

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SDÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE AYAKTAN
TAKİPLİ BİPOLAR BOZUKLUK TANILI ÖTİMİK
HASTALARDA ve AİLELERİNDE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: SAĞLIKLI KONTROLLERLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Cankut CANBABA

**UZMANLIK TEZİ
PSİKİYATRİ ANABİLİMDALI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem ATAY**

ISPARTA - 2011

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sayın hocam Prof. Dr. Ramazan ÖZCANKAYA'ya, uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sırasında destek ve katkıda bulunan tez danışmanım, hocam Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem ATAY'a ve Doç. Dr. Duru GÜNDOĞAR'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama dönemimdeki tüm sıkıntı ve mutlulukları benimle paylaşan eşim Melek'e, bana her zaman anlayış gösteren çocuklarım Zeynel Umut ve Güney'e sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGE ve KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ	v
GRAFİKLER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı ve Tarihçesi	3
2.2. Epidemiyolojisi	4
2.3. Etiyolojisi.....	7
2.4. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri	9
2.5. Ayırıcı Tanı ve Eş Tanı	10
2.6. Klinik Gidiş ve Sonlanım	12
2.7. Sağaltım	13
2.8. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Bipolar Hastalık.....	15
3. YÖNTEM ve ARAÇLAR	26
3.1. Örneklem Grubu	26
3.2. Tanı ve Veri Toplama Araçları	26
3.3. Verilerin Analizi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇLAR	58
ÖZET	59
SUMMARY	60
KAYNAKLAR	61
EKLER	71

SİMGE ve KISALTMALAR

DSM IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
SCID-I	: DSM IV Eksen I bozukulukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
YMRS	: Young Mani Derecelendirme Ölçeği
SF-36	: Kısa Form 36 (Short Form-36), Yaşam kalitesi ölçeği
Q-LES-Q	: Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi
GAF	: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ölçeği
BPB	: Bipolar Bozukluk.
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi).

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen grupların yaş ortalaması yönünden değerlendirilmesi.....	30
Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen grupların cinsiyet yönünden değerlendirilmesi.....	30
Tablo 3. Çalışmaya dahil edilen grupların sosyodemografik özellikleri.....	31
Tablo 4. Hasta grubunda yaş yaşam kalitesi ilişkisi.....	33
Tablo 5. Hasta grubunda cinsiyet yaşam kalitesi ilişkisi.....	34
Tablo 6. Hasta grubunda eğitim durumu yaşam kalitesi ilişkisi.....	35
Tablo 7. Hasta grubunda gelir düzeyi yaşam kalitesi ilişkisi.....	36
Tablo 8. Hasta grubunda medeni durum yaşam kalitesi ilişkisi.....	37
Tablo 9. Hasta grubunda sosyal güvence durumu yaşam kalitesi ilişkisi.....	38
Tablo 10. Hasta grubunda barınma durumu yaşam kalitesi ilişkisi.....	39
Tablo 11. Hasta grubunda çalışma durumu yaşam kalitesi ilişkisi.....	40
Tablo 12. Hasta grubunda yaşam şekli yaşam kalitesi ilişkisi.....	41
Tablo 13. SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının gruplara göre dağılımı.....	42

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Grupların SF-36 alt ölçek puan ortalamalarına göre karşılaştırılması...43

1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk, Krapaelin'in manik depresif psikoza tanımlamasından yüzyıllar önce dahi duygudurum değişiklikleriyle giden ruhsal bir hastalık olarak bilinmektedir. Tanı sistemlerinde yer alan bipolar bozukluk kavramı, en az bir hipomanik, manik ya da karışık epizodun bulunmasıyla karakterizedir (1).

Bipolar bozukluk, gerek bireysel gerekse toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta olup özellikle yaşam kalitesi üzerine etkileri ile ilişkili çok boyutlu çalışmalar önem kazanmaktadır. Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı % 0,4-1,6 (ortalama % 1) arasındadır. Bipolar spektrum olarak ele alındığında ise oran % 5'i geçmektedir. Bipolar bozuklukta da cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir.

Temel anlamda yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, emosyonel, sosyal, mesleki ve ruhsal iyilik halinin bir toplamı gibi tarif edilebilir, bununla birlikte bu tarif yaşam kalitesi kavramını nelerin oluşturduğu konusunda tam bir uzlaşma olmaması gerçeği ile karmaşıklaşabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, bireylerin yaşadıkları değer sistemleri ve kültür bağlamında, hedefleri, umutları, standartları, ilgi alanları ile ilişkili olarak hayatta buldukları durumu algılayış biçimi olarak tariflemiştir (4). İyi yaşam kalitesi, iyi sağlıktan daha fazlasını kapsamaktadır. Halen, yaşam kalitesinin iyilik halinin önemli bir belirteci olduğunu ve hastanın sağlığını değerlendirirken göz önünde bulundurmamız gerektiğini öne süren giderek artan sayıda kanıt mevcuttur (5). Bipolar bozukluk, kronik gidişli ve kesin ilaç tedavisi gerektirir (akut epizod ve koruyucu amaçlı) bir hastalıktır. Bipolar bozukluk kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilemekte, şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açmaktadır (8). Sonuçlar bipolar bozuklukta, toplum içi iletişim sorunları, sosyal işlevsellikte bozulma, genel işlevsellik ve iyilik halini olumsuz olarak algılama olduğu doğrultusundadır. Bipolar hastalarda yeterli düzeyde sürdürme sağaltımına karşın, psikososyal bozulma ve yeti yitimi sık bildirilen bir durumdur.

Yaşam kalitesi son yıllarda psikiyatrik hastalıklar için sık adı geçen bir kavram haline gelmiştir. Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçümünü günümüzde en yaygın kullanılan, mevcut verilerin büyüklüğü, ölçeğin kabul edilebilir psikometrik

özellikleri ve detaylı normatif verileri nedeniyle önerilen Kısa Form 36 (Short Form-36; SF-36) ile yapmak amaçlanmıştır (6,7).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı ve Tarihçesi

Bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisine duygulanım denir. Duygudurum ise bireyin bir süre değişik derecelerde rahat, neşeli, üzüntülü, tedirgin, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunmasıdır (9).

Bipolar bozukluk belli bir düzen olmadan tekrarlayan manik, depresif ya da karma dönemlerle giden, dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği süreğen seyirli bir duygulanım bozukluğudur (10). DSM-IV-TR'de Bipolar bozukluklar: Bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk şeklinde tanımlanmıştır. Bipolar I bozukluk da kendi içinde tek manik dönem, en son dönem hipomanik, en son dönem manik, en son dönem karışık, en son dönem depresif, en son dönem belirlenmemiş olarak altı alt başlığa ayrılmıştır (11).

Bipolar bozukluk kavramının kökeni Eski Yunan düşünürlerinin klasik dönem yapıtlarına dayanır. Mani ve melankoli tanımlanan en eski hastalıklardandır. Hipokrat (M.Ö. 460-337) mani ve melankoliyi sistematik olarak tanımlayan ilk düşünürdür. Alman psikiyatrist Wilhelm Griesinger 1845'de mani ve melankoli ilişkisinin yanı sıra mevsimsel özelliğe dikkat çekmiş; maninin ilkbaharda, melankolinin ise sıklıkla sonbahar ve kışın sık görüldüğünü belirtmiş, ayrıca hızlı döngülü duygudurum bozukluklarını tanımlamıştır (12).

Pinel (1801) ve Esquirol (1838) geleneksel kavramlara ek olarak manik ve melankolik dönemlerin ayrı sendromlar olduğunu bildirmiştir. 1854'te Fransız psikiyatrist Jean-Pierre Falret bu tabloyu '*folie circulaire*' (döngüsel delilik) olarak tanımlayarak bulgularını yayınlamıştır. Alman psikiyatrist Emil Kraepelin'in endojen psikozları '*dementia praecox*' (erken bunama) ve 'manik-depresif delilik' olarak ayırması psikiyatrinin gelişimi açısından önemlidir. Kraepelin depresif ve döngüsel formlar arasındaki farklılığı belirtmiş ve tüm duygudurum bozuklukları tiplerini tek bir manik-depresif kavramı altında toplamıştır. 'Döngüsel delilik' ve 'manik depresif

delilik' kavramları özellikleriyle birlikte 1899'da iki ayrı çalışma olarak yayımlanmıştır.

1960'lı yıllarda Jules Angs ve Carlo Perris bipolar bozukluk kavramını yeniden ele almış, genetik ve çevresel etkenlerin oluşumda rol oynadığını ortaya koymuş ve unipolar maninin klinik ve genetik olarak bipolar bozukluklarla ilişkili olduğunu bildirerek bu kavramın ayrı bir klinik tanım olmadığını belirtmiştir (12).

Hipomani kavramı ilk kez 1881'de Erich Mendel tarafından hipertimik kişiliği tanımlamak için kullanılmıştır. 1904'de Carl Gustav Jung stabil submanik belirtilerle giden bir grup hasta tanımlamış, bunlarda alevlenmelerle giden bir gidiş olduğunu alkolizm, huzursuzluk, suç işleme gibi sosyal sorunlar görüldüğünü bildirmiştir (12). 'Bir uçlu' ve 'iki uçlu' kavramları Karl Kleist tarafından tanımlanmıştır (13).

1980'de DSM-III'ün kullanıma girmesiyle birlikte 'affektif bozukluklar' (duygulanım bozukluğu) tanımı kabul edilmiş, 1987'de DSM-III-R'de ise 'duygudurum bozuklukları' tanımı benimsenmiştir. 1994'te DSM-IV'ün kabulüyle birlikte dört tip bipolar bozukluk tanımlanmıştır: bipolar I bozukluk, bipolar II, siklotimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluklar. ICD-10'da (International Classification of Diseases) ise bipolar affektif bozukluklar olarak tanımlanmıştır (14).

2.2. Epidemiyolojisi

BPB'un epidemiyolojisi, psikopatolojisi ve farmakoterapisindeki ilerlemeler, bu hastalığın tüm farklılıkları ile daha iyi tanınmasına yol açtı. Yaşam boyu bipolar durumlar için risk, çekirdek fenotip (bipolar-I) için yaklaşık %1'dir ve en azından şizofreni yaygınlığına eşittir. Günümüzde, akut psikiyatrik hastane başvurularının büyük bir yüzdesi mani kategorisindedir ve hastalığın klinik olarak ayakta tedavi edilebilen silik biçimlerinin (soft bipolar spektrumu) tanınması da giderek artmaktadır. Bipolar-II ve diğer bipolar spektrum bozukluklarının bipolar-I'e göre en az 4-5 kez daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir (15).

BPB'un halk sağlığı ile ilgili yönleri, 1)Yaşam boyu süren bir klinik hastalık olması, 2) Nüfusun %1-5'ini kapsamı, 3)Doruk düzeye 15-30 yılda ulaşması,

4)Doğru tanıda 5-10 yıllık gecikme olması, 5)Sık sık hastaneye yatırılma, 6)Evliliklerin, birlikteliklerin bozulması, rastgele cinsel ilişki,7)Sık iş değişikliği/kaybı, 8) Ekonomik felaketler, 9)Alkol/madde kötüye kullanımı, 10)% 50 oranında düzenli ilaç kullanmama, 11)Kardiyovasküler mortalitede artış, 12)İntihar (hastalığın ortaya çıkışının ilk 10 yılında en yüksek oranda) olarak sayılabilir (15).

Bipolar bozukluk önemli ölçüde hastalık, iş görememe, sosyal ve ekonomik kayıpla ilişkili, ciddi, süreğen ve sık görülen bir hastalıktır (16). Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4, bipolar II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0.3-4.8 ve siklotiminin yaşam boyu yaygınlığı %0.5-6.3 arasında değişmektedir. Bu bozukluklar için bildirilen bir yıllık ve nokta yaygınlık oranları çok daha düşüktür; bipolar I bozukluğun bir yıllık yaygınlığı %0.9-1.3 arasında, nokta yaygınlığı ise %0.4-0.5 arasındadır. Bipolar spektrum için verilen nokta yaygınlık oranı da %0.4-0.5 arasındadır. Siklotiminin bir yıllık yaygınlığının %0.5-1.4 oranında olduğu bildirilirken, nokta yaygınlığı konusunda yeterli çalışma yoktur. Aynı şekilde bipolar II bozukluğu için de gerek bir yıllık gerekse nokta yaygınlığı konusundaki çalışmalar yetersizdir (17). ABD’de yapılan ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasında bipolar bozuklukları yaşam boyu yaygınlık oranı %1.5 olarak bulunurken, Avrupa ülkelerinde yapılan ESEMED (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) çalışmasında bu oran %1.0 olarak belirlenmiştir (18).

Yakın zamana kadar bipolar bozukluğunun genel toplumdaki yaygınlığının %1’in altında olduğu kabul edilirdi. Son yıllarda yapılan çalışmalarda bu oranın %5’e kadar çıkabildiği görülmüştür (3). Amerikan Ulusal Depresif ve Manik-depresif Birliği bipolar bozukluğu olan hastaların üçte birine bozukluğun ilk 10 yılında tanı konamadığını, sıklıkla depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni, kişilik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi tanılar konduğunu bildirmiştir (19). DSM-IV tanı sistemindeki duygudurum bozuklukları için süre ya da şiddet ölçütlerini karşılamayan, bir ya da daha fazla depresif belirti gösteren bireylerde, belirgin hastalık ve işlev bozukluğu görülebilir. Bu durum Eşik altı belirtiler olarak tanımlanmaktadır (17). Hastaların bir kısmının, hipomanik belirtileri hastalık olarak kabul etmeyerek bu konuda sağlıklı bilgi vermemesi de yaygınlık oranının düşük bulunmasında etken olabilir (18). Akiskal bipolar bozukluk kavramı için, eşik altı

belirtileri de içeren 8 ayrı tanı önermiştir (3). Son yıllarda kabul gören ‘bipolar spektrum’ kavramı, bipolar I bozukluğunu, 2 gün süren hipomaninin tanı için yeterli görüldüğü bipolar II bozukluğunu, karma maniyi, ilaç sağaltımının yol açtığı hipomaniyi, yineleyen kısa hipomaniyi ve hızlı döngülü bipolar bozukluğu içermektedir (20). Bu kavram doğrultusunda Angst ve ark.’nın yaptığı Zürih alan çalışmasında bipolar bozukluk yaygınlığı %5.5 oranında bulunurken (2), Szadoczky ve ark. Macaristan’da aynı oranı %5 olarak bulmuştur (21). Literatürde bipolar spektrumun yaşam boyu yaygınlık oranı %3-6.5 arasında değişmektedir (2).

Başlangıç yaşı sıklıkla 20 civarındadır. İleri yaşlarda manik dönem daha ender görülür. Bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır (22,23). Bipolar bozukluğun depresif dönemlerinin başlangıç yaşı daha ileridir. Ailesel bipolar bozukluk öyküsü olan kişilerde ise duygudurum bozuklukları önemli ölçüde erken yaşlarda başlar. İleri yaşlarda daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (24).

Bipolar I bozukluğun görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmektedir. Bipolar II bozukluk ve ‘karma disforik mani’, ‘kış depresyonu’, ‘atipik klinik görünümlü bipolar depresyon’ ve ‘hızlı döngülü bipolar depresyon’ gibi alt tipler ise kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bipolar bozukluk erkeklerde en sık manik dönemle başlar (22).

Bekâr olmak, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak bipolar bozukluk için risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk boşanmış, ayrı yaşayan ya da dul olanlarda daha sık görülür (17).

Birçok çalışmada bipolar I bozukluk ile düşük sosyoekonomik düzey arasında zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bipolar II bozuklukta ise gerek eğitim düzeyi gerekse de sosyoekonomik düzey toplum ortalamasının üzerindedir (17).

Bipolar bozukluğu olan hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş olmasına rağmen, mani yaz mevsiminde, depresyon ise ilkbahar ve sonbahar mevsimlerinde daha sık görülür. Tekrarlayan duygudurum bozukluğu olan bireylerde %20-25 oranında mevsimsel seyir görülür (17).

Önemli bir toplumsal sorun olan özkıyım, bipolar bozukluğun seyrini olumsuz etkilemektedir. Bu hastalarda yaşam boyu özkıyım girişimi yaygınlığı %10-

15 oranındadır ve manik nöbetlerde depresif nöbetlere oranla daha sık görülmektedir (25).

2.3. Etiyolojisi

Bipolar bozukluğun etiolojisinde enfeksiyöz ajanlar, doğum travmaları, çevresel etkenler, genetik yatkınlık, kullanılan ilaç ve maddeler gibi çeşitli biyopsikososyal etkenler önemli görülmektedir (26).

Bipolar bozukluk, psikiyatrik hastalıklar içinde kalımsal özelliğin klinik anlamda en çok görüldüğü karmaşık bir genetik bozukluktur (27). Çok sayıda aile ve ikiz çalışmaları bu bozukluğun kalımsal yönünü ortaya koymuştur (17). Genetik geçiş şekli tam olarak ortaya konabilmiş değildir. Birden fazla duyarlı genin yatkınlığıyla oluştuğu sanılmaktadır (26).

Bipolar bozukluğunun toplumdaki yaygınlığı %1 civarındayken bu hastaların birinci derece akrabalarında bu oran %3-9 arasında değişmektedir (17). Monozigot ikizlerde %40-70 olan birlikte hastalanma oranı dizigotlarda %10-20 bulunmuştur (27). Biyolojik anne babasında duygudurum bozukluğu olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık verilse bile, bunlardaki bipolar bozukluğu görülme oranı normalden yüksektir. Biyolojik anne babasında bipolar bozukluğu olmayan çocuklar, bu rahatsızlıkları bulunan anne babaya evlatlık verilse bile bipolar bozukluğu riski artmaz (26). Sonuç olarak epidemiyolojik veriler, aile ve ikiz araştırmaları bipolar bozukluğun oluşumunda kalıtımın önemli rol oynadığını göstermektedir (28).

Bipolar bozukluğu için norepinefrin, serotonin ve dopaminle ilgili varsayımlar geliştirilmiştir. Beyinde nörotransmitter azalmasının depresyon etiolojisinde rol oynadığı ileri sürülmüştür (27). Manik hastaların idrarlarında norepinefrinin metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglükol (MHPG) artışının belirlenmesi ve bu artışın tedaviyle normal düzeye inmesi bipolar bozukluğunun manik döneminde norepinefrin artışını düşündürmektedir (29). Ayrıca manik hastalarda beyin omurilik sıvısı MHPG düzeyleri ve idrar homovalinik asit düzeylerinin yüksekliği bu bulguyu desteklemektedir.

Serotonin etkinliğinin azalmasının özkıyım dahil şiddet davranışı ve dürtüsel davranış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. 5-HT₂ reseptör alt tipinde etkinlik artışı

depresyona eşlik etmektedir. Depresyonda serotoninin hem artmış etkisi hem de azalmış etkisi görülebilir (29). Dopaminin bipolar duygudurum bozukluğu etiolojisindeki rolünün diğer katekolaminlere oranla daha az olduğu ileri sürülmüştür (27). Lesitin gibi asetilkolin öncülleri bazı hastalarda manik belirtileri azaltarak depresyona yol açabilmektedir. Antikolinerjik ilaçların ani kesilmesi de kolinerjik geri tepme nedeniyle depresyonda tekrarlamaya neden olmaktadır (29).

Hayvan çalışmalarında kronik strese gama amino bütirik asit (GABA) düzeyinin azaldığı, antidepresan tedaviyle GABA reseptör aktivitesinde artış olduğu gösterilmiştir (29).

Tiroid işlev bozukluğu duygudurum düzenlenmesinden sorumlu monoaminerjik sistemlerde anormal dalgalanmalar oluşturabilir (29). Ciddi ya da orta derecedeki depresyon ve mani, tirotropin serbestleştirici hormona (TRH), azalmış tirotropin uyarıcı hormon (TSH) yanıtı ile ilişkilidir (30). Klinik hipotiroidinin manik belirtilerle birlikte ortaya çıkabildiği ve klinik hipotiroidisi olan hastalarda tiroid hormonu yerine koyma tedavisinin hızlı uygulanması sonucunda da mani gelişebileceği gösterilmiştir (27). Duygudurum bozuklukları ile üreme hormonları arasında yakın bir ilişki olduğu ileri sürülmüştür (31). Histerektomi ve total ooferektomi sonrası yapılan değerlendirmelerde depresyonun artmış bulunması bu hormonların depresyon etyolojisinde rol oynadığını düşündürmüştür.

