TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİPOLAR TANILI BİREYLERDE ALEKSİTİMİNİN İŞLEVSELLİK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞE ETKİSİ

DUYGU NUR HASTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. FADİME BAYRI BİNGÖL

İSTANBUL-2023

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Öğrencinin Adı, Soyadı

İmza

II. TEŞEKKÜR

Başöğretmen Mustafa Kemal ATATÜRK'e;

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, hoşgörüsünü, sabrını ve desteğini her zaman hissettiğim, her ihtiyacım olduğunda yanımda olan çok değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Fadime BAYRI BİNGÖL'e;

Psikiyatri hemşireliğini kendilerinden öğrendiğim, sevdiğim ve engin bilgileriyle ufkumu genişleten çok değerli hocalarım Prof. Dr. Gül ÜNSAL ve Prof. Dr. Semra KARACA'ya;

Eğitimim ve çalışma hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, çalışmaktan keyif aldığım sevgili Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi K Servisi hemşirelerine, çalışmam için gönüllü olan tüm hastalarıma;

Sevgili meslektaşlarım ve arkadaşlarım Diler DEMİR, Simge DANYELİ ve Eda TAVUKÇU'ya;

Her zaman fikir aldığım ve desteklerini yanımda hissettiğim, moral ve motivasyon kaynaklarım, sevgili arkadaşlarım Şeydanur SÜNGÜ ve İlknur UÇAŞ'a;

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, sonsuz sevgilerini hep kalbimde hissettiğim canım annem ve babama;

Varlıklarıyla bana güç veren ablam, kardeşim ve canım Bilge'ye;

Hemşirelik eğitimim boyunca hep yanımda olan anneanneme;

Sabrı, sevgisi ve varlığıyla bana güç veren, her zaman yanımda olan hayat arkadaşım Samet'e en samimi duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

III. İÇİNDEKİLER Sayfa No

I.BEYAN……..
II.TEŞEKKÜR……
III.İÇİNDEKİLER……..
IV. KISALTMALARIN LİSTESİ……..…….1
V. TABLOLARIN LİSTESİ……..…….İİ
1.ÖZET……..….3
2.ABSTRACT……4
3.GİRİŞ ve AMAÇ ……..…..**.....5**
4. GENEL BİLGİLER……..8
4.1. Bipolar Bozukluk……..……...……**5**
4.1.1. Tanım……...……...…….**.....5**
4.1.2. DSM-V'e göre bipolar bozukluk sınıflandırılması……...……**5**
4.1.2.1. Bipolar I bozukluğu……...……...……**.5**
4.1.3. Tarihçe……...……...……...…**5**
4.1.4. Epidemiyoloji……...……...……....…..…**6**
4.1.5. Etiyoloji……...……...……**...6**
4.1.5.1. Genetik……...……...……..…**7**
4.1.5.2. Biyokimyasal faktörler……...……...……..…**7**
4.1.5.3. Psikososyal faktörler ……...……...…..……**8**
4.1.6. Gidiş ve sonlanım……...……...……**8**
4.1.7. Tedavi ve bakım……...……...……..**9**
4.1.8. Bipolar bozuklukta komorbidite……...……...…..**..10**
4.2.Aleksitimi……**10**
4.2.1. Tanım……...……...……**10**
4.2.2. Aleksitimik bireylerin özellikleri……...……..…..…**11**
4.2.3. Aleksitiminin temel özellikleri……...……....……**11**
4.2.3.1. Duyguları ayırt etme fark etme ve söze dökmede güçlük……...……**11**
4.2.3.2. Hayal kurma ve düşlem yaşamında sınırlılık……...…..……...**12**
4.2.3.3. İşlemsel düşünme eğilimi……...……...……...**12**
4.2.3.4. Dış merkezli uyuma yönelik bilişsel tarz……...……..**12**
4.2.4. Epidemiyoloji……...……...……**…12**
4.2.5. Etiyoloji……...……....……...**12**

4.2.5.1. Nörofizyolojik yaklaşım……...……...……**12**
4.2.5.2. Psikodinamik yaklaşım……...……...……**..13**
4.2.5.3. Sosyal öğrenme- davranışçı yaklaşım……...……...**13**
4.2.5.4. Bilişsel yaklaşım……...……...……**13**
4.2.6. Aleksitimi ve bipolar bozukluk……...……...…….**13**
4.2.7. Aleksitimi ve hemşirelik bakımı……...……**14**
4.3.İşlevsellik……...……**14**
4.3.1. İşlevsellik ve bipolar bozukluk…….....**..14**
4.4. Algılanan Sosyal Destek……...……**..15**
4.4.1. Bipolar bozukluk ve algılanan sosyal destek..... **22**
5. GEREÇ VE YÖNTEM……..…….24
5.1.Araştırmanın Tipi……..…….**..17**
5.2. Araştırmanın Amacı……..…….**17**
5.3.Araştırma Soruları……..…….**17**
5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman……..…….**17**
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi……..……**..17**
5.6. Veri Toplama Araçları……..……**.17**
5.6.1. Kişisel Bilgi Formu……**17**
5.6.2. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-I)……**…17**
5.6.3. 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)……**..18**
5.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)……**18**
5.7. Araştırmanın Değişkenleri……..….**...25**
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi…..…**25**
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları……..…**26**
5.10. Araştırmanın Etik İlkeleri..... ……..**26**
6. BULGULAR……28
7.TARTIŞMA VE SONUÇLAR……48
8.ÖNERİLER……..55
9.KAYNAKÇA……56
10.EKLER……68

IV. KISALTMALARIN LİSTESİ

APA: American Psychiatric Association/ Amerikan Psikiyatri Birliği

BB: Bipolar Bozukluk

BBİÖ: Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

BOS: Beyin Omirilik Sıvısı

ÇBADSÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSM: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders

EKT: Elektrokonvülsif Tedavi

GABA: Gamma-Aminobütirik Asit

ICD: International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health

İUB: İki Uçlu Bozukluk

MHPG: 3-Metoksi 4-Hidroksi Fenil Glikol

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği

NE: Epinefrin

PMD: Psikoz Manyak Depresif

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

WHO/ DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

V. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=267) ……**26**

Tablo2. Katılımcıların Hastalık Öyküleri İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=267)……..…**28**

Tablo3. Katılımcıların Özellikleri İle Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267) ……**29**

Tablo4. Katılımcıların Özellikleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)……...**32**

Tablo5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri İle Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)……..**35**

Tablo6. Katılımcıların Hastalık İle İlgili Özellikleri İle Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=267)……..**39**

Tablo7. Katılımcıların Aleksitimi Düzeyleri İle İşlevsellik Düzeyleri Aralarındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Testi Sonuçları (N=267)……..**41**

Tablo8. Katılımcıların Aleksitimi Düzeyleri İle Algılanan Soyan Destek Düzeyleri Aralarındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Testi Sonuçları (N=267)……..….**43**

Tablo9. Katılımcıların İşlevsellik Düzeyleri İle Algılanan Soyan Destek Düzeyleri Aralarındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Testi Sonuçları (N=267)……**44**

1. ÖZET

BİPOLAR TANILI BİREYLERDE ALEKSİTİMİNİN İŞLEVSELLİK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEĞE ETKİSİ

Öğrenci: Duygu Nur HASTÜRK **Danışman:** Doç. Dr. Fadime BAYRI BİNGÖL

Program: Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans

Amaç: Bu çalışma bipolar tanılı bireylerde aleksitiminin işlevsellik ve algılanan sosyal desteğe etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada örneklem seçimine gidilmeyerek Bipolar Bozukluk tanılı manik epizoddaki çalışma kriterlerini karşılayan 267 hasta oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBADSÖ) kullanarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiş ve Independent Sample T testi, One Way Anova testi, Kruskall Wallis testi, Ki-Kare testi ve Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %63,67'si kadın, %65,17'si bekar, yaş ortalamaları ise 37,79±11,50'dir. Katılımcıların %58,8'i sigara, alkol ve maddeden en az birini kullanmakta; %75,28'i düzenli ilaç kullanmaktadır. Ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları TAÖ-20 22±12,48; ÇBADSÖ 58,73±17,35; BBİÖ 109,93±17,96'dır. Katılımcıların işlevsellik düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki ($r=0,504$; $p<0,05$); aleksitimi düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=-0,313$; $p<0,05$); aleksitimi düzeyleri ile işlevsellik düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r=-0,467$; $p<0,05$) bulunmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Katılımcıların aleksitimi düzeyleri arttıkça işlevsellikleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri azalmaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça işlevsellikleri artmaktadır. Düzenli ilaç kullanım durumları aleksitimi ve işlevsellik düzeyini olumlu etkilemektedir. Katılımcıların ilaç kullanımları desteklenmeli ve sosyal destek kaynakları güçlendirilmelidir.

***Anahtar Kelimeler*:** Bipolar bozukluk, aleksitimi, işlevsellik, algılanan sosyal destek

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF ALEXITHYMIA ON FUNCTIONALITY AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN INDIVIDUALS WITH BIPOLAR DISORDER

Studens: Duygu Nur HASTÜRK **Supervisor:** Assoc. Prof. Fadime Bayrı BİNGÖL

Department: School of Nursing, Department of Psychiatry Nursing

Aim: This study was conducted to examine the effect of alexithymia on functionality and perceived social support in individuals with bipolar diagnosis.

Materials and Method: In this descriptive study, 267 patients with Bipolar Disorder who met the study criteria in a manic episode were formed without sampling.

Data were collected by face-to-face interview method using Personal Information Form, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Functioning Scale in Bipolar Disorder (BDIS), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Data were analyzed using SPSS program and Independent Sample T test, One Way Anova test, Kruskall Wallis test, Chi-Square test and Pearson correlation analysis were used.

Results: 63.67% of the participants were women, 65.17% were single, and their mean point of age was 37.79±11.50. 58.8% of the participants use at least one of cigarettes, alcohol and substances; 75.28% of them use medication in a regular base. The mean total score obtained from the scales was TAS-20 22±12.48; CBASS 58.73±17.35; BMI is 109.93±17.96. There was a positive relationship between the functionality levels of the participants and their perceived social support levels ($r=0.504$; $p<0.05$); a significant negative correlation between alexithymia levels and perceived social support levels ($r=-0.313$; $p<0.05$) and a significant negative correlation ($r=-0.467$; $p<0.05$) between alexithymia levels and functionality levels.

Conclusions and suggestions:

As the participants' alexithymia levels increase, their functionality and perceived social support levels decrease. As their perceived social support level increases, their functionality increases.

Regular drug use has a positive effect on alexithymia and functionality. Drug use of the participants should be supported and social support resources should be strengthened.

Key words: Bipolar disorder, alexithymia, functioning, perceived social support

3. GİRİŞ VE AMAÇ

BB (Bipolar bozukluk), günümüzde önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Bipolar bozukluğu en temel haliyle tanımlayacak olursak depresif dönem ile birlikte manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, birçok alanda işlevselliği düşüren, mortalite ve morbidite oranları yüksek olan kronik psikiyatrik bir hastalıktır (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Bipolar duygulanım bozukluğu; bireylerde yoğun mutsuzluk duygularından intihara veya çok enerjik bir halden taşkınlıklara kadar değişebilen, umutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, karamsarlık duygularının da eşlik edebildiği karma duygu duruma yol açan bir bozukluktur (Mengi ve Aygür, 2018). Bipolar bozukluk insanların hayatlarına ciddi zarar vermekte olan hatta ölümle sonuçlanabilen başta madde kötüye kullanımı olmak üzere suisid girişimi, kişilerarası ilişki problemleri, başarısızlık ve işlev kaybına dahi neden olabilen ciddi bir toplum sağlığı problemidir (Hocaoğlu, 2013; Aksoy ve Kelleci, 2016).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşadığı sorunların başında gelenlerden biri hastalığın atak döneminin tekrarlamasıdır. Geçirilen her atak hastalığın yineleme riskini arttırmakta ve yıkıcı etkilerini belirginleştirmektedir (Zemen, 2020). Bunun yanı sıra, yineleyen ataklar hastaya ve bakım vericilerine ciddi toplumsal, ekonomik, sosyal vb. sorunlar ve riskler yaratmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Bipolar bozukluk heterojen sürece sahip bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedenleri hastalığın başlangıç şekli, zamanı, süreci ve hastaların tedaviye vermiş oldukları yanıtların karmaşık ve net olarak açıklanamayan farklı süreçlerle ilgili olmasıdır. Bu hastalığın iki yıl içerisinde tekrar olma oranı %60 civarındadır (Fagiolini ve ark, 2015; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Bipolar bozuklukta psikiyatri hemşirelerinin rolleri önemli ve gereklidir. Hastaya ve bakım vericilerine gerek verdiği bakımlar gerek eğitim ve danışmanlıkla destek olmaktadırlar. Tüm psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da hastanın kendisini ve duygularını tanıması ve ifade etmesi önem taşımaktadır. Hastalar duygularını fark edemez veya ifade edemezse belirtileri kısa sürede artış göstereceği gibi hastaneye yatış süreleri de artacaktır. Ancak birçok kişi çeşitli nedenlerden dolayı duygu farkındalığı ve duygularını sözel olarak belirtmede problem yaşamaktadır (Korkmaz ve ark., 2020).

Aleksitimi kavramı literatürde “duygular için kelimelerin yokluğu” olarak yer almaktadır. Aleksitimi kişinin duygularını farkına varma, bu duyguları ayırt edebilme ve bu duyguları sözel ifadede güçlük ile soyut düşünme becerilerinde sınırlılık gibi özellikler ile karakterizedir. Aleksitimik bireyler davranışsal, duygusal ve fizyolojik olarak duygularını

ifade ederken zorlanmaktadır (Panayiotou, 2017). Aleksitiminin psikiyatrik hastalık semptomu ya da kişilik özelliği olma konusunda tartışmalar devam etmektedir. Ancak aleksitiminin ruhsal ve fiziksel sağlık problemlerinin semptomlarıyla alakalı olduğu bilinen bir gerçektir (Ziadni ve ark., 2017; da Silva ve ark., 2017). Bireylerin duygularını dışa vurması sağlık açısından bir ihtiyaçtır. Bireyler duyguları konusunda farklı gerekçelerle kendilerini baskılıyor ise hem duygularını ifade edebilme kapasitesi zamanla kısıtlanacak hem de sağlığı bu durumdan kötü yönde etkilenecektir. Aleksitimi birçok psikiyatrik hastalık ile birlikte görülmektedir. Aleksitimi, yeme bozuklukları, depresyon, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, çocukluk çağı travmaları, cinsel işlev bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (Kurt, 2019). Yapılmış bir çalışmada BB tanılı hastaların aleksitimi puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek görülmüştür (Yılmaz, 2010). Buna rağmen literatürde bipolar duygulanım bozukluğu tanılı hastalarda aleksitimi düzeyini inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi amacıyla bu tip araştırmaların sayıları arttırılmalıdır. Psikiyatri hemşirelerinin öncelikli amaçlarından biri hastaların işlevselliğini kazandırmak ve korumakta rol almaktır.

İşlevsellik, kişinin yaşamında sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi ve sosyal etkinliklere etkin biçimde katılımını sürdürebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım insanlarla romantik ya da sosyal ilişkiler kurabilme, özerk biçimde kararlar alabilme, çalışma, eğitim alma ve farklı aktivitelerde bulunma gibi yetenekleri içermektedir (Barrera ve ark., 2012). Klinik alana göz atıldığında ise bipolar bozukluk hastalığına sahip olan kişilerde hastalıkları gerekli tedavi şekilleriyle kontrol altına alınmış olmasına rağmen toplumsal, mesleki ve kişilerarası ilişkilerinde yoğun düzeyde işlevsellik kaybı yaşadıkları gözlemlendiği bildirilmiştir. Yapılan bir gözden geçirme çalışmalarına bakıldığında, ötimik dönemdeki bipolar hastalar genel olarak tüm alanlarda işlevsellikte bozulma bildirmişlerdir (Levy ve Manove, 2012). Yapılan kesitsel çalışmalarda, bipolar hastalarının sosyal biliş, mesleki alan ve özerkliğin değerlendirildiği anketler bu kişilerin %40 oranında işlevsellik kaybı yaşadığı görülmüştür (Shippee ve ark., 2011).

Bipolar bozuklukta atak dönemlerinde olduğu gibi iyilik dönemlerinde de yürütücü işlevlerde, bellekte ve dikkat yoğunlaştırma gibi alanlarda sorunlar sürmektedir. Bipolar bozuklukta işlevselliği etkileyen faktörlerden bazıları, cinsiyet, zeka düzeyi, yaş, sosyoekonomik düzey, madde kullanımı, atak sayısı, hastaneye yatış sayısı ve bu yatışların süreleridir (Sanchez Moreno ve ark., 2018).

Hastaların akut dönem tedavilerinin ardından hayatlarına devam edebilmesinde en önemli etkenlerden biri işlevselliklerinin olmasıdır. Herhangi bir işte çalışmak, özerk kararlar

alabilmek, ilişkilerini sürdürebilmek, kendi kendilerine bakabilmek gibi durumlarını sürdürebilmeleri önem taşır. İşlevselliği etkileyen önemli etkenlerden birinin sosyal destek olduğu düşünülmektedir. Sosyal desteğin ruhsal bozuklukların oluşmaması için koruyucu bir rol oynadığı da bilinenler arasındadır (Büyükkoca, 2001). Her atakla birlikte işlevsellikte farklı alanlarda kayıp meydana gelmekte ve bu durum sürekli tekrarlayan bir hal almaktadır (Van Rheen ve Rossel, 2013). İşlevsellikte meydana gelen bozulma, atak riskini artırmasının yanı sıra, hastanın rehabilitasyonunda ve sosyalleşmesinde sorunlar yaşamasına da neden olmaktadır (Barrera ve ark., 2013). Yapılan meta-analiz çalışmalarına bakıldığında bipolar bozukluk hastalarının yeni yetenek geliştirebilme, çevresel değişimlere esnek yanıt verebilme ve hayatla ilgili çıkarımlarda bulanabilme becerisinin kısıtlı olduğu görülmüştür (Van Rheenen ve Rossell, 2013). Tedavinin başlıca amaçlarından olan bireyin işlevselliğini sağlamada önemli etmenlerden biri de bireye sağlanan sosyal destektir.

Sosyal destek, genel tanımıyla kişinin yaşamında değer verdiği aile, arkadaş gibi yakın çevreyle kurmuş olduğu sosyal bağlarıyla sağladığı manevi ve maddi yardımlardır (Yaman, 2019). Algılanan sosyal desteği tanımlayacak olursak kişinin sosyal bağlarıyla ilgili izlenimleridir. Sosyal destek kişinin temel sosyal ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bireylerin sosyal desteğe sahip olmasının, fiziksel ve psikiyatrik hastalıklardan koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir (Selçuk, 2010). Bipolar bozukluk hastalarının algıladığı sosyal destek, ataklarını tetikleyen unsurları azaltmakta rol oynamaktadır. Bu nedenle bipolar hastalarında algılanan sosyal destek belirlenmeli ve buna yönelik destekleyici girişimlerde bulunulmalıdır.

Psikiyatri hemşireleri hastalara destek vererek bireyi güçlendiren ve özerkleştiren özel bir müdahalede bulunup kaygıyı azaltmakta, bireyin benlik saygısını ve özgüvenini artırmaktadır. Hastaya verilen destek; kabullenmeyi, dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir ortam oluşturmayı, kişiler arası ilişki ve bakım boyutunda hastanın ve bakım vericilerin rahatını sağlamayı hedeflemektedir. Literatür tarandığında bipolar tanılı hastalarda aleksitimi, algılanan sosyal destek ve işlevsellik ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların hastalıklarının gidişatı, bakımın geliştirilmesi ve bakım vericilerin esenliği gözetilerek holistik yaklaşımla kanıta dayalı hemşirelik girişimleri geliştirilmeli; var olan planlar gözden geçirilmelidir. Bipolar tanılı bireylerde aleksitiminin varlığının araştırılması, bireylerin dış dünyaya hazırlanmasındaki en büyük etkenlerden olan işlevselliğe ve algılanan sosyal desteğe etkisinin ölçülmesi, hasta odaklı ve bütüncül bakış açısıyla bakım planı geliştirilmesi ve diğer konularda literatüre yarar sağlayacaktır. Bu çalışmanın gerekli olduğu düşünülmektedir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Bipolar Bozukluk

4.1.1. Tanım

Bipolar bozukluk, kronik ve tekrarlayıcı özelliğe sahip; sirkadiyen ritimde düzen bozukluğu, duygudurumda dalgalanmalar, bilişsel işlevde bozukluklar meydana getiren, tıbbi hastalık yükünü arttıran ruhsal bir hastalıktır. Hastalığın klinik gidişi genellikle belirsizdir ve tahmin edilemez. Bu değişkenliğin nedenleri; çevresel özelliklerin, pato-fizyolojik, genetik ve klinik bulguların spektrumunun geniş olmasıdır (Karamustafalıoğlu, 2018).

4.1.2. DSM-V'e göre bipolar bozukluk sınıflandırılması

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

4.1.2.1. Bipolar I bozukluğu

Bipolar I bozukluk tanısı koyulabilmesi için DSM-V ölçütlerini karşılayan mani dönemi, bu dönemden önce veya sonra majör depresyon ya da hipomani dönemlerinin bulunmasıdır.

4.1.2.1.1. Mani dönemi

Mani dönemi, hasta hastanede tedavi görüyorsa zaman kısıtlamasız, dışarıdaysa en az bir hafta süren, günün hemen hemen her saatinde süregelen taşkın, olağan dışı bir duygudurumun devam etmesidir.

Bu dönemde hastada grandiyözite, uykusuzluk, aşırı konuşma, düşünce içeriğinin uçuşması, dikkati yoğunlaştıramama, amaca yönelimde artış ya da ajitasyon ve kötü sonuç doğurması muhtemel davranışlarda bulunma gibi özelliklerden en az üçü mevcuttur.

