

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ HASTA EŞLERİNİN**  
**EVLİLİK UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN**  
**MİHDİYE BULUT**

**GAZİANTEP-2018**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ HASTA EŞLERİNİN  
EVLİLİK UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
MİHDİYE BULUT**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. LEVENT SÜTÇİGİL**

**GAZİANTEP-2018**

## ÖNSÖZ

Tez sürecimde, kendileriyle çalışma imkanını bana sunan ve engin bilgilerinden faydalandığım için kendimi çok şanslı hissettiren, kıymetli ve değerli bilgilerini benimle paylaşan hocalarım. Başta danışman hocam sayın Prof. Dr. Levent SÜTÇİGİL olmak üzere, güler yüzünü ve samimiyetini eksik etmediği ve her zaman destek olup, yanımda olduğu ve en önemlisi bana güvendiği için kendisiyle çalışma fırsatını bana sunduğundan ve geri bildirimlerini benimle paylaştığından dolayı kendisine çok teşekkür ederim. Lisans yıllarımdan beri kendisinin üzerimde emeği olan titiz çalışmalarıyla, akademik anlamda da bana katkı sağlayan ve bu disiplinin temelini öğreten sayın Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK'a desteğini her zaman hissettirdiği için kendilerine teşekkürü bir borç bilirim. Kendilerinin tecrübe ve deneyimlerinden istifade etme fırsatını bana verdikleri için sonsuz saygılarımı ve şükranlarımı dile getirmek isterim. Lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca bana bilgi birikimleriyle katkı sağlayan tüm hocalarıma sonsuz saygılarımı sunuyorum.

Geri bildirimlerini bizimle paylaştıkları için, değerli jüri üyelerimiz Prof. Dr. M. Hakan TÜRKÇAPAR ve Prof. Dr. Selçuk ASLAN'a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim. Desteklerinden dolayı Çukurova üniversitesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi baş hekimi Prof. Dr. Lut TAMAM başta olmak üzere tüm hocalarına ve asistanlarına özellikle veri toplama aşamasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen her anlamda benden çok koşturan Meral Kara'ya desteği ve emeği olan tüm personele çok teşekkür ederim.

Zaman zaman pes ettiğim ve bırakıyorum tez sürecini dediğim dönemlerde benden daha çok bana inanıp beni her defasında motive etmeye çalışan manevi anlamda desteğini esirgemeyen yanımda olan tüm dostlarıma ve arkadaşlarıma, bana destek olan yüksek lisans sınıf arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Özellikle Uzm. Klinik Psk. Mehmet Yalçın'a kendi tez çalışmasına rağmen her an soru sorup cevap alabildiğim için kendisine çok teşekkür ederim. En önemlisi ailem, başta Annem Veziri Bulut ve Babam Musa Bulut olmak üzere abilerime, kardeşlerime benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olup bana inanıp güvendikleri, benden daha fazla istekli ve ısrarcı oldukları için bu haklı gururu onların hakettiğini düşünüyorum kendilerine şükranlarımı ve minnettarlığımı sunuyorum teşekkür ediyorum.

Aileme ithafen...

Gaziantep, 2018

Mihdiye BULUT

## ÖZET

Bu çalışmada, Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin evlilik uyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini 2017-2018 yılında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi psikiyatri kliniğine başvurmuş BPB tanısı almış 95 hasta eşi (43 Erkek ve 52 Kadın) ile YAB tanısı almış 95 hasta eşi (45 Erkek ve 50 Kadın) oluşturmuştur. Katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre; BPB tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin SF-36 alt ölçekleri Fiziksel Fonksiyon ve Enerji/Canlılık ile ÇUÖ alt ölçeği Duygusal İfade ortalama puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. BPB tanısı almış hasta eşlerinden erkeklerin Toplam ÇUÖ, Çift Doyumu, Çift Fikir Birliği ve Duygusal İfade puan ortalamaları kadınlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Çeşitli sosyodemografik bilgilere göre BPB tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin bazı SF-36 ve ÇUÖ alt ölçekleri ortalama puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Elde edilen bulgular ilgili literatür temelinde tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** bipolar bozukluk, evlilik uyumu, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

In this study, it is aimed to examine the marital adjustment and quality of life of spouses of patients with and without a bipolar disorder diagnosis. The sample of the study consisted of 95 spouses of patients (43 males and 52 females) diagnosed with BPD and 95 spouses of patients diagnosed with GAD who had applied to the Cukurova University Psychiatric Clinic in 2017-2018. Sociodemographic information of the participants was collected and DAS and SF-36 were administered. According to the results there were a statistically significant mean difference between the scores of spouses of patients with BD and spouses of patients with GAD in terms of Physical Functioning and Energy/fatigue subscales of SF-36 and Affectional Expression subscale of DAS scores. Among the spouses of patients who had BPD diagnosis, the mean scores of total DAS, Dyadic Satisfaction, Dyadic Consensus, and Affectional Expression of the males were found higher than the females. Moreover, according to various sociodemographic information, significant differences were found between the mean scores of SF-36 and DAS subscales of patients with BD and those with GAD diagnosis. The findings were discussed on the basis of relevant literature.

**Keywords:** bipolar disorder, marital adjustment, quality of life

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>1</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problem Durumu .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırma Soruları .....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları .....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	4
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>6</b>
<b>KAVRAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>6</b>
2.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi .....	6
2.2. Sınıflandırma ve Klinik Özellikler.....	6
2.2.1. Mani Dönemi.....	7
2.2.2. Hipomani Dönemi .....	7
2.2.3. Majör Depresyon Dönemi .....	7
2.3. Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji.....	8
2.4. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi.....	9
2.4.1. Biyolojik Etkenler .....	9
2.4.1.1. Genetik Etkiler.....	9
2.4.1.2. Nörokimyasal Etkiler.....	10
2.4.1.3. Uyku ve Diğer Biyolojik Ritimler.....	10
2.4.2. Psikososyal Nedensel Etkenler.....	11
2.5. Bipolar Bozuklukta Tedavi .....	11
2.6. Evlilik ve Evlilik Uyumu .....	12
2.6.1. Evlilik Uyumuna Kuramsal Yaklaşımlar .....	13
2.6.1.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım .....	13
2.6.1.2. Davranışçı Yaklaşım .....	14

2.6.1.3. Yapısalcı Yaklaşım.....	14
2.6.1.4. Aile Sistemi Modeli.....	14
2.7. Yaşam Kalitesi .....	15
2.7.1. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi .....	16
2.7.2. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi .....	16
2.8. Bipolar Bozukluk, Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi .....	17
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>22</b>
<b>YÖNTEM VE GEREÇLER.....</b>	<b>22</b>
3.1. Evren ve Örneklem.....	22
3.2. Veri Toplama Araçları.....	22
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	22
3.2.2. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) .....	22
3.2.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) .....	23
3.3. İşlem .....	24
3.4. Verilerin Analizi.....	24
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>25</b>
<b>BULGULAR VE YORUM .....</b>	<b>25</b>
4.1. Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri .....	25
4.2. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	27
4.3. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	28
4.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	30
4.5. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	31
4.6. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	33
4.7. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	34
4.8. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	36
4.9. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	38

4.10. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	39
4.11. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40
4.12. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	43
4.13. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Puanlarının Yordayıcısı Olarak Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular.....	45
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>47</b>
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>47</b>
5.1. Evlilik Uyumu, Yaşam Kalitesi, Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	47
5.2. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	48
5.3. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması .....	49
5.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılması .....	50
5.5. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılması .....	51
5.6. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması .....	52
5.7. Evlilik Uyumunun Yordayıcısı Olarak Yaşam Kalitesi.....	53
<b>ALTINCI BÖLÜM .....</b>	<b>54</b>
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>54</b>
6.1. Sonuç.....	54
6.2. Öneriler.....	55
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>69</b>
<b>Ek 1.</b> Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu.....	69
<b>Ek 2.</b> Sosyodemografik Bilgi Formu .....	70
<b>Ek 3.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) .....	71
<b>Ek 4.</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36).....	72



## TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

<b>Tablo 1.</b> Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri .....	26
<b>Tablo 2.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Sonuçları .....	27
<b>Tablo 3.</b> Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	29
<b>Tablo 4.</b> Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları.....	30
<b>Tablo 5.</b> Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	32
<b>Tablo 6.</b> Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	33
<b>Tablo 7.</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	35
<b>Tablo 8.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	37
<b>Tablo 9.</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	39
<b>Tablo 10.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları .....	40

<b>Tablo 11.</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular.....	41
<b>Tablo 12.</b> Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları .....	42
<b>Tablo 13.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Toplam Puanı Ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular .....	44
<b>Tablo 14.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Toplam Puanı Ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları .....	44
<b>Tablo 15.</b> Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Puanlarının Yordayıcısı Olarak Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçeklerine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	46

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>BPB</b>	: Bipolar Bozukluk
<b>ÇUÖ</b>	: Çift Uyum Ölçeği
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>n</b>	: Örneklem Sayısı
<b>S.D.</b>	: Serbestlik Derecesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
<b>S.S.</b>	: Standart Sapma
<b>WHO</b>	: World Health Organization

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1. Problem Durumu

Sağlık Bakanlığı (2014) verilerine göre Türkiye’de ruh sağlığı sorunları nedeniyle hastaneye başvuran kişi sayısı çok hızlı bir şekilde artmaktadır. Örneğin, 2009’da yaklaşık üç milyon kişi psikiyatrik sorunlarla hastaneye başvururken bu sayı 2013 yılında yaklaşık üç kat artarak dokuz milyonun üstüne ulaşmıştır. Bu ciddi artışın nedenleri konusunda detaylı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olmakla beraber farklı bir sorunda da artış dikkati çekmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2016) tarafından yayınlanan rapora göre, boşanma sayı ve oranlarında da artış görülmektedir. Rapora göre 2011 ile 2015 yılları arasında boşanan çift sayısında 10000 gibi artış olduğu ve boşanma hızının da aynı tarihler arasında artış eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Psikiyatrik hastaların aile ve evlilik ilişkileri ile yaşam kaliteleri uzun zamandır araştırma konusu olmuştur (Erten, Alpman, Özdemir ve Fıstıkçı 2014; Pehlivan, 2006; Ünal, 2002). Bu araştırmalardan bazıları evlilik ilişkileri üzerinde psikiyatrik rahatsızlıkların etkisine odaklanırken (Breslau vd., 2011; Kessler vd., 2008), bazıları ise psikiyatrik tanı almış kişilerin sosyal ve aile ilişkilerinin sağaltımları üzerindeki belirleyiciliğine odaklanmıştır (Çakır ve Özerdem, 2010: 144).

Bireyin sosyal ilişkilerini etkilediği ve aynı zamanda sosyal ilişkilerinden etkilendiği bilinen önemli bir ruhsal bozukluk da bipolar bozukluktur (Akkaya vd., 2012: 31). En basit tanımıyla Bipolar Bozukluk, belirli dönemlerde seyreden mani, hipomani ve majör depresif dönemlerin olduğu bir psikiyatrik hastalık türüdür. Bireyin taşkın davranışlar sergilemesi, çabuk öfkelenmek gibi kabarmış davranışlarının gözlenmesi ve amaca yönelik aktivitelerde ve içsel güçte artış söz konusu olması ve bu durumun ayrı dönemlerde en az bir hafta süreyle hemen hemen her gün yaşanmış olması mani döneminin özellikleri arasındadır. Hipomani dönemi, kabarmış ve taşkın davranışların ard arda en az dört gün süreyle günün tamamına yakın zamanını kapsayan dönemdir. Majör depresif dönemlerde ise gün içerisinde zamanın çoğunda çökkün duygu durumu, üzüntülü, mutsuz, keyifsiz ve hayattan zevk alamayan belirgin derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması, aşırı derecede uyuma ya da çok uykusuz kalma hali gözlenmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 63-74).

Öztürk ve Uluşahin (2014)’e göre, manide ve yineleyici çökkünlüklerde biyolojik etkenlerin daha büyük rol oynadığı kabul edilir. Bipolar bozuklukta kalıtımın etkisi üzerine

yapılan çalışmalarda, genetik yatkınlık özellikle erken dönem başlangıçlı çökkünlük ve yineleyici çökkünlükte hastalığın ortaya çıkma oranının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Hastalık sürecinde olumlu gidişatın belirleyicisi olarak büyük oranda birinci dereceden bakım verenlerinin eğitilmiş olması ve bilinçli tutumu, hastanın meşguliyeti, özellikle mevsimsel seyir dönemlerinde hastalara önceden koruyucu sağaltım yapılması gibi psiko-sosyal faktörlerin etkisi bilinmektedir. Hastanın öyküsünde alkol veya madde kullanımının bulunması, erken başlangıçlı olması ya da ileri yaşlarda ortaya çıkması ise gidişatın olumsuz belirleyicilerindedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014: 355-377).

Bipolar tanısı almış kişilerde hastalığın seyri, kişinin günlük hayatını olumsuz bir biçimde kısıtlamaktadır. Bu durum ayrıca birebir iletişim ve etkileşim halinde olduğu birinci dereceden bakım veren yakınlarını, evliliğini ve iş hayatını da olumsuz etkilemektedir. Evlilik sürecinde yaşanan sıkıntılar karşısında eşlerin duruşu ve birbirlerine karşı olan davranışları çiftlerin uyumunu ve eşlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde belirlemektedir (Çelik, 2006: 65). Erten vd. (2014)'e göre Bipolar hastalara bakım verenlerde, %44.9 oranında orta ve şiddetli derecede yük saptanmıştır. Dönemsel ve karma özellik gösteren ya da hızlı döngülü seyir izleyenlere bakım verenlerde bu yük daha da artmaktadır.

Bipolar bozukluk tüm ruh sağlığı bozuklukları arasında çok yaygın olmamakla birlikte hastalığın gözlemlendiği kişilerin büyük çoğunluğunun genç-orta yaş grubunda olması, hastalığın ekonomik yıkıma yol açabilmesi, hem aile içinde hem de aile dışındaki sosyal ilişkileri bozması, yaşam kalitesi üzerine olumsuz sonuçlarının artmasına sebep olmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısında duygudurum belirtilerinden dolayı işlevsellikte azalma olmakta ve bu hastalarda boşanma sıklığı sağlıklı kontrollerden 2.5 kat daha yüksek bulunmaktadır (Akkaya vd., 2012: 31-42). Bipolar bozukluk tanısı almış olan bireylerde hastalığın evlilik öncesi ya da sonrası dönemde ortaya çıkması bireylerin evlilik uyumunu ve yaşam kalitesinin sürecini belirlemektedir. Bu hastalık tanısını almış olan bireylerin eşlerinin eleştirel tutumları, depresif epizodun nüksetmesini tetikleyebildiği gibi hastalığın seyir dönemlerindeki gidişatını da olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir (Butcher, Hooley ve Mineka, 2013: 490).

Ruh sağlığı problemlerinin evlilik ilişkilerine etkisiyle ilgili çalışmalar dikkati evliliğin kalitesi ile ilgili problemlere çekmektedir. Evlilik kalitesiyle ilgili önemli bir kavram evlilik uyumu kavramıdır (Şendil ve Korkut, 2008: 16). Evlilik uyumu üzerine yapılan birçok tanım olmakla birlikte en kapsamlı evlilik uyumu açıklaması, eşlerin olumlu ilişki kalıbına, birbirleriyle ilgili olumlu duygu ve düşünceye, pozitif iletişim becerisine sahip olmaları,

birlikte zevk verici etkinlikler yapabilmeleri ve yaşanan çatışmalara çözümler üretebilmeleri olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Arkar, 2014: 17). Evlilikte uyumun olup olmadığı evlilikteki mutluluk, cinsellikten alınan haz, iletişimin kalitesi, bir daha evlenilecek olsa aynı kişiyi seçme düşüncesi gibi bazı ölçütlerle belirlenmektedir. Bu gibi ölçütlerin pozitif olarak varlığı evlilikte mutluluğu ve uyumu beraberinde getirir (Yalçın, 2014: 251).

Evlilikteki uyum ve mutluluk hakkındaki yapılan çalışmalarda ailenin yaşam standartları ile çocuk sayısı, evliliğin uzunluğu, tekrar evlenme, kadınların çalışması ve cinsiyet rolleri hakkındaki tutumlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Schafer, Wickrama ve Keith, 1996: 175). Hayat arkadaşlarının birbirinden beklentileri, eşlerin yetiştirme tarzı, aile gelirinin sağlanması, arkadaşlar, cinsellik, hayat yoldaşının akrabalarıyla olan ilişkiler gibi birçok faktör daha evlilik uyumunu etkilemektedir (Sevinç ve Garip, 2010: 1650). Etkili problem çözme kabiliyeti olan çiftlerin uyum derecesi de yüksektir. Depresyon düzeyleri daha azdır. Çatışmalar azaldıkça insanlar olumsuz duygular yerine olumlu hisler hissetmeye başlar ve uyumla beraber doyumda artar (Bayraktaroğlu ve Çakıcı, 2013: 310). Genel olarak ruhsal problemler daha özeldir ise bipolar bozukluk ile evlilikte sağlanan uyumun yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan konuyla ilgili detaylı araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Evlilik ve ruh sağlığı üzerine yapılan araştırmalar ve her iki sorunla ilgili artış olduğunu gösteren raporlar dikkate alındığında, bu iki sorunu birlikte ele alan araştırmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Ruhsal problemler içinde bipolar bozukluğun, özellikle bakım verenler üzerinde oluşturduğu yük göz önüne alındığında, bu bozukluk ile evlilik ve yaşam kalitesi ilişkisinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış hasta eşlerinde evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin ilişkisinin anlaşılması araştırmamızın temel problemini oluşturmaktadır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, bipolar bozukluğun eşler açısından evlilik uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Bu bağlamda Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin evlilik uyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

### **1.3. Araştırma Soruları**

Genel amacımız doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır:

1. Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi dőzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin evlilik uyumu dőzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi, evlilik uyumu ve toplam evlilik sőresi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin, hastalık tanısının evlilik ۆncesinde ya da sonrasında konulması durumuna gۆre evlilik uyumları ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı fark var mıdır?
5. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu dőzeyleri cinsiyete gۆre farklılaşmakta mıdır?
6. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu dőzeyleri sosyoekonomik dőzeye gۆre farklılaşmakta mıdır?
7. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu dőzeyleri eğitim durumuna gۆre farklılaşmakta mıdır?
8. Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi evlilik uyumlarını anlamlı dőzeyde yordamakta mıdır?