Sol frontal ön kortikal ya da subkortikal bölgelerdeki travmatik zedelenmelerde ikincil depresyon, sağ hemisfer, limbik sistem, temporobazal bölgeler, bazal ganglionlar ve talamus zedelenmelerinde ikincil mani gelişmektedir (29). Bu bulgulara dayanarak limbik-talamik-kortikal halka ve limbik-striatal-pallidal-talamik-kortikal halkadaki anatomik değişikliklerin birincil duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasından sorumlu olabileceği düşünülmektedir (29).

Dinamik yaklaşımlar mani ile depresyonun bağlantılı olduğunu varsayar ve maniyi depresyona karşı bir savunma olarak görür. Freud depresyonlarda gerçek sevgi nesnesi ya da bilinçdışı imgesel bir yitimin var olduğunu düşünür (9). Karl Abraham manik dönemlerin altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneği olduğunu düşünmüştür. Melanie Klein maninin depresyona karşı savunma düzeneği

olduğunu kabul eder, depresif durumun ise kişide sevgi nesnesi kaybı ile ortaya çıkan ve agresyonun neden olduğu anksiyete sonucu oluştuğunu ileri sürer (10).

Bilişsel görüşe göre depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden itibaren kendisine, geleceğe, dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır ve bu kavramlar giderek olumsuz yargı, düşünce ve tutumlara neden olur. Olumsuz düşünce ve kavramlardan duygulanım bozukluğu oluşur (9).

Davranışçı görüşe göre, depresyon çocukluktan beri acılı uyarılarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumu sonucu oluşmaktadır (10).

2.4. Tanı Ölçütleri ve Klinik Özellikleri

Bipolar I bozukluk tanısı koymak için en az bir manik yada karma dönemin bulunması gerekmektedir. Tekrarlayan duygudurum dönemleri olan kişilerde en son dönemin yapısını belirtmek için altı ayrı tanı seti tanımlanmıştır: Bipolar I bozukluk, tek manik dönem, en son dönem hipomanik, en son dönem manik, en son dönem karışık, en son dönem depresif, en son dönem belirlenmemiş (11).

Bipolar II bozukluk tanısı koymak için bir ya da birden fazla depresif dönemin varlığı ve en az bir hipomanik dönemin bulunması gerekmektedir. En az 2 yıl süreli olarak hipomanik belirtilerle giden birçok dönemin varlığı ve majör depresif dönemin tanı ölçütlerini karşılamayan depresif belirtilerle giden birçok dönemin bulunması halinde siklotimik bozukluk tanısı konur. Herhangi bir özgül bipolar bozukluk tanı ölçütlerini karşılamayan, bipolar özellikler gösteren bozukluklar, başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk başlığı altında tanımlanmıştır (11). Bipolar bozuklukla ilgili DSM-IV tanı ölçütleri eklerde verilmiştir.

Manik dönemde kişinin uyumunu bozarak hastaneye yatmasını gerektirecek düzeyde ağır taşkınlık olur, buna karşılık hipomanideki taşkınlık hastaneye yatışı gerektirmeyecek düzeydedir ve kısa sürer.

Manik dönemdeki hastalar genelde kendi istekleri dışında hastaneye getirilirler. Aşırı hareketli, konuşkan, coşkulu, aşırı neşeli ya da öfkeli olabilir, çevreye karşı alaycı, küçümseyici davranışlarda bulunabilir. Giyimleri sosyal ve

ekonomik konumlarıyla uyumsuz olabilir. Konuşma miktarları artmış, yüksek sesle ve hızlı konuşabilirler. Bazen konuşmaları kesilemeyecek tarzda basınçlı olur ve asıl konudan uzaklaşırlar, çağrışımları dağınık ve hızlıdır.

Duygulanımlarında coşku ya da çevresine de bulaşabilen neşe bulunabilir, engellendiklerinde öfke ve saldırganlık gelişebilir. Hastalarda kendiliğinden dikkat artmışken en küçük uyarılarla dikkat kolayca dağılır. Dikkatleri hızla başka uyarılara kayar. Duygudurumla uyumlu işitsel varsanılar görülebilir. Hastalarda uykusuzluk görülür, çok az uyumalarına rağmen uyku ihtiyacı duymazlar ve kendilerini güçlü ve enerjik hissedebilirler.

Karma manide disforik duygudurum, kızgınlık, ajitasyon, uykusuzluk, grandiyözite, cinsel istek artışı, özkıyım düşüncesi, kötülük görme sanrıları ve konfüzyon görülmektedir (20). Bipolar I bozukluğu olan hastaların %40'ının hastalığın gidişi sırasında karma mani geliştirdikleri bildirilmiştir (3). Bipolar II bozuklukta belirti yoğunluğunun daha az, gidişin daha ağır olması, bu bozukluğa bağlı özelliklerin altında kişilik özelliklerinin yattığını düşündürmektedir (20).

Depresyon dönemlerinde hastaların hareketlerinde yavaşlama ve durgunluk görülür. Konuşma miktarları azalır, yavaş ve alçak sesle konuşurlar. Genel olarak isteksizlik, keyifsizlik, etkinliklerden zevk alamamak, bunaltı ve sık ağlama isteği görülebilir. Algı bozukluğu görülmez, ancak unutkanlık sıktır.

Düşünce içeriklerinde çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, değersizlik duyguları ve özkıyım düşünceleri olabilir. Özellikle orta yaş döneminde bedensel yakınmalar da sıklıkla eşlik eder. Hareketlerde yavaşlama, konuşmada, iş yapmada zorlanmalar ve kişisel bakımda azalmalar görülebilir. İştah kaybı ya da aşırı yeme isteği, uyku artışı ya da uykusuzluk görülebilir. Halsizlik, güçsüzlük ve çabuk yorulmadan yakınırılar. Cinsel isteksizlik ve uyarılma sorunları eşlik edebilir (17,9,10,32).

2.5. Ayırıcı Tanı ve Eş Tanı

Duygudurum bozukluğu tanısının doğru olarak konamaması yetersiz tedavinin yanı sıra iş kaybı, eğitimin sürdürülememesi, boşanma ve özkıyım gibi sonuçlara yol açmaktadır (17). Bipolar bozukluğu olan hastanın ilk kez depresif yakınmalarla hekime başvurması yanlış olarak majör depresyon tanısının

konulmasına ve tedavide antidepresan başlanarak manik nöbetin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (10). Ajite depresyon, döngüsel depresyon, dönemsel uyku düzensizlikleri, dirençli depresyon, uygunsuz cinsel davranışlar, dönemsel dürtüsel davranışlar ve irritabilite, özkıyım davranışları, tutarsız kişilik özellikleri göstermek bipolar bozukluğunun göstergeleri olabilir (17).

Bir yakının kaybı ile ortaya çıkan yasta kişi kendine saygısını yitirmez, yas uzarsa özsaygı yitimi, yetersizlik ve değersizlik düşünceleri, yaşamı anlamsız görme ve depresyon görülebilir (9).

Psikotik özellik gösteren, dezorganize konuşma ve davranışların gözleendiği manik tablolar şizofreniyle karışabilir (10). Şizofrenik taşkınlık durumunda davranışlar, sanrılar ve varsanılar düzensiz, dağınık ve duygudurumla uyumsuzdur (9). Şizofrenide manik dönem ölçütlerine uyan anlamlı duygudurum bozukluğu yoktur (32). Şizofreni süregendir, bazen kısmi düzelmeler olsa da düzelmelerinde şizofreninin negatif belirtileri görülebilir. Bipolar bozuklukta ise, iyilik dönemlerinde hastalık belirtileri genelde yoktur (9).

Sınır kişilik bozukluğu olan hastalarda, yoğun disforik dönemler, irritabilite ya da anksiyete gibi duygudurum dengesizlikleri görülebilir. Karma ya da disforik atak geçiren bazı hastalara yanlışlıkla sınır kişilik bozukluğu tanısı konabilir (10).

Psödopsikoz durumları bazen mani nöbetine benzeyebilir. Çoğu birkaç günde yatıştır, bunda büyüklük sanrıları, aşırı para harcama ve saldırgan davranış görülmez (19).

Kafa travmaları, enfeksiyonlar, ağır karaciğer yetmezliği, hipertiroidi, beyin tümörleri, ameliyat sonrası deliryum durumları ve bazı ilaç zehirlenmelerinde mani ile karışabilecek taşkınlık durumları izlenebilir (9).

Genel olarak yaygın anksiyete bozukluğu ile bipolar bozukluğun eş tanı yaygınlığı %3-43 arasında verilmektedir (28). Otto ve ark. 1214 bipolar bozukluğu olan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu eş tanı yaygınlığını %16 olarak bulmuştur, bu oranın genel toplumda görülen yaygınlığın 2 katı olduğu bildirilmiştir (33). Epidemiyolojik çalışmalarda bu oran %7-21 arasında değişmektedir (34). Sosyal anksiyete bozukluğu eş tanısının %5-47.2 oranları arasında olduğu bildirilmiştir (35). Eş tanı hastaların büyük kısmında

sosyal anksiyete bozukluğunun iki uçlu bozukluktan daha önce başladığı düşünülmektedir (36).

Bipolar bozuklukta eksen II eş tanı sıklığı %40-50 olarak verilmektedir. B ve C kümesi kişilik bozuklukları daha sık görülmektedir. En sık görülen kişilik bozuklukları obsesif kompulsif, sınır, narsisistik ve çekingen kişilik bozukluklarıdır (37). Kişilik bozukluğu eş tanısı da hastalığın gidişi üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta olup, özkıyım riskinin artışı, tedaviye olumsuz yanıt ve kalıntı belirtilerin sıklığının artışıyla ilişkilidir (38).

Çeşitli ruh sağlığı kuruluşlarına başvuran, bipolar bozukluğu olan hastaların %60'ında bir diğer ruhsal bozukluk eş tanısı olduğu, bu hastaların %30'unun sağaltım gördüğü, bu hastaların %80'inde de fiziksel hastalık eş tanısı olduğu bildirilmiştir (25).

2.6. Klinik Gidiş ve Sonlanım

Genel olarak bozukluğun başlangıcı, nöbetlerin yinelemesi, iyileşme dönemleri süre, sıklık ve klinik belirtiler bakımından çok değişkendir. Mani nöbeti en az bir hafta, ortalama 4-6 hafta sürer, hipomani nöbeti ise daha kısa sürer ve daha hafif belirtilerle geçer. Tedavi edilmeyen olgularda maninin ortalama süresi 7 aydır (39). Uygun tedaviyle mani nöbeti birkaç gün içinde yatıştır. Çoğu hasta iyileşme döneminden bir süre sonra yeni bir mani ya da depresyon nöbeti geçirir. Genç yaşlarda başlayan bipolar bozukluğunda nöbet aralığı daha uzun, orta ve ileri yaşlarda başlayanlarda ise nöbet aralıkları daha kısadır. Dört yıllık izlemde en az bir kez yineleme oranı %72, iki kez yineleme oranı %45, üç ya da daha fazla yineleme oranı %28 olarak verilmektedir (39). Hastaların %15'i bir yıl içinde 4 ya da daha çok sayıda atak geçirir, bu hastalar hızlı döngülü olarak kabul edilir (10). Bipolar bozukluğu olan hastaların %13-56'sında hızlı döngü gözlemlendiği bildirilmiştir (40).

İyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlık bulgusu görülmeyebilir, hastalar yaşamlarını uyumlu şekilde sürdürebilirler. Buna rağmen hastaların bir kısmında öfori, büyüklük sanrıları, uyku sorunları, psikomotor hareket artışı, aşırı cinsel eğilim gibi süregen bulgular görülebilmektedir (41). Maniden depresyona depresyondan maniye kaymalar sık olup, koruyucu tedaviyle nöbetlerin sıklık ve şiddeti

azaltılabilmektedir (9). Bipolar bozukluk olgularında özkıyım girişimi oranı % 25, özkıyım sonucu ölüm ise % 10 olarak verilmektedir (39).

Hafif ya da orta şiddette depresyon nöbeti iki üç haftadan birkaç aya kadar sürer. Bir nöbet geçiren olguların yarısında hastalık yineleyebilir, nöbet sayısı arttıkça yineleme riski de artar. İlk nöbetten sonra %50, ikinci nöbetten sonra %70, üçüncü nöbetten sonra %90 yineleme riskinin olduğu bildirilmiştir (39). Nöbetin süresi hastalığın doğal gidişine, psikososyal etkenlere, yetersiz ve eksik sağaltıma bağlı olabilir (9). Sağaltım görmeyenlerde özkıyım girişimi sıklıktır. Genç yaşta başlayan depresyonlarda iyilik dönemi daha uzun sürer ve yinelemeler daha azdır. Yaş ilerledikçe depresyon nöbetlerinin sıklığı ve şiddeti artar. Sık depresyon nöbeti geçirenlerde ileri dönemlerde iş ve aile yaşamında önemli sorunlar görülür. Depresyon tanısıyla antidepresan başlanan hastaların %5-10'unda bipolar bozukluk gelişmektedir (42). Bipolar II bozukluk ise sıklıkla stabil bir gidiş gösterir ve nadiren bipolar I bozukluğa geçiş gösterir (17).

2.7. Sağaltım

Alan çalışmalarında Bipolar I bozukluklu hastaların % 40 kadarının sağaltım almadığı ve doktor gözetiminde olanlarında kaygı verici ölçüde fazla miktarının uygunsuz tedavi aldığı tahmin edilmektedir(1). Son zamanlardaki çalışma serilerinde unipolar depresyon'lu hastaların % 25-55'inin daha sonra Bipolar II veya BTA Bipolar bozukluk tanısı aldığı öne sürülmektedir(17). Bipolar bozuklukta sağaltım, akut dönem ve sürdürüm dönemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Belirti dönemlerinin sağaltımı ise başlıca hipomanik, manik, karma ve depresif dönemlerin sağaltımı olarak ayrılmaktadır. Akut mani sağaltımının amaçları; riskli davranışların denetim altına alınması, hastanın ve çevrenin güvenliğinin sağlanması, belirtilerin yatıştırılması ve yeni hastalık dönemlerinin önlenmesine yönelik koruyucu sağaltıma hazırlık yapılmasıdır. BPB sağaltımında temel ilaçlar duygudurum dengeleyicilerdir. Akut dönemde, benzodiazepinler ve antipsikotikler de sağaltıma belli bir süre eklenebilir. İlaç seçiminde hastanın öforik ya da karma manisinin olması dikkate alınmalıdır. Ayrıca, psikotik belirtiler, hızlı döngü, belirti şiddeti, birlikte bulunan organik ve psikiyatrik bozukluklar, daha önceki sağaltım ve bu sağaltıma yanıt açıklığı kavuşturulmalıdır. Genel olarak lityum, klasik belirtileri (öforik mani) olan

ve hafif şiddetteki olgularda ilk seçenektir. Karma manide, psikotik manide ve daha ağır mani formlarında sodyum valproat, lityuma tercih edilebilir. Hızlı döngülü olgularda sodyum valproat veya lamotrijin tercih edilmelidir. Özellikle hızlı kontrolün gerektiği şiddetli ajitasyonu olan hastalarda antipsikotikler ve benzodiyazepinler sağaltıma eklenebilir. Dirençli durumlarda ve gebelikte ise elektrokonvulsif terapi önerilmektedir. Manik tablo düzelince antipsikotikler kesilip, duygudurum dengeleyicilerle (DDD) devam edilir. Geçirilmiş dönem sayısının azlığı, hızlı döngü olmaması, madde kötü kullanımının olmaması, karma mani olmaması ve öforik mani varlığı lityum seçim ölçütleriyken; Karma- disforik maninin varlığı, hızlı döngü varlığı, öncesinde iyi yanıt alınması ve madde kötü kullanımı ise valproik asit seçim ölçütleridir (50).

Bipolar depresif dönem sağaltımının amacı, özkıyım riskini gözeterek hastayı, olabilecek en etkili ve hızlı biçimde depresyondan çıkarmaktır. Depresyonun iyileşmesini hedeflerken, manik kayma, döngü hızlanması gibi süreçlere karşı da kaygı duyulmalı ve önlemler en üst düzeyde tutulmalıdır. Duygudurum dengeleyicilerin sağaltımda yer alması, özellikle manik kayma ve döngü hızlanmasına karşı çok önemlidir (50,51) Birçok çalışma kılavuzunda eğer doz en yüksek dozun altındaysa kullanılan duygudurum dengeleyicisinin dozunun artırılması ilk adım olarak önerilmektedir. Ancak bu yaklaşıma ilişkin çok fazla kanıt bulunmamaktadır. Klasik olgularda ilk seçenek lityumdur. Yanıt alınamayan ve şiddetli durumlarda sağaltıma antidepresanlar ve lamotrijin eklenir. Antidepresanların düşük dozda başlanması, etkili olan en düşük dozun kullanılması ve antidepresan sağaltımın uzun sürdürülmemesi önerilmektedir. Daha çok SSGİ'leri ve bupropiyon tercih edilmekte olup, ağır, katatonik ya da psikotik özellikli depresyonda ve gebelerde elektrokonvulsif terapi uygulanır.

Bipolar II hızlı döngülü olgularda sürdürümde tek başına etkili olduğuna ilişkin verilerden dolayı lamotrijin ilk seçenektir(51).

Bipolar bozuklukta akut dönem sağaltımından sonra idame sağaltıma geçilir. İdame sağaltımın amacı, depresif kayma, rölaps ve nöksleri önlemektir (52,53).Olası yeni dönemlerin önlenmesi hedeflenir(54). Hastaların çoğunda koruyucu sağaltıma akut dönemde etkili olan ilaçla devam edilir. Akut dönemin manik olduğu durumda

duygudurum dengeleyicisinin dozunun azaltılması düşünölmelidir. Lityum ve sodyum valproat için maninin kontrolünde gereken dozun % 25 kadar azaltılmasını destekleyen veriler bulunmaktadır (55). Koruyucu sağaltıma genellikle hasta ikinci duygudurum dönemini geçirdikten sonra başlanır. Ailede bipolar hastalık öyküsü varsa ya da ilk dönem çok ağır geçtiyse koruyucu sağaltıma hemen başlanabilir.

Psikososyal yaklaşımlar ile hastanın etkin biçimde ve gerçekçi düzeyde, hastalığı kendi denetiminde tutma çabası gösteren bir kişi haline gelmesi, psikososyal sorunlarla başa çıkması ve psikososyal işlevselliğın arttırılması hedeflenir.

2.8. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Bipolar Hastalık

Yaşam kalitesi, temel anlamda, kişinin fiziksel, emosyonel, sosyal, mesleki ve ruhsal iyilik halinin bir toplamı şeklinde tarif edilebilir. Bununla birlikte bu tarif yaşam kalitesi kavramını nelerin oluşturduğu konusunda tam bir uzlaşma olmaması gerçeğı ile karmaşıklaşabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, bireylerin yaşadıkları değer sistemleri ve kültür bağlamında, hedefleri, umutları, standartları, ilgi alanları ile ilişkili olarak bireylerin, hayatta buldukları durumu algılayış biçimi olarak tariflemiştir (4). İyi yaşam kalitesi, iyi sağlıktan daha fazlasını kapsamaktadır. Halen, yaşam kalitesinin iyilik halinin önemli bir belirteci olduğunu ve hastanın sağlığını değerlendirirken göz önünde bulundurmamız gerektiğini öne süren giderek artan sayıda kanıt mevcuttur (5).

Yaşam kalitesi kavramının hem subjektif hem de objektif boyutu vardır. “Kendini iyi hissetme”, “yaşamdan doyum sağlama” ve “mutluluk” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının subjektif boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir. “Bağımsız yaşayabilme”, “kişilerarası ilişkiler”, ”üretken olma” gibi ifadeler ise objektif göstergeleri oluşturur ve sosyal fonksiyonel normları ve yaşam tarzını yansıtır. (74,75). Bağlantılı olarak, yaşam kalitesi tayininde, subjektif (hastanın kendi değerlendirmesi) ve objektif (uzman derecelendirmesi) değerlendirmeler kullanılır. Yaşam kalitesinde, hastaların subjektif ve klinisyenin objektif algılaması birbirinden oldukça farklıdır ve objektif ve subjektif değerlendirme arasındaki ilişki her zaman birbiriyle uyumlu değildir. Yaşam kalitesi, hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken,

psikiyatristler için hastalığın semptomlarına yönelik yetiyitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır. Her iki değerlendirme boyutunun da bazı kısıtlamaları vardır. Bu kısıtlamaların temel nedenleri arasında uluslararası olarak kabul edilen ölçeklerin kullanılmaması ve sağlıklı kontrollerden gelen yaşam kalitesi verilerinin bulunmaması sayılabilir (74). Sosyodemografik ve klinik değişkenler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki bir çok çalışmaya konu olmakla beraber, bu değişkenlerin etkisi açısından kesin sonuca varmak güçtür. Yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar alınmasının nedenlerinden bir tanesi subjektif yaşam kalitesi kavramının çalışmalar arasında farklılık göstermesidir. Bazı değişkenler belirgin popülasyonları farklı etkileyebilir ve yaşam kalitesinin değişik boyutlarında farklı etkileri olabilir.