4.1.3. Tarihçe

Çökkünlük ve mani eski çağlardan itibaren bilinen kavramlardandır. Eski ahitte bir hikayede bulunan intihar olayında çökkün duygudurum tariflenmiştir. Hipokrat yapmış olduğu psikiyatrik bozukluk tanımlarında, melankoli ve mani kavramlarını kullanmıştır (Sadock ve ark., 2016). İlk kez mani ve melankolinin aynı hastalığın dönemsel kısımları olduğunu

vurgulayan kişi Kapadokyalı Aretaeus'tur (Yazıcı, 2014). İ.S. Romalı olan hekim Celcus, yazmış olduğu bir eserinde kara safranın neden olduğu depresyona melankoli demiştir. 162' de Robert Burton ise "Melankolinin Anatomisi" isimli İngilizce ilk metin olan depresyonla ilgili eseri yazmıştır (Sadock ve ark., 2016). Jean Pierre Falret, 18. yüzyılda, depresyonun ve maninin dönemsel olarak seyrettiği, ataklar arasında iyilik hallerinin de görüldüğü bir durumdan "Folie Circulaire" ismiyle bahsetmiş olmasına rağmen bazı araştırmacılar ataklar arasında iyi geçirilen dönemleri göz ardı etmişlerdir (Stein ve ark., 2006).

Krapelin 1896 yılında "Psikoz Manyak Depresif" (PMD) adı altında hastalığın semptomlarını, gidiş ve sonlanışını tanımlamıştır. Krapelin, manik depresif psikoz ve erken bunamayı ayırmaya çabalamış fakat duygulanım ve düşünce ayrımına gelmiş olmasına rağmen PMD'nin döngüselliğinin gidiş özelliği olarak farklı olduğunu sunmuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

1990 yılında Jamison ve Goodwin'in ifadelerine göre; Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin geliştirmiş olduğu DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I)'de Meyer farklı bir tanım kullanmıştır. Meyer beynin sosyal veya psikolojik uyaranlardan etkilenerek tepki vermesiyle depresyon ve maninin ortaya çıktığı fikrinden yola çıkarak 1952'de ilk kez "Manik Depresif Reaksiyon" tanımını kullanmıştır. Sonrasında bu kişiler, bipolar ve monopolar bozukluk kavramlarını kullanmışlardır. Leonhard hastalık dönemlerine göre iki uçlu ve tek uçlu ayrımını yaparak duygudurum bozukluklarında farklı bir sınıflandırma oluşturmuştur (Goodwin, 1990). ICD ve DSM' de duygudurum bozuklukları, iki uçlu bozukluk ve tek veya yineleyici çökkünlük olmak üzere ayrılmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

4.1.4. Epidemiyoloji

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik bir araştırmada on bir ülkenin verileri incelenmiştir. Bu çalışmada yaşam boyu yaygınlık oranları BB I için %0,6, BB II için %0,4 ve eşik altı BB için %1,4 olarak görülmüştür (Merikangas ve ark., 2011). APA, BB'nin popülasyonun hemen hemen %3'ünü etkilediğini belirtmektedir (APA, 2013). BB'de yaygınlık erkeklerde 9-15/100.000, kadınlarda ise 7,4-30/100.000 oranında tespit edilmiştir. Günümüzdeki İUB' nin Tip-I ve Tip-II türünü kapsayan çalışmalar %5' e ulaşan yaygınlık oranlarından bahsetmektedirler (Öztürk ve Uluşahin, 2016). 2017'de yapılan bir çalışmada, BB tip I yaygınlığı %0,6; BB tip II %0,4; eşik altı belirtileri olanlar için ise %2,4 olarak tespit etmişlerdir (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017). BB alt tipleriyle birlikte yaşam boyu %7,8'e kadar ulaşan bir yaygınlıkta görülmektedir (Koç, 2016).

BB başlangıç yaşının 15-24 ile 45-54 yaşlarında pik yaptığı ve sıklıkla 17-21 yaşları arasında başladığı biliniyorken 1990'dan sonraki çalışmalarda daha erken ortaya çıktığı bildirilmektedir (Bodur, 2021). İki uçlu bipolar bozukluğun sıklık oranlarında dağılımın iki tepeli olduğu öne sürülmüş ve bu durum geniş toplum tabanı kapsayan kohort türü çalışmalarca da destek görmüştür. Başlangıç yaşında görülen iki zirvenin ise; 15- 24 ve 45-54 yaş aralıklarında olduğu bulunmuştur (Kroon ve ark., 2013). BB tip-I prevalansında cinsiyetler arası fark olmadığı bilinmektedir. Kadınlarda sıklıkla depresif dönemler görülürken, erkeklerde daha sık olarak manik dönemler görülmektedir (Merikangas ve ark., 2007). BB tip II'nin ise kadınlarda ve erkeklerde görülme oranı 1,5:1 olarak bildirilmiştir (Akkaya ve ark., 2012). Kadınlarda BB tip II sıklığının yanında karma belirtiler, hızlı döngülülük, antidepresan kullanımıyla birlikte manik kayma, ek tıbbi durumlar ve madde kötüye kullanımı daha fazla görülmektedir (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Bipolar bozukluğa sahip kadın hastalarda iki yaşam dönemi; gebelik ve pospartum dönem, alevlenme ve yineleme açısından risk oluşturmaktadır (Kesebir ve ark., 2013).

4.1.5. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojisiyle ilgili kesin bir bilgiye varılamamaktadır. Araştırmalara bakıldığında en önemli nedenlerin, kalıtsal faktörler, beyindeki kimyasal dengenin bozulması ve çevresel stresörlerin olduğu görülmektedir (Uçgun, 2021).

4.1.5.1. Genetik

Bipolar bozuklukta oluş patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte yatkınlığı etkileyen faktörlerden olan genetik faktörlere dair kanıtlar sunan çalışmalar bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta genetik yatkınlığı incelemek için aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve diğer genetik araştırmalar literatürde önemli yer tutmaktadır. Çalışmaların sonuçlarına bakıldığında genetik yatkınlık oranları bipolar bozuklukta %60-80 arasında değişmektedir (Gordovez ve McMahon, 2020; Fabbri, 2020). Yapılmış aile çalışmaları bipolar tanılı kişilerin birinci derece olan yakınlarında %10-15 oranında duygudurum bozukluğu olma riski saptamıştır (Gordovez ve McMahon, 2020). Ailede bipolar bozukluk öyküsü varlığının, bozukluk riskini yalnız başına 4-8 kat arttırabileceği bilinmektedir (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017**;**Stringaris ve Youngstrom, 2014). Her iki ebeveyninde de bipolar bozukluk olan çocukların hastalığa sahip olma risk oranı %50-70 aralığındadır. İkiz çalışmalarına bakıldığında bu oranlar dizigotlarda %10-20; monozigotlarda ise %45-75 aralığında bulunmuştur (Townsend, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2018; Çam ve Engin, 2014; Gordovez ve McMahon, 2020; Song ve ark., 2014). Evlat edinme çalışmalarına bakıldığında genetik etiyolojiyi destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Evlat edinilen ve bipolar bozukluğu olan yetişkinlerin biyolojik ebeveynlerine

bakıldığında yüksek oranda hastalık saptandığı görülmüştür (Gordovez ve McMahon, 2020; Carvalho ve ark., 2020).

4.1.5.2. Biyokimyasal faktörler

Bipolar bozukluğa etki eden biyokimyasal nedenler günümüzde monoaminerjik sistemde var olan noradrenalin, serotonin ve dopamin sistemleri olarak incelenmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017; Güler ve ark., 2019). Manik atak yaşanmasında, noradrenerjik-kolinerjik sistemlerin arasındaki dengenin bozulmasından ve noradrenerjik aktivasyondan bahsedilmektedir. Dopaminin bipolar bozukluktaki etkisinin kanıtları ise; dopamin uyarıcı ve dopamin miktarının artmasını sağlayan ilaçların manik atak dönemine benzer tablo sunmasına dayanmaktadır. Aynı zamanda antimanik etkilere de sahip olan antipsikotiklerin dopamin reseptör blokerleri olduğu bilinmektedir. Aşırı taşkınlık halinden noradrenalinin; aşırı hareketlilikten ise dopaminin sorumlu olduğu ileri sürülmektedir. Beyin sapındaki noradrenalinin deposu sayılan lokus seruleusun substansia nigranın da üzerinde inhibitör etkileri vardır. Bu etki ortadan kalktığında dopaminerjik aktivite artışı görülür ve hiperaktivite oluşur. Bu durumu destekler nitelikle diğer bir bulgu da trisiklik antidepresanların, bipolar hastalarında manik atağa neden olabilmesidir (Townsend, 2016; Sadock ve ark., 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2018; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017; Merikangas ve ark., 2011). Serotonin, merkezi sinir sisteminin düzenleyici nörotransmitterlerindendir. Hem mani hem de depresyon döneminde serotonin miktarında azalma görülmektedir. Serotonin öncüsü L-triptofan yüksek düzeyde verildiği zaman mani dönemine benzer bir tablo görülmektedir. Psikofarmakolojik tedavilerden birisi olan lityumun aksiyon mekanizmasına bakıldığında, serotonin salgılanmasını düzenlediği görülmektedir (Townsend, 2016; Sadock ve ark., 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2018; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017; Merikangas ve ark., 2011). Etkili olduğu düşünülen diğer nörotransmitterler glutamat, GABA (Gamma aminobütirik asit) ve asetilkolindir. Asetilkolinin anormal düzeyde eksik salınımı mani dönemiyle; fazla salınımı ise depresyon dönemiyle ilişkilendirilmiştir. GABA türü aminoasit nörotransmitterler ile endojen opiyatlar ve vasopresin türü nöroaktif peptidlerin, duygudurum bozukluğu fizyolojisinde etkili olduğu düşünülmektedir. Mani döneminde BOS (beyin omirilik sıvısı) ve plazmada, NE (epinefrin) ve MHPG (3-metoksi 4-hidroksi fenil glikol) düzeylerinde artış bildirilmiştir. Bipolar bozukluğa sahip hastaların ilaç kullanmadıkları ve remisyonda oldukları dönemlerde dahi serum norepinefrin düzeyleri genel topluma nazaran yüksek bulunmuştur (Townsend, 2016; Sadock ve ark., 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2018; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017; Merikangas ve ark., 2011).

4.1.5.3. Psikososyal faktörler

Bipolar bozukluk oluşumunda çevrenin de etkili olduğu bilinmektedir. Çevre şartları özellikle bipolar bozukluğun ortaya çıkma zamanında etkilidir. Çünkü ilk ataklar genellikle aşırı stres zamanlarında ortaya çıkmaktadır. Strese neden olan olaylar, atakların görülme sıklık ve olasılığını arttırmaktadır. Bu durumun neticesinde 'Kindling Modeli' yani 'Ateşleme Modeli' doğmuştur. Bu model ilk atak geçirildiğinde hücre boyutundaki biyokimyasal değişimlere neden olarak bireyin stresör duyarlılığını iyice arttırmaktadır ve bunun sonucunda hastanın stresle baş etme düzeyi düşmektedir. Böylelikle hasta daha kolay atak geçirmektedir (Çam ve Engin, 2014; Bender ve Alloy, 2011; Post, 2007). Bireyde stres yaratan olayların varlığı bipolar bozukluk oluşmasında ve bu hastalığın kronikleşmesinde etkilidir. Stresli yaşam olayları herkesin hayatında belli düzeylerde olmasına rağman herkeste hastalık oluşumunu sağlamaz. Hastalık oluşumunun meydana gelmesi için bu çevresel stresörlerin yanında ruhsal ve biyolojik yatkınlık da etkilemektedir. Yapılmış çalışmalar gösteriyor ki yaşanan travmatik olaylar hastalık görülme oranını arttırırken, hastalık sürecindeki kişilerde olumsuz klinik seyre, madde kullanım artışına ve duygudurum ataklarında sık ve daha şiddetli seyre neden olmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Post, 2007; Watson ve ark., 2014). Psikodinamik açıdan bakıldığında bipolar bozukluk, mani döneminde kendini gösteren değersizlik ve yetersizlik duyguları; karşıt tepki oluşturma, yansıtma ve inkar ile grandiyöz hezeyanlara dönüşebilmektedir (Sadock ve ark, 2020).

4.1.6. Gidiş ve sonlanım

Bipolar bozukluk yaklaşık %20 oranında ergenlik dönemi başlangıçlıdır. Bipolar tip II, tip I'e göre daha geç başlangıçlıdır (Köroğlu 2015). Küçük yaşta hastalığı başlayan bireyler uzun yıllar atak dönemi yaşamayabilmektedir. İleri ve orta yaşta ise bu durum atak dönemlerinin arasının daha kısa olması şeklindedir (Öztürk ve Uluşahin 2015). Hastalık belirtilerinin ilk olarak mani ile kendisini gösterme olasılığı %50'nin üzerindedir. Bir defa manik atak geçiren hastanın ikinci kez herhangi bir zamanda ve türü bilinmeksizin atak geçirme olasılığı ise %90'ın üzerindedir (Yüksel, 2014). Bazı hastalar için atak dönemi mevsimsellik göstermektedir ve aynı atak türleri aynı mevsimlerde görülebilmektedir (Yazıcı ve Çakır, 2009). Depresif dönemler yavaş ve sinsi başlangıçlı olurken mani dönemi ani olarak başlamaktadır. Mani dönemi yaklaşık olarak iki ay içerisinde yatışmaktadır. Tedavi görmeyen hastalarda ise bu dönem sekiz aya kadar uzayabilmektedir (Yüksel, 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Nadir olarak görülen durumlardan biri de depresif, ötimik ve manik dönemlerin sürekli olarak birinden diğerine geçildiği durumdur ve buna sürekli döngü denilmektedir. Bir sene içerisinde en az dört dönemin görüldüğü "hızlı döngü" daha sık olarak kadınlarda görülmekte

ve kötü prognoza sahip olunduğunu göstermektedir (Baysan Arabacı ve Taş, 2020; Keskin, 2016; Yazıcı ve Çakır, 2009).

Yavaş başlangıçlı ve süreklilik gösteren siklotimi bozukluğunun ardından bipolar tip II bozukluğunun gelişme oranının %15-50 olduğu belirtilmiştir. Tip II bozuklukta ayırıcı olarak sıklıkla görülen özelliklerin arasında dürtüsellik mevcuttur. Bu durum madde kullanım bozukluğu veya özkıyım girişimine neden olabilmektedir (Köroğlu 2015). Bozukluk ne kadar hızlı döngülü seyrederse sonlanımı o kadar kötü olmaktadır. Hastalardan %25-50'si özkıyım girişiminde bulunmuş, %8-19'u ölümle sonuçlanmıştır (Latalova ve ark., 2014). Atak dönemlerinin psikotik özellikli olması olmayanlara göre işlevselliğin eski haline dönmesi için engel teşkil edebilmektedir, kalıntı belirtiler kalabilmektedir (Yazıcı ve Çakır, 2009). Olumlu prognoz göstergeleri ise; ilk atak döneminin erken tespiti ve tedavisi, mani dönemlerinin daha baskın olması, tedavi uyumu, sosyal desteğin varlığı, hastanın işlevselliğinin yüksek olması, hastanın kötüye kullanım durumunun olmaması, komorbidite olmaması ve yaşın çok ilerlemiş olmamasıdır (Baysan Arabacı ve Taş, 2020; Öztürk ve Uluşahin, 2018; Yüksel, 2014).

4.1.7. Tedavi ve bakım

Tedavi yöntemi hastalık derecesine, hastaya ve koşullara göre değişmektedir. Duygu durum düzenleyiciler yalnız başına veya antipsikotiklerle kombine biçimde uygulanabilmektedir.

Antipsikotik seçimlerinde ikinci kuşak olanlar tercih edilmektedir. Koruyucu tedavinin hedefi ise oluşabilecek yeni atakların önlenmesidir. Tedavide sıklıkla, valproat, olanzapin, lityum ve lamotrijin tercih edilmektedir. 1970'li yıllarda intiharı önlemekteki en önemli adım lityum tedavisinin kullanılmaya başlanmasıdır (Latalova ve ark., 2014).

EKT ise psikotik belirtiler gösteren, suicid düşünceleri yoğun despresif özellikli hastalarda, ilaç tedavisine dirençli veya gebe hastalarda kullanılabilmektedir (Işık ve Işık 2013). Aynı zamanda bilişsel davranışçı terapi veya teknikler ve psikoeğitim programları da hasta odaklı verim sağlayan yaklaşımlardandır (Şahin, 2018).

Bipolar bozukluk tedavisinde sürecin etkisiz olmasının temel nedeni olarak hastaların tedavi uyumunun kötü olması olduğu bilinmektedir. Psikiyatri hemşireleri bu durumla çok sık karşılaşmaktadır ve bunun tespitini yapabilmek adına hastayı değerlendirmeleri, uyumsuzluk varsa nedenini öğrenmeleri veya öngörmeleri çok önemlidir (Kalogianni, 2012). Psikiyatri hemşireleri tedavinin bir ekip işi olduğunun bilincinde olarak hastayı sürekli değerlendirme fırsatı da elinde olduğu nedeniyle riskleri tespit eder ve ekibe bilgi verir. Hastalarla güvene dayanan sağlıklı ilişkiler geliştirerek hastaların tedavi uyumunu geliştirmesine yardımcı olmakta ve öz yeterliliklerini geliştirmelerine destek olmaktadır. Hastalarla tedavileri

hakkında konuşmak, tartışmak ve bu sayede bilgilendirmek hastaların tedavi programlarına uymalarına yardımcı olmaktadır (Gümüş ve ark., 2016). BB'de özellikle akut dönemde ve manik atakta olan aynı zamanda yatarak tedavi olan hastaların yoğun biçimde hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır. Manik atakta yatan hastaların huzursuzlukları ve ajitasyonlarının azaltılması amacıyla sınırların belirlenmesi, hastanın doktorunun düzenlediği şekliyle tedavisini alması için motive edilmesi, hastanın gece ve gündüz ritminin oluşturulması ve sürdürülmesi için destekleyici hemşirelik bakımı oldukça önemlidir (Towsend, 2016; Çam ve Engin, 2014). Hastaların enerji artışı olan bu dönemde hastaların gününü planlamak, davranışlarını gözlemlemek, hasta ve bakım vericilerine psikoeğitim vermek, hastanın diğer hastalarla iletişimini desteklemek, gereken güvenli alanı oluşturmak ve hastanın baş etme becerilerini geliştirmesini desteklemek diğer hemşirelik girişimlerindendir. Her hastaya verilen hemşirelik bakımı hastalar gibi özeldir. Hastanın ihtiyaçlarına, semptomlarına, diğer özel etkenlerine göre bir bakım planlanmalıdır. Psikiyatri hemşireleri hasta bakımında sınırlar koymalı ama gerektiğinde tanıyacağı esneklikleri de iyi belirlemelidir. Hastanın hemşire ile güvenli bağ kurmasına izin verilmeli ve kendi değişim olanaklarını desteklemek gerekmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin buradaki amaçları hastanın iç görü kazanması, gece gündüz ritminin oluşturulması ve sürdürülmesi, işlevselliğinin yeterli düzeye gelmesi ve arttırılması, kendisine ya da bir başkasına zarar vermesinin önlenmesi, sosyal yeterliliğinin desteklenmesi, hastaya otonomi kazandırılması ve böylelikle hastanın yaşam kalitesinin arttırılmasıdır (Daggenvoorde ve ark., 2015; Önol ve Dönmez, 2021). Bipolar bozukluk hasta birey ve bakım vericileri hatta sosyal çevresi için bir stres unsurudur. Bu nedenle hastaya ve yakınlarına hastalığın süreci, gidişatı, tedavisi ile ilgili bilgi verilmesi ve destek sağlanması oldukça önemlidir (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2019). Psikiyatri hemşireleri, danışman, konsültan, eğitmen, terapist, araştırıcı ve vaka yöneticisi gibi çeşitli rollere sahiptir. Aynı zamanda hastalara karşı tutum ve yaklaşımları ile topluma rol modellerdir. Hastalarla doğrudan ve sürekli temas içinde olan psikiyatri hemşireleri hasta ile diğer bireyler ve tedavisi arasında köprü konumundadır (Kök, 2014). Psikiyatri hemşireleri hastalara doğru zamanlarda hastalığın belirtileri, doğası, düzenli hekim kontrolleri, tedaviye uyum, bireysel ve grup terapileri gibi konularda bilgilendirme yapmalıdır (Çam ve Engin, 2014). Psikiyatri hemşireleri diğer hastalara olduğu gibi bipolar bozukluk tanılı hastaların da işlevselliğini arttırmak amacıyla politikalar geliştirmelidir. Bu süreçte psikiyatri hemşireleri sağlık ekibi, hasta ve hasta yakınları ile iş birliği yaptığı gibi bu konuda da öncülük etmelidir. Sosyal desteğin hastalığın iyi prognozunda ve hastanın iyilik halinde etkili olduğu bilinenlerdendir. Bu nedenle hastanın tedaviye uyum konusunda sosyal desteğini geliştirmek ve pekiştirmek amacıyla hastaya ve yakınlarına eğitim verilmesi önem taşımaktadır. Psikiyatri hemşireleri

hasta bireyin hayatını hastalığı ile nasıl sürdüreceği konusunda bilgilendirilmesi, tedavi uyumuyla alakalı riskli hastaları tespit edip takibinin sağlanması, tedavi uyumunu arttırmak amaçlı hasta ve yakınlarına eğitim verilmesi böylelikle hastanın sosyal desteğinin arttırılmasını sağlamak gibi sorumlulukları mevcuttur (Kılınç, 2015).

