) Köy
- b) İlçe
- c) Şehir

**9. Başka bir kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?**

- a) Evet ise lütfen belirtiniz.....
- b) Hayır

#### EK 4. AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ				
Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, “tüm soruları” yanıtlayınız. Ben 18 yaşından küçükken...				
	Çok Sık Hissettim	Sıklıkla Hissettim	Nadiren Hissettim	Hiç Hissetmedim
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kâbuslar görürdüm.				
10- Ailemden ayrıldığımda çok mutsuz olurdu.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurdu.				
15- Karanlıktan korkardım.				

## EK 5. YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ

### YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

**Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.**

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2- Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3- Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşıyor musunuz?				
4- Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmazdan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5- Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6- Bir yolculuğa çıkmazdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7- Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8- Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9- İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10- İnsanları yakınınızda tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınınız evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13- Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14- Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				

## YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ DEVAMI

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşayıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
15- Evinizden uzakta olmayla ilgili kâbuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				
16- Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17- Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18- Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19- Hiç, evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiğiniz mi?				
20- Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21- Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22- Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapmadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23- Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onsuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24- Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25- Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26- Hiç, size yakın olan kişiler “çok fazla konuştuğunuzu” söylediler mi?				
27- Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				



## EK 6. BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

### DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

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

### ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

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

### CİNSEL İŞLEVSELLİK

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

### DAMGALANMA HİSSİ

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

### İÇE KAPANIKLIK

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

### EV İÇİ İLİŞKİLER

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

## EK 7. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORM-36 (SF-36)

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

EVET HAYIR

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması            | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama           | 1 | 2 |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması           | 1 | 2 |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

EVET HAYIR

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması                      | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama       | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok Şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6



10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak  
içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## KAYNAKLAR

- Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB, Barlow DH, White KS, Ray S, Money R, Saksa JR, Woods SW, Gorman JM (2008). Predictors and Time Course of Response Among Panic Disorder Patients Treated With Cognitive-Behavioral Therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry* 69(3):418–424.
- Ainsworth MDS. (1982). Attachment: Retrospect and Prospect. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. New York: Basic Books.
- Akiskal HS, Fuller MA, Hirschfeld RM, Keck PE, Ketter TA, Weisler RH. (2005). Reassessing carbamazepine in the treatment of bipolar disorder: clinical implications of new data. *CNS Spectr* 10(6):suppl 1-11:6-11.
- Alkan M. (2007). *Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarında Panik Agorafobik Spektrumun ve Erişkin Ayrılma Anksiyetesinin Komorbiditesi ve Etkileri*. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. İzmir (Danışman: Prof. Dr. Oya Sorias).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed, Washington, DC.
- Angst J, Marneros A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: Conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders* 67(1–3): 3–19.
- Aydemir O. (2016). Bipolar bozuklukta işleyiş ve yaşam kalitesi. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 29(1):1–7.
- Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoglu NK, Koçal N, Özgüven HD, Akkaya C, Devrim Başterzi A, Karlıdağ R, Yenilmez C, Ozerdem A, Kora K, Tamam L, Gülseren S, Oral E, & Vahip S. (2007). Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi , Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 18(4):344–352.

- Babacan A. (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psiko eğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma, Geliştirme Dergisi* 8(1):23-35.
- Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disord.* 8(5 Pt 2):625-639.
- Ball J, Mitchell P, Malhi G, Skillecorn A, Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(1):41–48.
- Barnett D, Vondra JI. (1999). Atypical patterns of early attachment: theory, research, and current directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 64(3):1–24.
- Barrera Á, Vázquez G, Tannenhaus L, Lolich M, Herbst, L. (2013). Theory of mind and functionality in bipolar patients with symptomatic remission. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* 6(2):67–74.
- Bartholomew K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 7(2):147–178.
- Bartholomew K, Horowitz LM. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 61(2):226–244.
- Beeghly M, Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology* 6(1):5-30.
- Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M, Schulze TG, Malafosse A, Preisig, McKeon P, Mynett-Johnson L, Henry C, Leboyer M. (2003). Age at Onset in Bipolar I Affective Disorder: Further Evidence for Three Subgroups. *American Journal of Psychiatry* 160(5):999–1001.