Klasik olarak bipolar bozuklukta gidiş ve sonlanım ölçümleri yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı ya da belirtilerde düzelme oranı gibi klinik ölçütlerle nesnel olarak değerlendirilir (Michalak et al. 2006). Ancak son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalık dönemlerinde başarıyla uygulanması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler ilgi odağı olmaktadır. DSM Eksen V'te yer alan işlevselliğin genel değerlendirilmesi (İGD) genel işlevselliği yalnızca bir boyutta değerlendirme sağlar. Ancak, özellikle bipolar bozukluğu olan hastalarda, bir alanda sorun ya da bozulma olabilirken, diğer alanlar tamamen sağlam kalabilmektedir. Aslında, genel işlevsellik ekseninin içeriği ve yapısı çeşitli alanları kapsamalıdır (Mezzich 1997). İşlevselliğin değerlendirilmesinde sosyal alan bulunmaktadır ve ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içerir; ruhsal alan ise zihinsel, cinsel, duygusal işlevsellik gibi alanlardan oluşur. Diğer yandan, damgalanma bipolar hastaların işlevselliğinde önemli bir sorun oluşturmaktadır (Aydemir 2004). Belirtilerin ötesinde, dönemler arası evrede işlevsellik geniş biçimde duygusal, cinsel, zihinsel, mesleki alanlardan oluşmalıdır. Hatta Michalak ve arkadaşları (2005) bağımsızlık, kişisel inançlar ya da damgalanma gibi alanların da dikkate alınması gerektiğini bildirmişlerdir.

Bipolar bozukluğu olan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma yansımaları araştırılmıştır. Bipolar bozukluk kişisel veya toplumsal olarak maliyetli, karmaşık ve kronik bir durumdur. BB hastalarda sıklıkla bulunan düşük yaşam kalitesi, yeti yitimi

ve sıkıntı halinde önemli role sahip olan stigma büyük araştırmaların konusu olmuştur(76).

Damgalanma bipolar hastaların %54.6'sının hissettiği ciddi bir sorundur. Toplum tarafından damgalanma algısı bu hastaların kendilik saygısındaki azalmanın en önemli belirleyicisidir. Bipolar hastalar arasında ilaç tedavilerinin ciddi yan etkiler oluşturabileceği inancı %18.3, bağımlılık yaratabileceği inancı ise %11.5 oranında olup bu durum ilaç tedavisini bırakmaya neden olabilmektedir. Bu inançları besleyen unsurlar da ilaç kullanıyor olmanın yarattığı toplumsal damgalanma algısıdır. Damgalanma kaygısı taşıyan hastalar, toplumsal işlevsellikte ve boş zaman faaliyetlerinde daha kötüdürler. Hastaların toplumdan kendilerine yönelik algıladıkları damgalanma anlamlı toplumsal ilişki kurmalarını engellemektedir. Hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte, hasta kadar hasta yakınları da bipolar bozukluktan etkilenmektedirler. Bu hasta bakım rolü çok verici olmayı gerektiren, çok gerginlik yaratan ve hasta yakınlarının da sağlığını tehdit eden bir roldür. Bipolar hasta yakınları %70 oranında toplumun hastalarını damgaladığına ve %43 oranında da hasta yakınlarını yani kendilerini damgaladığına inandıklarını belirtmişlerdir. Yani hasta yakınları da neredeyse bipolar hastaları kadar etkilenmektedirler (77).

Son zamanlarda bipolar bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi diğer psikiyatrik durumlarda olduğu gibi artan bir şekilde dikkati çekmektedir (5). Uluslararası hastalık yükü çalışmalarına (78) göre psikiyatrik hastalıklar içinde bipolar bozukluk depresyondan sonra ve şizofreniden önce yeti yitiminin ikinci nedeni olarak kabul edilmektedir (79,80). Epizodlarla karakterize olan bipolar bozukluk hasta ve ailesinin yaşantısını ciddi şekilde bozabilir. Bipolar bozukluğuun genel popülasyonla, SF-36 kullanılarak yapılan karşılaştırma çalışmalarında, yaşam kalitesi mental sağlık puanları düşük bulunmuştur. Bipolar bozukluğuun yaşam kalitesi üzerine olan etkisi şizofreniye göre daha düşüktür. Multiple skleroz, kronik renal yetmezlik ve romatoid artrit gibi kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerine olan etkisiyle benzerdir. Yaşam kalitesi, bipolar II bozukluğu olan hastalarda bipolar I bozukluğu olan hastalara göre daha düşüktür (81). Kadın cinsiyet, hastanede yatış süresi, hospitalizasyon sayısının fazlalığı, hastalık süresi, erken yaşta başlangıçlı hastalar fazla depresif epizod yaşadıkları için yaşam kaliteleri daha fazla etkilenir. Birçok çalışmada da yaşam kalitesi dşklğu depresif semptomlarla ilişkili

bulunmuştur. Bipolar hastalarda yaşam kalitesi mental sağlık skorları genel popülasyona göre düşüktür ve ötimik bipolar hastaların yaşam kalitesi skorları non-ötimik hastalarla genel popülasyon arasında bulunmuştur. Sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu kabul edilir. Bipolar hastaların ötimik dönemde yaşam kalitesi genel popülasyona göre düşüktür ve yaşam kalitesinin, bipolar hastalık tipi, başlangıç yaşı, depresif semptom varlığı, yüksek nikotin bağımlılığı ve sosyal destek zayıflığından etkilendiği görülmektedir (82).

Bipolar bozukluk genellikle şizofreniden daha iyi işlevsellik sonuçları olan bir hastalık olarak kabul edilir. Klinik remisyonadaki bipolar hastalarda bile düşük işlevsellik mevcuttur. Bipolar hastalığın akut fazından sonraki dönemde hastanın, sosyal, aile ve iş hayatını önemli ölçüde etkilemektedir. Bilişsel bozukluk ve subsendromal semptomlar, bipolar bozuklukta yeti yitimi ve düşük işlevsellik riskini artıran belirteçler olarak görülmektedir. Uygun farmakolojik ve psikolojik müdahaleler hastalıkta yeti kaybını azaltıp, işlevsellik düzeyini yükseltebilirler. Potansiyel hedef, nörokognitif defisidler, komorbidite ve kalıntı semptomlar üzerine odaklanmalıdır. Bipolar bozukluk psikososyal ve biyolojik faktörlerin arasındaki dinamik ve kompleks etkileşimi içeren çok boyutlu bozukluktur (83). Bipolar bozukluk dünya çapında yeti yitiminin 10 nedeninden birisidir (84) ve şizofreniye göre daha iyi sonuçlara sahip olduğu kabul edilir. Ancak bipolar hastaların önemli bir kısmında kalıcı subsendromal belirtiler olduğu için yaşamlarının yarıdan fazlasını farmakolojik tedavi almalarına rağmen semptomatik olarak geçirirler (85,86). Tam remisyonunda olan hastalarda bile işlevselliğin premorbid dönemdeki duruma dönmesi güç olmaktadır (8, 87). Bununla birlikte bipolar hastaların psikososyal sonuçları genel olarak psikozlu hastalara göre daha az ilgi görmektedir (88). Biyopsikososyal sağlık modeli dayanaklı uluslararası işlevsellik ve yeti yitimi, çevresel faktörlerin ve semptomatolojinin etkileşiminin işlevselliğe olan etkisini açıklar. İşlevsellik, kişilerarası ilişki kurabilme, bağımsız yaşayabilme, eğlence aktivitelerini yerine getirme ve çalışma kapasitesini içeren kompleks bir kavramdır. Klinik ve fonksiyonel iyileşme arasında fark olmasına rağmen, bipolar hastaların işlevselliğini içeren faktörlerin araştırıldığı çalışmalar çok azdır. Bipolar hastalardaki sonuçları etkileyen klinik değişkenler şunlardır; 1) Başlangıç yaşı, 2) Epizot sıklığı, 3) Subklinik semptomlar, 4) Hızlı döngülülük, 5) Psikotik semptomlar, 6) Karma

semptomlar, 7) Tedaviye uyum, 8) Psikiyatrik ve tıbbi komorbidite, 9) Çevre, sosyal destek ve yaşam olayları gibi diğer faktörler (89,90). Nörobilişsel işlev bozukluğu iyi araştırılmamış olmasına rağmen işlevselliğin muhtemel göstergesidir. Buna ek olarak farmakolojik yan etkiler bipolar hastalarda işlevselliği etkileyebilir. Bipolar hastalarda sosyal yetersizlik depresif bulgularla ilişkili bulunmuştur. Manik ya da depresif atağın düzelmesinden sonra premorbid sosyal işlevselliğe geri dönmeleri beklenirken, birçok yazara göre hastalarda sosyal yeti kaybı tam olarak düzelmez. Üstelik düşük sosyal işlevsellik her durumda depresif semptomlara da yol açabilir. Bu bakımdan sosyal işlevsellik kaybı kısa zamanda ortaya çıkacak relapsın öngörücüsüdür. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında genel olarak bipolar bozukluğu olan hastalarda sosyal işlevselliklerinin, kişiler arası ilişkilerin, eğlence aktivitelerinin ve genel memnuniyetlerinin daha kötü olduğu rapor edilmiştir.

Bipolar bozukluklu popülasyonun yüzde 50'den azı daha aktif olarak çalışmaktadır. 46–58 yaş arası bipolar bozukluklu hasta grubunun işsizlik oranı toplum ortalamasının üzerindedir ve eğitim seviyesi toplum ortalamaları ile benzerdir. Veriler bipolar depresyondaki işsizlik oranının unipolar depresyon hastalarından daha yüksek olduğunu göstermektedir (91). Avustralya genel popülasyonundaki çalışmada, bipolar hastalarda yeti kaybının major depresif hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluklu hastaların büyük bir kısmının meslek yaşantısında şiddetli bozulma olduğunu göstermiştir (92). En sık rastlanan zorluklar işe devamsızlık, sürekli hastalık, iş kaybı, bozuk iş yönetimi, damgalanma ve iş yerindeki kişiler arası problemler olarak sayılmaktadır. Hastalıktaki progresyona bağlı olarak bipolar hastalar genellikle işlerine geri dönemezler ve dönseler bile iş yerlerinde düşük kapasite sergilerler. Bipolar hasta yakınlarının yükü unipolar hasta yakınlarından daha fazla bulunmuştur. Bunda da manik epizodlara bağlı sosyal bozulmanın etkili olduğu belirtilmiştir. Hastalığın yükünün; hastalığın süresi ve hastaların yeti yitiminin şiddeti ile orantılı olduğu bulunmuştur (93).

Bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin %93'ünün hastanın davranışsal problemleri ile ilgili sıkıntıya girdikleri, buna bağlı olarak sosyal işlevselliklerinin bozulduğu ya da bakıcıların iş yaşantısının, sosyal ve boş zamanlarının olumsuz etkilendiği görülmektedir. Ötimik bipolar hastaların eşleri,

finansal zorluk, işsizlik, evlilik sorunları, tekrarlayan hastane yatışları ve hastalığa bağlı sosyal geri çekilme gibi zorluklar dile getirmişlerdir. Bipolar I bozukluğu olan hastaların yakınlarında da bipolar bozukluk ve diğer duygudurum bozuklukları olabilir. Bu durum hastanın ve ailenin yükünü daha da artırmaktadır (94, 95). Bipolar bozukluğu olan hastaların büyük kısmı dul, ayrılmış veya boşanmıştır. Subsendromal manik semptom veya hipomanisi olan mani hastaları, ruhsal bozuklukları olmayan kişilerle karşılaştırıldığında evliliklerinde daha çok bozulma tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk önemli oranda aileye yük getirmektedir. Öte yandan aile ve aile üyelerinin tutumu, yakın desteği hastaların işlevsellikleri üzerine olumlu etki gösterir. Bipolar hastalaradaki düşük işlevsellik; 1) Tedaviye uyumsuzluk (96) 2) Komorbid madde kötüye kullanımı (97,98,99) 3) Anksiyete bozuklukları (100, 101) 4) Karma affektif durumlar (102, 103) 5) Psikoz (104, 105) 6) Geçirilmiş epizod sayısı (8, 106, 107, 108) 7) Hızlı döngülülük (109,110) 8) Suisidal davranış ve tıbbi komorbidite (109, 111, 112) 9) Kişilik özellikleri (113) 10) Hastaneye yatış (114,115, 116, 117) ve bunlarla ilişkilidir.

Bipolar hastalarda subsendromal semptomlar çok fazladır. Bunlar işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etki eder ve relaps riskini artırabilirler. Artrit, DM ve hipertansiyonu içeren kronik hastalıklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta subsendromal semptomlardan özellikle depresif olanları hem mesleki hem sosyal işlevsellik kaybıyla pozitif olarak kolerebilir (118, 112). Yeterli tedaviye rağmen bipolar hastaların çoğunun semptomatik olduğu kanıtlanmıştır. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda subsendromal depresif semptomların hipomanik ya da mikst semptomlara göre daha yaygın olduğu bulunmuştur (119,120, 121, 122). Bipolar depresyon tıbbi komorbidite, mortalite ve yeti yitimi ile ilişkilidir. Bipolar hastalarda depresif faz manik faza göre daha fazladır. Depresif fazda psikososyal bozukluk ve yeti yitimi ile sonuçlanır (123). Depresif epizodların meslek, aile ve sosyal yaşantıdaki bozulmaya etkileri manik epizodlardan daha fazladır (124, 116). Manik hastalardaki subjektif yaşam kalitesinin fonksiyonel sonuçları objektif değildir. Bipolar I ve bipolar II hastalarda 5 yıllık izlem sonucunda psikososyal yeti yitimi ile ilgili fark bulunmamıştır. Bipolar II hastalarında subsendromal hipomanik semptomlar işlevsellik kaybına yol açar (125).

Bipolar bozukluğu olan hastaların yaklaşık 3'te birinde belirtiler 15 yaşından önce başlar ve adölesanlarda görülme sıklığı yüzde birdir (126,127). Birinci basamakta tedavi edilen bipolar hastalardaki işlevsellik düzeyinin diğer klinik durumlarla (kronik hastalık, hızlı döngü, suicidal davranış, psikiyatrik komorbidite, hipotiroidi, DM) ve bunların tedavisi ile ilgili korelasyonu iyi araştırılmıştır. Komorbid tıbbi hastalığın tedavisi kötü sonuç riskini azaltabilir. Keck ve ark. (128) psikoz bulgusu olan ve olmayan hastalarda sosyal ve mesleki işlevsellik açısından fark bulmamışlar ancak işlevsellik ve yeti yitimine en çok etki eden faktörlerin subsendromal depresif semptomlar, komorbid durumlar, özellikle madde kötüye kullanımı ve anksiyete bozuklukları olduğunu belirlemişlerdir. Tıbbi hastalıklar veya kişilik bozuklukları gibi komorbid durumlarla ilgili daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bipolar hastalardaki klinik değişiklikler kognisyondan daha fazla fonksiyonel olması nedeniyle bu hastalarda psikososyal fonksiyonlar içinde rutin olarak kognitif fonksiyonlar değerlendirilmemektedir (129). Genel olarak bakıldığında bilişsel bozukluğun şizofrenide daha fazla olduğu fakat bipolar bozuklukta olmadığı düşünülebilir. Fakat bilinmektedir ki bu iki hastalık arasında nöropsikolojik farklılık azdır. Düşük psikososyal işlevselliği olan hastalarda yaygın sözel bellek kusuru, basit görevleri yapamama, bilgi geri çağırımı konusunda zorlanma ve sözlü bilgilerde geri kalma daha çok görülür. Ötimik bipolar hastalarda sözel bellek bozukluğu meslek başarısını etkilemektedir. Uzun vadeli bilgileri hatırlamakta zorluk çeken bipolar hastalar için bu durum mesleki işlevsellik ve kişiler arası ilişkiler açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Genel olarak hastalar hem yakın hem uzak geçmişteki konuşma ve isimleri hatırlamakta zorlanmaktan şikâyet ederler. Frontal yürütücü işlev bozuklukları olanlarda psikososyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu ileri sürülmüştür. Bugüne kadar bilişsel işlevler üzerine uzunlamasına iki çalışma yapılmış ve bir yılın sonunda işlevsel düzelmenin göstergesi olarak dikkat ve sözel akıcılık belirlenmiştir (130). Kognitif fonksiyonlar; hipokampus, amigdala ve prefrontal sistem gibi limbik yapıları içerir ve bunlar arasındaki bağlantılar kişiler arası ilişkiler, çalışma fonksiyonelliği veya akademik başarı için gereklidir. Kognitif yetileri içeren bellek, planlama, problem çözme stratejisi, emosyonel durum veya

sosyal kognisyon yetileri yine farklı psikososyal durumlarla başa çıkmak için gereklidir.

Bazı otörler tarafından premorbid sosyal işlevsellikte bozulmanın sadece şizofreniye özgü olmayıp bipolar bozuklukta da görüldüğü öne sürülmüştür. Psikotik semptomsuz bipolar hastalarla karşılaştırıldığında şizofrenide davranışsal, dil ve entelektüel işlevsellik daha düşük bulunmuştur. Bu yazarlara göre bipolar hastalarda psikotik belirtilerin olmaması işlevsellik yönünden iyi bir gösterge olabilir (131).

Farmakolojik faktörler açısından polifarmakoterapi, hızlı döngülülük veya şiddetli yan etkilere sahip olması yanı sıra düşük GAF skorlarına neden olmaktadır(132). Şiddetli hastalık sebebiyle yaygın olarak kullanılan polifarmakoterapi ve hastalığın patolojisi ilaç etkileşimi ve artan yan etkiler gibi düşük işlevsellikle bağlantılı olabilir. Lityumun terapötik kan düzeyinde olan hastalarda kan düzeyi düşük olanlara göre psikososyal işlevsellik daha iyidir. Bunun nedeni olasılıkla tedaviye uyumun işlevsellik için önemli bir role sahip olmasındandır (133).

Tedavi edilen ötimik hastalardaki işlevsellik kaybı bipolar hastalığı dünyadaki non-fatal hastalık yükü sebepleri arasında 7. sırada yer almasına neden olmuştur.

Psikotik bozukluklar içinde yeralan şizoaffektif bozuklukta yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bipolar-I bozukluğu olanlara göre oldukça düşük ve şizofren hastalarıyla benzer veya çok az düşük bulunmuştur. Psikotik bozuklukların yaşam kalitesinin düşüklüğündeki belirleyici depresif semptomların varlığı olarak düşünülmekte ve subjektif yaşam kalitesi kaybı objektif kayıptan daha düşük bulunmuştur (134).

Komorbidite yaşam kalitesi düşüklüğüyle ilişkilidir. Komorbidite varlığında psikiyatrik bozukluk temel tanılılar ve bipolar bozuklukta yaşam kalitesi azalmış olarak bulunmuştur. İki veya daha fazla komorbidite varlığında yaşam kalitesinde önemli ölçüde kayıp mevcuttur. Eksen-I depresif ve anksiyete komorbiditesi yaşam kalitesini ciddi olarak azaltmaktadır (135).

Bipolar bozuklukta işlevsellik ve yaşam kalitesi çalışmalarında, ya SF-36 gibi sık kullanılan ama özgül olmayan ölçekler ya da Q-LES-Q veya LFQ gibi

duygudurum bozukluklarına özgü olarak geliştirilmiş yaygın olmayan araçlar seçilmektedir. Q-LES-Q (Yaşam Kalitesi Haz ve Doyum Alma Anketi; Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire) bu alanda en sık kullanılan ölçeklerden birisidir (Endicott ve ark. 1993). Q-LES-Q birçok alanda geçerli ölçümler sağlasa bile, zihinsel ve cinsel işlevsellik ya da damgalanma gibi bazı alanlar eksiktir. Diğer yandan, LFQ (Yaşamda İşlevsellik Anketi; Life Functioning Questionnaire) duygudurum bozukluklarında işlevselliğin değerlendirilmesinde kullanılan, uygulanması kolay olmayan ve pek çok ayrıntı gerektiren bir ölçektir (136).

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (137).

Genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçekler, Jenerik (Genel) ölçeklerdir. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduklarından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilirler ve özellikle yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En yaygın kullanılanlar arasında ülkemizde de uluslararası düzeyde yaygın kullanılan ölçekler, Türkçe'ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesi yapılmış olan SF-36 ve WHOQOL-BREF'tir (138).

Bipolar bozukluk, kronik gidişli ve kesin ilaç tedavisi gerektirir (akut episod ve koruyucu amaçlı) bir hastalıktır. Bipolar bozukluk kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilemekte, şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açmaktadır (8). Sonuçlar bipolar bozuklukta, toplum içi iletişim

sorunları ve sosyal işlevsellikte bozulmanın, genel işlevsellik ve iyilik halini olumsuz olarak algılamaya neden olduğu doğrultusundadır. Bipolar hastalarda yeterli düzeyde sürdürme sağaltımına karşın, psikososyal bozulma ve yeti yitimi sık bildirilen bir durumdur.

Yaşam kalitesi son yıllarda psikiyatrik hastalıklar için sık adı geçen bir kavram haline gelmiştir. Bu çalışmada yaşam kalitesi ölçümünü günümüzde en yaygın kullanılan, mevcut verilerin büyüklüğü, ölçeğin kabul edilebilir psikometrik özellikleri ve detaylı normatif verileri nedeniyle önerilen Kısa Form 36 (Short Form-36; SF-36) ile yapmak amaçlanmıştır (6,7). SF-36 ölçeği ülkemizde Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, güvenilir bir genel sağlık durumu ölçeğidir (43).

Bipolar bozuklukta yaşam kalitesinin düştüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur (43,44). Bipolar bozukluk geleneksel olarak, yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı, belirtilerin derecesi gibi nesnel ölçütlerle değerlendirilmekteydi. Günümüzde ise sağaltım konusundaki çalışmalar, iyi olmanın nesnel ve öznel ölçütlerini içermektedir. Bu açıdan yaşam kalitesi, günümüzde üzerinde durulan bir çalışma alanıdır (45).

Bipolar bozukluğu olan hastalar fiziksel ve sosyal işlevsellik alanlarında, genel topluma oranla önemli bozukluklar göstermektedir. Bozukluğun düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi, bireyin ailesel, mesleki ve sosyal uyumunu; fiziksel, emosyonel, sosyal ve işlevsel iyilik halini ve bir bütün olarak yaşam kalitesini bozmaktadır (46). Artan kanıtlar bu hastalarda, düzelen ilk hastalık nöbetinden sonra ve nöbetler arasındaki iyilik dönemleri sırasında da işlevsellikte bozulmanın görüldüğü yönündedir (47). Duygudurum düzenleyici ilaç kullananlarda genel işlevsellik düzeyi daha yüksek bulunmuştur (48). Yirmi beş yaşında bipolar bozukluk tanısı konan bir kadında, ortalama yaşam beklentisinde 9 yıl, üretkenliğinde 14 yıl ve normal sağlığında 12 yıllık bir kayıp oluşacağı ileri sürülmüştür (43).

Bipolar bozukluğu olan hastalara tanının geç konması, bir süre uygun sağaltım almamaları ya da hiç sağaltım görmemeleri, bir kısmının sağaltım önerilerine uymaması gibi nedenler bozukluğun gidişini olumsuz etkilemektedir (19).

Hastalarda belirti olmaması hastaların işlevselliğinin düzeldiğini göstermemektedir. Bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların işlevselliğinde, ilk manik nöbetlerinden 6 ay sonra %30, 24 ay sonra %38 oranında düzelme görülmüştür (49). Bu bulgular bipolar bozukluğu olan hastalarda sendromal düzelmeyi ölçmeye ek olarak, işlevsel düzelmeyi ölçmenin de önemini göstermektedir. Yaşam kalitesi, işlevselliğin bir ölçüsüdür ve sadece klinik iyileşme değil, işlevsel iyileşmeyi sağlayacak yeni tedavi stratejilerine ihtiyaç vardır.

2.9. Çalışmanın Amacı.

Bu çalışmada SDÜ psikiyatri kliniğinde ayaktan takipli Bipolar bozukluk tanılı hastaların iyilik durumunda yaşam kalitelerini ölçmek, hasta verilerini hasta yakınlarının ve sağlıklı kontrollerin yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlarıyla karşılaştırılmak, sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini saptamak ve Bipolar hasta yakınlarının yaşam kalitesi açısından nasıl etkilendiklerini ölçmek amaçlanmıştır.

3. YÖNTEM ve ARAÇLAR

Çalışmaya, 2010 yılında 4 aylık süre içerisinde SDÜ psikiyatri polikliniğinden ayaktan takip ve tedavi alan ve DSM-IV'e göre 'Bipolar Bozukluk' tanı ölçütlerini karşılayan 18-65 yaş arası 50 hasta, 50 hasta yakını ve 50 sağlıklı gönüllü (kontrol) olmak üzere toplam 150 kişi dahil edilmiştir.

3.1. Örneklem Grubu

Çalışmaya, SDÜ Psikiyatri polikliniğinden ayaktan takip ve tedavi gören, 18-65 yaş grubunda, en az ilköğretim mezunu ve DSM IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (Structured Clinical Interview for DSM IV-SCID-I) kullanılarak bipolar bozukluk tanısı alan, Young Mani Derecelendirme Ölçeğinden (YMRS) ve Hamilton Depresyon Ölçeğinden (HAM-D) 7'nin altında puan alan, en az 1 aydır ötimik olarak değerlendirilmiş, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmış 50 hasta ile, çalışmaya alınmış hastanın eş ya da birlikte yaşayan I. Derece akrabası (anne, baba veya kardeş) olan, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmış 50 hasta yakını dahil edilmiştir. Öz geçmişinde psikiyatrik hastalık olmayan ve SCID-I kulanılarak eksen-I bozukluğu saptanmamış, yeti yitimine yol açacak herhangi bir bilinen kronik hastalığı olmayan, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmış 50 sağlıklı gönüllü kontrol grubu olarak seçilmiştir.

3.2. Tanı ve Veri Toplama Araçları

Hastalık tanıları, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği SCID-I kullanılarak belirlenmiştir. Tüm bipolar bozukluk hastaları Sosyodemografik Bilgi Formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ile değerlendirilmiştir.

Hasta, hasta yakını ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ile ilişkili verileri, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve Sosyodemografik Bilgi Formu araçları kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylerin yazılı onamları alınmıştır.

SF-36 (Kısa form-36) günümüzde yaşam kalitesi ölçümünde en yaygın kullanılan jenerik ölçek olup, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu

yönlerini de değerlendirebilir ve özürllükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. SF-36; fiziksel işlevsellik, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal işlevsellik, ruhsal (mental) sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın sekiz alt boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Fiziksel işlevsellik alanında; gün boyunca yapılan fiziksel etkinliklerle ilgili olup, fonksiyonlar banyo yapma ve giyinmekten, koşmak, ağır kaldırmaya kadar değişir. Hastaya bu alanlarda kısıtlanma derecesi sorulur. Yıkınma ve giyinme dahil tüm etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık, düşük puanı gösterir. En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme yüksek puanı gösterir. Sosyal işlevsellik alanında; son 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sorunların, aile, arkadaş ve komşularla olan sosyal etkinliklere olan etki derecesi ve sıklığı sorgulanır. Toplumsal etkinliklerde kesintiye uğrama düşük, olağan toplumsal etkinlikleri yürütme yüksek puanı gösterir. Fiziksel rol kısıtlılığı; son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığın sonucu olarak iş veya günlük etkinliklerde, harcanan zamanı, kısıtlanmaları ve hedeflenenin başarım derecesini içerir. Emosyonel rol kısıtlılığı; son 4 hafta boyunca duygusal sorunların iş veya günlük etkinliklerdeki, harcanan zamanı, hedeflenenin başarım derecesini ve dikkati içerir. Mental sağlık; son 4 hafta boyunca şahsın neler hissettiği (sinirlilik, neşesizlik, keder, hüzün, mutluluk, sakinlik, uyum gibi) ile ilgilidir. Vitalite; canlı, enerjik durum yüksek, yorgun ve bitkin hissetme düşük puanı gösterir. Ağrı; son 4 haftadaki ağrı varlığı ve günlük işleri etkilemesi sorgulanır. Şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı düşük puanı, ağrının yokluğu veya kısıtlamaması yüksek puanı gösterir. Genel sağlık algısı; şahsın kendi sağlığını algılayışı düzeyi sorgulanır. Sağlığın kötü olduğu ve giderek kötüleşeceğinden, mükemmel olduğu düşüncesine kadar değişir. Kendini değerlendirme türü olan bir ölçek olup, kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır. Hastaların kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri belirtilir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ile sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olan gruplarda uygulanabilir.

SF-36'nın puanlanması ayrıntılı bir yönerge gerektirir. Alt ölçeklerin puanının hesaplanması bir dizi işlemle olanaklıdır. Alt ölçek puanının hesaplanması = Elde edilen ham puan - En düşük ham puan/Olası ham puan x 100 şeklindedir.

Örneğin, fiziksel işlevsellik alt ölçeğinin puanı hesaplanırken üçüncü maddenin sorularının cevaplarından elde edilen ham puandan, alt ölçeğe özgü en düşük ham puanın çıkartılıp, alt ölçeğin olası ham puanına bölünmesinin yüz ile çarpımından elde edilir. Aynı şekilde Fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanının hesaplanması dördüncü maddenin a-b-c-d sorularının cevaplarından elde edilen, ağrı alt ölçek puanının hesaplanması yedinci ve sekizinci maddenin sorularının cevaplarından elde edilen, genel sağlık algısı alt ölçek puanının hesaplanması birinci maddenin ve on birinci maddenin a-b-c-d sorularının cevaplarından elde edilen, vitalite alt ölçek puanının hesaplanması dokuzuncu maddenin a-e-g-i sorularının cevaplarından elde edilen, sosyal fonksiyon alt ölçek puanının hesaplanması, altıncı ve onuncu maddenin sorularının cevaplarından elde edilen, emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanının hesaplanması beşinci maddenin a-b-c sorularının cevaplarından elde edilen ve mental sağlık alt ölçek puanının hesaplanması dokuzuncu maddenin b-c-d-f-h sorularının cevaplarından elde edilen ham puanlardan alt ölçeğe özgü en düşük ham puanın çıkartılıp, her alt ölçeğin kendine özgü olası ham puana bölünmesinin yüz ile çarpımından elde edilir. Bu alt ölçeklerin skorları 0-100 ölçeğinde puanlanarak sonuçlanır ki burada 0 mümkün olan en kötü sağlık durumunu 100 ise mümkün olan en iyi sağlık durumunu temsil etmektedir. SF-36 ölçeğinin toplam puanının hesaplanması söz konusu olmayıp yalnızca 8 alt ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Mevcut verilerinin büyüklüğü, ölçeğin kabul edilebilir psikometrik özellikleri ve detaylı normatif verileri nedeniyle günümüzde en yaygın kullanılan ölçek haline getirmiştir (6,7). Ölçeğin özgün adı Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) Healty Survey Questionnaire olan Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş (Ware ve Sherbourne 1992)(7), ülkemizde de Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Koçyiğit ve ark. 1999).

*Ölçeğin puanının hesaplanmasında kullanılan alt ölçek ham puanları;

SF-36 Alt Ölçekleri	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel İşlevsellik:3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel Rol Güçlüğü:4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı:7+8	2	10
Genel Sağlık Algısı:1+11a+11b+11c+11d	5	20
Vitalite:9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal İşlevsellik:6+10	2	8
Emosyonel Rol Güçlüğü:5a+5b+5c	3	3
Mental Sağlık:9b+9c+9d+9f+9h	5	25

* Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. HYB Basım Yayın; Ankara, Türkiye: 2009: p.353

*Ölçeğin puanlanmasındaki yönerge;

1. a 5 b 4.4 c 3.4 d 2 e 1	7. a 1 ise 6 b 2 ise 5.4 c 3 ise 4.2 d 4 ise 3.1 e 5 ise 2.2 f 6 ise 1
2. a 5 b 4 c 3 d 2 e 1	8. a aynı zamanda madde 7'de 1 ise 6 a 5 b 4 c 3 d 2 e 1
3. a 1-2-3 1=evet çok zorluyor b 1-2-3 2=evet biraz zorluyor c 1-2-3 3=hayır hiç zorlamıyor d 1-2-3 e 1-2-3 f 1-2-3 g 1-2-3 h 1-2-3 i 1-2-3 j 1-2-3	9. a,e,d ve h için; a 6 b 5 c 4 d 3 e 2 f 1 b,c,f,g ve i için; a 1 b 2 c 3 d 4 e 5 f 6
4. a 1-2 1=evet b 1-2 2=hayır c 1-2 d 1-2	10. a 1 b 2 c 3 d 4 e 5

5. a 1-2 1=evet b 1-2 2=hayır c 1-2	11. a ve c için; a 1 b 2 c 3 d 4 e 5 b ve d için; a 5 b 4 c 3 d 2 e 1
6. a 5 b 4 c 3 d 2 e 1	

* Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. HYB Basım Yayın; Ankara, Türkiye: 2009: p.353

3.3. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında toplanan veriler ‘SPSS for Windows’ istatistik paket programının 15,0 sürümü ile yapılmıştır. Tanımlayıcı özellikler ortalama, \pm standart sapma ve yüzde ile ifade edilmiştir. Sayısal verilerde Mann-Whitney U testi, tek yönlü ANOVA testi, kategorik verilerde ise ki-kare testi kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenlerin gruplarda yaşam kalitesi alt ölçeklerine etkilerinin analizinde pearson ve spearman korelasyon tesleri kullanılmıştır. Çalışma için sonuçlar % 95’lik güven aralığında değerlendirilmiş ve istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak seçilmiş, değerler Bonferroni düzeltmesine göre ve post Hoc testlerle analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen gruplar yaş açısından değerlendirildiğinde, hasta grubu yaş ortalaması 38.4 ± 12.7 , hasta yakınlarının yaş ortalaması 44.2 ± 13.6 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 34.4 ± 10.4 olarak bulundu. Yaş ortalaması açısından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında yaş ortalaması benzer bulunmuştur ($P=0,311$).

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen grupların yaş ortalaması yönünden değerlendirilmesi.

	Yaş Ort.±SD	P
Hasta grubu	38.4 ± 12.7	* $p=0,311$ ** $p=0,00$ *** $p=0,063$
Hasta yakını grubu	44.2 ± 13.6	
Kontrol grubu	34.4 ± 10.4	

*Hasta grubu ve kontrol grubunun yaş ortalaması açısından karşılaştırması (Anova).

**Hasta yakını grubu ve kontrol grubuyla yaş ortalaması açısından karşılaştırılması.

***Hasta grubu ve hasta yakını grubuyla yaş ortalaması açısından karşılaştırılması.

Çalışmaya dahil edilen gruplar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, hasta grubunun %64'ünü ($n=32$) kadınlar, %36'sını($n=18$) erkekler oluşturmuştur. Hasta yakını grubunun %56'sını ($n=28$) kadınlar, %44'ünü ($n=22$) erkekler oluşturmuştur. Kontrol grubunun %56'sını ($n=28$) kadınlar, %44'ünü ($n=22$) erkekler oluşturmuştur.

Gruplar cinsiyet dağılımları açısından karşılaştırıldığında her üç grupta kadın erkek dağılımı benzer bulunmuştur ($p=0,644$).

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen grupların cinsiyet yönünden değerlendirilmesi.

Cinsiyet	Hasta n(%)	Hasta yakını n(%)	Kontrol n(%)	p
Kadın	32(%64)	28(%56)	28(%56)	P=0,644
Erkek	18(%36)	22(%44)	22(%44)	

* ki-kare testi

Çalışmaya dahil edilen gruplarla ilgili sosyodemografik veriler tablo 3'de toplu olarak görülmektedir.

Tablo 3. Çalışmaya dahil edilen grupların sosyodemografik özellikleri.

		HASTA n(%)	HASTA YAKINI n(%)	KONTROL n(%)	TOPLAM n(%)
CİNSİYET	Kadın	32 (%64)	28 (%56)	28 (%56)	88 (%59)
	Erkek	18 (%36)	22 (%44)	22 (%44)	62 (%41)
MEDENİ DURUM	Evli	27 (%54)	37 (%74)	25 (%50)	89 (%59)
	Evli değil	23 (%46)	13 (%26)	25 (%50)	61 (%41)
EĞİTİM DURUMU	İlkokul	20 (%40)	18 (%36)	3 (%6)	41 (%27)
	Ortaokul	8 (%16)	4 (%8)	2 (%4)	14 (%9,5)
	Lise	9 (%18)	13(%26)	13 (%26)	35 (%23,5)
	Üniversite ve üstü	13 (%26)	15 (%30)	32 (%64)	60 (%40)
GELİR DÜZEYİ	Düşük	26 (%52)	11 (%22)	12 (%24)	49 (%33)
	Düşük-orta	15 (%30)	26 (%52)	17 (%34)	58 (%39)
	Orta	8 (%16)	10 (%20)	14 (%28)	32 (%21)
	Yüksek	1 (%2)	3 (%6)	7 (%14)	11 (%7)
SOSYAL GÜVENCE	Var	47 (%94)	48 (%96)	50 (%100)	145(%96,7)
	Yok	3 (%6)	2 (%4)	-----	5 (%3,3)
ÇALIŞMA DURUMU	Çalışan	13 (%26)	14 (%28)	33 (%66)	60 (%40)
	İşsiz	7 (%14)	2 (%4)	-----	9 (%6)
	Öğrenci	3 (%6)	6 (%12)	11 (%22)	20 (%13,5)
	Ev hanımı	22 (%44)	17 (%34)	5 (%10)	44 (%29,5)
	Emekli	5 (%10)	11 (%22)	1 (%2)	17 (%11)
YAŞAM ŞEKLİ	Yalnız	-----	4 (%8)	9 (%18)	13 (%9)
	Eş ve çocuklarla	29 (%58)	40 (%80)	27 (%54)	96 (%64)
	Ebeveynle	19 (%38)	4 (%8)	7 (%14)	30 (%20)
	Diğer	2 (%4)	2 (%4)	7 (%14)	11 (%7)
BARINMA DURUMU	Kira	8 (%16)	11 (%22)	28 (%56)	47 (%31)
	Kendi evi	42 (%84)	39 (%78)	22 (%44)	103 (%69)

Medeni durum ile ilgili olarak, hastaların %54'ü (n=27), hasta yakınlarının %74'ü (n=37)ve kontrol grubunun %50'sinin (n=25) evli olduğu görüldü.

Yaşam şekli ile ilgili olarak, hasta grubunda yalnız yaşayan bulunmamakla birlikte, %58'inin (n=29) eş ve çocuklarıyla, %38'inin (n=19) ebeveynle, %4'ünün (n=2) diğer yakınlarıyla yaşadığı, hasta yakınlarının %8'inin (n=4) yalnız, %80'inin (n=40) eş ve çocuklarıyla,%8'inin (n=4) ebeveynle,%4'ünün (n=2) diğer yakınlarıyla yaşadığı, kontrol grubunun %18'inin (n=9) yalnız, %54'inin (n=27) eş ve

çocuklarıyla,%14'inin (n=7) ebeveynle,%14'ünün (n=7) diğer yakınlarıyla yaşadığı görüldü. Ülkemiz koşullarına göre değerlendirildiğinde gelir düzeyiyle ilgili olarak, hasta grubunun %52'sinin (n=26) düşük, %30'unun (n=15) düşük-orta,%16'sının (n=8) orta,%2'sinin (n=1) yüksek gelir düzeyine , hasta yakını grubunun %22'sinin (n=11) düşük, %52'sinin (n=26) düşük-orta,%20'sinin (n=10) orta,%6'sının (n=3) yüksek gelir düzeyine ve kontrol grubunun %24'ünün (n=12) düşük, %34'sinin (n=17) düşük-orta,%28'inin (n=14) orta,%14'ünün (n=7) yüksek gelir düzeyine sahip olduğu görüldü. Barınma koşullarına bakıldığında, hastaların %16'sının (n=8) kirada,%84'ünün (n=42) kendi evinde, hasta yakınlarının %22'sinin (n=11) kirada,%78'inin (n=39) kendi evinde ve kontrol grubunun %56'sının (n=28) kira, %44'ünün (n=22) kendi evinde yaşadığı gözlemlendi. Hastaların %94'ünün (n=47), hasta yakınlarının %96'sının (n=48) ve kontrol grubunun tamamının (n=50) sosyal güvencesi bulunmaktaydı.