4.1.8. Bipolar bozuklukta komorbidite

Ek tanı varlığı olan hastalarda; bipolar bozukluk belirtilerinin daha erken yaşta meydana çıktığı, psikotik özellikli belirtilerin şiddetli olduğu, daha uzun süre yataklı serviste tedavi gördükleri, daha hızlı döngülü ve iyileşme oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Şahin, 2018).

Eş tanı varlığı, bipolar bozuklukta iyilik dönemlerini azaltıcıdır. Görülen en sık eş tanılar; somatizasyon bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları ve anksiyete bozukluklarıdır (Işık ve Işık 2013).

4.2. Aleksitimi

4.2.1. Tanım

Aleksitimi kavramı yunanca kökenli olup Sifneos'un araştırmaları sonucu literatüre kazandırılmıştır (Şaşıoğlu ve ark., 2014). Yunanca kökenli bu kavramın Türkçe'ye çevrilmiş hali ise "duyular için kelime yitimi" dir (Ayhan ve ark., 2021).

Aleksitimi kavramı 1970'lerde psikosomatik yakınmaları olan hastaların psikiyatrik semptomlarını ifade etmek amaçlı kullanılmaya başlanmıştır (Harmancı ve ark., 2021). Aleksitiminin başta yalnızca psikosomatik hastalıklar ile ilişkisi değerlendirilmiştir fakat sonrasında sağlıklı olan bireylerde de görülebileceği kabul edilmiştir (Gülle, 2020). Gelişimsel, genetik ve çevresel etmenler gibi çeşitli nedenlerle meydana geldiği düşünülmektedir (Harmancı ve ark., 2021).

İnsanların duyguları, düşünceleri ve davranışları bütün şeklinde işlemektedir. Böylelikle dengeli ve sağlıklı ilişkiler kurulup yürütülmektedir. Kişilerin duygularını tanıma yeteneği ve yaşadıkları duygusal süreçler, psikolojik ve fiziksel sağlıklılık ile ilgilidir. Bu nedenle birçok birey çeşitli gerekçelerle duygularını tanımak ve ifade etmekte zorluklarla karşı karşıya gelmektedir (Korkmaz ve ark., 2020).

Aleksitimiye sahip bireyler, duygularını tanıma ve tanımlama yoksunluğu yaşayan ve bedensel duyum ile duygularını ayırt etmekte güçlük yaşayan kişilerdir. Bu bireylerde duygusal zorlanmalar ve "pensee operatoire" denilen obsesif-somut tarzı düşünme gelişmiştir. Bu nedenle bu bireyler kendi iç dünyalarından çok çevresel olay ve nesnelerle ilgilenmeyi tercih ederler. Sosyal ilişkilerinde ise normale göre fazla çaba ve istek davranışı sergilerler.

Yoğunlukla "işlemsel düşünme eğilimi" ne sahip olan bu bireyler, problemleri çözerken kısa ve somut seçeneklere odaklanma davranışı sergilerler. Bu davranışın temelinde pragmatik ve mekanik düşünme tarzları yatmaktadır. Karşılaştıkları sorunlarda sorunun kökenine inmek yerine görünür olan sebeplere odaklanmayı yeğlerler. Bununla beraber bu bireyler, fantezi ve hayal kuramayan, yaratıcılık ve empati becerisinden yoksun bireylerdir (Epözdemir, 2012).

4.2.2. Aleksitimik bireylerin özellikleri

Aleksitimi ile ilgili araştırmalar yapmış kişiler aleksitimik bireylerin bazı ortak özellikleri olduğunu savunmaktadır.

- Sifneos'a göre aleksitimik özelliğe sahip bireyler diğerlerine göre kısıtlı rüya görmektedir ve rüya içeriğindeki ögeler arasında bağlantı kurmakta zorlanmaktadır (Sifneos, 1988).
- Koçak'a göre aleksitimik bireyler pasif-bağımlı, narsistik, agresif, pasif, psikosomatik özellikler sergileyebilirler. Bu bireyler düşünceleri ve duyguları arasında bağlantı kurmadan tekrar edici ve dağınık biçimde bedensel belirtiler sergilerler. Çevrelerindeki bireylerle iyi anlaşıyor ve paylaşımcı gibi görünseler de böyle olmadıklarının bilincindedirler ve bu durumu gizlemeyi tercih ederler. Çok kaygılı ve stresli olsalar dahi bu durumları inkar ederek duygularını ifade etmek yerine somatik yakınmalar ile açıklamaya giderler (Koçak, 2002).
- Yaratıcılık ve hayal kurmaktan yoksun oldukları için mekanik bir yaşam biçimini tercih ederler (Lesser, 1981).
- Ağlamaları çok nadiren olmakla birlikte bazen duygularla alakalı olmadan ağlayabilmektedirler (Apfel ve Sifneos, 1979).
- Aleksitimik bireyler etrafındaki bireylere karşı ilgisiz ve uzak görünürler, çevresindeki kişiler tarafından ise cansız, sıkıcı ve renksiz olarak tanımlanırlar. Bu bireyler dış merkezli olduklarından yüzeysel ilişki yürütebilmektedirler (Apfel ve Sifneos, 1979).
- Aleksitimik kişiler çevrelerine uyumlu olabilmek adına kendi isteklerine göre değil diğer bireylerin yönlendirmesine ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle sevilen bireyler olsalar da kendi isteklerini ve tercihlerini yaşayamazlar (Bağcı, 2008).

4.2.3. Aleksitiminin temel özellikleri

Aleksitimi alanyazında dört başlık altında incelenmektedir.

4.2.3.1. Duyguları ayırt etme fark etme ve söze dökmede güçlük

Aleksitimik bireylerin en sık yaşadığı güçlüklerden bazıları duygularını farkına varma, tanıma ve sözel ifadelere dökmektir (Şener, 2018). Bu kişiler duygularından bahsederken "gergin-gergin değil", "rahat-rahatsız" gibi kaba ifadeler kullanırlar (Yurt, 2006). Bir olay ile ilgili hisleri sorulduğunda yalnızca yaşananları, olayı ve düşüncelerini anlatırlar (Dereboy, 1990b). Bedensel semptomları ile duygularını ayrıştıramadıklarından tekrarlayıcı ifadeler kullanırlar (Dereboy 1990a). Aleksitimik bireyler başlarından geçen olumsuz bir durumu anlatmaları istendiğinde hissettiklerini bedensel ifadelerle aktarmaya çalışırlar (Atasayar, 2011). Bu davranışları sebebiyle terapistler onları "içgörüsüz" olarak adlandırır (Taylor, 1984; Mc Dougall, 1982). Bu bireyler ayrıca heyecan, mutluluk vb. gibi özellikle olumlu hisleri daha az deneyimlerler (Montebarocci vd. 2004). Bu nedenle empati becerileri yeterince gelişmemiştir ve diğerlerinin duygularını anlamakta, kendilerini diğerlerinin yerine koymakta zorlanırlar (Sifneos, 1988).

4.2.3.2. Hayal kurma ve düşlem yaşamında sınırlılık

Aleksitimik bireyler nadiren hayal kurmaktadırlar bunu zaman kaybı olarak değerlendirirler ve kurdukları bu hayaller gerçeklik sınırlarının dışına çıkmayan renksiz hayallerdir (Koçak, 2002). Lesser'e göre (1981) yetişkinlik döneminde olan aleksitimikler hiç hayal kuramamaktadır. Aleksitimik bireyler rüyalarını da sıklıkla hatırlamazlar. Hatırlasalar dahi rüya içerikleri genellikle somuttur (Koçak, 2002). Bu bireylerin hayal kurma ve rüyalarındaki kısıtlılıklar, bireyin işlemci düşünmesine, detaycı olmasına ve yaratıcılıklarının kısıtlı olmasına sebep olmaktadır (Sifneos, 1988; Koçak, 2002).

4.2.3.3. İşlemsel düşünme eğilimi

Aleksitimik bireyler yaşadıkları problemleri işlemsel düşünme biçimiyle en somut ve en kestirme şekilde çözmeye çalışırlar. Sorunların ana nedenine inmektense yüzeysel nedenlerle ilgili olurlar (Koçak, 2002). Aleksitimik bireyler içinde bulundukları çevre ile uyumlu ilişki içerisindedir. Bu bireyler mekanik ve faydacı düşünürler. Aynı zamanda problemlerin temelinde bulunan engeller ve çatışmalarla ilgilenmediklerinden çevrelerince uyumlu, iş çevresinde ise aranan, sorun çözücü kişiler olurlar (Taylor ve ark.,1991).

4.2.3.4. Dış merkezli uyuma yönelik bilişsel tarz

Aleksitimik bireyler çevresindeki kişilerle uyumlu ilişkiler sürdürebilmek ve onlarla uyum sağlayabilmek adına oldukça çaba gösterirler ve sonucunda uyumlu ilişkiler içinde olurlar (Taylor ve ark., 1991). Çevrelerinde bulunan bireylerin beklentileri ve olayların ayrıntıları bu kişiler için önemlidir. Bu sebeple dış kontrollü yaşam sürerler ve tercih ettikleri bir

yalnızlıkları mevcuttur (Koçak, 2002). Kendi yaşamlarına uyumlu olmak ve duygularını gizlemek için zekalarından faydalanırlar. Bu durum dışarıdan baktığımızda olumlu gibi görünüyor olsa da Mc Dougal (1982) bu çabaladıkları uyumu "yalancı normallik" şeklinde adlandırmıştır.

Bu bireyler diğerleri tarafından gelen uyaranlara karşı aşırı hassasiyet göstermektedirler. Aleksitimik bireyler davranışlarını kendi duygularına göre şekillendirmek yerine dışsal uyaranlara bağlı şekillendirdiklerinden bulundukları çevrede mekanik ve uyumlu yapılarıyla öne çıkmaktadırlar (Taylor, 1984; Yalçın, 2010).

4.2.4. Epidemiyoloji

Aleksitimi sıklığını ölçmek amacıyla yapılan çalışmalar, bazı araştırmacılarca savunulan aleksitiminin kültürler arası farklılık gösteren ve sosyal bir fenomen olduğu düşüncesi nedeniyle farklı sonuçlar ortaya koymuştur. Aleksitiminin insidansı erkeklerde %9,4, kadınlarda %5,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda eğitim ve sosyoekonomik durum ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Suak, 2019).

4.2.5. Etiyoloji

4.2.5.1. Nörofizyolojik yaklaşım

Nörofizyolojik yaklaşımın savı, aleksitiminin nedeninin hemisferler arasında bulunan nöron iletimindeki aksaklık olduğudur. Diğer bir açıklama ise medial prefrontal kortekstеki hipoaktivite durumudur (Şaşıoğlu ve ark., 2014). Bu yaklaşımdaki başka bir sav ise neokortekse limbik sistemden giden duyusal uyaran blokesi ile bilinçli duyusal yaşatıdaki olamama durumudur. Bu durumun sonucu olarak da duyguları tanıma, ifade etme ve tanımlama konusunda sorun yaşanabilmektedir (Şaşıoğlu ve ark., 2014).

4.2.5.2. Psikodinamik yaklaşım

Freud sözel ifade için uyarının bilinçdışından bilinç düzeyine ulaşması gerektiğini düşünmektedir. Bilinç dışında olan ve söyleme dökülmeyen duygular gerilim, çatışma ve beden diliyle ifade bulur. Bu durum aleksitimiklerinkine benzetilmektedir (Stoudemire, 1991).

Özellikle ebeveynleri tarafından çocuğun hislerini kavrama, iletme denemelerine karşılık olarak tekrarlanan olumsuz tutum veya kayıtsızlığın, çocukta yaşadığı duygunun ne olduğuna hatta bir duygunun varlığına sahip olmasına inzninin olup olmadığına yönelik karışıklık yaratacağı belirtilmiştir. Aleksitiminin altındaki sorun, erken çocuklukta olan afekt gelişiminde aksama yaşanmasıyla da ilişkilendirilmektedir (Güleç ve Yenel, 2010). Bunlardan hareketle aleksitimi, zihinsel temsillerin aracılığıyla duygusal uyarılma işlenmesinde ve bu

işlenmenin düzenlenmesinde meydana gelen zorluk olarak düşünülmekte ve bunun birçok nedeni olabilmektedir (Vanheule ve ark., 2011).

4.2.5.3. Sosyal öğrenme- davranışçı yaklaşım

Bireyin iletişim biçimi sosyal çevrede ve aile içinde öğrenmiş olduklarının duygusal karşılıkları ile oluşur. Duygu, düşüncelerin rahatça ifade edilemediği hatta baskılandığı kültürlerel özelliklere sahip toplumlarda büyüyen kişilerde aleksitimik özellikler oluşabilmektedir (Epözdemir, 2012). Duyguların sözel olarak ifadesi batılı toplumlarda olgunluk ve sağlıklılık belirtisi iken özellikle bazı doğulu toplumlarda bu durumun hoş karşılanmadığı bilinmektedir. Duyguları ifade durumu erkeklik normlarında genellikle hoş karşılanmaz ve bu nedenle, erkeklerde kadınlara göre aleksitimi sıklığı daha fazladır (Levant ve ark., 2006).

4.2.5.4. Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yaklaşım açısından bakacak olursak doğumdan itibaren öğrenme ve deneyim yoluyla kazanılan temel inanç ve düşünce sistemlerinin oluşturduğu genellemelere "şema" adı verilir. Oluşturulan bu yapı algıları yorumlamada ve biçimlendirmede kullanılır. Bilişsel yaklaşım duyguları bilişsel öğelerle açıklar. Bu yaklaşım duygularla ilişkili içsel ve dışsal uyarıcıları yorumlamayı, anlamlandırmayı ve beklenti oluşturma vb gibi maddelerin duyguları oluşturmada ilk görevi üstlendiğini savunmaktadır. Böylelikle bilişsel kuram aleksitiminin gelişim dönemlerinde oluşan fonksiyonel olmayan ve bozuk bilişsel süreçler sonucu oluştuğunu savunmaktadır (Beck, 1995).

4.2.6. Aleksitimi ve bipolar bozukluk

Aleksitimik özelliklere sahip bireylerin ruh sağlığı sorunları ve olumsuzlukla sonuçlanan duygusal deneyimlere daha yatkın oldukları bilinmektedir (Dubey ve Pandey, 2013). Literatür incelendiğinde aleksitimi ile umutsuzluk, intihar düşünceleri, depresyon, sözel ve fiziksel saldırganlık, düşmanlık ve öfke arasında ilişki tespit edilmiştir (Bergmans ve ark., 2021; Iskric ve ark., 2020; Arcan ve Yüce, 2016; Sfeir ve ark., 2020). Aleksitimi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye bakıldığında ise obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, güvensiz bağlanma, alkol ve internet bağımlılığı ile de ilişkili olduğu saptanmıştır (Roh ve ark., 2011; Redondo ve Luyten, 2021; Evcen ve ark., 2003). Literatürde bipolar bozukluk ile aleksitimi arasında doğrudan ilişki arayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Depresyon ile aleksitimi ilişkilendirildiği için bipolar bozukluk depresif atakta olan hastalarda da aleksitimi ilişkisine bakan çalışmaların varlığı bilinmektedir fakat manik atakta olan hastalarda aleksitimi düzeyi incelenmemiştir (Karayağız, 2013). Bipolar bozukluk tanısına sahip ve manik atak geçirmiş bireyler gerek stigma gerekse iç görü kazandıklarında kendi

hatırladıkları veya çevresinde bulunanların hatırlatmaları ile içe kapanıklık gösterebilmektedirler. Bu bireylerin hastalık sahibi olmasından dolayı duygularını ifade etmekte çekindikleri; yaşadıkları mutluluk, heyecan veya üzüntülerini dile getirmekte korku duydukları ve bastırmak durumunda kaldıkları düşünülmektedir. Atak dönemlerinde ise hastaların yaşadıkları öforik ve taşkın duydudurumdan dolayı duygularını fark etme ve ifade edebilme konusunda yetersiz kaldıkları düşünülmektedir.

4.2.7. Aleksitimi ve hemşirelik bakımı

Aleksitimi; hastayı tanıma, anlama ve hastaya özel bakım planının oluşturulması konusunda oluşturabileceği yanılgılar veya zorluklardan dolayı önemli bir duygu açıklamasıdır. Bireylerde aleksitimi varlığı ve eğer mevcutsa bu durumun tedavi sürecini etkisi tespit edilmelidir. Aleksitimin bireylerle çalışmakta olan hemşirelerin holistik bakım anlayışıyla aile merkezli olan bakımı planlamaları ve bu planın uygulandığının kontrollerini sağlamaları gerekmektedir (Aslan,2022). Aleksitimik hastalar genelde soğuk, ortama uyum konusunda zorlanan, yaşamdan bunalmış olarak gözlemlenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin oluşturmuş olduğu ve gerçekleştirecekleri bakım süreci olumsuz etkilenebilmektedir. Bireyin adil yaklaşımla sınırlar korunarak duygularını açıklanması sağlanmalıdır.

4.3. İşlevsellik

İşlevsellik, bireyin mesleğini yapabilme ve sürdürebilme, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme, sosyal ortamlarda bulabilme ve sosyal ilişkiler sürdürebilme aynı zamanda sosyal aktivitelerin içinde bulunabilme aktif olarak yer alabilme olarak tanımlanır (İlhan, 2014). İşlevsellikteki iyileşme, kişinin işlevsellik kaybı yaşamadan önceki haline dönme durumudur. (Zarate ve ark., 2000). Kişilerin iş/eğitim hayatlarını sürdürebilme, kişisel ihtiyaçlarını kendileri giderebilme ile sosyal yaşamlarının aktifleşmesi kişinin yaşamı boyunca en temel ihtiyaçlarındandır (Yalçınkaya, 2020).

Süreğen psikiyatrik hastalığa sahip olan kişilerin bakımı kapsamında geliştirilmiş bir modelde, görülen olguların kötüleşme ve iyileşme alanlarını tespit edebilmek için hastanın kliniğinin ve sosyal işlevselliğinin sürekli olarak düzenli bir biçimde değerlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Kişilerin becerileri, ev işlerini yapabilme durumları, toplu taşıma kullanma durumları, kendi kararlarını alabilme, mesleki ve aritmetik becerilere sahip olabilme, parayı iyi yönetebilme durumu dikkate alınabilecek olan unsurlardandır. Eş tanı varlığı da toplumsal ve ruhsal işlevsellikte yitime, öz kıyım riskinde artmaya, klinik seyrin kötüye gidişine ve tedavinin olumsuz etkilenmesine neden olduğu bilinmektedir (Sayğılı, 2020).

4.3.1. İşlevsellik ve bipolar bozukluk

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Uluslararası İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlık Sınıflandırması, yetiyitimi ve işlevselliği, fiziksel işlev kontrol etme becerilerini kapsayan çok boyutlu ifadeler olarak tanımlamaktadır; hayatın bütün yönleriyle ilgili olmak ve çevresel etmenlerin bu deneyimlere engel veya yardımcı olan yönlerini etkili biçimde yönetebilmek olarak tanımlamaktadır (Gökçenoğlu, 2021). Bipolar bozukluk, hastaların işlevselliğini birçok yönden olumsuz etkileyebilmektedir (Angst ve Sellaro, 2000).

Bipolar bozukluk aslında çok yaygın bir psikiyatrik hastalık değilken erken başlangıçlı olması, hastalığın süreğen ve şiddetli olması gibi nedenlerle yetiyitimine neden olan hastalıklar arasında ilk sıralardadır (Ferrari ve ark., 2016). Bipolar bozuklukla ilgili geçmiş çalışmalar genelde sendromal sonuçlarla ilgilenirken son zamanlarda yapılan çalışmalar fonksiyonel sonuçlarla da ilgilenmektedir. Bunun nedeni BB tanılı hastalar ve bakım vericileri için fonksiyonel sonuçların bazen sendromal sonuçlardan daha önemli olabilmesidir (Chen ve ark., 2013).

Genellikle semptomatik sonuçların fonksiyonel sonuçlara neden olduğu düşünülmektedir (Gitlin ve Miklowitz, 2017). Ancak bu hastalığın toplumsal maliyetinde %79'unun yatarak tedavi görmek gibi doğrudan maliyetlerinden değil mesleki yetersizlikler gibi dolaylı olan maliyetlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Dilsaver, 2009).

Yapılan çalışmalar gösteriyor ki semptom göstermeyen hastaların büyük çoğunluğu fonksiyonel açıdan bozulmayı sürdürmektedir. Tamamen iyileşen asemptomatik hastaların %30-40 oranında hastalık öncesi işlevselliklerine döndükleri bilinmektedir (Tohen ve ark., 2000). Düşük işlevselliğin yeni bir duygudurum epizoduna da neden olabileceği bilinmektedir (Gitlin ve Miklowitz, 2017; Weinstock ve Miller, 2008).

BB'nin sonuçları ve karmaşık gidişatı düşünüldüğünde klinisyenler ve araştırmacılar yalnızca klinik remisyona değil fonksiyonel iyileşmeye ve refaha erişilmesine de odaklanmaktadırlar (Vieta ve Torrent, 2016).

İşlevselliğin korunmasında atak dönemlerinin etkin ve en erken zamanda tedavi edilmesi önemlidir (Bonnín ve ark., 2014). Depresyon tanısını koymak için yeterli olmayan depresif belirti olması genel işlevselliğin bozulmasıyla alakalı en önemli yordayıcıdır (Bonnín ve ark., 2019; Murru ve ark., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bünyesinde bulunan Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), işlevselliği tanımlarken 3 bileşene ayırmaktadır; vücut fonksiyonları ve yapısı, aktiviteler ve aktivitelere katılım, çevresel faktörler (WHO, 2022).

Türkiye'de yapılan BBİÖ kullanılan bir çalışmada, 165 bipolar tanılı ve ötimik dönemdeki hasta ile 63 kişilik kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada hasta grubun kontrol grubuna göre toplumsal etkinliklere katılım, zihinsel işlevsellik, günlük etkinlikler ve hobiler, içe kapanıklık, damgalanma hissi, arkadaşlık ilişkileri, insiyatif alma, cinsel işlevsellik alanlarında işlevselikleri anlamlı olarak daha düşük görülmüştür (Hacımusalar ve Doğan, 2019).

