



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE BAKIM  
VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN  
İNCELENMESİ**

Hazırlayan

Elif AYYILDIZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2017





T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE BAKIM  
VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN  
İNCELENMESİ**

Hazırlayan

Elif AYYILDIZ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE -2017

## TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Hemşirelik  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans ( X ) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi Adı ve Soyadı : Elif AYYILDIZ  
Tez Başlığı : BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE  
BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNÜN VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN  
İNCELENMESİ  
Sınav Yeri : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek  
Okulu  
Sınav Tarihi : 19.06.2017

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman (Unvan ve Adı)

Doç. Dr. Aysun Babacan  
GÜMÜŞ

### Kurumu

Çanakkale Onsekiz Mart  
Üniversitesi

### İmza

### Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)

Prof. Dr. Gülbu Tanrıverdi  
  
Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya  
Duman

Çanakkale Onsekiz Mart  
Üniversitesi  
Dokuz Eylül Üniversitesi

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans Tezi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve .....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

## THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences  
Programme Name : Nursing  
Programme Level : Master of Science ( X ) Doctor of Philosophy ( )  
Department : Nursing  
Student Name and Surname: Elif AYYILDIZ  
Title of the Thesis : INVESTIGATION OF CARE BURDEN AND COPING STRATEGIES IN PROVIDING CARE FOR INDIVIDUALS THAT HAVE BIPOLAR DISORDERS  
Examination Place : Çanakkale Onsekiz Mart University High School of Health  
Examination Date : 19.06.2017

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science Thesis.

**Supervisor (Title and Name)**

Doç. Dr. Aysun Babacan GÜMÜŞ

**Institution**

Çanakkale  
Onsekiz Mart  
University

**Signature**

**Members of Examination Jury**

**(Titles and Names)**

Prof. Dr. Gülbu Tanrıverdi

Çanakkale  
Onsekiz Mart  
University

Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Dokuz Eylül  
University

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Çanakkale Onsekiz Mart University, with decision dated ..... and numbered .....

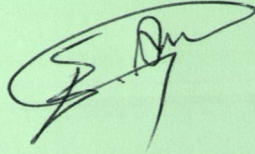
## BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8'de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 17.07.17

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Elif AYYILDIZ

İmza:



## **TEŞEKKÜR**

Tez çalışmam süresince bilgisiyle ve deneyimiyle, desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ'e,

Güler yüzleri ve destekleri için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisi hemşirelerine,

Tez çalışması için ortam sağlamasındaki destekleri için Çanakkale Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına ve Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisi çalışanlarına,

Bilgisi ve tecrübesi ile desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Gülbu TANRIVERDİ'ye ve

Tez çalışmama ilham kaynağı olan herkese teşekkürler...

## ÖZET

### BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERE BAKIM VERENLERDE BAKIM YÜKÜ VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ

ELİF AYYILDIZ

Bu araştırmada bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalının ve Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Bölümünün ayaktan ve yatan hasta birimleri ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım veren 124 bireyle gerçekleştirilmiştir. Veri toplamada Hasta ve Bakım Veren Bilgi Formu ve Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanılmıştır. Bakım verenlerin yaş ortalaması  $46.81 \pm 12.54$ , %64.5'i kadın, bakım verme süresi ortalaması  $12.23 \pm 10.52$  yıldır. Bekâr ve gelir düzeyi düşük bakım verenlerin yükü daha yüksektir. Hızlı döngülü, son iki yıl içinde atak geçiren, sosyal ve mesleki işlevselliği bozuk olan, madde kullanan, başkalarına yönelik şiddet davranışları gösterenlere bakım verenlerin bakım yükü daha yüksektir. İşsiz ve işçi bakım verenlerin boyun eğici, işsiz bakım verenlerin çaresiz yaklaşım düzeyleri çiftçi, özel sektör vs. mesleklerdeki bakım verenlerden yüksektir. Kadınlara ve intihar girişimi olanlara bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımları anlamlı düzeyde yüksektir. Sosyal işlevselliği bozulmuş, madde kullanan ve başkalarına yönelik şiddet davranışları gösterenlere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım, hastanede yatanlara bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım düzeyleri daha yüksektir. Madde kullanan bireylere bakım verenlerin iyimser, kendine güvenli ve sosyal destek arama yaklaşımları daha düşüktür. Dolayısıyla hızlı döngülü, son iki yıl içinde atak geçiren, sosyal ve mesleki işlevselliği bozuk olan, madde kullanan, başkalarına yönelik şiddet davranışları gösteren, intihar öyküsü olan, yatarak takip edilen bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler riskli grup olarak ele alınmalı ve bakım yükünü azaltacak ve baş etme yöntemlerini iyileştirecek hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Bipolar bozukluk, bakım veren, bakım yükü, baş etme



## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF CARE BURDEN AND COPING STRATEGIES IN PROVIDING CARE FOR INDIVIDUALS THAT HAVE BIPOLAR DISORDERS

ELİF AYYILDIZ

The aim of this study is to examine the care burden and coping methods in caregivers of individuals with bipolar disorder. This study was conducted with 124 caregivers of patients with bipolar disorder who applied to ambulatory and inpatient units of Çanakkale Onsekiz Mart University Medical Faculty Hospital Department of Psychiatry, ambulatory and inpatient units of Çanakkale Public Hospital Department of Psychiatry, Community Mental Health Center. The data were collected by using Patient and Caregiver Information Form, Burden Assessment Scale and Coping Styles Inventory. The caregivers had average age of  $46.81 \pm 12.54$  and while 64.5% were women, average duration of caregiving was  $12.23 \pm 10.52$  years. It was observed that the caregivers of single, low-income patients experienced higher burden. The caregivers of patients who had rapid cycle, went through attack within the last two years, had impaired social, occupational functioning, drug addicted, committed violence against others had higher burden. Submissive of unemployment, worker caregivers and helpless of unemployment caregivers are higher. There was significant difference between women, suicide attempt of individuals, social support seeking of caregivers. While the caregivers of the patients who had impaired social functioning, were drug addicted, committed violence against others had higher helpless, the caregivers of inpatients had higher submissive. The caregivers of non-substance users had higher optimistic, self-confident, social support seeking. The caregivers of the patients who had rapid cycle, went through attack within the last two years, had impaired social, occupational functioning, were drug addicted, committed violence against others, suicide attempt, inpatients of individuals are look like risky groups. Nursing attempts should be implemented for decreasing burden and improve coping.

**Keywords:** Bipolar disorder, caregiver, care burden, coping

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU .....	iv
THESIS APPROVAL FORM .....	v
BEYAN FORMU .....	vi
TEŞEKKÜR .....	vii
ÖZET .....	viii
ABSTRACT .....	ix
TABLO DİZİNİ .....	xiii
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1.Bipolar Bozukluk.....	4
2.1.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı .....	4
2.1.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi .....	4
2.1.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi .....	4
2.1.4. Bipolar Bozuklukların Sınıflandırılması.....	6
2.1.5. Bipolar Bozukluğun Tedavisi.....	7
2.1.6. Bipolar Bozuklukta Prognoz.....	7
2.2. Bakım Verme ve Bakım Yükü.....	9
2.2.1. Bakım Verme.....	9
2.2.2. Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri.....	9
2.2.3. Bakım Yükü.....	9
2.2.4. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler.....	10
2.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü .....	11
2.4. Baş Etme ve Baş Etme Yöntemleri .....	14
2.4.1. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylere Bakım Verenlerde Baş Etme Yöntemleri .....	15
2.5. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylere Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolleri.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	20
3.1. Araştırmanın Tipi .....	20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.3. Veri Toplama Araçları.....	21

3.3.1. Anket Formu (Ek 1).....	21
3.3.2. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (Ek 2) .....	21
3.3.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 3) .....	21
3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	22
3.5. Verilerin Analizi.....	22
3.5.1. Değişkenler.....	22
3.5.1.1. Bağımlı Değişkenler.....	22
3.5.1.2. Bağımsız Değişkenler .....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1. Bakım Verenlerin Özelliklerinin İncelenmesi.....	24
4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerinin İncelenmesi .....	28
4.3. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Bakım Yükünün İncelenmesi.....	33
4.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi.....	36
4.5. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi .....	40
4.6. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi .....	55
4.7. Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler.....	71
4.8. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler .....	72
4.9. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler.....	74
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>75</b>
5.1. Bakım Verenlerin Özelliklerinin İncelenmesi.....	75
5.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerinin İncelenmesi.....	79
5.3. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Düzeylerinin İncelenmesi.....	83
5.4. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Bakım Yükünün İncelenmesi.....	84
5.5. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi.....	85

5.6. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi.....	89
5.7. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi.....	91
5.8. Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler.....	94
5.9. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler.....	95
5.10. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler.....	97
<b>6. SONUÇ.....</b>	<b>98</b>
<b>7. ÖNERİLER.....</b>	<b>100</b>
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>102</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>116</b>

## TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri .....	24
Tablo 2: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özellikleri.....	26
Tablo 3: Bakım Verenlerin Sağlık Personelinden Beklenti Durumları.....	27
Tablo 4: Bakım Verenlerin Sağlık Personelinden Beklentileri.....	27
Tablo 5: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri.....	28
Tablo 6: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özellikleri.....	29
Tablo 7: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Kontrollere Düzenli Gelmemeye Nedenlerine İlişkin Bakım Verenlerin Görüşleri.....	31
Tablo 8: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin İlaçlarını Düzenli Kullanmama Nedenlerine İlişkin Bakım Verenlerin Görüşleri.....	32
Tablo 9: Bakım Verenlerin HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puanlarının İncelenmesi .....	32
Tablo 10: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre HYDÖ Puanlarının İncelenmesi .....	33
Tablo 11: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre HYDÖ Puanlarının İncelenmesi .....	35
Tablo 12: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin HYDÖ Puanlarının İncelenmesi.....	36
Tablo 13: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin HYDÖ Puanlarının İncelenmesi.....	38
Tablo 14: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	40
Tablo 15: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	42
Tablo 16: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	43
Tablo 17: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	45
Tablo 18: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124) .....	46
Tablo 19: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	48
Tablo 20: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	49

Tablo 21: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	51
Tablo 22: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi .....	52
Tablo 23: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi .....	54
Tablo 24: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	55
Tablo 25: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	56
Tablo 26: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	58
Tablo 27: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	59
Tablo 28: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	61
Tablo 29: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi .....	62
Tablo 30: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	64
Tablo 31: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi.....	65
Tablo 32: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi.....	67
Tablo 33: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi .....	69
Tablo 34: Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	71
Tablo 35: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	72
Tablo 36: Bakım Verenlerin HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	74

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar bozukluk belli bir düzen olmaksızın yineleyen depresyon, mani veya bu dönemlerin birlikte görüldüğü karma epizotlarla giden ve bu epizotlar arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumu haline dönebildiği kronik seyirli, belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilen bir duygudurum bozukluğudur (Sajatovic 2005, Eroğlu ve Özpoymaz 2010). Etiyolojisi hakkında kesin ortaya konulmuş sonuçlar olmamakla birlikte yapılan araştırmalar bipolar bozukluğun genellikle genetik geçiş ve beyindeki sinir uyarılarının iletilmesindeki düzensizlik ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Darling et al. 2008).

Bipolar bozukluğun tedavisinde ilaçlar ve psikoterapiler önemli bir yer tutmaktadır. Kontrolünün sağlanması için sürekli ilaç tedavisi gereklidir. Mevcut ilaçlar olmadan, bipolar bozukluk tanılı bireyler yetişkin yaşamlarının dörtte birini hastanede yatarak ve yarısını ciddi fonksiyonel sınırlılıklar içerisinde geçirirlerdi. Kullanılan etkili ilaçlar, psikoterapi ile birlikte bipolar bozukluk tanılı bireylerin %75-80 oranında normal bir hayat geçirmelerine olanak sağlamaktadır (Miasso et al. 2009).

Psikiyatrik hastalıklarda sağaltımın toplum temelli olmaya başlamasıyla, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen süreler uzamıştır ve aileler hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmeye başlamışlardır. Kronik ruhsal hastalığı olan bir birey ile yaşamak bakım verenler için ruhsal, sosyal, ekonomik ve çevresel çeşitli sorunlara yol açabilmektedir (Atagün ve ark. 2011). Ruhsal bozuklukların aileler üzerinde yarattığı bakım yükü ülkemizde de incelenmiştir ve şizofreni kadar ileri düzeyde yetiyitimiyle süren hastalıkların ötesinde, bipolar bozukluk gibi tüm kronik ruhsal hastalıklarda da aileler için yük oluştuğu ortaya konulmuştur (Aydemir ve ark. 2011, Ak ve ark. 2012).

Bakım yükü karmaşık bir kavramdır ve her ne kadar bu başlık artan bir önem kazansa da bugüne dek kısmen anlaşılabilmiştir (Verhey et al. 2007). Bakım yükü kavramı, hasta bireyle yaşıyor olmaktan dolayı ailelerinin hayatlarında karşılaştıkları güçlükler, hayatlarına etki eden problemler ve olumsuz yaşantılar şeklinde hastalığın aileye olan etkisini açıklama amacıyla kullanılmaktadır (Gülseren ve ark. 2010).

Bakım yükünün araştırıldığı çalışmalara bakıldığında şizofreni, depresyon ve demans hastalıklarının sosyodemografik, hastalık ve bakım verme özellikleri ile ilgili yayınlanmış çeşitli çalışmalar mevcuttur. Fakat bipolar bozukluğun yaygınlığı bilinmesine rağmen, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verme konusunda, bakım yükünü bu özelliklerden hangilerinin ve nasıl etkilediğine yönelik çok az çalışma yapılmıştır (Barlas 2011).

Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünü değerlendirmenin önemine rağmen ilgili literatür açısından bir kısıtlılık mevcuttur. Bu durum bakım yükünü hafifletmek için uygun aile girişimlerini yapılandırma konusunda da bir belirsizliğe yol açmaktadır (Barlas 2011).

Bakım verenler bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verirken önemli ölçüde yük deneyimler ve bu yükü baş etmek için farklı yöntemler geliştirirler (Voort et al. 2007, Chadda et al. 2007). Şizofreni gibi ciddi ve kronik bir ruhsal hastalıkta bakım verenlerin baş etme yöntemleri ile ilgili pek çok çalışma bulunmasına rağmen, benzer koşullara sahip olan bipolar bozuklukla ilgili çalışmalar literatürde ihmal edilmiştir (Nehra et al. 2005, Chadda et al 2005).

Genel olarak bakım veren bireyler ruhsal hastalığı olan bireyin bakım yüküyle baş etmek için farklı yöntemler kullanırlar (Magliano et al. 1998, Scafuza ve Kupiers 1999). Baş etmenin iki ana yöntemi tanımlanmıştır (Budd et al. 1998, Magliano et al, 1998a; Magliano et al, 1998b). Problem merkezli baş etme zor durumları değiştirmeye yönelik yapıcı baş etme yöntemleri anlamına gelir ve problem çözme, bilgi arama ya da olumlu iletişim kurma gibi önlemleri kapsar. Bunun aksine, daha az adaptif olan duygu merkezli yöntemler bakım verenin kaçınması ya da boyun eğmesi gibi stresle ilişkili duygusal yanıtları hafifletme girişimleridir. Bakım veren bireylerin bu yöntemlerden hangisini kullandıklarını birçok faktörün belirlediği görülür. Bunlar arasında hasta birey ve bakım veren bireyin sosyodemografik özellikleri vardır. Örneğin problem merkezli yöntemler genç bakım veren bireyler ve genç hastaların bakım verenleri tarafından kullanılırken, duygu merkezli baş etme daha sıklıkla yaşlı bakım veren bireyler arasında yaygındır (Magliano et al 1998b).

Ruhsal hastalığı olan bireyin çalışmamasının neden olduğu ekonomik kayıp ve tedavi ücretleri ailelere zorluk getirdiği gibi aile bireylerinin devam eden sağlık problemleri de ilave bir stres kaynağı olmasıyla ailenin üzerindeki yükü arttırabilir (Gülseren ve ark. 2010). Şizofreni gibi ciddi kronik ruhsal bozukluklarda bakım yükü ve baş etme yöntemleri ile ilgili literatürde daha fazla çalışma bulunurken, benzer özelliklere sahip olan bipolar bozuklukla ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır. Psikiyatri hemşiresinin görevlerinden biri de bakım verdiği bireye holistik anlayışla, tedavi edici iletişimi ve kanıt temelli bakım standartlarını kullanarak süreğen ve planlı bir şekilde veri toplamaktır. Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünü etkileyen özellikler ortaya konulduğunda hemşireler, bakım verenlerin bakım yüküyle baş etme



düzelelerini arttırmaya yönelik etkili yöntemler geliştirebilir ve bütüncül yaklaşımla verilmesi beklenen hemşirelik bakımında kullanılabilir güncel bilgiler elde edilebilir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünü, baş etme yöntemlerini ve bu değişkenleri etkileyebileceği düşünülen özellikleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu temel hedef doğrultusunda aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Soruları**

1. Bakım verenlerin bakım yükünü bakım verenlerin hangi özellikleri etkilemektedir?
2. Bakım verenlerin bakım yükünü bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin hangi özellikleri etkilemektedir?
3. Bakım verenlerin baş etme yöntemlerini bakım verenlerin hangi özellikleri etkilemektedir?
4. Bakım verenlerin baş etme yöntemlerini bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin hangi özellikleri etkilemektedir?
5. Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü ile baş etme yöntemleri arasında herhangi bir ilişki var mıdır?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Bipolar Bozukluk**

#### **2.1.1. Bipolar Bozukluğun Tanımı**

Bipolar bozukluk, düzensiz tekrar eden depresyon, mani ya da bu iki epizodu da kapsayan dönemlerle karakterize ve bazen hiçbir belirtinin bulunmadığı “sağlıklı” olarak tanımlanabilen dönemlere dönebildiği, süreğen seyirli bir duygudurum bozukluğudur (Sajatovic 2005). Bozukluk, bazen yükselmiş bazen çökkün mood değişiklikleri, dürtüsellik ve tehlikeli davranışlar ile belirgindir. Genellikle hayat boyu süren, ciddi, epizodik ve tekrarlayıcı bir gidiş gösteren, sıklıkla süreğenleşen bir hastalıktır. Sosyal ve mesleki işlevselliğin bozulması, intihar tehlikesi, sık tekrarlar gibi sebeplerle kişi ve çevresindekilerin hayatını olumsuz etkiler ve yeti kaybına yol açar (Angst and Sellaro 2000, Oral 2002). Bipolar bozukluk çok farklı klinik görünümle ortaya çıkabilir. Bunun sebebi patofizyolojik, genetik, biyolojik ve klinik bulguların geniş bir yelpazede yer almasıdır. Bipolar bozukluk birçok kaynakta iki uçlu affektif bozukluk olarak adlandırılmaktadır ancak, bu hastalıklarda önemli patoloji kişinin şu anki emosyonel içeriğinin dışavurumu olan “affekt”te değil kişinin sürekli içsel durumu olan “duygudurum” (mood)’dadır (Kaplan 2004).

#### **2.1.2. Bipolar Bozukluğun Epidemiyolojisi**

Bipolar bozukluk yaygınlık oranı erkeklerde 9-15/100.000, kadınlarda 7.4-30/100.000’dir (Rihmer and Angst 2007). A.B.D’de yapılan bir araştırmaya göre yaşam boyu yaygınlık oranı iki uçlu bozukluk tip I için %0.8, iki uçlu bozukluk tip II için %0.5 olarak bildirilmiştir. İki uçlu bozukluk I ve iki uçlu bozukluk II’yi kapsayan son çalışmalarda ise yaşam boyu sıklık oranının % 5 olduğu bildirilmiştir (Rihmer and Angst 2005). Hastalığın kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü; erkeklerde manik dönemlerin, kadınlarda ise hızlı döngülülüğün, karma dönemlerin, döngü kaymasının, ilaçlarla tetiklenen manik kaymanın ve madde kötüye kullanımının daha sık görüldüğü bilinmektedir (Kennedy et al. 2005).

#### **2.1.3. Bipolar Bozukluğun Etiyolojisi**

Bipolar bozukluğun etiyolojisi tam olarak belirlenememiştir. Bilimsel kanıtlar, beyindeki kimyasal bir dengesizliğin varlığını desteklemesine rağmen dengesizlik nedeni hala belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte etiyolojide kalıtsal faktörlerin ve çevresel tetikleyicilerin (stresli yaşam olayları) kombinasyonunu destekleyen teoriler; en fazla güvenilirliği olanlar olarak görülmektedir (Townsend 2016).

Araştırmalar; bipolar bozuklukta altta yatan genetik bir yatkınlığın varlığını kuvvetli bir şekilde ortaya koymaktadır. Aile, ikizler ve evlatlık edinme çalışmalarından elde edilen kanıtlar; bu gözlemi desteklemektedir (Townsend 2016).

İkiz alışmaları ile ilgili yapılan kıyaslamalarda; bipolar bozukluk için dizigotik ikizlerde yüzde 10 ile 20, monozigotik ikizlerde yüzde 60 ile 80 arasında uyumluluk oranı gösterilmiştir. Monozigotik ikizlerin benzer genleri olduğu ve dizigotik ikizler sadece yaklaşık olarak genlerin yarısını paylaştığı için, bu durum; genlerin etiyolojide önemli bir rol oynadığının kuvvetli bir kanıtıdır (Townsend 2016).

Aile çalışmalarına göre ise her iki ebeveynin bipolar bozukluk tanısı varsa, risk 2 ile 3 kat artmaktadır. Bu bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerden doğan ve doğum sonrası sağlıklı ebeveynlerce evlat edinilerek yetiştirilen çocuklarla ilgili yapılan olgu çalışmalarında da gösterilmiştir. Bu sonuçlar; genlerin, çevreden ayrı bir rol oynadığını kuvvetli olarak göstermektedir (Townsend 2016).

Michigan Üniversitesi'nde presinaptik bir marker ve pozitron emisyon tomografisi kullanılarak yapılan bir çalışmada; kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bipolar bozukluk tanılı bireylerin beyinlerindeki amin salgılayıcı hücrelerde yoğunluk artışı saptanmıştır (Zubieta et al. 2000). Bipolar bozukluğun belirtileriyle ilişkili olarak değişmiş beyin kimyasına bu aşırı yoğunluktaki hücrelerin neden olduğu hipotezi ortaya atılmıştır. Bu nörotransmitter hipotezi; istenen etkiyi üretecek olan bu biyojenik aminlerin düzeylerini etkileyen nöroleptik ilaçların etkinliğinin belirlenmesi ile destek bulmuştur (Townsend 2016).

Çok genel ifadelerle olsa da bipolar bozukluğun ortaya çıkmasında önemli yeri olabilen etkenler şöyle özetlenebilir:

- Genetik (muhtemelen çok-genli, multifaktöriyel ve karmaşık düzenekli),
- Bireyin çocukluğunda karşılaştığı kayıplar ve üzüntü verici yaşam olaylarının bıraktığı kalıtımsal, emosyonel, bilişsel, davranışsal duyarlılık ve yatkınlık,
- Yaşamın sonraki dönemlerinde içten ya da dıştan gelen uyaranların organizmada yük oluşturması; bilhassa noradrenerjik, serotoninerjik ve endokrin dizgelerin etkinlikleri ve reseptör duyarlığı ile ilişkili henüz tam olarak aydınlatılamamış normalden sapmış süreçlerin başlatılması ve sürdürülmesi (Öztürk ve Uluşahin 2014).

#### 2.1.4. Bipolar Bozuklukların Sınıflandırılması

Bipolar bozukluk; major depresyondan maniye ruh hali ve duruma tıbbi müdahale ile normallik dönemleri ile karakterizedir. Sanrılar ve halüsinasyonlar, klinik tablonun bir parçası olabilir ya da olmayabilir ve belirtilerin başlangıcı mevsimsel bir özellik gösterebilir (Townsend 2016). 2013 yılında yayımlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM 5) göre manik dönem; en az bir hafta süreyle, neredeyse her gün, yükselmiş ya da irritable duygudurum ile birlikte benlik saygısında artış ya da büyüklük düşünceleri, uyku gereksiniminde azalma, konuşma miktarında artış, düşünce uçuşması, dikkatin dağılılabirliği, hedefe yönelik etkinlikte artma ya da psikomotor ajitasyon ve olumsuz sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma belirtilerinden en az 3 ya da 4'ünün (irritable duygudurum varsa) varlığı ile karakterizedir. Bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açar ve başka bir nedene bağlanamaz. Hipomanik dönemler işlevselliği daha az bozar ve daha kısa sürer. Depresif dönem ise; depresif duygudurum ya da anhedoni veya ilgi ve istek kaybı bulgularından biri ile uyku ve iştah değişiklikleri, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, enerji azlığı, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, odaklanma güçlüğü ve yineleyici ölüm düşünceleri belirtilerinden en az beşinin en az iki hafta süreyle devam etmesi olarak tanımlanır. Farklı klinik görünümle ortaya çıkabilen bipolar bozukluğun en kolay ayırt edilen tipi bipolar bozukluk I'dir. DSM 5 tanı ölçütlerine göre, bipolar bozukluk I yaşam boyu en az bir mani döneminin geçirildiği, mani döneminden önce veya sonra hipomani ya da major depresyon dönemlerinin görülebileceği bir hastalıktır. Tanı bipolar bozukluk II ise, bir hipomani ve bir major depresyon dönemi geçirilmiş olmalıdır (Şaşmaz 2014). Geçmişte karma dönem olarak ele alınan dönemler DSM 5'te terk edilmiş, karma özellikler mani, hipomani ve depresif dönemler için bir belirteç olarak yer almıştır. Karma özellikler gösteren mani/hipomani tanısı eş zamanlı görülen en az üç major depresyon dönemi belirtisinin varlığı ile tanımlanırken, karma özellikler gösteren depresyon dönemi için eş zamanlı en az üç mani/hipomani belirtisi olmalıdır. Duygudurum dalgalanmalarının daha ılımlı yaşandığı tablo siklotimi olarak adlandırılmaktadır. Yılda dörtten fazla mani, hipomani ya da depresyon dönemi geçiren hastalar için ise ek "hızlı döngülü" belirleyicisi kullanılmaktadır. Bipolar bozukluk için tanımlanmış diğer belirleyiciler; anksiyete ile giden, melankolik, atipik, psikotik, mevsimsel özellikler gösteren, katatoni ile giden ve peripartum başlayan şekilde sıralanmıştır (Keskin 2016).

### 2.1.5. Bipolar Bozukluğun Tedavisi

**Psikofarmakolojik Tedavi:** Uzun yıllar boyunca, bipolar bozukluk tedavisi ve yönetimi için tercih edilen ilaç lityum karbonat olmuştur. Ancak, son yıllarda uygulamada araştırmacı ve klinisyenler lityum ile, tek başına veya kombinasyon halinde çok sayıda farklı ilaçlar ile (antikonvülzanlar, kalsiyum kanal blokerleri, antipsikotikler) olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2014, Townsend 2016).

**Elektrokonvülsif Tedavi (EKT):** EKT, beyne elektrik akımı uygulamasıyla grand mal (jeneralize) epileptik nöbet oluşturur. Bazen akut mani nöbetlerinde; özellikle hasta lityuma veya diğer tedavilere yanıt vermediği ya da tedaviyi tolere edemediği durumlarda, yaşam tehlikeli davranış veya bitkinlik nedeniyle tehdit altındaysa EKT kullanılır (Öztürk ve Uluşahin 2014, Townsend 2016).

**Kognitif (Bilişsel) Terapi:** Kognitif terapide, bireye; mood bozukluklarının gelişimi ve sürmesinde bir faktör olduğu düşünülen düşünce bozulmalarını kontrol etmesi öğretilir. Terapi, bozulmuş olan affekte katkıda bulunan ve spontan olarak oluşan düşünceleri değiştirmeye odaklanır. Farmakolojik tedaviye sekonder bir tedavi olarak düşünülmelidir (Öztürk ve Uluşahin 2014, Townsend 2016).

**Bireysel Psikoterapi:** Bireysel psikoterapi kedere, rol çatışmalarına, rol geçişlerine ve kişilerarası ilişkilerdeki eksikliklere odaklanmasının yanı sıra; bipolar bozuklukla ilgili psikoeğitimi de içerir ve tedavi uygulamasına teşvik eder (Öztürk ve Uluşahin 2014, Townsend 2016).

**Grup Terapi:** Hastalığın akut evresi geçtiğinde, gruplar; bireylerin yaşamlarında ortaya çıkan, bipolar bozukluğa neden olan ve hastalığı sürdüren konuları tartışabildikleri bir atmosfer oluştururlar (Townsend 2016).

**Aile Terapisi:** Bipolar bozukluk tanılı bireylerin aileleriyle çalışmadaki hedefler; belirtilere yönelik çözümler bulmak, çözmek ve uyuma yönelik aile işlevlerini başlatmak ve onarmaktır. Bipolar bozuklukla ilgili bazı çalışmalar ilaç ile birleştirilen davranışsal aile terapisinin tek başına farmakolojik tedaviyle karşılaştırıldığında nüks oranını azalttığını göstermiştir (Townsend 2016).