### **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

Katılımcıların araştırmada kullanılan ۆlekleri samimi ve doğru cevaplandırıdıkları varsayılmaktadır.

### **1.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

1. Psikiyatri kliniğine başvuran hastaların içinden nispeten daha hafif psikiyatrik bir rahatsızlık olduğu dőřünőlerek çalışmanın karşılaştırma grubu psikiyatri kliniğine başvurmuş ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerin eşlerinden seçilmiştir.
2. Araştırmanın bulguları çalışma grubundan elde edilen verilerle sınırlıdır.

3. Araştırma bulguları için kullanılacak veriler kullanılan özbildirim tarzı ölçme araçlarının ölçümleri ile sınırlıdır.

4. Araştırma verileri 2015 Haziran ayı ile 2017 Haziran eğitim öğretim yılında toplanmıştır. Bu sebeple elde edilen bulgular araştırmanın yapıldığı dönemin koşulları ile sınırlıdır.

5. Araştırmamızın evlilik uyumunu etkileyenler arasında, Bipolar bozukluğun niteliği/ağırlığı ve tedaviye uyum durumu rol oynayabilir. Ancak yeterince çalışma olmadığından net bir bilgiye sahip değiliz.





## İKİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Bipolar bozukluk (Manik Depresif Bozukluk), belirli bir düzen olmaksızın belirli dönemlerde tekrarlayan mani, hipomani ya da hem mani hem de hipomani görünümlü duygudurum dönemleri ile karakterize ve bu tekrarlayan ataklar arasındaki bazı dönemlerde kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline dönebildiği, ailesel, sosyal ve mesleki alanlarda işlevsellikte belirgin bozulmaya sebep olan kronik bir duygudurum bozukluğudur (Işık, Işık ve Işık Taner, 2013: 11; Maj, Akiskal, Lopez-Ibor ve Sartorius, 2003: 173).

Duygudurum ve duygudurumdaki değişikliklerin dışardan gözlenebiliyor olması eski çağlardan beri ilgi çeken konulardan biri olmuştur ve duygudurumdaki bozukluklara dair yapılan ilk çalışmalar yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Özellikle günümüzde sık kullanılan mani ve melankoli kavramlarının ilk kullanımları millattan öncesine dayanmaktadır. Bu kavramlar ilk defa Hipokrat tarafından sistematik olarak tanımlanmıştır. Hipokrat kara safra olarak adlandırdığı melankoliyi ümitsizlik, iştahsızlık, çabuk sinirlenme, uykusuzluk ve huzursuzluk hali olarak tanımlamıştır (Angst ve Marneros, 2001: 4; Georgotas, 1988). Mani ve melankolideki tekrarlanan döngüler de 6. yy'dan beri biliniyordu. İlk defa 1989 yılında Kraepelin tarafından bu bozukluk için manik depresif delilik terimi kullanılmıştır. Kraepelin bozukluğu, ataklar arasında görece normallik dönemleri olan bir dizi coşku ve depresyon atağı şeklinde tanımlamıştır (Butchler, Mineka ve Hooley, 2013: 464).

#### 2.2. Sınıflandırma ve Klinik Özellikler

Bipolar bozukluk, DSM-IV ve DSM-IV-R'de Bipolar I ve II, Siklotimik ve Başka türlü tanımlanamayan bipolar bozukluk olarak duygudurum bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. Ancak 2013 yılında yayımlanan DSM-5 ile birlikte Bipolar bozukluklar ve depresif bozukluklar ayrı başlıklar olarak ele alınmıştır. Bipolar bozukluk (iki uçlu) ve ilişkili bozukluklar kategorisinde Bipolar I bozukluk ve Bipolar II bozukluk kendi içerisinde hipomani dönemi ve majör depresyon dönemi olarak sınıflandırılmıştır. Bipolar I bozukluk tanısı için kişide yaşam boyu en az bir manik dönem veya manik-depresif dönem geçirilmiş

olması gerekir. Bipolar II bozuklukta ise en az bir hipomanik döneme birden fazla depresif dönemin eşlik etmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 63-67).

### **2.2.1. Mani Dönemi**

Mani döneminin özelliklerine baktığımız zaman; kişide en az bir hafta süreyle, günün büyük bir bölümünde taşkın, kabarmış veya çabuk kızan bir duygudurum halinin olması gerekmektedir. Bu duygudurumun yaşandığı dönem boyunca benlik saygısında artış, uyku ihtiyacında azalma, fazla konuşkan olma ve normalden fazla fikirlere sahip olma, düşünce uçuşması, dikkat dağınıklığı ve sosyal aktivitelere katılımında artış görülmektedir. Bu kişiler aynı zamanda kötü sonuçlar doğurabilecek aşırı para harcama, rastgele cinsel ilişki gibi girişimlerde bulunabilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 63-64). Bu dönemdeki kişiler genellikle kendi istekleri dışında yakınları tarafından hastaneye götürülür (Canbaba, 2011: 9). Bipolar I bozukluk tanısı için kişinin yaşam boyu en az bir defa mani dönemi geçirmiş olması gerekmektedir. Bipolar II bozuklukta ise hiçbir zaman mani dönemi geçirilmemiştir.

### **2.2.2. Hipomani Dönemi**

Bu dönemde kişilerde mani döneminin özelliklerinin en az dört ardışık gün süreyle günün büyük bir bölümünde bulunması gerekmektedir. Bu dönemde yaşanan duyguduruma bağlı olarak kişilerin toplumsal veya işle ilgili işlevselliklerinde belirgin bir bozulma olmamaktadır. Bu dönem hastaneye yatışı gerektirecek kadar ağır geçmemektedir ve mani döneminden farklı olarak psikoz özellikleri de görülmemektedir. Bipolar I bozuklukta hipomani dönemleri sık görülmekle birlikte tanı için gerekli değildir. Bipolar II bozukluk tanısı için ise hipomani döneminin geçirilmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 64-65).

### **2.2.3. Majör Depresyon Dönemi**

Majör depresyon döneminde kişinin toplumsal, iş ve diğer alanlarında belirgin işlevsellik bozulması olmaktadır. Bu dönemde en az iki hafta boyunca günün büyük bir

bölümünde depresif duygudurum, gündelik veya zevk aldığı aktivitelere karşı belirgin ilgisizlik durumu ya da bunlardan zevk alamama durumu, iştah ve kiloda azalma veya artma, uyku ihtiyacında azalma veya aşırı uyuma, psikomotor aktivitelerde azalma, bitkinlik ve enerji kaybı, benlik saygısında düşüklük, değersizlik veya suçluluk duyguları, kararsızlık ve odaklanmada güçlük ve yineleyici intihar veya ölüm düşünceleri görülmektedir. Bipolar I bozukluğunda majör depresyon dönemleri sık görülmekle birlikte tanı için gerekli değildir. Bipolar II bozukluğunda ise majör depresyon dönemi tanı ölçütleri karşılanmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 66).

### **2.3. Bipolar Bozuklukta Epidemiyoloji**

Bipolar bozukluklar, genel nüfusun en az %1'ini etkilemektedir (Merikangas vd., 2011: 241). Bipolar bozukluklarda tahmin edilen yaşam boyu yaygınlığına baktığımız zaman; bipolar I bozukluk için %0.6, bipolar II bozukluğu için %0.4 ve bipolar bozuklukların eşik altı belirtileri için ise %1.4'tür. Bununla birlikte bipolar bozukluklar daha geniş bipolar spektrum olarak ele alındığında ise bu oran %2.4'ü bulmaktadır (Merikangas vd., 2011: 246). ABD'de yapılan bir ulusal epidemiyolojik izlem çalışmasında ise bipolar I bozukluğu için %0.8, bipolar II bozukluğu için %0.5, siklotimi bozukluğu için %0.8-1 olarak prevalans oranları bildirilmiştir (Judd ve Akiskal, 2003). DSM-5 kriterlerine göre yapılan bazı çalışmalarda ise daha yüksek oranlar bildirilmiştir: bipolar I bozukluğu için 12 aylık yaygınlık oranı % 1.5 ve yaşam boyu yaygınlık oranı % 2.1 olarak bildirilmiştir (Blanco vd., 2017: 9). Ülkemizde bipolar bozukluk yaygınlığına ilişkin yapılan bir çalışmada DSM-IV tanı ölçütlerine göre bipolar I bozukluğu prevalansı % 0.92 olarak bildirilmiştir (Binbay vd., 2012: 4).

Bipolar bozukluklarda cinsiyete göre prevalans oranı anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Özellikler bipolar I bozukluğu prevalansı erkek ve kadınlarda benzerdir. Fakat bozukluğun özellikleri detaylandırıldığında cinsiyete göre belirgin farklılığın olduğu alanlar bulunmaktadır. Örneğin; karma dönemlerin, hızlı döngülülüğün, manik kaymanın, ek tıbbi problemlerin ve madde kötüye kullanımının kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Begley vd., 2001; Merikangas vd., 2011). Bipolar II bozukluğu ise kadınlarda daha sıktır (Nivoli vd., 2011: 447).

Bipolar bozukluklar erken yaşlarda başlamaktadır ve ortalama başlangıç yaşı 20 olarak kabul edilmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007: 158). Başka bir çalışmada ise başlangıç yaşı

bipolar I için 18, bipolar II için ortalama 22 olarak verilmiştir (Lee vd., 1990). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bipolar bozukluk olgularında başlangıç yaşı ortalamasının 23.8-27.7 yıl arasında değiştiği bildirilmiştir (Aydemir vd., 2007; Doğanavşargil-Baysal vd., 2012; Gültekin vd., 2008; Kesebir, Şayakçı ve Süner, 2012). Bipolar bozukluklarda erken başlangıç yaşı, daha fazla komorbidite ve depresyonla başlayan başlangıç ile ilişkilendirilmiştir. Tanı ve tedaviye genellikle genç erişkinlik döneminde başlanmasına rağmen bazı çalışmalarda semptomların başlangıcı ile tanının konulması arasında 6 yıllık bir gecikmenin olduğu gösterilmiştir. Bu süre komorbiditesi ve depresif başlangıcı olan hastalarda daha da uzayabilmektedir (Dagani vd., 2016: 10). Özellikle ilk atak ve tedavi arasındaki sürenin uzaması, prognozu olumsuz etkileyen bir durum olmakla birlikte, intihar girişimi sayısını arttıran ve hastalık süresinin uzamasını etkileyen bir etkidir. Bu bozukluğa sahip kişilerin %15'i intihar girişimi sonucu ölmektedir (Altamura, Delloso, Mundo ve Delloso, 2007: 1698; Goodwin, Jacobi, Bittner ve Wittchen; 2007).

## **2.4. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi**

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde rol aldığı düşünülen çeşitli nedensel etkenler öne sürülmüştür. Bu etkenler biyolojik ve çevresel nedensel etkenler olarak iki başlık altında incelenebilir.

### **2.4.1. Biyolojik Etkenler**

#### **2.4.1.1. Genetik Etkiler**

Bipolar bozuklukların önemli bir kalıtsal yönü olduğu ve genetik olarak karmaşık multifaktöriyel bir hastalık olduğu bilinmektedir (Post vd., 2016: 1047). Literatürde bipolar bozukluğun kalıtımıyla ilgili çok sayıda ikiz, aile evlat edinme ve kromozomal bölge ile aday gen çalışmaları mevcuttur.

Yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan tek yumurta ikizlerinin % 67'sinin unipolar veya bipolar bozukluğu olan bir ikiz kardeşinin olduğu ve çift yumurta ikizlerinde ise bu oranın % 19 olduğu bildirilmiştir (McGuffin vd., 2003: 501). Özellikle bipolar I bozukluğu yatkinliğindeki farklılıkların % 80-90'ının genlerden kaynaklandığı düşünülmektedir

(Goodwin ve Jamison, 2007: 413; McGuffin vd., 2003: 501). Bu çalışmalar ve literatürdeki diğer çalışmalara göre bipolar bozukluklarda ve özellikle de bipolar I bozukluğunda kalıtımın derecesinin %85'e varan oran ile şizofreni dahil psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek orana sahip olduğu tahmin edilmektedir. Aynı zamanda geç başlangıçlılara oranla, erken başlangıçlı bipolar bozuklukta genetik etkiler çok daha güçlüdür (Goodwin ve Jamison, 2007: 413; Torrey, Bowler, ve Taylor, 1994).

#### ***2.4.1.2. Nörokimyasal Etkiler***

Bipolar bozuklukların patogenezi ve patofizyolojisiyle ilgili az şey bilinmesine rağmen moleküler teknolojideki ilerlemeler ile bu bozukluğun patofizyolojisine dair bilgiler hızla ilerlemektedir. Bilindiği üzere norepinefrin, serotonin ve dopaminin duygudurumun düzenlenmesinde birlikte rol oynamaktadır (Howland ve Thase, 1999). Duygudurum bozuklukları da serotonerjik, noradrenerjik ve özellikle de dopaminerjik yollar dahil olmak üzere, monoamin nörotransmitter sistemlerindeki bir dengesizlikten kaynaklanmaktadır (Goodwin ve Jamison, 2007: 498). Yapılan çalışmalarda da bu sistemler üzerine odaklanılmıştır. Özellikle manik epizodlar sırasında norepinefrin etkinliğinin arttığını, depresif epizotlar sırasında da norepinefrin etkinliğinin azaldığını gösteren veriler mevcuttur (Goodwin ve Jamison, 2007: 473; Manji ve Lenox, 2000). Bipolar bozuklukların etiyojisinde rol oynadığı düşünülen diğer başlıca nörotransmitterler ise glutamat, GABA ve asetilkolindir (Işık, 2003). Asetilkolindeki sinaptik salınımın depresyon, azalmasının ise mani ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Enkhuizen, Milienne-Petiot, Geyer ve Young, 2015).

#### ***2.4.1.3. Uyku ve Diğer Biyolojik Ritimler***

Bipolar bozukluklarda uyku bozuklukları sıklıkla görülmekle birlikte sirkadiyen ritim gibi biyolojik ritimlerde bozulmalar olduğunu gösteren veriler de bulunmaktadır (Jones, Hare ve Evershed, 2005). Bipolar hastalarda manik epizotlar sırasında uyku bozukluklarından insomnia (uykusuzluk) ile sık karşılaşmaktadır ve hastalar daha az uyuma eğilimi göstermektedirler. Depresif ataklar esnasında ise uyku bozukluklarından hipersomnia sık görülür ve hastalar daha fazla uyuma eğilimi gösterirler. Özellikle insomnia, manik ataklardan önce en sık görülen öncül belirti olarak ortaya çıkmaktadır. Bipolar bozuklukta ataklar

arasında bile insomnia oranı yüksek olup önemli uyku problemleri yaşanmaktadır (Harvey, Talbot ve Gershon, 2009: 256).

Bipolar bozukluğun etiyolojisinde sirkadiyen ritim gibi biyolojik ritimlerdeki bozulmalar da rol oynamaktadır. Özellikle remisyon dönemlerinde ve akut alevlenme dönemlerinde sirkadiyen ritim bozulmuştur (Rosa vd, 2013: 5).

#### **2.4.2. Psikososyal Nedensel Etkenler**

Stresli yaşam olaylarının bipolar bozuklukta, temelde var olan yatkınlığı harekete geçirerek özellikle manik epizotların başlamasında rol oynadığı düşünülmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007). Yapılan bir çalışmada, şiddetli olumsuz yaşam olayları yaşayan kişilerin depresif, manik veya karma epizotlardan çıkma süresinin, bu tür ağır olaylar yaşamayanlara göre üç kat daha uzun olduğu gösterilmiştir (Johnson ve Miller, 1997). Düşük sosyal destek gibi başka sosyal çevresel değişkenlerin de bipolar bozukluğun gidişatını olumsuz etkileyeceğine dair veriler söz konusudur (Cohen, Hammen, Henry ve Daley, 2004).

#### **2.5. Bipolar Bozuklukta Tedavi**

Bipolar bozukluklar yaygınlığı, yarattığı kişisel acılar ve işlevsel yıkım nedeniyle üstünde önemle durulması gereken bir bozukluktur. Bu nedenlerden dolayı ve özellikle günümüzde sunulan çok çeşitli tedavi seçenekleri sayesinde gittikçe daha çok insan, bozukluk dönemlerini daha az semptomla ve daha hafif geçirebilmektedir. Yapılan bir çalışmada duygudurum bozukluğu olan kişilerin yalnızca %40'nın minimal düzeyde yeterli tedavi gördüğü, %60'nın ise hiç tedavi görmediği veya gerekli bakımı almadığı bildirilmektedir (Wang vd., 2005).

Bipolar bozukluğun tedavisi hem atakları önleme hem de yinelemeleri önlemeyi içermektedir (Fountoulakis vd., 2016). Bipolar bozuklukların ilaçlı tedavisinde antidepresan, lityum başta olmak üzere duygudurum düzenleyicileri ve antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. İlaç seçiminde hastanın öforik veya karma manisinin olması özellikle dikkate alınmalıdır (Hirschfeld vd., 2002: 556). Bipolar bozukluklar, doğru tanı konulduğunda ve tedavi edildiğinde bile sık tekrarlayabilir. Bundan dolayı belirtilerin tümü ortadan kalkana dek tedavinin sürdürülmesi önemlidir (Keller, 2004: 56).

Bipolar bozukluklarda özellikle antidepresanların kayda değer ilerleme sağlaması için 3-4 haftalık bir süreye ihtiyaç duyulduğu için özellikle ciddi intihar riski olan veya psikotik özellikler gösteren hastalarda ve ilaç kullanmaya karşı direnç gösteren hastalarda elektrokonvülsif terapi (EKT) kullanılmaktadır (Goodwin ve Jamison, 2007: 742).