4.4. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin yaşamında karşılaştığı zorluklar ile baş etmesi için bilgi veren ve davranış becerisini öğreten, sorunlarını paylaşabildiği ve ihtiyaç duyduğunda yanında olabilecek olan yakınları tarafından gördüğü manevi ve maddi destektir (Ceylan, 2020).

İlişkilerde sosyal desteğe dört adet işlev yüklenmiştir. Bunlar; bilgi sağlayıcı /bilişsel rehberlik, duygusal/güven veren destek, eşlik etme desteği ve araçsal destek şeklindedir. Duygusal destek en yararlı sosyal destek olarak bildirilmiştir (Demirel, 2021).

Algılanan sosyal destek, bireyin kendisine biçtiği kıymettir. Çevresi tarafından sevildiğini, saygı durulduğunu, değer gördüğünü hisseden ve ihtiyaç anında ulaşabileceği kişilerin olduğunu talep ettiği yardımı bulabileceğini bilen kişilerde algılanan sosyal desteğin fazla olduğu bilinmektedir. Algılanan sosyal destek, daha çok bireylerin kalıcı olan karakteristik özelliklerinden ya da günlük yaşamdaki kolay değişebilen üslup, tutum vb. faktörlerden etkilenmektedir (Demirel, 2021).

Bireylerin duyduklarına ve yaşantılarına yüklemiş oldukları anlamlar da her birey gibi farklıdır. Bu farklılıklar, her bireyin yetiştirilme biçimi ve yaşantılarına göre şekillenmektedir. Bu nedenle sosyal destek ile algılanan sosyal destek birbirinden ayrılmaktadır. Algılanan sosyal destek, bireyin sosyal destek fonksiyonları ile ilgili yeterlilik gösterip göstermediği konusunda kendi yargısıdır (Omar, 2019).

4.4.1. Bipolar bozukluk ve algılanan sosyal destek

Literatürde psikiyatrik hastalara yönelik verilere göre sosyal destek; stresin hastalardaki olumsuz etkilerini azaltmaktadır. Sosyal destek eksikliği bozukluk seyrini kötü etkilemektedir. Hastalık belirtileri ile sosyal desteğin arasında ilişki bulunmaktadır (Studart ve ark., 2015).

Aile ve arkadaşlardan gelen destek, atakların önlenmesinde atak dönemine girildiyse daha hızlı bir iyileşme sürecinin yaşanmasına ve işlevsel bozukluklarda olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (Studart ve ark., 2015). Sosyal destek eksikliği ise ilaç uyumunun kötü olmasına ve daha yüksek stres düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (Boyers ve Simpson, 2018).

Yapılmış bir çalışma sonucuna bakıldığında algılanan sosyal destek düzeyi düşük hastaların atak sıklığı ve atakların süresinde, hastanede yatarak tedavi olma sayısında ve yaşam kalitesindeki azalmayla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Warren ve ark., 2018; Dunne ve ark., 2019).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma bipolar tanılı bireylerde aleksitiminin işlevsellik ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemeye yönelik, tanımlayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

5.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma bipolar bireylerde aleksitiminin işlevsellik ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

5.3. Araştırma Soruları

Bipolar bireylerde aleksitimi işlevselliği etkiler mi?

Bipolar bireylerde aleksitimi algılanan sosyal destek düzeyini etkiler mi?

Bipolar bireylerde aleksitimi, işlevsellik ve algılanan sosyal destek açısından riskli gruplar kimlerdir?

5.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.03.2022-31.08.2022 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda son bir yılda 447 bipolar bozukluk tanısı alan hasta, yatışı yapılarak tedavi edilmiştir. Örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmada 15 kişi ile pilot çalışma yürütülmüştür. Çalışmada hastane sistemi üzerinden yaş ve tanı kriterlerine uygun olan hastalar tespit edilerek, taburculuk planlaması yapılan hastalar hastaneden taburcu olmadan araştırmaya davet edilmişlerdir. Araştırmayı kabul eden hastalarla yüz yüze bireysel görüşme yapılmıştır. Hastane sisteminde hastaların eğitim durumu yer almadığından eğitim durumları hastaların beyanı kabul edilmiştir. Buna göre eğitim durumu uygun olmayan 7 hasta dışlanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde 8 hasta görüşmeye devam etmek istemeyerek anket sorularını yarım bırakmıştır. Çalışma yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplama formlarına tam olarak yanıt veren 267 hasta ile tamamlanmıştır.

5.6. Veri Toplama Araçları

5.6.1. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017; Sanchez Moreno ve ark., 2018) hazırlanan form, yaş, eğitim, cinsiyet vb

sosyodemografik ve kronik fiziksel hastalık varlığı, son 2 yılda yatış, tedavi, hastalık öyküsü vb soruları inceleyen 14 maddeden oluşan bilgi formudur (Ek4).

5.6.2. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BB-I): Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği, Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi tarafından hazırlanmıştır (Aydemir ve ark., 2007). Ölçek 52 madde ve 11 alt ölçek şeklinde oluşturulmuştur. Alt ölçekler: duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalanma hissi, içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iştir. Ölçek üçlü Likert tipinde olup maddeler 'hayır veya hiç' 1 puan, 'kısmen veya bazen' 2 puan, 'evet veya her zaman' 3 puan verilerek hesaplanmaktadır. Duygusal işlevsellik alt ölçeğinde 1. ve 3. sorular, zihinsel işlevsellik alt ölçeğinde 5. ve 7. sorular, cinsel işlevsellik alt ölçeğinde 8., 10. ve 11. sorular, iş alt ölçeğinde ise 49., 50. ve 51. sorular ters puanlanmaktadır. Ölçeğin kesme puanı olmayıp puan arttıkça işlevsellik de artmaktadır. Tüm ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach's Alpha değeri α=,91 ve alt ölçeklerin Cronbach Alfa katsayıları ,50-,88 arasında olduğu bildirilmektedir (Aydemir ve ark., 2007). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri α= ,91 olarak bulunmuştur (Ek5).

5.6.3. 20 Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20): Ölçek Bagby ve ark. tarafından geliştirilmiş (Bagby ve ark., 1994), Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması (TAÖ-20) Sayar ve Köse (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek yirmi maddeden oluşan, Likert tipinde kendini değerlendirme ölçeğidir. Kesme puanı 61'dir. 4, 5, 10, 18 ve 19'uncu maddeler ters olarak puanlanır. ''Duyguları Tanımada Güçlük'' alt ölçeği (TAÖ-1) yedi maddeden oluşmakta olup (madde 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14) duyguları belirlemede ve onları duygusal uyarımlara eşlik eden bedensel duyumlardan ayırt etmekte güçlük şeklinde tanımlanır. ''Duyguları İfade Etmede Güçlük'' alt ölçeği (TAÖ-2) beş maddeden oluşmakta olup (madde 2, 4, 11, 12, 17) duyguların başkalarına aktarılmasında güçlük şeklinde tanımlanır. ''Dışa Dönük Düşünme'' alt ölçeği (TAÖ-3) sekiz maddeden oluşmakta olup (madde 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20), dışadönük bir bilişsel yapının varlığı, içe dönük düşünme ve imgelem gücünün zayıflığı olarak tanımlanır. Alt ölçeklerin her birinde ve toplamda alınan yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Toplam ölçek Cronbach's Alpha değeri α=,78, alt ölçeklerin ise ,57-,80 arasında olduğu bildirilmiştir (Güleç ve ark., 2009). Bu çalışamada ise ölçeğin Cronbach's Alpha değeri α=,75 olarak bulunmuştur (Ek6).

5.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçek üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insan)

alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan Likert tipte bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan sosyal desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bu gruplar "aile", arkadaş" ve "özel bir insan" dan alınan desteği içermektedir. Ölçekte her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak; Kesinlikle hayır=1, Kesinlikle evet=7, arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilerek ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha Katsayısı aile alt boyutu için ,83, arkadaş alt boyutu için ,84, özel bir insan alt boyutu için ,88 ve toplam ölçek puanı için ise ,86 olarak bulunmuştur (Eker ve ark., 2001). Bu çalışamada ise ölçeğin Cronbach's Alpha değeri α= ,85 olarak bulunmuştur (Ek7).

5.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, birlikte yaşadıkları bireyler, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, son 2 yıldaki yatış sayıları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu ve sigara, alkol ve/veya madde kullanım durumu bu çalışmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişkenler: Toronto Aleksitimi Ölçeği, Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları bu çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan hastalardan elde edilen verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını belirlemek için, verilerin çarpıklık ve basıklıkları değerlendirilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında olan değişkenlerin normal dağılımda olduğu kabul edilmiştir (George & Mallery; 2010). Yapılan değerlendirmelerde çarpıklık ve basıklık değeri -2 ile +2 arasında yer alan değişkenler için parametrik testler, -2 ile +2 arasında yer almayan değişkenler için nonparametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olduğu belirlenen verilerin değerlendirilmesinde parametrik test olarak ikili grupların karşılaştırılmasında Independent Sample T testi ve çoklu grupların karşılaştırılmasında One Way Anova testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmadığı belirlenen verilerin değerlendirilmesinde ise non-parametrik test olarak Kruskall Wallis ve Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Gruplar arasında farlılık belirlenen verilerde farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizler olarak post hoc test olarak Tukey's-Games Howell testi kullanılmıştır. Ölçek toplam puanlarının normal dağılıma uygun olduğu

belirlendiğinden, ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapıldığı için tüm Türkiye'de yaşayan bipolar bozukluk tanısı olan hastalara genellenemez. Araştırma verileri İstanbul'da toplanmıştır ve İstanbul'un metropol şehir olmasından dolayı hasta bireylerin diğer şehirlerdeki hastalardan farklı şartlarda (sosyal destek, maddi durum, imkanlar…) olduğu bilinerek bu çalışma bulgularının tüm Türkiye'deki hastalara genellenemeyeceği düşünülmektedir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular özbildirim ölçeklerine dayalı olduğu için tüm evrene genellenemez. Ayrıca bu araştırma kapsamında elde edilen veriler taburculuk öncesinde yapılan görüşmelerle elde edildiğinden ve araştırmacının kurum çalışanı olması, hastaların taburculuk sürecini olumsuz etileyebileceği kaygısından dolayı yanlı cevap vermis olabilecekleri düşünülmektedir.

5.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma öncesinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (18.10.2021-113) (Ek8). Tez önerisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 18.11.2021 tarihli yönetim kurulunda görüşülerek onaylanmıştır (2021/40-41) (Ek9).

Tez önerisinin kabul edilmesinin ardından araştırmanın yürütüleceği kurumun bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne başvuru yapılarak araştırmanın T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütebilmesi için izin alınmıştır (25.02.2022-2022/05.) Araştırma süresince Helsinki Bildirgesindeki etik ilkeler dikkate alınarak çalışma yürütülmüştür.

6. BULGULAR

Tablo1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=267)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	**Kadın**	170	%63,67
	Erkek	98	%36,33
Yaş	**18-28 yaş**	71	%26,59
	29-39 yaş	80	%29,96
	40-49 yaş	74	%27,72
	50 yaş ve üzeri	42	%15,73
Medeni Durum	**Evli**	93	%34,83
	Bekar	174	%65,17
Gelir Düzeyi	**Geliri Giderlerini karşılamıyor**	103	%38,58
	Geliri Giderlerine Eşit	117	%43,82
	Geliri Giderlerinden Fazla	47	%17,6
Evde Birlikte Yaşadığı Bireyler	**Yalnız**	25	%9,36
	Sadece Eş	17	%6,37
	Eş ve Çocuk	80	%29,96
	Anne ve Baba	52	%19,48
	Anne, Baba ve Kardeş	61	%22,85
	Diğer	32	%11,99
Çocuk Sahibi Olma Durumu	**Evet**	119	%45,57
	Hayır	148	%54,43
Sahip Olunan Çocuk Sayısı*	**1 çocuk**	38	%31,93
	2 çocuk	48	%40,34
	3 çocuk ve üzeri	33	%27,73

*Kaç çocuk sahibi olduğunu belirten 119 katılımcı verilerine göre analiz edilmiştir.

Tablo1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Tablo1 incelendiğinde katılımcıların %63,67'sinin (n=170) kadın, %36,33'ünün (n=97) erkek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları 37,79±11,50'dir. Yaş dağılımlarına bakıldığında %26,59'unun (n=71) 18-28 aralığında, %29,96'sının (n=80) 29-39 aralığında, %27,72'sinin (n=74) 40-49 aralığında, %15,73'ünün (n=42) ise 50 yaş ve üstü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %34,83'ü (n=93) evli iken %65,17'si (n=174) bekardır. Katılımcıların %38,58'inin (n=103) gelirinin giderlerini karşıladığı, %43,82'sinin (n=117) gelirinin giderlerine denk olduğu ve %17,6'sının (n=47) gelirinin giderlerinden fazla olduğu görülmüştür. Katılımcıların birlikte yaşadıkları bireyler incelendiğinde %9,36'sının (n=25) yalnız, %6,37'sinin (n=17) sadece eşiyle, %29,96'sının (n= 80) eşi ve çocuklarıyla, %19,48'inin (n=52) anne ve babasıyla, %22,85'inin (n=61) annesi babası ve kardeşiyle, %11,99'unun (n=32) ise diğer kişilerle yaşadığı belirlenmiştir. Diğer kişilerin içinde ev arkadaşı, kiracı bireyler, geniş aile bireyleri, bakım evindeki bireyler, kadın sığınma evindeki bireyler bulunmaktadır. Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde %28,46'sı (n=76) 1-2, %38,95'i (n=104) 3-4 , %32,58'i (n=87) ise 5 ve daha fazla kardeş sayısına sahip bir ailede bulunmaktadır. Katılımcıların %33,33'ü (n=89) ailenin ilk çocuğu, %25,09'u (n=67) ailenin 2. çocuğu, %20,97'si (n=56) ailenin 3. çocuğu, %9,74'ü (n=26) ailenin 4. çocuğu, %10,86'sı (n=29) ise ailedeki 5. ve daha sonraki çocuk olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %45,57'si (n=119) çocuk sahibi iken %54,43'ü (n=148) çocuk sahibi olmadığını ifade etmiştir. Çocuk sahibi olan katılımcıların %31,93'ünün (n=38) bir çocuğa, %40,34'ünün (n=48) iki çocuğa, %27,73'ünün (n=33) ise 3 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo2. Katılımcıların Hastalık Öyküleri İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=267)

Değişkenler		n	%
Son 2 Yılda Yatış Sayısı	**1 kez**	163	%61,05
	2 kez	75	%28,09
	3 kez ve üzeri	29	%10,86
Sigara, Alkol, Madde Kullanımı	**Evet**	157	%58,8
	Hayır	110	%41,2
Ailede Psikiyatrik Öyküye Sahip Olma Durumu	**Evet**	126	%47,19
	Hayır	141	%52,81
Düzenli Psikiyatrik İlaç Kullanım Durumu	**Evet**	201	%75,28
	Hayır	66	%24,72

Tablo 2'de katılımcıların hastalık öyküleri ile ilgili değişkenlerinin dağılımına yer verilmiştir. Katılımcıların son 2 yıldaki yatış sayıları incelendiğinde %61,05'inin (n=163) 1 kez, %28,09'unun (n=75) 2 kez, %10,86'sının (n=29) ise 3 kez ve daha fazla olduğu görülmüştür. Katılımcıların %58,8'i (n=157) sigara, alkol ve maddeden en az birini kullanırken, %41,2'si (n=110) bunlardan herhangi birini kullanmamaktadır. Katılımcıların %47,19'unun (n=126) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü var iken %52,81'inin (n=141) ailesinde öykü bulunmamaktadır. Katılımcıların %23,22'sinin (n=62) ailesinde kronik fiziksel rahatsızlık öyküsü bulunurken %76,78'inin (n=205) ailesinde öykü bulunmamaktadır. Katılımcıların %75,28'inin (n=201) psikiyatrik ilaç tedavisini düzenli olarak aldığı görülürken %24,76'sı (n=66) düzenli ilaç kullanmamaktadır.

Tablo3. Katılımcıların Özellikleri ile Aleksitimi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=267)

Değişkenler		(n)	Aleksitimi ölçeği toplam puan X±SS	Duyguları tanımada güçlük alt boyutu toplam puan X±SS	Duyguları söze dökmede güçlük alt boyutu toplam puan X±SS	Dışa dönük düşünme alt boyutu toplam puan X±SS
Yaş	**18-28**	71	2,49±0,59	2,20±0,87	2,45±0,94	2,76±0,60
	29-39	80	2,41±0,53	2,13±0,89	2,23±0,87	2,78±0,60
	40-49	74	2,51±0,64	2,31±1,07	2,44±0,94	2,73±0,53
	50 ve üzeri	42	2,73±0,78	2,68±1,26	2,72±0,99	2,77±0,60
F/p			2,45/0,064	3,05/0,029*	2,69/0,047*	0,09/0,966
Farkın Kaynağı (Tukey's- Games Howell Testi)				29-39 yaş ile 50 yaş ve üzeri	29-39 yaş ile 50 yaş ve üzeri	
Medeni durum	**Evli**	93	2,51±1,02	2,82±0,53	2,55±1,01	2,73±0,59
	Bekar	174	2,17±0,97	2,72±0,60	2,36±0,90	2,81±0,55
t/p			2,59/0,010*	2,54/0,024*	1,54/0,124	1,32/0,187
Çocuk sahibi olma durumu	**Evet**	123	2,65±0,69	2,55±1,10	2,55±1,01	2,80±0,55
	Hayır	144	2,39±0,55	2,07±0,87	2,32±0,86	2,73±0,60
t/p			-3,41/0,001*	-4,00/0,000*	-2,09/0,038*	-0,96/0,337
Ailedeki kardeş sayısı	**1-2 kardeş**	76	2,44±0,56	2,09±0,88	2,38±0,92	2,78±0,58
	3-4 kardeş	104	2,46±0,60	2,25±1,00	2,42±0,94	2,66±0,57
	5 ve üzeri	87	2,64±0,69	2,51±1,09	2,48±0,95	2,86±0,58
F/p			2,88/0,058	3,58/0,029*	0,24/0,784	3,03/0,51
Farkın Kaynağı (Tukey's- Games Howell Testi)				1-2 kardeş ile 5 kardeş ve üzeri		
Son iki yıldaki yatış sayısı	**1 kez**	163	2,46±0,60	2,23±0,98	2,34±0,90	2,74±0,56
	2 kez	75	2,51±0,65	2,28±1,03	2,50±1,01	2,72±0,62
	3 ve üzeri	29	2,78±0,68	2,62±1,09	2,68±0,92	2,97±0,53
F/p			3,15/0,045*	1,78/0,171	1,91/0,150	2,36/0,097
Farkın Kaynağı (Tukey's- Games Howell Testi)			-1 kez ile 3 kez ve üzeri			
Düzenli ilaç kullanımı	**Evet**	201	2,47±0,63	2,26±1,01	2,36±0,93	2,73±0,58
	Hayır	66	2,63±0,60	2,37±1,03	2,63±0,95	2,84±0,57
t/p			1,71/0,089	0,79/0,429	2,03/0,044*	1,34/0,180

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 50,22±12,48 olduğu belirlendi. Alt ölçeklerin puan ortalamaları incelendiğinde duyguları tanımada güçlük 16,02±7,07; duyguları söze dökmede güçlük 12,12±4,69; dışa dönük düşünme ise 22,07±4,63 olarak bulunmuştur.

Tablo3'te verilenlere göre katılımcıların aleksitimi toplam puanları ile yaş arasında yapılan karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Alt boyutlara göre ise, katılımcıların duyguları tanımada güçlük ($p<0,05$) ve duyguları söz dökme ($p<0,05$) alt boyutlarda aldıkları puanlar arasında yaşa göre anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Hangi yaş grupları arasında anlamlı bir fark olduğunu tespit etmek amacıyla uygulanan post-hoc testine göre duyguları tanımada güçlük ve duygularını söze dökme boyutlarının her ikisinde de 29-39 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında 50 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların 29-39 yaş grubundaki katılımcılara göre duygularını tanımada daha fazla güçlük çektiği ve duygularını söze dökmede daha çok zorlandığı söylenebilir.

Tablo 3'e göre, katılımcıların aleksitimi toplam puanları ile medeni durumları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Puan ortalamalarına göre evli katılımcılar ($X=2,52$) bekar katılımcılara ($X=2,17$) oranla daha yüksek aleksitimi düzeyine sahiptir. Alt boyutlardan duyguları tanımada güçlük boyutunda medeni durum anlamlı bir fark oluştururken ($p<0,05$), duyguları söze dökme ve dışa dönük olma boyutlarında anlamlı bir yaratmamıştır ($p>0,05$). Duyguları tanımada güçlük alt boyutunda evli katılımcılar ($X=2,82$), bekar katılımcılara ($X=2,72$) oranla daha fazla güçlük çekmektedir.

Tablo 3'te verilen bulgulara göre, katılımcıların aleksitimi toplam puanları ile ailedeki kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Alt boyutlarda yalnızca duyguları tanımada güçlük alt boyutunda ailedeki kardeş sayısına göre anlamlı bir fark olduğu ortaya konmuştur ($p<0,05$). Buna göre hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Tukey testi 1-2 kardeşi olan katılımcılar ile 5 kardeş ve üzerinde kardeşi olan katılımcıların duygularını tanımada güçlük ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir. Puan ortalamalarına göre 5 kardeş ve üzerinde kardeşi olan katılımcıların ($X=2,51$), 1-2 kardeşi olan katılımcılara ($X=2,09$) oranla duygularını tanımada daha fazla güçlük çektiği söylenebilir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi çocuk sahibi katılımcılar ile çocuk sahibi olmayan katılımcıların aleksitimi toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Puan ortalamalarına göre çocuk sahibi katılımcıların ($X=2,64$) aleksitimi düzeyi çocuk sahibi olmayan katılımcılara ($X=2,41$) oranla daha yüksektir. Buna ek olarak duyguları tanımada güçlük ($p<0,05$) ve duyguları söze dökmede güçlük ($p<0.05$) alt boyutunda da anlamlı fark

bulunmuştur ($p<0,05$). Benzer şekilde çocuk sahibi olan katılımcılar daha yüksek aleksitimi düzeyine sahiptir.