### 2.1.6. Bipolar Bozuklukta Prognoz

Bipolar bozukluk; prognoz ve tedaviye cevap verme açısından bireyler arasında pek çok farklılıklar gösteren ve hayat boyu süren bir hastalıktır. Hastalık ortaya çıktıktan sonra bireydeki bazı bulgulardan prognoz hakkında fikir sahibi olunabilir (Saka ve ark. 2001). Erken başlangıç, ileri yaş, ara dönemlerde kalıntı belirtiler, ruhsal bozukluk ek tanısı, ondan fazla mani dönemi, karma dönemler, uzun depresif dönemler hızlı döngülülük

gidişatı olumsuz etkileyen faktörlerdir (Gitlin et al. 1995). Hastalığın genetik olarak bir sonraki nesilde tekrarlanması ile hastalık başlangıç yaşı daha erken olup, prognozu daha kötü seyrder. Hastalıkla birlikte panik atak gibi komorbid rahatsızlıkların olması, alkol ya da madde bağımlılığı bulunması, erkek olma, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma, ailede benzer ruhsal bozukluk öyküsünün varlığı, ayrılmış ya da bekar olma durumlarında gidiş daha kötü olmaktadır (Cusin et al. 2000). Bununla birlikte mani dönemlerinin baskın olması, tedaviye iyi uyum sağlama, uzun ötimik dönemler, olumlu aile, iş ve uğraşı imkanları ve ailede düşük duygu dışavurumu olumlu gidiş göstergeleri olup tedaviden daha fazla fayda görmelerini sağlamaktadır (Crump et al. 2013). Hastalığın tekrarlama sayısı ve şiddeti prognozu etkileyen en önemli etkenlerdendir. İlk atak döneminin erken tedavisinin gidişi olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (Frederick et al. 2003, Solomon et al. 2003). Angst, 16 yıl süren 159 tek uçlu ve 95 iki uçlu bozukluk tanıılı bireyle yaptığı çalışmada, döngü süresinin bipolar bozukluk tanıılı bireyler grubunda yaşanan her yeni dönemle birlikte % 5 kısalacağını bildirmiştir (Angst and Marneros 2001). Antipsikotik ilaçların hastalığın klinik gidişi ve sonlanım üzerindeki etkileri çelişkilidir. İyi antimanik etkileri olmasına rağmen uzun süreli kullanımda depresif iniş çıkışları arttırabilirler (Belmaker 2004). Bipolar bozukluk tanıılı bireyler yüksek işlevsellik taşıyan iyi uyum sağlamış bireylerden, sosyal açıdan yetersiz, tekrar eden atak dönemleri yaşayan bireylere kadar geniş bir yelpazede yer alırlar (Tohen et al. 2003).

Bipolar bozukluk belirgin olarak morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir hastalıktır. Epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterir (Karababa 2012). Bozukluğun başlangıcını, tedavisini ve seyrini, stres düzeyi gibi psikolojik faktörler, genel sağlık durumu, aile ilişkileri, hastalığın tedavi edilebilir olduğuna inanma ve ilaçlarla olumlu sonuçlara ulaşmanın etkileme olasılığı vardır (Darling et al. 2008). Bipolar bozuklukta olumsuz gidiş göstergeleri; geçirilmiş mani dönemi sayısının ondan fazla olması, hastaneye yatış sayısı, erken başlangıç, hastalık döneminin depresyonla başlaması, karışık hastalık dönemleri olması, manik hastalık dönemleri sırasında depresyon belirtilerinin olması, hastalık dönemleri arasında kalıntı belirtilerin bulunması, duygudurumla uyumlu olmayan psikotik belirtilerin bulunması ve madde kullanım bozuklukları ek tanısı olmasıdır (Saka ve ark. 2001, Öztürk ve Uluşahin 2014).

## **2.2. Bakım Verme ve Bakım Yüğü**

### **2.2.1. Bakım Verme**

Bakım veren; hasta bireye fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden destek sağlamaktan sorumlu olan kişidir. Türk Dil Kurumu'na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr> güncellenme: 05.06.2009).

Toplum temelli tedavi yaklaşımıyla birlikte hastaların bakım sorumluluğu hazırlıksız olan aileye devredilmekte ve bakım verenler çoğu zaman bakım verme rolünü herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler (Gümüş 2006, Pickett-Schenk et al. 2008). Literatür incelendiğinde dünyada ve ülkemizde bakım vermenin kadın sorumluluğuna bırakıldığı görülmektedir (İnci 2006).

### **2.2.2. Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri**

Bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler artabilmektedir (İnci 2006). Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtileri görülebilir. Yaşanan problemlerin tartışılması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir (İnci 2006).

Tel ve Pınar (2013) kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım verenlerinde tükenmişlik ve depresyon arasında yakın ilişki bulunduğunu, tükenmişlik arttıkça depresyonun da arttığını saptamışlardır. Türkmen'in (2015) ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ile sosyal destekleri arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada bakım verenlerin eğitim durumu, ekonomik durumu ve rol etkilenmesi yaşaması, sosyal destek ve bakım yükü düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

### **2.2.3. Bakım Yüğü**

Bakım yükü kavramı, hasta bir bireyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın bakım verenler üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Gülseren ve ark. 2010). Bakım yükünün kavramsal ve işlevsel tanımları konusunda fikir birliği yoktur. Bazı araştırmacılar bakım yükünü tek boyutlu bir kavram olarak görmekte, diğerleri ise objektif ve subjektif ayrımı yapmaktadır. Objektif ve subjektif bakım yükü arasındaki ayrım önemlidir (Verhey et al. 2007). Objektif bakım yükü bir bireyin diğer bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve efor

olarak tanımlanabilir. Genellikle, hastalığın ortaya çıkardığı direkt bakım yükü objektif bakım yükü olarak görülmektedir (Sales 2003).

Bakım verme sürecinde bakım verenin yaşadığı duygusal stres gerginliğe, aşırı yorgunluğa ve bireyin kendi sağlığına ilişkin endişe yaşamasına neden olmaktadır (Deeken at al. 2003). Subjektif bakım yükü duruma, bireyin kişisel yaklaşımıdır ve bakma işini yük olarak algılamasıdır (Sales 2003). Objektif bakım yükünün somut olması nedeniyle daha kolay belirlenmesine rağmen, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir (İnci 2006). Bunların ötesinde subjektif bakım yükü kavramı, bakım veren bireydeki anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik semptomlardan ayrılmalıdır (Verhey et al. 2007).

#### **2.2.4. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler**

Bakım yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar;

- Bakım verenlerin kişisel özellikleri (cinsiyeti, çalışma durumu, yaşı, eğitim düzeyi, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb.),
- Bakım verilen birey ile önceki ve bakım sürecindeki ilişkisinin niteliği,
- Bakım verilen birey ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,
- Bakım verenlerin ambivalan duyguları,
- Bakım verilen bireyin bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,
- Bakım verenlerin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,
- Bakım verenlerin bakım verme dışında da sorumluluklarının olması,
- Bakım verenlerin bakım verilen bireye sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım verme konusunda yardım almaması vb.),
- Bakım verilen bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,
- Bağımlılığı olan bireye bakım verme,
- Dar ve orta gelirli bakım verenlerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hasta bireye ayırabilecekleri bir mekanın olmaması,
- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli bakım verilen bireylerle aile içi uyumsuzluklar,
- Ekonomik zorluktan dolayı ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle bakım verilen bireye bakım verecek bir kişinin evde bulunmaması bakım yükünü etkileyen faktörler arasındadır (İnci 2006).



### 2.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yüğü

Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin uzamasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Bu nedenle hastalığın seyrinin bakım verenlerin davranışlarına ve bakım verenlerin davranışlarının hastalık seyrine etkisi üzerine olan ilgi artmıştır (Reinares et al. 2004, Yan et al. 2004, Atagün ve ark. 2011). Ruhsal bozukluk tanıları almış karma bir grupta yapılan bir araştırmada, hastaların eşlerinin anksiyete ve depresyon yaşadıkları tespit edilmiştir (Istad et al. 2010). Bakım verenler için hastalığın ağır sonuçları olabilmektedir. Örneğin bu yüzden evlilik ve uzun süreli ilişkilerde ayrılma oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (Kessler et al. 1998).

Bakım yükünün hastanın tanısından çok hastanın işlev seviyesi ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Hsai et al. 2002). Krepealin dönemindeki manik-depresif psikoz tanısında tam düzelmeden bahsedilmiştir ve sonraki dönemlerde de hastalık hakkında bu şekilde bir görüş birliği oluşmuştur. Ancak bireylerin büyük kısmında affektif belirtilerin gerilemesine rağmen premorbid işlevsellik düzeyine dönemediklerinin gözlenmesi bu yaklaşıma soru işaretleri getirmiştir. Yapılan çalışmalar sonucu, günümüzde, bireylerin duygudurum belirtilerinin olmadığı iyilik dönemlerinde de bilişsel işlevlerinde bozulma olduğu, ayrıca toplumsal uyum güçlükleri çektikleri bilinmektedir (Bora ve ark. 2008, Atagün ve ark. 2010). Bipolar bozuklukta bilişsel işlevlerdeki bozulmanın sosyal işlevselliği de etkilediği gösterilmiştir (Bora ve ark. 2008, Kaya ve ark. 2009). Dickerson ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, bipolar bozuklukta sosyal işlevsellikte bozulmanın şizofreni hastalarındakine benzer özellik ve şiddette olduğu gösterilmiştir.

ABD Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü'nün bir çalışmasına göre bipolar bozukluğun ABD toplumuna toplam yıllık masrafının sadece 1991 yılı için 45 milyar ABD doları olduğu, -aynı dönemde şizofreni için hesaplanan masrafın %70'i kadar -bunun 38 milyar dolarlık kısmı, bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenlerin kayıp verimlilikleri dahil olmak üzere dolaylı masraflarla ilişkilendirildiği, ancak, spesifik olarak bakım yükü ile ilişkili masraflar hakkında çok çalışma yapılmadığı bildirilmiştir (Wyatt ve Hender 1995).

Perlick ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin %93'ünün, birey yatarak ya da ayaktan takip için bir sağlık kuruluşuna alındığında, ortalama ya da yüksek düzeyde bakım yükü yaşadıkları bildirilmiş ve %70'inde bu durumun 15 ay sonra da değişmeden sürdüğü belirtilmiştir.

Diğer çalışmalarda da bakım yükü, bakım verenlerin yaşadığı uzun dönem finansal zorluklar, evlilik sorunları, sosyal aktivitelerde kısıtlanmalar, genel sağlık ve ruh sağlığı problemleriyle eşleştirilmektedir (Dore ve Romans 2001, Chakrabarti ve Gill 2002).

Bipolar bozukluğun atak döneminde olmayan bireyler arasındaki örneklemeden elde edilen bakım yükü verileri özellikle sınırlıdır (Judd et al. 2002). Judd ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları bir çalışmada, hastaların yaşamlarının büyük bir kısmının remisyon döneminde ve eşik altı belirtiler ile geçtiği bildirilmiştir. İki yıl içinde hiç yineleme geçirmeyen bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunlukla hastalık boyunca baskın olan, duygudurum dönemleri arası subsendromal depresif belirtilere atfedilen şiddetli ve yaygın işlevsel bozukluğa sahip oldukları belirtilmiştir (Judd et al. 2003).

Reinares ve arkadaşlarının (2006) üç aydır remisyonda olan seksen altı bipolar I ve II tanılı birey ve bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, subjektif bakım yükü ile hastanın zayıf sosyal ve mesleki işlevselliği, son iki yıl içinde geçirilmiş bir dönem varlığı, hızlı döngülülük öyküsü ve bakım verenin hastanın ilaç alımından sorumlu olması arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada eşik altı depresif belirtiler ve bakım verenin kadın olması da istatistiksel açıdan anlamlı seviyeye ulaşmasa da subjektif bakım yükü ile yüksek oranda ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Tanı, yaş, eğitim seviyesi, cinsiyet, hastalık süresi, geçirilmiş dönem sayısı ile subjektif bakım yükü arasında ise ilişki saptanmamıştır. Geçirilmiş epizot sayısı ile subjektif bakım yükü arasında bir ilişki olmamasına rağmen, önceki iki yıl içinde bir epizot yaşamış bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerindeki yük seviyesi anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada hasta ötimik olsa bile bakım yükü seviyesinin halen dikkate değer olduğu bildirilmektedir (Reinares et al. 2006).

Bakım verenleri eşleri olan az sayıda bipolar bozukluk tanılı bireyde, affektif bozuklukların etkileri üzerine yapılan bir çalışmada sekiz bipolar, sekiz unipolar ve sekiz nevrotik olmak üzere yirmi dört birey ve bakım verenleri ile görüşüldüğü bildirilmiştir. Bakım verenlerin beceri alanlarında bozulma (iş bırakma, gelir azalması ve daha az sosyal aktivite), sorunlu davranışlar ile mücadele etme (sosyal içe çekilme gibi bazı belirtiler) ve psikososyal alandaki değişikliklere alışma (kayıp ya da hüznün hissi ve ilişki dengelerinde değişiklik) gibi durumlarda sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Fadden et al. 1987). Ogilvie ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında ise, adı geçen çalışmanın bipolar bozukluk tanılı bireyleri hastalık dönemleri arasında sürekli iyi oldukları dönemsel hastalar olarak görme eğiliminde olduğunu, buna karşın kendi çalışmalarında bipolar bozukluk tanılı bireylerin hayat ve

ilişki kalitesi üzerinde büyük ölçüde etki sahibi olabilecek hastalık dönemleri arası yetersiz iyileşmeden ve inatçı kronik subsendromal belirtilerden etkilendikleri bildirilmektedir.

Bakım yükü, bakım verenin kendi kişilik gelişimi ve doğası ile de ilişkilidir. Kendini bakım veren olarak tanımlayan çoğu kişi “bakım veren-bakım alan” ilişkisinin varolan evlilik, aile ve arkadaşlık ilişkisi üzerine eklendiği önemli bir geçiş süreci yaşamışlardır. Bakım veren ve bakım verilen birey arasındaki ilişkideki bu niteliksel değişiklikler belirli semptomlarla, hastalık ile ilgili anahtar olaylarla ve hastalığın hangi aşamada olduğu ile ilişkilendirilebilir. Ancak bu değişikliklere bipolar bozuklukla ilişkili olarak aracılık eden faktörler hakkında çok az şey bilinmektedir (Ogilvie et al. 2005). Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükünün değerlendirildiği bir çalışmada, beş yüz bipolar bozukluk tanılı birey ile bakım verenleri incelenmiş ve depresif atakların bakım yükünü arttırdığı, önceki yıl süresince bireyin ‘iyi’ olduğu günler ne kadar çoksa bakım yükü o kadar hafif olduğu belirtilmiştir (Ostacher et al. 2008).

Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükü hakkında görece az sayıdaki çalışmadan elde edilmiş olan veriler bakım yükünün yüksek oranda ve genellikle ihmal edilmiş olduğunu bildirmektedir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde düşük eğitim seviyesi, hastaların remisyon döneminde daha az kazanç kapasitesi olduğunu ve ev idaresine katkılarını düşürdüğünü gösterebilir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin işlevselliğindeki bozulma, yüksek bakım yükü saptanan bakım verenlerin, kaybolan kazanç gücünü telafi etmesi için üzerindeki baskıyı ve bakım vermenin finansal gerginliğini arttırmakta olabilir. Bu yüzden bakım yükü bipolar bozukluğun psikolojik ve ekonomik sonuçları arasında sayılmalıdır (Perlick et al. 2007).

Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler, hastalık epizot ve seyir özellikleri gereği (doğal seyirli, karma dönemlerle giden, hızlı döngülülükle seyreden) hastalık süreci boyunca diğer hastalıklarda görülenlerden daha farklı özellikte bir bakım yükü yaşayabilirler (Erten 2014). Bipolar bozukluk tanılı bir yakını olmak, bakım verende artan zaman ve para tüketimine; gerginlik, üzüntü ve kedere yol açabilmektedir (Perlick 2006). Bipolar bozukluk tanılı bireye bakım verenlerin yaşadıkları olumsuz deneyimler, bakım verme özelliklerini, rol ve aktivitelerini etkilemekle birlikte, psikosomatik, anksiyöz ve depresif semptomlar yaşamalarına da neden olabilmektedir. Bakım verenler bireyin tedaviye uyumunda, bakımın devamlılığını ve sosyal destek sağlamada önemli roller üstlenmektedirler. Bu nedenle bakım verenlerin iyilik halleri,

doğrudan bakım verenleri dolaylı olarak da bipolar bozukluk tanılı bireyleri etkilemektedir (Çoban 2013).

#### **2.4. Baş Etme ve Baş Etme Yöntemleri**

Baş etme, yaşanan stresin olumsuz sonuçlarını azaltmaya ya da yok etmeye yönelik çabalarla stresin etkisini olumlu düzeyde tutabilmek olarak tanımlanabileceği gibi, kişinin kaynaklarını aşan ya da zorlayan çevreden ve içten gelen istek ve çatışmaları kontrol etmeye yönelik dinamik, bilişsel, duygusal ve davranışsal çabalar olarak da açıklanabilir (Baltaş ve Baltaş 2013). Kullanılan baş etme yöntemleri yaş, cinsiyet vb. çok çeşitli özelliklere bağlı olarak değişebilir ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır (Ağargün ve ark. 2005). Baş etme yöntemleri farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde ele alınmakla birlikte genel olarak bakıldığında baş etme yöntemlerinde iki tür yaklaşım olduğu görülmektedir (Yıldırım 2014). Lazarus ve Folkman (1984), baş etme yöntemlerini problem merkezli ve duygu merkezli olmak üzere ikiye ayırmıştır.

**Problem merkezli baş etme:** Daha aktif bir yöntem olup, bireyin çevresinde doğrudan değişiklikler yaparak, problemi daha etkin bir biçimde ele almayı amaçlar. Bu yöntemle kişi ya strese neden olan beklentileri azaltmaya ya da bu durumla uğraşacak kaynaklarını geliştirmeye çabalar. Bu çabalar, sorunu belirlemeyi, çözüm için alternatifler üretmeyi, alternatifleri yararlar ve zararlar açısından değerlendirmeyi, alternatifler arasından seçim yapmayı ve seçilen alternatifini uygulamayı içermektedir. Problem merkezli baş etme, problem ortaya çıkmadan da başlayabilir. Böylece, birey stresin potansiyel sonuçlarını öngörerek duruma uygun plan yapabilir (Lazarus ve Folkman 1984).

**Duygu merkezli baş etme:** Problem merkezli baş etme yöntemlerine göre daha pasif yöntemlerdir ve stresli durumun yarattığı olumsuz duyguların kontrol altına alınıp, olumlu bir yöne odaklanmasına yönelik davranışları kapsamaktadır. Duygu merkezli baş etme yöntemleri, stres yaratan durumun kontrol edilemeyeceğine karar verildiğinde duygusal gerilimi azaltmak ya da tümüyle yok etmek için uygulanan yöntemlerdir. Bu yöntemler, bilişsel ve davranışsal olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Bilişsel yöntemler, çoğunlukla problemlili durumun yeniden değerlendirilmesine dayanırken, davranışsal yöntemler kişinin yaşadığı sorunu zihninden uzaklaştırmak için, fiziksel egzersiz yapması, arkadaşlarından destek araması gibi davranışları içerir (Lazarus ve Folkman 1984).

Hem problem merkezli hem de duygu merkezli baş etme yöntemleri, stresli birçok durumla etkin olarak baş edebilmek için gereklidir. Kişiler genellikle duygu merkezli baş

etme yöntemlerini diğerlerinden daha sık kullanma eğilimindedirler. Stresli bir durumun duygusal yönleriyle baş etmek son derece önemli olsa da, bu yöntem uzun vadeli bir çözüm getirmez. Ancak uzun vadeli gerçekçi bir çözüm için, kişinin duygularının yatışmış ve kısa süreli de olsa rahatlamış olması gerekir. Duygu merkezli baş etme yöntemlerinin kullanımı, problem merkezli baş etme yöntemlerinin başarısı için oldukça önemlidir (Yıldırım 2014).

#### **2.4.1. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylere Bakım Verenlerde Baş Etme Yöntemleri**

Ruhsal bozukluk tanılı kişilere bakım verenlerle yapılan araştırmalara göre baş etme yöntemleri ile en anlamlı ilişkiye sahip faktörler bakım yükü, hastanın sosyal işlevselliği, bakım verenlerin duygularını ifade ediş tarzı ve var olan duygusal desteğidir. Yüksek düzeyde bakım yükü, işlev kaybı ve duyguların ifade edilmesinde var olan destek düzeyinin azlığı birçok uygun olmayan, özellikle kaçınma, boyun eğme, baskı gibi duyu merkezli baş etme yöntemleri ile ilişkilidir (Budd et al. 1998, Sczufca ve Kuipers 1999). Bazı çalışmalarda bakım verenlerin özelliklerinin onların baş etme yöntemlerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, tehdit algısı ya da değişikliğe uyum sağlayamama gibi durumların daha sıklıkla duyu merkezli yöntemlerin kullanımına yol açtığı bulunmuştur (Barrowclough ve Parle 1997, Sczufca ve Kuipers 1999). Bakım verenlerin algıları kendi kişisel özelliklerinden etkilenebilir. Özellikle anksiyöz ya da depresif kişiler bakım verdikleri bireyin hastalığından yüksek düzeyde tehdit görmeye ve baş etme yöntemlerini yetersiz kullanmaya eğilimli olurlar. Bu durum baş etme davranışlarına zararlı bir etkidir (Barrowclough ve Parle 1997). Fadden ve arkadaşları (1987) ilk araştırmalardan birini depresif bipolar bozukluk tanılı bireylerin eşleri arasında baş etme yöntemleri üzerine yapmışlardır. Bulgulara göre çoğu eş “işlerin yoluna girmesini dilemek” ya da “umut ışığı aramak” gibi yöntemleri kullanmaktadır (Fadden et al. 1987).

Ruhsal bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde baş etme yöntemleri ile ilgili yapılan ilk çalışmalar kesitseldir (Chakrabarti et al. 1995, Roychaudhari et al. 1995, Magliano et al. 2000, Ohaeri ve Fido 2001, Lowyck et al. 2004). Yapılan bu kesitsel çalışmalar bakım yükünü etkileyen sosyal ve klinik faktörlerin etkileri, hastalığın dönemlerine göre aynı kalıp kalmadığı hakkında kısıtlı bilgi sunmaktadır (Magliano et al. 2000, Roick et al. 2006). Bakım verme yükü bireyin hastalığının dönemleri (Jungbauer et al. 2003, Heru ve Ryan 2004) ve hastanın tedaviye verdiği cevap gibi etkilerle yakından ilintilidir. Benzer şekilde, bakım verenlerin kullandığı baş etme yöntemlerinin kapsamlı kesitsel değerlendirmesi etkili olmayan yöntemlerin belirlenebilmesi ve etkili baş etme yöntemleri için gereklidir (Chadda et al. 2007).

Psikiyatrik hastalıkların bakım yükü üzerine ilk çalışmalar şizofreni konusunda yapılmıştır (Gibbons et al. 1984, Schene et al. 1998). Çoğunlukla şizofrenisi olan bireylere bakım verenlerde kullanılan baş etme yöntemleri, genellikle kronik ruhsal hastalıkların prototipi olarak düşünülür. Çeşitli önemli çalışmalar bu düşünceyle ortaya çıkmıştır (Barrowclough ve Parle 1997, Budd et al. 1998, Nehra et al. 2005, Ogilvie et al. 2005). Şizofreninin aksine, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin baş etme yöntemleri konusu yeterince aydınlatılmamıştır (Chakrabarti ve Gill 2002).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde baş etme yöntemlerinin araştırıldığı çok az çalışma bulunmaktadır (Chakrabarti et al. 1995, Roychaudhari et al. 1995, Chakrabarti ve Gill 2002, Nehra et al. 2005). Eski çalışmalarda bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım verenlerinin kullandığı baş etme yöntemleri arasında bazı farklılıklar gözlenmiştir (Chakrabarti ve Gill 2002, Nehra et al. 2005). Şizofreni tanılı bireylere bakım verenler duygusal odaklı baş etme yöntemlerini ağırlıklı olarak kullanırken, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler daha sıklıkla problem odaklı baş etme yöntemlerini kullanmaktadır (Chakrabarti ve Gill 2002).

Bakım verenler bakım yükünü mantıklı bir çözümlerle ele almak, arkadaşlardan ya da diğer birilerinden destek bulmak ya da sigara ya da madde kullanımı gibi eylemlerde bulunmayı denemekten kaçınmak için baş etme yöntemleri geliştirirler (Magliano et al. 2000, Ohaeri and Fido 2001). Bakım verenler baş etme kaynakları sınırlı olduğunda yüksek düzeyde yük deneyimlerler (Budd et al. 1998, Jungbauer et al. 2003).

Ruhsal hastalıkların bakım verenler üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar aşamalı olarak karşılaşılan problemlerin tanımlanmasından bakım verenlerin deneyimlerinin tamamını göz önüne almaya doğru gitmiştir (van Wijngaarden et al. 2000). “baş etme” paradigmasının yapısını incelerken (Lazarus ve Folkman 1984) bakım yükü, bakım verenin yaşadığı stresle ilgili sonuçlar ve baş etme yöntemleri gibi durumların farklı yönleri arasındaki ilişkinin açıklığa kavuşturulmasına çalışılmıştır. Bunun önemli bir parçası bakım verenlerin baş etme yöntemlerinin araştırılmasıdır. Bu yöntemlerin araştırılması ruhsal hastalığı olan bireye bakım verirken ve hasta taleplerine adapte olurken nasıl baş etme yöntemlerinin kullanıldığının bilinmesini sağlar (Barrowclough ve Parle 1997). Bundan başka profesyonel yardım olarak ya da almaksızın kullanılan, etkili ya da etkili olmayan baş etme yöntemleri belirlenip, bakım yükü ile daha etkili baş edilebilecek ve daha az distres yaşanacaktır (Kupiers ve Bebbington 1985). Bununla beraber, etkili olmayan baş etme yöntemlerinin sosyal ve klinik sonuçları olumsuz etkileyebilmesi mümkündür (Magliano et al. 1998, Scafuza ve Kupiers 1999).

Nehra ve arkadaşlarının (2005) bipolar bozukluk ve şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin baş etme yöntemlerini karşılaştırdıkları çalışmada, önemli düzeyde hasta fonksiyon kaybı, bakım yükü, hastalıkla ilişkili farkındalığın az oluşu ve bakım verenlerin hastaların davranışları üzerinde kontrollerinin az oluşu algısı konularında iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Şizofreni hastalarına bakım verenler daha sıklıkla duygusal odaklı baş etme yöntemlerini kullanmasına rağmen, iki grup arasında baş etme yöntemleri hemen hemen benzer bulunmuştur. Bakım verenlerin cinsiyeti, kişilik yapısı ve hastanın işlev kaybının baş etme yöntemleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Nehra et al. 2005). Chakrabarti ve Gill'in 2002'de yaptığı önceki çalışmada da benzer hasta gruplarına bakım verenler karşılaştırılmış ve benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Literatürde bipolar bozukluğun olumsuz etkileriyle ilişkili olarak yüksek düzeyde işlev bozukluğu, bakım yükü ve semptomlarla ilişkili stres bozukluğu rapor edilmiştir (Chakrabarti et al 1992, Perlick et al. 1999, Chakrabarti et al 2003). Chadda ve arkadaşları (2007) tarafından şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireyler ve onlara bakım verenler altı ay boyunca izlendikten sonra, her iki grubun bakım verenlerinin de sosyal destek ve kaçınma yönteminden daha çok problem odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır. Toplam yük skorunun yüksek oluşu ve çok sayıda yük etkeninin olması ile baş etmenin düşük oluşu arasında anlamlı yönde ilişki bulunmuştur (Chadda et al. 2007). Duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha az kullanan bakım verenlerin yük algısını daha az deneyimledikleri bulunmuştur (Magliano et al. 2000).

Öznel bakım yükünün göstergesi olan baş etme yöntemleri bakım vermenin sonucu olan depresyonun da göstergesidir ve bu depresyon da yükü arttırmaktadır. Bakım veren ve alan kişilerin kişilik özellikleri, aile stresörleri, baş etme yöntemleri ve sosyal destekleri bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen en belirgin faktörler olarak göze çarpmaktadır (Atagün ve ark. 2011).

## **2.5. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylere Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Hemşirenin Roller**

Hemşirenin, bakım verenlerin gereksinim duyduklarında yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama çabasını destekleyerek yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Bakım verenin sevdiği birine sağladığı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin; hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun

teknoloji kullanımını hakkında eğitim, onların yeterlilik ve memnuniyet duygularını arttırmaktadır (İnci 2006). Psikososyal girişimler hastalığın seyrini olumlu etkileyecek (Perry et al. 1999, Lam et al. 2005), bu durum da bakım verenin bakım yükü seviyesini azaltacaktır (Reinares et al. 2004, Bernhard et al. 2006).