Duygudurum bozukluklarında ilaç ve diğer tedavi yöntemlerinin yanında psikoterapi de kullanılmaktadır. Özellikle ilaçlar ile birlikte kullanıldığında bozukluğun nüksetme olasılığını kayda değer oranda azalttığı görülmüştür (Hollon ve Dimidjian, 2009). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), unipolar depresyonda ve bipolar bozukluğun özellikle depresif dönemlerinde ve nüksetmelerin önlenmesinin amaçlandığı sürdürüm dönemlerinde etkisi kanıtlanmış psikoterapi yöntemlerindedir. Ampirik bir yaklaşıma dayanan bu terapinin etkililiği unipolar depresif hastalarda ve depresyon tanısı konmuş hastalarda çeşitli araştırmalar ile kanıtlanmıştır (Hollon, Haman ve Brown, 2002).

Tüm bu tedavilerin yanında hastanın yaşamında stres yaratıcı diğer durumların da ele alınması önemlidir. Özellikle aile yaşamındaki istenmeyen durumlar hastalığın nüksetmesi ile ilişkilidir (Hooley ve Hiller, 1997). Evlilik terapisi, Unipolar depresyonda ve evlilikte geçimsizliğin söz konusu evli çiftlerde, depresif eşte depresyonun azaltılmasında bilişsel terapi kadar etkili olduğu bildirilmektedir (Beach ve Jones, 2002).

## **2.6. Evlilik ve Evlilik Uyumu**

Evlilik, iki farklı cinsiyetten bireylerin bir arada yaşamalarını, bir ailenin oluşmasını ve neslin devamının gelmesini sağlayan önemli en temel insan ilişkisi ve bir tür toplumsal sözleşme olarak tanımlanmaktadır. Tüm toplumlarda evlilik, önemli bir kurum olarak ve kadın ile erkeğin bir arada yaşama sözleşmesi olarak kabul görmektedir (Sayın, 1990: 48; Çağ ve Yıldırım, 2013: 14; Gökçe, 1978: 7). Gladding (2012) ise evliliğe daha bütüncül bir yorum getirerek; psikolojik ve biyolojik ilişkilere bağlı olan ve kişiler arasında duygularla ilgili, başlangıcı ve süregelenliği bakımından tarihi bir bütünlüğü olan, ekonomik anlaşmalar içeren ve aynı çatı altında birbirlerini bir bütün olarak kabul eden bireylerin oluşturdukları anlaşma olduğunu söylemiştir. Hukuki açıdan evliliğe baktığımız zaman; iki bireyin kendilerinin rızası ile yaşamlarını ortak kullanmalarını ve birbirleriyle evlenmeye dair olan rızalarının nikah anlaşmasıyla medeni bir sözleşmeye dönüşmesidir (Yenisey, 2009; Battal, 2008: 8).

Evlilik, hukuki ve terimsel boyutu dışında sosyal hayatı koruyucu ve geliştirici yönleri ile önemli toplumsal işlevleri olan bir yapı olarak da görülmektedir. Bu işlevler arasında

kişilerin beraber güven içinde yaşayabilecekleri bir ortam bulabilmeleri, duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını giderme yolu, geleceğe yönelik güven duygusu ve dayanışma duygusunu yaşamaları vardır (Özgüven, 2000).

Evlilik uyumu; çiftlerin evliliklerinden hoşnut olması, birlikteliklerinden ve birbirlerinin varlıklarından mutluluk ve memnuniyet duyması olarak tanımlanmaktadır. Evlilik uyumunun oluşabilmesi için, eşlerin anlaşmazlıkları kendi içlerinde çözmesi ve ortak bir noktada buluşmaları, evlilik ve aile ile ilgili durumlarda düşünce ve çaba birliği içinde olmaları, ayrı karakterdeki eşlerin hedef ve idealleri için birbirlerini tamamlamaları ve desteklemeleri ile eşlerin evliliği devam ettirebilme özelliklerinin olması önemlidir (Erbek, Beştepe, Akar, Eradamlar ve Alpkın, 2005: 41; Şener ve Terzioğlu, 2002: 3). Yalçın (2014: 251) ise evlilik uyumunu, genel olarak evliliklerinde ve cinsel yaşamlarında mutlu olma ve yeniden evlenme durumunda tekrar aynı kişi ile evlenme isteğinin olması ölçütleriyle belirlemiştir.

## **2.6.1. Evlilik Uyumuna Kuramsal Yaklaşımlar**

### ***2.6.1.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım***

Bilişsel davranışçı yaklaşım, çift veya bireysel olarak kişilerin bilişsel işleyiş süreçlerine, motivasyon ve davranışlarına yönelik açıklamalar yapmaktadır. Bireylerin evlilik içerisinde neler hissettiklerine, neler düşündüklerine, belirli problemler ve bu problemlere yönelik çiftlerin bilişsel şemalarına odaklanır. Yani, eşlerin duygu, düşünce ve davranış üçlüsünden yola çıkarak ilişki deneyimlerini inceler (Baucom ve Epstein, 2002).

Bu model evlilik uyumuna ilişkiler, düşünceler, davranışlar ve baş etme stratejileri açısından yorumlar getirmektedir. Özellikle eşlerin deneyimleri ve bu deneyimlere yönelik düşüncelerinin davranış ve tutumlarda rol oynaması üzerinden gerekli müdahale yöntemlerinin geliştirilmesini savunmaktadır ve eşlerin çarpıtılmış düşünceler nedeniyle sorunlar yaşadığı, kişilere özdenetim becerisi kazandırılması ve bilişsel yeniden yapılandırmanın gerekliliğini vurgulamaktadır. Bunun yanında, eşlerin bilişsel farklılıklarının da sürece dahil edilmesinin evlilik uyumunu sağlamak adına önemli bir nokta olduğu vurgulanmaktadır (Baucom ve Epstein, 2002).



### **2.6.1.2. Davranışçı Yaklaşım**

Bu yaklaşıma göre evlilik ve evlilik uyumunda ortaya çıkan problemler, bireylerin öğrenilmiş davranış kalıplarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Evlilikte uyumun sağlanması amacıyla problemleri iletişim stiline, olumsuz davranış kalıplarının ve davranış problemlerinin davranış şekillendirme yoluyla olumlu olanlarla değiştirilmesi, evlilik uyumunu sağlayan davranışların ise ödüllendirme sistemi ile ele alınması gerektiği savunulmaktadır. Böylelikle çiftlerin kendileri ve eşleri ile ilgili öğrenmeleri gerçekleştirilerek daha farklı ilişki stilleri geliştirmeleri ile uyumları artacaktır (Stuart, 1969: 680).

### **2.6.1.3. Yapısalcı Yaklaşım**

Yapısalcı yaklaşımda aile içerisinde dengenin nasıl sağlandığı, işlevsel ve işlevsel olmayan iletişim becerilerinin nasıl geliştiği ve bunun ne tür sonuçları olduğu incelenmektedir. Ailede eşlerin çeşitli beklentileri ve bu beklentilerin karşılanmaması neticesinde çatışmalar söz konusu olmaktadır. Bu durum devamlılık sergilediği takdirde evliliğin sonlanması ve ailenin dağılması gibi iletişim kaynaklı istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı eşlerin, beklentileri karşılamak adına farklı iletişim yollarını öğrenmeleri, evlilikte gelişim ve değişim sürecine uygun bir karakter özelliği göstermeleri evlilikte uyumu sağlamak ve sürdürmek açısından önemlidir (Nazlı 2001).

### **2.6.1.4. Aile Sistemi Modeli**

Bu model aile yapısını bir sistemler bütününe benzeterek sistemlerin birinde oluşan sorunun altındaki diğer sistemlere sıçradığını vurgulamaktadır. Aile sisteminin kendi içerisinde bütünlüğünü koruyabilmek için üç faktör önemlidir. Bunlar: ebeveyn çocuk ilişkilerinin özellikleri, karı-koca ilişkileri ve çocukların birbirleriyle olan ilişkilerinin şeklidir. Özellikle aile içindeki bireylerin iletişim sorunları bütün sistemi etkileyeceğinden evlilik uyumunu da olumsuz etkileyecektir (Hakvoort, Bos, Balen ve Hermanns, 2010: 183).

## 2.7. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi medeniyet kadar eski olmasına rağmen (Schuessler vd., 1985:130) günümüzde tüm bilimlerin ortak olarak kabul ettiği bir tek yaşam kalitesi tanımı bulunmamaktadır (Veenhoven, 2013:39). Yaşam kalitesi terimi ilk olarak 1950'lerde ABD'de ortaya çıktı. İlk başlarda yaşam kalitesi modern cihazlara, evlere ve arabalara sahip olmak olarak tanımlandı. Bir başka deyişle, yaşam kalitesi kişilerin geliri, iş sahibi olma vs. ile ölçüldüğü kabul edildi (Zhao vd., 2005: 84). Daha sonra ise yaşam kalitesi, insan hakları konusunda yaşanan gelişmelerle birlikte, tüm politik kararların alınmasında önemli bir gösterge olmuş, toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir hedef haline almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemi içinde yaşamdaki yerlerine ilişkin bireysel algılamaları olarak tanımlamaktadır. Bu bireysel algılamalar ise kişinin yaşamdan beklentileri, ulaşmak istediği amaçlar, yaşadığı standartlar ve ilgilerini içermektedir. Bu tanım kişilerin içinde yaşadıkları kültür ve sosyal çevre bağlamında öznel bir tanımdır (WHO, 1973). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini tanımlarken 6 farklı alan belirlemiştir. Bunlar: Psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler, maneviyat ile ilgili özellikler ve fiziksel sağlıktır.

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlamalar genel olarak “kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı” etrafında dönse de yaşam kalitesi, objektif ve subjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir (Aydiner Boylu, 2007: 2). Objektif göstergeler olarak yıllık gelir, eğitim düzeyi, meslek grubu, sağlık durumu, konfor vb. olarak değerlendirilirken; kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu doyum ise yaşam kalitesinin öznel göstergeleri olarak kabul edilir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008: 30; Malkina-Pykh, 2008: 7; Veenhoven, 2013: 1).

1970'li yıllarda yapılan çalışmalarda toplumun hangi kesimlerinin yaşam kalitelerinin ilerlediğini ve hangi kesimlerinin gerilediğini saptayarak, eğer farklılıklar oluştuysa bunun nedenlerinin ve bu nedenleri değiştirmenin mümkün olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu durum için önem sırasına göre 11 farklı tatmin alanı saptanmıştır. Bunlar; sağlık, evlilik, aile hayatı, ulusal hükümet, dostluk, ev, iş, topluluk, inanç/din, rekreasyon, mali durum alanlarıdır (Michalos, 2003: 153-182).

### **2.7.1. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi**

Birçok yönü olduğundan dolayı, yaşam kalitesinin belirleyicileri ve ölçümleri birbiriyle ilişkilidir. Ancak hangi belirleyicilerin yaşam kalitesini ölçtüğü konusu hala tartışmalıdır (Schuessler vd., 1985: 135). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ruh sağlığı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel rol fonksiyonu, enerji/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık algısını ölçen çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları şunlardır: Euro QOL (EQ-5D) (Janssen vd., 2013), Nottingham Sağlık Profili (Kind ve Carr-Hill, 1987), Sağlık Yararlanma indeksi Sağlık Yararlanma İndeksi (Health Utilities Index, HUI) (Furlong, 2001), İyilik Hali Ölçeği (Flourishing Scale) (Diener vd., 2009), Hastalık Etki Profili (The Sickness Impact Profile) (Bergner vd, 1981), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL) (Fidaner, 1999) ve Kısa Form-36 (Short form-36) (Ware ve Sherbourne, 1992).

### **2.7.2. Bipolar Bozuklukta Yaşam Kalitesi**

Bipolar bozukluğu olan kişilerde duygu dalgalanmaları, uyku bozukluğu ve bilişsel bozukluk ve özellikle de kişilerarası ilişkilerin bozulması, hastaların yaşam kalitesinin önemli ölçüde zayıflamasına neden olmaktadır (Tohen vd., 2003). Bipolar bozukluğu olan kişilerin eğitim devamlılığı, işlevsellik, ekonomik durum, sosyal destek, arkadaşlık ve akrabalık ilişkileri çoğunlukla bozulduğundan yaşam kalitelerinde bir düşüş meydana gelmektedir. Bipolar bozukluğu olan 920 hastadan alınan veriler ile yapılan nitel çalışmada, çoğu kişinin günlük rutinleşmiş aktivitelerinden uzaklaştıkları için yaşam kalitelerinin düştüğü bildirilmiştir (Michalak, Yatham, Kolesar ve Lam, 2006: 34).

Gutiérrez-Rojas vd. tarafından yapılan ve bipolar bozukluğu olan hastaların genel toplum ile yaşam kalitesi açısından karşılaştırdıkları çalışmada, bipolar bozukluğun olması durumunda yaşam kalitesinin düştüğü rapor edilmiştir. Özellikle evli ve sosyal desteği düşük olan hastaların yaşam kalitesi, sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Bu çalışmada bipolar hastalarda yaşam kalitesinin fiziksel boyutunun düşük çıkması eşlik eden madde kötüye kullanımı ve diğer sağlık sorunlarına bağlanmıştır (Gutiérrez-Rojas vd., 2008: 629).

Robb vd. (1997: 515) tarafından 155 bipolar hasta ile Toronto Üniversitesinin desteği ile yapılan çalışmada bipolar bozukluğu olan hastalarda depresyon düzeyinin yaşam kalitesinin yüksek ya da düşük olmasını önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur. Aynı zamanda hastaların atakları arasında bile yaşam kalitesinin düşük olmaya devam ettiği rapor edilmiştir.

Bir başka çalışmada ise yaşam kalitesinin hastanın yaşadığı depresif semptomlar ile ilişkili olduğu, bu dönemde kişilerin sosyal ilişkilerinin bozulması, eğlenceli vakit geçirme sıklığının azalması ve iş yerinde bozulan işlevsellik ile kişinin yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmiştir. Ancak hastanın depresif ruh hali ortadan kalktığında ve hipomani ya da mani döneminde yaşam kalitesi ve işlevsellik alanlarında da iyileşme olduğu rapor edilmiştir (Aydemir, 2016: 3).

## **2.8. Bipolar Bozukluk, Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi**

Bipolar bozukluk temelde duygu ve aktivitede bozulma ya da değişim ile karakterize bir duygudurum bozukluğudur. Bazen hastada mani belirtileri olarak hiperaktivite, öfori, aşırı enerjik olma, kolayca sinirlenme, çok az uyku uyuma, herkesten önemli olduğunu düşünme, aşırı konuşma, aşırı para harcama, kişiliğine özgü olmayan davranışlarda bulunma vs. görülürken bazen de depresyon belirtileri olarak uyuyamama ya da aşırı uyuma, suçluluk duygusu, enerji azalması, zevk alma ve ilgi kaybı, dikkat eksikliği, huzursuzluk ve ajitasyon, iştahta artma veya azalma, intihar düşünceleri görülür (WHO, 2001).

Clausen ve Yarrow (1955: 3) Aile bireylerinin herhangi birinde ağır bir hastalığın olması diğer bireylerde de stres yaratır. Ruhsal sorun yaşayan insanlar da tıbbi hastalığı olan kişiler gibi günlük rutinleri yapmakta zorlanır. Ruhsal sorun yaşayan bireyler de ayrıca tuhaf davranışlar sergiler ve bu da onların kişiler arası ilişkilerinin çoğunlukla bozulmasına neden olur. Aile rutinleri ve aile ilişkileri zaman zaman bozular. Hatta bazı aile bireylerinde endişe, suçluluk ve reddedilme duyguları oluşur. Örneğin Lawson (1976: 334) çalışmalarında depresyonda olan kadınların çocukları ve eşleri ile olan ilişkilerinde ciddi anlamda zorluklar yaşadıklarını bildirmiştir.

Aile, psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin en önemli bakıcısı konumundadır ve bu konumda olmak aslında ailelere ciddi anlamda ağır sorumluluklar vermektedir. Hastalara bakım verenlerin yükü subjektif (öznel) ve objektif (nesnel) olarak tanımlanmıştır. Objektif

yük bakım verenin gözlenebilir ve doğrulanabilir yükleridir. Bunlar, hastanın rahatsız edici davranışları, ekonomik zorluklar, hastalığın sosyal ve aile içindeki günlük etkinlikleri kısıtlaması, ev içindeki çatışmalar ve ailenin geri kalan üyelerinde ortaya çıkan ruhsal ve bedensel olumsuz etkilerdir. Buna göre aile içindeki hastalık diğer aile fertlerinin içinde bakım verenlerin yaşamlarında doğrudan zorluklar yaşamalarına neden olur. Bakım veren hastaya yardımcı olur, yönlendirir, kontrol eder ve hastanın yapamadığı işleri onun yerine yapmakla sorumlu olur. Bununla birlikte hastaya bakım veren aile bireyinin sosyal ilişkileri ve kendi hobileri veya kariyer hedefleri kısıtlanmış olur (Awad ve Voruganti, 2008: 151; Schene, 1990: 290; Schene, van Wijngaarden ve Koeter, 1998: 612). Subjektif yük ise bakım verme sorumluluğunun bakım veren kişide neden olduğu rahatsız edilme düzeyi, duygusal sıkıntı veya hastanın kendisi ile ilgili yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanabilir. Bir diğer deyişle bakım veren aile bireyinin subjektif yükünün neden olduğu sıkıntı düzeyidir. Maurin ve Boyd (1990: 105) bu yükü bakım veren kişinin aile içindeki hastalıktan dolayı ortaya çıkan duygusal maliyet olarak tanımlamıştır. Ruhsal sorunu olan kişilere bakım verenlerde bu duygusal maliyetler çaresizlik, kısıtlanmışlık, yalnızlık veya bakım verenin hissettiği endişe, sıkıntı, damgalanma, utanç ve suçluluk belirtilerinin oluşturduğu duygusal gerilim olarak tanımlanmıştır (Schene, van Wijngaarden ve Koeter, 1998: 611; Reine vd., 2003: 60).

Baronet (1999: 822)'e göre psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilere bakım veren kişilerin yükü ile ilişkili faktörleri, kişisel aktivitelerde kısıtlamalar, maddi sorunlar, ulaşım sorunları, ev işi, sürekli denetim zorunluluğu, güvenlik eksikliği, hastanın kendine ya da başkalarına karşı olası şiddet davranışları, aşırı talepler, bağımlılık, gece rahatsız edilme, utanç verici davranışlar, iş birliğinin yapılamaması, aile içi çatışmalar ve endişelerdir.