Tablo 3'e göre katılımcıların aleksitimi toplam puan ortalamaları ile son iki yılda yapılan yatış sayısı arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Puan ortalamalarına göre hastaneye 3 kez ve üzeri yatış yapan katılımcıların aleksitimi düzeylerinin ($X=2,78$) hastaneye 1 kez yatış yapan katılımcılara ($X=2,46$) oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak alt ölçekler ile yatış sayısı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 3'te verildiği gibi katılımcıların düzenli ilaç kullanımının katılımcıların aleksitimi toplam puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Alt boyutlarda ise duyguları söze dökmede güçlük alt boyutunda iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu alt boyutta puan ortalamalarına göre, düzenli ilaç kullanmayan katılımcıların ($X=2,63$) duyguları söze dökmede düzenli ilaç kullanan katılımcılara ($X=2,36$) oranla daha fazla güçlük çektiği görülmüştür.

Katılımcıların aleksitimi toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile kardeşlerin ailedeki doğum sırası, evde birlikte yaşadıkları birey türü, sahip olunan çocuk sayısı, cinsiyet, gelir durumu sigara, alkol ve madde kullanımı durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunma durumu, başka kronik fiziksel hastalığı olma durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo4. Katılımcıların Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=267)

Değişkenler		% (n)	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı	Aile desteği alt boyut puanı	Arkadaş desteği alt boyut puanı	Özel bir insan desteği alt boyut puanı
Yaş	**18-28**	71	5,02±1,52	5,43±1,82	4,85±2,04	4,80±2,07
	29-39	80	5,08±1,35	5,88±1,65	5,08±2	4,29±2,4
	40-49	74	4,66±1,51	5,44±1,86	4,82±2,01	3,71±2,29
	50 ve üzeri	42	4,73±1,37	6,08±1,46	4,48±2,18	3,64±2,15
f/p			1,47/0,224	2,03/0,109	0,79/0,499	3,71/0,012*
Farkın Kaynağı (Tukey Testi)						18-28 yaş ile 40-49 yaş Ve 50 yaş ila üzeri
Medeni durum	**Evli**	93	4,97±1,41	6,02 ± 1,37	4,95 ± 1,99	3,94 ± 2,36
	Bekar	174	4,85±01,47	5,48 ± 1,88	4,8 ± 2,07	4,28 ± 2,23
t/p			0,62/0,535	2,45/0,015*	0,56/0,578	-1,17/0,245
Evde birlikte yaşadığı bireyler	**1)Yalnız**	25	4,69±1,71	5,06 ± 1,92	4,69 ± 2,2	4,32 ± 2,38
	2)Sadece eş	17	5,20±1,51	5,51 ± 1,69	5,21 ± 2,12	4,88 ± 2,07
	3)Eş ve çocuk	80	5,04±1,36	6,24 ± 1,25	4,98 ± 1,93	3,9 ± 2,37
	4)Anne ve baba	52	5,05±1,42	5,84 ± 1,61	4,83 ± 2,07	4,48 ± 2,01
	5)Anne, baba ve kardeş	61	4,90±1,38	5,69 ± 1,83	4,87 ± 2,07	4,13 ± 2,43
	6)Diğer	32	4,26±1,49	4,47 ± 2,06	4,45 ± 2,1	3,87 ± 2,18
F/p			1,80/0,114	6,05/0,000*	0,45/0,810	0,88/0,495
Farkın Kaynağı (Tukey Testi)				1-3		
Ailedeki kardeş sayısı	**1-2 kardeş**	76	5,00±1,51	5,46 ± 1,84	4,9 ± 2,05	4,63 ± 2,06
	3-4 kardeş	104	4,95±1,38	5,71 ± 1,75	4,87 ± 2,03	4,28 ± 2,33
	5 ve üzeri	87	4,73±1,47	5,8 ± 1,64	4,78 ± 2,06	3,61 ± 2,31
F/p			0,84/0,435	0,81/0,446	0,08/0,927	4,38/0,013*
Farkın Kaynağı						1-2 kardeş ile 5 kardeş ve üzeri
Çocuk sahibi olma durumu	**Evet**	119	4,85±1,39	5,88 ± 1,55	4,88 ± 1,93	3,78 ± 2,3
	Hayır	148	4,93±1,49	5,49 ± 1,87	4,83 ± 2,13	4,47 ± 2,22
t/p			0,47/0,636	-1,83/0,069	-0,21/0,835	2,50/0,013*
Gelir durumu	**Geliri giderlerini karşılıyor**	47	5,36±1,14	6,2 ± 1,2	5,33 ± 1,75	4,56 ± 2,37
	Geliri giderlerine eşit	117	5,04±1,39	5,82 ± 1,67	4,95 ± 2,07	4,35 ± 2,32
	Geliri giderlerinden az	103	4,52±1,55	5,26 ± 1,93	4,52 ± 2,09	3,77 ± 2,15
F/p			6,89/0,001*	5,70/0,004*	2,81/0,062	2,70/0,069
Farkın Kaynağı (Tukey Testi)			Geliri giderinden az ile gelir gider eşit/ Geliri giderinden az ile geliri giderinden fazla	Geliri giderinden az ile geliri giderine eşit/ Geliri giderinden az ile geliri giderinden fazla		

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının 58,73±17,35 olduğu belirlenmiştir. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde aile alt boyutunun 22,67±6,96; arkadaş alt boyutunun 19,40±8,15 ve özel bir insan alt boyutunun 16,65±9,11 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4'e göre katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları ile yaş arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Alt boyutlarda ise algılanan özel bir insan destek düzeyinin ($p<0,05$) yaş gruplarına göre farklılaştığı görülmüştür. 18-28 yaş grubu ile 40-49 yaş grubu arasında ve 18-28 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri katılımcı grubu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Puan ortalamalarına göre 18-28 yaş grubunun (X=4,80) algılanan özel bir insan destek düzeyi, 40-49 yaş grubu (X=3,71) ve 50 yaş ve üzeri (X=3,64) katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Alt boyutlarda ise çok boyutlu algılanan aile destek düzeyi medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Buna göre evli katılımcıların (X=6,02) ailelerinden algıladıkları destek düzeylerinin bekar katılımcılara (X=5,48) oranla daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Tablo 4'e göre katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları ile evde yaşadıkları kişiler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Katılımcıların aile aile alt boyut puanının evde yaşanılan birey türüne göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($p<0,05$). Yapılan Tukey testine göre ise evde yalnız yaşayan bireyler ile eş ve çocuğu ile birlikte yaşayan bireylerin algılanan aile destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Puan ortalamalarına göre evde eş ve çocuğu ile yaşayan katılımcıların (X=6,24) algıladıkları aile destek düzeyi yalnız yaşayan katılımcılara (X=5,06) oranla daha yüksektir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamaları ile ailedeki kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Katılımcıların özel bir insan alt boyut puan ortalaması ile ailedeki kardeş sayısı bakımından anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tukey testine göre 1-2 kardeşe sahip katılımcılar ile 5 kardeş ve üzerinde kardeşe sahip katılımcıların özel bir insan alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Puan ortalamalarına göre 1-2 kardeşi olan katılımcılar (X=4,63), 5 kardeş ve üzerinde kardeşe sahip katılımcılara (X=3,61) oranla daha yüksek destek düzeyine sahiptir.

Tablo 4'e göre çocuk sahibi katılımcılar ile çocuk sahibi olmayan katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Özel bir insan alt boyutunda çocuk sahibi olan ve olmayan

katılımcılar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Puan ortalamalarına göre çocuk sahibi olmayan bireylerin ($x=4,47$) özel insan tarafından algıladıkları destek düzey çocuk sahibi olan katılımcılara ($X=3,78$) göre daha yüksektir. Tablo 4'te verildiği üzere katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tukey testine göre geliri giderlerini karşılamayan bireyler ile geliri giderlerine denk olan bireyler arasında ve geliri giderlerini karşılamayan bireyler ile geliri giderlerinden fazla olan bireyler arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Puan ortalamaları karşılaştırıldığında geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ($X=4,52$), geliri giderlerine denk ($X=5,04$) ve geliri giderlerinden fazla ($X=5,36$) olan katılımcılara oranla daha düşük algılanan sosyal destek düzeyine sahiptir. Alt boyutlar incelendiğinde katılımcıların algıladıkları aile destek düzeylerinin gelir durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tukey testine göre ise geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ile geliri giderlerine denk olanlar arasında ve geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ile geliri giderlerinden fazla olanlar arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Puan ortalamaları karşılaştırıldığında geliri giderlerini karşılamayan katılımcıların($X=5,26$), geliri giderlerine denk ($X=5,86$) ve geliri giderlerinden fazla ($X=6,12$) olan katılımcılara oranda daha düşük aile sosyal destek düzeyine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puan ve alt boyutların puan ortalamaları ile cinsiyet, ailedeki doğum sırası, sahip olunana çocuk sayısı, son iki yılda yaptığı yatış sayısı, sigara, alkol, madde kullanımı, ailede psikiyatrik öykü olması, başka kronik fiziksel rahatsızlığın olması ve düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=267)

Değişkenler		(n)	İşlevsellik toplam puan	Duygusal işlevsellik alt boyut puanı	Zihinsel işlevsellik alt boyut puanı	Cinsel işlevsellik alt boyut puanı	Damgalanma hissi alt boyut puanı	İçe kapanıklık alt boyut puanı	Ev içi ilişkiler alt boyut puanı	Arkadaşlarla ilişkiler alt boyut puanı	Toplumsal etkinliklere katılım alt boyut puanı	Günlük etkinlikler ve hobiler alt boyut puanı	İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut puanı	İş alt boyut puanı
Cinsiyet	**Kadın**	170	2,10±0,33	2,52±0,49	2,43±0,54	2,02±0,71	2,14±0,70	2,24±0,52	2,32±0,54	2,24±0,57	1,68±0,53	1,82±0,47	1,94±0,62	2,43±0,49
	Erkek	97	2,14±0,38	2,41±0,52	2,48±0,55	2,13±0,66	2,27±0,58	2,17±0,54	2,25±0,64	2,15±0,70	1,87±0,64	1,79±0,46	2,25±0,58	2,54±0,54
t/p			1,00/0,319	-1,63/0,104	0,62/0,533	1,25/0,213	1,55/0,123	-1,05/0,293	-0,98/0,326	-1,13/0,260	2,59/0,010*	-0,49/0,625	4,11/0,000*	1,71/0,088
Yaş	**18-28**	71	2,14±0,32	2,41±0,47	2,48±0,52	2,09±0,66	2,21±0,67	2,23±0,53	2,28±0,55	2,16±0,61	1,96±0,57	1,81±0,46	2,11±0,62	2,41±0,52
	29-39	80	2,13±0,33	2,57±0,48	2,4±0,58	2,19±0,62	2,29±0,68	2,25±0,48	2,3±0,57	2,24±0,58	1,66±0,52	1,8±0,49	2,07±0,64	2,5±0,52
	40-49	74	2,1±0,37	2,53±0,44	2,48±0,54	2,04±0,7	2,06±0,65	2,14±0,58	2,28±0,63	2,25±0,62	1,71±0,57	1,8±0,47	2,07±0,57	2,49±0,49
	50 ve üzeri	42	2,07±0,37	2,33±0,66	2,43±0,52	1,78±0,8	2,18±0,61	2,24±0,52	2,35±0,57	2,18±0,69	1,63±0,64	1,84±0,45	1,9±0,66	2,49±0,48
F/p			0,50/0,682	2,76/0,053	0,40/0,756	3,46/0,017*	1,56/0,199	0,69/0,558	0,14/0,938	0,38/0,767	4,53/0,004*	0,06/0,980	1,12/0,342	0,54/0,657
Farkın Kaynağı (Tukey's- Games Howell Testi)						29-39 yaş ile 50 yaş ve üzeri					18-28 yaş ile 29-39 yaş/ 18-28 yaş ile 50 yaş ve üzeri			
Medeni durum	**Evli**	93	2,08 ± 0,31	2,48 ± 0,53	2,36 ± 0,59	2,03 ± 0,72	2,14 ± 0,7	2,19 ± 0,54	2,35 ± 0,55	2,22 ± 0,56	1,58 ± 0,5	1,78 ± 0,43	1,96 ± 0,64	2,53 ± 0,46
	Bekar	174	2,13 ± 0,36	2,48 ± 0,49	2,50 ± 0,51	2,07 ± 0,68	2,22 ± 0,64	2,22 ± 0,52	2,27 ± 0,59	2,21 ± 0,65	1,84 ± 0,6	1,82 ± 0,49	2,1 ± 0,6	2,44 ± 0,53
t/p			-1,31/0,189	0,05/0,964	-1,98/**0,049***	-0,42/0,679	-0,93/0,356	-0,45/0,653	1,12/0,264	0,07/0,941	-3,67/**0,000***	-0,70/0,482	-1,80/0,073	1,32/0,189
Ailedeki kardeş sayısı	**1-2 kardeş**	76	2,12 ± 0,37	2,5 ± 0,49	2,44 ± 0,56	2,03 ± 0,67	2,24 ± 0,65	2,16 ± 0,54	2,24 ± 0,57	2,24 ± 0,59	1,81 ± 0,56	1,8 ± 0,46	2,04 ± 0,61	2,49 ± 0,48
	3-4 kardeş	104	2,16 ± 0,33	2,49 ± 0,47	2,47 ± 0,54	2,23 ± 0,69	2,17 ± 0,68	2,26 ± 0,5	2,31 ± 0,59	2,2 ± 0,66	1,83 ± 0,61	1,84 ± 0,48	2,16 ± 0,61	2,55 ± 0,48
	5 ve üzeri	87	2,06 ± 0,34	2,45 ± 0,56	2,43 ± 0,54	1,88 ± 0,68	2,16 ± 0,65	2,2 ± 0,55	2,32 ± 0,58	2,2 ± 0,6	1,6 ± 0,52	1,78 ± 0,46	1,94 ± 0,63	2,37 ± 0,55
F/p			2,14/0,119	0,31/0,734	0,09/0,914	6,39/0,002*	0,37/0,690	0,84/0,432	0,51/0,602	0,13/0,875	4,48/0,012*	0,37/0,691	3,00/0,051	2,88/0,058
Farkın Kaynağı (Tukey's- Testi)						3-4 kardeş ile 5 ve üzeri kardeş					1-2 kardeş ile 5 ve üzeri kardeş/ 3-4 kardeş ile 5 ve üzeri kardeş			
Çocuk sahibi olma durumu	**Evet**	123	2,1 ± 0,35	2,51 ± 0,52	2,42 ± 0,56	1,99 ± 0,73	2,16 ± 0,67	2,23 ± 0,52	2,32 ± 0,57	2,23 ± 0,58	1,65 ± 0,55	1,84 ± 0,47	1,97 ± 0,65	2,49 ± 0,5
	Hayır	144	2,13 ± 0,34	2,45 ± 0,49	2,47 ± 0,53	2,12 ± 0,65	2,21 ± 0,65	2,2 ± 0,53	2,27 ± 0,59	2,19 ± 0,65	1,83 ± 0,59	1,78 ± 0,47	2,13 ± 0,59	2,46 ± 0,52
t/p			0,66/0,510	-9,92/0,356	0,69/0,492	1,60/0,110	0,68/0,498	-0,40/0,686	-0,75/0,456	-,056/0,577	2,58/**0,010***	-1,06/0,288	2,04/0,042*	-0,53/0,591
Sahip olunan çocuk sayısı	**1 çocuk**	38	2,15 ± 0,36	2,55 ± 0,56	2,41 ± 0,58	2,08± 0,74	2,13 ± 0,67	2,16 ± 0,58	2,27 ± 0,58	2,30 ± 0,62	1,82 ± 0,56	1,88 ± 0,45	2,13 ± 0,63	2,54 ± 0,53
	2 çocuk	48	2,07 ± 0,33	2,49 ± 0,51	2,41 ± 0,54	1,98 ± 0,68	2,20 ± 0,68	2,28 ± 0,48	2,37 ± 0,49	2,15 ± 0,55	1,58 ± 0,51	1,80 ± 0,46	1,83 ± 0,65	2,45 ± 0,49
	3 ve üzeri	33	2,05 ± 0,36	2,50 ± 0,53	2,44 ± 0,56	1,80 ± 0,78	2,11 ± 0,71	2,20 ± 0,55	2,27 ± 0,6	2,24 ± 0,57	1,51 ± 0,54	1,89 ± 0,50	1,92 ± 065	2,44 ± 0,49
X2/p			2,18/0,336	0,76/0,685	0,99/0,611	2,03/0,363	0,27/0,872	0,84/0,656	0,46/0,794	1,92/0,382	7,90/0,019*	1,26/0,534	3,91/0,142	1,13/0,568
Farkın Kaynağı											1 çocuk-3 çocuk ve üzeri			
Gelir durumu	**1)Geliri giderlerini karşılıyor**	47	2,25 ± 0,35	2,51 ± 0,47	2,49 ± 0,56	2,25 ± 0,7	2,28 ± 0,63	2,27 ± 0,47	2,47 ± 0,53	2,33 ± 0,55	2,05 ± 0,57	1,87 ± 0,52	2,28 ± 0,62	2,57 ± 0,48
	2)Geliri giderlerine eşit	117	2,16 ± 0,3	2,56 ± 0,48	2,53 ± 0,46	2,09 ± 0,68	2,31 ± 0,64	2,28 ± 0,47	2,39 ± 0,52	2,26 ± 0,59	1,73 ± 0,53	1,84 ± 0,41	2,03 ± 0,58	2,54 ± 0,48
	3)Geliri giderlerinden az	103	2,00 ± 0,36	2,38 ± 0,53	2,34 ± 0,6	1,94 ± 0,68	2,01 ± 0,66	2,12 ± 0,6	2,11 ± 0,62	2,1 ± 0,67	1,63 ± 0,59	1,75 ± 0,5	1,97 ± 0,65	2,35 ± 0,53
F/p			10,95/0,000*	3,62/0,028*	3,78/0,024*	3,58/0,029*	6,43/0,002*	2,87/0,058	9,48/0,000*	2,72/0,068	9,17/0,000*	1,62/0,201	4,03/0,019*	5,06/0,007*
Farkın Kaynağı (Tukey Testi)			1-2/1-3	1-2	1-2	1-3	1-2		1-2/1-3		1-2/2-3		1-3	1-2/1-3

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği toplam puan ortalamaları 109,93±17,96 olarak bulunmuştur. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde duygusal işlevsellik 7,43±1,51; zihinsel işlevsellik 9,79±2,16; cinsel işlevsellik 8,23±2,76; damgalanma hissi 8,75±2,63; içe kapanıklık 6,64±1,58; ev içi ilişkiler 13,77±3,47; arkadaşlarla ilişkiler 11,05±3,09; toplumsal etkinliklere katılım 13,72±4,40; günlük etkinlikler ve hobiler 14,46±3,74; insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme 6,16±1,86 ve iş alt boyutu puan ortalaması 9,89±2,02 olarak bulunmuştur.

Tablo 5'e göre katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamaları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde 11 alt boyuttan ikisinde anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre toplumsal etkinlikleri katılım ($p<0,05$) ve insiyatif alma ve potansiyeli kullanabilme ($p<0,05$) alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkeklerin toplumsal etkinliklere katılım ve insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme düzeylerinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 5'te görüldüğü gibi katılımcıların işlevsellik toplam puan ortalamaları ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Alt boyutlarda ise cinsel işlevsellik ($p<0,05$) ile toplumsal etkinliklere katılım ($p<0,05$) alt boyutlarında yaşa göre anlamlı bir farklılaşma varken, diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. 29-39 yaş grubunun ($X=2,19$), 50 yaş ve üzeri yaş grubuna ($X=1,78$) oranla cinsel işlevsellik düzeyi daha yüksektir. Buna ek olarak toplumsal etkinliklere katılım boyutunda 18-28 yaş grubu ile 29-29 yaş grubu arasında ve 18-28 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri yaş grubu arasında anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde 18-28 yaş grubu ($X=1,96$), 29-39 yaş grubu ($X=1,66$) ve 50 yaş ve üzeri grubuna ($X=1,63$) oranla toplumsal etkinliklere katılım düzeyi daha yüksektir.

Tablo 5'te verilenlere göre katılımcıların işlevsellik toplam puan ortalamaları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Alt boyutlarda ise zihinsel işlevsellik ($p<0,05$) ve toplumsal etkinliklere katılım ($p<0,05$) alt boyutlarında medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Buna göre evli katılımcıların ($X=2,50$), bekarlara ($X=2,36$) oranla daha yüksek düzeyde zihinsel işlevselliğe sahip olduğu görülmüştür. Benzer şekilde toplumsal etkinliklere katılım alt boyutunda evli katılımcılar ($X=1,84$) bekar katılımcılara oranla ($X=1,58$) daha yüksek işlevselliğe sahiptir.