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak öz bakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım verenler alkol, reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır (İnci 2006).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanılarından biri olan “Bakım Verici Rolünde Zorlanma” tanısı, bir başkasına (özürlü, bağımlı vb. aile üyesi) bakım verme sürecinde fiziksel, duygusal, sosyal ve/veya ekonomik sıkıntı(lar) yaşayan bir bireydeki durumdur. Bu tanı için tanımlayıcı özellikler şunlardır:

- Zamanın ve fiziksel enerjinin yetmediğini bildirmesi,
- Gerekli bakım verme aktivitelerini yerine getirmede güçlük,
- Bakım verme sorumluluklarının diğer önemli rolleri engellemesi,
- Bakım verme yeteneği ve bakım verilen bireyin sağlığının gelecekte ne olacağı konusunda endişe/korkular yaşama,
- Bakım veren hastalanırsa ya da ölürse bakım verilen bireyin bakımının ne olacağı konusunda korku/endişe yaşama,
- Moral bozukluğu, üzüntü, öfke,
- Tükenmişlik duyguları,
- Gücenme/içerleme duyguları şeklinde sıralanmaktadır (Erdemir 2013).

Farmakolojik tedavi akut dönemdeki bipolar bozukluk tanılı bireyin stabilizasyonunda primer yöntem olarak kabul edilse de, psikoterapinin nüksleri önlemede ve iyileşmede önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Aile dinamikleri ve tutumları bipolar bozukluk tanılı bireyin iyileşmesine yönelik sonuç alınmasında önemli rol oynar. Bakım verenleri desteklemeye yönelik girişimlerde bipolar bozukluk tanılı bireyin hastalığa yönelik olumsuz davranışlarından en azından bir kısmının yönetilmesi gerektiğinin anlaşılmasına yönelik eğitim mutlaka gereklidir (Townsend 2016).



Çalışmalar bakım veren odaklı psikoeğitimsel terapinin bipolar bozukluk tanılı bireylerde relapsların azaltılmasında ve tedaviye uyumun artırılmasında etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir (Miklowitz et al. 2003).

Hemşirenin eğitici rolü; hemşireliğin tüm alanlarında olduğu gibi, psikiyatrik alanda da önemlidir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin/bakım verenlerin eğitiminin konu listesi aşağıdaki gibidir (Townsend 2016):

- Hastalığın Doğası

1. Bipolar bozukluğun nedenleri
2. Hastalığın döngüsel yapısı
3. Depresyon belirtileri
4. Mani belirtileri

- Hastalığın tedavisi

1. İlaç Tedavisi
  - a) Lityum
  - b) Diğerleri (Carbamazepine, Valproik asit, Clonozepam, Verapamil, Lamotrigine, Gabopentin, Topiramate, Oxcarbazepine, Olanzapine, Risperidone, Klorpromazin, Aripiprazol, Kuetiapin, Ziprasidon, Asenapin)
  - c) İlaç yan etkileri
  - d) Lityum toksisitesinin belirtileri
  - e) Düzenli kan testlerinin önemi
  - f) Yan etkileri
  - g) İyi hissettiğinde bile ilaç alımını kesmemesinin önemi
2. Destekleyici Teknikler
3. Öfke Tedavisi

- Destekleyici Hizmetler

1. Kriz masası
2. Destek grupları
3. Bireysel psikoterapi
4. Yasal ve/veya mali destek (Townsend 2016).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünü ve baş etme yöntemlerini etkileyen özellikleri ve bu ikisinin birbirleri ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın ayaktan ve yatan hasta birimlerine ve Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Branşı'nın ayaktan ve yatan hasta birimleri ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler oluşturmuştur.

Bir yıl içinde Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na toplam 289 ve Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Birimleri ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne toplam 1586 bipolar bozukluk tanılı bireyin başvurduğu tespit edilmiş olup bunun Çanakkale merkezi nüfusuna (159.758) göre görülme sıklığı %1.2 olarak hesaplanmıştır. Buna göre alınacak örneklemin kitleyi temsil etmesi için örneklem hatası %5, bipolar bozukluk tanılı birey oranı %1.2 ve %95 güç düzeyi için örneklem sayısının en az 62 kişi olması gerektiği belirlenmiştir. Hesaplama aşağıdaki formülle yapılmıştır:

$$n = N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha} + Z_{(1-\beta)})^2 / (N-1) \cdot d^2$$

n: Örneklem Sayısı (istenen)

N: Kitle sayısı (N=159758)

d: Etki Büyüklüğü (%5 lik bir hata payı ile hesaplanmıştır)

p: X olayının görülme olasılığı

q: X olayının görülmemeye olasılığı

$Z_{\alpha}$ : Standart normal dağılım değeri

$Z_{(1-\beta)}$ : Standart normal dağılım değeri (%95 power için)

Araştırmanın örneklemini 01.08.2015-31.05.2016 tarihleri arasında yukarıda belirtilen kurumlara başvuran bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım veren ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 124 birey oluşturmuştur.

#### Dahil Edilme Kriterleri

Örnekleme aşağıdaki özelliklere uyan bakım verenler dahil edilmiştir:

- En az 1 yıldır bipolar bozukluk tanılı ayaktan veya yatan hasta olarak takip edilen bir bireye primer bakım veren olması

- 18 yaşından büyük olması
- Fiziksel ve ruhsal sağlığının iletişim kurmayı engellememesi, soruları anlayıp yanıt verebilmesi
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren Anket Formu (Ek 1), “Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği” (Ek 2) ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” (Ek 3) ile toplanmıştır.

#### **3.3.1. Anket Formu (Ek 1)**

Bu formda bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin özelliklerini belirlemeye yönelik sorular ile bipolar bozukluk tanılı bireylerin özelliklerini belirlemeyi amaçlayan sorular yer almaktadır.

#### **3.3.2. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (Ek 2)**

Ölçek, Reinhard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup toplam puan arttıkça bakım yükünün de o düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Aydemir ve arkadaşları tarafından 2011 yılında, şizofreni, bipolar bozukluk, major depresyon ve anksiyete tanılı bireylerden oluşan bir örnekleme Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir ve ark 2011). Ölçek, 19 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve dörtlü Likert tipi değerlendirme sağlamaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler hastaya bakım verenlerin gündelik yaşamlarının hastalık nedeniyle ne ölçüde değiştiğini ve bakım verdikleri birey için ne ölçüde kaygı taşıdıklarını sorgulamaktadır. Aydemir ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.894 olarak belirtilmiştir. Bu çalışma grubunu oluşturan örneklem için Cronbach alpha katsayısı 0.853 bulunmuştur.

#### **3.3.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 3)**

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ölçeğin, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin probleme yönelik etkili yaklaşımlar ile duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Probleme yönelik ölçek, her maddesi “hiç uygun değil” ise 0 puan, “uygun değil” ise 1 puan, “uygun” ise 2 puan ve “tamamen uygun” ise 3 puan olarak değerlendirilen, toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta ve o alt ölçeğe ait toplam puan elde edilmektedir. Alt ölçeklerdeki toplam puan artışı, bireyin o baş etme yöntemini daha çok kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır. Üç farklı çalışmadan elde edilen Cronbach’s Alpha

katsayıları boyun eğici yaklaşım için 0.470 ile 0.720 arasında, çaresiz yaklaşım için 0.640 ile 0.730 arasında, kendine güvenli yaklaşım için 0.620 ile 0.800 arasında, iyimser yaklaşım için 0.490 ile 0.690 arasında ve sosyal destek arama yaklaşımı için 0.450 ile 0.470 arasında değiştiği bildirilmiştir (Şahin ve Durak 1995). Çalışmamızda Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği için Cronbach's Alpha katsayıları boyun eğici yaklaşım için 0.523, çaresiz yaklaşım için 0.823, kendine güvenli yaklaşım için 0.874, iyimser yaklaşım için 0.806 ve sosyal destek arama yaklaşımı için 0.556 olarak bulunmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veri toplama araçları, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmaya onam verdiğini sözlü olarak bildiren bakım verenlere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama araçları, bakım verenlere buldukları hastane/toplum ruh sağlığı merkezi ortamında, kendileri için uygun olan günlerde uygulanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 30-45 dk. sürmüştür.

### **3.5. Verilerin Analizi**

#### **3.5.1. Değişkenler**

##### **3.5.1.1. Bağımlı Değişkenler**

Bakım verenlerin Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların puanları.

##### **3.5.1.2. Bağımsız Değişkenler**

Bakım verenlerin yaş, cinsiyet, bipolar bozukluk tanılı bireye yakınlık derecesi, medeni durum, çocuk durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir düzeyi, bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığı, bakım verdiği kişi sayısı, bakım verme süresi, bakım konusunda yardım alma, bakım konusunda hangi kurum/kişilerden yardım aldığı, tıp dışı yöntemlere başvurma, başvuru tıp dışı yöntem/yöntemler, bipolar bozuklukla ilgili eğitim programına katılmış olma ve sağlık çalışanlarından beklenti durumu.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, çalışma durumu, gelir düzeyi, hızlı döngülülük, tanı süresi, hastaneye yatış sayısı, son iki yıl içinde atak geçirmiş olma, şu anki takip durumu, sosyal işlevselliğinde bozulma, mesleki işlevselliğinde bozulma, kontrollere düzenli gitme, kontrollere düzenli gitmeme nedenleri, düzenli ilaç kullanımı, ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri, intihar girişimi, intihar girişimi sayısı, madde kullanımı, kullandığı madde, başkalarına yönelik şiddet durumu.

### **3.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, United States) programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ve değişkenlik katsayıları ile varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir. Bağımsız iki grubun nicel verilere göre birbiri ile karşılaştırılmasında parametrik yöntemlerden Independent-Samples T testi Bootstrap sonuçlarıyla birlikte kullanılırken nonparametrik yöntemlerden Mann-Whitney U testi Monte Carlo sonuçlarıyla birlikte kullanılmıştır. İki'den fazla grubun nicel verilere göre birbiriyle karşılaştırılmasında parametrik yöntemlerden One-Way Anova ve Post Hoc analizleri için Tukey HSD, Fisher's Least Significant Difference (LSD) ve Games-Howell testleri kullanılırken non parametrik yöntemlerden Kruskal-Wallis H testleri kullanılmış olup ve Post Hoc analizi için Dunn's Testi kullanılmıştır. Değişkenlerin birbiriyle olan korelasyonlarını incelemek için ise parametrik testlerden Pearson Correlation ve non parametrik testlerden Spearman's rho testleri kullanılmıştır. Nicel değişkenler tablolarda ortalama $\pm$ SS (standart sapma) ve medyan range (Minimum-Maximum), kategorik değişkenler ise n(%) olarak gösterilmiştir. Değişkenler %95 güven düzeyinde incelenmiş olup p değeri 0.05'ten küçük olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan KLİARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99-148 sayılı yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmayı yapabilmek için Çanakkale Kamu Hastaneler Birliğinden 33598204-774/7868 sayılı ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 27222899-099-2712 sayılı gerekli izinler alınmıştır. Araştırmada dahil edilme kriterlerine uyan bakım verenlere, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden sözlü onam alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma iki farklı hastanede gerçekleştirilmiş olup tüm bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerini kapsamamaktadır. Bu durum sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Diğer bir sınırlılık, araştırmada kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı olmasıdır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Bakım Verenlerin Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 1: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri (n=124)

	Ortalama±SS	
<b>Yaş</b>	46.81±12.54	
<b>Çocuk sayısı</b>	1.94±1.05	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	80	64.5
Erkek	44	35.5
<b>Medeni durum</b>		
Evli	95	76.6
Bekar	18	14.5
Dul-boşanmış	11	8.9
<b>Çocuk durumu</b>		
Var	101	81.5
Yok	23	18.5
<b>Yakınlık derecesi</b>		
Anne	33	26.6
Baba	19	15.3
Çocuk	6	4.8
Eş	39	31.5
Kardeş	15	12.1
Akraba	7	5.6
Diğer	5	4.1
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul/okuryazar	37	29.8
Ortaokul	19	15.4
Lise	22	17.7
Üniversite	46	37.1
<b>Meslek</b>		
Mesleği yok	47	37.9
İşçi	14	11.3
Memur	36	29
Diğer (çiftçi, özel sektör vs.)	27	21.8
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	107	86.3
Yok	17	13.7
<b>Çalışma durumu</b>		
Tam gün	63	50.8
Çalışmıyor	61	49.2
<b>Gelir düzeyi</b>		
Düşük	41	33.1
Orta	79	63.7
Yüksek	4	3.2

Tablo 1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması  $46.81 \pm 12.54$  ve çocuk sayısı ortalaması  $1.94 \pm 1.05$ ’tir. Bakım verenlerin %64.5’i kadın, %76.6’sı evli, %81.5’i çocuk sahibi, %41.9’u bipolar bozukluk tanılı bireyin ebeveyni, %31.5’i bipolar bozukluk tanılı bireyin eşidir. Bakım verenlerin %37.1’i üniversite mezunu, %29.8’i ilkokul mezunu veya okuryazar iken, %17.7’si lise mezunu, %15.3’ü ortaokul mezunudur. Bakım verenlerin %37.9’unun mesleği yok iken, %29’u memur, %21.8’i diğer mesleklerden (çiftçi, özel sektör vs.), %11.3’ü işçidir Bakım verenlerin %86.3’ünün sosyal güvencesi olup, %50.8’i çalışmaktadır. Bakım verenlerin %63.7’sinin gelir durumu orta, %33.1’inin düşük, %3.2’sinin yüksektir.



**Tablo 2: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özellikleri (n=124)**

	<b>Ortalama±SS</b>	
<b>Bakım verdiği kişi sayısı</b>	1.76±1.23	
<b>Bakım verme süresi</b>	12.23±10.52	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>		
Evet	36	29
Hayır	88	71
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>		
Evet	23	18.5
Hayır	101	81.5
<b>Bakım konusunda yardım alınan kurum ve/veya kişiler</b>		
Akrabalar	11	47.8
Arkadaşlar	6	26
Sosyal Güvenlik Kurumu (özürlü aylığı)	3	12.9
Kızılay	1	4.6
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı	2	8.7
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>		
Evet	20	16.3
Hayır	103	83.7
<b>Kullanılan tıp dışı yöntemler</b>		
Hocaya okutma, muska, büyü vs.	18	90
Bitkisel ilaç	2	10
<b>Bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katılma</b>		
Evet	26	21.1
Hayır	97	78.9

Tablo 2’de görüldüğü gibi bakım verenler ortalama 1.76±1.23 kişiye bakım vermekte, bakım verme süresi ortalaması 12.23±10.52’dir. Bakım verenlerin %71’inin bakımından sorumlu olduğu başka bir birey bulunmamakta, %81.5’i bakım konusunda yardım almamaktadır. Bakım veren bireylerin %47.8’i akrabalarından yardım aldığını ifade ederken, %83.7’si bipolar bozukluk tanılı bireyin iyileşmesi için tıp dışı yöntemlere başvurmadığını belirtmiştir. Bakım veren bireylerden tıp dışı yöntemlere başvuranların %90’ı hocaya okutma, muska, büyü vs. yöntemlere başvurmuş, %10’u bitkisel ilaç kullanmıştır. Bakım verenlerin %78.9’u daha önce bipolar bozukluk hakkında bir eğitim programına katılmamıştır.



**Tablo 1: Bakım Verenlerin Sağlık Personelinden Beklenti Durumları (n=124)**

Sağlık Personelinden Beklenti Durumu	Sayı	%
Beklentisi olan	80	64.6
Beklentisi olmayan	44	35.4
<b>TOPLAM</b>	<b>124</b>	<b>100.0</b>

Tablo 3'te görüldüğü gibi bakım verenlerin %64.6'sının sağlık personelinden beklentisinin olduğu, %35.4'ünün beklentisinin olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 2: Bakım Verenlerin Sağlık Personelinden Beklentileri (n=80)**

Sağlık personelinden beklentiler (n=80)	Sayı	%*
Yakın ilgi, anlayış gösterilmesi	39	48.75
İyi bir tedavi uygulanması	27	33.75
Bilgilendirme	11	13.75
Bürokratik işlemlerin azaltılması	3	3.75
<b>TOPLAM</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

\*Bazı hastalar birden fazla beklenti ifade etmiştir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi bakım verenlerin %48.75'inin yakın ilgi, anlayış gösterilmesini, %33.75'inin iyi bir tedavi uygulanmasını, %13.75'inin bilgilendirilmeyi, %3.75'inin bürokratik işlemlerin azaltılmasını bekledikleri saptanmıştır.

#### 4.2. Bakım Verilen Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerinin İncelenmesi

**Tablo 3: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=124)**

	Ortalama±SS	
Yaş	37.44±13.49	
	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	67	54
Erkek	57	46
<b>Medeni durum</b>		
Evli	56	45.2
Bekar	51	41.1
Dul-boşanmış	17	13.7
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul	26	20
Ortaokul	24	19.4
Lise	39	31.5
Üniversite	35	28.2
<b>Meslek</b>		
Öğrenci	11	10.7
İşçi	16	15.5
Ev hanımı	29	28.2
Emekli	3	2.9
Memur	26	25.2
Esnaf	7	6.8
Diğer	11	10.7
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	83	66.9
Yok	41	33.1
<b>Çalışma durumu</b>		
Tam gün	35	28.2
Çalışmıyor	89	71.8
<b>Gelir düzeyi</b>		
Düşük	49	39.5
Orta	68	54.8
Yüksek	7	5.7

Tablo 5'te görüldüğü gibi bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin %54'ü kadın, %45.2'si evli, %31.5'i lise mezunu, %28.2'si üniversite mezunudur. Bipolar bozukluk tanılı olan bireylerin %28.2'si ev hanımı, %25.2'si memur, %15.5'i işçi, %10.7'si öğrenci iken, %10.7'si diğer meslek sahibidir (çiftçi, özel sektör vs.). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %66.9'unun sosyal güvencesi bulunmakta, %71.8'i çalışmamakta, %54.8'inin gelir durumu orta, %39.5'inin gelir durumu düşüktür.

**Tablo 4: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özellikleri (n=124)**

	Ortalama±SS	
<b>İntihar girişimi sayısı</b>	1.50±0.75	
<b>Tıbbi tanı süresi</b>	9.10±8.31	
<b>Hastaneye toplam yatış sayısı</b>	2.64±3.13	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hızlı döngülülük</b>		
Var	47	37.9
Yok	77	62.1
<b>Son iki yıl içinde atak geçirmiş olma</b>		
Evet	95	77.2
Hayır	28	22.8
<b>Şu andaki takip durumu</b>		
Yatan hasta	43	34.7
Ayaktan takip edilen hasta	81	65.3
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>		
Var	72	58.1
Yok	52	41.9
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>		
Var	53	42.7
Yok	71	57.3
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>		
Var	109	87.9
Yok	15	12.1
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>		
Var	99	79.8
Yok	25	20.2
<b>İntihar girişimi</b>		
Var	41	33.1
Yok	83	66.9
<b>Madde kullanımı</b>		
Var	61	49.2
Yok	63	50.8
<b>Kullanılan madde</b>		
Sigara	47	77
Sigara ve alkol	10	16.4
Diğer	4	6.6
<b>Başkalarına yönelik şiddet gösterme</b>		
Var	37	29.8
Yok	87	70.2

Tablo 6’da görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaş ortalaması 37.44±13.49, intihar girişimi sayısı ortalaması 1.50±0.75 tir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin tıbbi tanı süresi ortalama 9.10±8.31 yıl olup hastaneye yatış sayısı ortalama 2.64±3.13 tür. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %62.1’i hızlı döngülü özelliğe sahip

değilken, %77.2'si son iki yıl içinde atak geçirmiş olup, %65.3'ünün şu anki durumu ayaktan takip edilen hastadır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %58.1'inde sosyal işlevsellikte bozulma var iken, %57.3'ünde mesleki işlevsellikte bozulma yoktur. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %87.9'u düzenli kontrole gelirken, %79.8'i ilaçlarını düzenli kullanmakta olup, %66.9'u intihar girişiminde bulunmamıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %50.8'i madde kullanmamaktayken, madde kullananların %77'si sigara kullanmakta olup %70.2'si başkalarına yönelik şiddet davranışları göstermemektedir.



**Tablo 7: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Kontrollere Düzenli Gitmeme Nedenlerine İlişkin Bakım Verenlerin Görüşleri (n=15)**

	Sayı	%
İyileştiğini sanması/sanmamız	4	25.1
Damgalanma	1	6.4
Ataklar	4	25.1
Unutması, zaman bulamaması, ihmal etmesi	1	6.4
Hasta olduğunu kabul etmemesi	4	25.1
Tedavinin faydasına inanmaması	1	6.4
İlaç yan etkileri	1	6.4
<b>TOPLAM</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Tablo 7’de görüldüğü gibi “Sizce birey neden kontrollere düzenli gitmiyor?” sorusuna bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin %25.1’i “iyileştiğini sanması/sanmamız”, %25.1’i “ataklar”, %25.1’i hasta olduğunu kabul etmemesi, %6.3’ü “damgalanma”, %6.3’ü “unutması, zaman bulamaması, ihmal etmesi”, %6.3’ü “tedavinin faydasına inanmaması” ve %6.3’ü “ilaçların yan etkileri” şeklinde cevap vermiştir.

**Tablo 8: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin İlaçlarını Düzenli Kullanmama Nedenlerine İlişkin Bakım Verenlerin Görüşleri (n=25)**

	Sayı	%
Hasta olduğunu kabul etmemesi	4	16
Ataklar	10	40
İyileştiğini sanması/sanmamız	3	12
İlaçların düşük dozda verilmesi	1	4
İyileştiğini düşünüp bırakması ya da dozunu azaltması	1	4
Oruç tuttuğunda bırakması	1	4
İlaçların faydasına inanmaması	1	4
Ailevi nedenler	1	4
İlaç yan etkileri	3	12
<b>TOPLAM</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Tablo 8’de görüldüğü gibi “Sizce birey ilaçlarını neden düzenli kullanmıyor?” sorusuna bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %40’ı “ataklar”, %16’sı “hasta olduğunu kabul etmemesi”, %12’si “iyileştiğini sanması/sanmamız”, %12’si “yan etkiler” şeklinde cevap vermiştir.

**Tablo 9: Bakım Verenlerin HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	X	SS	Min.	Max.	Puan aralığı
<b>HYDÖ</b>	41.79	12.41	14.00	76.00	19-76
<b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>	8.23	2.85	0.00	18.00	0-18
<b>Çaresiz Yaklaşım</b>	10.65	5.09	0.00	24.00	0-24
<b>İyimser Yaklaşım</b>	9.61	2.72	0.00	15.00	0-15
<b>Kendine Güvenli Yaklaşım</b>	12.54	4.20	0.00	21.00	0-21
<b>Sosyal Destek Arama</b>	6.82	2.49	0.00	12.00	0-12

Tablo 9’da görüldüğü gibi bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması 41.79±12.41, boyun eğici yaklaşım puan ortalaması 8.23±2.85, çaresiz yaklaşım puan ortalaması 10.65±5.09, iyimser yaklaşım puan ortalaması 9.61±2.72, kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması 12.54±4.20 ve sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması 6.82±2.49 olarak saptanmıştır.

### 4.3. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Bakım Yükünün İncelenmesi

**Tablo 10: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre HYDÖ Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	HYDÖ	Analiz sonuçları	P
		Ortalama±SS		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	80	42.96±12.49	t=1.424	0.145
Erkek	44	39.66±12.13		
<b>Çocuk durumu</b>				
Var	101	42.53±12.36	t=1.403	0.169
Yok	17	46.12±12.92		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	107	41.10±12.25	t=-1.497	0.155
Yok	17	46.12±12.92		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	63	40.75±12.40	t=-0.952	0.340
Çalışmıyor	61	42.87±12.43		
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	33	45.00±10.97	F=1.374	0.231
Baba	19	41.42±9.54		
Çocuk	6	40.33±8.96		
Eş	39	37.87±14.82		
Kardeş	15	43.93±11.96		
Akraba	7	47.29±11.59		
Diğer	5	40.20±12.87		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	95	41.82±13.35	F=1.758	0.177
Bekar	18	38.33±8.15		
Dul-boşanmış	11	47.18±7.33		
<b>Meslek</b>				
Mesleği yok	47	43.77±12.05	F=1.049	0.373
İşçi	14	43.21±12.55		
Memur	36	40.92±13.02		
Diğer	27	38.78±12.10		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	41	43.61±12.26	F=0.715	0.491
Orta	79	40.78±12.67		
Yüksek	4	43.00±8.08		
<b>HYDÖ Medyan (Min.-Max.)</b>				
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul/okuryazar	37	43 (14-76)	X <sup>2</sup> =4.933	0.174
Ortaokul	19	44 (19-62)		
Lise	22	36 (17-65)		
Üniversite	46	39.5 (19-66)		

Tablo 10’da görüldüğü gibi bakım verenlerin cinsiyete (t=1.424, p>0.05), çocuk durumuna (t=1.403, p>0.05), sosyal güvence durumuna (t=-1.487, p>0.05), çalışma

durumuna ( $t=-0.952$ ,  $p>0.05$ ), yakınlık derecesine ( $F=1.374$ ,  $p>0.05$ ), medeni duruma ( $F=1.758$ ,  $p>0.05$ ), mesleğe ( $F=1.049$ ,  $p>0.05$ ), gelir düzeyine ( $F=0.715$ ,  $p>0.05$ ) ve eğitim durumuna ( $X^2=4.933$ ,  $p>0.05$ ) göre HYDÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.





**Tablo 11: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre HYDÖ Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	HYDÖ Ortalama±SS	t	p
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>				
Evet	36	43.06±12.26	0.725	0.487
Hayır	88	41.27±12.51		
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>				
Evet	23	41.65±11.93	-0.059	0.953
Hayır	101	41.82±12.58		
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>				
Evet	20	41.25±13.24	-0.266	0.781
Hayır	103	42.06±12.26		
<b>Bipolar bozukluk ile ilgili bir eğitim programına katılmış olma</b>				
Evet	26	44.27±12.90	1.088	0.288
Hayır	97	41.30±12.21		

Tablo 11’de görüldüğü gibi bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığı ( $t=0.725$ ,  $p>0.05$ ), bakım konusunda yardım alma ( $t=-0.059$ ,  $p>0.05$ ), tıp dışı yöntemlere başvurma ( $t=-0.266$ ,  $p>0.05$ ) ve eğitim programına katılmış olma durumuna göre ( $t=1.088$ ,  $p>0.05$ ) HYDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

#### 4.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi

**Tablo 12: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin HYDÖ Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	HYDÖ	Analiz Sonuçları	p
		Ortalama±SS		
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	67	43.42±11.60	t=1.593	0.117
Erkek	57	39.88±13.15		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	83	40.60±12.91	t=-1.525	0.960
Yok	41	44.20±11.09		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	35	39.14±12.13	t=-1,497	0.138
Çalışmıyor	89	42.83±12.43		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	26	39.96±11.53	F=0.784	0.505
Ortaokul	24	39.71±11.75		
Lise	39	43.85±13.42		
Üniversite	35	42.29±12.42		
<b>Meslek</b>				
Öğrenci	11	40.36±12.28	F=1.850	0.098
İşçi	16	41.25±14.61		
Ev hanımı	29	38.10±9.39		
Emekli	3	36.33±6.03		
Memur	26	44.31±13.03		
Esnaf	7	30.86±6.26		
Diğer	11	46.00±14.05		
<b>Medeni durum</b>				
Evli <sup>a</sup>	56	38.36±13.24	F=4.156	<b>0.018</b>
Bekar <sup>b</sup>	51	44.88±10.98		
Dul-boşanmış <sup>c</sup>	17	43.82±11.34		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük <sup>d</sup>	49	45.31±12.97	F=3.426	<b>0.036</b>
Orta <sup>e</sup>	68	39.63±11.77		
Yüksek <sup>f</sup>	7	38.14±9.86		

*p<sub>a-b</sub>=0.017, p<sub>d-e</sub>=0.038*

Tablo 12’de bipolar bozukluk tanılı bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre bakım verenlerin HYDÖ puanlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre cinsiyet (t=1.593, p>0.05), sosyal güvence varlığı (t=-1.525, p>0.05), çalışma durumu (t=-1.497, p>0.05),

eğitim durumu ( $F=0.784$ ,  $p>0.05$ ) ve meslek ( $F=1.850$ ,  $p>0.05$ ) bakım verenlerin HYDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin medeni durumlarına göre bakım verenlerin HYDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $F=4.156$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan post hoc analizde (Tukey test) bekârlara bakım verenlerin puanlarının ( $44.88\pm10.98$ ) evlilere bakım verenlerin puanlarından ( $38.36\pm13.24$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekarlara bakım verenlerin puanları ve dul-boşanmış olanlara bakım verenlerin puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Evli olanların HYDÖ puanları ( $38.36\pm13.24$ ) ile dul-boşanmış olanlara bakım verenlerin HYDÖ puanları ( $43.82\pm11.34$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin gelir düzeylerine göre HYDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $F=3.426$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan post hoc analizde (LSD) gelir düzeyi düşük olan bireylere bakım verenlerin puanlarının ( $45.31\pm12.97$ ) gelir düzeyi orta olan bireylere bakım verenlerin puanlarından ( $39.63\pm11.77$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyi düşük olan bireylere ve gelir düzeyi yüksek olan bireylere bakım verenlerin puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.316$ ). Gelir düzeyi orta olanlara bakım verenlerin puanları ile gelir düzeyi yüksek olanlara bakım verenlerin puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin HYDÖ Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	HYDÖ Ortalama±SS	Analiz sonuçları	P
<b>Hızlı döngülülük</b>				
Var	47	47.60±10.56	t=4.356	<0.001
Yok	77	38.25±12.18		
<b>Son iki yıl içinde atak geçirmiş olma</b>				
Var	95	43.08±11.64	t=2.303	<b>0.044</b>
Yok	28	37.04±14.02		
<b>Şu andaki takip durumu</b>				
Yatan hasta	43	43.09±11.42	t=0.851	0.397
Ayaktan takip edilen hasta	81	41.10±12.92		
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>				
Var	72	46.26±11.44	t=5.198	<b>0.001</b>
Yok	52	35.60±11.05		
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>				
Var	53	45.79±12.10	t=3.218	<b>0.003</b>
Yok	71	38.80±11.87		
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>				
Var	99	41.56±12.55	t=-0.418	0.682
Yok	25	42.72±12.07		
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	41	43.88±13.25	t=1.320	0.189
Yok	83	40.76±11.93		
<b>Madde kullanımı</b>				
Var	61	45.00±13.28	t=2.919	<b>0.005</b>
Yok	63	38.68±10.73		
<b>Kullanılan madde</b>				
Sigara	47	44.68±13.89	F=0.874	0.423
Diğer	4	53.25±6.99		
Sigara ve alkol	10	43.20±11.76		
<b>Başkalarına yönelik şiddet gösterme</b>				
Var	37	47.51±11.05	t=3.498	<b>0.003</b>
Yok	87	39.36±12.21		
<b>HYDÖ</b>				
<b>Medyan (min.-max.)</b>				
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>				
Var	109	40 (14-76)	Z=-1.158	0.254
Yok	15	50 (24-62)		

Tablo 13'te görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin şu andaki takip durumu (t=0.851, p>0.05), düzenli ilaç kullanımı (t=-0.418, p>0.05), intihar girişimi

varlığı ( $t=1.320$ ,  $p>0.05$ ), kullandığı madde ( $F=0.874$ ,  $p>0.05$ ) ve kontrollere düzenli gitme ( $Z=-1.158$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre HYDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Hızlı döngülü bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması ( $47.60\pm 10.56$ ) hızlı döngülü olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $38.25\pm 12.18$ ) daha yüksek bulunmuş, bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $t=4.356$ ,  $p<0.001$ ).