Fadden, Bebbington, Kuipers (1987: 662)'e göre bipolar duygu durum bozukluğu olan kişilerin eşleri hastalığın başlangıcı ile ilgili kötü deneyimler yaşarlar. Özellikle hastalık başlangıcında ne olup bittiğini anlamakta güçlük çekerler ve eşlerini kaybedeceğini düşünürler. Bunun yanında eşlerinin tekrar eskisi gibi sağlıklı olmasını dilerler. Ancak birçoğu için eş, bakım verilmesi gereken küçük bir çocuk konumundadır. Bu tür evliliklerde iş birliği, seks hayatı, aile planlanması, bütçe, alkol kötüye kullanımı sorunları sıklıkla yaşanır (Henker, 1985: 31). MacPherson (1991: 320)'e göre eşler arasındaki iletişim, bipolar bozukluğu olan eşin zorlayıcı tavırları yüzünden sürekli bozular. Bipolar bozukluğu olan biriyle evli olan kişiler evliliklerinde sevgi eksikliği hissettiklerini ve takdir edilme ihtiyaçlarının karşılanmadığını belirtmişlerdir (Dore ve Romans, 2001: 155). Eşlerden birinin

bipolar bozukluğu olduğu evliliklerde diğer evliliklere oranla anlaşmazlıklar, etkileşim sorunları, boşanma ve ayrı yaşama daha fazla görülür (Horesh ve Fenning, 2000; Kessler, Walters ve Forthofer, 1998; Brodie ve Leff, 1971). Bipolar bozukluğu olan biriyle evli olan eşler hiç evlenmemiş olmayı ya da hiç çocuk sahibi olmamanın daha iyi fikir olduğuna inanırlar (Targum vd., 1981: 564).

Tranvag ve Kristoffersen (2008: 12) tarafından bipolar bozukluk tanısı almış hastalar ile evli ya da birlikte yaşayan 6 kişi ile yapılan ve bipolar bozukluk tanısı almış eşlerin deneyimlerini araştıran çalışmada 14 önemli deneyim ortaya çıkarılmıştır. Bu deneyimler: Korku ve anlaşmazlık (ilk epizod sonrası güvenlik sorunlarının başlıyor olması ve eşlerinin değişen davranışlarına anlam verememeleri), suçlanmak (Bipolar bozukluğu olan eş kötü deneyimlerin nedeni olarak eşini görmesi), Kendinden şüphe etme (Eşin kendisiyle ve verdiği kararlar ile ilgili şüpheleri), Bakım ve Bilgi Eksikliği (Hasta eşin taburcu edilmesinden sonra tüm sorumluluğun sağlıklı eşe yüklenmesi), damgalanma ve sosyal çevre kaybı yaşama, belirsizlik, güçsüzlük ve umutsuzluk, yalnızlık, öfke ve çaresizlik, tehditlerin kalıcı olması, kendi sağlık sorunları, keder, yaşantıları kabul etme zorluğu, uzlaşma sorunları ve umut kaybıdır.

Fadden ve Bebbington (1987: 663) yaptıkları çalışmada hasta eşlerinin evlilik uyumunu bozacak ve yaşam kalitesini azaltacak diğer önemli bir faktör olan cinsel ilişkide yaşanan zorluklar rapor edilmiş. Buna göre çalışmaya katılan 24 hasta eşinin içinde 8 kişi artık herhangi bir şekilde cinsel ilişki kuramadıklarını ve bütün katılımcıların %42'si de bu alanda sorun yaşadıklarını bildirmiştir. Çalışmaya katılan 4 erkek ve bir kadın zaman zaman bipolar olan eşlerinden ayrıldıklarını belirtmiştir.

Dore ve Romans (2001: 150) bipolar bozukluğu olan hastalara bakım veren 41 kişi ile yürüttükleri çalışmada, bakım veren kişiler hasta ile olan ilişkilerinde, işlerinde, maddi konularda, hukuki konularda, ebeveynlikte ve diğer sosyal ilişkilerinde önemli sorunlar yaşadıklarını, özellikle hasta mani döneminde iken ciddi bir şiddete maruz kalma endişesi taşıdıklarını ancak kendi ruh sağlıklarının bu durumdan etkilenmediklerini bildirmişler. Ancak yine de bakım veren kişiler hastalara duygusal anlamda bağlı kalabilmiş ve belirtilen sorunlara zaman içinde tolerans göstermişlerdir. Dahası bu çalışmada hasta eşlerinin, hasta ailelerine oranla daha fazla şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, bakım veren kişilerin %71'i bu durumdan dolayı ciddi anlamda strese maruz kaldığı, %92'sinin hastalıktan dolayı eşi ile birlikteliğini sürdürmede zorlandığı rapor edilmiştir. Çalışmaya

katılan bakım veren bireylerin %77'si bipolar bozukluktan dolayı eşiyile cinsel ilişki konusunda sorun yaşadığını ve 2 kişi de hastanın mani döneminde kendisini aldattığını belirtmiştir.

Targum vd. (1981: 566) yaptığı ve bipolar bozukluğu olan eş ile sağlıklı eşin hastalığın sonuçları ile ilgili algılarını araştırdıkları çalışmada birçok katılımcı, hastalığın en rahatsız edici özelliğini hasta olan eşin şiddet göstermesi, akut mani krizi ve intihar girişimleri olarak görmüştür. Hasta eşleri ilişkide uyumu en çok bozan davranışların ise bipolar bozukluğu olan eşlerinin aşırı para harcaması, uyumamaları ve azalmış benlik saygısı olduğu rapor edilmiştir. Bipolar bireyler ile evli eşlerin sıklıkla tanımladığı diğer problemler ise evlilikte yaşanan sıkıntılar, hastanın sıklıkla hastaneye yatırılması ve günlük aktivitelerin kısıtlanmasıdır. Bundan dolayı da sağlıklı eşler bipolar bozukluğun özelliklerini ve sonuçlarını bilmeleri halinde evlenmeyeceklerini ve çocuk sahibi olmayacaklarını bildirmiştir.

Bipolar kişiler ile evli bireyler uzun yıllar bu hastalıkla uğraştıklarından dolayı bu hastalığın hayatlarını ciddi anlamda bozan büyük bir yük olduğunu belirtmişler. Bu evli eşlerde yaş azaldıkça eşin bipolar bozukluğunun yük olma durumunun da azaldığı görülmüştür. Yani genç eşler bipolar bozukluğu olan eşin bakımını yapmaktan yaşlı eşlere oranla daha az rahatsız olmaktadır ve hastalığın gidişi hakkında daha iyimser bir anlayışa sahip oldukları rapor edilmiştir (Targum vd., 1981: 568).

Levkovitz vd. (2000:239) yaptıkları 34 evli bireyin katıldığı karşılaştırmalı çalışmada, bipolar bozukluk ya da depresyonu olan hastaların eşleri, kontrol grubunun eşleri ile karşılaştırıldığında, Çift Uyum Ölçeğinin Doyum, Fikir Birliği, Bağlılık ve Duygusal İfade alt boyutlarından daha düşük puan aldıkları rapor edilmiştir. Bunun yanında hasta bireylerin sağlıklı eşleri hasta eşlerinin kendilerini daha az destekledikleri ve genel olarak eşlerinin olumsuz özelliklere sahip olduklarını belirtmiştir. Aynı çalışmanın bulguları göstermiştir ki hasta eşin düzenli bir işi olmadığında eş ile yaşanan sorunlar artmaktadır.

Kessler vd. (1998: 1094) normal popülasyona göre majör depresyon bozukluğu olan hastalarda 1,7 kat daha fazla iken mani bozukluğu olan hastalarda bu oran 3,2 kata yükselmektedir. Tüm duygudurum bozukluklarında ise hasta grubun boşanma ihtimali normal popülasyona göre 1,7 kat fazladır. Bu çalışmaya göre eşlerden biri duygudurum bozukluğuna sahip olduğunda o evliliğin boşanma ile sonlanması ihtimali, her iki eşin de sağlıklı olduğu evliliklerden daha yüksektir. Belirtilen çalışmanın bir diğer önemli bulgusu ise hasta eşin

kadın olması durumu evliliğin boşanma ile sonlanması ihtimalini arttırmaktadır. Duygudurum bozukluklarının içinde boşanma ihtimalinin en yüksek olduğu durum ise erkek olan eşin sağlıklı, kadının ise manik bozukluğunun olmasıdır (4.8 kat daha fazla).





## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM VE GEREÇLER

#### 3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmanın örnekleme, uygun örneklem yöntemi ile seçilmiş 95 hasta eşi (43 erkek ve 52 kadın) ile 95 Bipolar bozukluk tanısı almamış eşe sahip (45 erkek ve 50 kadın) bireyden oluşmaktadır. Hasta eşlerinin yaşları 23 ile 63 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 43.02'dir (  $\pm 8.77$  ). Bipolar bozukluk tanısı almamış eşe sahip bireylerin (kontrol grubu) yaşları ise 31 ile 62 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41.31 ( $\pm 7.13$ ). Kontrol grubu psikiyatri kliniğine başvurmuş ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerin eşlerinden seçilmiştir. Uygulama gönüllülük ve bilgilendirilmiş onam alınmak koşuluyla yapılmıştır.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

##### 3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından katılımcılardan veri toplamak amacıyla hazırlanan; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey gibi bilgilerin yer aldığı ve 19 sorudan oluşan formdur.

##### 3.2.2. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

Orijinal adı "Dyadic Adjustment Scale" olan Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Spanier (1976) tarafından hazırlanmış olup evli veya birlikte yaşayan çiftlerin algıladığı biçimiyle ilişkinin niteliğini değerlendirmek için geliştirilmiştir. 32 maddeden oluşan ölçek, evet-hayır tarzı sorular ve Likert tipi maddeler şeklinde düzenlenmiştir. Ölçeğin dört alt testi vardır.

- Çift Fikir Birliği: Evlilik ilişkisi içinde önemli konularda anlaşma düzeyi ile ilgili on üç maddeden oluşur.
- Çift Doyumu: Duygu ve iletişim ile ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri değerlendiren on maddeden oluşur.

- Çift Bağlılığı: Birlikte geçirilen zamanda beraber yapılan davranışlar, fikir alışverişleri ve sakin bir şekilde tartışma ile ilgili beş maddeden oluşur.
- Duygusal İfade: Sevgi gösterme şekillerinde anlaşma ve sevgi gösterme davranışları ile ilgili dört maddeden oluşur.

Tüm ölçekten alınan en düşük puan 0 ve en yüksek puan 151'dir. Toplam puandaki yükselme evlilikteki çift toplam uyumunu göstermektedir. Puanların 98'den düşük olması evlilik uyumsuzluğuna işaret etmektedir. ÇUÖ'nün tamamının Cronbach alfa katsayısı .96'dır ve aynı örnekleme çeşitli alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayıları .73-.94 arasında değişmektedir. ÇUÖ, evlilik yaşamının niteliğini değerlendirmek için çok farklı kültürlerde kullanılan bir ölçektir. Fışiloğlu ve Demir (2000) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine göre, Cronbach alfa katsayısı .95, yarıya bölüm güvenilirliği .90, alt ölçekler için Cronbach alfa katsayıları .76 ile .91 değerleri arasındadır. ÇUÖ'nün Türkçe versiyonu .90 iç tutarlılığa sahiptir. Yarıya bölme güvenilirlik katsayısı .85'dir. Locke-Wallace Evlilik Uyum Testiyle yapılan benzer ölçekler geçerlilik çalışmasında korelasyon katsayısı .82 olarak bulunmuştur.

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

Kendini değerlendirme türünden olan ölçek, 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek yaşam kalitesini fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, akıl sağlığı, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın algılanması şeklinde sekiz boyutla ölçmektedir.

Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde öncelikle her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.73-0.76 arasında elde edilmiştir. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları ise 0.47-0.88 arasında hesaplanmıştır. Geçerlik çalışmaları için multitrait-multimethod matrisi uygulanmıştır ve korelasyon katsayıları 0.44-0.65 arasında bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Ölmez ve Memiş, 1999).

### **3.3. İşlem**

Araştırmanın etik kurallara uygun biçimde tasarlanıp yürütülmesine ilişkin öncelikle Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı birimde sorumlu hekim ve psikiyatrist ile iletişime geçilerek araştırmanın konusu, amacı, ölçek formunun kime nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili ön bilgiler verilmiştir. Verileri toplamadan önce hastalara bu çalışmanın bir araştırma için yapıldığı, verecekleri cevapların gizli kalacağı, içten ve samimi olmalarının ve doğru bilgi vermelerinin doğru sonuçlara ulaşılması için önemli olduğu açıklanmış, ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bu çalışmanın 2015 haziran ayı ile 2017 haziran ayları arasında yapılmıştır.

### **3.4. Verilerin Analizi**

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 24.0 programı ile analiz edilmiş olup hipotez sınamalarında anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak seçilmiştir. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş ve normal dağılım gösterdiği parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Sürekli verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında parametrik test varsayımlarına göre, bağımsız örneklem t-testi analizi kullanılmıştır. İki'den fazla olan grupların aldıkları puanların ortalamalarını karşılaştırmak için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi, bağımlı değişken üzerinde yordayıcı etki olup olmadığını tespit etmek için ise Regresyon Analizi kullanılmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE YORUM

#### 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Bilgileri

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler verilmiştir. Çalışmaya katılan ve Bipolar bozukluk tanısı almış hastayla evli olan kişilerin yaş ortalaması  $43.02 \pm 8.77$ , Bipolar Bozukluk tanısı almamış bir bireyle evli olan kişilerin yaş ortalaması ise  $41.31 \pm 7.13$  idi. Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların 52’si (%54.7) kadın, 43’ü (%45.3) erkek idi. Bunların içinde çocuk sahibi olan katılımcıların sayısı 81 (%85.3), çocuk sahibi olmayanların sayısı ise 14 (%14.7) idi. Bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinden evli olanların 50’si (%52.6) kadın, 45’i (%47.4) erkek idi. Bunların içinde çocuk sahibi olan katılımcıların sayısı 80 (%84.2), çocuk sahibi olmayanların sayısı ise 15 (%15.8) idi.

Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların 41’i (%43.2) ilköğretim, 33’ü (%34.7) lise ve 21’i (%22.1) üniversite mezunu iken; BPB tanısı almamış biri ile evli katılımcıların 31’i (%32.6) ilköğretim, 42’si (%44.2) lise ve 22’si (%23.2) üniversite mezunu idi.

Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların 25’i (%26.3) düşük sosyoekonomik düzeye, 70’i (%73.7) orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu bildirirken, BPB tanısı almamış biri ile evli katılımcıların 20’si (%21.1) düşük, 75’i (%78.9) orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğunu bildirdi.

Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların 76’sı (%80.0) bir ilin merkezinde, 19’u (%20.0) ise bir ilçe merkezinde yaşarken; BPB tanısı almamış biri ile evli katılımcıların 84’ü (%88.4) bir ilin merkezinde, 9’u (%76.8) bir ilçe merkezinde ve 2’si (%2.1) ise bir kasaba ya da köyde yaşıyor idi.

Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların 6’sı (%6.3), BPB tanısı almamış biri ile evli katılımcıların ise 10’u (%10.5) daha önce intihar girişiminde bulunmuştu.

Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların 20’si (%21.1), BPB tanısı almamış biri ile evli katılımcıların ise 13’ü (%10.5) alkol kullanmakta idi.

Bipolar bozukluk tanısı almış biri ile evli katılımcıların oluşturduğu grup ile BPB tanısı almamış biri ile evli katılımcıların oluşturduğu grup arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, algılanan sosyoekonomik düzey, yaşanılan yer, intihar girişimi geçmişi, fiziksel hastalık ve alkol kullanma durumu değişkenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 1.** Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

	Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşleri		Bipolar Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerin Eşleri	
	Ort.	S.s	Ort.	S.s
Yaş	43.02	8.77	41.31	7.13
	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	52	54.7	50	52.6
Erkek	43	45.3	45	47.4
<b>Çocuk Sahibi Olmak</b>				
Evet	81	85.3	80	84.2
Hayır	14	14.7	15	15.8
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
İlköğretim	41	43.2	31	32.6
Lise	33	34.7	42	44.2
Üniversite	21	22.1	22	23.2
<b>Algılanan Sosyoekonomik Düzey</b>				
Düşük	25	26.3	20	21.1
Orta	70	73.7	75	78.9
<b>Yaşanılan Yer</b>				
İl	76	80.0	84	88.4
İlçe	19	20.0	9	9.5
Köy/Kasaba	0	0	2	2.1
<b>İntihar Girişimi</b>				
Evet	6	6.3	10	10.5
Hayır	89	93.7	85	89.5
<b>Fiziksel Hastalık</b>				
Var	16	16.8	15	15.8
Yok	79	83.2	80	84.2
<b>Alkol Kullanma</b>				
Var	20	21.1	13	13.7
Yok	75	78.9	82	86.3
<b>BPB tanısı evlilik öncesi mi konuldu?</b>				
Evet	29	30.5	16	16.8
Hayır	66	69.5	79	83.2

#### 4.2. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Puanları, Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puanları, Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi ortaya koymak amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları Tablo 2’de yer almaktadır.

**Tablo 2.** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişkiye İlişkin Pearson Korelasyon Sonuçları

		Yaş	Evlilik Süresi	FF	FRG	ERG	EC/V	RS	Sİ	A	GSA
Yaş	r		0.895**	-0.263**	-0.116	0.173	-0.065	0.042	-0.085	-0.216*	0.197
	p		0.000	0.010	0.261	0.094	0.533	0.684	0.413	0.035	0.056
Çift Doyumu	r	-0.281**	-0.300**	0.428**	0.434**	0.083	-0.089	-0.177	0.588**	0.492**	-0.136
	p	0.006	0.003	0.000	0.000	0.421	0.390	0.086	0.000	0.000	0.189
Çift Bağlılığı	r	-0.290**	-0.221*	0.392**	0.194	0.271**	-0.007	0.006	0.423**	0.574**	0.000
	p	0.004	0.031	0.000	0.059	0.008	0.947	0.953	0.000	0.000	0.997
Çift Fikir Birliği	r	-0.025	-0.077	0.449**	0.425**	0.244*	-0.091	-0.272**	0.614**	0.417**	0.007
	p	0.811	0.459	0.000	0.000	0.017	0.379	0.008	0.000	0.000	0.946
Duygusal İfade	r	-0.353**	-0.389**	0.399**	0.513**	0.084	0.159	-0.072	0.438**	0.307**	-0.107
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.416	0.124	0.486	0.000	0.002	0.304
Toplam ÇUÖ	r	-0.206*	-0.231*	0.504**	0.469**	0.220*	-0.058	-0.210*	0.655**	0.532**	-0.054
	p	0.045	0.024	0.000	0.000	0.032	0.576	0.041	0.000	0.000	0.605

\*\* . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed)

\* . Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-tailed).