Eğitim düzeyi yönünden bakıldığında, hasta grubunun %40'ının (n=20) ilkokul, %16'sının (n=8) ortaokul,%18'inin (n=9) lise,%26'sının (n=13) üniversite ve üzeri, hasta yakını grubunun %36'sının (n=18) ilkokul, %8'inin (n=4) ortaokul,%26'sının (n=13) lise,%30'unun (n=15) üniversite ve üzeri, kontrol grubunun %6'sının (n=3) ilkokul, %4'ünün (n=2) ortaokul,%26'sının (n=13) lise,%64'ünün (n=32) üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü. Çalışma durumlarıyla ilgili olarak, hastaların %26'sının (n=13) çalışan, %14'ünün (n=7) işsiz, %6'sının (n=3) öğrenci,%44'ünün (n=22) ev hanımı,%10'unun (n=5) emekli, hasta yakınlarının %28'inin (n=14) çalışan, %4'ünün (n=2) işsiz, %12'sinin (n=6) öğrenci,%34'ünün (n=17) ev hanımı,%22'sinin (n=11) emekli, kontrollerin %66'sının (n=33) çalışan, %0'mın (n=0) işsiz, %22'sinin (n=11) öğrenci,%10'unun (n=5) ev hanımı,%2'sinin (n=1) emekli olarak yaşadığı görüldü.

Çalışmamızda hasta grubunun sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesine etkileri değerlendirildiğinde,

Tablo 4'de hasta grubunda yaş ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir.Hasta grubunda yaşın yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında, yaş ortalamaları arttıkça fiziksel işlevsellik, fiziksel rol gücü, sosyal işlevsellik puanlarının düştüğü fakat ağrı, genel sağlık algısı, vitalite,

emosyonel rol güçlüğü ve mental puanlarının arttığı saptanmış, fakat hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Hasta grubunda yaş yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçekleri	r	p
Fiziksel İşlevsellik	- 0,213	0,137
Fiziksel rol güçlüğü	- 0,160	0,267
Ağrı	0,146	0,312
Genel sağlık algısı	0,118	0,413
Vitalite	0,100	0,488
Sosyal işlevsellik	- 0,077	0,594
Emosyonel rol güçlüğü	0,079	0,588
Mental sağlık	0,036	0,803

*Pearson korelasyonu

Tablo 5’de hasta grubunda cinsiyet ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunda cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında, kadınlarda fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, vitalite, sosyal işlevsellik, mental (ruhsal) sağlık puanları daha yüksek, ağrı puanları daha düşük, emosyonel rol güçlüğü eşit bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak hiçbiri anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Hasta grubunda cinsiyet yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçeği	Kadın n=32 Ort.±SD	Erkek n=18 Ort.±SD	p
Fiziksel İşlevsellik	78,12±15,22	75,00±21,00	0,713
Fiziksel rol güçlüğü	60,15±37,40	47,66±38,96	0,300
Ağrı	66,06±19,93	67,66±24,05	0,943
Genel sağlık algısı	60,00±16,42	51,88±25,76	0,307
Vitalite	55,93±17,24	49,94±22,32	0,440
Sosyal işlevsellik	64,31±19,57	57,05±25,50	0,345
Emosyonel rol güçlüğü	38,46±35,08	38,88±34,86	0,941
Mental sağlık	63,50±14,57	58,94±23,40	0,855

*Mann-Whitney U

Tablo 6’da hasta grubunda eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunda eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında, eğitim seviyesi arttıkça vitalite ve sosyal işlevsellik düzeyinin düştüğü, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü ve mental (ruhsal) sağlık düzeyinin arttığı saptanmış, fakat anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Hasta grubunda eğitim durumu yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçekleri	Eğitim durumu					r	p
	İlköğretim n=20 Ort.±SD	Ortaokul n=8 Ort.±SD	Lise n=9 Ort.±SD	Üniversite ve ↑ n=13 Ort.±SD			
Fiziksel İşlevsellik	76,25±4,19	73,75±8,00	76,11±4,54	80,76±4,19		0,050	0,732
Fiziksel rol güçlüğü	55,00±8,81	40,62±10,49	50,00±16,13	69,84±8,78		0,139	0,335
Ağrı	63,20±4,35	62,75±3,60	71,22±8,10	71,15±7,47		0,136	0,347
Genel sağlık algısı	58,90±3,70	48,25±7,26	58,11±7,47	59,00±6,91		0,066	0,647
Vitalite	56,75±3,75	46,12±9,11	53,33±6,66	54,23±5,21		- 0,042	0,770
Sosyal işlevsellik	65,30±4,13	50,25±8,88	57,00±8,87	66,46±5,75		- 0,001	0,996
Emosyonel rol güçlüğü	34,95±7,46	33,25±12,61	33,22±11,12	51,30±10,43		0,155	0,282
Mental sağlık	64,40±3,48	54,00±8,51	58,22±7,27	65,30±4,20		0,012	0,936

*Spearman korelasyonu

Tablo 7’de hasta grubunda gelir düzeyi ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunda gelir düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında, gelir düzeyi arttıkça ağrı puanlarının düştüğü, diğer alt ölçek puanlarının arttığı saptanmış, bunlardan sadece fiziksel rol güçlüğü ile olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,024).

Tablo 7. Hasta grubunda gelir düzeyi yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçekleri	Gelir düzeyi			r	p
	Düşük n=26 Ort.±SD	Düşük-orta n=15 Ort.±SD	Orta-yüksek n=8 Ort.±SD		
Fiziksel İşlevsellik	74,03±3,39	80,33±4,74	78,75±5,95	0,218	0,129
Fiziksel rol güçlüğü	44,23±7,63	65,53±9,55	71,87±11,01	0,320	0,024
Ağrı	56,42±3,95	70,33±5,42	62,37±9,65	- 0,114	0,431
Genel sağlık algısı	55,50±4,15	63,00±4,16	51,75±9,14	0,081	0,577
Vitalite	53,42±3,75	54,00±5,23	53,12±7,37	0,002	0,991
Sosyal işlevsellik	62,26±4,13	57,66±6,11	65,75±8,45	0,047	0,747
Emosyonel rol güçlüğü	33,36±6,67	44,46±9,03	45,75±14,02	0,156	0,279
Mental sağlık	59,84±3,83	63,20±4,41	65,12±6,25	0,107	0,460

*Spearman korelasyonu

Tablo 8’de hasta grubunda medeni durum ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunda medeni durumun yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında, evli olmayanlarında emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları düşük bulundu fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.067). Yine evli olmayanlarda fiziksel işlevsellik puan ortalaması evli olanlara göre daha yüksek bulundu fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmadı ($p=0,885$). Sonuç olarak medeni durumun yaşam kalitesiyle ilişkisi bulunmamıştır.

Tablo 8. Hasta grubunda medeni durum yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçeği	Evli değil n=23 Ort.±SD	Evli n=27 Ort.±SD	p
Fiziksel İşlevsellik	77,39±15,21	76,66±19.31	0,746
Fiziksel rol güçlüğü	55,78±40,32	55,55±36,90	0,952
Ağrı	65,95±21,70	67,22±21,30	0,914
Genel sağlık algısı	53,47±18,50	60,14±21,76	0,141
Vitalite	49,34±19,96	57,55±18,05	0,058
Sosyal işlevsellik	60,56±20,68	62,66±23,25	0,649
Emosyonel rol güçlüğü	28,91±35,27	46,88±32,48	0,067
Mental sağlık	59,34±19,36	64,00±17,11	0,270

*Mann-Whitney U

Tablo 9’da hasta grubunda sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunda sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında, sosyal güvencesi olanlarda ağrı, genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, mental (ruhsal) sağlık puanları daha yüksek, fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, vitalite, sosyal işlevsellik puanları sosyal güvencesizlere göre daha düşük bulunmuş, fakat hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Hasta grubunda sosyal güvence durumu yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçeği	Sosyal güvence var n=47 Ort.±SD	Sosyal güvence yok n=3 Ort.±SD	p
Fiziksel İşlevsellik	76,48±17,69	85,00±10,00	0,471
Fiziksel rol güçlüğü	54,42±38,65	75,00±25,00	0,390
Ağrı	67,38±21,71	55,00±6,08	0,214
Genel sağlık algısı	57,17±20,97	55,66±9,01	0,667
Vitalite	53,38±19,68	60,00±8,60	0,485
Sosyal işlevsellik	61,61±22,61	63,00±0,00	0,950
Emosyonel rol güçlüğü	39,68±35,26	22,00±19,05	0,443
Mental sağlık	62,48±18,01	52,00±21,16	0,335

*Mann-Whitney U

Tablo 10’da hasta grubunda barınma durumu ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunun barınma durumunun yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırıldığında ise kirada oturanlarda genel sağlık algısı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental (ruhsal) sağlık alt ölçek puanları düşük çıkmış ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 10. Hasta grubunda barınma durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi.

SF-36 alt ölçeği	Kira n=8 Ort.±SD	Kendi evi n=42 Ort.±SD	p
Fiziksel İşlevsellik	71,25±24,60	78,09±15,80	0,513
Fiziksel rol güçlüğü	41,62±32,13	58,33±38,91	0,265
Ağrı	58,25±20,42	68,23±21,29	0,144
Genel sağlık algısı	30,87±18,83	62,07±16,65	0,000
Vitalite	39,87±16,47	56,42±18,71	0,032
Sosyal işlevsellik	51,87±27,16	63,57±20,63	0,288
Emosyonel rol güçlüğü	12,37±17,07	43,61±35,00	0,017
Mental sağlık	43,62±20,33	65,33±15,67	0,008

*Mann-Whitney U

Tablo 11’de hasta grubunda çalışma durumu ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunun çalışma durumu demografik özelliğinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 11. Hasta grubunda çalışma durumu yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçekleri	Çalışma durumu					
	Çalışan n=13 Ort.±SD	İşsiz n=7 Ort.±SD	Öğrenci n=3 Ort.±SD	Ev hanımı n=22 Ort.±SD	Emekli n=5 Ort.±SD	p
Fiziksel İşlevsellik	73,84±6,04	71,42±6,52	90,00±7,63	80,00±2,82	72,00±10,19	0,339
Fiziksel rol güçlüğü	53,84±10,53	50,00±16,36	61,00±20,10	56,81±8,25	60,00±20,31	0,985
Ağrı	66,38±6,69	54,28±9,59	68,66±15,67	65,95±3,29	86,40±9,43	0,241
Genel sağlık algısı	48,69±6,72	50,28±5,95	54,00±21,93	60,68±3,47	74,40±4,19	0,132
Vitalite	47,23±7,09	48,57±7,61	56,66±11,66	56,36±3,24	65,00±5,47	0,359
Sosyal işlevsellik	51,07±7,57	59,00±8,57	71,00±11,15	66,81±4,05	65,00±6,12	0,351
Emosyonel rol güçlüğü	38,38±9,89	18,85±6,66	33,33±19,34	40,86±7,90	60,20±16,35	0,394
Mental sağlık	57,53±6,38	53,14±8,08	71,00±9,71	64,36±2,97	68,80±6,97	0,419

*Kruskal Wallis

Tablo 12’de hasta grubunda yaşam şekli ile yaşam kalitesi alt skorlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunda yaşam şekli demografik özelliğinin yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Hasta grubunda yaşam şekli yaşam kalitesi ilişkisi.

SF-36 alt ölçekleri	Yaşam şekli			
	Eş ve çocuklarla n=29 Ort. ±SD	Ebeveynle n=19 Ort. ±SD	Diğer n=2 Ort. ±SD	p
Fiziksel İşlevsellik	76,37±3,56	77,89±3,59	77,50±2,50	0,867
Fiziksel rol güçlüğü	56,03±6,86	53,05±9,48	75,00±25,00	0,727
Ağrı	67,44±4,08	65,68±4,94	64,00±10,00	0,992
Genel sağlık algısı	59,44±4,11	54,63±3,91	46,00±21,00	0,362
Vitalite	56,34±3,35	51,31±4,90	40,00±5,00	0,241
Sosyal işlevsellik	61,82±4,29	58,73±4,63	88,00±0,00	0,135
Emosyonel rol güçlüğü	43,65±6,23	28,00±7,76	66,50±33,50	0,139
Mental sağlık	62,89±3,18	59,36±4,69	70,50±6,50	0,601

*Kruskal Wallis

Çalışmaya alınan kontrol grubunun SF-36 alt ölçek puanları Türkiye ortalamalarıyla karşılaştırıldığında, fiziksel işlevsellik, genel sağlık, vitalite ortalama puanları Türkiye ortalamasına göre yüksek bulundu. Fakat genel olarak bakıldığında kontrol grubumuzun SF-36 alt ölçek ortalama puanları Türk toplumunu ortalama puanlarıyla benzer bulundu (one sample T Test).

Çalışmaya alınan üç grup kendi aralarında SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında şu sonuçlar bulundu:

Tablo 13. SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının gruplara göre dağılımı.

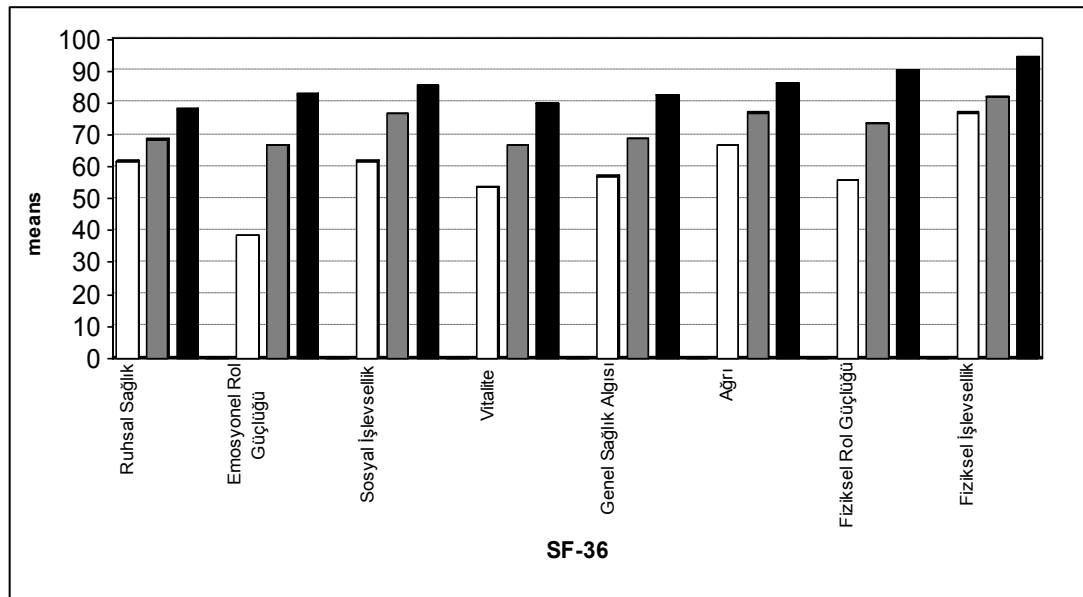
SF-36 ALT ÖLÇEKLERİ	HASTA Ort. ±SD	HASTA YAKINI Ort. ±SD	KONTROL Ort. ±SD	p	TÜRK TOPLUMU STANDARTLARI† Ort. ±SD
Fiziksel İşlevsellik	77,00±17,37	81,90±15,81	94,20±6,09	*p=0,00	86,60±25,20
				**p=0,00	
				***p=0,240	
Fiziksel Rol Güçlüğü	55,66±38,11	73,50±30,89	90,00±15,97	*p=0,00	89,50±29,60
				**p=0,02	
				***p=0,001	
Ağrı	66,64±21,27	76,96±19,45	86,24±16,16	*p=0,00	86,10±20,60
				**p=0,049	
				***p=0,023	
Genel Sağlık Algısı	57,08±20,40	68,84±19,05	82,38±10,80	*p=0,00	73,90±17,50
				**p=0,00	
				***p=0,03	
Vitalite	53,78±19,22	66,60±20,83	79,70±11,31	*p=0,00	67,00±13,80
				**p=0,01	
				***p=0,001	
Sosyal İşlevsellik	61,70±21,91	76,82±19,86	85,46±14,09	*p=0,00	94,8±14,20
				**p=0,071	
				***p=0,00	
Emosyonel Rol Güçlüğü	38,62±34,64	66,66±36,33	82,80±19,24	*p=0,00	94,70±20,90
				**p=0,031	
				***p=0,00	
Ruhsal (Mental) Sağlık	61,86±18,14	68,62±18,88	78,00±12,07	*p=0,00	73,50±11,60
				**p=0,017	
				***p=0,132	

† SF-36'nın Türk toplumu standartları (Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. HYB Basım Yayın; Ankara, Türkiye: 2009: p.347).

* Hasta grubu kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık değeri.(Anova).

** Hasta yakını grubu kontrol grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık değeri.

***Hasta grubu hasta yakını grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık değeri.



□ Hasta Grubu ■ Hasta Yakını Grubu ■ Kontrol Grubu

Grafik 1. Grupların SF-36 alt ölçek puan ortalamalarına göre karşılaştırılması.

Fiziksel İşlevsellik Puanları (SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi fiziksel işlevsellik alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 77.00 ± 17.37 (en düşük 20, en yüksek 100), hasta yakını grubunun puan ortalaması 81.90 ± 15.81 (en düşük 40, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 94.20 ± 6.09 (en düşük 80, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu arasında fiziksel işlevsellik puanı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,240$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile fiziksel işlevsellik açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda fiziksel işlevsellik puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile fiziksel işlevsellik açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda fiziksel işlevsellik puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,00$).

Fiziksel Rol Güçlüğü Puanları(SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi fiziksel rol güçlüğü alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 55.66 ± 38.11 (en düşük 0, en yüksek 100), hasta yakını grubunun puan ortalaması 73.50 ± 30.89 (en düşük 0, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 90.00 ± 15.97 (en düşük 50, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu fiziksel rol güçlüğü açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda fiziksel rol güçlüğü puanı ortalaması hasta yakını grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile fiziksel rol güçlüğü açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda fiziksel rol güçlüğü puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile fiziksel rol güçlüğü açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda fiziksel rol güçlüğü puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,02$).

Ağrı Puanları(SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi Ağrı alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 66.64 ± 21.27 (en düşük 21, en yüksek 100), hasta yakını grubunun puan ortalaması 76.96 ± 19.45 (en düşük 41, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 86.24 ± 16.16 (en düşük 41, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu ağrı açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda ağrı puanı ortalaması hasta yakını grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,023$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile ağrı açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda ağrı puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile ağrı açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda ağrı puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,049$).

Genel Sağlık Algısı Puanları (SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi genel sağlık algısı alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 57.08 ± 20.40 (en düşük 10, en yüksek 97), hasta yakını grubunun puan ortalaması 68.84 ± 19.05 (en düşük 27, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 82.38 ± 10.80 (en düşük 57, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu genel sağlık algısı açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda genel sağlık algısı puanı ortalaması hasta yakını grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,03$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile genel sağlık algısı açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda genel sağlık algısı puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile genel sağlık algısı açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda genel sağlık algısı puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Vitalite Puanları (Canlılık, SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi vitalite alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 53.78 ± 19.22 (en düşük 14, en yüksek 100), hasta yakını grubunun puan ortalaması 66.66 ± 20.83 (en düşük 25, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 79.70 ± 11.31 (en düşük 65, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu vitalite açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda vitalite puanı ortalaması hasta yakını grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,001$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile vitalite açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda vitalite puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile vitalite açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda vitalite puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,01$).

Sosyal İşlevsellik Puanları (SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi sosyal işlevsellik alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 61.70 ± 21.91 (en düşük 25, en yüksek 100), hasta yakını grubunun puan ortalaması 76.82 ± 19.86 (en düşük 35, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 85.46 ± 14.09 (en düşük 63, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu sosyal işlevsellik açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda sosyal işlevsellik puanı ortalaması hasta yakını grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile sosyal işlevsellik açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda sosyal işlevsellik puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile sosyal işlevsellik açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda sosyal işlevsellik puanı ortalaması kontrol grubu ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p= 0,071$).

Emosyonel Rol Güçlüğü Puanları (SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi emosyonel rol güçlüğü alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 38.62 ± 34.64 (en düşük 0, en yüksek 100), hasta yakını grubunun puan ortalaması 66.66 ± 36.33 (en düşük 0, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 82.80 ± 19.24 (en düşük 33, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu emosyonel rol güçlüğü açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda emosyonel rol güçlüğü puanı ortalaması hasta

yakını grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile emosyonel rol güçlüğü açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda emosyonel rol güçlüğü puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile emosyonel rol güçlüğü açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda emosyonel rol güçlüğü puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,031$).