- Belsky J, Booth-LaForce CL, Bradley R, Brownell CA, Burchinal M, Campbell S. B, Weinraub, M. (2006). Infant-mother attachment classification: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving quality. *Developmental Psychology* 42(1):38–58.
- Blackwood DHR, Visscher PM, Muir WJ. (2001). Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *British Journal of Psychiatry* 178(41):134–6.
- Bowlby J. (1958). The Nature of the Child's Tie To His Mother. *International Journal of PsychoAnalysis* 39:350–373.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Volume 2. Separation, Anxiety and Anger*. Basic Books, United States of America.
- Bowlby J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry* 130:201–210.
- Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry* 65(8):1106–13.
- Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. (2005). Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 28(2):443–467.
- Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. (2007). Management of obesity in primary care: Nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of Advanced Nursing* 59(4):329–341.
- Brumariu LE, Kerns KA. (2010). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development* 41(6): 663–674.

- Cakir S, Ozerdem, A. (2010). İki Uçlu Bozuklukta Psikoterapötik ve Psikososyal Sağaltımlar: Sistematik Bir Gözden Geçirme. Türk psikiyatri dergisi 21(2):143-154.
- Carpenito-Moyet LJ, Erdemir F. (2015). Hemşirelik tanıları el kitabı. Nobel Tıp.
- Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. American Journal of Psychiatry 150(5):720–727.
- Craddock N, Jones I. (1999). Genetics of bipolar disorder. J Med Genet. 36(8):585-94.
- Çakmak, B. (2016). Çocukluk Çağı Travmaları İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul ( Danışman: Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten).
- Çam O, Engin E. (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Çoşkun M, Zoroğlu S. (2016). Pediyatrik bipolar bozuklukta fenomenolojik özellikler ve psikiyatrik komorbidite. Anadolu Kliniği 21(3):187–96.
- Dağlar K. (2016). Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Belirtileri ile Annelerinin Bağlanma Biçimleri ve Ayrılık Anksiyeteleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Muhammed Ayaz).
- Davison GC, Neale JM. (2004). Anormal Psikolojisi. 7. baskı, Çeviren: Dağ İ, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- De Dios C, González-Pinto A, Montes JM, Goikolea JM, Saiz-Ruiz J, Prieto E, Vieta E. (2012). Predictors of recurrence in bipolar disorders in Spain (PREBIS study data). Journal of Affective Disorders 141(2–3):406–414.

- Dickstein DP, Rich BA, Binstock AB, Pradella AG, Towbin KE, Pine DS, Leibenluft E. (2005). Comorbid Anxiety in Phenotypes of Pediatric Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 15(4):534–548.
- Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu N. (2012). Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 23(2):108–16.
- Dubovsky SL, Davies R, Dubovsky AM. (2003). *Mood Disorders*. 4th ed, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. (1976). The course of development of mania in patients with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry* 133(8):905–908.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. (2002). Affect regulation, mentalization and the development of the self .The development of an understanding of self and agency. USA, Blackwell Publishers Ltd. s. 203–252.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 186:121–125.
- Goodwin FK, Jamison KR. (1990). *Manic-depressive illness*. Oxford University, New York.
- Goossens PJJ, Knoppert-Van Der Klein EAM, Kroon H, Van Achterberg T. (2007). Self-reported care needs of outpatients with a bipolar disorder in the Netherlands. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14(6):549–557.
- Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. (2014).Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler* 6(3):1.

- Hariri AG, Karadag F, Gurol DT, Aksoy UM, Tezcan AE. (2009). Sexual problems in a sample of the Turkish psychiatric population. *Comprehensive Psychiatry* 50(4):353–360.
- Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders* 148(1):118–122.
- Heinrichs N, Rapee RM, Alden LA, Bögels S, Hofmann SG, Ja Oh K, Sakano Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 44(8):1187–1197.
- Hilty DM, Leamon MH, Lim RF, Kelly RH, Hales RE. (2006). A review of bipolar disorder in adults. *Psychiatry (Edgmond)* 3(9):43–55.
- Huxley N, Baldessarini RJ. (2007). Disability and its treatment in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders* 9(1–2):183–196.
- Işık, E. (1991). *Duygudurum Bozuklukları, Depresyon ve Mani*. Boğaziçi Matbaası, İstanbul.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*. Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara.
- Işık, E. ve Işık, U. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Rotatıp Kitapevi, Ankara.
- Joska JA, Stein DJ. (2008). *Mood disorders*. 5th ed, American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Joyce PR. (1984). Parental bonding in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 7(3-4):319–324.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry*. 7th ed, US: Williams & Wilkins Co, Baltimore, MD,