FF: Fiziksel Fonksiyon

FRG: Fiziksel Rol Güçlüğü

ERG: Emosyonel Rol Güçlüğü

EC/V: Enerji Canlılık/Vitalite

RS: Ruhsal Sağlık

Sİ: Sosyal İşlevsellik

A: Ağrı

GSA: Genel Sağlık Algısı

Tablo 2 incelendiğinde, yaş ile Çift Uyum Ölçeği ( $r=-0.206$ ,  $r<0.05$ ) ve ölçeğin alt boyutlarından Çift Doyumu ( $r=-0.281$ ,  $r<0.05$ ), Çift Bağlılığı ( $r=-0.290$ ,  $r<0.005$ ), Duygusal İfade ( $r=-0.353$ ,  $r<0.001$ ); Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ( $r=-0.263$ ,  $r<0.05$ ) ve Ağrı ( $r=-0.216$ ,  $r<0.05$ ) alt boyutları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Evlilik Süresi ile Toplam ÇUÖ ( $r=-0.231$ ,  $r<0.05$ ) ve ölçeğin alt ölçeklerinden Çift Doyumu alt ölçeği ( $r=-0.300$ ,  $r<0.005$ ), Çift Bağlılığı ( $r=-0.221$ ,  $r<0.05$ ) ve Duygusal İfade ( $r=-0.389$ ,  $r<0.001$ ) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bunun yanında, Çift Doyumu alt ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt ölçeklerinden Fiziksel Fonksiyon ( $r=0.428$ ,  $r<0.001$ ), Fiziksel Rol Güçlüğü ( $r=0.434$ ,  $r<0.001$ ), Sosyal İşlevsellik ( $r=0.588$ ,  $r<0.001$ ) ve Ağrı ( $r=0.492$ ,  $r<0.001$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çift Uyum Ölçeğinin Çift Bağlılığı alt ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ( $r=0.392$ ,  $r<0.001$ ), Emosyonel Rol Güçlüğü ( $r=0.271$ ,  $r<0.01$ ), Sosyal İşlevsellik ( $r=0.423$ ,  $r<0.001$ ) ve Ağrı ( $r=0.574$ ,  $r<0.001$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çift Uyum Ölçeğinin Çift Fikir Birliği ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ( $r=0.449$ ,  $r<0.001$ ), Fiziksel Rol Güçlüğü ( $r=0.425$ ,  $r<0.001$ ), Emosyonel Rol Güçlüğü ( $r=0.244$ ,  $r<0.05$ ), Sosyal İşlevsellik ( $r=0.614$ ,  $r<0.001$ ) ve Ağrı ( $r=0.417$ ,  $r<0.001$ ) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, Ruhsal Sağlık alt ölçeği ( $r=-0.272$ ,  $r<0.01$ ) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çift Uyum Ölçeğinin Duygusal İfade alt ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ( $r=0.399$ ,  $r<0.001$ ), Fiziksel Rol Güçlüğü ( $r=0.513$ ,  $r<0.001$ ), Sosyal İşlevsellik ( $r=0.438$ ,  $r<0.001$ ) ve Ağrı ( $r=0.307$ ,  $r<0.005$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Toplam ÇUÖ ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ( $r=0.504$ ,  $r<0.001$ ), Fiziksel Rol Güçlüğü ( $r=0.469$ ,  $r<0.001$ ), Emosyonel Rol Güçlüğü ( $r=0.220$ ,  $r<0.05$ ) Sosyal İşlevsellik ( $r=0.655$ ,  $r<0.001$ ) ve Ağrı ( $r=0.532$ ,  $r<0.001$ ) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

#### **4.3. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) alt ölçekleri puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini

sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.s.	S.D.	t	p	d
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Kadın	52	66.92	24.26	93	-2.389	0.019	0.483
	Erkek	43	76.86	16.04				
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Kadın	52	59.62	45.42	93	-1.372	0.173	0.279
	Erkek	43	70.93	34.90				
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Kadın	52	71.79	41.43	93	0.892	0.375	0.184
	Erkek	43	64.34	39.44				
<b>Enerji/Canlılık (Vitalite)</b>	Kadın	52	48.56	14.29	93	1.350	0.180	0.279
	Erkek	43	44.61	14.06				
<b>Ruhsal Sağlık</b>	Kadın	52	46.46	11.29	93	0.657	0.513	0.133
	Erkek	43	44.65	15.51				
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Kadın	52	60.81	23.62	93	-3.896	0.000	0.789
	Erkek	43	76.74	16.04				
<b>Ağrı</b>	Kadın	52	69.86	25.74	93	-1.784	0.078	0.362
	Erkek	43	78.02	18.81				
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Kadın	52	45.96	9.95	93	1.267	0.208	0.261
	Erkek	43	43.37	9.86				

Yapılan analiz sonucuna göre; Erkek ve kadın katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [ $t(93)=-2.389$ ,  $p<0.05$ ,  $d=0.483$ ]. Erkek katılımcıların Fiziksel Fonksiyon puan ortalamaları ( $\bar{x}=76.86$ ,  $S.s=16.04$ ) kadın katılımcıların puan ortalamalarından ( $\bar{x}=66.92$ ,  $S.s=24.26$ ) daha yüksek bulunmuştur.

Erkek ve kadın katılımcıların Sosyal İşlevsellik alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark bulunmuştur [ $t(93)=-3.896$ ,  $p<0.001$ ,  $d=0.789$ ]. Erkek katılımcıların Sosyal İşlevsellik puan ortalamaları ( $\bar{x}=76.74$ ,  $S.s=16.04$ ), kadınların ( $\bar{x}=60.81$ ,  $S.s=23.62$ ) puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.



Yaşam Kalitesi Ölçeği diğer alt ölçeklerine baktığımız zaman; erkek ve kadın katılımcıların Fiziksel Rol Güçlüğü, Enerji/Canlılık (Vitalite), Ruhsal Sağlık, Ağrı, Genel Sağlık Algısı ve Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	ort.	S.s.	S.D.	t	p	d
<b>Toplam ÇUÖ</b>	Kadın	52	103.48	30.04	93	-2.974	0.004	0.596
	Erkek	43	117.77	15.69				
<b>Çift Doyumu</b>	Kadın	52	34.58	9.59	93	-3.844	0.000	0.768
	Erkek	43	40.33	4.49				
<b>Çift Bağlılığı</b>	Kadın	52	15.33	5.52	93	0.898	0.371	0.187
	Erkek	43	14.40	4.37				
<b>Çift Fikir Birliği</b>	Kadın	52	45.88	15.39	93	-2.814	0.006	0.569
	Erkek	43	53.19	9.68				
<b>Duygusal İfade</b>	Kadın	52	7.69	3.85	93	-3.588	0.001	0.718
	Erkek	43	9.86	1.86				

Erkek ve kadın katılımcıların Çift Doyumu alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark bulunmuştur [ $t(93)=-3.844$ ,  $p<0.001$ ,  $d=0.768$ ]. Erkek katılımcıların Çift Doyumu puan ortalamaları ( $\bar{x}=40.33$ ,  $S.s=4.49$ ), kadınların ( $\bar{x}=34.58$ ,  $S.s=9.59$ ) puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Erkek ve kadın katılımcıların Çift Fikir Birliği alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark bulunmuştur [ $t(93)=-2.814$ ,  $p<0.05$ ,  $d=0.569$ ]. Erkek

katılımcıların Çift Fikir Birliği puan ortalamaları ( $\bar{x}$  =53.19, S.s=9.68), kadınların ( $\bar{x}$ =45.88, S.s=15.39) puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Erkek ve kadın katılımcıların Duygusal ifade alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark bulunmuştur [ $t(93)=-3.588$ ,  $p<0.005$ ,  $d=0.718$ ]. Erkek katılımcıların Duygusal ifade puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =9.86, S.s=1.86), kadınların ( $\bar{x}$ =7.69, S.s=3.85) puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Erkek ve kadın katılımcıların toplam Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark bulunmuştur [ $t(93)=-2.974$ ,  $p<0.005$ ,  $d=0.596$ ]. Erkek katılımcıların Çift Uyum Ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =117.77, S.s=15.69), kadınların ( $\bar{x}$  =103.48, S.s=30.04) puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.5. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesi ölçeği (sf-36) alt ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5.** Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.s.	S.D.	t	p	d
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	1	95	71.42	21.42	188	-2.089	0.038	-0.303
	2	95	77.26	16.85				
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	1	95	64.74	41.18	188	-1.173	0.242	-0.170
	2	95	71.58	39.21				
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	1	95	68.42	40.50	188	0.060	0.952	0.008
	2	95	68.07	39.48				
<b>Enerji/Canlılık (Vitalite)</b>	1	95	46.77	14.25	188	-2.238	0.026	-0.325
	2	95	50.95	11.31				
<b>Ruhsal Sağlık</b>	1	95	45.64	13.32	188	-0.397	0.692	-0.058
	2	95	46.36	11.47				
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	1	95	68.03	21.93	188	-1.451	0.149	-0.210
	2	95	72.76	23.06				
<b>Ağrı</b>	1	95	73.55	23.11	188	-0.751	0.453	-0.109
	2	95	76.16	24.65				
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	1	95	44.79	9.94	188	-1.895	0.060	-0.275
	2	95	47.21	7.50				
1: Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşi								
2: Bipolar Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerin Eşi								

Yapılan analiz sonucuna göre; bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur [t(188)= -2.089, p<0.05, d=-0.303]. BPB tanısı almamış bireylerin eşlerinin Fiziksel fonksiyon alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =77.26, S.s=16.85), BPB tanısı almış bireylerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}$ =71.42, S.s=21.42) daha yüksek bulunmuştur.

Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin Enerji/Canlılık(Vitalite) alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur [t(188)= -2.238, p<0.05, d=-0.325]. BPB tanısı almamış bireylerin eşlerinin Enerji/Canlılık(Vitalite) alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =50.95, S.s=11.35), BPB tanısı almış bireylerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}$ =46.77, S.s=14.25) daha yüksek bulunmuştur.

Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

#### 4.6. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	Grup	N	Ort.	S.s.	S.D.	t	p	d
<b>Toplam ÇUÖ</b>	1	95	109.95	25.51	188	-0.385	0.700	-0.056
	2	95	111.42	27.19				
<b>Çift Doyumu</b>	1	95	37.18	8.20	188	0.216	0.829	0.031
	2	95	36.92	8.605				
<b>Çift Bağlılığı</b>	1	95	14.91	5.03	188	0.293	0.770	0.044
	2	95	14.68	5.38				
<b>Çift Fikir Birliği</b>	1	95	49.19	13.55	188	-0.528	0.598	-0.076
	2	95	50.23	13.66				
<b>Duygusal İfade</b>	1	95	8.67	3.28	188	-2.156	0.032	-0.314
	2	95	9.59	2.53				
1: Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşi								
2: Bipolar Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerin Eşi								

Yapılan analiz sonucuna göre; bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin Duygusal İfade alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur [ $t(188) = -2.156, p < 0.05, d = -0.314$ ]. BPB tanısı almamış bireylerin eşlerinin Duygusal İfade

alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =9.59, S.s=2.53), BPB tanısı almış bireylerin eşlerininkinden ( $\bar{x}$ =8.67, S.s=3.28) daha yüksek bulunmuştur.

Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin Toplam UÖ, çift doyumu, çift bağlılığı, çift fikir birliği alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görölmemiştir ( $p>0.05$ ).

#### **4.7. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) alt ölçekleri puan ortalamalarının bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklemler t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	<b>BPB Tanısı</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.s.</b>	<b>S.D.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Evlilik Öncesi	29	79.48	12.13	93	3.154	0.002	0.618
	Evlilik Sonrası	66	67.88	23.63				
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Evlilik Öncesi	29	66.38	35.53	93	0.278	0.782	0.059
	Evlilik Sonrası	66	64.01	43.66				
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Evlilik Öncesi	29	68.97	35.56	93	0.086	0.931	0.020
	Evlilik Sonrası	66	68.18	42.74				
<b>Enerji/Canlılık (Vitalite)</b>	Evlilik Öncesi	29	44.77	17.12	93	-0.908	0.366	-0.190
	Evlilik Sonrası	66	47.65	12.84				
<b>Ruhsal Sağlık</b>	Evlilik Öncesi	29	44.00	12.05	93	-0.795	0.429	-0.181
	Evlilik Sonrası	66	46.36	13.87				
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Evlilik Öncesi	29	71.98	23.78	93	1.168	0.246	0.253
	Evlilik Sonrası	66	66.29	21.03				
<b>Ağrı</b>	Evlilik Öncesi	29	85.60	16.55	93	4.094	0.000	0.849
	Evlilik Sonrası	66	68.26	23.69				
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Evlilik Öncesi	29	38.97	10.03	93	-4.088	0.000	-0.887
	Evlilik Sonrası	66	47.35	8.82				

Yapılan analiz sonucuna göre; BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği puanları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)= 3.154, p<0.01, d=0.618$ ]. BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}=79.48, S.s=12.13$ ) BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}=67.88, S.s=23.63$ ) daha yüksek bulunmuştur.

BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Ağrı alt ölçeği puanları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)= 4.094, p<0.001, d=0.849$ ]. BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Ağrı alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}=85.60, S.s=16.55$ ) BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}=68.26, S.s=23.69$ ) daha yüksek bulunmuştur.

BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Genel Sağlık Algısı alt ölçeği puanları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)=4.088, p<0.001, d=-0.887$ ]. BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinin Genel Sağlık Algısı alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}=47.35, S.s=8.82$ ) BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}=38.97, S.s=10.03$ ) daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.8. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	<b>BPB Tanısı</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>S.s.</b>	<b>S.D.</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Toplam ÇUÖ</b>	Evlilik Öncesi	29	117.48	19.35	93	2.206	0.030	0.458
	Evlilik Sonrası	66	106.64	27.27				
<b>Çift Doyumu</b>	Evlilik Öncesi	29	40.31	5.85	93	2.951	0.004	0.607
	Evlilik Sonrası	66	35.80	8.72				
<b>Çift Bağlılığı</b>	Evlilik Öncesi	29	16.69	4.67	93	2.348	0.021	0.531
	Evlilik Sonrası	66	14.12	5.01				
<b>Çift Fikir Birliği</b>	Evlilik Öncesi	29	50.72	11.83	93	0.730	0.467	0.168
	Evlilik Sonrası	66	48.52	14.28				
<b>Duygusal İfade</b>	Evlilik Öncesi	29	9.76	1.83	93	2.772	0.007	0.539
	Evlilik Sonrası	66	8.20	3.66				

Yapılan analiz sonucuna göre; BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Toplam ÇUÖ puan ortalamaları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)= 2.206$ ,  $p<0.05$ ,  $d=0.458$ ]. BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Toplam ÇUÖ puan ortalamaları ( $\bar{x}=117.48$ ,  $S.s=19.35$ ) BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}=106.64$ ,  $S.s=27.27$ ) daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan analiz sonucuna göre; BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Doyumu alt ölçeği puan ortalamaları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)= 2.951$ ,  $p<0.01$ ,  $d=0.607$ ]. BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Çift Doyumu alt ölçeği puan ortalamaları



( $\bar{x}$ =40.31, S.s=5.85) BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}$ =35.80, S.s=8.72) daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan analiz sonucuna göre; BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)= 2.348, p<0.05, d=0.531$ ]. BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x}$ =16.69, S.s=4.67) BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}$ =14.12, S.s=5.01) daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan analiz sonucuna göre; BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Duygusal İfade alt ölçeği puan ortalamaları bipolar bozukluk tanısının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93)= 2.772, p<0.01, d=0.539$ ]. BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Duygusal İfade alt ölçeği puanları ( $\bar{x}$ =9.76, S.s=1.83) BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden ( $\bar{x}$ =8.20, S.s=3.66) daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.9. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) alt ölçeklerinden alınan puanların algılanan sosyoekonomik düzeye göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9.** Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	SED	N	Ort.	S.s.	S.D.	t	p	d
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Düşük	25	68.80	21.23	93	-0.711	0.479	-0.166
	Orta	70	72.36	21.56				
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Düşük	25	57.00	42.40	93	-1.096	0.276	-0.252
	Orta	70	67.50	40.68				
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Düşük	25	66.67	38.49	93	-0.251	0.802	-0.059
	Orta	70	69.05	41.44				
<b>Enerji/Canlılık (Vitalite)</b>	Düşük	25	48.20	17.01	93	0.582	0.562	0.107
	Orta	70	46.26	13.23				
<b>Ruhsal Sağlık</b>	Düşük	25	46.56	15.18	93	0.399	0.690	0.089
	Orta	70	45.31	12.70				
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Düşük	25	62.00	19.26	93	-1.614	0.110	-0.390
	Orta	70	70.18	22.55				
<b>Ağrı</b>	Düşük	25	68.00	21.31	93	-1.407	0.163	-0.335
	Orta	70	75.54	23.55				
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Düşük	25	43.80	9.27	93	-0.578	0.565	-0.137
	Orta	70	45.14	10.21				

Yapılan analiz sonucuna göre, Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) alt ölçekleri puan ortalamaları algılanan sosyoekonomik düzey açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

#### **4.10. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının algılanan sosyoekonomik düzeye göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla bağımsız örneklem t- testi analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10.** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzey Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-testi Sonuçları