Mental (Ruhsal) Sağlık Puanları (SF-36 alt ölçeği):

Gruplara yaşam kalitesi mental (ruhsal) sağlık alanı ortalama puanları yönünden bakıldığında, hasta grubunun puan ortalaması 61.86 ± 18.14 (en düşük 20, en yüksek 92), hasta yakını grubunun puan ortalaması 68.62 ± 18.88 (en düşük 20, en yüksek 100), kontrol grubunun puan ortalaması 78.00 ± 12.07 (en düşük 48, en yüksek 100) olarak bulundu.

Hasta grubu ve hasta yakını grubu arasında ruhsal sağlık puanı ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,132$).

Hasta grubu, kontrol grubu ile ruhsal sağlık açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda ruhsal sağlık puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,00$).

Hasta yakını grubu, kontrol grubu ile ruhsal sağlık açısından karşılaştırıldığında hasta yakını grubunda ruhsal sağlık puanı ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p= 0,017$).

5. TARTIŞMA

Bipolar bozukluk, epizodlarla seyreden kronik gidişli bir hastalıktır. Bipolar bozuklukta sonuçlar, toplum içi iletişim sorunları, sosyal işlevsellikte bozulma, genel işlevsellik ve iyilik halini olumsuz olarak algılama olduğu doğrultusundadır. Bipolar hastalarda yeterli düzeyde sürdürme sağaltımına karşın psikososyal bozulma ve yeti yitimi sık bildirilen bir durum olup yaşam kalitesi son yıllarda tüm psikiyatrik hastalıklar için sık adı geçen bir kavram haline gelmiştir. Son çalışmalar bipolar bozukluğun toplumda önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir (17).

Tıpta yaşam kalitesi kavramı, hastanın klinik bakımının planlanması açısından klinik çalışmalar ve sağlık hizmeti taramalarında sonuç ölçütü olarak ve toplumun sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve kaynakların saptanmasında kullanılmaktadır.(56). Halen, yaşam kalitesinin iyilik halinin önemli bir belirteci olduğunu ve hastanın sağlığını değerlendirirken göz önünde bulundurmanız gerektiğini öne süren giderek artan sayıda kanıt mevcuttur (5).

Bipolar bozukluk kişinin evliliğini, mesleki yaşantısını ve yaşamının istisnasız her yönünü etkilemekte, şiddetli ve oldukça kalıcı bozukluklara yol açmaktadır. Gitlin ve arkadaşları altı yıl boyunca izledikleri 148 bipolar hastayı normal kontrollerle karşılaştırdıklarında anlamlı olarak farklı bir şekilde eğitimlerini ve mesleki durumlarını ilerletemediklerini ve izlemin son senesinde anlamlı oranda daha fazla işsiz olduklarını görmüşlerdir (8). Yaş olarak normal kontrollerle eşleştirilmiş olmalarına rağmen evlenme oranları yarı yarıya düşük, evli olanlarda boşanma veya ayrılma oranları iki kat yüksek bulunmuştur. Kişiler arası ilişkiler, cinsel işlevler, eğlenme dinlenme uğraşları ve hayattan genel tatmin açılarından da kontrollere göre daha kötü durumda oldukları bildirilmektedir (57). İyilik dönemindeki psikososyal işlev düzeyinin düşük olması hastalığın tekrar hızını arttırmakta, mesleki işlevlerdeki bozukluğun şiddeti hastalığın tekrarını öngörmektedir (Gitlin ve ark.1995) (58). Psikososyal işlev bozukluğu duygudurum bozukluğunun hem sonucu, hem de daha sonraki hastalık tekrarlarına yol açan bir etkidir.

Damgalanma bipolar hastaların %54.6'sının hissettiği ciddi bir sorundur. Toplum tarafından damgalanma algısı bu hastaların kendilik saygısındaki azalmanın

en önemli belirleyicisidir. Bipolar hastalar arasında ilaç tedavilerinin ciddi yan etkiler oluşturabileceği inancı %18.3, bağımlılık yaratabileceği inancı ise %11.5 oranında ilaç tedavisini bırakmaya neden olmaktadır. Bu inançları besleyen unsurlar da ilaç kullanıyor olmanın yarattığı toplumsal damgalanma algısıdır. Damgalanma kaygısı taşıyan hastalar, toplumsal işlevsellikte ve boş zaman faaliyetlerinde daha kötüdürler. Hastaların toplumdan kendilerine yönelik algıladıkları damgalanma, anlamlı toplumsal ilişki kurmalarını engellemektedir. Hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte, hasta kadar hasta yakınları da bipolar bozukluktan etkilenmektedirler. Bu hasta bakım rolü çok verici olmayı gerektiren, çok gerginlik yaratan ve hasta yakınlarının da sağlığını tehdit eden bir roldür. Bipolar hasta yakınları %70 oranında toplumun hastalarını damgaladığına ve %43 oranında da hasta yakınlarını yani kendilerini damgaladığına inandıklarını belirtmişlerdir. Yani neredeyse bipolar hastaları kadar etkilenmektedirler (139)

Bipolar bozukluğu olan hastalara tanının geç konması, bir süre uygun sağaltım almamaları ya da hiç sağaltım görmemeleri, bir kısmının sağaltım önerilerine uymaması gibi nedenler bozukluğun gidişini olumsuz etkilemektedir (19). Hastalarda belirti olmaması hastaların işlevselliğinin düzeldiğini göstermemektedir. Bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan hastaların işlevselliğinde, ilk manik nöbetlerinden 6 ay sonra %30, 24 ay sonra %38 oranında düzelme görülmüştür (49). Bu bulgular bipolar bozukluğu olan hastalarda sendromal düzelmeyi ölçmeye ek olarak, işlevsel düzelmeyi ölçmenin de önemini göstermektedir. Yaşam kalitesi, işlevsel düzelmeyi ya da kötüleşmenin bir ölçüsüdür.

Bipolar bozuklukta gidiş ve sonlanım ölçümleri yineleme oranı, hastaneye yatış sayısı ya da belirtilerde düzelme oranı gibi klinik ölçütlerle nesnel olarak değerlendirilir (Michalak et al. 2006). Ancak son yıllarda daha etkili tedavi seçeneklerinin özellikle hastalık dönemlerinde başarıyla uygulanması ile birlikte, işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi ölçütler ilgi odağı olmaktadır. DSM Eksen V'te yer alan işlevselliğin genel değerlendirilmesi (İGD) genel işlevselliği yalnızca bir boyutta değerlendirme sağlar. Ancak, özellikle bipolar bozukluğu olan hastalarda, bir alanda sorun ya da bozulma olabilirken, diğer alanlar tamamen sağlam kalabilmektedir. Aslında, genel işlevsellik ekseninin içeriği ve yapısı çeşitli alanları kapsamalıdır (Mezzich 1997). İşlevselliğin değerlendirilmesinde yer alan sosyal alan

ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içerirken, ruhsal alan ise zihinsel, cinsel, duygusal işlevsellik gibi alanlardan oluşur.

Türkiye’de yapılan epizodlar arası ve ötimik Bipolar Hastalarda ve Ailelerinde Yaşam Kalitesi: Diabetik Hastalar ve Normal Kontrollerle Karşılaştırmalı bir çalışmada iyilik döneminde bile bipolar hastaların sosyal ilişkiler açısından yaşam kaliteleri normallere ve aile bireylerine göre düşük, DM hastalarıyla benzer bulunmuştur (72,73). Aynı çalışmada, evli olanlarda evli olmayanlara göre sosyal ilişki puan ortalamaları düşük bulunmuş olup, bu durumun evli olmanın bipolar bozukluklu bireyin sorumlulukla başa çıkmasını güçleştirdiği yönünde yorumlanmıştır. Bizim çalışmamızda evli olup olmama durumunun hastalarda yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılmıştır.

SF-36 günümüzde yaşam kalitesi ölçümünde en yaygın kullanılan ölçektir (6). Arnold ve arkadaşları 44 bipolar hasta ve 34 kronik sırt ağrısı hastasının SF-36 skorları açısından, daha önce genel toplum örnekleminde bildirilmiş normlarla karşılaştırmışlar (59). Temel bulgu olarak klinik olmayan örnekleme karşılaştırıldığında BPB’lu hastalarda yaşam kalitesinin bozulduğunu bulmuşlardır. Kronik sırt ağrısı hastaları, rol kısıtlılığı (emosyonel) ve ruh sağlığı hariç diğer tüm SF-36 alanlarında bozulma göstermiştir. Hollanda Ruh Sağlığı Araştırması ve İnsidansı Çalışması (NEMESIS) genel bir toplum örnekleminde psikiyatrik bozukluk epidemiyolojisini araştırmış, BB olan hastalarda, diğer psikiyatrik bozukluklu hastalara oranla SF-36 skorlarında daha çok bozulma saptamışlardır (60). Yirmisekiz çalışmayı içeren bir derlemede SF-36 kullanılarak yapılan çalışmaların sonucunda genel olarak fiziksel işlevsellik puan ortalamaları 63.8 – 91.2 olan bipolar hastaların nispeten daha iyi görüldüğü ve ruhsal sağlık skorlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (5). Bipolar hastalardaki semptom değerlendirme ile yapılan ölçümler sonuçları göstermede yetersizdir ve yaşam kalitesi ayrı bir yapı olarak araştırılmalıdır. Bipolar hastalıkta yaşam kalitesi üzerine literatürler bulunmasına rağmen hastalığa spesifik yaşam kalitesi ölçümü bulunmamaktadır. Bipolar hastalıktaki klinik değişimleri daha hassas ölçen yeni araçlar gereklidir (140).

Leidy ve arkadaşları 62 BB hastasında 1998 yılında ABD’de yaptığı çalışmada, temel bulgu olarak; araçların psikometrik özellikleri genellikle kabul

edilebilir düzeyde olduğu ve SF-36'da belirgin bozulmalar olduğunu gözlemişlerdir. (61). Günümüze kadar ki en büyük bipolar depresyon yaşam kalitesi çalışmasında, Yatham ve arkadaşları, 15 ülkede 920 tip-I BPB hastasında SF-36 skorları genel topluluk normlarıyla karşılaştırıldığında belirgin olarak bozulmuş bulmuşlardır(43).

Çalışmamızda ötimik dönemdeki bipolar hastaların yaşam kaliteleri hasta yakınları ve kontrollere (sağlıklı kontrol) göre düşük bulunmuştur.

Yapılan gözlem çalışmalarında da hastalarda remisyonda olmalarına rağmen orta halli semptomlar veya genel olarak bazı zorluklarla yürütülen işlevsellik söz konusu olduğu ve Bipolar bozukluk hastalarında görülen psikososyal alandaki yeti kaybının, afektif belirtilerin sonlanmasından sonra da devam ettiği bildirilmektedir. (62).

Son dönemlerde yapılan çalışmalarda bipolar bozuklukta yaşam kalitesinin düşük olduğu ve duygudurum dönemlerine göre değişiklik gösterdiği ileri sürülmüştür (63). Bipolar bozuklukla yaşam kalitesi arasında çok yönlü ve karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Depresif belirtilerin düzeyi, kadın cinsiyeti, tanı konmadan geçen sürenin uzunluğu bipolar bozuklukta düşük yaşam kalitesinin belirteçleri olarak ileri sürülmüştür (64). Bipolar bozukluk kişinin eğitim, mesleki, parasal, sosyal ve kişiler arası ilişkilerinde ciddi bozulmalara neden olmaktadır (45). Bipolar bozuklukta sıklıkla alkol ve madde bağımlılığı ve anksiyete bozukluğu eş tanılarının ayrı ayrı varlığı yaşam kalitesindeki bozulmayı artırmaktadır (65,66). Her iki eş tanının varlığında ise yaşam kalitesi değerleri yalnız anksiyete bozukluğu ve yalnız alkol ve madde bağımlılığı eş tanısının varlığına göre anlamlı olarak daha çok düşmektedir (67). Anksiyete bozukluğu eş tanısı varlığında özkıyım girişimi oranı da artmaktadır (68). Lityum, karbamazepin ve antipsikotiklerle ilişkili olarak görülen kilo ve vücut kitle indeksi artışı bipolar bozuklukta kontrol grubuna göre daha yüksektir ve yaşam kalitesini bozan bir etken olarak ortaya çıkmaktadır (69). Bipolar bozuklukta genel tıbbi hastalık eş tanısı da yüksek orandadır ve bu grupta yaşam kalitesi değerleri anlamlı olarak düşük bulunmuştur (70).

Türkiye'de son on yıl içinde bipolar duygudurum bozukluğu tanısı ile yatarak ya da ayaktan izlenen 100 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, ataklar arası

dönemde bipolar hastalarda, bazı tedavi değişkenleriyle, kalıntı belirtiler ve genel işlev düzeyi, yetiyitimi ve yaşam kalitesi gibi gidiş değişkenlerinin ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ataklar arası dönemde olan bu hastalara Kısa Yetiyitimi Anketi (KYA) ve Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire/Q-LES-Q) uygulanmış ve tedavi değerlendirme formu ile doktorla görüşme sıklığı, yeterli duygudurum düzenleyici ilaç kullanıp kullanmadığı ve kullandığı diğer psikotrop ilaçlar öğrenilmiştir. Genel olarak bu çalışmada hiçbir tedavi değişkeni ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır (71).

Latalova ve ark. klinik remisyondaki bipolar hastalardaki (n=41) yaşam kalitesini remisyondaki şizofren hastaları ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırmış ve bipolar hastalardaki ortalama yaşam skorlarını şizofrenlere göre yüksek bulmuşlar, sağlıklı kontrollere göre de benzer veya yüksek bulmuşlardır (141).

Çeşitli sonuçlara göre işlevsellik yeti yitimi ve yaşam kalitesi birbirini etkileyen kavramlardır. Bipolar hastaların önemli bir grubu %30–60 arasında sosyal, mesleki ve aile hayatında çeşitli dercelerde işlevsellik kaybı gösterirler. Çeşitli faktörler bipolar hastalığıdaki işlevsellik kaybı ile bağlantılıdır fakat bunlar tam olarak araştırılmamıştır. Bipolar hastaların yarıya yakını klinik remisyonda olmasına rağmen kişiler arası ilişkiler mesleki, evlilik ve aile sorunları içeren zorluklar yaşarlar. Düşük işlevsellikle ilgili en yaygın faktörler subsendromal durumlar, özellikle kalıcı subdepresif semptomlar ve komorbidite (özellikle anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı) ile ilişkilidir. Diğer klinik faktörler depresif epizod, psikotik semptomlar, epizod sayısı, hastalığın süresi ve erken başlangıçtır. Öte yandan kongnitif bozukluk düşük işlevsellikle daha fazla ilgili durmaktadır. Son olarak kötü premorbid durum, sosyal destek zayıflığı, düşük sosyoekonomik düzey, ilaç tedavisi gibi diğer faktörler bipolar hastalardaki işlevsellik kaybı ile ilişkili olabilir. Fakat bunların etkilerini göstermek için daha fazla araştırmaya gerek vardır. Rezidüel affektif semptomlarla nörokognitif bozukluk arasındaki ilişki ve psikososyal yeti yitimi bipolar hastaların uzun soluklu tedavisinde güçlü etkiye sahiptir. Ancak bu faktörler yeti yitimi ve düşük işlevsellik riskini artırabilir. Klinik olarak stabil hastalarda klinik ve demografik değişkenler araştırılmalı, kongnitif bozukluk ve düşük işlevsellik arasındaki ilişki de araştırılmalıdır.

Yakın zamana kadar tedaviler klinik remisyona odaklıyken bununla birlikte tam işlevsel düzelme hedef ve tedaviye cevap kriteri olmalıdır. Lityum, duygudurum düzenleyici ve psikososyal müdahaleler ile efektif tedavi sağlanmasına rağmen uzunlamasına yapılan çalışmalar önemli nüks oranı, kalıntı belirtiler ve işlevsellik kaybını göstermiştir (8,142,106,143,144). Güncel tedavilerle yeti kaybı azalmış ve işlevsellik artırılmıştır.

Hastaların büyük kısmının işlevsellik sonuçları üzerine olan geçerli müdahaleler, bipolar hastalığın ekonomik ve sosyal yükünü vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Psiko eğitimle genel sosyal işlevsellik ölçümleri ve istihdam oranları anlamlı derecede düzeltilebilir. Farmakolojik ve psikolojik araçların kombine edilmesi davranışsal paternlerin bilişsel düzenlenmesi ve psiko eğitim üzerine olan ilgi artmıştır. Tam işlevsellik kaybına uğramamış bipolar hastalarda psikososyal rehabilitasyon kullanılabilir. Sadece bipolar I hastalar değil bipolar II ve muhtemelen siklotimik hastalarla çalışmak zor olmasına rağmen çalışmalara alınmalıdır. Aile yükü bipolar hastalardaki sonuçları etkilediği için aileye etkileri, bakımverenlerin yükü özellikle baş edebilme ve deneyim yönünden araştırılmalıdır. Hasta yakınlarının tutumu işlevselliğin üzerine kolaylaştırıcı veya engelleyici tutum, tavır ve desteği önemli çevresel faktörlerdendir. Son olarak psikososyal işlevselliğin iyi bir belirleyicisi olan frontal yürütücü işlevlerde bozukluk ve bellek gibi bilişsel faktörlerde bozulmayı içeren nörokognitif faktörler mevcutsa hastaların tedavisine bilişsel rehabilitasyon stratejileri de dahil edilmelidir (145).

Genel popülasyonda bipolar bozukluk sıklıkla tanı konulamadığı ya da yanlış teşhis edildiği için tedavisi yetersiz kalmakta ve yeti yitimi devam etmektedir. Bipolar hastaların tedavisinde farmakolojik ve psikolojik yaklaşımların kombinasyonu hastalardaki tedaviye cevabı maksimuma çıkarmak için kullanılmalı, sadece klinik yanıt değil sosyal ve mesleki işlevsellik de göz önünde bulundurulmalıdır(146). Uzmanlar tedavide semptomların tam olarak iyileşmesi ve işlevsel iyileşmeye odaklanmalıdırlar (147). Ayrıca daha iyi tolere edilebilen yeni ilaçların kullanımı ve psikososyal strateji programları ile sosyal, bilişsel ve mesleki işlevsellikte olumlu sonuç alınabilir.

Bu nedenle hastaların uzun dönemde yeti yitimine neden olan diğer sebepleri ve komorbiditeyi, sosyal işlevsellik, mesleki işlevsellik, ötimi ya da stabilizasyon gibi uzun dönem hasta sonuçlarını iyileştirmek için multidisipliner psikofarmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımı bipolar hastalara uygulanmalıdır. Bipolar hastaların yeti kaybı ve işlevsellikte bozulmayı belirlemek için hastalığa özgü spesifik araçlar geliştirilmelidir (148). Bununla birlikte ölçümlerde kullanılan araçların standardizasyonunun az olması nedeniyle karşılaştırma çalışmaları güçleşmekte veya mümkün olamamaktadır. Halen bipolar hastalığa özgü spesifik ölçüm araçları bulunmamaktadır.