Son iki yıl içinde atak geçiren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması ( $43.08\pm 11.64$ ) son iki yıl içinde atak geçirmemiş olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $37.04\pm 14.02$ ) daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.303$ ,  $p<0.05$ ).

Sosyal işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması ( $46.26\pm 11.44$ ) sosyal işlevselliğinde bozulma olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamalarından ( $35.60\pm 11.05$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=5.198$ ,  $p<0.05$ ).

Mesleki işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması ( $45.79\pm 12.10$ ) mesleki işlevselliğinde bozulma olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamalarından ( $38.80\pm 11.87$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=3.218$ ,  $p<0.05$ ).

Madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması ( $45.00\pm 13.28$ ) madde kullanımı olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $38.68\pm 10.73$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.919$ ,  $p<0.05$ ).

Başkalarına yönelik şiddet uygulayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması ( $47.51\pm 11.05$ ) başkalarına yönelik şiddet uygulamayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $39.36\pm 12.21$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=3.498$ ,  $p<0.05$ ).

#### 4.5. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi

**Tablo 14: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Boyun Eğici Yaklaşım Ortalama±SS	Analiz sonuçları	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	80	8.35±2.95	t=0.610	0.543
Erkek	44	8.02±2.69		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	107	8.20±3.02	t=-0.037	0.550
Yok	17	8.47±1.46		
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	33	8.39±2.66	F=0.728	0.628
Baba	19	8.37±2.48		
Çocuk	6	7.50±1.76		
Eş	39	8.72±2.85		
Kardeş	15	7.60±3.70		
Akraba	7	7.57±2.70		
Diğer	5	6.60±4.16		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	95	8.42±2.74	F=1.867	0.159
Bekar	18	7.33±3.73		
Dul-boşanmış	11	8.09±2.07		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul/okuryazar	37	8.78±1.90	F=1.190	0.317
Ortaokul	19	8.21±2.55		
Lise	22	8.55±2.06		
Üniversite	46	7.65±3.75		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	41	8.59±1.95	F=1.207	0.303
Orta	79	7.97±3.21		
Yüksek	4	9.75±2.87		
<b>Boyun Eğici Yaklaşım Medyan (Min.-Max.)</b>				
<b>Çocuk durumu</b>				
Var	101	8 (0-18)	t=-1.196	0.238
Yok	23	8 (0-18)		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	63	8 (0-16)	t=-1.726	0.084
Çalışmıyor	61	9 (0-18)		
<b>Meslek</b>				
Mesleği yok <sup>a</sup>	47	9 (3-14)	X <sup>2</sup> =8.690	<b>0.033</b>
İşçi <sup>b</sup>	14	9 (6-16)		
Memur <sup>c</sup>	36	8 (0-18)		
Diğer <sup>d</sup>	27	7 (0-10)		

$p_{a-d}=0.011$ ,  $p_{b-d}=0.026$

Tablo 14'te görüldüğü gibi bakım verenlerin cinsiyet ( $t=0.610$ ,  $p>0.05$ ), sosyal güvence ( $t=-0.037$ ,  $p>0.05$ ) çocuk sahibi olma ( $t=-1.196$ ,  $p>0.05$ ), çalışma durumu ( $t=-1.726$ ,  $p>0.05$ ), yakınlık derecesi ( $F=0.728$ ,  $p>0.05$ ), medeni durum ( $F=1,867$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumu ( $F=1.190$ ,  $p>0.05$ ) ve gelir düzeyi ( $F=1.207$ ,  $p>0.05$ ) gibi özelliklerine göre boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Bakım verenlerin mesleklerine göre boyun eğici yaklaşım puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $X^2=8.690$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan post hoc analizde (Dun's test) mesleği olmayan bakım verenlerin medyan değerinin (9(3-14)) ve işçi bakım verenlerin medyan değerinin (9(6-16)) diğer meslek sahibi bakım verenlerden (7(0-10)) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bununla birlikte diğer meslek grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 15: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

		<b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>	<b>Analiz</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>Medyan (Min.-Max.)</b>	<b>Sonuçları</b>	<b>P</b>
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>				
Evet	36	8 (0-12)	Z=-0.072	0.942
Hayır	88	8 (0-18)		
<b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>				
<b>Ortalama±SS</b>				
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>				
Evet	23	7.48±3.79	t=-1.414	0.267
Hayır	101	8.41±2.59		
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>				
Evet	20	8.70±2.66	t=0.765	0.446
Hayır	103	8.17±2.90		
<b>Bipolar bozuklukla ilgili eğitim programına katılmış olma</b>				
Evet	26	8.15±1.95	t=-0.197	0.819
Hayır	97	8.28±3.06		

Tablo 15'te görüldüğü gibi bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığı (Z=-0.072, p>0.05), bakım için yardım alma (t=-1.414, p>0.05), tıp dışı yöntemlere başvurma (t=0.765, p>0.05) ve eğitim programına katılmış olma (t=-0.197, p>0.05) özelliklerine göre boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.



**Tablo 16: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Çaresiz yaklaşım Medyan (Min.-Max.)	Analiz sonuçları	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	80	11 (0-24)	Z=-1.547	0.121
Erkek	44	10 (1-22)		
<b>Çocuk durumu</b>				
Var	101	11 (0-24)	Z=-0.960	0.340
Yok	23	9 (5-21)		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	107	10 (0-24)	Z=-1.275	0.202
Yok	17	11 (5-23)		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	63	9 (0-22)	Z=-1.086	0.062
Çalışmıyor	61	11 (2-24)		
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	33	11 (0-19)	X <sup>2</sup> =3.620	0.738
Baba	19	11 (4-22)		
Çocuk	6	8 (4-17)		
Eş	39	10 (1-24)		
Kardeş	15	9 (5-22)		
Akraba	7	9 (6-18)		
Diğer	5	9 (3-17)		
<b>Çaresiz yaklaşım Ortalama±SS</b>				
<b>Medeni durum</b>				
Evli	95	10.35±5.22	F=1.867	0.159
Bekar	18	10.56±4.93		
Dul-boşanmış	11	13.45±3.39		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul/okuryazar	37	11.38±3.97	F=1.290	0.281
Ortaokul	19	11.47±5.78		
Lise	22	8.91±5.04		
Üniversite	46	10.57±5.55		
<b>Meslek</b>				
Mesleği yok <sup>a</sup>	47	11.89±4.45	F=2.756	<b>0.045</b>
İşçi <sup>b</sup>	14	11.36±4.52		
Memur <sup>c</sup>	36	10.36±5.99		
Diğer (çiftçi, özel sektör) <sup>d</sup>	27	8.52±4.59		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	41	11.05±3.86	F=0.492	0.613
Orta	79	10.56±5.66		
Yüksek	4	8.50±4.80		

*p<sub>a-d</sub>=0.006*

Tablo 16’da görüldüğü gibi bakım verenlerin cinsiyet ( $Z=-1,547$ ,  $p>0.05$ ), çocuk durumu ( $Z=-0.960$ ,  $p>0.05$ ), sosyal güvence ( $Z=-1.275$ ,  $p>0.05$ ), çalışma durumu ( $Z=-1.086$ ,  $p>0.05$ ), medeni durum ( $F=1.867$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumu ( $F=1.290$ ,  $p>0.05$ ), gelir düzeyi ( $F=0.492$ ,  $p>0.05$ ) ve yakınlık derecesi ( $X^2=3.620$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre çaresiz yaklaşım puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Bakım verenlerin mesleklerine göre çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $F=2.756$ ,  $p<0.05$ ). Yapılan post hoc analizde (LSD) mesleği olmayan bakım verenlerin puan ortalaması ( $11.89\pm 4.45$ ) diğer meslek gruplarına sahip (çiftçi, özel sektör vs.) bakım verenlerin puanlarından ( $8.52\pm 4.59$ ) daha yüksek olduğu saptanırken ( $p<0.05$ ), işçi ( $11.36\pm 4.52$ ) ve memur olanlar ( $10.36\pm 5.99$ ) arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde, işçi olanların çaresiz yaklaşım puan ortalamaları ile memur ve diğer meslek sahiplerinin (çiftçi, özel sektör vs.) çaresiz yaklaşım puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Memurlar ve diğer meslek sahiplerinin (çiftçi, özel sektör vs.) çaresiz yaklaşım puan ortalamaları arasında da anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 17: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Çaresiz Yaklaşım Ortalama±SS	t	p
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>				
Evet	36	11.33±5.15	0.951	0.365
Hayır	88	10.38±5.07		
<b>Bipolar bozuklukla ilgili eğitim programına katılma durumu</b>				
Evet	26	10.54±3.52	-0.219	0.828
Hayır	97	10.73±5.45		
<b>Çaresiz Yaklaşım Medyan (Min.-Max.)</b>				
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>				
Alıyor	23	9 (0-21)	-1.089	0.282
Almıyor	101	11 (1-24)		
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>				
Evet	20	10 (2-20)	-0.175	0.854
Hayır	103	11 (0-24)		

Tablo 17’de görüldüğü gibi bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığı ( $t=0.951$ ,  $p>0.05$ ), eğitim programına katılmış olma ( $t=-0.219$ ,  $p>0.05$ ), bakım konusunda yardım alma ( $t=-1.089$ ,  $p>0.05$ ) ve tıp dışı yöntemlere başvurma ( $t=-0.175$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 18: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	İyimser yaklaşım Medyan (min.- max.)	Analiz sonuçları	P
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	80	10 (0-15)	Z=-0.241	0.810
Erkek	44	10 (2-15)		
<b>Çocuk durumu</b>				
Var	101	10 (0-15)	Z=-1.025	0.308
Yok	23	10 (2-15)		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	107	10 (0-15)	Z=-1.618	0.104
Yok	17	10 (10-12)		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	63	10 (3-15)	Z=-0.236	0.817
Çalışmıyor	61	10 (0-15)		
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	33	10 (8-15)	X <sup>2</sup> =11.512	0.074
Baba	19	10 (2-13)		
Çocuk	6	10 (8-11)		
Eş	39	10 (0-15)		
Kardeş	15	10 (3-15)		
Akraba	7	7 (4-11)		
Diğer	5	9 (2-11)		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	95	10 (0-15)	X <sup>2</sup> =1.403	0.504
Bekar	18	10 (2-11)		
Dul-boşanmış	11	10 (5-12)		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul/okuryazar	37	10 (2-15)	X <sup>2</sup> =1.591	0.663
Ortaokul	19	10 (3-15)		
Lise	22	10 (8-14)		
Üniversite	46	10 (0-15)		
<b>Meslek</b>				
Mesleği yok	47	10 (5-15)	X <sup>2</sup> =1.326	0.524
İşçi	14	10 (3-12)		
Memur	36	10 (0-15)		
Diğer (çiftçi, özel sektör vs.)	27	10 (2-15)		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	41	10 (2-15)	X <sup>2</sup> =2.499	0.287
Orta	79	10 (0-15)		
Yüksek	4	11 (10-12)		

Tablo 18’de görüldüğü gibi bakım verenlerin cinsiyet ( $Z=-0.241$ ,  $p>0.05$ ), çocuk durumu ( $Z=-1.025$ ,  $p>0.05$ ), sosyal güvence ( $Z=-1.618$ ,  $p>0.05$ ), çalışma durumu ( $Z=-0.236$ ,  $p>0.05$ ), yakınlık derecesi ( $X^2=11.512$ ,  $p>0.05$ ), medeni durum ( $X^2=1.403$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumu ( $X^2=1.591$ ,  $p>0.05$ ), meslek ( $X^2=1.326$ ,  $p>0.05$ ) ve gelir düzeyi ( $X^2=2.499$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre iyimser yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.



**Tablo 19: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	İyimser yaklaşım Medyan (min.-max.)	Z	p
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>				
Evet	36	10 (3-13)	-0.234	0.816
Hayır	88	10 (0-15)		
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>				
Evet	23	10 (3-15)	-0.293	0.774
Hayır	101	10 (0-15)		
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>				
Evet	20	10 (3-15)	-0.939	0.352
Hayır	103	10 (0-15)		
<b>Bipolar bozuklukla ilgili eğitim programına katılmış olma</b>				
Evet	26	10 (4-15)	-0.003	0.999
Hayır	97	10 (0-15)		

Tablo 19’da görüldüğü gibi bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka birinin varlığı ( $Z=-0.234$ ,  $p>0.05$ ), bakım konusunda yardım alma ( $Z=-0.293$ ,  $p>0.05$ ), tıp dışı yöntemlere başvurma ( $Z=-0.939$ ,  $p>0.05$ ) ve eğitim programına katılmış olma ( $Z=-0.003$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre iyimser yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 20: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Kendine Güvenli Yaklaşım Ortalama±SS	Analiz sonuçları	P
<b>Medeni durum</b>				
Evli	95	12.57±4.41	F=0.500	0.608
Bekar	18	13.06±4.19		
Dul-boşanmış	11	11.45±1.69		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul/okuryazar	37	12.16±4.09	F=1.582	0.197
Ortaokul	19	12.47±3.17		
Lise	22	14.27±3.15		
Üniversite	46	12.04±4.94		
<b>Çocuk durumu</b>				
Var	101	12.42±4.15	t=0.259	0.731
Yok	23	13.09±4.48		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	107	12.58±4.41	t=0.207	0.836
Yok	17	12.29±2.66		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	63	13.03±3.92	t=1.327	0.187
Çalışmıyor	61	12.03±4.45		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	41	12.20±3.80	F=0.277	0.758
Orta	79	12.67±4.50		
Yüksek	4	13.50±1.29		
<b>Yakınlık derecesi</b>				
Anne	33	13.45±3.85	F=0.672	0.673
Baba	19	11.37±4.51		
Çocuk	6	13.00±1.26		
Eş	39	12.62±3.94		
Kardeş	15	12.47±5.53		
Akraba	7	12.00±2.94		
Diğer	5	10.80±6.76		
<b>Kendine Güvenli Yaklaşım</b>				
<b>Medyan (min.-max.)</b>				
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	80	13 (0-21)	Z=-0.466	0.645
Erkek	44	13 (2-21)		
<b>Meslek</b>				
Mesleği yok	47	12 (4-21)	X <sup>2</sup> =7.070	0.067
İşçi	14	13 (6-17)		
Memur	36	13 (0-21)		
Diğer (çiftçi, özel sektör vs.)	27	14 (2-20)		

Tablo 20’de görüldüğü gibi bakım verenlerin medeni durum ( $F=0.500$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumu ( $F=1.582$ ,  $p>0.05$ ), çocuk durumu ( $t=0.259$ ,  $p>0.05$ ), sosyal güvence ( $t=0.207$ ,  $p>0.05$ ), çalışma durumu ( $t=1.327$ ,  $p>0.05$ ), gelir düzeyi ( $F=0.277$ ,  $p>0.05$ ), yakınlık derecesi ( $F=0.672$ ,  $p>0.05$ ), cinsiyet ( $Z=-0.466$ ,  $p>0.05$ ) ve meslek ( $X^2=7.070$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre kendine güvenli yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.





**Tablo 21: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Kendine Güvenli Yaklaşım Ortalama±SS	t	p
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>				
Evet	36	12.56±3.73	0.026	0.980
Hayır	88	12.53±4.40		
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>				
Evet	23	13.17±4.09	0.800	0.426
Hayır	101	12.40±4.24		
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>				
Evet	20	13.40±4.15	0.999	0.320
Hayır	103	12.37±4.24		
<b>Bipolar bozuklukla ilgili eğitim programına katılmış olma</b>				
Evet	26	13.58±3.20	-1.366	0.177
Hayır	97	12.26±4.43		

Tablo 21’de görüldüğü gibi bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka birinin varlığı ( $t=0.026$ ,  $p>0.05$ ), bakım konusunda yardım alma ( $t=0.800$ ,  $p>0.05$ ), tıp dışı yöntemlere başvurma ( $t=0.999$ ,  $p>0.05$ ) ve eğitim programına katılmış olma ( $t=-1.366$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 22: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Sosyal destek arama		Analiz sonuçları	p
		Ortalama±SS			
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	80	6.78±2.45		t=-0.286	0.779
Erkek	44	6.91±2.59			
<b>Yakınlık derecesi</b>					
Anne	33	7.03±2.11		F=0.619	0.714
Baba	19	6.05±2.76			
Çocuk	6	7.67±2.73			
Eş	39	6.79±2.53			
Kardeş	15	6.80±2.96			
Akraba	7	7.71±1.60			
Diğer	5	6.40±3.21			
<b>Medeni durum</b>					
Evli	95	7.02±2.51		F=1.312	0.273
Bekar	18	6.11±2.83			
Dul-boşanmış	11	6.27±1.42			
<b>Eğitim durumu</b>					
İlkokul/okuryazar	37	6.76±2.58		F=0.225	0.879
Ortaokul	19	7.00±2.33			
Lise	22	7.14±1.73			
Üniversite	46	6.65±2.82			
<b>Meslek</b>					
Mesleği yok	47	7.15±2.20		F=1.393	0.248
İşçi	14	5.93±1.82			
Memur	36	6.44±2.87			
Diğer (çiftçi, özel sektör vs.)	27	7.22±2.65			
<b>Sosyal Destek Arama</b>					
<b>Medyan (min.-max.)</b>					
<b>Çocuk durumu</b>					
Var	101	7 (0-12)		Z=-1.186	0.235
Yok	23	7 (2-10)			
<b>Sosyal güvence</b>					
Var	107	7 (0-12)		Z=-0.436	0.669
Yok	17	6 (4-11)			
<b>Çalışma durumu</b>					
Tam gün	63	7 (2-12)		Z=-1.633	0.108
Çalışmıyor	61	6 (0-12)			
<b>Gelir düzeyi</b>					
Düşük	41	6 (3-12)		X <sup>2</sup> =4.158	0.125
Orta	79	7 (0-12)			
Yüksek	4	6 (4-8)			

Tablo 22’de görüldüğü gibi bakım verenlerin cinsiyet ( $t=-0.286$ ,  $p>0.05$ ), yakınlık derecesi ( $F=0.619$ ,  $p>0.05$ ), medeni durum ( $F=1.312$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumu ( $F=0.225$ ,  $p>0.05$ ), meslek ( $F=1.393$ ,  $p>0.05$ ), çocuk durumu ( $Z=-1.186$ ,  $p>0.05$ ), sosyal güvence ( $Z=-0.436$ ,  $p>0.05$ ), çalışma durumu ( $Z=-1.633$ ,  $p>0.05$ ) ve gelir düzeyi ( $X^2=4.158$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre sosyal destek arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.



**Tablo 23: Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Sosyal destek arama Medyan (min.-max.)	Z	p
<b>Bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin olması</b>				
Var	36	7 (2-12)	-0.028	0.980
Yok	88	7 (0-12)		
<b>Bakım konusunda yardım alma</b>				
Alıyor	23	7 (2-12)	-1.128	0.258
Almıyor	101	7 (0-12)		
<b>Tıp dışı yöntemlere başvurma</b>				
Evet	20	6.5 (4-12)	-0.850	0.408
Hayır	103	7 (0-12)		
<b>Bipolar bozuklukla ilgili eğitim programına katılmış olma</b>				
Evet	26	6.5 (4-11)	-0.447	0.664
Hayır	97	7 (0-12)		

Tablo 23'te görüldüğü gibi bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka birinin varlığı ( $Z=-0.028$ ,  $p>0.05$ ), bakım konusunda yardım alma ( $Z=-1.128$ ,  $p>0.05$ ), tıp dışı yöntemlere başvurma ( $Z=-0.850$ ,  $p>0.05$ ) ve eğitim programına katılmış olma ( $Z=-0.447$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre sosyal destek arama puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

#### 4.6. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi

**Tablo 24: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Boyun eğici Yaklaşım Medyan (min.-max.)	Analiz sonuçları	P
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	67	8 (0-15)	Z=-1.668	0.097
Erkek	57	9 (0-18)		
		<b>Boyun Eğici Yaklaşım Ortalama±SS</b>		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	56	8.80±2.80	F=2.201	0.115
Bekar	51	7.67±3.01		
Dul-boşanmış	17	8.06±2.25		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	26	8.69±2.45	F=0.936	0.426
Ortaokul	24	7.63±1.56		
Lise	39	8.59±3.23		
Üniversite	35	7.91±3.33		
<b>Meslek</b>				
Öğrenci	11	7.00±2.97	F=0.977	0.445
İşçi	16	9.38±1.96		
Ev hanımı	29	8.34±2.21		
Emekli	3	10.00±4.36		
Memur	26	8.12±3.18		
Esnaf	7	8.57±3.41		
Diğer	11	8.45±3.53		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	83	8.39±3.16	t=0.961	0.339
Yok	41	7.93±2.10		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	35	7.71±3.21	t=-1.276	0.238
Çalışmıyor	89	8.44±2.69		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	49	8.35±2.09	F=0.662	0.518
Orta	68	8.04±3.21		
Yüksek	7	9.29±3.90		

Tablo 24’te görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyet (Z=-1.668, p>0.05), medeni durum (F=2.201, p>0.05), eğitim durumu (F=0.936, p>0.05), meslek (F=0.977, p>0.05), sosyal güvence (t=0.961, p>0.05), çalışma durumu (t=-1.276, p>0.05) ve gelir düzeyi (F=0,662, p>0.05) özelliklerine göre bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 25: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Boyun Eğici Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Boyun eğici Yaklaşım Medyan (min.-max.)	Analiz sonuçları	p
<b>Hızlı döngülülük</b>				
Var	47	8 (4-15)	Z=-1.127	0.267
Yok	77	8 (0-18)		
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	41	9 (0-15)	Z=-0.150	0.885
Yok	83	8 (0-18)		
<b>Madde kullanımı</b>				
Var	61	9 (0-18)	Z=-1.256	0.210
Yok	63	8 (0-14)		
<b>Boyun Eğici Yaklaşım</b>				
<b>Ortalama±SS</b>				
<b>Son iki yıl içinde atak geçirme</b>				
Var	95	8.19±2.63	t=-0.271	0.787
Yok	28	8.36±3.59		
<b>Şu andaki takip durumu</b>				
Yatan hasta	43	9.19±2.78	t=2.782	<b>0.012</b>
Ayaktan takip edilen hasta	81	7.73±2.77		
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>				
Var	72	8.39±3.00	t=0.711	0.491
Yok	52	8.02±2.65		
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>				
Var	53	8.43±2.49	t=0.674	0.502
Yok	71	8.08±3.10		
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>				
Var	109	8.13±2.87	t=-1.111	0.234
Yok	15	9.00±2.70		
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>				
Var	99	8.16±2.92	t=-0.560	0.561
Yok	25	8.52±2.62		
<b>Başkalarına yönelik şiddet gösterme</b>				
Var	37	8.89±3.56	t=1.688	0.132
Yok	87	7.95±2.46		
<b>Kullanılan madde</b>				
Sigara	47	8.49±3.32	F=0.201	0.819
Diğer	4	9.50±2.08		
Sigara ve alkol	10	8.30±3.50		

Tablo 25’te görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük ( $Z=-1.127$ ,  $p>0.05$ ), son iki yıl içinde atak geçirme ( $t=-0.271$ ,  $p>0.05$ ), sosyal işlevsellikte bozulma ( $t=0.711$ ,  $p>0.05$ ), mesleki işlevsellikte bozulma ( $t=0.674$ ,  $p>0.05$ ), kontrollere düzenli gitme ( $t=-1.111$ ,  $p>0.05$ ), düzenli ilaç kullanımı ( $t=-0.560$ ,  $p>0.05$ ), başkalarına yönelik şiddet gösterme ( $t=1.688$ ,  $p>0.05$ ), intihar girişimi ( $Z=-0.150$ ,  $p>0.05$ ), madde kullanma ( $Z=-1.256$ ,  $p>0.05$ ) ve kullanılan madde ( $F=0.201$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Şu anki takip durumu yatan hasta olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları ( $9.19\pm 2.78$ ) şu anki takip durumu ayaktan takip edilen hasta olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $7.73\pm 2.77$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.782$ ,  $p<0.05$ ).

**Tablo 26: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Çaresiz yaklaşım Ortalama±SS	Analiz sonuçları	P
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	67	10.46±4.41	t=-0.441	0.660
Erkek	57	10.88±5.82		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	56	10.13±5.50	t=0.747	0.476
Bekar	51	10.86±4.48		
<b>Meslek</b>				
Öğrenci	11	8.55±3.62	F=1.635	0.146
İşçi	16	10.75±3.91		
Ev hanımı	29	9.76±4.63		
Emekli	3	9.00±3.61		
Memur	26	12.46±6.09		
Esnaf	7	8.57±6.45		
Diğer	11	12.82±5.04		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	83	10.77±5.59	t=0.411	0.666
Yok	41	10.41±3.93		
<b>Çaresiz yaklaşım Medyan (min.-max.)</b>				
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	26	9 (4-19)	X <sup>2</sup> =2.685	0.449
Ortaokul	24	9.5 (2-16)		
Lise	39	11 (0-22)		
Üniversite	35	11 (1-24)		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	35	9 (1-22)	Z=-0.131	0.896
Çalışmıyor	89	11 (0-24)		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	49	11 (3-19)	X <sup>2</sup> =1.228	0.553
Orta	68	10 (0-24)		
Yüksek	7	7 (3-21)		

Tablo 26’da görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyet (t=-0.441, p>0.05), medeni durum (t=0.747, p>0.05), meslek (F=1.635, p>0.05), sosyal güvence (t=0.411, p>0.05), eğitim durumu (X<sup>2</sup>=2.685, p>0.05), çalışma durumu (Z=-0.131, p>0.05) ve gelir düzeyi (X<sup>2</sup>=1.228, p>0.05) özelliklerine göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.