	SED	N	Ort.	S.s.	S.D.	t	p	d
<b>Toplam ÇUÖ</b>	Düşük	25	108.24	27.44	93	-0.388	0.699	-0.088
	Orta	70	110.56	24.97				
<b>Çift Doyumu</b>	Düşük	25	37.08	8.53	93	-0.070	0.944	-0.015
	Orta	70	37.21	8.14				
<b>Çift Bağlılığı</b>	Düşük	25	13.12	4.94	93	-2.107	0.038	-0.490
	Orta	70	15.54	4.93				
<b>Çift Fikir Birliği</b>	Düşük	25	49.52	13.92	93	0.141	0.888	0.032
	Orta	70	49.07	13.52				
<b>Duygusal İfade</b>	Düşük	25	8.52	3.49	93	-0.272	0.787	-0.062
	Orta	70	8.73	3.23				

Yapılan analiz sonucuna göre; BPB tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları bipolar bozukluk tanısının algılanan sosyoekonomik düzeye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir [ $t(93) = -2.107$ ,  $p < 0.05$ ,  $d = -0.490$ ]. Orta sosyoekonomik düzeye sahip eşlerin Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{x} = 15.54$ ,  $S.s = 4.93$ ) düşük sosyoekonomik düzeye sahip eşlerden ( $\bar{x} = 13.12$ ,  $S.s = 4.94$ ) daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.11. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) alt ölçekleri puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 11’de, ANOVA sonuçları ise Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 11.** Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

		<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	A.İlköğretim	41	62.80	25.25
	B.Lise	33	80.30	11.59
	C.Üniversite	21	74.29	19.38
	Toplam	95	71.42	21.42
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	A.İlköğretim	41	60.98	44.39
	B.Lise	33	77.27	34.44
	C.Üniversite	21	52.38	41.01
	Toplam	95	64.74	41.18
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	A.İlköğretim	41	75.61	39.46
	B.Lise	33	67.68	41.24
	C.Üniversite	21	55.56	39.90
	Toplam	95	68.42	40.50
<b>Enerji/Canlılık (Vitalite)</b>	A.İlköğretim	41	48.41	13.30
	B.Lise	33	44.49	12.50
	C.Üniversite	21	47.14	18.34
	Toplam	95	46.77	14.25
<b>Ruhsal Sağlık</b>	A.İlköğretim	41	46.24	10.36
	B.Lise	33	42.06	9.80
	C.Üniversite	21	50.10	20.58
	Toplam	95	45.64	13.32
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	A.İlköğretim	41	62.80	18.00
	B.Lise	33	72.35	23.54
	C.Üniversite	21	71.43	25.04
	Toplam	95	68.03	21.93
<b>Ağrı</b>	A.İlköğretim	41	65.73	21.03
	B.Lise	33	82.80	20.45
	C.Üniversite	21	74.29	26.27
	Toplam	95	73.55	23.11
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	A.İlköğretim	41	46.59	7.37
	B.Lise	33	44.85	9.56
	C.Üniversite	21	41.19	13.78
	Toplam	95	44.79	9.94

**Tablo 12.** Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Gruplar arası	5819.463	2	2909.732	7.174	0.001	0.135	B>A
	Grup içi	37313.694	92	405.584				
	Toplam	43133.158	94					
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Gruplar arası	8971.948	2	4485.974	2.744	0.070	0.056	
	Grup içi	150396.473	92	1634.744				
	Toplam	159368.421	94					
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Gruplar arası	5612.998	2	2806.499	1.738	0.182	0.036	
	Grup içi	148539.049	92	1614.555				
	Toplam	154152.047	94					
<b>Enerji/Canlılık (Vitalite)</b>	Gruplar arası	285.000	2	142.500	0.697	0.501	0.015	
	Grup içi	18802.583	92	204.376				
	Toplam	19087.583	94					
<b>Ruhsal Sağlık</b>	Gruplar arası	854.582	2	427.291	2.483	0.089	0.051	
	Grup içi	15833.249	92	172.101				
	Toplam	16687.832	94					
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Gruplar arası	1977.360	2	988.680	2.103	0.128	0.044	
	Grup içi	43246.324	92	470.069				
	Toplam	45223.684	94					
<b>Ağrı</b>	Gruplar arası	5342.933	2	2671.466	5.477	0.006	0.106	
	Grup içi	44876.804	92	487.791				
	Toplam	50219.737	94					
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Gruplar arası	404.358	2	202.179	2.092	0.129	0.043	
	Grup içi	8891.432	92	96.646				
	Toplam	9295.789	94					

Yapılan analiz sonucuna göre; Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır [ $F(2,92)=7.174$ ,  $p<0.001$ ,  $\eta^2=0.135$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; ilköğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon puan ortalamaları ( $\bar{x}=62.81$ , S.S.=25.25) ile lise mezunlarının fiziksel fonksiyon

puanları ( $\bar{x}$ =80.30, S.S.=11.59) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise mezunlarının fiziksel fonksiyon alt ölçeği puanları ilköğretim mezunlarınınkinden daha yüksek bulunmuştur.

Ağrı alt ölçeği puanlarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır [ $F(2,92)=5.477$ ,  $p<0.01$ ,  $\eta^2=0.106$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; ilköğretim mezunlarının Ağrı puanları ( $\bar{x}$ =65.73, S.S.=21.03) ile lise mezunlarının Ağrı puanları ( $\bar{x}$ =82.80, S.S.=20.45) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise mezunlarının Ağrı alt ölçeği puanları ilköğretim mezunlarınınkinden daha yüksek bulunmuştur.

Fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık (vitalite), ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı alt ölçekleri puanları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

#### **4.12. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve alt ölçekleri puan ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini sınamak amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen betimsel bulgular Tablo 13’de, ANOVA sonuçları ise Tablo 14’de verilmiştir.

**Tablo 13.** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Toplam Puanı Ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Betimsel Bulgular

		N	Ort.	SS
<b>Toplam ÇUÖ</b>	A.İlköğretim	41	104.90	26.18
	B.Lise	33	115.85	18.86
	C.Üniversite	21	110.52	31.77
	Toplam	95	109.95	25.51
<b>Çift Doyumu</b>	A.İlköğretim	41	35.41	8.18
	B.Lise	33	39.09	5.70
	C.Üniversite	21	37.62	10.83
	Toplam	95	37.18	8.20
<b>Çift Bağlılığı</b>	A.İlköğretim	41	13.17	4.88
	B.Lise	33	16.15	4.28
	C.Üniversite	21	16.33	5.55
	Toplam	95	14.91	5.03
<b>Çift Fikir Birliği</b>	A.İlköğretim	41	48.46	13.72
	B.Lise	33	51.09	11.64
	C.Üniversite	21	47.62	16.13
	Toplam	95	49.19	13.55
<b>Duygusal İfade</b>	A.İlköğretim	41	7.85	3.89
	B.Lise	33	9.52	2.79
	C.Üniversite	21	8.95	2.29
	Toplam	95	8.67	3.28

**Tablo 14.** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Toplam Puanı Ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	$\eta^2$	Fark
<b>Toplam ÇUÖ</b>	Gruplar arası	2199.647	2	1099.823	1.716	0.186	0.036	
	Grup içi	58977.090	92	641.055				
	Toplam	61176.737	94					
<b>Çift Doyumu</b>	Gruplar arası	252.327	2	126.164	1.915	0.153	0.040	
	Grup içi	6061.631	92	65.887				
	Toplam	6313.958	94					
<b>Çift Bağlılığı</b>	Gruplar arası	217.433	2	108.717	4.638	0.012	0.092	A<B A<C
	Grup içi	2156.714	92	23.443				
	Toplam	2374.147	94					
<b>Çift Fikir Birliği</b>	Gruplar arası	192.715	2	96.357	0.519	0.597	0.011	
	Grup içi	17077.875	92	185.629				
	Toplam	17270.589	94					
<b>Duygusal İfade</b>	Gruplar arası	52.567	2	26.284	2.523	0.086	0.052	
	Grup içi	958.317	92	10.416				
	Toplam	1010.884	94					

Yapılan analiz sonucuna göre; Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır [ $F(2,92)=4.638$ ,  $p<0.05$ ,  $\eta^2=0.092$ ]. Farklılıkların hangi ikili gruplardan kaynaklandığını gösteren çoklu karşılaştırma Tukey HSD sonuçlarına bakıldığında; ilköğretim mezunlarının Çift Bağlılığı puan ortalamaları ( $\bar{x}=13.17$ , S.S.=4.88) ile lise mezunlarının çift bağlılığı puan ortalamaları ( $\bar{x}=16.15$ , S.S.=4.28) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise mezunlarının Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları ilköğretim mezunlarınınkinden daha yüksek bulunmuştur.

İlköğretim mezunlarının Çift Bağlılığı puanları ( $\bar{x}=13.17$ , S.S.=4.88) ile üniversite mezunlarının çift bağlılığı puan ortalamaları ( $\bar{x}=16.33$ , S.S.=5.55) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Üniversite mezunlarının Çift Bağlılığı alt ölçeği puan ortalamaları ilköğretim mezunlarınınkinden daha yüksek bulunmuştur.

Toplam ÇUÖ, çift doyumu, çift fikir birliği, duygusal ifade alt ölçekleri puan ortalamaları eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

#### **4.13. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Puanlarının Yordayıcısı Olarak Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular**

Bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) puanlarının hangi Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçekleri tarafından yordandığını sınamak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçları Tablo 15’de verilmiştir.



**Tablo 15.** Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) Puanlarının Yordayıcısı Olarak Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Ölçeklerine İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Model	R	R <sup>2</sup>	B	SH	B	t	p	İkili r	Kısmi r
(Constant)	0.750	0.563	51.527	14.753		3.493	0.001		
Fiziksel Fonksiyon			0.298	0.108	0.25	2.766	0.007	0.504	0.286
Fiziksel Rol Güçlüğü			0.101	0.062	0.163	1.622	0.109	0.469	0.172
Emosyonel Rol Güçlüğü			-0.088	0.059	-0.14	1.501	0.137	0.22	-0.16
Enerji/Canlılık (Vitalite)			0.251	0.197	0.14	1.273	0.206	-0.058	0.136
Ruhsal Sağlık			-0.248	0.209	-0.129	1.184	0.240	-0.21	0.127
Sosyal İşlevsellik			0.592	0.118	0.509	5.013	0.000	0.655	0.476
Ağrı			0.07	0.122	0.064	0.578	0.565	0.532	0.062
Genel Sağlık Algısı			-0.208	0.205	-0.081	1.011	0.315	-0.054	0.108
Bağımlı Değişken: Toplam Çift Uyum Ölçeği Puanı									

Yapılan analiz sonuçlarına göre, Fiziksel Fonksiyon alt ölçeği ( $\beta=0.250$ ,  $t= 2.766$ ,  $p<0.01$ ) ile Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinin ( $\beta=0.509$ ,  $t= 5.013$ ,  $p<0.001$ ) kişilerin Çift Uyum Ölçeği puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Fiziksel Fonksiyon ve Sosyal İşlevsellik alt boyutları Çift Uyum Ölçeği puanlarının %56.3'ünü açıklamaktadır ( $R^2=0.563$ ,  $F(8,86)= 13.831$ ,  $p<0.001$ ).

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu bölümde bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin incelenmesine ilişkin çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular, literatürdeki bilgiler ışığında tartışılacaktır.

#### **5.1. Evlilik Uyumu, Yaşam Kalitesi, Yaş ve Toplam Evlilik Süresi Değişkenleri Arasındaki İlişki**

Çalışmamızda Çift Uyum Ölçeği ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Evlilik uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamız ile benzer bulgular elde etmiş olan Gharibi, Sanagouymoharer ve Yaghoubinia (2016: 182)'ın güncel çalışmalarında evlilik uyumunun Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü ile pozitif yönde, Ağrı alt ölçeği ile de negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada ise Pereira ve arkadaşlarının (2011: 55) yaptıkları çalışmada evlilik doyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre yaşam kalitesi arttıkça kişilerin evlilik doyumu düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Benzer şekilde Gameiro vd. (2011: 1461) evlilik doyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu ve yaşam kalitesinin desteklendiğinde kişilerin evlilik memnuniyetleri de tüm yönleriyle arttığı rapor edilmiştir. Öte yandan, Vibha, Saddichha ve Akhtar (2010)'ın epilepsi ve psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada, çalışmaya 30 epileptik hasta ve 30 bipolar hasta dâhil edilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre yaşam kalitesi ile evlilik uyumu arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki mevcut çalışma bulgularının birbiriyle uyuşmaması bu konudaki çalışmaların yetersiz olduğu ve bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Gharibi vd. (2016) çalışması ile bizim çalışmamız arasında önemli benzerlikler bulunmaktadır ancak bu çalışmada evlilik uyumunun ağrı düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olması kültürel farklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda Evlilik Süresi ile Çift Uyum Ölçeği arasında negatif anlamlı bir ilişki

bulunmuştur. Buna göre kişilerin evlilik süresi arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır. Literatürde bununla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; Patrick, Sells, Giordano ve Tollerud (2007: 364), çeşitli çalışmanın sonucuna göre evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında ters U ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmaya göre hem çok uzun evlilik süresi hem de çok kısa evlilik süresi evlilik uyumunu olumsuz etkilemektedir. Evliliğin ilk yıllarında uyum yüksek iken, sonraki evrelerde azalır ve daha sonra tekrar yükselir. Belirtilen çalışmaya göre evlilik doyumu duygusal, fiziksel ve psikolojik sorunlardan doğrudan etkilenmektedir. Çalışmamızda evlilik süresi arttıkça evlilik uyumunun azalması çalışmaya katılan eşlerin yaş aralığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın örneklem grubundan yer alan kişilerin yaşları 35-45 arasında yoğunluk gösterdiğinden daha büyük yaşlardaki insanların evlilik doyumları yeterli ve doğru bir şekilde ölçülmemiş olabilir.

## **5.2. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması**

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ve Sosyal İşlevsellik puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdi. BPB tanısı almış kişilerin erkek eşleri kadın eşlere göre Fiziksel Fonksiyon alt ölçeğinden daha yüksek puanlar aldı. Yani BPB tanısı almış kişilerin erkek eşlerinin kadın eşlere göre mobilite, kendine bakım gibi alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında özellikle kadın eşlerin zaten kadın olmalarından dolayı kendilerinden beklenen çeşitli görevlerin yanısıra hasta eşine yardımcı olma ve ona bakma konusunda daha fazla görev üstlenmesinin sonucunda kendi bakım gibi ihtiyaçlarını giderememesi düşünülebilir. Literatürde bu karşılaştırmaya dair hasta eşleri ile yapılan bir çalışmaya rastlanılmasa da Çoban, Özkan, Medik ve Saraç (2013: 63) tarafından yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylere bakımveren erkek kişilerin kadınlara göre Fiziksel Alan alt boyutunda çalışmamızın bulgularını destekler şekilde yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Çalışmamızın bir diğer sonucu ise BPB tanısı almış kişilerin erkek eşlerinin kadın eşlere göre sosyal ilişki ve sosyal destek gibi alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Yine aynı şekilde literatürde bu karşılaştırmaya dair hasta eşleri ile yapılan bir çalışmaya rastlanılmasa da Çoban vd. (2013: 63) tarafından yapılan bir çalışmada bipolar bozukluğu olan bireylere bakımveren erkek kişilerin kadınlara göre Sosyal Alan alt boyutunda çalışmamızın bulgularını destekler şekilde yüksek puanlar aldığı

görülmektedir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği ve alt boyutlarından Çift Doyumu, Çift Fikir Birliği ve Duygusal İfade puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdi. BPB tanısı almış kişilerin erkek eşleri kadın eşlere göre Toplam ÇUÖ ve Çift Doyumu, Çift Fikir Birliği, Duygusal İfade alt ölçeklerinden daha yüksek puanlar aldı. Yani BPB tanısı almış kişilerin erkek eşlerinin kadın eşlere göre daha yüksek evlilik uyumlarının olduğunu göstermektedir. Erkek eşte evlilik uyumunun daha yüksek olması, BPB tanısı almış kadın eşlerin özellikle manik ataklardaki dürtüselliklerinin erkeklerle göre daha az olması ile ilişkilendirilebilir. BPB tanısı almış bireylerin manik atakları esnasındaki dürtüselliklerinin evlilik uyumunu sarstığı bilinmektedir. Manik ataklarda erkeklerde dürtüsellik daha fazla olması sonucu fazla para harcama, alkol ve madde kullanımı, iş kaybı ve rastgele cinsel ilişki gibi davranışlar nedeniyle kadın eşin evlilik uyumunun olumsuz etkileneceği düşünülmektedir. Literatürü incelediğimizde BPB tanısı almış hasta eşlerinin cinsiyete göre evlilik uyumuna dair çok az çalışmanın olduğu görülmüştür. Taşdelen vd. (2016: 172) tarafından yapılan bir çalışmada bu sonucumuzu destekleyecek şekilde BPB I tanısı almış kişilerin erkek eşlerinin kadın eşlere göre daha yüksek evlilik uyumuna sahip olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda ise BPB tanısı almış kişilerin bu tanıyı almamış kişilere göre daha düşük evlilik uyumuna sahip olduğu görülmektedir (Aktaş, 2017: 47).