- Karayağız Ş, Baştürk M. (2016). Alexithymia levels in patients with unipolar and bipolar depression and the effect of alexithymia on both severity of depression symptoms and quality of life. *Anatolian Journal of Psychiatry* 17(5):362–368.
- Katschnig H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Current Opinion in Psychiatry* 10(5):337-345.
- Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, Ceresér KM, Gazalle FK, Tramontina J, Kapczinski F. (2007). Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry* 52(3):175–181.
- Kerns KA, Brumariu LE. (2014). Is insecure parent-child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Development Perspectives* 8(1):12–17.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6):593-602.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS- R). *Archives of General Psychiatry* 62(6):617–627.
- Kırlı S. (1999). *Psikiyatri ve Yaratıcılık*. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa
- Kısa C, Aydemir Ç, Başterzi AD, Tüzer V. (2004). Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Hastaların Ebeveynlerinde Ruhsal Bozukluklar 15(3):175–181.
- Kirsten LT, Grenyer BFS, Wagner R, Manicavasagar V. (2008). Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adults with anxiety disorders. *Counselling and Psychotherapy Research* 8(1):36–42.



- Kocakaya H. (2016). Bipolar Bozuklukta Metabolik Sendromun Yaşam Kalitesi ve İşlevsellikle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.Tokat. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Emrah Songur).
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12(2):102-106.
- Kohlhoff J, Barnett B, Eapen V. (2015). Adult separation anxiety and unsettled infant behavior: Associations with adverse parenting during childhood and insecure adult attachment. *Comprehensive Psychiatry* 61:1–9.
- Kökçü F, Kesebir S. (2010). İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçiminin Mizaç, Kişilik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 21(4):309–318.
- Köroğlu E. (2011). Psikoterapi Yöntemleri. 2. baskı, ed. Türkçapar H. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu E. (2015). DSM-5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri. 2. baskı, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara.
- Köroğlu, E. (2013). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 5. baskı, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara.
- Kurdal E. (2011). İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Psikoeğitimin İşlevsellik Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).
- Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Canadian journal of psychiatry* 42(6):623–631.

- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina* 26(2):108–114.
- Lauder SD, Berk M, Castle DJ, Dodd S, Berk L. (2010). The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Medical Journal of Australia* 16;193(4 Suppl):S31-5.
- LeCroy CW. (1988). Parent-adolescent intimacy: impact on adolescent functioning. *Adolescence* 23(89):137–147.
- Lewinsohn PM, Zinbarg R, Seeley JR, Lewinsohn M, Sack WH. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 11(4):377–394.
- Lieberman DZ, Massey S.H, Goodwin FK. (2010). The role of gender in single vs married individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry* 51(4):380–385.
- Liljenfors R, Lundh LG. (2015). Mentalization and intersubjectivity towards a theoretical integration. *Psychoanalytic Psychology* 32(1):36–60.
- MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT. (2000). Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica* 101(5):374–81.
- Mahone IH. (2004). Medication decision-making by persons with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing* 18(4):126-34.
- Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. (2000). Continuities of separation anxiety from early life onto adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 14(1):1–18.
- Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, Thase ME. (2006). Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disorders* 8(5 II):566–575.

- Maunder RG, Hunter JJ. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine* 63(4):556–567.
- Mertol S. (2011). Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Hastalarında Karakter ve Mizaç Özellikleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Psikiyatri Anabilim Dalı. İzmir (Danışman: Prof. Dr. Tunç Alkın).
- Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research* 15(1): 25-37.
- Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. (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 EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian journal of psychiatry* 50(2):95–100.
- Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT. (2014). Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry* 171(7):741-8.
- Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry* 64(9):1032–1039.
- Morriss RK, Gucht E, Lancaster G, Bentall RP. (2009). Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 82(3), 267–277.
- Namjoshi MA, Buesching DP. (2001). A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research* 10(2):105-15.