**Tablo 27: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Çaresiz Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Çaresiz yaklaşım Ortalama±SS	Analiz sonuçları	P
<b>Hızlı döngülülük</b>				
Var	47	12.15±4.91	t=2.617	<b>0.015</b>
Yok	77	9.74±5.01		
<b>Şu anki takip durumu</b>				
Yatan hasta	43	11.21±4.98	t=0.886	0.378
Ayaktan takip edilen hasta	81	10.36±5.15		
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>				
Var	53	11.21±5.36	t=1.048	0.304
Yok	71	10.24±4.87		
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>				
Var	109	10.54±4.98	t=-0.659	0.511
Yok	15	11.47±5.94		
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>				
Var	99	10.66±4.90	t=0.014	0.991
Yok	25	10.64±5.89		
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	41	11.37±5.24	t=1.097	0.275
Yok	83	10.30±5.01		
<b>Madde kullanımı</b>				
Var	61	11.98±5.00	t=2.953	<b>0.004</b>
Yok	63	9.37±4.88		
<b>Kullanılan madde</b>				
Sigara	47	11.83±4.93	F=0.094	0.910
Diğer	4	12.50±4.65		
Sigara ve alkol	10	12.50±5.89		
<b>Başkalarına yönelik şiddet</b>				
Var	37	12.41±6.09	t=2.253	<b>0.026</b>
Yok	87	9.91±4.43		
		<b>Çaresiz yaklaşım Medyan (min.-max.)</b>		
<b>Son iki yıl içinde atak geçirme</b>				
Var	95	11 (2-23)	Z=-1.312	0.196
Yok	28	8 (0-24)		
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>			Z=-2.071	<b>0.039</b>
Var	72	11 (2-24)		
Yok	52	9 (0-22)		

Tablo 27’de görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin şu anki takip durumu ( $t=0.886$ ,  $p>0.05$ ), mesleki işlevsellikte bozulma ( $t=1.048$ ,  $p>0.05$ ), kontrollere düzenli gitme ( $t=-0.659$ ,  $p>0.05$ ), düzenli ilaç kullanımı ( $t=0.014$ ,  $p>0.05$ ), intihar girişimi ( $t=1.097$ ,  $p>0.05$ ), kullanılan madde ( $F=0.094$ ,  $p>0.05$ ) ve son iki yıl içinde atak geçirme ( $Z=-1.312$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Hızlı döngülü bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puan ortalaması ( $12.15\pm 4.91$ ) hızlı döngülü olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $9.74\pm 5.01$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.617$ ,  $p<0.05$ ).

Madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puan ortalaması ( $11.98\pm 5.00$ ) madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $9.37\pm 4.88$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.953$ ,  $p<0.05$ ).

Sosyal işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım medyan değeri ( $11(24-2)$ ) sosyal işlevselliğinde bozulma olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin medyan değerinden ( $9(22-0)$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=-2.071$ ,  $p<0.05$ ).

Başkalarına yönelik şiddet kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puan ortalaması ( $12.41\pm 6.09$ ) başkalarına yönelik şiddet kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamasından ( $9.91\pm 4.43$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.253$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 28: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	İyimser yaklaşım Medyan (min.-max.)	Analiz sonuçları	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	67	10 (2-15)	Z=-0.582	0.562
Erkek	57	10 (0-15)		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	56	10 (0-15)	X <sup>2</sup> =-1.286	0.528
Bekar	51	10 (2-15)		
Dul-boşanmış	17	10 (3-15)		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	26	10 (5-15)	X <sup>2</sup> =1.679	0.642
Ortaokul	24	10 (7-15)		
Lise	39	10 (2-15)		
Üniversite	35	10 (0-14)		
<b>Meslek</b>				
Öğrenci	11	10 (8-15)	X <sup>2</sup> =8.908	0.178
İşçi	16	10 (5-12)		
Ev hanımı	29	10 (2-15)		
Emekli	3	12 (11-15)		
Memur	26	10 (0-14)		
Esnaf	7	11 (2-13)		
Diğer	11	9 (2-12)		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	83	10 (0-15)	Z=-0.039	0.972
Yok	41	10 (3-15)		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	35	10 (3-13)	Z=-0.365	0.708
Çalışmıyor	89	10 (0-15)		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	49	10 (2-15)	X <sup>2</sup> =1.777	0.420
Orta	68	10 (0-15)		
Yüksek	7	10 (3-12)		

Tablo 28’de görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyet (Z=-0.582, p>0.05), medeni durum (X<sup>2</sup>=-1.286, p>0.05) eğitim durumu (X<sup>2</sup>=1.679, p>0.05), meslek (X<sup>2</sup>=8.908 p>0.05), sosyal güvence (Z=-0.039, p>0.05), çalışma durumu (Z=-0.365, p>0.05) ve gelir düzeyi (X<sup>2</sup>=1.777, p>0.05) özelliklerine göre iyimser yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 29: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin İyimser Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	İyimser yaklaşım Medyan (min.-max.)	Analiz sonuçları	p
<b>Hızlı döngülülük</b>				
Var	47	10 (2-15)	Z=-1.384	0.165
Yok	77	10 (0-15)		
<b>Son iki yıl içinde atak durumu</b>				
Var	95	10 (2-15)	Z=-1.103	0.267
Yok	28	10 (0-15)		
<b>Şu anki takip durumu</b>				
Yatan hasta	43	10 (0-15)	Z=-0.889	0.380
Ayaktan takip edilen hasta	81	10 (2-15)		
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>				
Var	72	10 (0-15)	Z=-0.844	0.404
Yok	52	10 (2-15)		
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>				
Var	53	10 (2-15)	Z=-1.436	0.154
Yok	71	10 (0-15)		
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>				
Var	109	10 (0-15)	Z=-0.290	0.772
Yok	15	10 (3-15)		
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>				
Var	99	10 (0-15)	Z=-0.274	0.789
Yok	25	10 (3-15)		
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	41	10 (2-15)	Z=-0.795	0.431
Yok	83	10 (0-15)		
<b>Madde kullanımı</b>				
Var	61	9 (0-15)	Z=-3.468	<0.001
Yok	63	10 (2-15)		
<b>Başkalarına yönelik şiddet gösterme</b>				
Var	37	10 (0-15)	Z=-0.713	0.482
Yok	87	10 (2-15)		
<b>Kullanılan madde</b>				
Sigara	47	10 (0-15)	X <sup>2</sup> =1.640	0.456
Sigara ve alkol	10	10 (3-11)		
Diğer	4	8 (7-10)		

Tablo 29’da görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük (Z=-1.384, p>0.05), son iki yıl içinde atak durumu (Z=-1.103, p>0.05), şu anki takip durumu (Z=-0.889, p>0.05), sosyal işlevsellikte bozulma (Z=-0.844, p>0.05), mesleki işlevsellikte bozulma (Z=-1.436, p>0.05), kontrollere düzenli gitme (Z=-0.290, p>0.05),

düzenli ilaç kullanımı ( $Z=-0.274$ ,  $p>0.05$ ), intihar girişimi ( $Z=-0.795$ ,  $p>0.05$ ), başkalarına yönelik şiddet gösterme ( $Z=-0.713$ ,  $p>0.05$ ) ve kullanılan madde ( $X^2=1.640$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre bakım verenlerin iyimser yaklaşım medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin iyimser yaklaşım medyanı (10(15-0)) madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin iyimser yaklaşım medyanından (9(15-2)) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=-3.468$ ,  $p<0.001$ ).



**Tablo 30: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	<u>Kendine Güvenli Yaklaşım</u> Ortalama±SS	Analiz sonuçları	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	67	12.93±3.54	t=1.107	0.275
Erkek	57	12.09±4.87		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	83	12.47±4.52	t=-0.264	0.771
Yok	41	12.68±3.53		
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	35	11.94±4.25	t=-0.992	0.319
Çalışmıyor	89	12.78±4.19		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	49	11.71±3.88	F=1.589	0.208
Orta	68	13.10±4.45		
Yüksek	7	12.86±3.34		
<b><u>Kendine Güvenli Yaklaşım</u></b>				
<b>Medyan (min.-max.)</b>				
<b>Medeni durum</b>				
Evli	56	13 (0-21)	X <sup>2</sup> =0.435	0.805
Bekar	51	13 (3-21)		
Dul-boşanmış	17	13 (0-21)		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	26	14 (4-21)	X <sup>2</sup> =1.862	0.612
Ortaokul	24	13,5 (7-20)		
Lise	39	13 (3-21)		
Üniversite	35	13 (0-21)		
<b>Meslek</b>				
Öğrenci	11	13 (9-21)	X <sup>2</sup> =5.171	0.534
İşçi	16	13 (4-18)		
Ev hanımı	29	14 (2-21)		
Emekli	3	14 (12-16)		
Memur	26	13 (0-21)		
Esnaf	7	14 (3-19)		
Diğer	11	9 (3-16)		

Tablo 30’da görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyet (t=1.107, p>0.05), sosyal güvence (t=-0.264), çalışma durumu (t=-0.992, p>0.05), gelir düzeyi (F=1.589, p>0.05), medeni durum (X<sup>2</sup>=0.435, p>0.05), eğitim durumu (X<sup>2</sup>=1.862, p>0.05) ve meslek (X<sup>2</sup>=5.171, p>0.05) özelliklerine göre kendine güvenli yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 31: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Kendine Güvenli Yaklaşım Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	<u>Kendine Güvenli Yaklaşım</u> Ortalama±SS	<u>Analiz</u> sonuçları	<u>P</u>
<b>Hızlı döngülülük</b>				
Var	47	11.66±4.29	t=-1.840	0.062
Yok	77	13.08±4.09		
<b>Son iki yıl içinde atak durumu</b>				
Var	95	12.28±3.99	t=-1.346	0.232
Yok	28	13.50±4.86		
<b>Şu andaki takip durumu</b>				
Yatan hasta	43	12.19±4.62	t=-0.682	0.496
Ayaktan takip edilen hasta	81	12.73±3.98		
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>				
Var	72	12.11±4.33	t=-1.342	0.182
Yok	52	13.13±4.00		
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>				
Var	53	11.85±4.58	t=-1.591	0.114
Yok	71	13.06±3.85		
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>				
Var	109	12.51±4.27	t=-0.189	0.815
Yok	15	12.73±3.81		
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>				
Var	99	12.53±4.07	t=-0.079	0.938
Yok	25	12.60±4.78		
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	41	12.29±4.32	t=-0.459	0.651
Yok	83	12.66±4.17		
<b>Başkalarına yönelik şiddet durumu</b>				
Var	37	11.65±4.95	t=-1.395	0.169
Yok	87	12.92±3.81		
<b>Kullanılan madde</b>				
Sigara	47	11.85±4.64	F=0.966	0.387
Diğer	4	8.75±1.26		
Sigara ve alkol	10	11.40±2.95		
<b><u>Kendine Güvenli Yaklaşım</u></b>				
<b><u>Medyan (min.-max.)</u></b>				
<b>Madde kullanımı</b>				
Var	61	13 (0-21)	Z=-2.854	<b>0.003</b>
Yok	63	14 (2-21)		

Tablo 31’de görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük ( $t=-1.840$ ,  $p>0.05$ ), son iki yıl içinde atak geçirme ( $t=-1.346$ ,  $p>0.05$ ), şu andaki takip durumu ( $t=-0.682$ ,  $p>0.05$ ), sosyal işlevsellikte bozulma ( $t=-1.342$ ,  $p>0.05$ ), mesleki işlevsellikte bozulma ( $t=-1.591$ ,  $p>0.05$ ), kontrollere düzenli gitme ( $t=-0.189$ ,  $p>0.05$ ), düzenli ilaç kullanımı ( $t=-0.079$ ,  $p>0.05$ ), intihar girişimi ( $t=-0.459$ ,  $p>0.05$ ), başkalarına yönelik şiddet gösterme ( $t=-1.395$ ,  $p>0.05$ ) ve kullanılan madde ( $F=0.966$ ,  $p>0.05$ ) özelliklerine göre bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım medyan değerinin (14(2-21)) madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin medyan değerinden (13(0-21)) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-2.854$ ,  $p<0.05$ ).



**Tablo 32: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Sosyal destek arama Ortalama±SS	Analiz sonuçları	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	67	7.42±2.22	t=2.978	<b>0.005</b>
Erkek	57	6.12±2.63		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	56	6.61±2.61	F=0.689	0.504
Bekar	51	6.86±2.24		
Dul-boşanmış	17	7.41±2.83		
<b>Meslek</b>				
Öğrenci	11	7.18±1.17	F=1.159	0.335
İşçi	16	5.75±1.88		
Ev hanımı	29	7.59±2.57		
Emekli	3	7.33±2.52		
Memur	26	6.58±2.80		
Esnaf	7	6.43±3.21		
Diğer	11	6.36±2.50		
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	83	6.86±2.84	t=0.250	0.803
Yok	41	6.76±1.58		
<b>Sosyal Destek Arama Medyan (min.-max.)</b>				
<b>Çalışma durumu</b>				
Tam gün	35	6 (2-11)	Z=-1.332	0.181
Çalışmıyor	89	7 (0-12)		
<b>Gelir düzeyi</b>				
Düşük	49	7 (3-12)	X <sup>2</sup> =0.829	0.670
Orta	68	7 (0-12)		
Yüksek	7	7 (2-10)		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	26	6 (3-12)	X <sup>2</sup> =0.587	0.899
Ortaokul	24	7 (4-12)		
Lise	39	7 (0-12)		
Üniversite	35	7 (0-11)		

Tablo 32’de görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin medeni durum (F=0.689, p>0.05), eğitim durumu (X<sup>2</sup>=0.587, p>0.05), meslek (F=1.159, p>0.05), sosyal güvence (t=0.250, p>0.05), çalışma durumu (Z=-1.332, p>0.05) ve gelir düzeyi (X<sup>2</sup>=0.829, p>0.05) özelliklerine göre bakım verenlerin sosyal destek arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Kadın bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama puan ortalaması ( $7.42 \pm 2.22$ ) erkek bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama puan ortalamasından ( $6.12 \pm 2.63$ ) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.978, p<0.05$ ).



**Tablo 33: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Sosyal Destek Arama Puanlarının İncelenmesi (n=124)**

	Sayı	Sosyal destek arama	Analiz sonuçları	p
		Ortalama±SS		
<b>Hızlı döngülülük</b>				
Var	47	6.81±2.47	t=-0.049	0.961
Yok	77	6.83±2.52		
<b>Son iki yıl içinde atak durumu</b>				
Var	95	6.91±2.35	t=0.620	0.591
Yok	28	6.57±2.99		
<b>Şu anki takip durumu</b> <sup>h</sup>				
Yatan hasta	43	6.42±2.60	t=-1.321	0.189
Ayaktan takip edilen hasta	81	7.04±2.42		
<b>Sosyal işlevsellikte bozulma</b>				
Var	72	6.68±2.49	t=-0.746	0.457
Yok	52	7.02±2.49		
<b>Başkalarına yönelik şiddet gösterme</b>				
Var	37	6.81±2.92	t=-0.034	0.972
Yok	87	6.83±2.30		
<b>Sosyal Destek Arama</b>				
<b>Medyan (min.-max.)</b>				
<b>Mesleki işlevsellikte bozulma</b>				
Var	53	7 (0-11)	Z=-0.583	0.565
Yok	71	7 (0-12)		
<b>Kontrollere düzenli gitme</b>				
Var	109	7 (0-12)	Z=-0.027	0.980
Yok	15	7 (2-11)		
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>				
Var	99	7 (0-12)	Z=-0.389	0.711
Yok	25	7 (2-12)		
<b>İntihar girişimi</b>				
Var	41	6 (0-12)	Z=-2.453	<b>0.014</b>
Yok	83	7 (0-12)		
<b>Madde kullanımı</b>				
Var	61	6 (0-10)	Z=-2.382	<b>0.019</b>
Yok	63	7 (1-12)		

Tablo 33'te görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük (t=-0.049, p>0.05), son iki yıl içinde atak geçirme (t=0.620, p>0.05), şu anki takip durumu (t=-1.321), sosyal işlevsellikte bozulma (t=-0.746, p>0.05), mesleki işlevsellikte bozulma (Z=-0.583, p>0.05), kontrollere düzenli gitme (Z=-0.027, p>0.05), düzenli ilaç kullanımı (Z=-0.389, p>0.05) ve başkalarına yönelik şiddet gösterme (t=-0.034, p>0.05)

özelliklerine göre bakım verenlerin sosyal destek arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

İntihar girişimi olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama medyanının (7(12-0)) intihar girişimi olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin medyanından (6(12-0)) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=-2,453$ ,  $p<0.05$ ).

Madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama medyanlarının (7(12-1)) madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin medyanlarından (6(10-0)) daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=-2.382$ ,  $p<0.05$ ).



#### 4.7. Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 34: Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

		HYDÖ	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
Bakım verenin yaşı	r	0.053	-0.018	0.078	0.107	0.108	-0.036
	p	0.555	0.844	0.388	0.238	0.233	0.694
Bakım verenin çocuk sayısı	r	0.002	-0.055	0.082	-0.016	0.058	0.085
	p	0.985	0.572	0.403	0.868	0.551	0.382
Bakım verenin bakım verdiği kişi sayısı	r	0.151	0.107	-0.201	-0.320	-0.198	<b>0.399</b>
	p	0.373	0.528	0.233	0.053	0.239	<b>0.014</b>
Bakım verenin bakım verme süresi	r	-0.109	-0.003	0.091	-0.077	0.126	0.013
	p	0.229	0.970	0.315	0.393	0.162	0.882

Tablo 34'te görüldüğü gibi bakım verenlerin yaşı ile HYDÖ ve SBÇTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bakım verenlerin çocuk sayısı ortalaması ile HYDÖ ve SBÇTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bakım verenlerin bakım verdiği kişi sayısı ile HYDÖ, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmaz iken sosyal destek arama puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $r=0.399$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0.014$ ).

Bakım verenlerin bakım verme süresi ile HYDÖ ve SBÇTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

#### 4.8. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler

**Tablo 35: Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler**

		HYDÖ	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama
Bireyin yaşı	r	-0.093	-0.041	-0.062	0.064	0.147	-0.050
	p	0.303	0.650	0.493	0.477	0.103	0.578
Bireyin intihar girişim sayısı	r	<b>0.478</b>	<b>-0.425</b>	<b>-0.493</b>	0.264	0.098	-0.175
	p	<b>0.002</b>	<b>0.006</b>	<b>0.001</b>	0.099	0.548	0.280
Bireyin tanı süresi (yıl)	r	-0.092	-0.004	0.138	0.014	<b>0.186</b>	-0.127
	p	0.312	0.964	0.127	0.875	<b>0.039</b>	0.159
Bireyin hastaneye yatış sayısı	r	0.100	-0.047	-0.039	0.099	<b>0.297</b>	0.011
	p	0.270	0.606	0.670	0.274	<b>0.001</b>	0.900

Tablo 35'te görüldüğü gibi bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşı ile HYDÖ ve SBÇTÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile HYDÖ arasında pozitif yönlü orta düzeyde ( $r=0.478$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0.002$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile kendine güvenli yaklaşım arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $r=-0.425$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0.006$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile iyimser yaklaşım arasında negatif yönlü orta düzeyde ( $r=-0.493$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0.001$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin tanı süresi ile HYDÖ, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir korelasyon saptanmazken boyun eğici yaklaşım ile arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ( $r=0.186$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0.039$ ).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı ile HYDÖ, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir korelasyon saptanmaz iken boyun eğici yaklaşım ile arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ( $r=0.297$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0.001$ ).



#### 4.9. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 36: Bakım Verenlerin HYDÖ ve SBÇTÖ Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

	HYDÖ	
Boyun Eğici Yaklaşım	r	0.170
	p	<b>0.009</b>
Çaresiz Yaklaşım	r	0.369
	p	<b>0.000</b>
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0.188
	p	<b>0.003</b>
İyimser Yaklaşım	r	-0.150
	p	<b>0.024</b>
Sosyal Destek Arama	r	-0.066
	p	0.303

Tablo 36’da görüldüğü gibi bakım verenlerin HYDÖ toplam puan ortalaması ile kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması ( $r = -0.188$ ,  $p = 0.003$ ) ve iyimser yaklaşım puan ortalaması ( $r = -0.150$ ,  $p = 0.024$ ) arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin HYDÖ toplam puan ortalaması ile çaresiz yaklaşım puan ortalaması ( $r = 0.369$ ,  $p = 0.000$ ) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ve boyun eğici yaklaşım puan ortalaması ( $r = 0.170$ ,  $p = 0.009$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sosyal destek arama ile HYDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r = -0.066$ ,  $p = 0.303$ ).



## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Bakım Verenlerin Özelliklerinin İncelenmesi

Bu çalışmada bakım verenlerin yaş ortalaması  $46.81 \pm 12.54$  olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler ile yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde, bakım verenlerin yaş ortalamasının Chakrabarti ve Gill'in (2002) çalışmasında  $39.16 \pm 9.3$ , Goossens ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında  $47.26 \pm 11.37$ , Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında  $43.50 \pm 9.75$ , Ostacher ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında  $50.0 \pm 13.3$  olduğu bulunmuştur. Bauer ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bakım verenlerin %20'si 18-20, %33.3'ü 21-30, %36.7'si 31-40, %10'u 41-46 yaşındadır. Bu sonuçlar şimdiki araştırma sonuçlarıyla uygunluk göstermektedir. Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun orta yaş ve üzerinde olması, büyük bir kısmının eş veya ebeveyn olması ile uyumlu bir sonuçtur (Tablo 1). Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, yine benzer sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalamasının  $49.14 \pm 13.02$ , Barlas'ın (2011) çalışmasında  $46 \pm 11.25$  olduğu görülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin %64.5'inin kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bu sonuç bizim toplumsal cinsiyet rollerimizle uyumlu bir sonuçtur. Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin incelendiği, Bauer ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bakım verenlerin %66.7'si kadın, Ostacher ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında %64.6'sı kadın, Perlick ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında %65.3'ü kadındır. Barlas'ın (2011) çalışmasında bakım verenlerin %72'sinin kadın olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmalarda kadın bakım verenlerin oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte erkek bakım verenlerin oranlarının daha yüksek olduğunu bildiren araştırma bulguları da mevcuttur. Chakrabarti ve Gill'in (2002) bipolar bozukluğu ve şizofrenik bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerini karşılaştırdığı çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %55'i, Goossens ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %54'ü, Lam ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %54.1'i, Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %64'ü, Erten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %55'i erkek olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamıza katılan bakım verenlerin çoğunlukla kadın olduğu görülmekle birlikte ülkemiz ve ülkemiz dışında

yapılan çalışmalarda olduğu gibi erkeklerin de bakım verme sorumluluğunu üstlendikleri dikkati çekmektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin %76.6'sı evli olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Bauer ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bakım verenlerin %43.3'ü bekar, %56.7'si partneriyle birlikte yaşamaktadır. Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bakım verenlerin %98'i evlidir. Perlick ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bakım verenlerin %74'ü evli veya birlikte yaşamakta, %18'i dul veya boşanmış veya ayrı yaşamakta, %8'i bekar, Erten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bakım verenlerin %86.5'inin evli, %5.6'sının bekar, %1.1'inin dul ve %6.7'sinin boşanmış, Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin %6.5'i bekar, %85.9'u evli, %1.1'i dul ve %6.5'i boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, evli veya partneriyle yaşayan bakım verenlerin çoğunlukta olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %81.5'i çocuk sahibi olup, sahip olunan çocuk sayısı ortalaması  $1.94 \pm 1.05$  tir (Tablo 1). Bu sonuç, araştırmanın yapıldığı Çanakkale ilinin aile yapısı özellikleri ile uyumlu bir sonuçtur. Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin %81.7'si, Türkmen'in (2015) çalışmasında %78.4'ü çocuk sahibidir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin çoğunluğu bipolar bozukluk tanılı bireyin eşi olup daha sonra ise anneler çoğunlukta (Tablo 1). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, Goossens ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bakım verenlerin çoğunun bipolar bozukluk tanılı bireylerin partneri (%72.2) olduğu, Ostacher ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bakım verenlerin %48.4'ünün bipolar bozukluk tanılı bireyin anne-babası veya ailenin diğer bir üyesi, %42.8'inin eşi, %8.7'sinin arkadaşı veya diğer bir yakını, Perlick ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bakım verenlerin %37.6'sının bipolar bozukluk tanılı bireylerin anne-babası, %36.4'ü eşi, %10'u çocuğu veya kardeşi, %16'sı diğer bir yakını, Chakrabarti ve Gill'in (2002) çalışmasında bakım verenler bipolar bozukluk tanılı bireylerin oranında eşi (%63), diğer bir yakını (%37), Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bakım verenlerin %52'si bipolar bozukluk tanılı bireylerin eşi, %44'ü anne-babası, %4'ü diğer bir yakını olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Barlas'ın (2011) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %34'ünün anne, %34'ünün eş ya da çocuk, %10'unun baba ve %22'sinin kardeş ya da akraba olduğu saptanmıştır. Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin %39.1'i eş, %29.3'ü anne, %16.3'ü baba, %8.7'si kardeş ve %5.4'ü çocuk. Bu sonuçlara göre, bakım verenlerin çoğunlukla eş daha sonra ise ebeveyn olduğu

söylenbilir. Bu doğrultuda bizim çalışmamızın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğu üniversite mezunu olup daha sonra ise ilkokul mezunları gelmektedir (Tablo 1). Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %54'ü 10 yıl veya daha az, %46'sı 10 yıldan fazla eğitim görmüştür. Erten ve arkadaşlarının (2014) İstanbul'da yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %5.6'sının ilkokul, %11.2'sinin ortaokul, %19.1'inin lise ve %13.4'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yapılmış çalışmalar ile bizim çalışmamızdaki farklılıkların örneklem farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %37.9'unun mesleği yok iken, %11.3'ünün işçi, %29.0'inin memur, %21.8'inin diğer mesleklere (çiftçi, özel sektör vs.) sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, Perlick ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bakım verenlerin %15.3'ü emekli, %17.3'ü işsiz veya öğrencidir. Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin %29.3'ünün ev hanımı, %17.4'ünün emekli ve %2.2'sinin öğrenci olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda bakım verenlerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi vardır (86.3) (Tablo 1). Bakım verenlerin %50.8'i çalışmaktadır (Tablo 1). Perlick ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bakım verenlerin %55.2'si tam gün, %12.2'si yarım gün çalışmakta; Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında %88'i çalışmakta, %12'si çalışmamakta, Ostacher ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bakım verenlerin %54.7'si tam gün, %12.5'i yarım gün çalışmakta, %32.8'i emekli, işsiz veya öğrencilerden oluşmaktadır. Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin %13'ünün çalışmadığı, %38,1'inin çalıştığı, Erten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bakım verenlerin %69.7'sinin çalıştığı saptanmıştır. Çalışmamızda bakım verenlerin %63.7'sinin gelir durumu orta düzeydedir (Tablo 1). Benzer şekilde Alpman'ın (2010) çalışmasında bakım verenlerin %64.1'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Bakım verenlerin bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verme süresi ortalama  $12.23 \pm 10.52$  yıldır (Tablo 2). Benzer şekilde Erten ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hızlı döngülü veya karma dönem görülme özelliği olmayan bireylere bakım verenlerin bakım verme süresinin ortalama  $10.33 \pm 8.11$  yıl, hızlı döngülü veya karma dönem görülme özelliği olan bireylere bakım verenlerin bakım verme süresi ortalama  $12.38 \pm 7.80$  yıl olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %29'unun bakımından sorumlu olduğu başka bir birey daha bulunmaktadır (Tablo 2). Arguvanlı ve Taşcı'nın çalışmasında (2013) bakım verenlerin %30.3'ünün bakımından sorumlu olduğu başka bir birey daha vardır. Alpman'ın (2010) çalışmasında ise bakım verenlerin çoğunun (%75) bakımından sorumlu olduğu en az bir birey daha olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamıza göre, bakım verenlerin %18.5'inin bakım konusunda yardım aldığı, bu yardımı daha çok akrabalarından ve arkadaşlarından aldığı, kurumlardan ise daha düşük düzeyde (%25.9) yardım aldığı belirlenmiştir (Tablo 2). Arguvanlı ve Taşcı'nın çalışmasında (2013) ise bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %76.3'ünün bakım konusunda yardım aldığı bildirilmiştir.

Bakım verenlerin bakım verdikleri bipolar bozukluk tanılı bireylerin iyileşmesi için tıp dışı yöntemlere başvurma oranı düşük (%16.3) bulunmuştur (Tablo 2). Çalışma grubunun yalnızca küçük bir kısmının tıp dışı yöntemlere başvurmuş olmasının örneklem grubunun sosyokültürel özellikleri ile ilişkisi olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğu tarafından (%64.6) sağlık personelinin beklentilerinin olduğu bildirilmiştir. Bu beklentiler yakın ilgi, anlayış gösterilmesi, iyi bir tedavi uygulanması, bilgilendirilme ve bürokratik işlerin azaltılması yönündedir (Tablo 3 ve 4). Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun sağlık personelinin beklentisinin olması, bipolar bozukluk tanılı bireylerin gereksinimlerinin karşılanmadığının bir göstergesi olabilir. Benzer şekilde Arguvanlı ve Taşcı'nın çalışmasında (2013) bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin %68.4'ünün bilgiye gereksinim duydukları, %60.5'inin hastalık hakkında bilgilendirilmediklerini söyledikleri bildirilmiştir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin %78.9'u daha önce bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katılmamıştır (Tablo 2). Alpman'ın (2010) çalışmasında ise bakım verenlerin hiçbirinin bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katılmadığı, Türkmen'in (2015) farklı ruhsal bozuklukları olan bireylere bakım verenlerde yaptığı çalışmada bakım verenlerin %87.9'unun bakım verdikleri bireyin hastalığı hakkında bir eğitim programına katılmadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin hastalık ile ilgili eğitim alma oranlarının düşük olması, bakım verenlerin eğitime yönelik ilgilerinin düşük olmasından ve kurumlarda bipolar bozuklukla ilgili bakım verenlere yönelik yapılan eğitim programlarının yetersiz olmasından kaynaklanabilir.