Tablo 5'e göre katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamaları ile ailedeki kardeş sayısı arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Alt boyutlarda ise cinsel işlevsellik ($p<0,05$) ve toplumsal etkinliklere katılım ($p<0,05$)

boyutlarında katılımcıların ölçek puanları arasında ailedeki kardeş sayısına göre anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Cinsel işlevsellik boyutunda 3-4 kardeşi olan katılımcılar ile 5 kardeş ve üzerinde kardeşi olan katılımcıların cinsel işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Puan ortalamalarına göre 3-4 kardeşi olan katılımcıların cinsel işlevsellik düzeyleri (X=2,23), 5 ve üzerinde kardeşi olan katılımcılara (X=1,88) oranla daha yüksektir. Bunun yanında toplumsal etkinliklere katılım boyutunda 5 ve üzerinde kardeşi olan katılımcıların 1-2 kardeşi olanlar ile 3-4 kardeşi olan katılımcılar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür. Öyle ki 5 ve üzerinde olan katılımcıların (X=1,60) toplumsal etkinliklere katılım düzeylerinin 1-2 kardeşi olan katılımcılar (X=1,81) ve 3-4 kardeşi olan katılımcılardan (X=1,83) daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5'te verilenlere göre katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile çocuk sahibi olma durumu arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bundan farklı olarak alt boyutlarda, toplumsal etkinliklere katılım ($p<0,05$) ve insiyatif alma ve potansiyellerini kullanabilme ($p<0,05$) kategorilerinde her iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Buna göre çocuk sahibi olmayan katılımcıların toplumsal etkinliklere katılım (X=1,83) ve insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme (X=2,13) düzeyleri çocuk sahibi olan katılımcılara (X=1,64; X=1,96) oranla daha yüksektir.

Tablo 5 incelendiğinde katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile sahip olduğu çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bundan farklı olarak alt boyutlarda, 1 çocuk sahibi katılımcılar ile 3 çocuk ve üzerinde çocuğa sahip katılımcıların toplumsal etkinliklere katılım düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Puan ortalamalarına göre 1 çocuk sahibi katılımcıların (X=1,82) toplumsal etkinliklere katılım düzeyleri 3 ve üzerinde çocuğa sahip katılımcılara (X=1,51) oranla daha yüksektir.

Tablo 5'e göre katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Tukey testine göre geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ile geliri giderlerine denk olan ve geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ile geliri giderlerinden fazla olan grup arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Puan ortalamalarına göre geliri giderlerini karşılamayan bireyler (X=2,00), geliri giderlerine denk (X=2,16) ve gerili giderlerinden fazla (X=2,25) olan katılımcılara oranla daha düşük işlevsellik düzeyine sahiptir. Alt boyutlarda ise 8 alt boyutta gelir durumunun anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür. Buna göre geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ile geliri giderlerine denk olan katılımcıların duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi, ev içi ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım ve iş alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Puan ortalamalarına göre ise tüm bu alt boyutlarda

geliri giderlerine denk olan katılımcıların ortalama puanları geliri giderlerini karşılamayan katılımcılara göre daha yüksektir. Bunun yanında geliri giderlerini karşılamayan katılımcılar ile geliri giderlerinden fazla olan grubun ise cinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alt boyutlarında anlamlı farklar olduğu görülmüştür. Benzer şekilde bu alt boyutlarda geliri giderlerinden fazla olan grubun puan ortalamaları geliri giderlerini karşılamayan katılımcılara göre daha fazladır. Son olarak ise geliri giderlerine denk olan katılımcılar ile geliri giderlerinden fazla olan katılımcıların toplumsal etkinliklere katılım boyutunda anlamlı düzeyde farklılaştıkları tespit edilmiştir. Buna göre geliri giderlerinden fazla olan katılımcıların toplumsal etkinliklere katılım düzeyleri geliri giderlerine denk olan katılımcılara göre daha yüksektir.

Katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları ile evde birlikte yaşadığı birey türü ve kardeşlerin ailedeki doğum sırası değişkeni arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo6. Katılımcıların Hastalık ile İlgili Özellikleri ile Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=267)

Değişkenler		(n)	İşlevsellik toplam puan	Duygusal işlevsellik alt boyut puanı	Zihinsel işlevsellik alt boyut puanı	Cinsel işlevsellik alt boyut puanı	Damgalanma hissi alt boyut puanı	İçe kapanıklık alt boyut puanı	Ev içi ilişkiler alt boyut puanı	Arkadaşlarla ilişkiler alt boyut puanı	Toplumsal etkinliklere katılım alt boyut puanı	Günlük etkinlikler ve hobiler alt boyut puanı	İnsiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme alt boyut puanı	İş alt boyut puanı
Son iki yıldaki yatış sayısı	**1 kez**	163	2,12 ± 0,34	2,45 ± 0,53	2,47 ± 0,55	2,1 ± 0,69	2,22 ± 0,69	2,22 ± 0,5	2,31 ± 0,57	2,23 ± 0,57	1,76 ± 0,56	1,8 ± 0,43	2,04 ± 0,6	2,47 ± 0,49
	2 kez	75	2,09 ± 0,35	2,52 ± 0,48	2,4 ± 0,54	1,99 ± 0,69	2,16 ± 0,62	2,21 ± 0,58	2,25 ± 0,57	2,16 ± 0,65	1,72 ± 0,56	1,8 ± 0,5	2,05 ± 0,64	2,49 ± 0,52
	3 ve üzeri	29	2,13 ± 0,4	2,53 ± 0,39	2,45 ± 0,54	2,01 ± 0,68	2,09 ± 0,6	2,2 ± 0,56	2,33 ± 0,67	2,24 ± 0,78	1,76 ± 0,7	1,88 ± 0,59	2,13 ± 0,68	2,44 ± 0,57
F/p			0,25/0,793	0,61/0,544	0,52/0,594	0,79/0,455	0,52/0,595	0,02/0,980	0,34/0,71	0,36/0,698	0,15/0,861	0,42/0,658	0,233/0,793	0,10/0,901
Sigara, alkol, madde kullanımı	**Evet**	157	2,07 ± 0,35	2,51 ± 0,5	2,43 ± 0,55	1,95 ± 0,66	2,16 ± 0,7	2,2 ± 0,55	2,3 ± 0,59	2,15 ± 0,61	1,63 ± 0,54	1,82 ± 0,44	2,02 ± 0,58	2,46 ± 0,51
	Hayır	110	2,14 ± 0,34	2,44 ± 0,51	2,46 ± 0,53	2,14 ± 0,7	2,21 ± 0,63	2,23 ± 0,51	2,3 ± 0,57	2,26 ± 0,62	1,84 ± 0,59	1,8 ± 0,49	2,08 ± 0,65	2,48 ± 0,5
t/p			-1,64/0,102	-1,19/0,236	-0,50/0,616	-2,22/0,027*	-0,56/0,579	-0,43/0,670	0,01/0,996	-1,42/0,158	-2,96/0,003*	0,28/0,778	-0,78/0,435	-0,40/0,693
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı	**Evet**	126	2,1 ± 0,35	2,47 ± 0,54	2,37 ± 0,54	2,03 ± 0,69	2,17 ± 0,62	2,25 ± 0,53	2,28 ± 0,58	2,22 ± 0,64	1,76 ± 0,59	1,77 ± 0,47	2,05 ± 0,61	2,46 ± 0,48
	Hayır	141	2,13 ± 0,34	2,49 ± 0,47	2,52 ± 0,53	2,09 ± 0,69	2,2 ± 0,69	2,18 ± 0,53	2,31 ± 0,58	2,2 ± 0,61	1,74 ± 0,57	1,84 ± 0,47	2,06 ± 0,63	2,48 ± 0,53
t/p			0,61/0,534	0,28/0,781	2,32/0,021*	0,65/0,515	0,36/0,716	-0,21/0,834	0,43/0,667	-0,82/0,413	0,87/0,388	1,31/0,191	0,15/0,880	0,35/0,727
Düzenli ilaç kullanımı	**Evet**	201	2,13 ± 0,34	2,49 ± 0,51	2,47 ± 0,54	2,05 ± 0,68	2,23 ± 0,62	2,23 ± 0,51	2,31 ± 0,57	2,27 ± 0,59	1,77 ± 0,56	1,82 ± 0,47	2,06 ± 0,63	2,49 ± 0,51
	Hayır	66	2,05 ± 0,36	2,46 ± 0,47	2,39 ± 0,55	2,08 ± 0,73	2,05 ± 0,76	2,16 ± 0,57	2,25 ± 0,61	2,02 ± 0,67	1,68 ± 0,61	1,78 ± 0,45	2,03 ± 0,6	2,43 ± 0,5
t/p			-1,70/0,091	-0,34/0,735	-1,03/0,306	0,23/0,821	-1,98/0,048*	-1,01/0,314	-0,69/0,490	-2,87/0,004*	-1,20/0,232	-0,60/0,548	-0,35/0,725	-0,77/0,440

Tablo 6'ya göre katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile sigara, alkol, madde kullanımı arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Öte yandan, cinsel işlevsellik ($p<0,05$) ve toplumsal etkinliklere katılım ($p<0,05$) alt boyutlarında bu iki grup arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Puan ortalamaları incelendiğinde ise sigara, alkol ve madde kullanımı olan katılımcıların cinsel işlevsellik ($X=2,14$) ve toplumsal etkinliklere katılım ($X=1,84$) düzeylerinin sigara, alkol, madde kullanımı olmayan katılımcılara ($X=1,95$; $X=1,63$) oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 6'da verilenlere göre katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile ailede psikiyatrik öykü olma durumu arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Öte yandan alt boyutlarda, ailede psikiyatrik öyküsü olan katılımcılar ile ailede psikiyatrik öyküsü olmayan katılımcıların zihinsel işlevsellik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre ailede psikiyatrik öyküsü olmayan katılımcıların ($X=2,52$) zihinsel işlevsellik düzeyleri diğer katılımcılara ($X=2,37$) oranla daha yüksektir.

Katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile başka bir kronik fiziksel rahatsızlığı olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Alt boyutlardan ise yalnızca ev içi ilişkiler alt boyutunda anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre başka bir kronik fiziksel rahatsızlığı olan katılımcıların ($X=2,44$), rahatsızlığı olmayan katılımcılara ($X=2,25$) oranla daha yüksek ev içi ilişki düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 6'da görüldüğü üzere katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ortalaması ile düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Öte yandan alt boyutlardan, damgalanma hissi ($p<0,05$) ve arkadaşlarla ilişkiler ($p<0,05$) boyutlarında düzenli ilaç kullanan katılımcılar ile düzenli ilaç kullanmayan katılımcılar arasında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Puan ortalamalarına göre ise düzenli ilaç kullanan katılımcıların ($X=2,33$) diğer katılımcılara ($X=2,05$) oranda daha yüksek düzeyde damgalanma hissi yaşadığı görülmektedir. Buna ek olarak düzenli ilaç kullanan katılımcıların ($X=2,27$) arkadaşlarla ilişki düzeylerinin diğer katılımcılara ($X=2,02$) göre daha yüksek olduğu da görülmüştür.

Katılımcıların bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları ile son 2 yılda yapılan yatış sayısı arasında anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo7. Katılımcıların Aleksitimi Düzeyleri ile İşlevsellik Düzeyleri Aralarındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Testi Sonuçları (n=267)

			İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutları											
			Duygusal İşlevsellik	Zihinsel İşlevsellik	Cinsel İşlevsellik	Damgalanma Hissi	İçe Kapanıklık	Ev İçi İlişkiler	Arkadaşlarla İlişkiler	Toplumsal Etkinliklere Katılım	Günlük Etkinlikler ve Hobiler	İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme	İş	İşlevsellik (Ölçek Toplam Puanı)
Aleksitimi Ölçeği Alt Boyutları	Duyguları Tanımada Güçlük	r	-,407*	-,379*	-,220*	-,425*	-,247*	-,221*	-,317*	-,256*	-,186*	-,164*	-,242*	-,441*
		p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,007	,000	,000
	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	r	-,412*	-,349*	-,227*	-,339*	-,349*	-,236*	-,266*	-,183*	-,106	-,173**	-,215*	-,393*
		p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,085	,005	,000	,000
	Dışa Dönük Düşünme	r	-,132*	-,133*	-,175*	-,018	-,110	-,093	-,072	-,155*	-,155*	-,097	-,056	-,188*
		p	,032	,029	,004	,769	,072	,131	,240	,011	,011	,114	,363	,002
Aleksitimi Düzeyi (Ölçek Toplam Puanı)		r	-,433*	-,395*	-,275*	-,375*	-,312*	-,248*	-,306*	-,271*	-,203*	-,194*	-,239*	-,467*
		p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,001	,000	,000

*p<0,05 düzeyinde anlamlı ilişki vardır.

Tablo7'de verilen korelasyon testi bulgularına göre katılımcıların aleksitimi düzeyleri ile işlevsellik düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,467$; $p<0,05$). İlişkinin düzeyine bakıldığında ise r değeri 0,30 ile 0,70 arasında olup, aleksitimi düzeyleri ile işlevsellik düzeyleri arasında orta düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır. Her iki ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, aleksitimi ölçeğinin alt boyutu olan duyguları tanımada güçlük boyutu ile işlevsellik ölçeğinin 11 alt boyutu arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki tespit edilmiştir. Buna göre duyguları tanımada güçlük ile duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi ve arkadaşlarla ilişkiler olmak üzere 4 alt boyutta ilişki orta düzeyde iken diğer boyutlardaki ilişki düzeyi düşüktür. İkinci olarak duyguları söz dökmede güçlük boyutu ile işlevsellik ölçeğinin günlük etkinlikler ve hobiler boyutu dışındaki tüm boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerin düzeyi incelendiğinde duyguları söze dökmede güçlük ile cinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler, arkadaşlarla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler, insiyatif alabilme ve potansiyelini kullanabilme ve iş olmak üzere 7 alt boyut arasında düşük düzeyde ilişki varken diğer boyutlarda orta düzeyde bir ilişki vardır. Son olarak dışa dönük düşünme alt boyutu ile duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, toplumsal etkinliklere katılım, günlük etkinlikler ve hobiler alt boyutları arasında düşük düzeyde negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu verilere göre aleksitimi düzeyi arttıkça işlevsellik düzeyi azalmaktadır.

Tablo8. Katılımcıların Aleksitimi Düzeyleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Testi Sonuçları (n=267)

			Aile	Özel Bir Kişi	Arkadaş	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek
Aleksitimi Ölçeği Alt Boyutları	**Duyguları Tanımada Güçlük**	**r**	-0,021	-,196*	-,231*	-,220*
		p	0,737	0,001	0,000	,000
	Duyguları Söze Dökmede Güçlük	**r**	-0,097	-,240*	-,227*	-,272*
		p	0,113	0,000	0,000	,000
	Dışa Dönük Düşünme	**r**	-0,077	-,272*	-,128*	-,234*
		p	0,209	0,000	0,036	,000
Aleksitimi Düzeyi (Ölçek Toplam Puanı)		**r**	-,077	-,302*	-,264*	-,313*
		p	,211	,000	,000	,000

*p<0,05 düzeyinde anlamlı ilişki vardır.

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların aleksitimi düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (r=-0,313; p<0,05). Benzer şekilde algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça duyguları tanımada güçlük (r=-0,220; p<0,05); duyguları söz dökmede güçlük (r=-0,272; p<0,05) ve dışa dönük düşünme (r=-0,234; p<0,05) alt boyut puanları azalmaktadır. Katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyi alt boyutları ile aleksitimi arasındaki ilişkiye bakıldığında özel bir kişi destek düzeyi ve arkadaş destek düzeyi ile aleksitimi düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır (r=-0,302; p<0,05; r=-0,264; p<0,05). Özel bir kişi destek düzeyi ve arkadaş destek düzeyleri ile aleksitimi alt boyutları arasında anlamlı düzeyde negatif yönlü düşük dereceli bir ilişki bulunmuştur. Buna göre aleksitimi düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyi azalmaktadır.

Tablo9. Katılımcıların İşlevsellik Düzeyleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Aralarındaki İlişkiye Dair Pearson Korelasyon Testi Sonuçları (n=267)

			Aile	Özel Bir Kişi	Arkadaş	Algılanan Sosyal Destek Düzeyi(Ölçek Toplam Puanı)
İşlevsellik Ölçeği Alt Boyutları	**Duygusal İşlevsellik**	r	,128 *	,246*	,245*	,296*
		p	,038	,000	,000	,000
	Zihinsel İşlevsellik	r	,100	,200*	,150*	,216*
		p	,103	,001	,014	,000
	Cinsel İşlevsellik	r	,111	,275*	,193*	,280*
		p	,069	,000	,002	,000
	Damgalanma Hissi	r	,144 *	,183*	,144*	,221*
		p	,018	,003	,019	,000
	İçe Kapanıklık	r	,152 *	,266*	,371*	,375*
		p	,013	,000	,000	,000
	Ev İçi İlişkiler	r	,302 *	,182*	,229*	,324*
		p	,000	,003	,000	,000
	Arkadaşlarla İlişkiler	r	,161 *	,181*	,481*	,386*
		p	,009	,003	,000	,000
	Toplumsal Etkinliklere Katılım	r	,151 *	,358*	,516*	,491*
		p	,013	,000	,000	,000
	Günlük Etkinlikler ve Hobiler	r	,065	,135*	,240*	,210*
		p	,291	,028	,000	,001
	İnsiyatif Alma ve Potansiyelini Kullanabilme	r	,076	,141*	,190*	,194*
		p	,216	,021	,002	,001
	İş	r	,169 *	,161*	,297*	,292*
		p	,006	,008	,000	,000
İşlevsellik (Ölçek Toplam Puanı)		r	,237 *	,352*	,477*	,504*
		P	,000	,000	,000	,000

*p<0,05 düzeyinde anlamlı ilişki vardır.

Tablo 9'a göre katılımcıların işlevsellik düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,504$; $p<0,05$). İşlevsellik ölçeğinin alt boyutları ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiler ayrıca incelenmiştir. Buna göre algılanan sosyal destek düzeyi ile içe kapanıklık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarla ilişkiler ve toplumsal etkinliklere katılım boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki varken diğer boyutlarda pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki vardır. Katılımcıların algılanan sosyal destek alt boyutlarından aile, arkadaş ve özel bir kişi ile katılımcıların işlevsellik düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bunlardan özel bir kişi ve arkadaşın işlevsellik ile olan ilişkisi orta düzeyde iken aile ile ilişkisi düşük düzeydedir. Buna göre algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça işlevsellik de artmaktadır.

7. TARTIŞMA ve SONUÇLAR

7.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Dair Verilerin Tartışılması

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların aleksitimi düzeyinin, işlevsellik ve algılanan sosyal desteğe etkisi incelenmiştir.

Bu çalışma örnekleminin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalaması 37,79±11,50, %63,67'si kadın, %34,83'ü evli, %29,96'sının eşi ve çocuklarıyla, %19,48'inin anne ve babasıyla yaşadığı belirlenmiştir. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerle ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Kızılay (2022) ile Karaytuğ ve ark., (2022)'nın çalışmaları bu çalışma bulguları ile benzerlik gösterirken, başka bir çalışmada yaş ortalamasının daha genç olduğu (33,9±11,2), ayrıca cinsiyet ve medeni durumun farklı oranlarda olduğu; katılımcıların %51,3'ünün erkek, %53,7'sinin bekar olduğu saptanmıştır (Akkayya ve ark., 2016). Bu çalışma örnekleminde, cinsiyet dağılımı değerlendirildiğinde kadın sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin çalışma yapılan hastanede kadın yatak sayısının daha fazla olmasında kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların evlilik oranları Akkaya ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmaya göre daha düşük bulunmuştur, bunun nedeninin yaş ortalamasının daha düşük olması, katılımcılarımızın büyükşehirde yaşıyor olmaları ve diğer sosyokültürel özelliklerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada hastaların %38,58'i finansal olarak zorluk çekerken, %17,6'sının finansal güçlük yaşamadığı tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Nehir ve ark., (2018) çalışmasında katılımcıların %48,8'i finansal güçlük yaşarken Yıldız ve Ünal (2017)'ın çalışmasında katılımcıların % 47,06'sının finansal güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Değerler birbirine yakın olmakla beraber bu çalışmadaki katılımcıların finansal durumlarının daha iyi durumda olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeninin çalışmanın yapıldığı merkezin bulunduğu konum ve çevresinin sosyoekonomik durumunun yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

7.2.Katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 50,22±12,48 olduğu belirlendi. Bu çalışmaya benzer şekilde Kefeli (2017), bipolar bozukluk hastalarının aleksitimi ölçeği toplam puan ortalamalarını 52,85±12,90; Kurt (2019) ise 55,88±11,40 olarak tespit etmiştir. Yılmaz'ın (2010) yaptığı çalışmada ise farklı olarak, bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin aleksitimi puanlarının bu

çalışma bulgularından daha düşük olduğu, toplam puan ortalamasının 44,04±15,85 olduğunu belirlemiştir. Bu farklılığın çalışma örneklemlerindeki katılımcıların yaş ortalaması, cinsiyet, medeni durum ve gelir durumlarının farkından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Aleksitimi düzeyinin incelendiği diğer hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Olgun (2021) majör depresif bireylerde 55,86±10,35; Atasoy (2022) borderline kişilik bozukluğu tanılı bireylerde 58,45 ±14,86; Sun (2022) obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda 60,97±11,15; Topaloğlu (2020) alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde 65,93±13,81 olarak bulmuştur. Bu çalışmada elde edilen aleksitimi toplam puan ortalaması, yukarıda bahsedilen tüm örneklemlerden daha düşük bulunmuştur. Ortalama düştükçe aleksitimi düzeyinin arttığı düşünülerek bipolar hastaların daha az aleksitimik olduğu söylenebilmektedir. Bunun nedeninin hastaların manik dönemde olması ve dışadönük dönemde olmaları, duygularını taşkın biçimde de olsa ifade edebiliyor olmalarının olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada duyguları tanımada güçlük alt boyutu ve duyguları söze dökmede güçlük alt boyutu puan ortalamaları ile yaşla birlikte değiştiği, 50 yaş ve üzeri olan bireylerin aleksitimi düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan diğer çalışmalara bakıldığında (Kefeli, 2017; Yılmaz, 2010; Kurt, 2019) sırasıyla yaş ortalamaları 33,13±9,94; 34,73±12,04; 43,06±9,98 ve sırasıyla TAÖ-20 toplam puan ortalamaları 52,85±12,90; 54,58±16,46; 55,88±11,40 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları incelendiğinde yaş ortalaması arttıkça aleksitimi düzeyi artmaktadır ve bu veriler bu çalışma sonucuyla örtüşmektedir. Bu çalışma bulgusunun aksine Uran'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada TAÖ-20 skoru <60 için ortalama yaş 37.6, TAÖ-20 skoru >61 için ise ortalama yaş 35.8 olup, aleksitimik bireylerin yaş ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farklılığın Uran'ın çalışmasındaki katılımcıların medeni durumlarından etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada medeni durum ile TAÖ puanları karşılaştırıldığında evli bireylerin toplam puan ortalaması ve duyguları tanımada güçlük alt boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma bulgusunun zıttına, Uran (2016), aleksitimi sıklığını en fazla nişanlı çiftlerde, en az evli çiftlerde bulmuştur. Aynı çalışmada (Uran 2016), erkeklerin %39,7'sini, kadınların %27,2'sini aleksitimik bulunmuştur. Karahan'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada ise bu çalışmaya benzer şekilde cinsiyet ile aleksitimi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gelir durumunun aleksitimiye etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda, bu çalışmadan farklı olarak Karahan (2022), gelir durumu arttıkça aleksitimi puanının düştüğünü bildirirken, Uran (2016) bu çalışmaya benzer şekilde, gelir durumunun aleksitimiyle ilişkili olmadığını

saptamıştır. Bu çalışmada eğitim düzeyinin aleksitimiyle ilişkili olmadığı bulgusu Karahan'ın (2022) çalışma bulgularıyla benzerken, Uran'ın (2016) çalışmasında eğitim seviyesi düştükçe aleksitimiye rastlanma ihtimali arttığı bildirilmektedir. Bu farklılığın, ülkemizde açıköğretim fakültelerinde öğrenimin yaygın olmasından dolayı, yapılan çalışmalarda katılımcıların örgün eğitime mi yoksa açıköğretim veya uzaktan eğitim mi aldıklarını ayırt edemediğimizden kaynaklanabileceği, özellikle örgün eğitim alan kişilerin sosyal yaşamlarının ve böylece duygu paylaşımlarının genellikle daha iyi olabileceği tahmin edilmektedir.