İspanya’da 108 bipolar hasta SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak genel popülasyon (n=1210) ile randomize olarak karşılaştırılmıştır (149). Hastalar ötimik ve non-ötimik olarak ayrılarak sonuçlar global olarak genel popülasyon ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesi ve cinsiyet arasında fark bulunmamıştır. Fakat ağrı ve mental sağlık alt ölçek puanları kadınlarda düşük bulunmuştur. Düşük fiziksel yaşam kalitesi yaşla ilişkili bulunmuş, nonötimik kadın cinsiyette mental yaşam kalitesi ötimik kadın cinsiyete göre daha düşük bulunmuş, sigara ve yasadışı madde kullanımı olanlarda düşük skorlar elde edilmiştir. Bipolar hastalarda SF-36 mental sağlık alt ölçeği puanları ise genel popülasyona göre düşük bulunmuştur. Ötimik bipolar hastaların yaşam kalitesi skorları nonötimik bipolar hastalarla genel popülasyon arasında değerde bulunmuş, evli olma, ileri yaş, hastalık yaşının ileri olması düşük fiziksel skorla ilişkilendirilmiştir. İleri yaş, erken başlangıç, bipolar tipi, HAMD yüksekliği ve nikotin bağımlılığının mental sağlıkla ilişkili olduğu belirlenmiş, sosyal destek, psikotik semptom hikayesi ve madde kullanımı mental sağlıkla orta derecede ilişkili bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve evlilik durumu düşük mental sağlıkla ilişkili bulunmamıştır. Siklotimik ve bipolar II hastalarda mental yaşam skorları ötimik hastalara göre düşük bulunmuştur. Sonuç olarak bipolar hastalarda mental ve fiziksel yaşam kalitesi genel popülasyonu göre düşük bulunmuştur. Ötimik bipolar hastalarda nonötimik bipolar hastalara göre mental sağlık daha iyi fakat fiziksel sağlık açısından fark bulunmamıştır. Fiziksel yaşam kalitesi düşüklüğü hastalığın kliniği ve değişkenleriyle ilgiliyken düşük fiziksel yaşam kalitesi hem yaşlılarda hem gençlerde depresyonu olanlarda düşük bulunmuştur. Kadınlarda ve yaş arttıkça fiziksel yaşam kalitesi skorları daha düşük

bulunmuş. Hastanede kalış süresi, hospitalizasyon sayısı, depresif epizod sayısı, ilk epizodun depresif olması, ciddi suisid girişimi gibi kötü prognostik faktör kriterleri olmasına rağmen bu kriterler mental sağlık ile ilişkilendirilmemiştir. Çalışmada SF-36 vitalite ve mental sağlık alt ölçek puanları ötimik ve non-ötimik hastalar arasında farklı bulunmuştur. Mental sağlık puanlarının düşüklüğü depresif semptomlar ve madde kötüye kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Komorbid madde kötüye kullanımı ise hastalarda hem mental hem fiziksel yaşam kalitesi skorlarını düşürmüştür. Sosyal desteğin mental yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi saptanmıştır. Erken başlangıç yaşı, bipolar hastalık tipi, depresif semptom varlığı, yüksek nikotin bağımlılığı ve sosyal destek zayıflığı düşük mental yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmiştir. Özellikle bipolar hastalarda depresif semptomların optimal kontrolü ve sosyal desteğin artırılması gerekmektedir. Bu çalışmada bipolar hastalarda yüksek yaş düşük mental yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur. Fakat bizim çalışmamız ve diğer çalışmalar da yaş ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmada olduğu gibi mental yaşam kalitesi skorlarıyla diğer sosyodemografik değişkenler arasında bir ilişki saptanmamıştır. Buna zıt olarak Etiyopya'da yapılan çalışmalarda erkekler ve evli olanlarda mental sağlık daha iyi bulunmuştur. Çalışmamızda hasta grubunda sosyodemografik faktörlerden gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi fiziksel rol kısıtlılığı alt ölçeğindeki artış ve kirada oturanlarda yaşam kalitesinin genel sağlık algısı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık alt ölçeklerindeki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak barınma durumunu yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuş olup, bu durumun kirada oturmanın hastaya getirdiği mali yük ve yaşam standartlarını düşürmesi nedeniyle stresör faktör olabileceği, dolayısıyla yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda hasta grubunun yaşam kalitesi düzeyleri gelir ve barınma durumu dışındaki sosyodemografik değişkenlerle ilişkili bulunmamıştır.

Sonuç olarak mental yaşam kalitesi skorlarının toplumların sosyoekonomik ve kültürel düzeylerinden etkilendiği söylenebilir. Bu çalışma bipolar hastalarda ötimik dönemde mental ve fiziksel yaşam kalitesi puanlarının genel popülasyona göre düşük olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamız da bunu desteklemektedir. Bipolar bozuklukla ilgili son dönemde yapılan çalışmalar hastaların işlevselliğindeki düşmenin remisyon döneminde de devam ettiğini göstermektedir (62). Çalışmamızda

ötistik dönemde bipolar hastaların yaşam kaliteleri hasta yakınları ve kontrollere göre düşük bulunmuştur. Bu durumun hastalığın kronisitesinin bir sonucu olduğu ve hastanın yaşamının her yönünü etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda bipolar hasta yakınlarının yaşam kalitesi sosyal işlevsellik dışında tüm alt boyutlarda kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Bu durumun hastalığın döngüsel yinelenmelerinin aile yaşamındaki yıkıcı etkilerinden, kronik olarak nüks eden hastalıktan, ailesel genetik temellerinden ve hastalığın yükünü taşımaktan kaynaklandığını düşünüyoruz.

Cooke ve arkadaşlarının 68 olgu ile yaptığı çalışmada, ötik bipolar hastalardaki kendini iyi hissetme puanlarının, kronik tıbbi hastalıklı ya da major depresyonlu hastalardakinden daha olumlu olmadığını göstermişlerdir. Bipolar bozuklukların tedaviye olumlu yanıt verdiği ve hastalarda tam iyilik halinin elde edildiği genel kabul gören bir görüştür. Ancak tedaviye rağmen hastalığın tekrar ettiği ve zamanla daha olumsuz bir seyrin ortaya çıktığı da bir gerçektir. Bunu tam iyileştiği düşünülen bipolar hastalarda bile eşik altı belirtiler bulunması ile açıklamak mümkündür. Bipolar hastalarda eşik altı belirtileri hedef alan tedavi girişimlerinin yararlı olacağı ve bu konuda kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu söylenebilir

Son zamanlarda klasik bilgilerimizin aksine, bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerdeki bozukluğu gösteren çok sayıda kanıt bildirilmektedir. Araştırmalar, bipolar bozukluğun sadece aktif hastalık dönemlerinde değil, remisyon dönemlerinde de bilişsel işlevlerde yetersizlikler olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca, kronisite, epizod sıklığı, uyku bozuklukları, depresyon ve manik epizodla ilişkili hiperkortizolemi, lityuma bağlı eşik altı hipotiroidi, antikolinergik ilaçlar ve madde kullanımı da bilişsel işlevleri etkilemektedir. Bilişsel işlevlerdeki yetersizliğin hastaların sosyal ve mesleki işlevselliğini bozduğu, relapslara zemin oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle işlevlerde yetersizliğe neden olduğundan dolayı tedavide bilişsel işlevler dikkate alınmalıdır. SSGİ'leri, atipik antipsikotikler ve lamotrijin bilişsel işlevler açısından faydalı olmaktadır (150).

6. SONUÇLAR

Son yıllarda bipolar bozukluğun tedavisinde büyük gelişmeler kaydedilmiştir. Tedavideki gelişmelerin amacı bipolar hastaların daha az yan etki yaşamaları, daha az fiziksel belirti göstermeleridir. Kalıntı belirtilerin optimal kontrolü ve sosyal desteğin artırılması gerekmektedir. Epizodlar arası işlevsellik ve yaşam kalitesi gibi diğer konulara yönelik çalışmalara son zamanlarda daha fazla yoğunlaşmıştır. Fakat şu ana kadar yapılan çalışmaların çoğu kesitsel çalışmalardır. Hastalığın farklı fazlarında yapılacak uzun süreli çalışmalarla epizod sıklığı ve hastalığın uzunluğu ve bunların yaşam kalitesi üzerine olan etkileri daha iyi anlaşılacaktır. Yine ilk epizod mani hastalarında da bu çalışmaların yapılması, hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini daha iyi anlayabilmek açısından gereklidir.

Bizim çalışmamızda da hasta ve hasta yakınlarının epizodlar arasında değerlendirilmeleri ve hastalığın yaşam kalitesi ve işlevselliğe etkilerini araştırmak amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonucunda bipolar hastaların ve yakınlarının iyilik döneminde dahi yaşam kalitelerinin kontrol grubuna ve Türkiye ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların gelir düzeyi arttıkça fiziksel rol güçlüğüne arttığı belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hasta grubunun kirada oturan kesiminde genel sağlık algısı, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental (ruhsal) sağlık yaşam kalitesi alt ölçek skorlarının düştüğü belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bu iki değişken dışındaki diğer sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkili bulunmamıştır.

Tedavi alanındaki ilerlemelerle birlikte epizodların azalması ve ötimik sürecin uzamasının hasta ve hasta yakınlarında yaşam kalitesini artıracaklarını düşünmek makuldür ve bunun daha geniş kapsamlı ve daha fazla örneklemlerle çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Böylesi çalışmalar ve elde edilen bilgiler daha karmaşık durumdaki hastalarda hem belirtilerin azalması hem de yaşam kalitesinin iyileşmesi anlamında mümkün olabilecek en iyi tedavi rejimlerini geliştirmeye bizi daha çok yaklaştıracaktır.

ÖZET

SDÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde Ayaktan Takipli Bipolar Bozukluk Tanılı Ötimik Hastalarda ve Ailelerinde Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi: Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması

Bu çalışmada SDÜ polikliniğinden ayaktan takipli bipolar bozukluk tanılı ötimik dönemdeki hastalarda ve ailelerinde yaşam kalitelerinin ölçümü, yaşam kalitesi düzeyinin hastanın sosyodemografik özelliklere ilişkin belirleyicilerden etkilenimini saptamak; Bipolar hasta aile bireylerinin yaşam kalitesi açısından nasıl etkilendiklerini ölçebilmek ve hasta verilerini sağlıklı gönüllülerinkiyile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Çalışmaya, 2010 yılında 4 aylık süre içerisinde SDÜ psikiyatri polikliniğinden ayaktan takip ve tedavi alan ve DSM-IV'e göre 'Bipolar Bozukluk' tanı ölçütlerini karşılayan 18-65 yaş arası, en az ilköğretim mezunu, 50 hasta, 50 hasta yakını ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 150 kişi dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bireylere DSM IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme SCID-I uygulandı. Buna göre çalışmaya Bipolar bozukluk tanısı alan, Young Mani Derecelendirme Ölçeği(YMRS) < 7, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) < 7 ve en az 1 aydır ötimik düzeyde olan 50 hasta dahil edildi.

Çalışmaya kapsamındaki tüm bireylere SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulanarak elde edilen veriler SPSS for Windows istatistik paket programının 15,0 sürümü ile değerlendirildi ve sosyodemografik verileri kaydedildi. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak seçildi.

Çalışmamızdaki sonuçlar;

Ötimik dönemdeki bipolar hastaların yaşam kaliteleri hasta yakınları, normal kontroller ve Türkiye ortalamalarına göre düşük bulunmuştur.

Bipolar hasta yakınlarının yaşam kalitesi sosyal işlevsellik dışında tüm alt boyutlarda kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur.

Bizim çalışmamıza benzer birçok çalışmada da bu sonuçlara ulaşılmıştır. O halde asıl amacımız; güncel ve etkin yeni tedavi rejimlerine ve sonuçlarına yönelik geniş çaplı araştırmalar yapmak, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini artırmaya yönelik geniş çaplı araştırmalar planlanması bipolar bozukluk tedavisinde yeni yaklaşımlar sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, Yaşam kalitesi, Kısa Form 36 (SF-36).

SUMMARY

Assessment of the quality of life in the patients with euthymic bipolar disorder diagnosis who are in outpatient follow-up in the SDU Faculty of Medicine Department of Psychiatry and their families: The comparison of these assessments with the health controls

In this study, the aim was to measure the quality of life in the patients with euthymic bipolar disorder diagnosis who are in outpatient follow-up in the SDU polyclinic and their families, to determine the effect of the socio-demographic determinants on the quality of life of the patients; to measure how the family members of the bipolar patients were affected in the aspect of the quality of life and to make a comparison between the patient data and the data of the healthy control group volunteers.

150 people with a diagnosis of “bipolar disorder” according to DSM-IV between the ages of 18-65, who had at least a primary school education and who were treated and monitored in the SDU psychiatry outpatient polyclinic in a 4-month period in 2010 were included in the study consisting of 50 patients, 50 patient relatives and 50 control group members. Structured clinical interview SCID-I which was structured for the DSM-IV Axis-I disorders was performed on the individuals included in the study. According to this, 50 patients were included in the study who were diagnosed with bipolar disorder, who had findings of Young Mania Rating Scale (YMRS) <7, the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) <7 and who were at an euthymic level at least for 1 month.

Data obtained from the SF-36 quality of life scale which was applied to all of the individuals included in the study were evaluated by the SPSS for Windows statistical software package program version 15.0 and the socio-demographic data were recorded. Statistical significance limit was chosen as $p < 0.05$.

The results of this study are;

Quality of life of the euthymic bipolar patients was found to be lower compared to the patient relatives, normal controls and the average of Turkey.

Quality of life of the relatives of the bipolar patients was found to be lower compared to the control group except social functioning.

Our study results are similar to those results obtained in many studies. So our main aim, which is to make large-scale research towards the current and effective new treatment regimens and outcomes and to plan large-scale research activities which aim to improve the quality of life of the patients and their relatives, will provide new approaches in the treatment of bipolar disorder.

Key words: Bipolar disorder, Quality of life, Short Form-36 (SF-36).

KAYNAKLAR

1. Can SS, Özel ET, Çevik A. Innovations and problem fields in bipolar disorders classification, Türkiye klinikleri J Int Med Sci 2006,2(29):1-4.
2. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J. Affect. Disord., 1998; 50: 143- 151.
3. Akiskal HS, Bourgeois ML, Jules Angst ve ark.. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. J Affect Disord, 2000; 59:5-30.
4. The WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. Social Science Medicine 1995,10:1403-1409.
5. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature, Erin E Michalak*, Lakshmi N Yatham and Raymond W Lam Published: 15 November 2005 Health and Quality of Life Outcomes 2005, 3:72.
6. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R: Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ 2002, 324:1417.
7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36).I.Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-483.
8. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL ve ark (1995) Relapse and impairment in bipolar disorder. Am J Psychiatry, 152: 1635-1640.
9. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Sekizinci baskı, Ankara, Feryal Matbaası, 2001.
10. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C, 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 2001.
12. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. J Affect Disord 2001; 67:3-19.
13. Angst J, Gamma A. A new bipolar spectrum concept: a brief review. Bipolar Disord 2002; 4(Suppl.1):11-14.
14. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. MO Öztürk (çev.), Ankara, Medikomat Matbaası, 1993.
15. Hagop S.Akiskal & Mauricio Tohen Çeviri 2009, Bipolar Psikofarmakoterapi, hastanın bakım ve desteği: S1-2.
16. Schaffer A, Carney J, Cheung A, Veldhuizen S, Levitt A. Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. Can J Psychiatry 2006; 51:9.
17. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth ed., Philadelphia; Lippincott Williams&Wilkins, 2005.

18. Carta MG, Angst J. Epidemiological and clinical aspects of bipolar disorders: controversies or a common need to redefine the aims and methodological aspects of surveys. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 4:1-4.
19. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RMA. The National Depressive and Manic-depressive Association survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31:281-294.
20. Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. İki Uçlu Bozukluk. ET Oral (çev.), İstanbul, CSA Medikal Yayın, 2003.
21. Szadocky E, Papp Z, Vitrai J, Rihmer Z, Furedi J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998; 50:153-162.
22. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et al. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7:119-125.
23. Negash A, Alem A, Kebede D, Deyessa N, Shibre T, Kullgren G. Prevalence and clinical characteristics of bipolar I disorder in Butajira, Ethiopia: a community based study. *J Affect Disord* 2005; 87:193-201.
24. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996; 60:174-196.
25. Dubowsky SL, Davies R, Dubowsky AN. Mood disorders. RE Hales, SC Yudofsky (eds.), *Essentials of Clinical Psychiatry*, second ed., Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004, p.243-338.
26. Savaş AH, Yumru M. Bipolar (iki uçlu) bozuklukta genetik çalışmalar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2006; 2:10-16.
27. Ceylan ME, Oral ET. *Duygudurum Bozuklukları*. İstanbul, 2001.
28. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1552-1562.
29. Sofuoğlu S, Gönül AS. Bipolar bozukluğun nörobiyolojisi. *Duygudurum Dizisi* 2001; 6:288-300.
30. Larsen JK, Faber J, Christensen EM, Bendsen BB, Solstad K, Gjerris A, et al. Relationship between mood and TSH response to TRH stimulation in bipolar affective disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29:917-924.
31. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. *Endocrinol & Metabol Clin North America* 1997; 26:279-294.
32. Güleç C, Köroğlu E (eds.). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
33. Otto MW, Perlman CA, Wernicke R, Reese HE, Bauer MS, Pollack MH. Posttraumatic stress disorder in patients with bipolar disorder: a review of prevalence, correlates, and treatment strategies. *Bipolar Disord* 2004; 6:470- 479.
34. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck Jr PE, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158:420-426.
35. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord* 2002; 68:1-23.

36. Perugi G, Akiskal HS, Toni C, Simonini E, Gemignani A. The temporal relationship between anxiety disorder and (hypo) mania: a retrospective examination of 63 panic, social phobic and obsessive-compulsive patients with comorbid bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 67:199-206.
37. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44:28-34.
38. Ünal A, Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Tezcan AE. Bipolar bozukluğa eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları. *Türkiye’de Psikiyatri* 2007; 9:18-25.
39. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. İkinci baskı, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2001.
40. Kilzieh N, Akiskal HS. Rapid-cycling bipolar disorder: an overview of recent research and clinical experience. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22:585-607.
41. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48:445-457.
42. Preda A, MacLean RW, Mazure CM, Bowers Jr. MB. Antidepressant associated mania and psychosis resulting in psychiatric admission. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:30-33.
43. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Haris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disord* 2004; 6:379-385.
44. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck Jr PE. Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *J Affect Disord* 2000; 57:235-239.
45. Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res* 2006; 15:25-37.
46. Sierra P, Livianos L, Rojo L. Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disord* 2005; 7:159-165.
47. Piccinni A, Catena M, Debbio AD, Marazziti D, Monje C, Schiavi E, et al. Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar outpatients. *Compr Psychiatry* 2007; 48:323-328.
48. Özer SK, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar hastalarda ataklar arası dönemde tedavi ve gidiş ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:111-120.
49. Tohen M, Hennen J, Zarate CM Jr, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000; 157:220-228.
50. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Basımevi, 2003:467-540.
51. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002:441- 503.
52. Ghaemi N, Ko J, Rosengquist K, Kontos N. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression, *Am. J Psychiatry*, 2004; 161:163-165.
53. Schou M. Lithium treatment at 52, *J Affect Disord*, 2001; 67: 21-32.
54. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.

55. Bowden CL, Calabrese JR, Mc Elroy SL et al. A randomized, placebo- controlled 12 month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000; 57: 481- 489.
56. Albrecht GL, Fitzpatrick R (1994) A sociological perspective on health-related quality of life research, *Advanced in Medical Sociology, Quality of life in health care*. GL Albrecht, R Fitzpatrick (Ed), London, UK, Greenwich CT, Jai Press, .121.
57. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(4):283-292.
58. Coryell W, Scheftner W, Keller M ve ark (1993) The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry*,150: 720-727.
59. McHorney CA, Kosinski M, Ware JE Jr: Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. *Med Care* 1994, 32:551-567.
60. Ten Have M, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA: Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002, 68:203-213.
61. Leidy NK, Palmer C, Murray M, Robb J, Revicki DA: Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. Psychometric performance of four self-report measures. *J Affect Disord* 1998, 48:207-214.
62. Tütüncü R, Örsel S, Özbay MH. Bipolar Bozukluk Başlangıç Yaşının Klinik ve Gidiş Özellikleri İlişkisi, *Klinik Psikiyatri* 2007;10:63-68.
63. Namjoshi MA, Buesching DP. A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorders. *Qual Life Res* 2001; 10:105-115.
64. Gazalle FK, Hallal PC, Andreazza AC, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Weyne F, et al. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2007; (in press).
65. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of life and anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder and panic disorder. *Psychopathology* 2003; 36:255-262.
66. Albert U, Rosso G, Maina G, Bogetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord* 2007.
67. Singh J, Mattoo SK, Sharan P, Basu D. Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disord* 2005; 7:187-191.
68. Kauer-Sant'Anna M, Frey BN, Andreazza AC, Cereser KM, Gazalle FK, Tramontina J, et al. Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Can J Psychiatry* 2007; 52:175-181.
69. Wang PW, Sachs GS, Zarate CA, Marangell LB, Calabrese JR, Goldberg JF, Sağduyu K, Miyahara S, Ketter TA. Overweight and obesity in bipolar disorders. *J Psychiatr Res* 2006; 40:762-764.
70. Fenn HH, Bauer MS, Altshuler L, Evans DR, Williford WO, Kilbourne AM, et al. Medical comorbidity and health-related quality of life in bipolar disorder across the adult age span. *J Affect Disord* 2005; 86:47-60.
71. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(2):111-120.