## 5.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaş ortalaması  $37.44 \pm 13.49$  olarak bulunmuştur (Tablo 5). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaş ortalaması daha önce yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, Chakrabarti ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında  $35.72 \pm 7.37$ , Chakrabarti ve Gill'in (2002) çalışmasında  $37.11 \pm 1.23$ , Goossens ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında  $46.57 \pm 11.44$ , Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında  $37.50 \pm 10.23$ , Ostacher ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında  $41.3 \pm 13.5$ , Güçlü ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında  $37.56 \pm 11.30$ , Uğur'un (2012) çalışmasında  $36.67 \pm 10.49$ , Yücetürk'ün (2012) çalışmasında  $47.3 \pm 12.9$ , Bahar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında  $36.54 \pm 1.31$  olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar bizim sonucumuzu desteklemekte olup, bakım verilen bireylerin çoğunlukla orta yaş grubu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin %54.0'ı kadın olarak belirlenmiştir (Tablo 5). Literatür incelendiğinde bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunun kadın olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra (Gossens et al. 2008, Ostacher et al. 2008, Güçlü ve ark. 2011, Uğur 2012, Yücetürk 2012, Aksoy 2013, Bahar ve ark. 2015, Cesur ve ark. 2015, Perlick et al. 2016), erkeklerin çoğunlukta olduğu çalışmalar da mevcuttur (Chakrabarti et al. 1995, Chakrabarti and Gill 2002, Nehra et al. 2005, Gültekin ve ark. 2008, Barlas 2011, Akarsu ve ark. 2012, Bauer ve ark. 2015).

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı bireylerin %45.2'si evli, %41.1'i bekar, %13.7'si dul veya boşanmıştır (Tablo 5). Bipolar bozukluk tanılı bireylerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, çoğunluğun evli olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra (Chakrabarti et al. 1995, Chakrabarti and Gill 2002, Nehra et al. 2005, Gültekin ve ark. 2008, Güçlü ve ark. 2011, Yücetürk 2012, Bahar ve ark. 2015, Bauer et al. 2015) çoğunluğun evli olmadığını gösteren (Barlas 2011, Uğur 2012, Perlick et al. 2016) çalışmalar da vardır.

Çalışmamızda bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunluğu lise, daha sonra ise üniversite mezunudur (Tablo 5). Bipolar bozukluk tanılı bireylerle yapılmış çalışmalar incelendiğinde, Barlas'ın (2011) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %48'inin ilkököl, %24'ünün ortaokul, %22'sinin lise ve %6'sının yüksekokul veya üniversite mezunu olduğu, Uğur'un çalışmasında (2012) ise %72'sinin lise ve yüksekokul, Aksoy'un (2013) çalışmasında %46.7'sinin ilköğretim mezunu, %21,3'ünün lise mezunu ve %22,7'si üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamız bu sonuçlarla uygunluk gösterirken, çoğunluğun ortaokul ve altı düzeyinde eğitim görmüş

olduğu sonuçlar da mevcuttur. Chakrabarti ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %73'ü 10 yıla kadar, %27'si 10 yıldan fazla eğitim almış, Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %54'ü 10 sene veya daha az, %46'sı 10 seneden fazla eğitim almış, Güçlü ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında %57.7'sinin ilkokul, %21.2'sinin ortaokul ve %21.2'sinin lise ve dengi mezunu, Yüçetürk'ün çalışmasında (2012) %22.2'sinin ilkokul, %8.3'ünün ortaokul, %39.8'inin üniversite/yüksekokul mezunu ve %0.9'unun okur-yazar olmadığı, Bahar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında %44.1'i ilkokul, %8.5'i ortaokul, %30.5'i lise ve %16.9'u yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamızda bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin ev hanımı (%28.2), memur (%25.2), işçi (%15.5), öğrenci (%10.7) esnaf (%6.8), emekli (%2.9) ve diğer mesleklerden (%10.7) olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Barlas'ın (2011) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %12'sinin serbest meslek sahibi, %8'inin emekli, Yüçetürk'ün (2012) çalışmasında %28.7'sinin herhangi bir mesleği bulunmazken, %3.7'sinin öğrenci, %12'sinin memur, %11.1'inin işçi, %1.9'unun çiftçi, %38.9'unun emekli ve %3.7'sinin diğer mesleklerden, Şahin ve arkadaşlarının 2002'de yaptıkları çalışmada %9'unun köylü-çiftçi, %9'unun işçi, %5.4'ünün büro görevlisi, %5.4'ünün esnaf-tüccar, %3.6'sinin hizmetli, %3.6'sinin serbest meslek sahibi, %43.6'sinin ev hanımı veya mesleğinin olmadığı ve %20'sinin diğer mesleklerden olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunun sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Literatürdeki sonuçlar (Şahin ve ark. 2002, Barlas 2011, Uğur 2012, Yüçetürk 2012) elde ettiğimiz sonuç ile uyumlu olup bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunun sosyal güvencesi olduğunu göstermektedir.

Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin %28.2'si tam gün çalışmaktadır (Tablo 5). Literatür incelendiğinde, bipolar bozukluk tanılı bireylerde çalışanların çoğunlukta olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra (Nehra et al. 2005, Uğur 2012) çoğunun çalışmadığını gösteren (Ostacher et al. 2008, Barlas 2011, Güçlü ve ark. 2011, Yüçetürk 2012, Aksoy 2013, Bahar ve ark. 2015, Perlick et al. 2016) çalışmalar da mevcuttur. Çalışma grubumuzda bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunlukla çalışmıyor olmasının sebebinin hastalık nedeniyle çalışmama ya da bir kısmının ev hanımı olması olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunun gelir durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Yüçetürk'ün (2012) ve Aksoy'un (2013) çalışmalarında da benzer sonuçlar bildirilmiştir ancak Barlas'ın (2011)

çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin çoğunun düşük gelir düzeyinde olduğu ifade edilmiştir.

Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin tıbbi tanı süresi ortalaması  $9.10 \pm 8.31$  yıl olarak bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmaya katılan hastaların çoğunun orta yaş grubundaki hastalardan oluşması, hastalığın başladığı yaş ortalaması doğrultusunda düşünüldüğünde tıbbi tanı süresi ile tutarlı bir sonuçtur.

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı ortalaması  $2.64 \pm 3.13$  olarak belirlenmiştir (Tablo 6). Literatür incelendiğinde birbirine yakın sonuçlar görülmektedir. Barlas'ın (2011) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı ortalaması  $3.74 \pm 5.63$ , Aksoy'un (2013) çalışmasında  $5.2 \pm 8.5$ , Akarsu ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında  $2.75 \pm 2.34$  olarak bildirilmiştir. Cesur ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %76.4'ünün psikiyatrik yatışının olduğu, %21.6'sının ise olmadığı bulunmuştur. Goossens ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %36.2'si hipomani nedeniyle, %56.9'u depresyon nedeniyle en az bir kere hastaneye yatmıştır.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı bireylerin %77.2'si son 2 yıl içinde atak geçirmiştir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %37.9'u hızlı döngülü özelliğe sahipken, %62.1'i hızlı döngülü özelliğe sahip değildir (Tablo 6). Alpman'ın (2010) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %14.2'sinin, Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında %8.1'inin, Gigante ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %82.7'sinin hızlı döngülü özelliğe sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışma grubunu oluşturan bipolar bozukluk tanılı bireylerin %34.7'sini yatan hastalar, %65.3'ünü ayaktan takip edilen hastalar oluşturmaktadır (Tablo 6). Literatür incelendiğinde, Nehra ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %24'ünün yatan hasta, %76'sının ayaktan takip edilen hasta, Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında %44.8'inin yatan hasta, %55.2'sinin ayaktan takip edilen hasta olduğu bildirilmiştir.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin %58.1'inde sosyal işlevsellikte bozulma, %42.7'sinde mesleki işlevsellikte bozulma olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Güçlü ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin ancak %26.9'unun son 6 ayda düzenli bir iş yaşantısı vardır. Karşıdağ ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %6.6'sının sosyal, mesleki ve ailevi işlevselliklerinin bozulduğu saptanmıştır. Demirkol ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin ailevi, mesleki ve diğer işlevsellik alanlarında olumsuz

etkilendiği bildirilmiştir. Uluslar arası literatür tarandığında, Nehra ve arkadaşlarının (2005) bipolar bozukluk tanılı bireylerin mesleki ve sosyal işlevselliklerindeki bozulmayı Dysfunction Analysis Questionnaire (İşlev Bozukluğu Çözümleme Anketi) kullanarak ölçtükleri çalışmada, mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmanın şizofrenisi olan bireyler kadar olmasa da onlara çok benzer olduğu bildirilmiştir. Chakrabarti and Gill (2002) tarafından yapılan çalışmada, bipolar bozukluk tanılı bireylerde en fazla mesleki sonra sırasıyla ailevi, sosyal ve bireysel işlevsellik kaybı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan bipolar bozukluk tanılı bireylerin %87.9'u düzenli kontrole gitmektedir.Şahin ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %25.4'ünün kontrollere düzenli gittiği saptanmıştır. Örneklem sayıları ve farklılıkları sonuçların farklı olmasının nedeni olabilir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı bireylerin %79.8'i ilaçlarını düzenli kullanmaktadır (Tablo 6). Barlas'ın (2011) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %98'inin, Aksoy'un (2013) çalışmasında %82'sinin ve Bahar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında %67.8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı ifade edilmiştir. Ancak Şahin ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %25.4'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Farklı bir sonuç elde edilmesi, örnekleme aldığımız bireylerin çalışmanın yapıldığı kurumlar tarafından iyi bir şekilde takip edilmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda kontrollere düzenli gitmeyen bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler "Sizce birey neden kontrollere düzenli gitmiyor?" sorusuna %25,1'i "iyileştiğini sanması/sanmamız", %25.1'i "ataklar", %25.1'i hasta olduğunu kabul etmemesi şeklinde cevap vermiştir (Tablo 7). Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenler "Sizce birey ilaçlarını neden düzenli kullanmıyor?" sorusuna %40.0'ı "ataklar", %16.0'ı "hasta olduğunu kabul etmemesi", %12.0'ı "iyileştiğini sanması/sanmamız", %12.0'ı "yan etkiler", %4.0'ı "ilaçların düşük dozda verilmesi", %4.0'ı "iyileştiğini düşünüp bırakması ya da dozunu azaltması", %4.0'ı "oruç tuttuğunda bırakması", %4.0'ı "ilaçların faydasına inanmaması", %4.0'ı "ailevi nedenler" şeklinde cevap vermiştir (Tablo 8). Aksoy'un (2013) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %4.2'si yan etki durumunda ilaç kullanmayı bıraktığını, %33.3ü ilaçları düzenli kullanmayı engelleyen durumlarının olduğunu ifade etmiştir. Düzenli ilaç kullanmayan hastalar, ilaç kullanarak düzeleceğine inanmamayı (%32.4), yan etki yaşamayı (%27.4), iyileştiğini düşünmeyi (%9.8), ilaç içmeyi unutmayı (%7.8), uzun süre ilaç kullanmaktan dolayı bıkkınlık hissini (%5.9), hasta olmadığını düşünmeyi (%5.9) ve diğer nedenleri (%10.8)



engel olarak belirtmiştir (Aksoy 2013). Bahar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %30.5'i tedavinin faydasız olduğu düşüncesiyle, %11.9'u ise yan etkilerinden dolayı ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan bipolar bozukluk tanılı bireylerin %49.2'si madde kullanmaktadır. Madde kullananların %77'si sigara, %16.4'ü sigara ve alkolü birlikte, %6.6'sı başka bir madde kullanmaktadır (Tablo 6). Gültekin ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %53.8'inin sigara kullandığı, Cesur ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında %9.8'inin madde kullandığı, Barlas'ın (2011) çalışmasında %62'sinin sigara, %8'inin alkol kullandığı, Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında %4.9'unun alkol kullandığı, %3.2'sinin başka bir madde kullandığı bildirilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza göre, bipolar bozukluk tanılı bireylerin %33.1'i intihar girişiminde bulunmuştur. Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişimi sayısı ortalaması  $1.50 \pm 0.75$  bulunmuştur (Tablo 6). Cesur ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişimi sayısı ortalaması  $1.76 \pm 1.01$ 'dir. Aksoy'un (2013) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %22.7'sinin, Uğur'un çalışmasında (2012) %43.9'unun intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Yüçetürk'ün çalışmasında (2012) bipolar bozukluk tanılı bireylerin %40.7'sinde intihar girişimi, %20.4'ünde intihar düşüncesi bulunduğu saptanmıştır. Bauer ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin %53.3'ünün, Barlas'ın (2011) çalışmasında %60'ının intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı bireylerin %29.8'i başkalarına yönelik şiddet davranışları göstermektedir (Tablo 6). Akkaya ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise bipolar bozukluk tanılı bireylerin %57.6'sının sözel ya da fiziksel saldırganlık öyküsünün varlığı bildirilmiştir. Belete ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise bipolar bozukluk tanılı bireylerin %80.8'inde saldırganlık öyküsü tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk saldırganlık potansiyelini arttırmakta başlı başına bir etkidir (Ata ve Kelleci 2012). Literatürdeki sonuçların ve çalışmamızdaki sonuçların farklılığı örnekleme alınan bireylerin özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

### **5.3. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Düzeylerinin İncelenmesi**

Çalışmamızda bakım verenlerin HYDÖ puan ortalaması  $41.79 \pm 12.41$  olarak belirlenmiştir (Tablo 9). Aydemir ve arkadaşlarının (2012) benzer ölçüm aracını kullanarak yaptıkları çalışmada farklı şekilde bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım

verenlerin HYDÖ puan ortalaması  $48.0\pm 23.6$  olarak bulunmuştur. Voort ve arkadaşlarının (2007) sistematik derlemesinde bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yüksek düzeyde bakım yükü deneyimlediği belirtilmiştir. Kızılırmak'ın (2014) ruhsal hastalığı olan (şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, majör depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, organik ruhsal bozukluklar, somatik bozukluk, dissosiyatif bozukluk, DEHB, kişilik bozukluğu, bedensel ve zihinsel engelli hastalar) bireylere bakım verenleri incelediği çalışmada HYDÖ puan ortalaması  $45.43\pm 10.45$  olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde yüksek düzeyde bakım yükünün olduğu önceki çalışmalarda rapor edilmiştir (Dore and Romans 2001, Chakrabarti et al. 1999, Perlick et al. 1999).

Çalışmamızda bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalaması  $8.23\pm 2.85$ , çaresiz yaklaşım puan ortalaması  $10.65\pm 5.09$ , iyimser yaklaşım puan ortalaması  $9.61\pm 2.72$ , kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması  $12.54\pm 4.20$  ve sosyal destek arama puan ortalaması  $6.82\pm 2.49$  olarak saptanmıştır (Tablo 9). Literatür incelendiğinde, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde baş etme yöntemlerinin SBCTÖ ile değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. İnan ve Duman'ın (2013) benzer ölçüm aracını kullanarak şizofrenisi olan bireylere bakım verenlerin baş etme yöntemlerini incelediği çalışmada bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalaması  $1.43\pm 0.81$ , çaresiz yaklaşım puan ortalaması  $1.54\pm 0.65$ , iyimser yaklaşım puan ortalaması  $1.53\pm 0.74$ , kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması  $1.77\pm 0.77$  ve sosyal destek arama puan ortalaması  $2.00\pm 0.52$  olduğu belirtilmiştir.

#### **5.4. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Bakım Yükünün İncelenmesi**

Çalışmamıza göre bakım verenlerin cinsiyet, eğitim durumu, çocuk durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, yakınlık derecesi, medeni durum, meslek ve gelir düzeyi bakım verenlerin bakım yükü üzerinde anlamlı farklılık yaratmamıştır (Tablo 10). Alpmann'ın (2010) çalışmasında da bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin cinsiyet, eğitim durumu, çocuk durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, yakınlık derecesi, medeni durum, meslek ve aylık gelirlerine bakım yükünde farklılaşma izlenmediği saptanmıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzerdir. Ancak literatürde farklı sonuçlar bildiren araştırmalar olduğu görülmüştür. Perlick ve arkadaşları (2001) erkek bakım verenlerin daha yüksek bakım yükü düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir. Dore ve Romans'ın bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerle (2001) yaptığı çalışmada ise, bakım verenin gelir düzeyinin azalmasının bakım yükünü arttırdığı gösterilmiştir. Kızılırmak'ın (2014) ruhsal hastalığı olan bireylere bakım

verenlerle yaptığı çalışmasında okuryazar olmayanların yük düzeyinin en az lise mezunu olan bakım verenlerden anlamlı derecede yüksek bakım yükü deneyimledikleri saptanmıştır (Kızılırmak 2014).

Adewuya ve arkadaşlarının (2011) hasta grubunu çoğunlukla anksiyete/depresyon ve şizofreni tanılı ruhsal bozukluk tanılı bireylerin oluşturduğu çalışmasında bakım verenlerin erkek ve çalışmıyor olması ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulunurken, bakım verenlerin yakınlık derecesi, yaş, gelir düzeyi ve eğitim durumu ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Adewuya et al. 2011). Perlick ve arkadaşlarının 2007’de yaptığı çalışmada yaşı küçük olan ve hastanın eşi olan bakım verenlerde bakım yükünün daha fazla olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin daha fazla bakım yüküne maruz kaldıklarına ve bakım verenlerin medeni durumu ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulunmadığına işaret edilmiştir (Perlick et al. 2007).

Bu çalışmada bakım verenlerin bakım yükü, bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığı, bakım konusunda yardım alma, tıp dışı yöntemlere başvurma ve bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 11). Arguvanlı ve Taşcı’nın çalışmasında (2013) bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin, bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığında psikolojik desteğe olan gereksinimlerinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Kızılırmak’ın (2014) çalışmasında bakımı tek başına üstlenen bakım verenlerin ruhsal sağlık durumunda bozulma yönünden daha fazla risk altında oldukları ifade edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık personelinin alınan bilgi ve desteğin yetersiz olması ile bakım yükünün arttığı ifade edilmiştir (Kızılırmak 2014).

### **5.5. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi**

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyetine göre bakım verenlerin bakım yükünün etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 12). Yapılan bir çalışmada, kadın bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerin bakım yükünün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Perlick et al 2016).

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin eğitim durumuna göre bakım verenlerin bakım yükünün etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 12). Perlick ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, bipolar bozukluk tanılı bireylerin eğitim aldığı yıl sayısı yüksekse bakım yükünün daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Perlick et al. 2007).

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin çalışma durumuna göre bakım verenlerin bakım yükünün etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 12). Genel olarak Bakım verilen ruhsal bozukluk tanılı bireyin çalışma saatinin azaltılması ya da işinin sonlandırılması bakım yükü oluşturan en önemli ekonomik nedenlerden biridir (Lowyck et al. 2004).

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin sosyal güvence durumuna göre bakım verenlerin bakım yükünün etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 12). Alpman'ın (2010) çalışmasında da benzer şekilde bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin sosyal güvence durumlarının bakım yüküne etki etmediği saptanmıştır.

Bu çalışmada bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin mesleklerine göre bakım verenlerin bakım yükünün etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 12). Alpman'ın (2010) çalışmasında da benzer şekilde bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin mesleğinin bakım yüküne etki etmediği saptanmıştır.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin medeni durumundan bakım verenlerin bakım yükünün etkilendiği, yapılan post hoc analizde (Tukey test) bekâr olanlara bakım verenlerin bakım yükünün evli olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Perlick ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, evli bipolar bozukluk tanılı bireylerin evli olmayanlara göre, bakım verenlerinde daha yüksek bakım yükü saptanmıştır.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin gelir düzeylerine göre bakım verenlerin bakım yükünün etkilendiği, yapılan post hoc analizde (LSD) gelir düzeyi düşük olan bireylerin puanlarının gelir düzeyi orta olan bireylerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Bakım verilen bireyin çalışamaz duruma gelmesinin yol açtığı gelir kaybı ve tedavi masraflarının karşılanmasında yaşanan güçlükler bakım verenlerde hastalığın olumsuz etkilerinin daha fazla hissedilmesine neden olabilmektedir (Gülseren ve ark. 2010).

Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin şu anki takip durumu, düzenli ilaç kullanımı, kullandığı madde ve kontrollere düzenli gitme özelliklerine göre bakım yükü düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Benzer şekilde Kızılırmak'ın (2014) çalışmasında bakım verilen bireylerin takip durumları ile bakım verenlerin bakım yükü arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada bakım verenlerin, bakım verdikleri bireyin ilaçlarının uygulanması ve takibinde sorun yaşamalarının/yaşamamalarının bakım yükünü anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır. Perlick ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin düzenli ilaç kullanımının bakım verenlerin yükünü azalttığı bildirilmiştir.

Yatışında değerlendirilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri, ayaktan izlenenlere göre daha yüksek düzeyde öznel ve nesnel yük bildirmişlerdir (Perlick et al. 1999). Çalışmamızda bakım verilen bireylerin yaklaşık yarısı madde kullanmakta olup bunların büyük çoğunluğu sigara kullanmaktadır. Sigara ve alkol kullanım oranlarının daha yüksek olduğu Depçe'nin (2010) çalışmasında ise şizofrenisi olan bireylere bakım verenlerin ruhsal sağlıklarının ve sosyal ilişkilerinin etkilendiği bildirilmiştir.

Birçok tamamlanmış intihar girişiminde, duygudurum bozuklukları major sebep olarak görülmektedir (Allen et al. 2005). Çalışmamıza dahil edilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin 1/3'ünde intihar girişimi mevcuttur. Çalışmamızda intihar girişimi olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri, intihar girişimi olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere göre daha yüksek bulunmuş ancak, literatürdeki çalışmaların aksine, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Allen ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerin %59'unda intihar girişimi saptanmış ve bu durumun bakım veren üzerindeki yükü arttıran faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir. Çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı bireylerde intihar düşüncesinin/davranışının bulunmasının bakım verenlerde yüksek düzeyde bakım yüküne yol açtığını gösterilmiştir (Targum et al 1981, Fadden et al. 1987, Dore and Romans 2001, Perlick et al. 2016).

Bu çalışmada hızlı döngülü bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü hızlı döngülü olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Benzer şekilde Reinares ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada da bipolar bozukluk tanılı bireyde hızlı döngülülüğün bakım verende bakım yükünü arttırdığı ortaya koyulmuştur.

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk tanılı bireylerin işlevselliğindeki bozulmanın bakım verenlerde bakım yükünü etkilediği belirtilmiştir (Şahin ve ark. 2002, Erten ve ark. 2014, Dos Santos et al. 2017). Bu çalışmada sosyal işlevselliği bozulan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Reinares ve arkadaşları (2004) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde ve ailelerinde bakım yükünü etkileyen faktörleri araştırmışlardır. Çalışmamıza benzer şekilde, sosyal işlevsellikte bozulmanın bakım yüküne yol açtığı bildirilmiştir (Reinares et al. 2004). Pompili ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) en yüksek düzeyde bakım yükü oluşturan özelliğin bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin sosyal ve diğer işlevselliklerinde bozulma olduğu bildirilmiştir. Mesleki işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere

bakım verenlerin bakım yükü mesleki işlevselliğinde bozulma olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puanlarından daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 13). Reinares ve arkadaşlarının (2004) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde ve ailelerinde bakım yükünü belirleyen faktörleri araştırdığı çalışmada benzer şekilde, mesleki işlevsellikte bozulmanın bakım yükünü arttırdığı ortaya koyulmuştur.

Bu çalışmada son iki yıl içinde atak geçiren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü son iki yıl içinde atak geçirmeyen bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerden daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Reinares ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada da benzer şekilde, bipolar bozukluk tanılı bireyde son iki yıl içinde atak geçirmenin bakım verende bakım yüküne yol açtığı ortaya koyulmuştur. Bipolar bozukluk tanılı bireyler ve bakım verenleri ile yaptıkları çalışmalarda son iki yıl içinde geçirilmiş bir dönem varlığının bakım yükünü arttırdığı bildirilmiştir (Perlick et al. 1999, Reinares et al 2006). Dore ve Romans'ın (2001) yaptığı bir çalışmada, ataklar bakım verenler tarafından ciddi bakım yükü yaratan bir durum olarak belirtilmiştir. Bipolar bozukluk tanılı bireyler, atak durumlarında dışa kapalı olabilirler ve bu dönemde bu hastalarla iletişime geçmek zor olabilir. Bu dönemde agresif davranışlar kendini gösterebilir. Bakım verenler de bipolar bozukluk tanılı birey ile iletişim kuramadıkları için bakım yükü yaşayabilirler. Dolayısıyla, bu durum bakım veren üzerinde objektif ve subjektif yük oluşmasına yol açabilir (Dore and Romans 2001).

Bu çalışmada madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerden daha yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Oysa ki Kızılırmak'ın (2014) çalışmasında madde kullanan ve kullanmayan ruhsal hastalara bakım verenlerin yük düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada başkalarına yönelik şiddet uygulayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü başkalarına yönelik şiddet uygulamayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Şiddet davranışları bakım verenler üzerinde ciddi bir bakım yükü oluşturmaktadır (Dore and Romans 2001, Targum et al. 1981). Başkalarına yönelik şiddet kullanma durumu bizim çalışmamızda %30, Dore ve Romans'ın (2001) yaptığı çalışmada %44 oranında saptanmıştır. Kızılırmak'ın (2014) çalışmasında bakılan bireyde şiddet

potansiyeli olduğunda bakım verenlerde yük düzeyinin anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir.

Chakrabarti ve arkadaşlarının (1995, 2002) çalışmalarına benzer şekilde, Perlick ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireyin agresif davranışlarının bakım verende bakım yükünü arttıran en önemli özellik olduğunu belirtmişlerdir. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da başkalarına yönelik şiddet uygulayan bireylere bakım verenlerin yükü daha yüksektir.

### **5.6. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi**

Çalışmamızda bakım verenlerin bipolar bozukluk tanılı bireylere yakınlık derecesine, sosyal güvence durumuna, çocuk durumuna, çalışma durumuna, medeni durumuna, eğitim durumuna ve gelir düzeyine göre boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Molu'nun (2008) çalışmasında duygulanım bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yakınlık derecesi, medeni durum ve eğitim durumuna göre boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak aynı çalışmada bakım verenlerin gelir düzeyinin asgari ücret olması ile boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanları arasında anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir (Molu 2008). Çalışma sonuçlarının farklı olmasında bizim çalışmamızın bipolar bozuklukta spesifikleşmesi ve çalışmamızın büyük çoğunluğunun gelir durumunun en az orta düzeyde olması temel nedenler olabilir.

Bakım verenlerin mesleklerine göre boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Yapılan post hoc analizde (Dun's test) mesleği olmayan ve işçi olan bakım verenlerin diğer meslek sahibi bakım verenlerden daha fazla boyun eğici yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Molu'nun (2008) çalışmasında ise bakım verenlerin mesleklerine göre boyun eğici yaklaşım puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin mesleklerine göre çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Yapılan post hoc analizde (LSD) işi olmayan bakım verenlerin diğer meslek gruplarına sahip bakım verenlerden daha fazla çaresiz yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Molu'nun (2008) çalışmasında bakım verenlerin mesleklerine göre çaresiz yaklaşım puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin mesleklerinin duygusal baş etme yöntemlerini kullanmalarında etkili olduğu görülmektedir. Bu sonuçta; meslek sahibi olmamanın düşük benlik saygısı oluşturmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bipolar bozukluk

tanılı bireylerin mani dönemlerinde özgüvenlerinde aşırı bir artış gözlenir. Bakım verenlerin meslek sahibi olmamaları onların bu özgüven artışından olumsuz etkilenmelerine sebep olabilir. Ayrıca bir meslek sahibi olmama ile ilişkili düzenli gelirin olmaması da bu kişilerin baş etme yöntemlerini etkilemiş olabilir.

Bakım verenlerin cinsiyet, çocuk durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, yakınlık derecesi, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi özelliklerine göre iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 18, Tablo 20, Tablo 22). Benzer şekilde Molu'nun (2008) çalışmasında bakım verenlerin cinsiyet, yakınlık derecesi, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve gelir düzeylerine göre iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada sosyodemografik özelliklerin bakım verenlerin baş etme yöntemlerini etkilediği bildirilmiştir (Magliano et al 1998b). Nehra ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım veren kadınların problem merkezli baş etmeyi daha fazla kullandıkları belirtilmiştir.