### **5.3. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin fiziksel fonksiyon ve enerji/canlılık alt ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık bulundu. BPB tanısı almamış bireylerin eşlerinin Fiziksel fonksiyon ve enerji/canlılık alt ölçekleri puanları, BPB tanısı almış bireylerin eşlerinininkinden daha yüksek bulundu. Buna göre bipolar bozukluk tanısı almamış katılımcıların eşleri hasta eşlerinin oluşturduğu grup ile karşılaştırdığında fiziksel fonksiyonları daha iyi ve daha enerjik oldukları bulunmuştur. Literatürde her ne kadar hastalar ile yapılan çalışmalara sık rastlanıyorken, hasta eşleri ile yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. Ellouze vd. (2011: 41) yaptıkları kesitsel çalışmanın bulgularına göre hasta eşlerinin %60'ında ve kontrollerin %40'ında yaşam kalitesi zamanla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Hasta grubun eşlerinde özellikle ruhsal sağlık, emosyonel rol

güçlüğü, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı alt ölçeklerindeki değişim kontrollerin bildirdiği değişimden anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Bipolar hasta eşlerinin yaşam kalitesini sağlıklı kontrollerin eşleri ile karşılaştıran çalışmaların yokluğu bu alanda yapılacak çalışmaların literatüre önemli ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu ise bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış bireylerin eşlerinin Duygusal İfade alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. BPB tanısı almamış bireylerin eşlerinin Duygusal İfade alt ölçeği puanları BPB tanısı almış bireylerin eşlerinininkinden daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlıklı eşe sahip katılımcıların sevgi gösterme şekillerinde anlaşma derecesi bipolar bozukluğu olan hasta eşlerine göre daha yüksektir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir. MacPherson (1991: 320)'e bipolar bozukluğu olan eşin sürekli şikâyet etmesi ve zorlayıcı davranışlarda bulunması çift uyumunu kötüleştirdiğini belirtmişlerdir. Bunun yanında bipolar bozukluğu olan biriyle evli olan kişiler evliliklerinde sevgi eksikliği hissettiklerini ve takdir edilme ihtiyaçlarının karşılanmadığını belirtmişlerdir (Dore ve Romans, 2001: 155). Buna göre, eşlerden birinin bipolar olması çift uyumunda ciddi sorunları meydana getirdiği ve bipolar bozukluğa sahip biriyle evli bireylerin özellikle eşleri ile iletişiminin bozulduğu ve eşlerinin kendilerine yeterince sevgi göstermediği görülmektedir.

#### **5.4. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Bipolar Bozukluk Tanısının Evlilik Öncesinde ya da Sonrasında Konulmasına Göre Karşılaştırılması**

Çalışmamızın bulgularına göre BPB tanısını evlilik öncesinde almış kişilerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı ile Çift Uyum ölçeğinin Çift Doyumu, Çift Bağlılığı ve Duygusal İfade alt ölçekleri puanları BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinininkinden daha yüksek bulundu ancak Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlık Algısı alt boyutunda BPB tanısını evlilik sonrasında almış kişilerin eşlerinin puanları tanıyı evlilik öncesi alan kişilerin eşlerinden yüksek bulundu. Bu bulgular değerlendirildiğinde BPB tanısının evlilikten önce konulması kişilerin fiziksel fonksiyonunu ve evlilik uyumunu olumlu etkilerken, ağrı ve genel sağlık algısını olumsuz etkilemektedir. Literatürde bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu tanının evlilik öncesinde ya da sonrasında konulmasına göre karşılaştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Targum vd. (1981: 564) yaptıkları çalışmada görüşülen bipolar bozukluğu olan bireylerin eşleri evlilik öncesi bipolar bozukluğun nasıl bir şey olduğunu bilmeleri durumunda evlenmemenin ya da

evlendikten sonra çocuk yapmamanın daha iyi fikir olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada tanının evlilik öncesinde konulmasının kişilerin fiziksel fonksiyonunu ve evlilik uyumunu olumlu etkilemesinin nedeni kişilerin duruma hazırlıklı olarak evlenmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Evlilik öncesinde bipolar bozukluğun tanınması ya da nasıl bir hastalık olduğunun öğrenilmesi kişilerin evlendikten sonra fiziksel fonksiyonlarının bozulmasını engelliyor ve evlilik uyumunu geliştiriyor olabilir. Buna göre, tanının evlilik öncesi ya da sonrası konulmasının hastaların eşlerinin yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu nasıl etkilediği hakkında daha doğru bilgiye sahip olmak için bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

### **5.5. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre Karşılaştırılması**

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları algılanan sosyoekonomik düzeye göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Genel olarak tüm alt ölçeklerde orta sosyoekonomik düzeye sahip olanların puanları, düşük sosyoekonomik düzeye sahip katılımcılarından daha yüksek çıkmış olsa da bu fark anlamlı çıkmamıştır. Literatüre baktığımız zaman Dore ve Romans (2001: 155) tarafından yapılan bir çalışmada BPB bozukluk tanılı hastaların özellikle hastalık döneminde gelirlerini yönetmekte güçlü çektiği ve hastalık sebebiyle de büyük maliyetlere maruz kaldığı; hasta eşlerinin ve bakım verenlerinin kontrol grubuna göre hastalıktan kaynaklı maddi ağırlık hissettikleri bildirilmiştir. Çalışmamızda Yaşam Kalitesi Ölçeği tüm alt ölçeklerinde orta sosyoekonomik düzeye sahip olanların puanları, düşük sosyoekonomik düzeye sahip katılımcılarından daha yüksek çıkmış olsa bu farkın anlamlı olmamasının nedeni örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği alt boyutu Çift Bağlılığı puanları algılanan sosyoekonomik düzeye göre anlamlı farklılık göstermiştir. BPB tanısı almış kişilerin eşlerinden orta sosyoekonomik düzeye sahip olanların sosyal ilgi alanları, iletişim veya ortak hedefler gibi birlikte yapılan zevkli faaliyetler için harcadıkları sürenin düşük sosyoekonomik düzeye sahip eşlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde her ne kadar hastalar ile yapılan çalışmalara sık rastlanıyorken, hasta eşleri ile yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. BPB hasta eşlerinin evlilik uyumunu sosyoekonomik düzeye göre karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamış ancak Levkovitz,

Fennig, Horesh, Barak ve Treves (2000: 239) tarafından yapılan bir çalışmada afektif hasta eşlerinin sağlıklı gruba göre Çift Bağlılığı düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olan hasta eşlerinin özellikle hastalık döneminde büyük maliyetlere maruz kaldığı ve maddi ağırlık hissettikleri bilinmektedir (Dore ve Romans, 2001). Eşlerin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması zaten hastalık nedeniyle ek olarak maddi yükümlülüklerin ortaya çıkmasıyla hastalığın yanında maddi sıkıntılar ile uğraşmalarına neden olacaktır ve bu durumun eşlerin birlikte ortak aktiviteler vakit ayırmalarını olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

### **5.6. Bipolar Bozukluk Tanısı Almış Bireylerin Eşlerinin Yaşam Kalitesi ve Evlilik Uyumlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması**

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi. BPB tanısı almış kişilerin lise mezunu olan eşlerinin Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı alt ölçeği puanları ilköğretim mezunu olan eşlerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Lise mezunu eşlerin ilköğretim mezunu eşlere göre mobilite, kendine bakım ve ağrı gibi alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde her ne kadar hastalar ile yapılan çalışmalara sık rastlanıyorken, hasta eşleri ile yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. BPB hasta eşlerinin eğitim düzeyine göre yaşam kalitesini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak kişilerin eğitim düzeyinin artması ile refah düzeyi, kontrol duygusu, ekonomik kaynaklara ulaşım ve sosyal desteğin de arttığı öne sürülmektedir (Ross ve Van Willigen, 1997). Eğitim düzeyinin kişinin yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini inceleyen Ross ve Van Willigen (1997), eğitim düzeyi ile depresyon, kaygı, ağrı gibi değişkenler arasında negatif ilişki ve eğitim düzeyi yüksek kişilerin daha düşük seviyelerde fiziksel sıkıntılara (ağrı vb.) sahip olduklarını bildirmiştir. Literatürdeki bu bilgiyi destekleyen çalışmamızda da BPB hasta eşlerinin eğitim düzeyinin artması ile birlikte refah düzeyi, kontrol duygusu, ekonomik kaynaklara ulaşım ve sosyal desteğin de artması sonucunda kendine bakım, ağrı gibi fiziksel sıkıntı düzeylerinin düştüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin eşlerinin Çift Uyum Ölçeği alt boyutlarından Çift Bağlılığı puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi. BPB tanısı almış kişilerin lise ve üniversite mezunu olan eşlerinin Çift Bağlılığı alt ölçeği puanları

ilköğretim mezunu olan eşlerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur. BPB tanısı almış kişilerin eşlerinden lise veya üniversite mezunu olanların sosyal ilgi alanları, iletişim veya ortak hedefler gibi birlikte yapılan zevkli faaliyetler için harcadıkları sürenin ilköğretim mezunu eşlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde her ne kadar hastalar ile yapılan çalışmalara sık rastlanıyorken, hasta eşleri ile yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. BPB hasta eşlerinin eğitim düzeyine göre evlilik uyumunu karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Tynes (1990: 168) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek eşlerin eğitim düzeyi düşük eşlere göre daha fazla evlilik uyumuna sahip olduğu bulunmuştur. Çiftlerde eğitim düzeyinin artması ile eşlerin kendilerini daha iyi ifade etmeleri ve iletişim kurmaları, ortak sosyal ilgi alanlarına sahip olması daha olasıdır. Böylelikle eşlerin sosyal ilgi alanları, iletişim veya ortak hedefler gibi birlikte yapılan zevkli faaliyetler için harcadıkları süre de artacaktır. BPB hasta eşlerinin de eğitim düzeylerindeki farklılığın bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir.

### **5.7. Evlilik Uyumunun Yordayıcısı Olarak Yaşam Kalitesi**

Çalışmamızda Fiziksel Fonksiyon ile Sosyal İşlevsellik alt ölçeklerinin kişilerin evlilik uyumunu anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Buna göre fiziksel fonksiyon ve sosyal işlevselliği kötü olan evliliklerde evlilik uyumunun da düşük olduğu söylenebilir. Çalışmamızda elde edilen bu bulgu literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir. Evlilik uyumu, yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden biridir (Thomas, 1977; Vibha vd., 2013: 336). Vibha ve arkadaşlarının (2013) yaptığı güncel çalışmada hem hasta grubunda hem de sağlıklı grupta evlilik uyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bunun yanında hasta gruplarda evlilik uyumunun bozulması, yaşam kalitesini sağlıklı grubunkinden daha fazla düşürdüğü görülmüştür.



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin araştırıldığı mevcut çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

1. BPB tanısı almış hasta eşleri arasında erkekler kadınlara oranla fiziksel, sosyal aktiviteler ve kendine bakım gibi alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu bulunmuştur.
2. BPB tanısı almış hasta eşleri arasında erkeklerin evlilik uyumları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur.
3. Çalışmamızda evlilik uyumu ile yaşam kalitesi boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
4. BPB tanısı almış hasta eşlerinin evlilik Süresi ile evlilik uyumu arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kişilerin evlilik süresi arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır.
5. Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı almış hastaların eşlerinin fiziksel fonksiyon ve enerji düzeylerinin bipolar bozukluk tanısı almamış kişilerin eşlerinden daha düşük olduğu bulunmuştur.
6. Bipolar bozukluk tanısı almamış eşi sahip katılımcıların ilgi ve şevkat gösterme şekillerinde anlaşma derecesi bipolar bozukluğu olan hasta eşlerine göre daha yüksek bulunmuştur.
7. Fiziksel fonksiyon ve sosyal işlevselliği kötü olan evli çiftlerin evlilik uyumu da düşük bulunmuştur.

8. BPB bozukluğu tanısının evlilikten önce konulması, kişilerin fiziksel fonksiyonunu ve evlilik uyumunu olumlu etkilerken, ağrı ve genel sağlık algısını olumsuz etkilediği bulunmuştur.

9. BPB tanısı almış kişilerin eşlerinden orta sosyoekonomik düzeye sahip olanların sosyal ilgi alanları, iletişim veya ortak hedefler gibi birlikte yapılan zevkli faaliyetler için harcadıkları sürenin düşük sosyoekonomik düzeye sahip eşlerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

10. Lise mezunu eşlerin ilköğretim mezunu eşlere göre mobilite, kendine bakım ve ağrı gibi alanlarda daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu bulunmuştur.

11. BPB tanısı almış kişilerin eşlerinden lise veya üniversite mezunu olanların sosyal ilgi alanları, iletişim veya ortak hedefler gibi birlikte yapılan zevkli faaliyetler için harcadıkları sürenin ilköğretim mezunu eşlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

## 6.2. Öneriler

Bipolar bozukluk gibi toplumda görülme sıklığı yüksek olan, kişilerin toplumsal işlevselliğini büyük bir oranda bozan ruhsal bozukluklarda bozukluğun kişiye ve çevresine etkilerini inceleyen çalışmaların artması önem taşımaktadır. Literatürde her ne kadar hastalar ile yapılan çalışmalara sık rastlansa da hastaların eşleri ya da sosyal çevrelerinde bulunan insanlarla yapılan çalışma sayısı yetersizdir. Bu alandaki çalışmalar, bozukluğun daha iyi tanınmasına ve olumsuz etkilerinin azaltılmasında faydalı olacaktır.

Cinsiyet ve sosyoekonomik düzey bazında düşünüldüğünde bipolar bozukluğun toplumda yarattığı olumsuz etkiler farklılaşmaktadır. Bu yüzden bipolar bozukluğu olan kişilerin sosyal işlevselliğini ve evlilik uyumlarını iyileştirmek için yapılacak psikososyal çalışmalarda bu durumun göz önünde bulundurulması ve bu hastalar ile yapılacak terapilere eşlerin de dahil edilmesi ya da onlar için ayrı çalışmaların yürütülmesi bozukluğun olumsuz sosyal etkilerini azaltacağı düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ile evlilik uyumu ilişkili bulunmuştur. Bu yüzden bipolar bozukluğu olan hastaların aile bütünlüğünün devam ettirilmesine yardımcı olmak için hem hastaların hem de hasta eşlerinin yaşam kalitesini arttıracak çalışmalar yapmak önem arz etmektedir.

BPB tanısının evlilikten önce konulması, kişilerin fiziksel fonksiyonunu ve çift uyumunu olumlu etkilediğinden toplumun bipolar bozukluk ile ilgili bilgilendirilme çalışmalarının yapılması bu bozukluğa sahip kişiler ile evlenen bireylerin yaşam kalitesini ve evlilik uyumunu olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.



## KAYNAKÇA

- Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafaoğlu, N., Yasan, A., Tomruk, N., ve Kurt, E. (2012). Türkiye’de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 22(1), 31-42. <https://doi.org/10.5455/bcp.20111222061433>
- Aktaş, N. (2017). *Bipolar affektif bozukluk tanısı almış ve almamış insanların evlilik uyumu, dürtüsellik ve öfke kavramlarının bağlantısallığı açısından değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Üsküdar Üniversitesi.
- Altamura, A. C., Dellosso, B., Mundo, E., and Dellosso, L. (2007). Duration of untreated illness in major depressive disorder: A naturalistic study. *International Journal of Clinical Practice*, 61(10), 1697-1700. doi:10.1111/j.1742-1241.2007.01450.x
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: HYB Yayıncılık.
- Angst, J., and Marneros, A. (2001). Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 3-19. doi:10.1016/s0165-0327(01)00429-3
- Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Oğuzhanoglu, N. K., Kocal, N., Özgüven, H. D., ... and Özerdem, A. (2007). Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in bipolar disorder: Bipolar Disorder Functioning Questionnaire. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 344-52.
- Aydemir, Ö. (2016). Functioning and Quality of Life in Bipolar Disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(17), 1-7. doi:10.5350/DAJPN20162901001
- Battal, A. (2008). *Boşanma sebepleri, bilimsel araştırma projesi uygulama sonuçları*. İstanbul Eflatun Matbaacılık.
- Bayraktaroğlu, H. and Çakıcı, E. (2013). Factors related with marital adjustment. *Eğitim*

Beach, S. R., and Jones, D. J. (2002). Marital and family therapy for depression in adults. *Handbook of depression*, 422-440.

Beach, S. R., and Jones, D. J. (2002). Marital and family therapy for depression in adults. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 422-440). New York, NY, US: Guilford Press.

Begley, C. E., Annegers, J. F., Swann, A. C., Lewis, C., Coan, S., Schnapp, W. B., and Bryant-Comstock, L. (2001). The Lifetime Cost of Bipolar Disorder in the US. *PharmacoEconomics*, 19 (Parts 1 and 2), 483-495. doi:10.2165/00019053-200119050-00004

Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B., & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805. doi:10.1097/00005650-198108000-00001

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A., and Van Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Turk Psikiyatri Derg*, 23, 149-160.

Butchler, J. N., Mineka, S., and Hooley, J. M. (2013). *Anormal psikoloji*. (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaktüs Yayınları.

Blanco, C., Compton, W. M., Saha, T. D., Goldstein, B. I., Ruan, W. J., Huang, B., and Grant, B. F. (2017). Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 310-317. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.10.003

Boylu, A. A., ve Terzioğlu, R. G. (2007). *Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve subjektif göstergelerin incelenmesi*. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.

Breslau, J., Miller, E., Jin, R., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Kessler, R. C. (2011). A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce: Mental

disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 474-486.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01712.x>

Canbaba, C. (2011). *Psikiyatri kliniğinde ayaktan takipli bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalarda ve ailelerinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M., and Daley, S. E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 143-147. doi:10.1016/j.jad.2003.10.008

Çağ, P., ve Yıldırım, İ. (2013). Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39), 13-23.

Çakır, S., ve Özerdem, A. (2010). İki uçlu bozuklukta psikoterapötik ve psikososyal sağaltımlar: sistematik bir gözden geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 143-154.

Çelik, M. (2006). *Evlilik doyum ölçeği geliştirme çalışması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi.

Çoban, S. A., Özkan, B., Medik, K., ve Saraç, B. (2013). Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 61-66.

Dagani, J., Signorini, G., Nielsens, O., Bani, M., Pastore, A., Girolamo, G. D., & Large, M. (2016). Meta-analysis of the Interval between the Onset and Management of Bipolar Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 247-258. doi:10.1177/0706743716656607

Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. doi:10.1007/s11205-009-9493-y

Dore, G., and Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and

- partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 147-158. doi:10.1016/s0165-0327(01)00450-5
- Dore, G., and Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 147-158. doi:10.1016/s0165-0327(01)00450-5
- Doğanavşargil-Baysal, G.Ö., Gökmen, Z., Akbaş, H., Cinemre, B., Metin, Ö., ve Karaman T. (2012). Bipolar bozuklukta serum homosistein ve metiyonin düzeylerinin bilişsel işlevler ve işlevsellikle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23:1-10.
- Epstein, N. B., and Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Erbek, E., Bestepe, E., Akar, H., Eradamlar, N. ve Alpkan, R. L. (2005). Evlilik Uyumu. *Düşünen Adam*, 18(1),39-47.
- Erten, E., Alpman, N., Fıstıkçı, N. ve Özdemir, A. (2014). Bipolar I bozukluğu olan hastalarda dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(2), 114.
- Ellouze, F., Ayedi, S., Cherif, W., Abla, T. B., and M'Rad, M. (2011). Conjointes et trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 37(1), 41-47. doi:10.1016/j.encep.2010.04.003
- Enkhuizen, J. V., Milienne-Petiot, M., Geyer, M. A., and Young, J. W. (2015). Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: Chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology*, 232(18), 3455-3467. doi:10.1007/s00213-015-4000-4
- Fışiloğlu, Hürol, and Ayhan Demir. "Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality with Turkish Couples." *European Journal of Psychological Assessment*, vol. 16, no. 3, 2000, pp. 214–218., doi:10.1027//1015-5759.16.3.214.
- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, E., ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi*, 7(2), 14-22.