Bu çalışmada, çocuk sahibi olan bireylerin aleksitimi puanlarının, daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada ailedeki kardeş sayısı arttıkça, duyguları tanımada güçlük artmaktadır. Benzer şekilde Karahan'ın (2022) çalışında, kardeş sayısı arttıkça aleksitimi düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Tüm bu sonuçların nedeninin ise toplumumuzdaki aile yapısından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Toplumumuzda, evlenerek kendi ailesini kuran bireylere belli sorumluluklar yüklenmektedir. Bireyler bu süreçte, bireyler kendi ihtiyaçlarını öncülemekten çekinebilmekte; kendilerini farkına varacak alanı bulamayabilmektedirler. Hastalığı olmayan bireyler için bile, yeni kurulan ailede üstlenilen yeni roller yıpratıcı olabilirken bipolar bozukluk tanılı bireyler daha da fazla etkilenebilmektedir. Bu çalışmada ayrıca, son iki yılda hastaneye yatış sayısı arttıkça aleksitimi toplam puanıda artmaktadır. Bu iki değer aslında birbirini etkileyen hatta tetikleyen değerlerdir. Bireyler duygu durumlarını erken dönemde farkında olamadıkları için atak dönemleri geç farkedilip şiddetlendiği için bireylerin yatışı gerekmektedir, böylelikle yatış sayısı fazla olan bireylerin aleksitimi düzeyleri de yüksek bulunmaktadır.

7.3.Katılımcıların Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği toplam puan ortalamaları 109,93±17,96 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde duygusal işlevsellik 7,43±1,51; zihinsel işlevsellik 9,79±2,16; cinsel işlevsellik 8,23±2,76; damgalanma hissi 8,75±2,63; içe kapanıklık 6,64±1,58; ev içi ilişkiler 13,77±3,47; arkadaşlarla ilişkiler 11,05±3,09; toplumsal etkinliklere katılım 13,72±4,40; günlük etkinlikler ve hobiler 14,46±3,74; insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme 6,16±1,86 ve iş alt boyutu puan ortalaması 9,89±2,02 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya benzer şekilde Erdoğan'ın (2021) yapmış olduğu çalışmada da BBİÖ alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında duygusal işlevsellik 6,4±1,1; zihinsel işlevsellik 8,5±1,3; cinsel işlevsellik 8,2±2,0; damgalanma hissi 7,9±2,4; içe kapanıklık 6,4±1,5; ev içi ilişkiler 13,7±3,1; arkadaşları ile ilişkiler 11,0±2,3; toplumsal etkinliklere katılım 12,8±3,5; günlük etkinlikler ve hobiler

13,7±3,2; insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme 6,0±1,8; iş 8,7±1,7 olarak bulunmuştur (Erdoğan, 2021). Fırıncıoğulları (2020) yapmış olduğu çalışmada ise, BBİÖ puanlarına bakıldığında toplam puan ortalamasının 86,45±12,67 olduğu (Fırıncıoğulları, 2020), bu çalışmadan daha düşük olduğu görüldü. Bu farklılığın nedeninin cinsiyet, medeni durum ve yaşadıkları şehirlerin farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

7.4.Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının 58,73±17,35 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaya benzer şekilde bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan çalışmalarda ÇBADSÖ toplam puan ortalamasını Uçgun(2021) 54,45±16,97; Çalışkan (2020) 41,58±17,73; Kök ve Demir (2018) 42.49±10.25 olarak saptamıştır. Bu çalışmanın sonuçları Uçgun'un (2021) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikteyken, Çalışkan (2020) ile Kök ve Demir'in (2018) çalışmalarında elde edilen sonuçlardan daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu iki çalışmanın örneklem yoğunluğu erkek cinsiyette olurken bu çalışmada kadın yoğunluklu örneklem mevcuttur. Toplumsal cinsiyet rolleri açısından bakıldığında bizim ülkemizde kadınların kendilerini daha rahat ifade etmeleri ve daha kolay yardım arama davranışı gösterebileceklerinden, algılanan sosyal desteğin de daha yüksek olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda bahsedilen çalışmalarda (Çalışkan, 2020; Kök ve Demir, 2018), hastaların yatış sayısı bu çalışmada belirlenen oranlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal desteğin düşük oluşu yatış sayısını arttırdığı bilindiği için farklılığın nedenlerinin bu değişkenler olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmada 58,73±17,35 olarak belirlenen ÇBASDÖ toplam puan ortalaması, diğer hasta gruplarıyla karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde, Zehir (2021) depresyon tanılı hastalarda 37,23±12,04, Karaarslan ve Can Öz (2023) ciddi ruhsal hastalık (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, şizoaffektif bozukluk) tanılı bireylerle yapmış olduğu çalışmada 48,13 ± 15,74, Ilgazlı (2021) psikotik özellikli şiddet suçu olan hastalarda 52,78±14,73, Tekinsoy (2020) şizofreni tanılı hastalarda 53,61±16,47 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada algılanan sosyal destek düzeyinin diğer hasta gruplarından daha yüksek olduğu görüldü. Bunun nedeninin bipolar bozuklukta remisyon döneminde iken işlevselliğin yüksek düzeyde arttığı bilinmektedir ve bu nedenle hastaların sosyal destek kaynakları fazla olmaktadır. Aynı zamanda bu çalışma manik epizoddaki bireyler ile yapıldığı için hastaların grandiyöz tutumda ve dışadönük oldukları da bilinerek puanların daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir diğer çalışmada ekonomik durumu kötü olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi daha düşük bulunmuştur (Kök ve Demir, 2018). Bu çalışmada da benzer şekilde geliri giderinden az olan bireylerin diğer bireylere göre ÇBADSÖ toplam puan ortalaması ve aile alt boyutu puanı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yine Kök ve Demir'in (2018) yapmış olduğu çalışmada psikiyatri servisinde 10 ve üstü kez yatan hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları, 1 kez ve 2-5 kez yatan hastalarınkinden anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuş ancak bu çalışmada yatış sayısı ölçek puanını anlamlı düzeyde etkilememiştir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan başka bir çalışmada, evli olan katılımcıların ÇBADSÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde evli bireylerin ÇBADSÖ aile alt boyutundan almış oldukları puanlar daha yüksek bulunmuştur (Albal ve Kutlu, 2010).

Bu çalışmada katılımcıların işlevsellik düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça, aleksitimi düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça, aleksitimi düzeylerinin arttığı görülmüştür. Bu çalışmaya benzer şekilde Muhtar'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada eş desteği azaldıkça, aleksitimi düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir diğer çalışmada da (Zemen 2020) ÇBADSÖ aile alt boyut puanı azaldıkça işlevselliğin de azaldığı tespit edilmiştir.

Sonuçlar;

Katılımcıların;

Aleksitimi düzeyleri değerlendirildiğinde;

- 5 kardeş ve üzerinde kardeşi olan katılımcılar, duygularını tanımada daha fazla güçlük çekmektedir.
- Çocuk sahibi olan katılımcılar daha yüksek aleksitimi düzeyine sahiptir.
- Düzenli ilaç kullanmayan katılımcılar duyguları söze dökmede daha fazla güçlük çekmektedir.
- Hastaneye daha fazla yatışı olan katılımcıların aleksitimi düzeyi daha yüksektir.
- 50 yaş ve üzeri yaş grubundaki katılımcılar duygularını tanımada daha fazla güçlük çekmekte ve duygularını söze dökmede daha çok zorlanmaktadır.

İşlevsellik düzeyleri değerlendirildiğinde;

- Düzenli ilaç kullanan katılımcılar daha yüksek düzeyde damgalanma hissi yaşarken arkadaşlarıyla ilişki düzeyleri daha iyidir.
- Sigara, alkol ve madde kullanımı olan katılımcıların cinsel işlevsellik ve toplumsal etkinliklere katılımları daha yüksektir.
- Ailede psikiyatrik öyküsü olmayan katılımcıların zihinsel işlevsellik düzeyleri daha yüksektir.
- 29-39 yaş grubunun cinsel işlevsellik düzeyi daha yüksekken, 18-28 yaş grubunda toplumsal etkinliklere katılım düzeyi daha yüksektir.
- 1 çocuğu olan katılımcıların toplumsal etkinliklere katılım düzeyleri daha yüksektir.
- Kardeş sayısının fazla olması cinsel işlevselliği ve toplumsal etkinliklere katılımı olumsuz etkilemektedir.
- Erkeklerin toplumsal etkinliklere katılım ve insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme düzeyleri daha yüksektir.
- Çocuk sahibi olma durumu insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve toplumsal etkinliklere katılımı olumsuz etkilemektedir.
- Finansal güçlük yaşayan katılımcıların toplam puan ortalaması, cinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler, insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme ve iş alt boyut puanları olumsuz etkilenmektedir.
- Finansal durumu ortalama olan bireylerin ise duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik ve damgalanma hissi puanları daha yüksektir.

Sosyal detsek düzeyleri değerlendirildiğinde;

- Çocuk sahibi olma durumu bireylerin özel insan tarafından algıladıkları destek düzeyini azaltmaktadır
- Evde eş ve çocuğu ile yaşayan katılımcıların algıladıkları aile destek düzeyi daha yüksektir.
- Katılımcıların kardeş sayısının az olması özel bir insan tarafından algılanan sosyal desteği artırmaktadır.
- 18-28 yaş grubunun 40 yaş ve üstü katılımcılara göre özel bir insan sosyal destek düzeyi daha yüksektir.
- Finansal durumun kötü olması algılanan sosyal desteği azaltmaktadır.

Katılımcıların bireysel özellikleri ile ölçek puanları karşılaştırıldığında;

- Evli katılımcıların, zihinsel işlevselliği, toplumsal etkinliklere katılımı ve ailelerinden algıladıkları destek ve aleksitimi düzeyleri daha yüksektir.
- Finansal güçlük yaşayanların algılanan sosyal destek ve ailelerinden algıladıkları destek düzeyi daha düşüktür. Ayrıca finansal güçlük yaşamak, toplam puan ortalaması, duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi, ev içi ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılım ve iş alt boyutlarını da olumsuz etkilemektedir.

Katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında;

- Katılımcıların aleksitimi düzeyleri arttıkça işlevsellikleri azalmaktadır.
- Katılımcıların aleksitimi düzeyleri arttıkça algılanan sosyal destek düzeyleri azalmaktadır.
- Katılımcıların algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça işlevsellikleri de artmaktadır.

8. ÖNERİLER

- Katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumlarının aleksitimi ve işlevsellik düzeyini olumlu etkilediği göz önünde bulundurularak hastalara ilaç kullanımları ile ilgili eğitimler verilmeli, taburculukları esnasında hasta ve ailesine ilaçlar ve kullanım düzenleri ayrıntılı biçimde açıklanmalıdır. Hastalar bu konuda gerekli sıklıkla kontrollere çağırılarak denetlenmeli aynı zamanda hastanın yanında yaşayan kişilere bu konuda destekleyici rollerinin öneminden bahsedilmelidir.
- Yatış sayısının fazla olması aleksitimi düzeyini olumsuz etkilediğinden hastaların yatarak tedavi görmelerini gerektiren tetikleyicileri tespit etmek, bu tetikleyicileri en aza indirmek için bakım vericileri bu konuda bilgilendirmek ve hastaların iyilik halinde gerekli kontrollerin yapılarak bu halin sürdürülmesini desteklemek gerekmektedir.
- Gelir durumunun katılımcıların sosyal destek ve işlevsellik düzeyini etkilediği bilinmektedir, hastaları ve yakınlarını gelir kaynağı olabilecek imkanlar konusunda bilgilendirmek, hastaların işlevsellik durumlarına göre uygun olabilecekleri iş alanına yönlendirmek, rehberlik etmek gerekmektedir.
- Katılımcıların sosyal destekleri, aleksitimi düzeylerini ve işlevselliklerini etkilediğinden yalnızca hasta kaynaklı bakmayarak bakım vericilere desteklerinin etkilerinden bahsedilmeli, bu konuda bakım vericiler desteklenmelidir.

9. KAYNAKÇA

1. Akbaş, E., & Yiğitoğlu, G. (2020). Neuman sistemler modeli'ne göre bipolar bozukluk (karma atak) olan hastaya hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Journal of Psychiatric Nursing, 11*(2), 154-162.
2. Akkaya, C., Altın, M., & Kora, K. (2012). Türkiye'de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, [cited 2022 Feb 22];22*(1), 31–42.
3. Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., & Kurt, E. (2016). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 22*(1), 31– 42.
4. Aksoy, A., & Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 29*(3), 210-2018.
5. Albal, E., & Kutlu, Y. (2010). The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing, 1*(3), 115-120.
6. American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Çeviri Köroğlu, E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 63-89.
7. Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry. 48*(6), 445-57. doi: 10.1016/s0006-3223(00)00909-4. PMID: 11018218.
8. Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics, 32*(1-4), 180-190.
9. Arcan, K., & Yüce, Ç. B. (2016). İnternet bağımlılığı ve ilişkili psiko-sosyal değişkenler: aleksitimi açısından bir değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi, 31*(77), 46-56.
10. Aslan, M. V. (2022). Doğuştan kalp hastalığı olan çocukların aleksitimik özellikleri ile hastalığa yönelik tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
11. Atasayar, M. (2011). Ergenlerin aleksitimik özelliklerinin psikolojik belirtileri ve yaşam doyumları ile ilişkisi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi.

12. Atasoy, S. U. (2022). Borderline kişilik bozukluğu saptanan hastalarda çocukluk çağı travmalarının ve aleksitiminin zihin kuramı becerileri ile ilişkisi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
13. Ayhan, D., Mercan, N., Doğan, R., & Yüksek, Ç., (2021). Hematolojik Kanser Tanısı Alan Bireylerde Distres ve Aleksitiminin İncelenmesi. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 84*(2), 237-244.
14. Bağcı, T. (2008). Üniversite öğrencilerinin, aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi.
15. Bergmans, Y., Guimond, T., Lambert, C., McInerney, S., & O'Brien, K. (2021). Alexithymia in people with recurrent suicide attempts: A niche area for targeted treatment'. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 42*(6), 425–433.
16. Barrera, A., Vazquez, 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.
17. Baysan Arabacı, L. & Taş, G.(2020). İki uçlu ve ilişkili bozukluklar ve hemşirelik bakımı. İçinde: Baysan Arabacı L (Editör). Ruh sağlığı ve hastalıklarında temel hemşirelik bakımı. 1. Baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. ss. 249-262.
18. Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. (3rd ed.). Guilford Publications.
19. Bender, R. E., & Alloy, L. B. (2011). Life stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 383-398.
20. Bonnín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., & Solé, B. (2019). Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol, 22*(8), 467-77.
21. Bonnín, C. M., González-Pinto, A., Solé, B., Reinares, M., González-Ortega, I., & Alberich, S. (2014). Verbal memory as a mediator in the relationship between subthreshold depressive symptoms and functional outcome in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 160*, 50-4.
22. Boyers, G. B., & Simpson Rowe, L. (2018). Bipolar bozuklukta sosyal destek ve ilişki doyumu. *Aile Psikolojisi Dergisi, 32* (4), 538-543. http://dx.doi.org/10.1037/fam0000400.

23. Büyükkoca, M. (2001). Algılanan Sosyal Destek İle Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
24. Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *The New England Journal Of Medicine*, *383* (1), 58-66. doı: 10.1056/NEJMra1906193.
25. Ceylan, H. (2020). Periton diyalizi uygulanan hastalarda öz-bakım eksikliği kuramına temellendirilmiş web tabanlı eğitimin öz-bakım gücüne, öz-yeterliliğe ve algılanan sosyal destek üzerine etkisi [Yayınlanmamış doktora tezi]. T.C. Akdeniz Üniversitesi.
26. Chen, M., Fitzgerald, H. M., Madera, J. J., & Tohen, M. (2019). Bipolar bozuklukta fonksiyonel sonuç değerlendirmesi: sistematik bir literatür taraması. *Bipolar Bozukluklar*, *21* (3), 194-214.
27. Çalışkan, H.B. (2020). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] T.C. Üsküdar Üniversitesi.
28. Çam, O., & Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1.Baskı). İstanbul: Tıp Kitapevleri.
29. da Silva, A. N., & Vasco, A. B. (2017). Watson JC. Alexithymia and emotional processing: a mediation model. *Journal of Clinical Psychology*, 7 (3),1196-1205. doi: 10.1002/jclp.22422.
30. Daggenvoorde, T., Geerling, B. J. J., & Goossens, P. (2015). A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania. *Archives Of Psychiatric Nursing*, *29*(3), 186–191.
31. Demirel, M. (2021). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikolojik sağlamlık, tedaviye uyum, algılanan sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişki [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. İstanbul Okan Üniversitesi.
32. Dereboy, İ. F. (1990b). Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi, 1*(3), 157-165.
33. Dereboy, İ. F. (1990a). Aleksitimi özbildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir ön çalışma [Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
34. Dilsaver, S. C. (2011). An estimate of the minimum economic burden of bipolar I and II disorders in the United States: 2009. *Journal Of Affective Disorders*, *129*(1-3), 79-83.
35. Dubey, A., & Pandey, R. (2013). "Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences". *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, *20*(2), 128–136.

36. Dunne, L., Perich, T., & Meade, T. (2019). The relationship between social support and personal recovery in bipolar disorder, *Psychiatric Rehabilitation Journal, 42*(1), 100–103. http://dx.doi.org/10.1037/prj0000319.
37. Epözdemir, H. (2012). The effect of alexithymic characteristics of married couples on their marital adjustment. *Journal of Family Psychotherapy, 23*(2), 116–130.
38. Erdoğan, B. A. (2021). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın başa çıkma tutumu ve işlevsellikle ilişkisinin incelenmesi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
39. Eroğlu, M. Z., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2* (2), 206-236.
40. Fabbri, C. (2020). The role of genetics in bipolar disorder. *Curr Top Behav Neurosci*, published online August 7. https://doi.org/10.1007/7854_2020_153.
41. Fagiolini, A., Coluccia, A., & Maina, G. (2015).Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in Bipolar Disorder. *CNS Drugs* 29, 725–740.
42. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine, 10*(11): e1001547. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547.
43. Fırıncıoğulları, A. (2020). Bipolar bozukluk hastalarına verilen psikoeğitim sonrası yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin değerlendirilmesi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi.
44. George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update. (10th ed.). Boston: Pearson.
45. Gitlin, M. J., & Miklowitz, D. J. (2017). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *J Affect Disord*, Feb;209, 147-154. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.021.
46. Goodwin, F. (1990). Maintenance medical treatment. *Manic-depressive illness.* 665-724.
47. Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). Manic-depressive illness. (2nd ed.). Oxford University, New York.
48. Gordovez, F. J. A., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Mol Psychiatry*, 25(3), 544-59.
49. Güler, Ö., Altınbaş, K., Selvi, Y., & Aydın, M. (2019). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. (1. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara.

50. Gülle, S.D. (2020). Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile aleksitimi arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] İstanbul Gelişim Üniversitesi.

51. Gümüş, F., Buzlu, S., & Çakır, S. (2016). Bipolar bozukluk için örnek bir bireysel psikoeğitim modeli. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 142-147.

52. Hacımusalar, Y. (2019). Remisyon dönemindeki iki uçlu bozukluk hastalarının işlevsellik düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Nöropsikiyetri Arşivi, 56*(3), 213-218. doi: 10.29399/npa.23539.