Molu'nun (2008) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım verdikleri bireyin hastalığından etkilenme durumlarının sosyal destek düzeylerinden etkilenmediği bildirilmiştir. Şizofrenik bozukluk tanılı bireylere bakım verenler ile yapılmış çalışmalarda bakım verenlerin hastalıkla ilgili eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek aramaya yöneldikleri ve problem odaklı baş etme yöntemlerini tercih ettikleri bildirilmektedir (Chen ve ark. 2004, Aydın ve ark. 2009). Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka bir kişinin varlığı, bakım için yardım alma, tıp dışı yöntemlere başvurma ve bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katılmış olma özelliklerine göre baş etme yöntemlerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 15, Tablo 17, Tablo 19, Tablo 21, Tablo 23).

Genel olarak çoğu bakım verenlerin güçlü aile işlevlerine sahip olsalar bile (Johnson 2000) sosyal destek aradıkları belirtilmektedir (Pompili et al. 2014). Çalışmamızda bakım verenlerin özelliklerine göre problem merkezli baş etme yöntemleri arasında anlamlı fark saptanmamış olmasında; özbakımını sürdürmede diğer ciddi kronik ruhsal hastalıklardaki kadar yetersizliği bulunmayan bipolar bozukluk tanılı bireylerin, bakım verenlerde stres oluşturma düzeylerinin daha düşük olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.



## 5.7. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi

Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, çalışma durumu ve gelir düzeyi özelliklerine göre bakım verenlerin baş etme yöntemleri incelenmiş ve boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım puanlarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 24, Tablo 26, Tablo 28, Tablo 30). Bakım verenlerin kullandığı baş etme yöntemlerinin araştırıldığı çalışmalarda genel olarak bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireyin sosyodemografik özelliklerinin bakım verenlerin baş etme yöntemlerini etkilemediği görülmektedir (Chakrabarti and Gill 2002, Nehra et al. 2005, Chadda et al. 2007). Tuğrul'un (2015) çalışmasında bakım verilen depresif bozukluk tanılı bireylerin cinsiyetine göre bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama puanları arasında anlamlı fark olmadığı, çaresiz yaklaşım puanları arasında ise anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bakım verenlerin baş etme yöntemlerinin kendi eğitim durumlarından etkilenmediği belirtilmiştir (Tuğrul 2015). Chakrabarti ve Gill'in (2002) çalışmasında bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin bekar olmasının bakım verenler arasında olumlu baş etme yöntemlerinin kullanımını arttırdığı saptanmıştır.

Bu çalışmada kadın bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin erkek bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerden daha fazla sosyal destek arayışı içinde olduğu saptanmıştır (Tablo 32). Ancak bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, çalışma durumu ve gelir düzeyi özelliklerine göre bakım verenlerin sosyal destek arama puanlarının etkilenmediği saptanmıştır. Chakrabarti ve Gill (2002) ve Magliano (1998) bipolar bozukluğu ve şizofrenisi olan bireylere bakım verenlerin baş etme yöntemlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında evli bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin duygu merkezli baş etme yöntemlerini (çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım) kullandığı belirtilmiştir.

Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireyde hızlı döngülülük, son 2 yıl içinde atak geçirme, sosyal işlevsellikte bozulma, mesleki işlevsellikte bozulma, kontrollere düzenli gitme, düzenli ilaç kullanımı, başkalarına yönelik şiddet durumu, intihar girişimi, madde kullanma ve kullanılan maddeye göre bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Şu anki takip durumu yatan hasta olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım

puan ortalamaları şu anki takip durumu ayaktan takip edilen hasta olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puan ortalamalarından daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 25). Farklı araştırmalara göre baş etme yöntemleri ile en anlamlı ilişkiye sahip faktörlerden biri bakılan bireyin sosyal işlevselliğinde bozulmadır (Chakrabarti and Gill 2002, Nehra et al. 2005, Chadda et al. 2007). İşlevsellikte bozulma birçok uygun olmayan, özellikle kaçınma, boyun eğme, baskı gibi duygu merkezli baş etme yöntemleri ile ilişkilidir (Budd et al. 1998, Sczufca ve Kuipers 1999).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin şu anki takip durumu, mesleki işlevsellikte bozulma), kontrollere düzenli gelme, düzenli ilaç kullanımı, intihar girişimi, kullanılan madde ve son 2 yıl içinde atak geçirme durumuna göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Hızlı döngülü bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım puanları hızlı döngülü olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin puanlarından daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 27). Bakım verilen bireyin işlevselliğinde bozulmanın bakım verenin baş etme yöntemleri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Nehra et al. 2005).

Bu çalışmada madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin daha fazla çaresiz yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır. Binbay'ın (2011) major depresyonu olan bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmada, bakım verilen bireyin sigara kullanımının bakım verenleri etkilemediği bildirilmiştir. Sosyal işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin daha fazla çaresiz yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır. Bakım verilen bireyin sosyal işlevselliğinin bozulması bakım verenin sosyal ilişkilerini bozabilir ve sorunlar karşısında çözüm yolu bulma konusunda kendini yetersiz hissedebilir. Başkalarına yönelik şiddet kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin daha fazla çaresiz yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır (Tablo 27). Bakım verilen bireyin saldırganlık potansiyeli bakım verenin çözüm yollarını engellemektedir. Bakım verilen bireyin iletişime kapalı olması, problem yaratan davranışları gibi özellikleri bakım verenlerin kullandığı baş etme yöntemlerinde olumsuz etkiye sahiptir (Chadda et al. 2007).

Madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin daha fazla iyimser yaklaşım içinde olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük, son 2 yıl içinde atak durumu, şu anki takip durumu, sosyal işlevsellikte bozulma, mesleki işlevsellikte bozulma, kontrollere düzenli gelme, düzenli ilaç kullanımı,

intihar girişimi, başkalarına yönelik şiddet ve kullanılan madde özelliklerine göre bakım verenlerin iyimser yaklaşımlarının etkilenmediği saptanmıştır (Tablo 29).

Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük, son 2 yıl içinde atak geçirme, şu anki takip durumu, sosyal işlevsellikte bozulma, mesleki işlevsellikte bozulma, kontrollere düzenli gitme, düzenli ilaç kullanımı, intihar girişimi, başkalarına yönelik şiddet gösterme ve kullanılan madde özelliklerine göre bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç bipolar bozukluk tanılı bireylerin belirtilen sorunları karşısında bakım verenlerin problem çözümüne yönelik kendilerine olan güvenlerinin etkilenmediğini göstermektedir.

Bu çalışmada madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşımlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 31). Bu sonuç bipolar bozukluk tanılı bireylerin madde kullanımının olduğu durumlarda bakım verenlerin kendilerine olan güvenlerinde azalma yaşadıkları ve problemlere odaklanmada zorluk çektiklerini göstermektedir.

İntihar girişimi olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama puanlarının intihar girişimi olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylerin puanlarından daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 33). Bakım verenler zamanlarının çoğunu bakım verdikleri bireyle geçirdiklerinden zorunlu gereksinimleri dışında kendilerine ve yakın çevresine zaman ayıramamakta, etkileşimleri sınırlanmakta, arkadaş ve özel kişi desteği de azalmaktadır. Tüm kronik ruhsal hastalıklarda bakım verenlerin sosyal destek arama durumlarının arttığı belirtilmektedir (Tel ve ark. 2010). Bakım verenler, bakım verdikleri bireyin hastalık özellikleriyle baş etmek ve bakım verdikleri bireyle daha çok zaman geçirebilmek için sosyal yaşamdan uzaklaşarak kendilerini bakım verdikleri bireye adamaktadır (Gülseren 2002). Bakım verilen bireyin intihar girişimi bakım verenin problem çözmeye yönelik sosyal destek arayışı içine girmesi doğal ve olumlu bir baş etme yöntemidir (Lazarus and Folkman 1984). Bu çalışmada madde kullanmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin daha fazla sosyal destek arama yaklaşımı içinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç bipolar bozukluk tanılı bireylerin madde kullanımının olduğu durumlarda bakım verenlerin sosyal etkileşimlerinin engellendiğini göstermektedir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hızlı döngülülük, son 2 yıl içinde atak geçirme, şu anki takip durumu, sosyal işlevsellikte bozulma, mesleki işlevsellikte bozulma, kontrollere düzenli gitme, düzenli ilaç kullanımı ve başkalarına yönelik şiddet durumu özelliklerine göre bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımlarında bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo 33).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerde sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmanın bakım verenlerin sosyal destek arama davranışını etkilemediği belirtilmiştir (Nehra et al. 2005). Bu sonuçlar bakım verenlerin sorunlar karşısında sosyal destek arama durumlarını bipolar bozukluk tanılı bireylerin belirtilen hastalık özelliklerinin etkilemediğini göstermektedir.

Bipolar bozukluk tanılı bireyler manik dönemde aşırı neşesini veya hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabilir ve saldırgan olabilir (Öztürk ve Uluşahin 2014). Çalışmamızda bakım verenlerin iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve boyun eğici yaklaşım puanları ile bipolar bozukluk tanılı bireylerin başkalarına yönelik şiddet kullanma özellikleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak çaresiz yaklaşım puanları, başkalarına yönelik şiddet kullanma özelliği olan bireylerin bakım verenlerinde daha yüksek saptanmıştır. Arguvanlı ve Taşcı'nın (2015) çalışmasında bakım verenlerin, bipolar bozukluk tanılı birey ile iletişim ve kontrolsüz davranış sorunu yaşandığında problem merkezli davranış sergilediği belirlenmiştir. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin saldırganlık potansiyeli bakım verenlerin olumlu baş etme yöntemleri kullanmalarını güçleştirebilir ve duygu içerikli yaklaşım içine girmelerine neden olabilir.

#### **5.8. Bakım Verenlerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler**

Bakım verenlerin yaşı, çocuk sayısı ve bakım verdiği süre ile bakım yükü ve baş etme yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuçta bipolar bozukluğun diğer kronik ruhsal hastalıklara göre tedaviye daha iyi cevap vermesinin ve bakım verenlerin durumu kişiselleştirmeden ele almalarının etkili olduğu düşünülmektedir (Molu 2008). Benzer şekilde Alpman'ın (2010) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin yaşı, çocuk sayısı ve bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak Perlick ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında genç bakım verenlerin bakım yükünün daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Yine Molu'nun (2008) çalışmasında da bakım verenlerin yaşı ile baş etme yöntemleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kızılırmak'ın (2014) çalışmasında bakım verilen bireye ayrılan günlük süre ile bakım verenlerin bakım yükü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Problem merkezli yöntemler genç bakım veren bireyler ve genç hastaların bakım verenleri tarafından kullanılırken, duygu merkezli baş etme daha sıklıkla yaşlı bakım veren bireyler arasında yaygındır (Magliano et al 1998b).

Bakım verenlerin bakım verdiği kişi sayısı ile bakım yükü, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım yöntemleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Benzer şekilde Alpman'ın (2010)

çalışmasında bakım verilen kişi sayısı ile bakım yükü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bakım verilen kişi sayısı ile sosyal destek arama arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir korelasyon bulunması (Tablo 34), bakım verenin bakım verdiği kişi sayısı arttıkça daha çok sosyal destek gereksinimi duyduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar ve çalışmamızın bakım verenlerin bakım verme özellikleri ile ilgili sonuçları bakım yükünün değil baş etme yöntemlerinin etkilendiğini düşündürmektedir.

### **5.9. Bipolar Bozukluk Tanılı Bireylerin Bazı Özellikleri ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler**

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşı ile bakım verenlerin bakım yükü ve baş etme yöntemleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Alpman'ın (2010) ve Barlas'ın (2011) çalışmasında da benzer şekilde bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşı ile bakım verenlerin bakım yükü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Chakrabarti ve Gill (2002) tarafından yapılan çalışmada, bipolar bozukluk tanılı bireylerin yaşı azaldıkça bakım verenin duyu merkezli baş etme yöntemleri kullandığı gösterilmiştir.

Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile bakım yükü arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Bakım verilen bireylerin her intihar girişimlerinde bakım verenlerin yükü biraz daha artmaktadır. Allen ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada hastaların %59'unda intihar girişimi saptanmış ve bu durumun bakım veren üzerindeki yükü ve stresi arttıran faktörlerden biri olduğu gösterilmiştir. Kızılırmak'ın (2014) çalışmasında bakılan bireyde intihar girişimi olduğunda bakım verenin yük düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile kendine güvenli yaklaşım arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 35).

Dore ve Romans (2001), Perlick (2016) ve Targum ve arkadaşları (1981) gibi araştırmacılar bipolar bozukluğa sahip bireyin intihar düşüncesinin/davranışının bulunmasının eş, partner ya da aile üyesi durumundaki bakım verenlerde bakım yükünün ciddi şekilde arttığını göstermiştir. Bu çalışmada da bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile bakım verenlerin iyimser yaklaşım sergilemeleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 35). Bu sonuca göre bakım verenlerin bakım verdiği bireyde intihar girişimi sayısı arttıkça iyimserliklerini kaybetmektedirler. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin intihar girişim sayısı ile çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 35).

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin tıbbi tanı süresi ile boyun eğici yaklaşım puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 35). Yani tıbbi tanı konulmasının üzerinden zaman geçtikçe bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde boyun eğici yaklaşım kullanımı meydana gelmektedir. Bizim sonucumuzdan farklı şekilde Molu'nun (2008) çalışmasında bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puanları ile bipolar bozukluk tanılı bireylerin tıbbi tanı süresi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Goossens ve arkadaşları (2008) da bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin baş etme yöntemlerini farklı bir ölçekle araştırdığı çalışmada hastalık süresinin olumsuz baş etme yöntemlerini etkilemediğini bildirmiştir.

Heru ve Ryan (2004), duygudurum bozukluk tanılı bireylerin hastane yatışlarının bakım verenlerde yükü arttırabileceğini bildirmiştir. Bu çalışmada bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı ile bakım verenlerin bakım yükü, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 35). Benzer şekilde Barlas'ın (2011) çalışmasında bakım verenlerin bakım yükü ile bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı ile bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 35). Kafadar'ın (2014) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastaneye yatış sayısı ile bakım verenlerde duygusal tükenme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Perlick ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmada hastaneye yatış ve bakım veren tükenmişliği arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Tükenmişlik stres yaratan durumlar karşısında bireyin olumsuz baş etme yöntemlerini bile kullanamayacak kadar dayanıklılığını ve direncini kaybettiği durumdur (Cüceloğlu 1999). Literatürdeki psikopatoloji bildiren bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamıza katılan bakım verenlerin gelecekte ruhsal sağlık durumlarının kötüye gitme ihtimalinin artmakta olduğunu düşündürmektedir.

Chakrabarti ve Gill'in (2002) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin hastalık süresinin duygu odaklı baş etme yöntemlerini arttırdığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise tıbbi tanı süresi ile bakım yükü, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 35). Benzer şekilde Barlas'ın çalışmasında hastalık süresinin bakım verenin yükünü etkilemediği belirtilmiştir. Ancak Alpman'ın (2010) çalışmasında bipolar

bozukluk tanılı bireyin tıbbi tanı süresinin bakım yükünü sosyal anlamda arttırdığı bildirilmiştir. Molu'nun (2008) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylerin tıbbi tanı süresinin, bakım verenlerin baş etme yöntemlerinden yalnızca sosyal destek arama düzeylerini anlamlı düzeyde arttırdığı saptanmıştır.

#### **5.10. Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemleri Arasındaki İlişkiler**

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve baş etme yöntemleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü düzeyleri arttıkça kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım yöntemlerini kullanımlarının azalmakta, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım yöntemlerini kullanımlarının artmakta olduğu tespit edilmiştir. Buna göre bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin problem merkezli baş etme yöntemlerini kullandıklarında bakım yükünün azaldığı, emosyonel merkezli baş etme yöntemlerini kullandıklarında ise bakım yükünün arttığı söylenebilir.

Platt (1985) bakım verenleri; bakım yükü düzeyi düşük, problem odaklı baş etme yöntemleri kullanan ve bakım yükü düzeyi yüksek, duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanan bireyler olmak üzere ikiye ayırmıştır. Cuijpers ve Stam'a göre (2000) ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve baş etme yöntemleri arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Chakrabarti ve Gill'in (2002) çalışmasında bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü arttıkça duygu merkezli baş etme yöntemlerinin arttığı belirtilmiştir. Voort ve arkadaşları (2007) bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenleri inceleyen çalışmalardan elde ettikleri sistematik derlemede baş etme yöntemlerinin bakım yükünden etkilendiğini ortaya koymuşlardır.

Çalışmamızda bakım verenin bakım verdiği kişi sayısı arttıkça sosyal destek arama yaklaşımının arttığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım yükünün sosyal destek arama yaklaşımından etkilenmediği saptanmıştır (Tablo 36). Oysa ki literatürde bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destekleri ne kadar azsa bakım yükünün o düzeyde yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Chakrabarti and Gill 2002, Voort et al. 2007). Perlick ve arkadaşlarının 2008'de bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde yük ve sağlık durumlarını incelediği çalışmasında bakım yükü arttıkça uzak durma yaklaşımının arttığı, sosyal desteğin ise azaldığı bildirilmiştir. Scazufca ve Kuipers'in (1999) şizofrenisi olan bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmada ise bakım yükü arttıkça uzak durma yaklaşımına gidildiği bildirilmiştir.

## 6. SONUÇ

Bakım verenlerin %64.5'i kadın, yaş ortalaması  $46.81 \pm 12.54$ , bakım verme süresi ortalaması  $12.23 \pm 10.52$  yıldır. Bakım verilen bipolar bozukluk tanılı bireylerin %54'ü kadın, yaş ortalaması  $37.44 \pm 13.49$ , tanı süresi ortalaması  $9.10 \pm 8.31$  yıldır.

Hızlı döngülü bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve çaresiz yaklaşım düzeyleri, hızlı döngülü olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Son iki yıl içinde atak geçirmemiş olanlara göre, son iki yıl içinde atak geçiren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulma olmayanlara göre, sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Madde kullanan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve çaresiz yaklaşım düzeyleri, madde kullanımı olmayanlara bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek, sosyal destek arama yaklaşımı anlamlı düzeyde daha düşüktür. Başkalarına yönelik şiddet davranışları göstermeyenlere göre, şiddet davranışları gösteren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve çaresiz yaklaşım anlamlı düzeyde daha yüksektir.

İşçi ve mesleği olmayan bakım verenlerin diğer meslek sahibi (çiftçi, özel sektör vs.) bakım verenlere göre boyun eğici yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleği olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin, diğer meslek sahibi (çiftçi, özel sektör vs.) olanlara göre çaresiz yaklaşım düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

Şu anki takip durumu yatan hasta olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım düzeyleri şu anki takip durumu ayaktan hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksektir. Sosyal işlevselliğinde bozulma olmayanlara göre, sosyal işlevselliğinde bozulma olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin çaresiz yaklaşım düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksektir. İntihar girişimi olan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin sosyal destek arama düzeyleri, intihar girişimi olmayan bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verdikleri kişi sayısı arttıkça, sosyal destek arama düzeyleri artmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı bireyin intihar girişimi sayısı arttıkça bakım verenlerin bakım yükü artarken, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım düzeyleri



azalmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı bireylerde tanı (hastalık) süresi ve hastaneye yatış sayısı arttıkça, bakım verenlerde boyun eğici yaklaşım düzeyi artmaktadır.

Bakım verenlerde bakım yükü ile kendine güvenli ve iyimser yaklaşım arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Bakım verenlerde bakım yükü ile çaresiz yaklaşım arasında pozitif yönde orta düzeyde ve bakım yükü ile boyun eğici yaklaşım arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.



## 7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Kronik bir ruhsal bozukluk olan bipolar bozukluğa sahip bireylerin tedavi ve bakım sürecine onlara bakım veren primer bakım vericiler de aktif olarak dahil edilmelidir.

- Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünün ve baş etme yöntemlerinin bakım verenlerin kendi özelliklerinden ziyade, hastalığın hızlı döngülü olması, hastaneye yatma durumu, intihar girişimi, şiddet davranışları gösterme gibi bakım verdikleri bireylere ve hastalığa ait özelliklerden etkilendiği belirlenmiştir. Dolayısıyla bu özelliklere sahip bakım verenler bakım yükü ve baş etme yönünden riskli grup olarak değerlendirilmeli ve bu grupların bilinçlendirilmesi, desteklenmesi ve güçlendirilmesi amacıyla hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.

- Bakım verenlerin bakım yükünün azaltılması ve baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi için bakım verenlerin ve hastaların bipolar bozukluk, belirtileri, prognozu, tedavisi gibi konuları içeren psikoeğitim müdahaleleri ile bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, bipolar bozukluk tanılı bireylerde hastane yatışlarını azaltmaya, madde kullanımını ve şiddet davranışlarını azaltmaya / önlemeye, sosyal ve mesleki işlevselliği arttırmaya ve intiharı önlemeye yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

- Kadın, yatan hasta olarak takip edilen, intihar girişimi bulunan, sosyal işlevselliği bozulmuş, madde kullanan ve şiddet davranışları gösteren bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin, bakım verdiği kişi sayısı birden çok olan, işsiz veya işçi olan bakım verenlerin hastalıkla baş etme sürecinde etkisiz baş etme yöntemlerini kullandıkları tespit edildiği için bakım verenlere gereksinim ve beklentileri doğrultusunda etkili / problem merkezli baş etme yöntemleri kazandıran psikoeğitim çalışmaları yapılmalıdır.

- Bakım verenlerin bakım yükünün azaltılması ve baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi amacıyla düzenli ayaktan izlem ve evde ruh sağlığı bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ile hasta bireylerin hastaneye yatış gereksinimleri en aza indirgenmelidir.

- Çalışma sınırlı sayıdaki bakım verenlerle yapıldığı için daha geniş örneklemlili kantitatif çalışmalar yapılmalıdır.

- Bakım verenlerin bakım yükünü, baş etme yöntemlerini ve bu değişkenleri etkileyen faktörleri daha iyi ortaya çıkarabilmek için kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## 8. KAYNAKLAR

- Adewuya AO, Owoeye OA ve Erinfolami AR. Psychopathology and Subjective Burden Amongst Primary Caregivers of People with Mental Illness in South-Western Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46:1251-1256.
- Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜM, Özer ÖA ve Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği), Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2005; 6:221-226.
- Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N ve Türkçapar MH. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* 2012; 25:330-337.
- Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M ve Zincir S. Bipolar Bozuklukta Cinsiyete Göre Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Derg.* 2012; 54:279-283.
- Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafaloğlu N, Yaşan A, Tomruk N ve Kurt E. Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik özellikleri-HOME çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2012; 22:31-42.
- Aksoy A. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. 2013, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 97 sayfa, Sivas, (Doç. Dr. Meral Kelleci).
- Allen MH, Chessick CA, Miklowitz DJ, Goldberg JF, Wisniewski SR, Miyahara S, Calabrese JR, Marangell L, Bauer MS, Thomas MR, Bowden CL, Sachs GS. Contributors to Suicidal Ideation among Bipolar Patients with and without A History of Suicide Attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 2005; 35:671-680.
- Alpman HN. Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Karma Dönemin ve Hızlı Döngülülüğün Bakıcı Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi. 2010, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, 119 sayfa, İstanbul, (Dr. Evrim Erten).
- Angst J, Marneros A. Bipolarity from Ancient to Modern Times: Conception, Birth and Rebirth. *Journal of affective disorders.* 2001; 67:3-19.
- Angst J, Sellaro R. Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry.* 2000; 48: 445-457.

- Arguvanlı S, Taşcı S. Bipolar Bozuklukta Bakım Verenlerin Sorunları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013 ;1(1):21-30.
- Ata EE, Kelleci M. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bir Grup Hastada Saldırganlık Potansiyeli ve Etkileyen Bazı Etkenler. NP Akademi. 2012; 1:7-15.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Altınbaş K, Yeşilyurt S ve Tan D. İki Uçlu Bozuklukta Bilişsel İşlev Bozukluklarının Klinik Belirleyicileri ve Bilişsel Ara Fenotipler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23:265-274.
- Atagün MA, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M ve Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(3):513-552.
- Aydemir Ö, Dikici DS, Akdeniz F ve Kalaycı F. Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Güvenilirlik ve Geçerliliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 2012; 49:276-280.
- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A ve Kırılı S. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2009; 46:10-4.
- Bahar G, Savaş HA, Ünal A ve Bahar A. İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Hastalarının Tedaviye Katılımları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Journal of Mood Disorders. 2015; 5(3):95-103.
- Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. Remzi Kitabevi, 2013: p.175-184.
- Barlas F. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarına Bakım Verenlerin Yük, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Şiddeti Yönünden Karşılaştırılması. 2011, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 135 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. A. Fulya Maner).
- Barrowclough C, Parle M. Appraisal, Psychological Adjustment and Expressed Emotion in Relatives of Patient Suffering from Schizophrenia. Br J Psychiatry. 1997; 171:26-30.
- Bauer R, Spiessl H ve Helmbrecht MJ. Burden, Reward, and Coping of Adult Offspring with Depression and Bipolar Disorder. Int J Bipolar Disord. 2015; 3: 2-8.
- Belete H, Mulat H, Fanta T, Yimer S, Shimelash T, Ali T ve Tewabe T. Magnitude and Associated Factors of Aggressive Behaviour Among Patients with Bipolar Disorder at Amanual Mental Specialized Hospital, Outpatient Department,

- Addis Ababa, Ethiopia: Cross-Sectional Study. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:443-451.
- Belmaker RH. Bipolar disorder. *N Engl J Med*. 2004; 351:476-486.
- Bernhard B, Schaub A, Kummler P, Dittmann S, Severus E, Seemüller F, Born C, Forsthoft A, Licht RW ve Grunze H. Impact of Cognitive–Psychoeducational Interventions in Bipolar Patients and Their Relatives. *Eur Psychiatr* 2006; 21:81–86.
- Binbay Z. Major Depresyonu Olan Hastaların Birinci Dereceden Yakınlarında Depresyon Varlığının Araştırılması, Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri. 2011, Maltepe Üniversitesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, 95 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. R. Peykan Gökalp).
- Bora E, Vahip S ve Akdeniz F. Bipolar Bozuklukta Bilişsel Belirtileri Doğası ve Önemi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(1):81-93.
- Budd RJ, Oles G, Hughes IC. The Relationship between Coping Style and Burden in Carers of Relatives with Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98:304-309.
- Cesur E, Fıstıkçı N, Dönmezler FG, Çarpar E, Erten E, Keyvan A VE Saatçioğlu İÖ. Yatarak Tedavi Görmüş Geriyatrik Unipolar Depresyon ve Bipolar Bozukluk Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Yeni Symposium*. 2015; 53(4):11-15.
- Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiving Burden and Coping. A Prospective Study of Relationship between Burden and Coping in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42:923-930.
- Chakrabarti S, Gill S. Coping and Its Correlates among Caregivers of Patients with Bipolar Disorder: A Preliminary Study. *Bipolar Disord*. 2002; 4(1):50-60.
- Chakrabarti S, Kulhara P, Verna SK. Extent and Determinants of Burden among Families of Patients with Affective Disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 86:247-252.
- Chakrabarti S, Nehra R, Sharma S. Distress Associated with Symptoms of Schizophrenia and Bipolar Disorder: The Caregiver's Perspective. *J Ment Healt Hum Behav*. 2003; 8:39-50.

- Chakrabarti S, Raj L, Kulhara P, Avasthi A, Verma SK. A Comparison of Extent and Pattern of Family Burden in Affective Disorders and Schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 1995; 37:105-112.
- Chen PS, Yang YK, Liao LC, Lee YD, Yeh TL, Chen CC. The Psychological Well-Being and Associated Factors of Caregivers of Outpatients with Schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004; 58(6):600-605.
- Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive Aspects of Caregiving: Rounding out The Caregiver Experience. *International journal of geriatric psychiatry*. 2002; 17(2):184-188.
- Crump C, Sundquist K, Winkleby MA. Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder: a Swedish National Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70:931-939.
- Cuijpers P, Stam H. Burnout among Relatives of Psychiatric Patients Attending Psychoeducational Support Groups. *Psychiatric Services*. 2000; 51:375-379.
- Cusin C, Serretti A, Lattuada E, Mandelli L, Smeraldi E. Impact of Clinical Variables on Illness Time Course in Mood Disorders. *Psychiatry Res*. 2000; 97:217-27.
- Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 9. Basım. Remzi Kitabevi: İstanbul; 1999:p.321-326.
- Çoban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(2):61-66.
- da Silva GDG, Jansen K, Barbosa LP, Branco JDC, Pinheiro RT, da Silva Magalhaes PV, Kapczinski F, da Silva RA. Burden and Related Factors in Caregivers of Young Adults Presenting Bipolar and Unipolar Mood Disorder. *International journal of social psychiatry*. 2014; 60(4),396-402.
- Darling CA, Olmstead SB, Lund EV, Fairclough JF. Bipolar Disorder. Medication Adherence and Life Contentment *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; 22(3):113-126.
- Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure The Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manag*. 2003; 26(4):922-953.
- Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE ve Karaytuğ MO. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumu. *Cukurova Medical Journal*. 2015; 40(3):555-568.