- Novick DM, Swartz HA, Frank E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: A review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders* 12:1–9.
- Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. (2000). Suicidal behavior in bipolar mood disorder: Clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders* 59(2):107–117.
- Osoné A, Takahashi S. (2006). Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan. *The Journal of Clinical Psychiatry* 67(9):1451–1457.
- Öztürk O, Uluşahin A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Pınar R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(1): 30–4.
- Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M, Iazzetta P, Banti S, Cassano GB. (2005). Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 7(4):370–376.
- Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, Cassano GB. (2010). Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122(1):40–46.
- Pini S, Gesi C, Abelli M, Muti M, Lari L, Cardini A, Shear KM. (2012). The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders* 143(1–3):64–68.
- Post RM. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 149(8): 999–1010.

- Raknes S, Pallesen S, Himle JA, Bjaastad JF, Wergeland GJ, Hoffart A, Haugland BSM. (2017). Quality of life in anxious adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 11(1). doi:10.1186/s13034-017-0173-4 .
- Robb JC, Cooke RG, Devins GM, Young LT, Joffe RT. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research* 31(5):509–517.
- Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Vieta E. (2009). Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disorders* 11(4):401–409.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2007). *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry* 8. baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Saraç F, Parıldar S, Duman E, Saygılı F, Tüzün M, Yılmaz C. (2007). Quality of life for obese women and men in Turkey. *Preventing chronic disease* 4(3): A50. Erişim adresi: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06\\_0108.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/06_0108.htm). Erişim Tarihi: 28.01.2018 saat:22:35.
- Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry* 163(6):1074–83.
- Shih RA, Belmonte PL, Zandi PP. (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *International Review of Psychiatry* 16(4):260–283.
- Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*, 10:21 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-21> .
- Silove D, Manicavasagar V, O’connell D, Blaszczynski A, Wagner R, Henry J. (1993). The Development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 27(3):477–488.

- Silove D, Manicavasagar V, Pini S. (2016). Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood? *World Psychiatry* 15(2):113-5.
- Svarstad BL, Shireman TI, Sweeney JK. (2001). Using Drug Claims Data to Assess the Relationship of Medication Adherence With Hospitalization and Costs. *Psychiatric Services* 52(6):805–811.
- Şenyuva E. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 15(59):100–106.
- Şirin B. (2008). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl).
- Tamam L. (2007). Bipolar Bozukluk İle Anksiyete Bozukluğu Birlikteliği: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 18(1):59-71.
- Taner E, Yüksel N. (1998). Affektif Bozuklukların Genetiği. *Klinik Psikiyatri* 1:5-12.
- Taşdemir A. (2014). Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Komorbiditesinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Adana (Danışman: Prof. Yunus Emre Evlice).
- Taşkın E. (2007). Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama: İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalanama Algısı. 1. baskı, Meta Basım ve Matbaacılık. İzmir
- Testa MA, Simonson DC. (1996). Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *New England Journal of Medicine* 334(13):835–840.

- Thompson WK, Kupfer DJ, Fagiolini A, Scott J, Frank E. (2006). Prevalence and clinical correlates of medical comorbidities in patients with bipolar I disorder: analysis of acute-phase data from a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry* 67(5):783–8.
- Towsend CM. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*. 6.baskı, Çev.ed. Özcan T, Gürhan N, Akademi Tıp Kitabevi, Ankara.
- Turgut, İ. (2016). *Çocuk Sahibi Olan ve Olmayan Evli Kadınların Ayrılma Anksiyetesi ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Samuray Özdemir).
- Türkbay T. (1999). *Ayrılık Kaygısı Bozukluğunda Psikolojik, Ailesel ve Sosyal Etmelerin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara.
- Uğur M. (2002). *Mizaç Bozuklukları*. Cerrahpaşa Tıp Yayınları, İstanbul
- Ware JJ, Sherbourne C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30(6): 473–483.
- Ware JE, Snow KK, Gandek B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Centre, 1–22. Erişim adresi: [http://czresearch.com/info/SF36\\_healthsurvey\\_ch6.pdf](http://czresearch.com/info/SF36_healthsurvey_ch6.pdf) Erişim Tarihi: 25.11.2017.
- Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. (2010). Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders* 12(3): 319–326.
- Wozniak J, Biederman J, Monuteaux MC, Richards J, Faraone SV. (2002). Parsing the Comorbidity Between Bipolar Disorder and Anxiety Disorders: A Familial Risk Analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 12(2):101–111.

- Yassa A. (2016). Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Komorbid Olarak Anksiyete Bozuklukları ve Obsesif-Kompulsif Bozukluk Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı. İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Ruhi Yavuz).
- Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: Data from 920 patients. *Bipolar Disorders* 6(5):379–385.
- Yazıcı O. (1997). İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı. Çev.ed. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Yazla E, Inanç L, Bilici M. (2012). Relationship of sociodemographic features, clinical symptoms and functioning level among bipolar patients with manic episode and difference between these variables according to gender. *Düşünen Adam* 25(3):221–229.
- Yıldız M, Ünal A. (2017). Bipolar Bozukluğu olan Hastalarda Uyku Kalitesi, Biyolojik Ritim Örüntüsü ve Yaşam Kalitesinin Tedavi Uyumuyla İlişkisi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi* 1(1):10–23.
- Yılmaz G. (2007). Bipolar Affektif Bozuklukta Komorbid Anksiyete Bozuklukları Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı. Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. Atila Erol).
- Yılmaz S. (2011). Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Sevim Buzlu).
- Yüksel N. (2003). Psikofarmakoloji. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara.



## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Gülnur ŞAHİN  
Doğum yeri ve tarihi : Ankara-12.09.1987  
Uyruğu : TC  
Medeni durumu : Evli  
İletişim adresi ve telefonu: gulnurgzl@hotmail.com  
Yabancı dili : İngilizce

### II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2015-.... Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

2006-2010 Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik

Bölümü

2005-2001 Ankara Polatlı Yabancı Dil Ağırlıklı Lise

### III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2010- devam Hemşire

### IV- Mesleki Deneyimi

2010-2011 Başkent Üniversitesi Hastanesi Karma Servis, Ankara

2011-2013 Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, Ankara

2013-2014 Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Sorumlu  
Hemşire Yrd., Ankara

2014-2015 Polatlı Devlet Hastanesi Süpervizör Hemşire, Ankara

2015- 2017 Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi / Klinik Hemşiresi, Kocaeli

2017- ... Çanakkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi/ Hemşire

## **V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar**

## **VI- Bilimsel İlgi Alanları**

### **Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**

Gözel G, Atmaca GD, Durat G. (2017). Hemşirelerin kişilik özellikleri ile iş performansları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(1):11-16.

### **Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler**

Gözel G, Atmaca GD, Durat G. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri İle İş Performansları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Uluslararası INES Akademik Araştırmalar Kongresi, (sözel bildiri) 3-5 Kasım 2016, Abstrack Book 106. Sayfa Antalya, Turkey. (Özet Metin).

Atmaca GD, Durat G, Gözel G. Hemşirelik Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ile Sosyal Kaygı Arasındaki İlişki. Uluslararası INES Akademik Araştırmalar Kongresi, (sözel bildiri) 3-5 Kasım 2016, Abstrack Book 83. Sayfa, Antalya, Turkey. (Özet Metin).

## **VII- Bilimsel Etkinlikleri**

### **VIII- Diğer Bilgiler**

2013- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Eğitim Koordinatörlüğü tarafından yürütülen Temel İlk Yardım ve CPR Eğitimleri

21 Ekim- 22 Kasım 2013- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası

10.03.2016- “Proje Yönetimi” semineri, Elginkan Vakfı, Kocaeli

2-28-29 Nisan 2016 tarihlerinde Sanat Psikoterapileri Derneği ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Vakfı işbirliğiyle düzenlenen “Uluslararası Katılımlı Müzik Terapi Sempozyumu” ve atölye çalışmalarından oluşan eğitim programı