- Fountoulakis, K. N., Young, A., Yatham, L., Grunze, H., Vieta, E., Blier, P., Kasper, S. (2016). The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) Treatment Guidelines for Bipolar Disorder in Adults (CINP-BD-2017), Part 1: Background and Methods of the Development of Guidelines. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. doi:10.1093/ijnp/pyw091
- Furlong, W. J., Feeny, D. H., Torrance, G. W., and Barr, R. D. (2001). The Health Utilities Index (HUI®) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Medicine*, 33(5), 375-384. doi:10.3109/07853890109002092
- Gameiro, S., Nazaré, B., Fonseca, A., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2011). Changes in marital congruence and quality of life across the transition to parenthood in couples who conceived spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility*, 96(6), 1457-1462. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.09.003
- Georgotas, A. (1988) Evolution of the concepts of depression and mania. In *Georgotas A. and Cancro R. (Ed.), Depression and Mania (3-12)*. New York: Elsevier.
- Gharibi, M., Sanagoumoharar, G., & Yaghoubinia, F. (2015). The Relationship Between Quality of Life With Marital Satisfaction in Nurses in Social Security Hospital in Zahedan. *Global Journal of Health Science*, 8(2). doi:10.5539/gjhs.v8n2p178
- Gladding, S. T. (2012). *Aile terapisi: Tarihi, kuram ve uygulamaları* (İ. Keklik ve İ. Yıldırım, Çev.). Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları
- Goodwin, F. K., and Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression* (Vol. 1). Oxford University Press.
- Goodwin, R. D., Jacobi, F., Bittner, A., and Wittchen, H. U. (2007). Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. T. Oral. (Çev. Ed.), *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı* (33-54). İstanbul: Sigma Publishing.
- Gökçe, B. (1978). Evlilik Kurumuna Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 1, 7-21.
- Gutierrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Ariza, J. A., Ruiz-Veguilla, M., and Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders*, 10(5), 625-634.



doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00604.x

Gültekin, B. K., Günderci, A., Balcı, M. V., Kökcü, F., Gedikbaş, C., ve Ozcan, M. E. (2008). Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 18(3), 183-188.

Harvey, A. G., Talbot, L. S., and Gershon, A. (2009). Sleep Disturbance in Bipolar Disorder Across the Lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(2), 256-277. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01164.x

Hakvoort, E., Bos, H., Balen, F. V., and Hermanns, J. (2010). Family Relationships and the Psychosocial Adjustment of School-Aged Children in Intact Families. *The Journal of Genetic Psychology*, 171(2), 182-201. doi:10.1080/00221321003657445

Hamarta, E., Deniz, M., Dilmaç, B., ve Arslan, C. (2015). Evlilik içi ilişki ile evlilikteki yaşam doyumunun evli çiftlerin değerleri açısından incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 12(1), 55-69.

Hirschfeld, R. M. A., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Suppes, T., Thase, M. E., and Perlis, R. H. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, second edition. In N. C. Numerous Contributors (Ed.), *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002* (pp. 547-634). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.

Howland, R. H., and Thase, M. E. (1999). Affective disorders: Biological aspects. In T. Millon, P. H. Blaney, & R. D. Davis (Eds.), *Oxford textbooks in clinical psychology, Vol. 4. Oxford textbook of psychopathology* (pp. 166-202). New York, NY, US: Oxford University Press.

Hollon, S. D., and Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 586-603). New York, NY, US: Guilford Press.

Hollon, S. D., Haman, K. L., and Brown, L. L. (2002). Cognitive-behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 383-403). New York, NY, US: Guilford Press.

- Hooley, J. M., and Hiller, J. B. (1997). Family relationships and major mental disorder: Risk factors and preventive strategies. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 621-648). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc
- Interrelationships between health programmes and socio-economic development.* (1973). Genève: World Health Organization.
- Işık, E., Işık, U., ve Işık Taner, Y. (2013). *Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Kitapevi.
- Işık, E. (2003). *Depresyon ve bipolar bozukluklar*. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık.
- Janssen, B., & Szende, A. (2013). Population Norms for the EQ-5D. *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*, 19-30. doi:10.1007/978-94-007-7596-1\_3
- Judd, L. L., and Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 123-131. doi:10.1016/s0165-0327(02)00332-4
- Johnson, S. L., and Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 449-457. doi:10.1037//0021-843x.106.3.449
- Jones, S. H., Hare, D. J., and Evershed, K. (2005). Actigraphic assessment of circadian activity and sleep patterns in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(2), 176-186. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00187.x
- Keller, M. B. (2004). Remission versus response: the new gold standard of antidepressant care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (4),53-59.
- Kesebir, S., Şayakçı, S., ve Süner, Ö. (2012). Geç başlangıçlı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25:244-251. doi: 10.5350/DAJPN2012250307
- Kessler, R. C., Heeringa, S., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Rupp, A. E., Schoenbaum, M., Zaslavsky, A. M. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on

- earnings in the united states: results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 703–711. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08010126>
- Kind, P., and Carr-Hill, R. (1987). The Nottingham health profile: A useful tool for epidemiologists? *Social Science & Medicine*, 25(8), 905-910. doi:10.1016/0277-9536(87)90260-7
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. & Memiş A. (1999) Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.
- Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., Lee, Y. H. (1990). Psychiatric epidemiology in korea. Part I:gender and age differences in seoul. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(4), 242-246. doi:10.1097/00005053-199004000-00004
- Levkovitz, V., Fennig, S., Horesh, N., Barak, V., and Treves, I. (2000). Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without. *Journal of Affective Disorders*, 58(3), 237-240. doi:10.1016/s0165-0327(99)00118-4
- Maj M., Akiskal H.S., Lopez-Ibor J.J., and Sartorius N. (2002). *Bipolar disorders*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Manji, H. K., and Lenox, R. H. (2000). The nature of bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(13), 42-57.
- Malkina-Pykh, I. G., and Pykh, Y. A. (2008). Quality-of-life indicators at different scales: Theoretical background. *Ecological Indicators*, 8(6), 854-862. doi:10.1016/j.ecolind.2007.01.008
- Macpherson, R. (1991). The relationship problems of manic depressives; a preliminary study using linear analogue scales to assess relationship changes during/between illness episodes. *Sexual and Marital Therapy*, 6(3), 317-321. doi:10.1080/02674659108409608

- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
- McGuffin, P., Rijsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., and Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of general psychiatry*, 60(5), 497-502.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., & Lam, R. W. (2006). Bipolar Disorder and Quality of Life: A Patient-Centered Perspective. *Quality of Life Research*, 15(1), 25-37. doi:10.1007/s11136-005-0376-7
- Michalos, A. C. (2003). *Essays on the Quality of Life*. Springer Netherlands.
- Nazlı, S. (2001). *Aile danışmanlığı*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Nivoli, A. M., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., Colom, F. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 443-449. doi:10.1016/j.jad.2011.04.055
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları-I*. 12. Basım. Ankara: Bayt yayınları.
- Öztürk, C.Ş. ve Arkar, H. (2014). Evli çiftlerde evlilik uyumu ve cinsel doyum arasındaki ilişkiler. *Literatürsempozyum*. 1(3), 16-24.
- Özgüven, I. E. (2000). *Evlilik ve aile terapisi*. Ankara: PDREM Yayınları.
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, Differentiation, and Personality Variables as Predictors of Marital Satisfaction. *The Family Journal*, 15(4), 359-367. doi:10.1177/1066480707303754
- Pehlivan, K. (2006). Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden

Geçirme. *Düşünen Adam*, 19(3), 143–154.

Pereira, R. F., Daibs, Y. S., Tobias-Machado, M., & Pompeo, A. C. (2011). Quality of Life, Behavioral Problems, and Marital Adjustment in the First Year After Radical Prostatectomy. *Clinical Genitourinary Cancer*, 9(1), 53-58. doi:10.1016/j.clgc.2011.05.005

Post, R. M., Kupka, R., Keck Jr, P. E., McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Frye, M. A., ... and Nolen, W. A. (2016). Further Evidence of a Cohort Effect in Bipolar Disorder: More Early Onsets and Family History of Psychiatric Illness in More Recent Epochs. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(8), 1043-1049.

Robb, J. C., Cooke, R. G., Devins, G. M., Young, L., & Joffe, R. T. (1997). Quality of life and lifestyle disruption in euthymic bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 31(5), 509-517. doi:10.1016/s0022-3956(97)00030-7

Rosa, A. R., Comes, M., Torrent, C., Solè, B., Reinares, M., Pachiarotti, I., . . . Vieta, E. (2013). Biological rhythm disturbance in remitted bipolar patients. *International Journal of Bipolar Disorders*, 1(1), 6. doi:10.1186/2194-7511-1-6

Ross, C. E., and Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of health and social behavior*, 275-297.

Sayın, Ö. (1990). *Aile sosyolojisi: Ailenin toplumdaki yeri*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Sağlık Bakanlığı (2014). *Psikolojik rahatsızlık vakaları ile ilgili verilere ilişkin yazılı soru önermesine verilen cevap*. (Belge no: 23859870) Erişim:05.12.2016, <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-29113sgc.pdf>

Schafer, R. B., Wickrama, K. A., and Keith, P. M. (1996). Self-Concept Disconfirmation, Psychological Distress, and Marital Happiness. *Journal of Marriage and the Family*, 58(1), 167. doi:10.2307/353385

Schuessler, K. (1985). Quality of Life Research and Sociology. *Annual Review of Sociology*, 11(1), 129-149. doi:10.1146/annurev.soc.11.1.129

Sevinç, M., and Garip, E. S. (2010). A study of parents' child raising styles and marital

- harmony. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1648-1653. doi:10.1016/j.sbspro.2010.03.252
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15. doi:10.2307/350547
- Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(6), 675-682. doi:10.1037/h0028475
- Şener, A., ve Terzioğlu, G. (2002). *Ailede eşler arası uyuma etki eden faktörlerin araştırılması*. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı.
- Şendil, D. ve Korkut, Y.(2008). Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 28, 15-34.
- Taşdelen, Ö., Köse Çınar, R., Taşdelen, Y., Görgülü, Y., and Abay, E. (2016). Marital adjustment and family functioning in bipolar disorder type I in comparison with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 19(4), 167-175.
- Thomas, E. J. (1979). *Marital communication and decision making: Analysis, assessment, and change*. New York: Free Press.
- Torrey, E. F., Bowler, A. E., and Taylor, E. H. (1994). *Schizophrenia and manic-depressive disorder: The biological roots of mental illness as revealed by the landmark study of identical twins*. Newyork: Basic Books.
- Tohen, M., Zarate, C. A., Hennen, J., Khalsa, H. K., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., . . . Baldessarini, R. J. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of Recovery and First Recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2099-2107. doi:10.1176/appi.ajp.160.12.2099
- Torlak, S. E., ve Yavuzçehre, P. S. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 17(2), 23-44.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2016). *Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2015*. Erişim: 05.12.2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21515>

- Tynes, S. R. (1990). Educational heterogamy and marital satisfaction between spouses. *Social Science Research*, 19(2), 153-174. doi:10.1016/0049-089x(90)90019-f
- Ünal, G. (2002). Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 15(4), 39-45.
- Veenhoven, R. (2013). The Four Qualities of Life Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Happiness Studies Book Series The Exploration of Happiness*, 195-226. doi:10.1007/978-94-007-5702-8\_11
- Vibha, P., Saddichha, S., Khan, N., & Akhtar, S. (2013). Quality of Life and Marital Adjustment in Remitted Psychiatric Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 334-338. doi:10.1097/nmd.0b013e318288e298
- Vibha, P., Saddichha, S., & Akhtar, S. (2010). Quality of Life (Qol) and Marital Adjustment in Epilepsy and Comparisons with Psychiatric Illnesses. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 14(2), 105-112.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., and Kessler, R. C. (2005). Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629. doi:10.1001/archpsyc.62.6.629
- Ware, J. E., and Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
- Yalçın, H. (2014) Evlilik Uyumu İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. *Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 250-261.
- Yenisey, F. (2009). *Ceza mevzuatı*. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi Yayınları.
- Zhao, B. (2004). *Perceptions of quality of life and use of human services by households: a model*.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

## EKLER

### Ek 1. Gönüllüleri Bilgilendirme Ve Olur (Rıza) Formu

Değerli katılımcı,

Sizden katılmanızı istediğimiz “BİPOLAR BOZUKLUK TANISI ALMIŞ VE ALMAMIŞ HASTA EŞLERİNİN EVLİLİK UYUMU VE YAŞAM KALİTESİ” adlı araştırma, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Psikolog Mihdiye Bulut tarafından Prof. Dr. Levent Sütçigil danışmanlığında yazılacak yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu araştırmada, bipolar bozukluk tanısı almış ve almamış hasta eşlerinin evlilik uyumu ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması hedeflenmektedir. Sizlerden alınacak bu bilgiler bilimsel açıdan oldukça değerli olacaktır.

Bu amaçla size Sosyodemografik Bilgi Formu, Çift Uyum Ölçeği (ÇÜÖ), ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36) sunulacaktır. Size sunulan ölçeklere açık yüreklilikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Sizden aldığımız bu yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Araştırmaya katılım tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya katıldıktan sonra, ölçeklerin doldurulma anında kendinizi kötü hissetmeniz durumunda araştırmadan çekilmekte tamamen özgürsünüz. Araştırmada gizliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için, bu form üzerine adınızı ve diğer kişisel bilgilerinizi yazmanız gönüllük ilkesine bağlı kılınmıştır.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

**Mihdiye Bulut**

**Psikolog**



## Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: 1-Kadın ( ) 2-Erkek ( )
3. Evde bakım vereni var mı? 1-Evet ( ) 2-Hayır ( )
4. Medeni Durumu 1-Evli ( ) 2-Bekar ( ) 3- Boşanmış/dul ( )
5. Kaç yıllık evlisiniz?
6. Çocuğunuz var mı?  
1-Evet ( ) 2-Hayır ( )
7. Eğitim Düzeyi: 1-İlkokul-Ortaokul ( ) 2-Lise ( ) 3-Yüksekokul/Üniversite ( )
8. Meslek:.....
9. Algıladığınız (size göre) Sosyoekonomik düzeyiniz:  
1-Alt Sosyoekonomik Düzey ( )  
2-OrtaSosyoekonomik Düzey ( )  
3-Üst Sosyoekonomik Düzey ( )
10. Yaşadığınız Yer:  
1-İl ( ) 2-İlçe ( ) 3-Köy ( )
11. Daha önce psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu? 1-Evet ( ) 2-Hayır ( )
12. Yaşam boyu intihar girişimi var mı? 1-Var ( ) 2-Yok ( )
13. (BPB) Bipolar Hastalık Tanısı Evlilik öncesi mi başlamış?  
1-Evet ( ) 2-Hayır ( )

### Ek 3. Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasında ki anlaşma veya anlaşmama ölçüsünü aşağıda verilen altı düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman Anlaşırız	Hemen Hemen Her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşmıyoruz	Sıkça anlaşmıyoruz	Hemen hemen her zaman anlaşmıyoruz	her zaman anlaşmıyoruz
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi.....						
2. Eğlence ile ilgili konular.....						
3. Dini konular.....						
4. Muhabbet-sevgi gösterme.....						
5. Arkadaşlar.....						
6. Cinsel yaşam.....						
7. Geleneksellik (doğru ve uygun davranış).....						
8. Yaşam felsefesi.....						
9. Anne, baba yada yakın akrabalarla ilişkiler.....						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler, ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı.....						
12. Temel kararların alınması.....						
13. Ev ile ilgili görevler.....						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları.....						
15. Mesleki kararlar.....						

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir Zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı, ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür ya da tartışsınız?.....						
17. Ne sıklıkla siz yada eşiniz kavga sonrası evi terk edersiniz?.....						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?.....						
19. Eşinize güvenir misiniz?.....						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyar mısınız?.....						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?.....						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?.....						

	Her gün	Hemen hemen Her gün	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir Zaman
23. Eşinizi öpmissiniz?.....					
24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?.....					

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkta geçer?

	Hiçbir Zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki kere	Günde bir defa	Günde birden fazla
25. Teşvik edici fikir alışverişlerinde bulunmak.....						
26. Birlikte gülmek.....						
27. Bir şeyi sakince tartışmak.....						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak.....						

Eşlerin bazı zamanlar anlaşamadıkları, bazen anlaşmadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son bir kaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yaratıyorsa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz).

	Evet	Hayır
29. Seks için çok yorgun olmak.....		
30. Sevgi göstermek.....		
31. Aşağıdaki ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki 'mutlu' bir çok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.		

( ) Aşırı mutsuz ( ) Oldukça mutsuz ( ) Az mutsuz ( ) Mutlu ( ) Oldukça mutlu ( ) Aşırı mutlu ( ) Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- ( ) ilişkinin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yoktur.
- ( ) ilişkinin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yoktur.
- ( ) ilişkinin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.
- ( ) ilişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
- ( ) ilişkinin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
- ( ) ilişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkimin yürütmesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

## Ek 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36)

Kısa Form-36 (SF-36)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

### SF 36

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
- Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- Hiç
- Çok hafif
- Hafif
- Orta
- Şiddetli
- Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi

- d) Oldukça etkiledi  
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman   b) Çoğu zaman   c) Bazen   d) Nadiren   e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?  
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Çoğunlukla	Kesinlikle
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					