- Depece AA. Erkek Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Yükü Açısından Alkol ve Madde Kullanımı Varlığının Etkisi. 2010, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 148 sayfa, İstanbul, (Uzm. Menekşe Sıla Yazar).
- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Outpatients with Schizophrenia and Bipolar I Disorder: Do They Differ in Their Cognitive and Social Functioning? *Psychiatry Res.* 2001; 102(1):21-27.
- Dore G, Romans SE. Impact of Bipolar Affective Disorder on Family and Partners. *J Affect Disord.* 2001; 67:147-158.
- Dos Santos GD, Forlenza OV, Ladeira RB, Aprahamian I, Almeida JG, Lafer B, Nunes PV. Caregiver Burden in Older Adults with Bipolar Disorder: Relationship to Functionality and Neuropsychiatric Symptoms. *Psychogeriatrics* [Electronic Journal]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28130857> November 2017;21.
- Erdemir F. Bakım Verici Rolünde Zorlanma. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, 13. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2013:p.67-76.
- Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2010; 2(2):206-236.
- Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkçı N. Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dönem ve Seyir Özelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2014; 25(2):114-23.
- Fadden G, Bebbington P, Kupiers L. Caring and Its Burdens. A Study of The Spouses of Depressed Patients. *Br J Psychiatry.* 1987; 151:660-667.
- Gautam S, Nijhavan M. Burden on Families of Schizophrenic and Chronic Lung Disease Patients. *Indian J. Psychiatr.* 1984; 26(2):156-159.
- Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. Schizophrenic Patients and Their Families: A Survey in a Psychiatric Service Based on A DGH Unit. *Br J Psychiatry.* 1984; 144:70-77.
- Gigante AD, Barenboim IY, Dias RS, Toniolo RA, Mendonça T, Miranda-Scippa A, Kapczinski F, Lafer B. Psychiatric and Clinical Correlates of Rapid Cycling Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2016; 38:270-274.



- Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and Impairment in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1635-1640.
- Goodwin FK, S Nassir Ghaemi. The Course of Bipolar Disorder and The Nature of Agitated Depression. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(12):2077-2079.
- Goossens PJ, Van Wijngaarden B, Knoppert-Van Der Klein EA, Van Achterberg. Family Caregiving in Bipolar Disorder: Caregiver Consequences, Caregiver Coping Styles, and Caregiver Distress. *International Journal of Social Psychiatr*. 2008; 54(4):303-316.
- Güçlü O, Karaca O, Yıldırım B, Özköse MM ve Erkıran M. Bipolar Bozuklukta İğörü ile Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(4):230-238.
- Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002; 13(2):143-151.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş ve Mete L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 21(3):203-12.
- Gültekin BK, Günderci A, Balcı MV, Kökcü F, Gedikbaş C ve Özcan ME. Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2008; 18: 183–188.
- Gümüş AB. Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2006; 1(2):23-34.
- Heru AM, Ryan CE. Burden, Reward and Family Functioning of Caregivers for Relatives with Mood Disorders: 1 Year Follow up. *J Affect Disord*. 2004; 83:221–225.
- Hsai C, Sakamoto S, Sugiura T, Miyata R, Fujii Y, Koshiishi F, Kitamura T. Burden on Family Members of The Mentally Ill: A Naturalistic Study in Japan. *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43(3):219-222.
- Idstad M, Ask H, Tambs K. Mental Disorder And Caregiver Burden İn Spouses: The Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Public Health*. 2010; 10:516-523.
- İnci FH. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. 2006, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans tezi, 87 sayfa, Denizli (Yard. Doç. Dr. Müyesser Erdem)

- İnan FŞ ve Duman ZÇ. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(4):205-211.
- 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.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryel 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(3):261–269.
- Johnson ED. Differences among Families Coping with Serious Mental Illness: A Qualitative Analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2000; 70:126-134.
- Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. Subjective Burden over 12 Months in Parents of Patients with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2003; 17:126-134.
- Kafadar MT. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. 2014, Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 71 sayfa, Kırıkkale (Yard. Doç. Dr. Şadiye Visal Buturak)
- Kaplan H. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. 11. Baskı, Bozkurt A, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004:158.
- Karababa İF, Çiçek E, Çiçek İE, Kayhan F ve Aşkın R. Bipolar-I Bozukluğu Olan Hastalarda Klinik Özellikler İle Hastalığın Seyri Arasındaki İlişki. *Selçuk Tıp Derg*. 2012; 28(1):9-12.
- Karşıdağ Ç, Taktak Ş ve Alpay N. Remisyon Dönemindeki Mani Hastalarında Yetiyitimi Düzeyi. *Düşünen Adam*. 2000; 13(4)211-216.
- Kaya E, Aydemir Ö ve Selçuk D. Remisyonunda İki Uçlu Hastalarında Duygudurum Belirtilerinin Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10:124-130.
- Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J. Gender Differences in Incidence and Age at onset of Mania and Bipolar Disorder over A 35-Year Period in Camberwell, England. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(2):257-262.

- Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders. III: Probability of marital stability. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:1092-1096.
- Keskin N. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. 2016, T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, Adana (Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz)
- Kızılırmak B. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü ve Ruhsal Sağlık Durumu. 2014, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 143 sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Leyla Küçük)
- Krautgartner M, Unger A, Göessler R, Rittmannsberger H, Simhandl C, Grill W, Stelziq-Schöler R, Doby D, Wancata J. Minor Relatives of Schizophrenia Patients: Burden and Needs. *Neuropsychiatr*. 2007;21(4):267-274.
- Kupiers L, Bebbington P. Relatives as A Resource in Management of Functional Illness. *Br J Psychiatry*. 1985; 147: 465-470.
- Lam D, Donaldson C, Brown Y, Malliaris Y. Burden and Marital and Sexual Satisfaction in The Partners of Bipolar Patients. *Bipolar Disord*. 2005;7:431-440.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer publishing, 1984.
- Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML, Bellivier F. Age at onset in Bipolar Affective Disorders: A Review. *Bipolar Disorders*. 2005; 7:111-118.
- Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A Study of Family Burden of 150 Members of Schizophrenia Patients. *Eur Psychiatry*. 2004; 19:395-401.
- Magana SM, Ramirez Garcia JI, Hernandez MG, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatric Services*. 2007; 58(3):378-384.
- Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, Malangone C, Marasco C, Maj M. Family Burden and Coping Strategies in Schizophrenia: 1-Year Follow up Data from the BIOMED I Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35:109-115.
- Magliano L, Fadden G, Economou M, Xavier M, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Social and Clinical Factors Influencing The Choice of

- Coping Strategies Inrelatives of Patients with Schizophrenia: Results of The BIOMED I Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33:413-419.
- Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, Marasco C, Tosini P, Maj M. Burden on The Families of Patients with Schizophrenia: Results of The BIOMED I Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33:405–412.
- Martyns-Yellows, IS. The Burden of Schizophrenia on the Family: A Study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry.* 1992; 161:779-782.
- Miasso AI, Monteschi M, Giacchero. KG. Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence And Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(4), 548–556.
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A Randomized Study of Family-Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in The Outpatient Management of Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry.* 2003; 60(9):904-912.
- Molu NG. S.Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. 2008, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya (Yard. Doç. Dr. Havva Tel)
- Nehra R, Chakrabarti S, Kulhara P, Sharma R. Caregiving-Coping in Bipolar Disorder and Schizophrenia. A Re-Examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40:329-336.
- Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The Burden on Informal Caregivers of People with Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.* 2005; 7(1):25-32.
- Ohaeri JU. Caregiver Burden and Psychotic Patients' Perception of Social in A Nigerian setting. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36:86-93.
- Ohaeri JU, Fido AA. The Opinion of Caregivers on Aspects of Schizophrenia and Major Affective Disorders in a Nigerian Setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36:493–499.
- Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA Serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002:441- 503.
- Ostacher MJ, Nierenberg AA, Iosifescu DV, Eidelman P, Lund HG, Ametrano RM, Kaczynski R, Calabrese J, Miklowitz DJ, Sachs GS, Perlick DA. Correlates of

- Subjective and Objective Burden among Caregivers of Patients with Bipolar Disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 118(1):49-56.
- Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 13. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
- Perlick D, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, Grier S, Miklowitz DJ. Caregiver Burden as A Predictor of Depression among Family and Friends who Provide Care for Persons with Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.* 2016; 18: 183-191.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck R. Burden Experienced by Caregivers of Persons with Bipolar Affective Disorder. *Br J Psychiatry.* 1999; 175:56-62.
- Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Kaczynski R, Rosenheck RA. Use of Mental Health and Primary Care Services by Caregivers of Patients with Bipolar Disorder: A Preliminary Study. *Bipolar Disord.* 2005; 7:126-135.
- Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, Link BG. Impact of Family Burden and Affective Response on Clinical Outcome among Patients with Bipolar Disorder. *Psychiatr Serv.* 2004; 55:1029-1035.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Canive JM, Lieberman JA. Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia. *Psychiatric Services.* 2006; 57:1117-1125.
- Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ. Prevalence and Correlates of Burden among Caregivers of Patients with Bipolar Disorder Enrolled in The Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord.* 2007; 9:262-273.
- Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ, Kaczynski R, Link B, Ketter T, Wisniewski W, Wolff N, Sachs G. Caregiver Burden and Health in Bipolar Disorder: A Cluster Analytic Approach. *Nerv Ment Dis.* 2008; 196(6):484–491.
- Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised Controlled Trial of Efficacy of Teaching Patients with Bipolar Disorder to Identify Early Symptoms of Relapse and Obtain Treatment. *B M J.* 1999; 318:149-153.
- Pickett-Schenk A, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving Knowledge about Mental Illness through Family-Led Education: The Journey of Hope. *Psychiatr Serv.* 2008; 59(1):49-56.

- Platt S. Measuring The Burden of Psychiatric Illness on The Family: An Evaluation of Some Rating Scales. *Psychol Med.* 1985; 15:383-393.
- Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, Fountoulakis KN, Serafini G, Sher L, Janiri L, Rihmer Z, Amore M, Girardi P. Impact of Living with Bipolar Patients: Making Sense of Caregivers' Burden. *World J Psychiatr.* 2014; 4(1):1-12.
- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Daban C, Sánchez-Moreno J. What Really Matters to Bipolar Patients' Caregivers: Sources of Family Burden. *J Affect Disord.* 2006; 94:157-63.
- Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Sánchez-Moreno J. Impact of A Psychoeducational Family Intervention on Caregivers of Stabilized Bipolar Patients. *Psychother Psychosom.* 2004; 73(5):312-319.
- Rihmer Z, Angst J, 1994, *Mood Disorders: Epidemiology.* Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8th Ed. Aydın H, Bozkurt A, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2005:8.
- Rihmer Z, Angst J. *Mood Disorders: Epidemiology.* Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Ed. Aydın H, Bozkurt A, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2007:1575-1582.
- Roychaudhari J, Mandal D, Boral A. Family Burden among Long Term Psychiatric Patients. *Indian J Psychiatry.* 1995; 37:81-85.
- Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer MC. The Impact of Caregivers' Characteristics, Patients' Conditions and Regional Differences on Family Burden in Schizophrenia: A Longitudinal Analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 114:363-374.
- Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A. Burden on Caregivers of People with Schizophrenia: Comparison between Germany and Britain. *British Journal of Psychiatry.* 2007; 190:333-338.
- Sajatovic M, Davies M, Bauer MS, McBride L, Hays RW, Safavi R, Jenkins J. Attitudes Regarding The Collaborative Practice Model and Treatment Adherence among Individuals with Bipolar Disorder. *Comprehensive Psychiatry.* 2005; 46(4):272-277.

- Saka MC, Özer S ve Uluşahin A. Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(4):283-292.
- Sales E. Family Burden and Quality Life. Qual Life Res. 2003; 12(1):33-41.
- Scazufca M, Kuipers E. Coping Strategies and Styles of People with Schizophrenia before and after Psychiatric Admission. Br J Psychol. 1999; 174:154-158.
- Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MW. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. Schizophr Bull. 1998; 24:609-618.
- Schwartz C, Gidron R. Parents of Mentally Ill Adult Children Living at Home Rewards of Caregiving. Health & Social Work. 2002; 27(2):145-154.
- Sefasi A, Crumlish N, Samalani P, Kinsella A, O'Callaghan E, Chilale H. A Little Knowledge: Caregiver Burden in Schizophrenia in Malawi. Soc Psychiatr Epidemiol. 2008; 43:160-164.
- Solomon D, Leon A, Endicott J, Coryell W, Keller M, Pasternak M. Unipolar Mania over The Course of A 20 Year Follow-up Study. Am J Psychiatry. 2003; 160: 2049-2051.
- Stelling K, Habers I, Jungbauer J. Between Taking Responsibility and Becoming Independent. Adolescents with A Mentally Ill Parent. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2008; 57:757-773.
- Şahin E, İlnem C, Yıldırım EA, Güvenç C, Yener F. İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Olgularında Aile Yüklenmesi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. 2002; 15(4):196-204.
- Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 10(34):56-73.
- Şaşmaz İB. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Borderline Kişilik Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Üzerindeki Yordayıcı Etkisi. 2014, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 97 sayfa, İstanbul (Yard. Doç. Dr. Ahmet Tosun)
- Targum SD, Dibble ED, Davenport YB, Gershon ES. The Family Attitudes Questionnaire Patients' and Spouses' Views of Bipolar Illness. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38(5):562-568.
- Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, Doğan S. Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(3):103-107.

- Tel H, Pınar ŞE. Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(3):145-152.
- Tohen M, Goldberg JF, Gonzalez-Pinto Arrillaga AM, Azorin JM, Vieta E, Hardy-Bayle MC, Lawson WB, Emsley RA, Zhang F, Baker RW, Risser RC, Namjoshi MA, Evans AR, Breier A. A 12-week, Double-Blind Comparison of Olanzapine vs Haloperidol in The Treatment of Acute Mania. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:1218-1226.
- Townsend MC (Ed.). 2014, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, Özcan CT, Gürhan N (Çev. Ed.), Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2016.
- Tuğrul M. Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. 2015, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 130 sayfa, Ankara (Yard. Doç. Dr. Birgül Özkan)
- Türk Dil Kurumu (<http://www.tdk.gov.tr> güncellenme: 05.06.2009), Erişim Tarihi: 09.04.2017.
- Türkmen SN. Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*. 2015; 4:73-93.
- Uğur K. Bipolar Bozuklukta Özkıyım Davranışının Değerlendirilmesi. 2012, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 80 sayfa, Adana (Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz)
- Ukpong DI. Demographic Factors and Clinical Correlates of Burden and Distress in Relatives of Service Users Experiencing Schizophrenia: A Study from South-Western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2006; 15:54-59.
- van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, Vazques-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, McCrone P. Care-Giving in Schizophrenia: Development, Internal Consistency and Reliability of The Involvement Evaluation Question-naire - European Version - Epsilon Study 4. *Br J Psychiatry*. 2000; 176(39):21-27.



- Veltman A, Cameron JI, Stewart DE. The Experience of Providing Care to Relatives with Chronic Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190(2):108-114.
- Verhey FRJ, Vugt DME, Aalten P, Dassen VMJ, Byrne EJ, Robert P. Caregiver Outcomes in Disease Modifying Trials. *J Nutr Health Aging*. 2007; 11(4):342-344.
- Voort VD, Goossens PJJ, Bijl VD. Burden, Coping and Needs For Support of Caregivers For Patients with a Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007; 14:679-687.
- Wyatt, RJ. Henter I. An economic evaluation of manic-depressive illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1995; 30(5):213-219.
- Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, Daley SE, Henry RM. Expressed Emotion Versus Relationship Quality Variables In The Prediction Of Recurrences In Bipolar Patients. *J Affect Disord*. 2004; 86:199-206.
- Yıldırım SÇ. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarının Temel Bir Kavramı: Stres. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Olcay Çam, Esra Engin (Ed.). Medikal Yayıncılık: İstanbul. 2014:145-155.
- Yusuf AJ, Nuhu FT. Factors Associated with Emotional Distress among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46:11-16.
- Yüçetürk B. Klinikte İzlenen Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Özkıyım Düşüncelerinin ve Girişimlerinin Yaygınlığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi. 2012, Ege Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 115 sayfa, İzmir (Prof. Dr. Simavi Vahip)
- Zubieta JK, Huguelet P, Koeppe RA, Kilbourn MR, Carr JM, Giordani BJ, Frey KA. High Vesicular Monoamine Transporter Binding in Asymptomatic Bipolar I Disorder: Sex Differences and Cognitive Correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(10):1619-1628.

## 9. EKLER

### Ek-1 Anket Formu

Bu araştırma “ **Bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerde bakım yükünün ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi**” amacıyla planlanmıştır. Aşağıdaki soruları mevcut durumunuzu göz önüne alarak eksiksiz ve samimi bir şekilde yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen bilgiler kurum ve kişi belirtmeksizin sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Gösterdiğiniz ilgi ve destek için çok teşekkür ederim.

Elif AYYILDIZ

Ç.O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

### **Bipolar Bozukluk Tanılı Bireye Bakım Verene Ait Bilgiler**

- 1.Kaç yaşındasınız?.....
- 2.Cinsiyetiniz nedir?  
(1).Kadın (2).Erkek
- 3.Bipolar bozukluk tanılı bireye yakınlık dereceniz nedir?  
(1).Anne (2).Baba (3).Çocuk (4).Eş (5).Kardeş (6).Akraba  
(7).Diğer.....
- 4.Medeni durumunuz nedir?  
(1).Evlili (2).Bekar (3).Dul-boşanmış (4).Ayrı yaşıyor
5. Çocuğunuz var mı?  
(1).Evet (2).Hayır
6. Yanıtınız evet ise kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz:.....
- 7.Eğitim durumunuz nedir?  
(1).Okur yazar (2).İlkokul (3).Ortaokul (4).Lise (5).Üniversite
8. Mesleğiniz nedir?.....
9. Sosyal güvenceniz var mı?  
(1).Var (2).Yok
- 10.Çalışma durumunuz nedir?  
(1).Tam gün (2).Yarım gün (3).Çalışmıyor
- 11.Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?  
(1).Düşük (2).Orta (3).Yüksek
- 12.Bakımından sorumlu olduğunuz başka bir kişi var mı?  
(1).Evet (2).Hayır

13. Yanıtınız “Evet” ise kaç kişinin daha bakımı ile ilgilendiğinizi belirtiniz:.....

14.Bakım veren olarak ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?.....

15.Bakım konusunda yardım aldığınız kurumlar / kişiler var mı?

(1).Evet (2).Hayır

16. Yanıtınız “Evet” ise yardım aldığınız kurumları / kişileri belirtiniz.

.....

17. Bakım verdiğiniz kişinin iyileşmesi için tıp dışı yöntemlere / yöntemlere başvurduğunuz mu?

(1).Evet (2).Hayır

18. Yanıtınız evet ise hangi yöntemlere / yöntemlere başvurduğunuz belirtiniz?

.....

.....

19. Yakınınızın tedavisi ile ilgili doktorla görüşmeleriniz dışında bipolar bozuklukla ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?

(1).Evet (2).Hayır

20. Yakınınızın tedavi sürecinde sağlık personellerinden beklentileriniz nelerdir?

.....

.....

### **Bipolar Bozukluk Tanlı Bireye Ait Bilgiler**

1.Bakım verdiğiniz bireyin yaşı nedir?.....

2.Bakım verdiğiniz bireyin cinsiyeti nedir?

(1).Kadın (2).Erkek

3. Bakım verdiğiniz bireyin medeni durumu nedir?

(1).Evli (2).Bekar (3).Dul-boşanmış (4).Ayrı yaşıyor

4. Bakım verdiğiniz bireyin eğitim durumu nedir?

(1).Okur yazar (2).İlkokul (3).Ortaokul (4).Lise (5).Üniversite

5. Bakım verdiğiniz bireyin mesleği nedir?.....

6. Bakım verdiğiniz bireyin sosyal güvencesi var mı?

(1).Var (2).Yok

7. Bakım verdiğiniz bireyin çalışma durumu nedir?

(1).Tam gün (2).Yarım gün (3).alışmıyor

8. Bakım verdiğiniz bireyin gelir düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

(1).Düşük (2).Orta (3).Yüksek

9. Bakım verdiğiniz bireyin tanısı nedir?.....
10. Bakım verdiğiniz bireyin tanısı hızlı döngülü özelliğe (yıl, ay ya da gün içinde sık sık atak yaşama) sahip mi?  
(1).Evet (2).Hayır
11. Bakım verdiğiniz bireyin tanısı ne zaman kondu(ne kadar süredir hasta)?.....
12. Bakım verdiğiniz birey toplam kaç kez hastaneye yattı?.....
13. Bakım verdiğiniz birey son iki yıl içinde bir atak yaşadı mı?  
(1).Evet (2).Hayır
14. Bakım verdiğiniz bireyin şu andaki durumu nedir?  
(1).Yatan hasta (2).Ayaktan takip edilen hasta
15. Bakım verdiğiniz bireyin sosyal işlevselliğinde bozulma var mı?  
(1).Evet (2).Hayır
16. Bakım verdiğiniz bireyin mesleki işlevselliğinde bozulma var mı?  
(1).Evet (2).Hayır
17. Bakım verdiğiniz birey düzenli kontrole gidiyor mu?  
(1). Evet (2).Hayır
18. Yanıtınız “Hayır” ise düzenli kontrole gitmeme nedenleri sizce nelerdir?  
.....  
.....
19. Bakım verdiğiniz birey ilaçlarını düzenli kullanıyor mu?  
(1).Evet (2).Hayır
20. Yanıtınız “Hayır” ise ilaçlarını düzenli kullanmama nedenleri sizce nelerdir?  
.....  
.....
21. Bakım verdiğiniz bireyin daha önce intihar girişimi oldu mu?  
(1). Evet (2).Hayır
22. Yanıtınız “evet” ise kaç kez intihar girişimi olduğunu belirtiniz.....
23. Bakım verdiğiniz birey madde kullanıyor mu?  
(1).Evet (2).Hayır
24. Yanıtınız “evet” ise ne kullanıyor? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.  
(1).Sigara (2).Alkol (3).Diğer Psikoaktif maddeler.....
25. Bakım verdiğiniz birey başkalarına yönelik şiddet davranışları gösteriyor mu?  
(1).Evet (2).Hayır

## Ek-2 Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Size, yakınlarının hastalığı sırasında insanların karşılaşılabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste okuyacağım. Son altı ay içinde bunlardan hangilerinin hangi düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtebilir misiniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

(Hastanın adı)'in hastalığı nedeniyle, ne ölçüde:

1. Maddi sorunlarınız vardı?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

2. İşe (veya okula) kaç gün gidemediniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta güçlük çektiniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

4. İşe girmek, tatile çıkmak gibi kendi planlarınızı değiştirmek zorunda kaldınız?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

5. Hiç boş zamanınız kalmadı?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

6. Gündelik ev işlerine sinirlendiniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

7. Arkadaşlarınızla geçirecek zamanınız azaldı?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

8. Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını göz ardı ettiniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

9. Aile içinde sürtüşme ve tartışma yaşadınız?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 Çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

10. Ev dışında komşularınız, arkadaşlarınız veya akrabalarınızla sürtüşme yaşadınız?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 Çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

11. (Hastanın adı)'in davranışları yüzünden utanç duydunuz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

12. Ona yönelik yeterince çaba sarf etmediğiniz için suçluluk duydunuz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 Çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

13. (Hastanın adı)'a sorun yarattığınız için sorumluluk hissetmeniz nedeniyle suçluluk duydunuz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

14. (Hastanın adı)'in sizden çok fazla talebi olduğu için ona içerlediniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 Çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

15. Ona baktığınız için kendinizi kapana kısılmış gibi hissettiniz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

16. (Hastanın adı)'in eskiye göre ne kadar değiştiğini gördükçe üzüldünüz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

17. (Hastanın adı)'a yönelik davranışlarınızın onun hastalığını kötüleştirmesinden kaygı duydunuz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

18. (Hastanın adı)'in geleceği konusunda kaygı duydunuz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

19. Hastalığın yarattığı damgalamayı üzücü buldunuz?

	1 Hiç	2 çok az	3 Biraz	4 çok	0 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

### EK-3 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı yada stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışlar için size en uygun olan bölümün altına “X” işareti koyunuz.

Bir sıkıntım olduğunda;	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.Kimsenin bilmesini istemem				
2. İyimser olmaya çalışırım				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				

19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23. Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm.				
24. Olanlar karşısında kaderim buymuş derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum				
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				



## EK-4 ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	ELİF	Soyadı	AYYILDIZ
Doğum Yeri	BURSA	Doğum Tarihi	26.11.1992
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	37843074646
E-mail	Ay_yildiz_16@hotmail.com	Tel	5415088945

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ	2014

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	HEMŞİRE	ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2014-...

### Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
		58						

**Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:**

- IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi “İdealler ve Gerçekler: Yapamadıklarımız”, 6-9 Kasım 2016, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Süleyman Demirel Kültür Merkezi, Manisa.
- İzmir Psikiyatri Hemşireliği Sempozyumu, 8-9 Aralık 2016, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- I. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Kongresi, 4-6 Mayıs 2017, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği -Manisa Celal Bayar Üniversitesi işbirliğiyle-, İzmir.
- “Psikolojik Bakım Becerileri” kursu, 3 Haziran 2017, Psikiyatri Hemşireleri Derneği Güçlendirme Seminerleri, İstanbul.


**EK-5 SİRALLİ TEZ KONTROL FORMU**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 17/07/2017

Elif AYYILDIZ

İmza

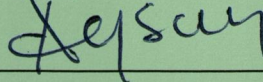


Tarih: 17/07/2017

Aysun BABACAN

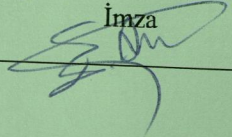
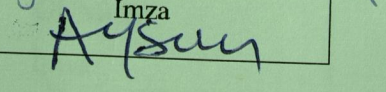
GÜMÜŞ

İmza



EK-6

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SİRALLİ/CİLTİ TEZ YAZIM KONTROL**  
**LİSTESİ**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Onay sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Teşekkür sayfası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Türkçe özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
İngilizce özet	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekiller dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tablolar dizini	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Yöntem ve Gereç	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Bulgular	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tartışma	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Sonuç ve Öneriler	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tez planı	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN	<input checked="" type="checkbox"/> UYGUN
Tarih: 17/07/2017	Tarih: 17/07/2017	
Öğrenci Adı ve Soyadı, E.İ. AYDILDA İmza 	Danışmanın Adı ve Soyadı, Ayşın BABACAN GÜNEŞ İmza 	



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

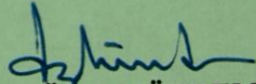
Sayı : KLİ.ARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99-148  
Konu : Başvuru İncelemesi

31/07/2015

**Sayın Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ**

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz “Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükünün ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi” başlıklı 2011-KAEK-27/2015-74 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 29/07/2015 tarih ve 12-02 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

  
**Prof. Dr. Öztürk ÖZDEMİR**  
Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

Karar Tarihi :29.07.2015 14:00

Karar No :2015-12

Karar-02) EK-2015-74 no'lu araştırma ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ'ün göndermiş olduğu düzeltmeler kontrol edildikten sonra yapılan oylamada “ETİK KURUL ONAYINI ALIR.” kararı verilmiştir.



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Sayı : 27222899-099-2712  
Konu : Anket Çalışması

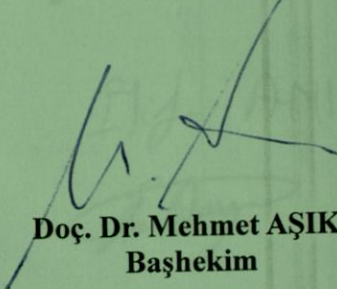
05/10/2015

Sayın Elif AYYILDIZ  
Hemşire

İlgi: 05/10/2015 tarihli dilekçeniz.

Başhekimliğimizden ilgi dilekçeniz ile istemiş olduğunuz; "Psikiyatri kliniğinde ayaktan, yatan ve taburculuğu yapılan hastalara yönelik "Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükünün ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi" konulu uygulamak istediğiniz anket çalışması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Mehmet AŞIK  
Başhekim

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Çanakkale Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı: 33598204-774/7868  
Konu: Anket Çalışması

29.06.2015

ELİF AYYILDIZ

01.08.2015-31.12.2015 tarihleri arasında Çanakkale Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde ayaktan ve yatan hastalara yönelik "Bibolar bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükünün ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi" konulu çalışmanızla ilgili başvurunuz değerlendirilmiş ve anket çalışmanızı gönüllülük kapsamında yapmanız uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Tezcan SEZGİN  
Genel Sekreter  
*e-İmzalı*

TOKİ 960 Konutları Hamidiye Mah. Hüseyin Akif Terzioğlu Cad. No:3 Kepez /  
ÇANAKKALE  
Telefon Nu. : 0286 262 00 10 Belgegeçer Nu. : 0286 217 63 63  
internet adresi: www.canakkalekhb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi alınacak kişi:  
Sakibe KARATURNA  
Eğitim Birimi  
khhbegitim17@gmail.com 0286 262 00 10



Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Belgeye ait bilgilere <http://ebys.canakkalekhb.gov.tr/cozumhbys/belgeDetay.jsp> adresinden (33598204-774-7868-To5M9LE2) kodu ile erişebilirsiniz