53. Harmancı, H., Akdeniz, S., & Gültekin, A. Z. (2021). Yeme bozukluklarının yaygınlığı: aleksitimi ve ruhsal yakınmalarla ilişkileri. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 3*(1), 30-36.

54. Hocaoğlu, Ç. (2013). İki uçlu bozukluk ve intihar davranışı. *Journal of Mood Disorders, 3* (5), 520-522.

55. Ilgazlı, E. (2021). Adli psikiyatri polikliniğine şiddet suçu ile yönlendirilen psikotik özellikli hastaların dürtüsellik ve saldırganlık seviyelerinin çocukluk çağı travması, bağlanma biçimi, içgörü ve algılanan sosyal destek açılarından sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi.

56. İlhan, R.S. (2014). Bipolar tip-ıı bozuklukta ötimik dönemde psikososyal işlevselliğin klinik ve bilişsel yordayıcıları [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Ankara Üniversitesi.

57. Iskric, A., Ceniti, A. K., Bergmans, Y., McInerney, S., & Rizvi, S. J. (2020). Alexithymia and selfharm: A review of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research, 288,* 112920. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112920.

58. Kalogianni, A. (2012). Can nursing ınterventions ıncrease adherence medication regimen? *Health Science Journal, 6*(1), 1.

59. Karaarslan, İ., & Öz, C. Y. (2023). Evaluation of self-sufficiency, perceived social support, and meaning in life in ındividuals diagnosed with serious mental ıllnesses. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9* (1), 100-106. doı: 10.30934/kusbed.1232338

60. Karamustafalıoğlu, O. (2018). Temel ve klinik psikiyatri. (1. Baskı). Güneş Tıp Kitabevleri. (pp. 283–291).

61. Karayağız, Ş. (2013). Bipolar ve unipolar depresyonda aleksitimi düzeylerinin karşılaştırılması ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi] T.C. Erciyes Üniversitesi.
62. Karaytuğ, M. O., Tamam, L., Demirkol, M. E., & Namlı Z. (2022). Relationship between adult separation anxiety disorder and suicide in patients with bipolar disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 14*(Ek 1), 261-267.
63. Kefeli, M. C. (2017). Bipolar bozuklukta bağlanma, çocukluk çağı travmaları, disosiyasyon ve aleksitimi arasındaki ilişkiler [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
64. Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 5(2).
65. Keskin, G. (2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. İçinde: Duygudurum- Bipolar ve İlişkili Bozukluklar. (6. Baskı). Townsend, M.C. (Editör). İstanbul: Akademisyen Kitabevi. ss. 428-458.
66. Kılınç, G. (2015). Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. İnönü Üniversitesi.
67. Kızılay, B. A. (2022) Bipolar bozukluk tip 1 tanılı hastalarda emosyonel regülasyon ve aleksitiminin yeme davranışlarına etkisi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
68. Koç, M. (2016). Bipolar ve ilişkili bozukluklar. İçinde: Gürhan, N. (Editör). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği. (1. Baskı.). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. ss. 433-474.
69. Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 35*(1-2), 183- 212.
70. Korkmaz, E. K., Telli, S., Kadıoğlu, H., & Karaca, S. (2020). Hemşirelerde aleksitimi ve aleksitiminin tükenmişlik, öfke ve somatizasyon ile ilişkisi. *Journal Psychiatric Nursing. 11*(4), 284-291.
71. Kök, H (2014). Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi.
72. Kök, H. & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal, 43*(1), 99-106.
73. Işık, E. ve Işık, U. (2013). Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. (1. Baskı). Rotatıp Kitapevi, Ankara.

74. Köroğlu, E. (2015). DSM-5 tanı odaklı klinik psikiyatri. (2. Baskı). Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara.
75. Kroon, J. S., Wohlfarth, T. D., Dieleman, J., & Al, E. (2013). Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*, *15*(3), 306–13.
76. Kurt, M. (2019). Bipolar affektif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travması, disosiyasyon, bağlanma ve aleksitimi ilişkisi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi.
77. Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Suicide in bipolar disorder: A review. *Psychiatria Danubina 26*(2),108–114.
78. Lesser, I. M. (1981). A review of alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine, 43* (6), 531-543.
79. Levy, B., & Manove, E. (2012). Functional outcome in bipolar disorder: the big picture. *Depress Res Treat 2012*; 2012:949248. doi: 10.1155/2012/949248.
80. Mc Dougall, J. (1982). Alexithymia; A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy Psychosomatics, 38* (1), 81-90.
81. Mengi, A., & Aygür, R. Ş. (2018). Bipolar bozukluğu olan bireylere yönelik bir araştırma: Örnek olay incelemesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi, 10* (19) , 553-571.
82. Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., & Petukhova, M. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry. 64*(5),543–52.
83. Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., & Sampson, N. A. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry, 68*(3),241-251.
84. Mirayoğlu, T. (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğünün bağımlılık şiddeti üzerine etkisi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Üsküdar Üniversitesi.
85. Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 36*(3), 499- 507.
86. Muhtar, G. (2022). Evlilik uyumunun ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmalar, aleksitimi ve algılanan eş desteği bağlamında yordanması [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Dicle Üniversitesi.
87. Murru, A., Pacchiarotti, I., Verdolini, N., Reinares, M., Torrent, C., Geoffroy, P.A., Bellivier, F., Llorca, P. M., Vieta, E., & Samalin, L. (2018). Modifiable and non-

modifiable factors associated with functional impairment during the inter episodic periods of bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 268*(8), 749-55.

88. Nehir, S., Irmak, H., Demet, M., & Toksöz, K. (2018). Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19*(2), 163 - 168.
89. Olgun, A. Y. (2021). Major depresif bozukluk tanılı hastalarda aleksitimi, çocukluk çağı travmaları ve klinik içgörü ilişkisı. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
90. Omar, A. T. (2019). Sigara kullanan ve kullanmayan ergenlerin, algılanan sosyal destek ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Avrasya Üniversitesi.
91. Önol, S., & Dönmez, A. (2021). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde mesleki rehabilitasyon: Toplum ruh sağlığı hemşiresi neler yapabilir? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 37*(1), 87-94.
92. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2018). Ruh sağlığı ve bozuklukları. (15. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
93. Panayiotou, G., & Constantinou, E. (2017). Emotion dysregulation in alexithymia: startle reactivity to fearful affective imagery and its relation to heart rate variability. *Psychophysiology*, *54*(9), 1323–34.
94. Post, R. M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 31*(6), 858-873.
95. Redondo, I., & Luyten, P. (2021). "Alexithymia mediates the relationship between ınsecure attachment and eating disorder symptoms". *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther, 39,* 491–508.
96. Roh, D., Kim, W. J., & Kim, C. H. (2011). "Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions". *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*(9), 690-695.
97. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). Duygudurum bozuklukları. (Çeviri Ali Bozkurt). Kaplan & Sadock psikiyatri davranış bilimleri/klinik psikiyatri. (11. Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, ss: 347-386.
98. Sadock, B. J., Ahmad, S., & Sadock, V. A. (2020). Klinik Psikiyatri El Kitabı (Çeviri Lut Tamam), (6. Baskı), Güneş Tıp Kitabevleri; Ankara.
99. Sayğılı, B. (2020). İki uçlu bozukluk ı hastalarında kişilik örgütlenmesi düzeyi ve nesne ilişkileri niteliğinin işlevsellik ile ilişkisi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

100. Sanchez-Moreno, J., Bonnin, C. M., González-Pinto, A., Amann, B. L., Solé, B., Balanzá-Martinez, V., Arango, C., Jiménez, E., Tabarés-Seisdedos, R., Garcia-Portilla, M. P., Ibáñez, A., Crespo, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., Martinez-Aran, A., Torrent, C., & Vieta, E. (2018). CIBERSAM functional remediation group. Factors associated with poor functional outcome in bipolar disorder: sociodemographic, clinical, and neurocognitive variables. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 22*(8), 467-477.

101. Selçuk, A. (2010). Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Selçuk Üniversitesi.

102. Sfeir, E., Geara, C., & Hallit, S. (2020). "Alexithymia, aggressive behavior and depression among Lebanese adolescents: A cross-sectional study". *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 14*,32.

103. Shippee, N. D., Shah, N. D., Williams, M. D., Moriarty, J. P., Frye, M. A., & Ziegenfuss, J. Y. (2011). Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health Qual Life Outcomes*. *13*, 1-9. doi: 10.1186/1477-7525-9-90.

104. Sifneos, P. E. (1988), Alexithymia and ıts relationship to hemisperic specialization, affect and creativit., *Psychlatric Clinics of North America, 11*(3),287-293.

105. Song, J., Bergen, S. E., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Landén, M., & Lichtenstein, P. (2014). Bipolar disorder and its relation to major psychiatric disorders: a family-based study in the Swedish population. *Bipolar Disord. 17*(2),184–193.

106. Sun, T. (2022). Obsesif kompulsif bozuklukta aleksitimi, cinsel işlev bozukluğu ve çift uyumunun araştırılması [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Çukurova Üniversitesi.

107. Stein, D. J., Kupfer, D. J., & Schatzberg, A. F. (2006). The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorder. American Psychiatric Publishing, Inc.

108. Stoudemire, A. (1991). Somato Thymia, Part 1 and Part 2. *Psychosomatics, 32*(4),365-381.

109. Stringaris, A., & Youngstrom, E. (2014). Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *53*(6), 609-611.

110. Studart, P. M. & Filho, S. B., Studart, A. B. D., Galvão-de Almeida, A., & Miranda-Scippa, A. (2015). Social support and bipolar disorder. *Arch Clin Psychiatry, 42*(4), 95-99. doı: 10.1590/0101-60830000000057.

111. Şahin, G. (2018). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi.

112. Şaşıoğlu, M., Gülal, Ç., & Tosun A. (2014). Aleksitimi kavramı, psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry, 5*(4), 507-527.

113. Şener, Ö. (2018). Duygu ahrazlığı (aleksitimi) yaşayan üniversite öğrencilerinin duygu ifadeleri ve spontanlıkları üzerine psikodramanın etkisi [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.

114. Taylor, G. J. (1984). Alexithymia concept, measurement and ımplications for treatment. *American Journal of Psychiatr, 141*(6), 725-732.

115. Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). Alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine. *The Academy of Psychosomatic Medicine, 32*(2), 153-163.

116. Tekinsoy, Ş. İ. Ç. (2020). Şizofreni tanılı hastalarda içgörünün, depresyon, sıkıntıya dayanma düzeyi ve algılanan sosyal destekle ilişkisi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Mersin Üniversitesi.

117. Tezcan, G. (2017). İkiuçlu bozukluk hastalarında grup psikoeğitiminin hastalık belirtileri, içgörü, tedavi uyumu ve işlevsellik üzerine etkilerinin araştırılması [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

118. Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C. M. Jr., Baldessarini, R. J., Strakowski, S. M., Stoll, A. L., Faedda, G. L., Suppes, T., Gebre-Medhin, P., & Cohen, B. M. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry, 157*(2), 220-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.220. PMID: 10671390.

119. Topaloğlu, M. (2020). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarda aleksitimi ve duygu düzenleme güçlüğünün bağımlılık şiddeti üzerine etkisi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Üsküdar Üniversitesi.

120. Townsend, M. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. (6. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

121. Uçgun, T. (2021). Bipolar bozukluğu olan hastalarda biyolojik ritmin algılanan sosyal destek, stresle baş etme ve tedaviye uyum ile ilişkisi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

122. Uran, B. (2016). Aleksitimik skoru yüksek olanlarda benlik algısı, benlik saygısı ve değişik demografik özelliklerin değerlendirilmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Nişantaşı Üniversitesi.

123. Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2013). Genetic and neurocognitive foundations of emotion abnormalities in bipolar disorder. *Cognitive Neuropsychiatry, 18*(3), 168-207. doi: 10.1080/13546805.2012.690938.

124. Vieta, E., & Torrent, C. (2016). Functional remediation: the pathway from remission to recovery in bipolar disorder. *World Psychiatry, 15*(3), 288-9.

125. Yalçın, S. B. (2010). Üniversite öğrencilerinin duygularını ifade edebilmelerinin aleksitimi ve psikolojik ihtiyaçlarına göre incelenmesi [Yayımlanmamış doktora tezi]. T.C. Selçuk Üniversitesi.

126. Yalçınkaya, S.M. (2020). Bipolar hastalarda bireysel psikoeğitim programının tedavi uyumu, işlevsellik, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesine etkisi ile ailelerin hastalık yükü ve depresyon düzeyine etkisi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. İstanbul Okan Üniversitesi.

127. Yaman, A. (2019). Bedensel Engelli Bireylerin Sosyal Destek Düzeyleri Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Selçuk Üniversitesi.

128. Yazıcı, O., & Çakır, S. Duygudurum bozuklukları. (2009) İçinde: Kulaksızoğlu, I., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., & Yazıcı, O. (Editörler). Psikiyatri. (1. Baskı.) İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi. ss:106-130.

129. Yazıcı, O. (2014). Unipolar mânia: a distinct entity? *Journal of affective disorders, 52*(6), *152-154.*

130. Yeloğlu, Ç. H., & Hocaoğlu, Ç. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi; 8*(30), 41-54.

131. Yıldız, M., & Ünal, A. (2017). Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 1* (1), 10-23.

132. Yılmaz, O. (2010). Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travmaları, Aleksitimi Ve Dissosiyatif Belirtilerin Sıklığı Ve Diğer Klinik Özelliklerle İlişkisi [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

133. Yurt, E. (2006). Şizofreni hastalarında aleksitimi; negatif belirtiler, ilaç yan etkileri, depresyon ve iç görü ile ilişkisi [Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

134. Yüksel, N. (2014). Bipolar ve ilişkili bozukluklar. İçinde: Yüksel N. (Editör). Ruhsal Hastalıklar (4. Baskı.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, ss.306-325.

135. Zarate, C. A, Tohen, M., Land, M., & Cavanagh, S. (2000). Functional impairment and cognition in bipolardisorder. *Psychiatric Quarterly, 71*(4):309-29.

136. Gökçenoğlu, Y. (2021). Bipolar bozukluk hastalarında duygu düzenleme güçlüğü ve sirkadiyen tercihlerin klinik özellikler ve işlevsellik ile ilişkisi. [Yayınlanmamış uzmanlık tezi]. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

137. Zehir, M. (2021). Depresyon tanılı hastalarda ruminatif düşünme ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T. C. Gaziantep Üniversitesi.

138. Zemen, N. (2020). Akut Psikiyatri Kliniklerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu, Sosyal İşlevsellik, Sosyal Destek Ve İlişkili Faktörler [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi]. T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.

139. Ziadni, M. S., Jasinski, M. J., Labouvie-Vief, G., & Lumley, M. A. (2017). Alexithymia, defenses, and ego strength: cross-sectional and longitudinal relationships with psychological well-being and depression. *Journal of Happiness Studies, 18*(6),1799–813.

140. Warren, C. D., Fowler, K., Speed, D., & Walsh, A. (2018). The influence of social support on psychological distress in Canadian adults with bipolar disorder, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*, 815–821. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1529-7.

141. Watson, S., Gallagher, P., Dougall, D., Porter, R., Moncrieff, J., Ferrier, I. N., & Young, A. H. (2014). Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry, 48*(6), 564-570.

142. Weinstock, L. M., & Miller, I. W. (2008). Functional impairment as a predictor of short-term symptom course in bipolar I disorder. *Bipolar Disorder, 10*(3), 437–442. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00551.x.

143. WHO International Classification of Functioning Disability and Health (internet). Available from: https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health: WHO;2022 April.

10.EKLER

Ek1. Özgeçmiş

Adı	Duygu Nur	Soyadı	HASTÜRK
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	17.12.1997
Uyruğu	T.C.	Tel	0531-452-98-59
E-mail	duygunrhstrk@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Marmara Üniversitesi	2020

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1	Surp Pırgiç Ermeni Hastanesi	10.2020-12.2020
2	SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH	2021-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu #	
YÖKDİL	48.75

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	80,74	83,98	86,08

Ek2. Bilimsel Faaliyetler

- Bipolar Tanılı Bireylerde Aleksitiminin İşlevselliğe Etkisi. Shukurova, F. B., Bhattı, M.S., Baghırova, N. Vı. Internatıonal "Başkent" Congress On Physıcal, Socıal And Health Scıences Proceedıngs Book (398-408). İstanbul: BZT Akademi Yayınevi.
- Hastürk, D. N. , Beyhan, A. , Şahin, A. , Alma, P. & Kolaç, N. (2021). Temizlik İşçilerinin Genel Sağlık Profilleri ve Etkileyen Faktörler . Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi , 3 (3) , 198-211 . DOI: 10.54061/jphn.941954.

Ek3. Bilgilendirme ve Onam Formu

BİLGİLENDİRME FORMU
Sayın Katılımcı,

Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak ‘‘Bipolar Tanılı Bireylerde Aleksitiminin İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi’’ başlıklı bu araştırma bipolar tanılı bireylerde aleksitiminin işlevsellik ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmada Bilgi Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılacaktır. Veri araçlarını doldurmak en fazla 30 dakikanızı alacaktır.

Bu araştırma sonucunda elde edilecek veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmak için gönüllülük esastır.
İstediğiniz zaman araştırmadan ayrılmanız mümkündür.

Araştırmamızda doğru sonuçlara ulaşabilmemiz için soruların dikkatli ve doğru bir şekilde cevaplandırılması büyük önem taşımaktadır.

Katılımınızdan dolayı teşekkürler.

Araştırmacı:
Duygu Nur HASTÜRK
Danışman:
Dr. Öğr. Üyesi Fadime BAYRI BİNGÖL

ONAY FORMU
Sayın Katılımcı;
Bu çalışmada yer almak gönüllülük esasına bağlıdır.
Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrılmanızın herhangi maddi bir yaptırımı olmayacaktır.
Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır.
“Bipolar Tanılı Bireylerde Aleksitiminin Algılanan İşlevsellik ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi” adlı çalışmaya ait bilgi formunu okudum. Araştırmaya kendi isteğimle katılıyorum.

Araştırmaya Katılan Bireyin Adı-Soyadı: .....
İmza:
…….

Araştırmacının Adı-Soyadı: Duygu Nur HASTÜRK

Ek4. Kişisel Bilgi Formu

1)Yaşınız? ……

2)Cinsiyetiniz
a) Erkek
b) Kadın

3) Medeni Durumunuz nedir?
a) Evli
b) Bekar

4) Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?
a) Yalnız
b) Sadece eşinizle
c) Eş ve çocuklar
d) Anne ve baba
e) Anne, baba, kardeş
e) Diğer…….

5)Kaç kardeşsiniz? ……...
Siz kaçıncı çocuksunuz? ……

6) Çocuk sahibi misiniz?
a) Hayır
b) Evet ise kaç çocuğunuz var belirtiniz ……

7) Eğitim durumunuz?
……..

8) Başka bir kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?
a) Hayır
b) Evet ise lütfen belirtiniz……

9) Düzenli bir işte çalışıyor musunuz/ düzenli geliriniz var mı?
a) Hayır
b) Evet

10) Gelir durumunuz nasıldır?
a) Gelirim giderimden az.
b) Gelirim giderime eşit.
c)Gelirim giderimden fazla.

11) Son 2 yıldır kaç kez yatışınız oldu? …….

12) Sigara, alkol ve/veya madde kullanıyor musunuz?
a)Hayır
b) Evet ise belirtiniz (cinsini ve sıklığını) …….

13.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?
a)Hayır
b) Evet ise belirtiniz……

14. Düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?
a) Hayır
b) Evet ise;
14a)İlaçları verilen düzende kullanırım
14b)Arada unuttuğum/ihmal ettiğim olur
14c)İyileşince ilaçları bırakırım

Ek5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),..... Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman (1)	**Nadiren (2)**	**Bazen (3)**	**Sık sık (4)**	**Her zaman (5)**
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3- Bedenimde doktorların bile anlamadığı duyumlar oluyor.					
4- Duygularımı kolayca tanımlayabilirim.					
5- Sorunları yalnızca tanımlamaktansa onları çözümlemeyi yeğlerim.					
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7- Bedenimdeki duyumlar çoğu kez kafamı karıştırır.					
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim.					
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10- İnsanların duygularını tanıması zorunludur.					
11- İnsanlar hakkında hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.					
12- İnsanlar duygularım hakkında daha çok konuşmamı isterler.					
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					
14- Çoğu zaman neden öfkeli olduğumu bilmem.					
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16- Psikolojik dramalar yerine eğlence programları izlemeyi yeğlerim.					
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18- Sessizlik anlarında bile, kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

Ek6. Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ)

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK	**Evet**	**Kısmen**	**Hayır**
1 Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülüneceklere gülebiliyor musunuz?)			
2 Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştiğini(sert) söylüyorlar mı?			
3 Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			
ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK			
4 Kitap ya da 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			
8 Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9 Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10 Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11 Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			
DAMGALANMA HİSSİ			
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			
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?			
ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER			
25 Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26 Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27 Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28 Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29 Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**
30 Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31 Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32 Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33 Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34 Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35 Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36 Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37 Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			
GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?			
38 Alışverişe çıkma			
39 Evin faturalarını yatırma			
40 Müzik aleti çalma			
41 Çiçek yada bitki yetiştirme			
42 El işleriyle uğraşma			
43 Spor yapma			
44 Tamir işleriyle uğraşma			
45 Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama, daktilo vb)			
İNİSİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?			
46 Kendisi için alışverişe çıkma			
47 İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48 Banka işlerini görme			
İŞ	**Evet**	**Kısmen**	**Hayır**
49 Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50 Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51 Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52 Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

Ek7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBADSÖ)

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

3. Ailembana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
(Kesinlikle hayır) 1 2 3 4 5 6 7 (Kesinlikle evet)

NOT:
Ailem ve arkadaşlarım dışında: Flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor
Ailem: Anne, baba, eş, çocuk, kardeşler.