72. Özerdem A., Çakaloz B., Topkaya Ş., Koçyiğit A., Yılmaztürk M., Afşar B.B., Aydar A.G., Fidaner H., Çömlekçi A., Yeşil S. Ötimik bipolar hastalarda ve ailelerinde yaşam kalitesi; diabetik hastalar ve normal kontrollerle karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD., İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji BD, İzmir.
73. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Jan;37(1):31-7. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Ozer S, Ulusahin A, Batur S, Kabakci E, Saka MC. Hacettepe Univ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bolumu, Ankara, Turkey.
74. Bobes J, Gonzales MP: Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, John Wiley&Sons 1997:165-178.
75. Katschnig H (1999) How useful is the concept of quality of life in psychiatry. Quality of Life in Mental Disorders, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, 3-16.
76. Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C., 'It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder, Chronic Illn. 2011 Feb 28.
77. Taşkın E. Oryal, Stigma Ruhsal Hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama, birinci baskı, İzmir, Turkuaz bilişim, 2007.
78. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1436–1442.
79. Goodwin FK, Jamison K. Manic-Depressive Illness. New York, NY: Oxford University Press, 1990.
80. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 247–252.
81. Yatham LN, Lecrubier Y, Fieve RR, Davis KH, Harris SD, Krishnan AA. Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. Bipolar Disord 2004; 6:379–385.
82. Gutierrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutierrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. Bipolar Disord 2008; 10: 625–634.
83. Segal ZV, Dobson KS: Cognitive models of depression: report from a consensus development conference. Psychol Inq 1992; 3: 219–224.
84. World Health Organization: The World Health Report 2001 – mental health: new understanding; in World Health Organization (ed): New Understanding, New Hope. Geneva, WHO, 2001.
85. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 261–269.
86. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB: The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 530–537.

87. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Bourne ML, Haggard P: 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 646–652.
88. Zarate CA Jr, Tohen M, Land M, Cavanagh S: Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q* 2000; 71: 309–329.
89. Suppes T, Dennehy EB, Gibbons EW: The longitudinal course of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 9):23–30.
90. Goldberg JF, Keck PE: Poor-outcome bipolar disorders; in Goldberg JF, Harrow M (eds): *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. Washington, American Psychiatric Press, 1999, pp 1–19.
91. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM: GAMIAN Europe/ BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6: 487–497.
92. Mitchell PB, Slade T, Andrews G: Twelvemonth prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychol Med* 2004; 34:777–785.
93. Chakrabarti S, Gill S: Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord* 2002; 4: 50–60.
94. Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou GN, Dikeos D, Lerer B, Kaneva R, Milanova V, Serretti A, Macciardi F, Mendlewicz J: Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *J Affect Disord* 2004; 79: 97–103.
95. Targum SD, Dibble ED, Davenport YB, Gershon ES: The Family Attitudes Questionnaire. Patients' and spouses' views of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 562–568.
96. Keck PE Jr, McElroy SL, Strakowski SM, Stanton SP, Kizer DL, Balistreri TM, Bennett JA, Tugrul KC, West SA: Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:292–297.
97. McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JI, Faedda GL, Swann AC: Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1633–1644.
98. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, Faedda GL, Mayer PV, Kolbrener ML, Goodwin DC: Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 752–757.
99. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC, Price RA, Hirschfeld RM: The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31: 281–294.
100. Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ, Joffe RT: Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J Affect Disord* 1993; 29: 49–52.
101. Feske U, Frank E, Mallinger AG, Houck PR, Fagiolini A, Shear MK, Grochocinski VJ, Kupfer DJ: Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 956–962.
102. Zis AP, Grof P, Webster M, Goodwin FK: Prediction of relapse in recurrent affective disorder. *Psychopharmacol Bull* 1980; 16: 47–49.

103. Keller MB, Lavori PW, Coryell W, Andreasen NC, Endicott J, Clayton PJ, Klerman GL, Hirschfeld RM: Differential outcome of pure manic, mixed/cycling, and pure depressive episodes in patients with bipolar illness. *JAMA* 1986; 255: 3138–3142.
104. Tohen M, Stoll AL, Strakowski SM, Faedda GL, Mayer PV, Goodwin DC, Kolbrener ML, Madigan AM: The McLean First-Episode Psychosis Project: six-month recovery and recurrence outcome. *Schizophr Bull* 1992; 18: 273–282.
105. Tohen M, aternaux CM, Tsuang MT, Hunt AT: Four-year follow-up of twenty-four firstepisode manic patients. *J Affect Disord* 1990; 19: 79–86.
106. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS: Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 379–384.
107. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS: Recurrent affective syndromes in bipolar and unipolar mood disorders at follow-up. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 382–385.
108. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT: Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 374–381.
109. Hajek T, Slaney C, Garnham J, Ruzickova M, Passmore M, Alda M: Clinical correlates of current level of functioning in primary caretreated bipolar patients. *Bipolar Disord* 2005; 7: 286–291.
110. Vieta E, Calabrese JR, Hennen J, Colom F, Martinez-Aran A, Sanchez-Moreno J, Yatham LN, Tohen M, Baldessarini RJ: Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar I manic patients during treatment with olanzapine: analysis of pooled data. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1420–1428.
111. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, Conigliaro J, Haas GL: Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6: 368–373.
112. Kupfer DJ: The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA* 2005; 293: 2528–2530.
113. Hecht H, Genzwurker S, Helle M, van Calker D: Social functioning and personality of subjects at familial risk for affective disorder. *J Affect Disord* 2005; 84: 33–42.
114. Strakowski SM, Keck PE Jr, McElroy SL, West SA, Sax KW, Hawkins JM, Kmetz GF, Upadhyaya VH, Tugrul KC, Bourne ML: Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 49–55.
115. Hammen C, Gitlin M, Altshuler L: Predictors of work adjustment in bipolar I patients: a naturalistic longitudinal follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 220–225.
116. Ozer S, Ulusahin A, Batur S, Kabakci E, Saka MC: Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 31–37.
117. Abood Z, Sharkey A, Webb M, Kelly A, Gill M: Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord* 2002; 4: 243–248.
118. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Waternaux CS: Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 652–657.

119. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 261–269.
120. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, Leon AC, Rice JA, Keller MB: The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 530– 537.
121. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Rush AJ, Keck PE Jr, McElroy SL, Luckenbaugh DA, Pollio C, Kupka R, Nolen WA: Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 680–690.
122. Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LL, Suppes T, McElroy SL, Frye MA, Kupka RW, Keck PE Jr, Leverich GS, Post RM: Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1447–1454.
123. Calabrese JR, Hirschfeld RM, Frye MA, Reed ML: Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: results of a US community-based sample. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1499– 1504.
124. MacQueen GM, Young LT, Robb JC, Marriott M, Cooke RG, Joffe RT: Effect of number of episodes on wellbeing and functioning of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 374–381.
125. Coryell W, Keller M, Endicott J, Andreasen N, Clayton P, Hirschfeld R: Bipolar II illness: course and outcome over a five-year period. *Psychol Med* 1989; 19: 129–141.
126. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR: Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 454– 463.
127. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R: Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59 (suppl 1):S5–S30.
128. Keck PE Jr, McElroy SL, Havens JR, Altshuler LL, Nolen WA, Frye MA, Suppes T, Denicoff KD, Kupka R, Leverich GS, Rush AJ, Post RM: Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 263–269.
129. Goldberg TE, Gold JM, Greenberg R, Griffin S, Schulz SC, Pickar D, Kleinman JE, Weinberger DR: Contrasts between patients with affective disorders and patients with schizophrenia on a neuropsychological test battery. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1355–1362.
130. Jaeger J, Berns S, Loftus S, Gonzalez C, Czobor P: Neurocognitive test performance predicts functional recovery from acute exacerbation leading to hospitalization in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9: 93– 102.
131. Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, Murray RM: Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1544–1550.

132. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, Malhi GS, Gonzalez-Pinto A, Daban C, Alvarez-Grandi S, Fountoulakis K, Kaprinis G, Tabares-Seisdedos R, Ayuso-Mateos JL: Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord* 2007; 9: 103–113.
133. Solomon DA, Ristow WR, Keller MB, Kane JM, Gelenberg AJ, Rosenbaum JF, Warshaw MG: Serum lithium levels and psychosocial function in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1301–1307
134. Saarni SI, Viertiö S, Perälä J, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J, Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders, *Br J Psychiatry*. 2010 Nov;197:386–94.
135. Watson HJ, Swan A, Nathan PR, Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity, *Compr Psychiatry*, 2011 May-Jun;52(3):265-72. Epub 2010 Sep 21.
136. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(4):344-352.
137. Bellamy N. “Principles of Outcome Assessment” In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*, Toronto: Mosby, 2003:893-905.
138. Fidan D. “Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri”, *Sağlık ve Toplum* 13:3 Temmuz-Eylül, 2003.
139. Taşkın E. Oryal, Stigma Ruhsal Hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama, birinci baskı, İzmir, Turkuaz bilişim, 2007.
140. Michalak EE, Murray G, CREST. BD. Development of the QoL. BD: a disorder-specific scale to assess quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010; 12: 727–740.
141. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H., Quality of life in patients with bipolar disorder--a comparison with schizophrenic patients and healthy controls, *Psychiatr Danub*. 2011 Mar;23(1):21-6.
142. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY: Outcome in manic disorders: a naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 665–671.
143. O’Connell RA, Mayo JA, Flatow L, Cuthbertson B, O’Brien BE: Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 123–129.
144. Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Akiskal H: A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 457–465.
145. Martinez-Aran A, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Gasto C, Salamero M: Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 2–18.
146. Goodwin G, Vieta E: Effective maintenance treatment – breaking the cycle of bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 365–371.
147. Fava GA: Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications. *Psychol Med* 1999; 29: 47–61.
148. Vieta E, Cieza A, Stucki G, Chatterji S, Nieto M, Sanchez-Moreno J, Jaeger J, Grunze H, Ayuso-Mateos JL: Developing core sets for persons with bipolar disorder based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Bipolar Disord* 2007; 9: 16–24.

149. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Va' zquez-Barquero JL, Oviedo A, Diez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 26–32.
150. Doruk A, Özgen F, Bipolar bozuklukta Bilişsel işlevler, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2006, 2(29):23-29.

EKLER

BİPOLAR BOZUKLUK TANI ÖLÇÜTLERİ (DSM-IV)

DSM-IV-TR'de majör depresif nöbet için tanı ölçütleri şu şekildedir:

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin ya da daha fazlasının bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.
2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olmasıyla belirli).
3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması.
4. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması.
5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması.
6. Hemen her gün, yorgunluk bitkinlik ya da enerji kaybının olması.
7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması.
8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık.
9. Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek için özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karışık dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşım durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

(American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition, Washington DC, APA Press, 1994.)

DSM-IV-TR'de manik nöbetin tanı ölçütleri:

A. En az 1 hafta (hastaneye yatırılmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre) süren, olağandışı ve sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl, ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum irritabl ise dördü) belirgin olarak bulunur:

1. Benlik saygısında abartılı artma ya da grandiyözite.
2. Uyku gereksinmesinde azalma.
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Fikir uçuşmaları ya da düşüncelerin sanki yarışıyor gibi birbirlerinin peşi sıra gelmesi yaşantısı.
5. Dikkat dağınıklığı (dikkat önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla çekilebilir).
6. Amaca yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon.
7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

C. Bu belirtiler karışık dönemin ölçütlerini karşılamamaktadır.

D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

E. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not. Somatik antidepresan tedavinin(örn.ilaç,elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu manik benzeri epizodlar Bipolar I Bozukluğu olarak sayılmamalıdır.

(American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition, Washington DC, APA Press, 1994.)

DSM-IV-TR'de karışık dönemin tanı ölçütleri:

A. En az 1 haftalık bir dönem boyunca hemen her gün, hem bir manik dönem hem de bir majör depresif dönem için tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.

C. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

(American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition, Washington DC, APA Press, 1994)

DSM-IV-TR'de hipomanik dönemin tanı ölçütleri:

A. Olağan, depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az 4 gün, gün boyu süren, sürekli, kabarmış, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Manik dönem B ölçütünün karşılanması.

C. Bu dönem sırasında, kişinin semptomatik olmadığı zamanlardakinden çok farklı olarak işlevsellikte belirgin bir değişiklik olur.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkalarınca da gözlenebilir bir düzeydedir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırılmayı gerektirecek denli ağır değildir ve psikotik özellikler göstermez.

F. Bu belirtiler bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

(American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition, Washington DC, APA Press, 1994.)

Bipolar Bozukluk DSM IV-TR Klinik gidiş belirleyicileri;

A. En son dönemi tanımlayan belirleyiciler

- a) Şiddet: Hafif, orta, psikotik özellikleri olmayan ağır, kısmi remisyonda, tam remisyonda
- b) Kronik
- c) Katatonik özellikler gösteren
- d) Melankolik özellikler gösteren
- e) Atipik özellikler gösteren
- f) Postpartum başlangıçlı

B. Yineleyen dönemlerin gidişini tanımlayan belirleyiciler

- a) Uzunlamasına gidiş: Dönemler arasında tam düzelme olan ya da olmayan
- b) Mevsimsel yapı gösteren
- c) Hızlı döngülü

BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Yrd. Doç. Dr. İnci Meltem ATAY ve Araş. Gör. Dr. Cankut CANBABA tarafından yürütülmekte olan bu çalışma, SDÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğinde ayaktan izlenen Bipolar Bozukluk tanılı hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini değerlendiren klinik bir çalışmadır. Yaşam kalitesi düzeyinin hastalığa ve hastanın sosyo-ekonomik koşullarına ilişkin belirleyicilerden etkilenimini saptamak; Bipolar hasta aile bireylerinin yaşam kalitesi açısından nasıl etkilendiklerini ölçebilmek ve hasta verilerini sağlıklı gönüllülerinkiyle karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Bipolar bozukluk yaşam boyu süren ve ataklarla seyreden bir duygudurum bozukluğudur. Kişinin sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkiler. Sürekli, düzenli ve etkin bir tedavi ile sözkonusu olumsuz etkiler önlenebilir. Bu amaçla çalışmaya katılanlar; DSM IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (Structured Clinical Interview for DSM IV-SCID), Kısa Form 36 (Short Form-36; SF-36) yaşam kalitesi ölçeği, sosyodemografik bilgi formu, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) ve Young mani derecelendirme ölçeği ile değerlendirilecektir. Bu araştırmaya katılanlar fiziksel ve ruhsal yönden zarar görmeyecektir. Zarar görmesi durumunda tedavisi tarafımızca sağlanacaktır.

Bu araştırmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırma sırasında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla veya eğitim amacıyla kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmaktan ötürü size bir bedel ödenmeyecek ve sizde bir ücret talebinde bulunamayacaksınız. Araştırmaya devam etmek istemezseniz araştırmadan çıkma hakkınız vardır. Eğer araştırmacı isterse sizin rızanıza bakılmaksızın araştırmadan çıkartılabiliyorsunuz.

Araştırma esnasında Psikiyatri Ana bilim dalında görev yapmakta olan Araş. Gör. Dr. Cankut CANBABA ile temasa geçip her türlü sorunuzu iletebilirsiniz.

Telefon numaraları: 0505 6485137, 0246 2112453.

Araştırma hakkında bana sözlü ve yazılı açıklama yapıldı. Bilmek istediğim her şeyi sordum. Bu araştırmaya, kendi rızamla, hiç baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Adresi(varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
CANBABA

Açıklamaları yapan Araştırmacı-Hekim Adı-Soyadı: Dr. Cankut

Tarih:

İmzası:

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Tarih:

Adı ve Soyadı:

Yaş(18-65):

Yaş dağılımı: (18-24 / 25-34 / 35-44 / 45-54 / 55-65)

Cinsiyet: K / E

Adres ve telefon:

Geliş şekli: Kendi isteği ile / Aile isteği/ Konsültasyon / Polis nezaretinde

Medeni durum: Bekar/ Evli/ Dul / Boşanmış-ayrı yaşıyor

Çocuk sayısı:

Öz ve üvey kardeşlerin sayısı:

Evlilik sayısı:

Evli olduğu süre:

Yaşam şekli: Yalnız / Anne-baba ile/ Eş ve çocuklarla/ Diğer yakınlarla/ Diğer

Yaşadığı yer: İl / İlçe / Köy

Kalınan yer: Kira/ Kendi evi/ lojman/ bakımevi/ evsiz

Eğitim: İlköğretim / Ortaokul / Lise/ Üniversite / lisans üstü

Toplam eğitim yılı:

Çalışma durumu: Öğrenci/ işçi/ memur/ İşsiz/ EvKadını/ Emekli/ Malülen Emekli

Çalışıyorsa; part-time/ Tam zamanlı iş

Sosyoekonomik düzey: Düşük (asgari ücret ve altı) / Düşük-orta (asgari ücret-1500 TL arası)/ Orta (1500-3000 TL) /Yüksek

Sosyal güvence durumu: Yok / Em. San-BağKur-Sigorta/ YeşilKart-VakıfDesteği/ özel/ Diğer

Sosyal desteğin değerlendirilmesi: Sosyal desteği yeterli/Bazı alanlarda yetersizlik var/birçok alanda yetersizlik var/bütün alanlarda yetersiz/ hiç yok.

Askerlik durumu: Yaptı / Yapmadı / Hastalığı nedeni ile askere gitmedi / Tıbbi gerekçelerle ayrıldı

Alışkanlıkları: Yok/ Sigara/ Alkol / İlaç-madde/ Diğer

HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ/(HAM-D)

1. Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. Yok.
1. Yalnızca soruları cevaplariken anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok.
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırılmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharını düşünüyor ya da düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir).

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın)

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya verim azalıyor. Hastanede yatarken hergün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.
4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.

8. Retardasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkca retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor.
4. Tam stuporda.

9. Ajitasyon

0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psikik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden ve konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete (Anksiyeteye eşlik eden Gastrointestinal: ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, Kardiyovasküler: palpasyon, baş ağrısı, Solunumla ilgili: hiperventilasyon, iç çekme, Sık idrara çıkma, Terleme gibi fizyolojik sorunlar)

0. Yok.
1. Hafif.
2. İlmli.
3. Şiddetli.
4. Çok şiddetli.

12. Somatik semptomlar (Gastrointestinal)

0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. Somatik semptomlar (Genel)

0. Yok.
1. Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. Genital semptomlar (Libido kaybı, adet bozuklukları...vb.)

0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.

15. Hipokondriyaklık

0. Yok.
1. Kuruntulu.
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüsyonları.

16. Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A. Tedavi öncesinde (anemnez bulgular)

0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollarda;

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama.

17. Durumu hakkında görüşü

0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahat ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

(Ölçeğin Yorumu: 0-7 = Normal, 8-13 = Hafif Depresyon, 14-18 = Orta Depresyon, 19-22 = Şiddetli Depresyon, ≥ 23 = Çok Şiddetli Depresyon)

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (YMRS)

1) Yükselmiş duygudurum

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

2) Hareket ve enerji artışı

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

3) Cinsel ilgi

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

4) Uyku

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

5) İritabilite

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

6) Konuşma hızı ve miktarı

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

7) Düşünce yapı bozukluğu

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

8) Düşünce içeriği

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

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

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

10) Dış görünüm

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

11) İçgörü

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

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, 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 öncesiyle hemen hemen aynı
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

A. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

B. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

C. Günlük alışverişte almanları kaldırma veya taşıma

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

D. Merdivenle çok sayıda kat çıkma

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

E. Merdivenle bir kat çıkma

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

F. Eğilme veya diz çökme

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

G. Bir-iki kilometre yürüme

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

H. Birkaç sokak öteye yürüme

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

I. Bir sokak öteye yürüme

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

J. Kendi kendine banyo yapma ya da giyinme

I- Evet, oldukça kısıtlıyor II- Evet biraz kısıtlıyor III- Hayır, hiç kısıtlamıyor

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

A. İş ya da diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

I- Evet II- Hayır

B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

I- Evet II- Hayır

C. İş ya da diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?

I- Evet II- Hayır

D. İş ya da diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)?

I- Evet II- Hayır

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

A. İş ya da diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?

I- Evet II- Hayır

B. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?

I- Evet II- Hayır

C. İşinizi ya da diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?

I- Evet II- Hayır

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

a) Hiç etkilemedi

b) Biraz etkiledi

c) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi

e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Ortae) Şiddetli f) Çok şiddetli

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

a) Hiç etkilemedi

b) Biraz etkiledi

c) 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 göz önüne alarak seçiniz.

A. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

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

B. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

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

C. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

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

D. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

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

E. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

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

F. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?

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

G. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

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

H. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

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

I. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

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

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

a) Her zaman b) oğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlıştır?

A. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

B. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

C. Sağlığımın kötüye gideceğini dşunyorum.

a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

D. Sağlığım mkemmел.

a) Kesinlikle doğru b) oğunlukla doğru c) Bilmiyorum d) oğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış