

**T.C.**  
**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN BİPOLAR BOZUKLUK TANILI  
HASTALARDA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
Dr. İLHAN AHMET ÇETİNER

**TEZ DANIŞMANI**  
Doç.Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2023

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN BİPOLAR BOZUKLUK TANILI  
HASTALARDA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ  
Dr. İLHAN AHMET ÇETİNER

TEZ DANIŞMANI  
Doç.Dr. HÜLYA ERTEKİN

Çanakkale/ 2023

## TEŞEKKÜR

Gerek uzmanlık eğitimim gerekse tezimin tasarlanması ve ortaya konması sürecinin her aşamasında mesleki bilgi birikimini, sabrını, hoşgörüsünü, empatisini benden esergemeyip bana yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. Hülya ERTEKİN'e

Mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerden faydalandığım uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ali Emre Şevik'e, Prof.Dr. Murat İlhan Atagün'e, Prof.Dr. Demet Güleç Öyekçin'e ve hastanemiz eski öğretim üyeleri Doç. Dr. Erhan Akınca'ya ve Doç. Dr. Halil İbrahim Taş'a,

Asistan hekimlik sürecinde çalışmaktan keyif aldığım, dostluklarıyla asistanlık yaşamamı güzelleştiren, hem mutlu günlerimde hem zor günlerimde yanımda olan, hayata bakış açımı değiştirmemde önemli katkıları olan Dr. Berke BETİN'e, Dr. Neslihan DURAN'a, Dr. Melis DAĞTEKİN'e, Dr. Muhammed Çağrı ZENGİN'e, Dr. Emrah YILDIZOĞLU'na , Dr. Çiler AÇAR YILDIZOĞLU'na ve diğer asistan arkadaşlarıma

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, ekip olmanın anlamını hissettiren psikiyatri hemşire, personel ve sekreter arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde çok emeği olan, hayatımın iyi ve kötü zamanlarında her zaman yanımda olan ve koşulsuz sevgilerini her zaman hissettiğim canım aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İlhan Ahmet ÇETİNER

Çanakkale, 2023

## ÖZET

### COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

**Giriş- Amaç:** COVID-19 pandemisinin ortaya çıkmasının ardından, şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların; damgalanma, beden sağlığı açısından daha az hizmete ulaşabilme, düşük sosyoekonomik düzey, daha kötü yaşam kalitesi, konut istikrarsızlığı ve sosyal etkileşimlerinin zayıflığı gibi faktörler nedeniyle bu dönemden yüksek düzeyde etkilenmeleri olasıdır. Bu çalışmamızda, COVID-19 pandemisi sürecinde Bipolar Bozukluk (BB) tanısıyla takip edilen hastaların; hastalık süreçleri ve işlevselliklerinin nasıl etkilendiğinin belirlenmesi, pandemi döneminde hastalık sürecini olumsuz yönde yordayabilecek bireysel, çevresel ve psikolojik risk faktörlerinin tespit edilmesi ve pandemi sürecinin BB tanılı hastalar üzerindeki etkilerini sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışmamız, Kasım 2021- Ağustos 2022 tarihleri arasında Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde BB tanısı ile takip edilmekte olan ötimik dönemdeki 80 hasta ve hastalarla sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş 80 sağlıklı kontrolün katılımıyla tamamlanmıştır. Katılımcılara Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), Young mani derecelendirme ölçeği (YMDRS), kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği koronavirüs korkusu ölçeği, koronavirüs anksiyete ölçeği- kısa form ve COVID-19 salgınına yönelik algı ve tutumları değerlendirme ölçeği uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya %60 (n=48) 'ı kadın ve %40 (n=32) 'ı erkek olmak üzere 80 bipolar bozukluk tanılı hasta dahil edildi. BB tanılı hastaların %71,3'ü BB-Tip 1 (n=57) tanısıyla takip edilirken %28,8'i BB- Tip 2 (n=23) tanısıyla takip edilmekteydi. Hastaların yaş ortalaması 43,1±13,2 yıl, ortancası 44,0 (min: 18,0-64,0) yılı. Çalışmada; pandemi döneminde BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre toplam uyku saatinde, iştah ve alkol kullanımında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış saptanırken (p<0,05), sosyal ve fiziksel aktivitelere

ayrılan zamanda istatistiksel düzeyde anlamlı azalış saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yine BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre ruh hallerinin daha kötü oldukları, alkol kullanımını daha fazla arttırdıkları, cinsel yaşamlarının daha kötü olduğu ve işlevselliklerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Uygulanan Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği ve koronavirüs algı ve tutumları değerlendirme ölçeği toplam puanları BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ( $p<0,01$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanısıyla takip edilen hastaların ölçek puanları kıyaslandığında koronavirüs algı ve tutumları değerlendirme ölçeği hastalık algısı ölçeği toplam puanı ile tehlikelilik ve makrokontrol alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri düzey logistik regresyon analizinde; BB tanılı hastalarda koronavirüs algı ve tutumları değerlendirme ölçeği makrokontrol alt ölçek puanının düşük olmasının pandemi döneminde geçirilen depresif atak sayısını yordarken, koronavirüs algı ve tutumları değerlendirme ölçeği tehlikelilik alt ölçek puanının ve mesleki işlevselliğinin düşük olmasının pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısını yordadığı saptanmıştır (OR sırasıyla 0,297, - 0,208, 0,271).

**Sonuç:** Bipolar bozukluk tanılı hastalar pandemi döneminde sağlıklı bireylerden daha fazla ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan sorunlarla karşılaşmış, işlevsellikleri olumsuz yönde etkilenmiştir. Özellikle olumsuz COVID-19 algı ve tutumlarına sahip olan hastaların pandemi sürecinde hastalıklarının gidiş ve prognozunun etkilenebileceği gösterilmiştir. BB tanılı hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, telepsikiyatri uygulamalarını gerekli durumlarda aktifleştirmek, hasta ve hasta yakınlarına gelecekte böyle bir süreçle karşılaştıklarında neler yapmaları gerektiği hakkında psikoeğitim vermek alınabilecek önlemlerdir.

## ABSTRACT

### INVESTIGATION OF THE EFFECT OF THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS ON PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

**Introduction & Objective:** During COVID-19, patients with severe psychiatric disorders are likely to be highly affected by stigmatism and less access to healthcare services. Additionally, they usually live in low socioeconomic levels and have a worsened quality of life, housing instability, and poor social interactions. In this study, we aimed to determine the affected processes and functional losses, identify the environmental and psychological risk factors that may adversely predict the disease during the pandemic period, and compare the effects of the pandemic on patients with bipolar disorder (*BD*) with the healthy control group.

**Materials & Method:** This study was conducted between *November 2021 and August 2022* in Çanakkale Onsekiz Mart University Research and Application Hospital Mental Health and Diseases Outpatient Clinic. Eighty patients in the euthymic period were followed up with the diagnosis of *BD*, and 80 healthy controls matched in sociodemographic characteristics have been enrolled. Hamilton depression rating scale (*HAM-D*), Young mania rating scale (*YMRS*), a short functioning fear rating scale for coronavirus, coronavirus anxiety scale – short form, and perceptions and attitudes towards the COVID-19 outbreak scale were applied to the participants.

**Results:** The study included 80 patients with bipolar disorder, 60% female ( $n=48$ ) and 40% male ( $n=32$ ). While 71.3% of the patients with bipolar disorder were diagnosed with BD–Type 1 ( $n=57$ ), 28.8% were followed with BD–Type 2 ( $n=23$ ). The mean age of the patients was  $43.1\pm 13.2$  years, and the median was 44.0 years (*min: 18.0 – 64.0 years*). A statistically significant increase was detected in total sleep hours, appetite, and alcohol use in patients diagnosed with bipolar disorder compared to healthy controls ( $p<0.05$ ). On the contrary, a statistically significant decrease was found in the time allocated to social and physical activities ( $p<0.05$ ). Patients with bipolar disorder had deteriorated moods than healthy controls and increased alcohol consumption. Their sex life and functionality statistically significantly worsened ( $p<0.05$ ). The total scores of the Short Functioning Assessment Scale and the Coronavirus Perceptions and Attitudes Assessment Scale were statistically significantly higher in patients with bipolar disorder than in healthy controls ( $p<0.01$ ). When the scale scores of the patients who were followed up with the diagnosis of BD Type–1 and BD Type–2 were compared, a statistically significant difference was found in the total score of the coronavirus perception and attitudes assessment scale, disease perception scale and the dangerousness and macro-control subscale scores ( $p<0.05$ ). In the advanced logistic regression analysis, it was found that the low macro-control subscale score of the coronavirus perception and attitudes assessment scale in patients with bipolar disorder predicted the number of depressive episodes experienced during the pandemic period, while the dangerousness subscale score of the coronavirus perception and attitudes

evaluation scale and low occupational functioning predicted the number of manic episodes during the pandemic period (*OR 0.297, -0.208, 0.271 respectively*).

**Conclusion:** Patients with bipolar disorder faced more mental, physical, and social problems than healthy individuals during the pandemic, and their functionalities were adversely affected. In particular, it has been shown that patients with negative COVID-19 perceptions and attitudes may affect the course and prognosis of their diseases during the pandemic process. Facilitating access to health services for patients with bipolar disorder, activating telepsychiatry applications when necessary, and providing psychoeducation to patients and their relatives about what they should do when they encounter such a process in the future are measures that can be taken.

**Keywords:** bipolar disorder, COVID-19, pandemic, psychiatric disorders, functionality



# İÇİNDEKİLER

|   |      |
|---|------|
| ÖZET.....   | iv   |
| ABSTRACT.....   | vi   |
| İÇİNDEKİLER.....  | viii |
| EKLER.....  | xi   |
| KISALTMALAR ve SİMGELER.....                            | xii  |
| TABLolar.....   | xiv  |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                   | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                  | 3    |
| 2.1. Pandemiler.....                                    | 3    |
| 2.1.1. Pandemi Kavramı.....                             | 4    |
| 2.1.2. Pandemilerin Genel Özellikleri.....              | 4    |
| 2.1.3. Pandemi Riskli Gruplar.....                      | 5    |
| 2.2. Koronavirüsler.....                                | 7    |
| 2.2.1. Koronavirüs Tarihçesi.....                       | 7    |
| 2.2.2. Koronavirüs Etkeninin Yapısı.....                | 8    |
| 2.2.3. Koronavirüs Bulaş Yolları.....                   | 8    |
| 2.2.4. COVID-19 Hastalığının Klinik Bulguları.....      | 10   |
| 2.2.5. COVID-19 Tanısı.....                             | 12   |
| 2.2.6. COVID-19 Hastalığının Erişkinlerde Tedavisi..... | 13   |
| 2.2.7. COVID-19 Hastalığının Ruhsal Etkileri.....       | 14   |
| 2.3. Bipolar Bozukluk.....                              | 16   |
| 2.3.1. Tanım ve Sınıflandırma.....                      | 16   |
| 2.3.2. Epidemiyoloji.....                               | 18   |
| 2.3.3. Bipolar Bozuklukta Etiyoloji.....                | 19   |
| 2.3.3.1. Kalıtsal ve Genetik Faktörler.....             | 19   |
| 2.3.3.2. Biyokimyasal Faktörler.....                    | 20   |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 2.3.3.3. | Nörogörüntüleme.....  | 21 |
| 2.3.3.4. | Psikososyal ve Çevresel Faktörler.....                                    | 21 |
| 2.3.4.   | Bipolar Bozuklukta Tanı.....  | 22 |
| 2.3.5.   | Bipolar Bozuklukta DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri.....                      | 22 |
| 2.3.5.1. | Mani Dönemi.....  | 22 |
| 2.3.5.2. | Hipomani Dönemi.....  | 24 |
| 2.3.5.3. | Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi.....                                       | 26 |
| 2.3.5.4. | Bipolar I Bozukluk (BB Tip-1).....  | 27 |
| 2.3.5.5. | Bipolar II Bozukluk (BB Tip-2).....                                       | 28 |
| 2.3.6.   | Klinik Seyir ve Prognoz.....  | 30 |
| 2.3.7.   | Bipolar Bozuklukta İşlevsellik.....                                       | 31 |
| 2.3.8.   | Bipolar Bozuklukta Komorbidite.....                                       | 34 |
| 2.3.8.1. | Psikiyatrik Hastalıkların Komorbiditesi.....                              | 34 |
| 2.3.8.2. | Kronik Tıbbi Hastalıkların Komorbiditesi.....                             | 36 |
| 2.3.9.   | Bipolar Bozuklukta Tedavi.....  | 38 |
| 2.3.10.  | Bipolar Bozukluk ve COVID-19.....   | 40 |
| 3.       | GEREÇ VE YÖNTEM.....  | 43 |
| 3.1.     | Evren ve Örneklem.....  | 43 |
| 3.2.     | Etik İzin.....  | 43 |
| 3.3.     | Çalışmanın Uygulanması.....   | 43 |
| 3.4.     | Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri.....                         | 44 |
| 3.5.     | Veri Toplama Araçları.....  | 44 |
| 3.5.1.   | Sosyodemografik Veri Formu.....   | 44 |
| 3.5.2.   | Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....                             | 45 |
| 3.5.3.   | Young Mani Derecelendirme Ölçeği.....                                     | 45 |
| 3.5.4.   | COVID-19 Korkusu Ölçeği.....  | 45 |
| 3.5.5.   | Koronavirüs Anksiyete Ölçeği- Kısa Form.....                              | 46 |
| 3.5.6.   | COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları<br>Değerlendirme Ölçeği..... | 46 |
| 3.5.7.   | Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği.....                                | 47 |
| 3.6.     | İstatistiksel Analiz.....   | 47 |

|   |    |
|---|----|
| 4. BULGULAR.....  | 49 |
| 4.1. Bipolar Bozukluk ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Verilerinin Kıyaslanması.....                      | 49 |
| 4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubunun Hastalık Tiplerine Göre Kıyaslanması.....                 | 58 |
| 4.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubunun İlaç Kullanımı.....                                       | 62 |
| 4.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubunun Korelasyon Analizleri..                                   | 63 |
| 4.5. Sağlıklı Kontrol Grubunun Korelasyon Analizleri.....   | 73 |
| 4.6. Regresyon Analizi.....   | 75 |
| 5. TARTIŞMA.....  | 76 |
| 5.1. Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubuyla Sağlıklı Kontrollerin Bulgularının Karşılaştırılması..... | 76 |
| 5.2. Bipolar Bozukluk Alt Tiplerinin Karşılaştırılması.....   | 86 |
| 5.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Korelasyon ve Regresyon Analizinin Yorumlanması.....          | 88 |
| 6. SINIRLILIKLAR.....   | 94 |
| 7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....   | 94 |
| 8. KAYNAKLAR.....   | 96 |
| 9. EKLER  |    |
| EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu   |    |
| EK 2: Sosyodemografik Veri Formu  |    |
| EK 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği  |    |
| EK 4: Young Mani Derecelendirme Ölçeği  |    |
| EK 5: COVID-19 Korkusu Ölçeği   |    |
| EK-6: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği- Kısa Form   |    |
| EK-7: COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği                               |    |

## **EKLER**

EK 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

EK 3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

EK 4: Young Mani Derecelendirme Ölçeği

EK 5: Koronavirüs (COVİD-19) Anksiyete Ölçeği- Kısa Form

EK-6: Koronavirüs (COVİD-19) Korkusu Ölçeği

EK-7: COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği

EK-8: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

## KISALTMALAR VE SİMGELER

**AKB:** Alkol Kullanım Bozukluğu

**BB:** Bipolar Bozukluk

**BSB:** Bipolar Bozukluk Spektrum

**BT:** Bilgisayarlı Tomografi

**CAÖ:** Koronavirüs Anksiyete Ölçeği- Kısa Form

**C-ATDÖ:** COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği

**CKÖ:** COVID-19 Korkusu Ölçeği

**COVID-19:** Koronavirüs Hastalığı 2019

**DSM-5:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**HAM-D:** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

**HCV:** Hepatit C Virüsü

**HIV:** İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

**İCD-10:** Uluslar arası Hastalık Sınıflandırılması 10

**KİDÖ:** Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**MERS-CoV:** Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü

**PCR:** Polimeraz zincir reaksiyonu

**RT- PCR:** Reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu

**SARS-CoV:** Akut solunum sendromu koronavirüsü

**YMDRS:** Young Mani Derecelendirme Ölçeği



## TABLULAR

Tablo 4.1 Bipolar Bozukluk ve Sağlıklı Kontrollerin Sosyodemografik Verilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.2 Pandemi Döneminde Etkilenen Bireysel Faktörler-1

Tablo 4.3 Pandemi Döneminde Etkilenen Bireysel Faktörler-2

Tablo 4.4 Pandemi Döneminde Etkilenen Bireysel Faktörler-3

Tablo 4.5 Pandemi Döneminde Etkilenen Ekonomik Faktörler

Tablo 4.6 Pandemiye Bağlı Sosyal ve Bedensel Faktörler

Tablo 4.7 Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.8 BB Tiplerine göre Pandemi Döneminde Etkilenen Bireysel Faktörler

Tablo 4.9 BB Tiplerine Göre Pandemi Döneminde ve Öncesinde Etkilenen Bireysel Faktörler

Tablo 4.10 BB Tiplerine göre Ölçeklerin Karşılaştırılması

Tablo 4.11 Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubunun Kullandığı İlaçlar

Tablo 4.12 Ölçek puanları ile klinik ve demografik bazı özelliklere ait korelasyon analizleri-1

Tablo 4.13 Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon analizleri

Tablo 4.14 Ölçek puanları ile klinik ve demografik bazı özelliklere ait korelasyon analizleri-1

Tablo 4.15 BB regresyon analizü

## 1-)GİRİŞ ve AMAÇ

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde görülen nedeni bilinmeyen zatürre vakalarında etiyolojik bir ajan olarak yeni bir koronavirüs tipi tanımlanmış olup hızla tüm dünyaya yayılmış ve COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) olarak bilinen pandemiye neden olmuştur (1). Aralık 2019 tarihinde başlayan ve etkisini halen tüm dünya üzerinde sürdüren bu salgın, altı yüz milyonu aşkın insanı etkileyip, altı milyonu aşan insanın ölümüne neden olmuştur (2). COVID-19, ilk olarak Çin'de ortaya çıkmasının ardından Türkiye'deki ilk vaka 10 Mart 2020'de ortaya çıkmıştır. Türkiye'deki COVID-19'a bağlı ilk vefatın ise 15 Mart 2020 tarihinde gerçekleştiği bildirilmiştir. COVID-19'un varlığı, asemptomatik veya hafif belirti ve bulguların olduğu bir klinik görünümünden, şiddetli hastalık ve ölüm tablosuna neden olabilecek kadar çeşitli semptomlarla kendini göstermektedir (3). SARS-CoV2 virüsünün sebep olduğu enfeksiyon, özellikle eşlik eden kronik hastalıklar, sigara kullanımı, obezite ve ileri yaş durumunda ölümcül olabilmektedir (4).

COVID-19 salgınının ortaya çıkmasının ardından, insanlar arasında salgınla ilgili artan bilgi ve endişeler, toplumun ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir (5). Şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar, COVID-19 pandemisinden etkilenen en savunmasız popülasyonlar arasında sayılabilir. Şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan kişileri dezavantajlı kılan faktörler arasında damgalanma, beden sağlığı açısından daha az hizmete ulaşabilme, düşük sosyoekonomik düzey, daha kötü yaşam kalitesi, konut istikrarsızlığı ve sosyal etkileşimlerinin zayıflığı yer almaktadır (6).

Pandemi sürecinde COVID-19 virüsünün hızlı yayılımını önlemek için tüm dünyada sosyal izolasyon ve karantina önlemleri alındı. Bu önlemler, aile ve arkadaşlarla olan iletişimin azalmasının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin azalması ve anlamlı sosyal ve fiziksel faaliyetlerde bulunma kapasitesinin sınırlı olması gibi sonuçları beraberinde getirdi. Bu faktörlerin istikrarlı bir ruh hali sürdürmek için önemi göz önüne alındığında, bipolar bozukluk (BB) ile ilişkili semptomların pandeminin bir sonucu olarak şiddetlenmesi olasıdır (7). Avustralya'da ilk COVID-19 pandemisi sırasında 1292 adet duygudurum



bozukluğu (BB veya depresif bozukluk) tanılı birey ile 3167 adet sağlıklı kontrolün kıyaslandığı çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla duygudurum bozukluğu tanısı olan grupta psikolojik sıkıntının ve alkol kullanımının arttığı, sosyal temasın azaldığı tespit edilmiştir. BB tanılı hastalar, depresif bozukluğu olan katılımcılara kıyasla daha yüksek düzeyde stres, depresyon ve finansal kaygı bildirmişler (8). Ceban ve ark.' na (2021) ait derleme çalışmasında, COVID-19 enfeksiyonu öncesi duygudurum bozukluğu tanısı olan kişilerin, COVID-19 sebebiyle hastaneye yatış oranlarının ve ölüm riskinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (9). Karontonis ve ark. (2020) BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre öznel bilişsel işlevlerde belirgin bozulmalar olduğunu ve bu bozulmanın intihar düşünceleri ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (10).

Bu dönemde yapılan çalışmalar, ruhsal hastalığı olan (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu) bireylerde pandemiye yanıt olarak olumsuz duyguların ve olumsuz yaşam tarzı değişikliklerinin arttığını vurgulamaktadır. Pandeminin küresel olarak başlamasının yeniliği göz önüne alındığında COVID-19'un BB'li kişiler üzerindeki ruhsal sağlık etkilerini hedefleyen araştırmalar asgari düzeydedir (10). COVID-19'un BB tanılı bireylerde etkisinin anlaşılması; yalnızca ruhsal belirtileri daha iyi yönetmek için acil müdahale stratejileri tasarlamak için değil, aynı zamanda gelecekte benzer koşullara daha iyi hazırlanmak için önemlidir.

Bu alışmamızda, COVID-19 Pandemisi sürecinde Bipolar Bozukluk tanısıyla takip edilen hastaların; hastalık süreçlerinin nasıl etkilendiğinin belirlenmesi, pandemi döneminde hastalık sürecini olumsuz yönde yordayabilecek bireysel, çevresel ve psikolojik risk faktörlerinin tespit edilmesi ve pandemi sürecinin BB tanılı hastalar üzerindeki etkilerini sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanması amaçlanmaktadır.

## **Bu çalışmada aşağıdaki hipotezlerin sınanması düşünülmektedir:**

1. Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda pandemi döneminde yaşanan olumsuz koşullar nedeniyle hastaların geçirilen epizod sıklığında, alkol-madde kullanımında, intihar düşüncelerinde ve vejetatif belirtilerinde pandemi öncesi döneme göre artış olacaktır.
2. COVID-19 pandemisi sürecinde BB tanılı hastaların COVID-19 kaygı ve korku düzeyleri, COVID-19 salgınına yönelik olumsuz algı ve tutumları sağlıklı kontrollerden daha yüksek saptanacaktır.
3. COVID-19 pandemisi sürecinde BB tanılı hastaların iş kaybı oranları, sosyal ve mesleki işlevsellik problemleri sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda saptanacaktır.
4. COVID-19 kaygısı yüksek olan BB tanılı katılımcılarda epizod sıklığı, vejetatif belirti düzeyi, alkol-madde kullanımı fazla ve işlevsellik düzeyi düşüktür.
5. COVID-19 salgınına yönelik olumsuz algı ve tutumları yüksek olan BB tanılı katılımcılarda epizod sıklığı, vejetatif belirti düzeyi, alkol-madde kullanımı daha fazla ve işlevsellik düzeyi daha düşüktür

## **2- GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Pandemiler**

#### **2.1.1 Pandemi Kavramı**

Hastalık oluşmasına neden olan bir enfeksiyon etkeninin duyarlı canlıya doğrudan veya dolaylı yolla geçmesi ile oluşan bulaşıcı hastalıkların yayılarak çok sayıda canlıda hastalık oluşturması, salgın hastalık olarak isimlendirilir. Pandemi terimi ise bir kıta, hatta tüm dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alana yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel ismi olarak karşımıza çıkar (11). Pandemi, Eski Yunanca'da tüm anlamına gelen παν (*pan*) ile insanlar anlamına gelen δῆμος (*demos*) kelimelerinden türetilmiştir (12).

Salgın şeklinde yayılan bütün bulaşıcı hastalıkların tipik bir seyri mevcuttur. Hastalığın sağlıklı kişilere kısa sürede bulaşarak yayılması, ani ve gürültülü seyretmesi, hastalığa yakalananların kısa bir zaman içerisinde ölmesi ya da tamamen iyileşmesi, iyileşen kişilerin uzun süreli veya yaşam boyu bağışıklık geliştirmesi ve belirli bir oranda taşıyıcı özelliğinin bulunması, bulaşıcı hastalık döngüsünün tipik özelliğidir (13). Geçmişten günümüze bakıldığında salgın hastalıklar birçok büyük olaya neden olmuştur. Bugüne kadar görülen salgın hastalıklardan insanlık tarihine en çok etki edenlerin veba, kolera, sıtma, çiçek, ebola ve influenza olduğu bilinmektedir (11).

Bir salgın hastalığın pandemi olarak kabul edilmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) değerlendirmesine bağlıdır. DSÖ' nün bir salgın hastalığı pandemi olarak kabul edebilmesi için üç ana madde bulunmaktadır; bunlar a) etkenin yeni ortaya çıkması veya mutasyon ile özellikleri değişmiş daha önce enfeksiyona neden olmuş bir etken olması, b) enfeksiyon etkeninin insanlara kolayca bulaşabilmesi ve c) ortaya çıkan hastalığın insandan insana sürekli ve kolay bir şekilde bulaşıyor olmasıdır (14).

### **2.1.2 Pandemilerin Özellikleri**

İnsanlık tarihi sürecinde ortaya çıkan pandemilerin incelenmesi sonucunda, büyük bir kısmı pandemi ilan edilmesi ile ilgili de olsa bazı ortak özelliklerinin olduğu görülmektedir.

1.Pandemiler geniş coğrafik alanlara yayılım gösterirler (15).

2.Pandemiye neden olan enfeksiyon etkeninin yeni bir etken olması veya önceden bilinen bir enfeksiyon etkeninin varyantı olması beklenir (15).

3.Hastalık bir bölgede görülmeye başladıktan sonrasında hızla diğer coğrafik bölgelere yayılarak kendine özgü bir yayılım yolu oluşturur (16).

4.Canlı veya cansız organizmalarla ortaya çıkıp insanların etkisiyle yayılımı şiddetlenen bir afet durumudur (17).

5.Salgın hastalıkların aniden ve hızlı bir şekilde ortaya çıkması sebebiyle salgın hastalığın yayılımını önleme ile ilgili müdahalelerde ilgili kurumlar gerekli önlemleri almakta geç kalmışlardır (17).

6. Savaş, ticaret ve göç gibi insanlar arasında etkileşimi arttıran olaylar enfeksiyon etkeninin mutasyona uğramasına ve pandemilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (18).

7.Pandemide hastalığın hızlı yayılabilmesi ve mortalite yükünün fazla olabilmesi için minimum nüfus bağışıklığı olan hastalıklardan kaynaklanması gerekmektedir (19).

### **2.1.3. Pandemide Riskli Gruplar**

Pandemi tüm dünyayı etkileyen bir afet olsada, bu afet her bireyde aynı etkiyi göstermemektedir. Hastalığın bireyleri sadece bedenen etkilemekle kalmayıp, başta ruhsal etkileri olmak üzere pek çok alan üzerine etkileri mevcuttur. Koronavirüs ile mücadele kapsamında alınan sokağa çıkma yasakları, sosyal izolasyon kuralları gibi ciddi önlemler bireylerde ani yaşam değişikliklerine sebep olmakta, kaygı ve stres düzeylerini arttırmaktadır (20). Çin verileri genel toplumun %25'inin COVID-19 salgını ile ilgili olarak orta dereceden şiddetli düzeye kadar stres ve kaygı belirtileri yaşadığını göstermektedir (21).

Hayatımıza yeni girmiş olan COVID-19 virüsünün, henüz tam olarak tanımlanamaması nedeniyle ruh sağlığı üzerine etkileri ve öncelikli müdahalesi gereken risk grupları da yeni tanımlanmaktadır (20).

Dünya Sağlık Örgütü (2014):

1. Enfekte olma açısından risk altında bulunan kişileri (hastalarla temas eden ya da sağlık çalışanları gibi işi sebebiyle hasta kişilerle sürekli temasta olması gerekenler),

2. Göçmenleri,

3. Virüs nedeniyle hayatını kaybedenlerin yakınlarını,

4.Yaşamını tek başına idame ettiremeyecek olanları salgın hastalıklarda dezavantajlı gruplar olarak belirlemiştir (22).

17 ülkeden 62 çalışma ve 162236 katılımcı verisi analizine göre COVID-19 pandemisinde ruhsal etkilenme açısından risk faktörleri;

1. Kadın cinsiyet

2. Hemşireler

3. Düşük sosyoekonomik düzey

4. Daha önceden kişinin bilinen psikiyatrik hastalığının olması

5. Sosyal izolasyon

6. COVID-19 ile karşılaşma riski yüksek olan kişiler olarak belirlenmiştir (23).

2020 yılında yapılan COVID-19 pandemisinde ruhsal hastalıkların epidemiyolojisi ile ilgili yapılan bir literatüre göre ruhsal etkilenme açısından riskli gruplar;

1. Genç yaş

2. Kadın cinsiyet

3. Düşük eğitim düzeyi

4. Düşük sosyoekonomik düzey

5. Sağlık çalışanları, yerel işletme çalışanları gibi belirli meslek grupları

6. COVID-19 (+) kişilerle yaşama veya yakın temasta bulunma

7. Kişinin daha önceden bilinen ruhsal hastalığının bulunması

8. Psikososyal desteğin yetersiz olması

9. Olumsuz başa çıkma stratejileri

10. Kişinin eşlik eden kronik bir hastalığının

11. COVID-19 ile ilgili sosyal medya içeriklerine ve haberlere maruz kalma olarak belirlenmiştir (24).

## **2.2. Koronavirüsler:**

### **2.2.1. Koronavirüs Tarihçesi:**

Koronavirüs tarihte ilk kez hasta tavuklarda saptanmış ve 1937 yılında infeksiyöz bronşitis (IBV) etkeni olarak Beaudette ve Hudson tarafından bildirilmiştir. 1965 yılında Tyrrell ve Bynoe tarafından insanda ilk kez koronavirüs tespit edilmiştir.

2002 yılının Kasım ayında Çin'in Guangdong kentinde ölümcül bir atipik zatürre etkeni ortaya çıkmıştır. Günümüze kadar tespit edilen tüm vakaların yaklaşık %83' ü Hong Kong'da görülmüş olup 3 ay içerisinde bu bölgede 792 vaka ortaya çıkmıştır. 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu yeni hastalığa "Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome – SARS)" olarak isimlendirdiklerini ilan etmiştir. SARS-CoV'un başlıca bulaş yolu insandan insana damlacık yolu ile bulaş olarak bilinmektedir. İnkübasyon süresi ortalama 4-6 gün olup başlıca klinik bulguları ateş, halsizlik, kas güçsüzlüğü, ishal ve ileri vakalarda solunum sıkıntısıdır. Çoğunlukla gripten ayrımı yapılamamakta olup hastalığın mortalite oranının yaklaşık %9 olduğu bildirilmiştir.

2012 yılında Suudi Arabistan'dan atipik pnömoni nedenli akut solunum yetmezliği vakası bildirilmiş, incelenen trekeal aspirat örneklerine dayanılarak yeni tip bir koronavirüs vakası tespit edilerek bu yeni türe "Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu koronavirüs (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus - MERS-CoV)" adı verilmiştir. MERS genellikle SARS'a göre respiratuar distres sendromu ve multiorgan yetmezlik tablosu gibi daha ciddi bulgular ile karşımıza çıkabilmekte.

Güncel olarak ise; Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019 tarihinde sebebi bilinmeyen atipik zatürre vakaları tespit edilmiştir. Etiyolojik etken ilk dönemlerde tespit edilememesi nedeniyle ilk vakalar "nedeni bilinmeyen pnömoni" olarak sınıflandırılmıştır. Yapılan araştırmalar neticesinde, hastalık etkeninin koronavirüs (CoV) ailesine ait yeni bir virüs olduğu bildirilmiştir. DSÖ Genel Müdürü Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, 11 Şubat 2020 tarihinde yeni CoV' un sebep olduğu hastalığı, "koronavirüs hastalığı 2019" un kısaltması olan "COVID-19 hastalığı" olarak ilan etmiştir. COVID-19 virüsü, 2020 yılının Ocak ayının sonlarına kadar Amerika ve Avrupa bölgesinde yayılım gösteren virüs birçok ülkeye yayılmaya başlamıştır. 10 Mart 2020'de Türkiye'de ilk vakanın ortaya çıktığı duyurulmuş ve yine aynı tarih itibariyle DSÖ COVID-19 salgınını "Pandemi" olarak ilan etmiştir (25).

### **2.2.2. Koronavirüs Etkeninin Yapısı:**

*Coronaviridae* ailesinin *Orthocoronavirinae* alt ailesinde yer alan tek sarmallı pozitif kutuplu zarflı RNA virüsleridir. Zarfları üzerinde bulunup konakçı hücreye girmek için kullanılan Spike proteinlerinin, taç benzeri (Latince'de korona: Taç) bir görünümünün olması sebebiyle bu virüsler "koronavirüsler" olarak adlandırılmaktadır. Koronavirüsler İnsanlar ve hayvanlar (yarasa, domuz, kemirgenler, kanatlılar) arasında dağılım gösterebilmekte olup kardiyolojik, nörolojik, hematolojik, hepatobilier, ürolojik ve gastrointestinal sistem üzerinden hastalıklara neden olmaktadır.(26) Altı koronavirüs türünün insanda hastalığa neden olduğu bilinmekte olup koronavirüs türleri içerisinde özellikle şiddetli SARS-CoV ve MERS-CoV virüsünün zaman zaman mortal olabileceği bildirilmektedir (26).

### **2.2.3.Koronavirüs Bulaş Yolları:**

COVID-19 virüsünün birincil bulaşma yolunun, insandan insana damlacık yoluyla veya hastalığa yakalanmış bireylerin hapşırık, öksürük, konuşma ile yaydığı damlacıklara sağlıklı kişilerin elleri aracılığı ile temas etmesi şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bu bulaş yöntemi ile etkenin yaklaşık iki metre mesafeden bulaşabildiği gösterilmiştir. COVID-19 virüsü ek olarak hava yoluyla (zaman içerisinde havada kalan parçacıkların solunması yoluyla) daha uzun mesafelere

yayılım gösterebilir ancak bu yayılım biçiminin pandemiye ne ölçüde etkileyeceği ile ilgili bulgular belirsizdir (26).

Virüsün yüzeyler üzerindeki canlılık süresini değerlendiren bir çalışma, SARS-CoV-2'nin plastik ve paslanmaz çelik üzerinde 2-3 güne kadar, kartonda 1 güne kadar, bakırda 4 saate kadar canlı bulunabileceğini gösterdi. Ayrıca, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) genel servislere göre kontaminasyonun riskinin daha yüksek olduğu ve SARS-CoV-2'nin zeminlerde, bilgisayar farelerinde, çöp kutularında daha yüksek oranda bulunabileceği gösterilmiştir (27). Fakat genel olarak cansız yüzeylerde virüsün aktivitesinin birkaç saat içerisinde kaybolduğu kabul edilmektedir. Cansız yüzeylerde virüsün aktivite süresi değerlendirilirken, virüsün aktivitesinin devam edip etmediği ile birlikte temasın süresini dikkate almak önemlidir (28).

COVID-19 virüsünü asemptomatik geçiren bireylerin de solunum salgısında virüs tespit edilebildiğinden bulaştırma özelliği olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca virüsün varlığı kişinin kan, serum, idrar ve dışkı örneklerinde de saptanmıştır (29).

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun ilk dönemlerinde bir hayvan konakçıdan (evcil hayvanlar dahil) insanlara bulaştığı şeklinde düşünceler mevcuttu, ancak hayvan teması yoluyla devam eden bulaşma riski belirsiz olmanın yanında hayvanların insanlarda önemli bir hastalık kaynağı olduğuna dair belirli bir kanıt bulunamamıştır (29).

Koronavirüs enfeksiyonu mevcut olan bir kişiden hastalığın başka bir kişiye bulaşma riski, maruziyetin şekli ve ne kadar süre maruz kaldığına, bulaşı önleyici tedbirlerin alınmasına ve muhtemel kişisel faktörlere göre değişiklik göstermektedir (29).

COVID-19 hastalığının ortalama inkübasyon süresi 5-6 gün (2-14 gün) olarak tespit edilmiş olup bazı vakalarda 14 güne kadar uzayabileceği görülmüştür. COVID-19'un bulaştırıcılık süresinin ne kadar devam ettiği net



olarak bilinmemekle birlikte bulaştırıcılığın semptom gösteren dönemden 1-2 gün önce başlayıp semptomların kaybolmasıyla bittiği düşünülmektedir (28).

#### **2.2.4. COVID-19 Hastalığının Klinik Bulguları:**

COVID-19 'un klinik spektrumuna bakıldığında, asemptomatik hafif seyirli vakalardan mekanik ventilasyon ihtiyacı gerektiren solunum yetmezliği, septik şok ve çoklu organ yetmezliği gibi ölümcül klinik tabloların ortaya çıktığı ağır seyirli vakalara kadar değişebilmektedir (26). SARS-Cov2 farklı semptomlarla karşımıza çıkabilmektedir. Hastalığın en sık görülen klinik bulguları ateş (%88,5), öksürük (%68,6), kas güçsüzlüğü veya yorgunluk (%35,8), balgam çıkartma (%28,2) ve dispne (%21,9) olarak tespit edilmiş olup daha az sıklıkta görülen semptomların ise baş ağrısı (%12,1), diare (%4,8), bulantı ve kusma (%3,9) olduğu belirtilmiştir (30).

COVID-19 enfeksiyonu sırasında bazı laboratuvar parametrelerinde anormallikler tespit edilmiştir. Çin'de yapılan 8697 COVID-19'lu hastanın katıldığı çalışmada hastaların %65,9'unda yüksek C-reaktif protein seviyeleri, %49,4'ünde yüksek kardiyak enzimler, %47,6'sında lenfopeni ve %26,4'ünde anormal karaciğeri fonksiyon testleri, %23,5'inde lökopeni, %20,4'ünde yüksek D-dimer ve eritrosit sedimentasyon hızı, %16,7'sinde yüksek prokalsitonin düzeyleri bildirilmiştir (31).

Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH)' ne göre COVID-19 hastalığı ile ilgili klinik tablolar hafiften şiddetliye şu şekilde sınıflandırılır;

1. Asemptomatik: COVID-19 ile uyumlu herhangi bir klinik semptomu olmayan SARS-CoV-2 testi pozitif olan kişiler.
2. Hafif hastalık: Ateş, öksürük, boğaz ağrısı, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı, kusma, ishal, anozmi veya tat alma bozukluğu gibi COVID-19 semptomları olan ancak nefes darlığı veya akciğer tutulumu olmayan kişiler.
3. Orta derecede hastalık: Alt solunum yolu hastalığının klinik semptomları (öksürük, nefes darlığı) veya radyolojik olarak akciğer tutulumu olan ve oda havasında oksijen saturasyonu (SpO<sub>2</sub>) ≥ %94 olan kişiler.

4. Ağır hastalık: Oda havasında (SpO<sub>2</sub>) ≤ %94 olup ek olarak parsiyel oksijen basıncının alınan havanın oksijen fraksiyonuna oranının (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>) <300 olan, solunum hızı>30 nefes/dk ile birlikte belirgin takipnenin eşlik ettiği veya radyolojik görüntüleme de akciğer infiltrasyon oranının >%50 tespit edilmiş kişiler.

5. Kritik hastalık: Akut solunum sıkıntısı sendromunun (ARDS), septik şok ve/veya çoklu organ yetmezliği gelişen kişiler (26).

COVID-19 hastalığına ilişkin yatış kriterleri ile ilgili tam bir görüş birliği yoktur. Birçok ülkede hastaneye yatış endikasyonları;

1. Hipoksi (oksijen saturasyonunun %94'ün altında olması) ve solunum desteğine ihtiyaç duyulması
2. Takipne ile birlikte akciğerlerde %50'den fazla infiltrasyon alanı görülmesi
3. Hastanın immünsupresif veya hipotansif olması
4. Hastada akut böbrek yetmezliğinin gelişmesi
5. Klinik tablo şiddetinin ağır ve kritik hastalık kategorisinde olması
6. Orta derecede hastalık tablosunda ise dispnenin eşlik etmesi olarak sayılabilir (32).

Hastalığın klinik seyri ile ilgili birçok çalışma yapılmış olup bazı komorbid durumların ve risk faktörlerinin prognozu daha kötü etkileyerek mortalite riskini arttırdığı gösterilmiştir. 42 çalışmanın sistematik incelenmesi sonucunda mortalite açısından risk faktörleri; ileri yaş, erkek cinsiyet, diyabet, KOAH, hipertansiyon, akut böbrek hasarı, obezite, kanser, sigara kullanımı ve D-dimer yüksekliği olarak sıralanmıştır.(4) . Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (The United States Centers for Disease Control and Prevention – CDC) hastalığın gidişatını kötüleştirebilen komorbid hastalıklar ve risk faktörlerini; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, organ transplantasyonu, obezite (beden kitle indeksi>30), ciddi kardiyovasküler

hastalıklar (kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kardiyomiyopati), diyabet, orak hücreli anemi, immünsupresan ilaç kullanımı, kistik fibrozis, talasemi, gebelik ve sigara kullanımı olarak sıralamıştır (33).

Yaşlı kişilerin COVID-19 hastalığından ciddi düzeyde etkilenme riski daha yüksektir. COVID-19 ölümlerinin %81'den fazlası 65 yaş üstü kişilerde gerçekleşip ölümlerin %95'i 45 yaş üzerindeki kişilerde gerçekleşir. 65 yaş üstü kişilerde ölüm sayısı, 18-29 yaş arasındaki kişilerdeki ölüm sayısının 97 katından daha fazladır (33).

### **2.2.5.COVID-19 Tanısı**

COVID-19 hastalığının tanısı için günümüzde kabul edilen altın standart tanı yöntemi reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) yöntemi ile viral RNA'nın tespit edilmesidir (34). Altın standart tanı yöntemi olmasına karşın viral RNA'nın sensitivitesi %50-62 arasında değişmekte olup RT-PCR ile virüsün tespit edilememesi COVID-19 hastalığını ettirmez (35). RT-PCR testi negatif gelen hastalarda diğer bir tanısal yöntem; Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) olup bulaşın erken dönemlerinde PCR testine göre daha duyarlıdır (28). Çin'de 1014 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada, Toraks BT ile PCR testinin duyarlılıkları karşılaştırılmıştır. Çalışmaya katılan 1014 hastanın 601'inde (%59) pozitif PCR testi sonucu pozitif, 888'inde (%88) tipik toraks BT bulguları saptanmış olup toraks BT sensitivitesi %97 olarak hesaplanmıştır. PCR testi negatif olan 413 hastanın 308'inde tipik BT bulgularına rastlanmıştır. Başlangıçta toraks BT'de tutulumu olup PCR testi negatif olan hastalardan 15'inde, tekrarlanan PCR testi sonuçları doğrultusunda pozitifleşme görülmüştür (36).

Tanı için kullanılan bir başka yöntem, SARS-CoV-2'ye karşı gelişmiş olan antikorların (İgG, İgA, İgM) "enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)" yöntemi ile tespit edilmesidir. İlk antikor yanıtı (İgM) yaklaşık 1 hafta sonra başlamakla birlikte hastaların çoğunda antikor pozitifliği belirtilerin başlamasından 10 gün sonra geliştiği için antikor testleri hastalığın erken döneminde tanı koydurmaz. Kanda saptanan antikorların bağışıklık üzerine

etkileri olup olmadığı ve antikorların ne kadar süreyle kanda tespit edilebileceği (IgG) bugün için kesinleşmiş değildir. Günümüzde serolojik cevabı belirlemek için, ELISA ya da IgM/ IgG saptayan hızlı antikor testleri hali hazırda kullanılmaktadır (28).

### **2.2.6. COVID-19 Hastalığının Erişkinlerde Tedavisi**

Tedavi planı oluşturulmadan önce hastanın evde izlenerek mi yoksa hastanede yatırılarak mı takip edileceği planlanmalıdır. Evde veya hastaneye yatırılarak izlem kararı verilirken hastanın klinik bulguları, destek tedavisine ihtiyacı, ağır hastalık tablosu gelişimi açısından risk faktörlerinin olup olmaması, hastanın kendini evde izole edip edemeyeceği, hastanın ve yakınlarının iş birliğine uyup uyamayacağı değerlendirilmelidir. Hastalığın ikinci haftasında ağır hastalık tablosu gelişme riski arttığından evde izlenerek takip edilen hastalara, düşmeyen ateş olması veya nefes darlığının gelişmesi durumunda hastaneye başvurmaları gerektiği hakkında bilgi verilmeli.

Viral enfeksiyonların genelinde olduğu gibi COVID-19 enfeksiyonunun tedavisinde de antiviral tedavinin hastalığın erken döneminde kullanılmasının daha yararlı olduğunu düşünüldüğü için tedavide antiviral ilaçların mümkün olduğunca erken başlanması önerilmiştir.

COVID-19 salgınının başlangıcında, elde etkinliği kanıtlanmış bir antiviral bulunmaması ve hastalığın mortal olabilmesi nedeniyle, birçok ülkede bu hastalığa karşı antiviral tedavi olarak, daha önce başka hastalıkların tedavisi için kullanılan ve in vitro olarak SARS-CoV-2'ye etkili olduğu belirlenmiş hidroksiklorokin, favipiravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir gibi ilaçların tedavide yeniden kullanılması önerilmiş ve salgın sürecinde çok sayıda hastada kullanılmıştır. Hidroksiklorokin ve lopinavir/ritonavirle ilgili olarak yapılan çalışmalar sonucunda, bu ilaçların COVID-19 tedavisinde yeterince etkili olmadıkları görülerek kullanılmalarından vazgeçilmiştir. Remdesivir ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda ilacın ağır COVID-19 hastalarında belirgin bir faydasının olmadığı tespit edilmiştir, fakat ülkelerde karşılanmamış antiviral gereksinimi nedeniyle remdesivir ilacını ağır COVID-19 hastalarında

kullanımına devam edilmiştir. Favipiravirle ilgili yapılan bazı araştırmalarda, ilacın hastalarda semptom sürelerini azaltabileceği bildirildiğinden, hekimin gerekli görmesi halinde bazı hastalarda favipiravirin kullanılabilceği düşünölmüştür.

Günümüzde aktif olarak kullanılan antiviral ilaç ise Molnupiravirdir. Molnupiravirin; tanısı PCR ile kesinleştirilmiş, semptomlarının ilk 5 gününde olan ve hafif-orta seyirli vaka kategorisinde olup ağır COVID-19'a ilerleme açısından yüksek riskli gruplarda yer alan erişkin COVID-19 hastalarında, aşılama durumuna bakılmaksızın kullanılması önerilmektedir (37).

### **2.2.7. COVID-19 Hastalığının Ruhsal Etkileri:**

Pandemi sürecinde COVID-19 virüsünün hızlı yayılımını önlemek için tüm dünyada sosyal izolasyon ve karantina önlemleri alındı. Bu önlemler, aile ve arkadaşlarla olan iletişimin azalmasının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin azalması ve anlamlı sosyal ve fiziksel faaliyetlerde bulunma kapasitesinin sınırlı olması gibi sonuçları beraberinde getirdi (7). Sosyal izolasyon ve yalnızlığın; kişilerde erken ölüm, depresyon, kardiyovasküler hastalık görölme riski, bilişsel gerileme ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak, kişilerin sağlıksız davranışlarda (örn. sigara içmek ve fiziksel aktivitelerde azalma) bulunma riskini arttırdığı gözlenmiştir (38). Bir meta-analiz çalışmasında, sosyal izolasyon ve yalnızlığın erken ölüm riskini arttırma oranının, madde kötüye kullanımı ve obezite gibi bilinen risk faktörleriyle benzer oranda olduğu belirtilmiştir (39).

Yetişkinlerde sosyal izolasyonun genellikle kafa karışıklığı, öfke ve travma sonrası stres gibi olumsuz psikolojik etkileri vardır. Karantina süresinin uzaması, kişilerdeki enfeksiyon korkusu, can sıkıntısı, hayal kırıklığı, gerekli malzemelerin eksikliği, bilgi eksikliği, mali kayıpların olması ve damgalanma yaşanması pandemiden olumsuz etkilenme riskini arttıran etkenler olarak belirtilmektedir (17,40).

Pandeminin ekonomik etkileri de mevcuttur. Sosyal izolasyon, yalnızlık ve seyahat kısıtlamaları, tüm ekonomik sektörlerde işgücünün azalmasına ve birçok kişinin işini kaybetmesine neden olmuştur. Bu süreçte; ticari mallara ve

mamul ürünlere olan ihtiyaç azalırken, tıbbi malzeme ve gıda ürünlerine ihtiyaç ise önemli ölçüde artmıştır (41).

COVID-19 pandemisinin insanların hayatına pek çok alanda etkisi olmuştur. Pandemi dönemi bir taraftan ölümcül bir hastalık tehdidine sebep olurken, diğer taraftan birçok ruhsal belirtiyi de tetiklemiştir (42). Pandemi dönemlerinde ruhsal rahatsızlıkların normal zamanlara göre arttığı bilinmektedir. Yayımlanan makaleler incelendiğinde, anksiyete ve depresyon semptomları ile birlikte stres artışı yaşamının COVID-19 pandemisine karşı kişilerin verdiği en yaygın psikolojik tepkiler olduğu ve bu psikolojik tepkilerin kişilerde uyku bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (43). Çin verileri genel toplumun %25'inin COVID-19 salgını ile ilgili olarak orta dereceden şiddetli düzeye kadar stres ve kaygı belirtileri yaşadığını göstermektedir (21). 17 ülkeden 62 çalışma ve 162236 katılımcı verilerinin analizine göre; genel popülasyonda kaygı belirtileri sıklığı %33 ve depresyon belirtileri sıklığı %28 olarak tespit edilmiştir. Kaygı ve depresyon belirtilerinin en yüksek olduğu grup COVID-19 geçirenler olarak belirlenmiştir (44). Türkiye'de 18 bölgede 343 katılımcı ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların %23,6'sında depresif belirtiler, katılımcıların %45,1'inde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (45).

Pandemi döneminde yapılan bazı çalışmalar doğrultusunda, ruhsal etkilenme açısından bazı risk grupları belirlenmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmaya göre pandemi döneminde ruhsal etkilenme açısından risk faktörleri; kadın cinsiyet, sağlık çalışanları arasında hemşireler, kişinin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, kişinin sosyal olarak izole olması, COVID-19 ile karşılaşma riski yüksek olması olarak belirlenmiştir (44).

43 Çalışmanın gözden geçirilmesi sonucunda, pandemi sürecinde ruhsal bozukluklar açısından sağlık çalışanlarının, daha önceden psikiyatrik rahatsızlığı mevcut olanların, kadınların ve koronavirüs hastalığını geçirmiş akrabaları bulunan kişilerin daha yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir (46). Etiyopya'da yapılan 12 çalışmanın derleme sonucuna göre, COVID-19'un ölümcül etkileri ve yeterince korunamama üzerine yüksek düzeyde korku duyma

ile birlikte pandemi üzerine sık çalışıp, sık sık COVID-19 ismini duymanın pandemi sürecinde ruhsal etkilenme bakımından risk faktörü olarak belirtilmiştir. Yine aynı çalışma ileri yaş kişilerde muhtemel risk faktörlerini; kronik hastalıkların varlığı, COVID-19 öncesinde ruhsal hastalık belirtilerinin bulunması ve kişinin sosyal desteğinin yetersiz olması olarak tespit etmiştir (47). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, sosyal izolasyon döneminde ruh sağlığı sorunları için riskli gruplar; psikiyatrik rahatsızlık hikayesi olan insanlar, sağlık çalışanları, hamileler, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kişiler, bilişsel kapasitesi kısıtlı insanlar, azınlık grupları ve ileri yaş olarak ifade edilmiştir (48).

## **2.3. Bipolar Bozukluk**

### **2.3.1. Tanım ve Sınıflandırma**

Bipolar Bozukluk, epizodik olarak tekrarlayan manik, depresif, karma ya da hipomanik dönemlerle karakterize, dönemler arasında hiçbir belirtinin bulunmadığı ötimik duygudurum dönemlerinin olabildiği, kronik gidişli bir duygudurum bozukluğudur (49). BB, genellikle işlevsel ve bilişsel bozulmaya ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilen, değişken bir seyir gösteren, yaşam boyu süren epizodik bir hastalıktır (50).

Mani dönemi, aşırı enerjik ve neşeli olunan, uyku gereksiniminin azaldığı, para harcama isteğinin arttığı, riskli davranışların sergilenebildiği, grandiyöz tavrın gözlemlendiği, konuşmada ve düşünmede hızlanmanın mevcut olduğu bir dönemdir.

Depresif dönem, kişinin yoğun umutsuzluk ve üzüntü yaşadığı, kişinin bir zamanlar keyif aldığı sosyal aktivitelere ilgisinin azaldığı, tükenmişlik hissi yaşadığı, suçluluk ve değersizlik duygularının hâkim olduğu ve zaman zaman intihar düşüncelerinin eşlik edebildiği bir dönemdir. Kişinin işlevselliği bu dönemde önemli ölçüde etkilenmiştir.

Hipomani dönemi, mani semptomlarına benzeyen bulguların görülebildiği ancak süre ve şiddet bakımından mani dönemi kadar şiddetli ve uzun sürmeyen semptomların yaşandığı dönemdir (51). Hipomani döneminde,

işlevsellikte kısmi bir bozulma görülebilir, ancak tipik olarak ciddi bir işlevsel bozulmaya neden olmaz veya hastaneye yatmayı gerektirmez. Bazı hipomani vakalarında, artan üretkenlik ve iyi mizah nedeniyle mesleki işlevsellik geçici olarak artış görülebilir (50).

Karma dönemler, mani ve depresyon dönemi bulgularından bazılarının eş zamanlı olarak bulunduğu hastalık dönemleridir (51). BB tanılı hastaların yaklaşık %40'ı hayatlarının bir döneminde karma dönemler yaşarlar. Karma dönemdeki hastalar genellikle daha şiddetli semptomlara, daha fazla yaşam boyu hastalık ataklarına, daha kötü prognoza ve daha yüksek komorbidite oranlarına sahip olduğu için karma dönemler tedavi yönetiminde önemli bir klinik zorluk arz eder (52).

DSM 5'e göre duygudurum bozuklukları altında sınıflandırılan " Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" ; BB Tip-1, BB Tip- 2, siklotimik bozukluk, başka bir sağlık durumunun yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, madde-ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk ve tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk şeklinde sınıflandırılmıştır (53).

BB Tip-1'de Majör depresif epizodlar tipik olarak görülmesine rağmen tanı için en az bir adet bir hafta süresince devam eden ve/veya yatış gerektirecek ciddiyette olan manik epizod görülmelidir (50). Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani yada majör depresyon dönemleri bulunabilir (50).

BB Tip-2'de tanı için bir adet en az 4 gün süren hipomani dönemiyle birlikte tekrarlayan majör depresif dönemlerin görülmesi gerekmektedir (50).

Siklotimik bozukluk, en az 2 yıl boyunca süren, hipomani ve yeğin depresyon dönemi için tanı ölçütlerini karşılamayan fakat birçok hipomani ve depresyon bulgularının olduğu dönemler ile karakterize bir bozukluktur (54).

Madde-ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluk, madde/ilaç aldıktan sonra maddenin entoksikasyonu ya da yoksunluğu sebebiyle klinik belirtilerin ortaya çıkmasıyla karakterize bir tablodur. Klinik tablonun madde/ ilacın yol



açmadığı başka bir bipolar bozukluk ile ilişkili bozukluk ile açıklanamaması ve kişinin işlevselliğinde belirgin bir bozulmaya yol açması önemlidir (50).

Tanımlanmış diğer bipolar ve ilişkili bozukluk, kişide yetersiz süre ve şiddet nedeniyle BB Tip-1, BB Tip-2 veya siklotimik bozukluk tanısı konulamamış grubu (kısa süreli siklotimi, kısa süreli hipomani ve majör depresyon dönemleri, daha önceden majör depresyon dönemi olmadan hipomani dönemi, yeterli belirti göstermeyen hipomani dönemlerinin yanı sıra majör depresyon dönemleri) kapsamaktadır (50).

Tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluk, klinik açıdan belirgin işlevsellikte bozulmaya yol açan, bipolar ve ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu ancak herhangi bir bipolar ve ilişkili bozukluk kategorisindeki tanı ölçütlerini tam karşılamayan durumlarda bu kategori kullanılır (50).

### **2.3.2. Epidemiyoloji:**

BB için, dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkilediği belirtilmektedir (55). 11 ülkeyi kapsayan geniş çapta kesitsel bir araştırmanın sonucuna göre tahmini yaşam boyu prevalansı, BB Tip-1 için % 0,6, BB Tip- 2 için % 0,4, eşik altı belirtiler ile giden bipolar bozuklukları için % 1,4 ve bipolar spektrumundaki bipolar bozukluk için % 2,4 olduğu bildirilmektedir (56). Türkiye'de Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise psikotik özellikli depresyon ve BB-1 sıklığı %0,92 olarak tespit edilmiştir (57). Amerika'da yapılan epidemiyolojik çalışmada, BB Tip-1 ve BB Tip-2 için sırasıyla yaşam boyu yaygınlık %1,06 ve %1,57'lik bulunmuştur. İngiltere, Almanya ve İtalya'da da yapılan çalışmalarda benzer yaygınlık oranları saptanmıştır. Afrika ülkelerinde yapılan çalışmaların sistematik bir incelemesinde % 0,1-1,83 arasında bir yaşam boyu yaygınlık oranı bulunmuştur (56).

BB prevalansındaki uluslararası farklılıkların nedeni tam olarak açık olmamakla birlikte etnik köken farklılıkları, kültürel faktörler ve tanı kriterleri ile çalışma metodolojisindeki farklılıkların her birinin bir etkisi olabileceği belirtilmektedir (56).

BB' nin cinsiyete göre dağılımı ile ilgili yapılan çalışmalar, ağırlıklı olarak cinsiyetler arası eşit dağılım olduğunu bildirmektedir (50). Bununla birlikte manik epizod ve BB Tip-1 prevalansının erkeklerde, BB Tip-2 prevalansının kadınlarda daha yüksek saptandığına yönelik literatürde bazı çalışmalar mevcuttur (58).

Yapılan çalışmalarda BB'nin ortalama başlangıç yaşı yirmili yaşların başı olarak kabul edilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda BB'nin biomodal bir dağılımı gösterdiği, 15-24 yaşlarında ve 45-54 yaşları arasında pik yaptığı belirtilmiştir (56). Aile öyküsü mevcut olan kişilerde BB'nin başlangıç yaşının daha erken olduğu tespit edilmiştir (59).

BB'nin bekar popülasyonda daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Bu durum BB tanılı bireylerin kişiler arası işlevselliklerinin daha düşük olması ile açıklanabilmektedir (58).

### **2.3.3. Bipolar Bozuklukta Etiyoloji**

Bipolar bozukluğun etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalara göre en önemli sebepler, beyindeki nörotransmitter dengesinin bozulması, genetik faktörler ve çevresel etmenler olarak gösterilmektedir.

#### **2.3.3.1. Kalıtsal ve Genetik Faktörler**

Kalıtımsal ve genetik faktörlerin, BB'nin etyolojisinde önemli rol oynadığı hakkında güçlü kanıtlar mevcuttur (60). BB' nin yaşam boyu görülme sıklığı genel popülasyonda %0,5-1,5 olarak tespit edilirken, BB'li hastaların birinci derece yakınlarında %5-10, tek yumurta ikizlerinde %40-70 olarak tespit edilmiştir (61). İkizlerle yapılan başka bir çalışmada ikizler arasında BB'nin kalıtsallık oranı %80-90 arasında bulunmuştur (62). Evlat edinme çalışmalarında ise hastanın biyolojik ebeveynlerinde hastalık oranı, evlat edinen ebeveynlerden daha yüksek oranda saptanmıştır (63). Ebeveyn çalışmalarında, ebeveynlerden birinde BB tanısı olması durumunda çocuklarının birinde herhangi bir duygudurum bozukluğu tanısı olma olasılığı %25, her iki ebeveynde de BB tanısı olması durumunda ise bu oranın %50-75 olduğu belirtilmiştir (64).

Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları sonucunda, BB ile güçlü düzeyde ilişkileri olan yaklaşık 30 adet duyarlı gen bölgeleri belirlenmiştir. (65) BB ile gen bölgelerinin ilişkilerinin incelendiği iki farklı araştırmada, iyon kanallarını kodlayan genlerin (CACNA1C ve SCN2A), sinyal iletiminde rol oynayan proteinlerin (DGKH), nörotransmitter taşıyıcılarının (GRIN2A) ve sinaptik plastisite proteinlerinin (ANK3) BB ile önemli ölçüde ilişkili gen bölgeleri olduğu tespit edilmiştir (65,66). Moleküler biyoloji alanında yapılan çalışmalarda doğrudan ilişkilendirilen bir kromozom bölgesi olmamakla birlikte en fazla ilişkilendirilen kromozom anomalileri 18q ve 22q olarak belirlenmiştir (67).

### **2.3.3.2. Biyokimyasal Faktörler**

Biyokimyasal araştırmalar, ağırlıklı olarak serotonin (5-HT), norepinefrin (NE), Dopamin, GABA nörotransmitterleri üzerine yapılmıştır.

BB'de manik epizodun nedeninin monoaminlerin miktarındaki artış, depresyonun ise monoaminlerin miktarındaki azalış ile ilişkili olduğu söylenmiştir (68). Manik dönemde görülen hareketlilik artışından dopamin yüksekliği sorumlu tutulurken, öforik etkilerden norepinefrin artışı sorumlu tutulmuştur (69). Manik dönemdeki hastalarda norepinefrin metabolizmasının artışına bağlı olarak beyin omurilik sıvısında (BOS) 3-metoksi-4-hidroksifenilglikol (MHPG) düzeyi ile idrarda norepinefrin ve vanil mandelik asit (VMA) seviyelerinin yükseldiği gösterilmiştir (70). Mani döneminin ortaya çıkmasında "noradrenerjik-kolinerjik" sistemler arasındaki dengenin bozulmasından bahsedilmektedir. Kolinerjik sistemin uyku, mizaç ve nöroendokrin sistemler üzerinde etkili olması nedeniyle noradrenerjik sisteme karşı yetersiz kalmasının manik dönemi tetikleyebileceği belirtilmektedir (71). BB'nin hem depresyon hem de manik dönemlerinde serotonin düzeylerinde azalma tespit edilmiştir. Dürtüsel olarak intihar düşünceleri mevcut olan bazı BB'li hastalarda, düşük BOS serotonin metabolitleri saptanmıştır (72).

BB'nin etiolojisinde etkili olduğu tahmin edilen diğer nörotransmitterler ise asetilkolin, GABA ve glutamattır. Asetilkolinin sinaptik salınımının artması depresyon, azalması ise mani ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (73). GABA

salınımında artışın antidepresan etkilere neden olması nedeniyle, GABA'nın duygudurum belirtileri üzerine etkili olabileceği öne sürülmektedir. Beyindeki glutamat reseptörlerinin bloke olmasının, kişiler üzerine duygudurum dengeleyici bir etkiye neden olabileceği söylenmektedir (74).

### **2.3.3.3. Nörogörüntüleme**

BB'de fronto-limbik bölgelerde yapısal ve işlevsel anormallik olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. BB'nin nörobiyolojisinin zemininde dorsolateral prefrontal korteks bölgesindeki hacmin azalması ve dorsal sistemdeki aktivite düşüklüğü nedeniyle dorsal sistemin daha az çalışması, amigdala bölgesindeki hacim artışı ve ventral sistemdeki aktivite artışı nedeniyle de ventral sistemin baskın hâle gelmesinin olduğu belirtilmektedir (75).

BB tanılı hastalarda yapılan nörogörüntüleme çalışmasında, ventriküllerin etrafındaki beyaz cevherde ve subkortikal bölgedeki gri cevher alanlarında hiperintens patolojiler saptanmıştır. Bu patolojilerin, beyin duygudurum düzenleyen bölgeler arasındaki bağlantıyı bozduğu ve duygudurum belirtilerini arttırdığı söylenmiştir (76). BB tanısı ile takip edilen hastalarla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre inferior frontal korteks ve putamende bazal aktivitenin azaldığı, limbik bölge ve bazal ganglionlarda ise bazal aktivitenin arttığı bulunmuştur (77).

### **2.3.3.4. Psikososyal ve Çevresel Faktörler**

BB' de ilk ataklar genellikle stresli yaşam olayları sonrasında meydana gelir. Aynı zamanda, stresli yaşam olaylarının sıklığı hastalık dönemlerinin daha erken ortaya çıkmasına ve hastalık ilerledikçe atakların daha sık aralıklarla görülmesine neden olur. Büyük olasılıkla erken yaşlarda görülen stresli yaşam olayları, önceden var olan yatkınlığı ortaya çıkarmakla birlikte kişiyi gelecekteki ataklar için daha hassas ve kırılgan hale getirirler. Bu klinik gözleme kindling modeli (ateşleme modeli) denilmektedir (78).

BB tanılı hastalarda yapılan bir araştırmada, BB tanısı olan hastaların yaklaşık yarısının çocukluk dönemi travmaları yaşadığını söylemiştir (79). Ek olarak, ebeveynlerin ilgisiz tutumları, çocukluk döneminde tramvaya uğrama, ailede ruhsal rahatsızlığın mevcut olması, aile içinde duyguların olumsuz yorumlanması ya da baskılanması BB' ye neden olabilecek faktörlerdir (80).

#### **2.3.4. Bipolar Bozuklukta Tanı**

BB'nin doğru tanısı hastalığın başlangıcının genellikle bir depresif dönem olması, klinik bulguların unipolar depresyona benzerlik göstermesi ve tanı için evrensel bir biyobelirtecin olmaması nedeniyle klinik pratikte zordur (50). Özellikle BB-2'de doğru tanının konulması, bu bozukluğun unipolar depresyon hastalarında görülen tekrarlayıcı depresif dönemlerle ayırt edilmesindeki glklr nedeniyle özellikle zordur (81). Bu nedenle hipomanik dönemlerin tespiti ve boylamsal değerlendirme, BB' yi diğer klinik durumlardan ayırt etmek için çok önemlidir (50).

Yapılan geniş rneklemliler bir çalışmada, BB tanılı hastaların üçte birinden fazlasının semptomlar başladıktan sonraki 1 yıl içerisinde profesyonel yardım istediği, bu hastaların %69'una ilk aşamada yanlış tanı konulduğu, en sık konulan yanlış teşhisin unipolar depresyon olduğu belirtilmiştir. Hastaların doğru tanıyı alana kadar yaklaşık 4 farklı hekime muayene oldukları, üçte birine yaklaşık 10 yıl içerisinde doğru tanının ancak konulabildiği gösterilmiştir (82).

BB'de tanı kriterleri DSM 5'de ve ICD 10'da benzerlik göstermektedir. Klinisyenler bu tanı kriterleri ile teşhisi netleştirir. Hastalığın klinik ortaya çıkışı, hipomani, mani ve depresyon şeklinde olup hastalığın klinik sınıflandırılması ise BB Tip-1 ve BB Tip-2 olarak belirlenmektedir (83).

#### **2.3.5. Bipolar Bozuklukta DSM-5'e Göre Tanı Kriterleri**

##### **2.3.5.1. Mani Dönemi**

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı

gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derece vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri. 17
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**Not:** Antidepresan tedavi (örn. İlaç tedavisi, elektrokonvülsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için dolayısıyla BB-1 tanısı için yeterli bir kanıttır.

**Not:** A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. BB Tip-1 tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

### 2.3.5.2. Hipomani Dönemi

A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.

6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarının gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**Not:** Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektro konvulsif terapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kışkırtma belirtileri) bir hipomani dönemi için ne yeterli sayılmalı ne de BB'ye yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

**Not:** A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. BB-1'de hipomani dönemleri sık görülür ancak BB-1 tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.



### 2.3.5.3. Yeğın (Majör) Depresyon Dönemi

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

**Not:** Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir).
2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**Not:** A-C tanı ölçütleri bir yeğın depresyon dönemini oluşturur. BB-1'de major depresyon dönemleri sık görülür ancak BB-1 tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.

**Not:** Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğın depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçütlere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

#### **2.3.5.4. Bipolar I Bozukluğu (BB Tip-1)**

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda "Mani Dönemi" başlığının altında yer alan A-D tanı ölçütleri).

B. Mani ve majör depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış

bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Belirtiniz:

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikleri gösteren
- Değişiktür (atipik) özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren

#### **2.3.5.5. Bipolar II bozukluk (BB Tip-2)**

BB Tip-2 tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan major depresyon dönemi için yukarıda tanımlanan tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir.

A. En az bir hipomani dönemi için (yukarıda “Hipomani Dönemi” başlığının altında yer alan A-F tanı ölçütleri) ve en az bir majör depresyon dönemi için (yukarıda “Major Depresyon Dönemi” başlığının altında yer alan A-C tanı ölçütleri karşılanmıştır).

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve major depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

O sırada ya da geçmişte ortaya çıkan dönemi belirtiniz:

- Hipomani
- Depresyon

Belirtiniz:

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa gidişi belirtiniz:

- Tam olmayan yatışma gösteren
- Tam yatışma gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanıyorsa ağırlığını belirtiniz:

- Ağır olmayan
- Orta Derecede
- Ağır

### 2.3.6. Klinik Seyir ve Prognoz

BB ataklar ile karşımıza çıkan, kronik ve çok değişken klinik seyirler ile kendini gösteren bir psikiyatrik hastalıktır. Hastalığın ilk epizodu manik, hipomanik veya depresif olabilir (84). Hastalarda ortaya çıkan ilk atakların, %85'inin depresif atak, %12'sinin manik atak ve %3'ünün de karma atak olduğu belirtilmiştir (85). BB'de genellikle ilk olarak bir depresyon epizodu ortaya çıkar. Majör depresyon tanısı ile takip edilen vakaların %5-10'u 6-10 yıl içerisinde bir manik atak geçirerek BB tanısı alırlar (86). Yapılan başka bir çalışmada ise kadınların %75'inde, erkeklerin de %67'sinde hastalığın depresyon dönemi ile başlangıç gösterdiği bildirilmektedir (87). Erkeklerin başlangıç döneminde manik atak geçirme olasılığı kadınlardan daha fazladır, ancak her iki cinsiyette de ilk atağın depresyon atağı şeklinde olma olasılığı daha yüksektir (84).

Yapılan araştırmalar, ilk rahatsızlık döneminden tanı konulmasına kadar yaklaşık olarak 10 senelik bir sürenin geçtiğini öngörmektedir (88). Tanıdan sonraki ilk on yılda, bir hasta ortalama dört ana duygudurum dönemi yaşamaktadır.(84) . Geç tanı konulmuş hastalarda tanı genellikle ilk mani ve hipomani atağı sonrasında konulur. Manik dönemlerin devamında hastaların %90'ında başka bir duygudurum epizodu daha görüldüğü gözlenmiştir. Hastaların %10- 20'sinde ise yaşam boyu hastalık seyri sadece manik ataklar ile kendini göstermektedir. Hastaların %60'ında ilk manik atak sonrasında, remisyon olmaksızın depresif bir dönemin ortaya çıktığı görülmektedir (58). Erken başlangıçlı manilerde genellikle ailede bipolar bozukluk hikayesi vardır ve ilk mani dönemi genellikle daha gürültülü olur (89).

Yapılan çalışmalarda hastalığın ilk görülme yaşı ile kişinin ilk kez tedaviye başvurması arasında yaklaşık 5-10 yıllık bir sürenin olduğu bulunmuştur. Hastaların ilk kez tedaviye başvuru yaşları ortalama 29 yaş civarındadır. BB' nin gidişatı her hasta için farklı faktörlere bağlı değişkenlik gösterebilmektedir. Yeterli doz ve sürede tedavi almayan hastaların yaklaşık %10-15'lik bölümünde 10'dan fazla epizod tespit edilmiştir. Özellikle kalıntı depresif semptomların varlığı rekürrensle anlamlı oranda bağlantılı bulunmuştur (90).

BB'nin manik epizodunda, hasta tedavi almadığında, hastalığın 3 aya yakın sürdüğü, bu nedenle hastada tedaviye başlandıysa tedavinin en az 3 boyunca devam edilmesi gerektiği bildirilmiştir. BB'nin depresif döneminde ise hasta tedavi almadığında, hastalığın 6-13 ay kadar devam edebildiği belirtilmektedir. Depresif dönemde hastaya tedavi başlandıysa ortalama 3 ay kadar tedaviye devam edilmesi gerektiği, 3 aydan erken tedavi kesildiğinde semptomların geri dönebildiği bildirilmektedir (72).

BB tanılı hastaların 1/3'ünde rekürrens, 1/3'ünde takiplerde psikotik bozukluk, 1/3'ünde ise eştanı olarak anksiyete bozukluğu gözlenmiştir. Erken yaşta başlangıç, teşhisin geç konulması, tedavi alınmayan hastalık dönemlerinin fazlalığı, depresif belirtili gün sayısındaki artış, ötimik gün sayısındaki az olması, hızlı döngülü dönemlerinin mevcut olması, hastanede uzun süreli yatışların olması hastalığın şiddetli olacağı yönündeki ön belirteçler olabileceği belirtilmektedir. Anksiyete bozukluğu eştanısı, aile desteğinden yoksunluk ile madde kullanım bozukluğu eş tanısı, düşük yaşam kalitesi ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili olarak saptanmıştır (91).

BB'de olumlu prognostik faktörler; manik epizodların ağırlıklı olması, hasta ve yakınlarının tedavi uyumunun iyi olması, iyileşme dönemlerinin uzun olması, iş ve aile koşullarının iyi olması, ailenin düşük duygu dışı vurumudur. Olumsuz prognostik faktörler ise erken başlangıç, rezidüel belirti varlığı, ileri yaş, psikiyatrik komorbiditenin eşlik etmesi, geçirilmiş mani dönemi sayısının 10'dan fazla olması, karma özelliklerin mevcut olması, alkol madde kullanım bozukluğunun varlığı, hızlı döngülülük, kişilik bozukluğu ek tanısı, ailede yüksek duygu dışı vurumunun olması olarak belirlenmiştir (92).

### **2.3.7. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik**

İşlevsellik; eğitim alma ve çalışabilme, kendi başına karar verebilme, sosyal aktivite ve hobilerini belirleyebilme, kişiler arası ilişkilerini başlatabilme ve sürdürebilme gibi hayatın farklı alanlarında kişinin devam edebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (93). Amerikan Tıp Birliği, işlevsellik kaybını "Bireyin

kişisel, sosyal veya mesleki gereksinimleri karşılama kapasitesindeki azalma” olarak tanımlanmıştır (Streeton, 1994).

BB sık görülen bir rahatsızlık olmamasına karşın hastalığın erken yaşlarda başlaması, şiddeti ve süreğen bir hastalık olması nedeniyle işlevsellik kaybına sebep olan hastalıklarda ilk sıralarda gelmektedir (94). BB'nin erkeklerde yedinci, kadınlarda ise sekizinci en sık işlevsellikte bozulma nedeni olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar doğrultusunda BB tanılı hastaların %30-60'ında duygudurum atağı geçirdikten sonra farklı oranlarda işlevselliklerinde bozulma yaşandığı tespit edilmiştir. BB'de ilk manik atak sonrasında hastaların yalnızca üçte birinin ilk bir yıl içinde işlevselliğinin geri kazandığı söylenmektedir (95). Yapılan vaka-kontrol çalışmalarında genellikle BB'nin ötimik fazında bile, sağlıklı kontrollere göre kötü bir işlevselliğin olduğu gösterilmiştir (96). BB'de işlevsellik kaybı şizofreni dışındaki kalan psikiyatrik rahatsızlıklardan yüksek olarak bulunmuştur (97).

Geçmiş dönemlerde BB'de sadece epizoda yönelik semptomatik tedavi yapmanın hastalar için faydalı olduğu düşünülse de yapılan güncel çalışmalar yeterli ilaç tedavisine ve hastaların ötimik döneme girmesine rağmen eski işlevselliklerine ulaşamadıklarını göstermiştir (98). En son çalışmalarda, hastalar için en anlamlı sonucun hastalık belirtilerinin geçmesi veya hastalığın remisyona girmesinden ziyade hastanın tedaviye yanıtının en anlamlı sonucu olan işlevselliğinde iyileşmenin olduğu bulunmuştur (99).

BB sosyal, mesleki ve ailesel alanlarda işlevselliğin belirgin derecede bozulduğu bir duygudurum bozukluğudur (74). BB tanılı hastalar üzerine yapılan 261 kişinin katıldığı bir çalışmada, hastaların %62'si orta ya da şiddetli düzeyde mesleki alanda işlevsellik kaybı yaşadıklarını belirtirken, yalnızca %18'i mesleki alanda işlevselliklerinde bir bozulma olmadığını bildirmişlerdir. Çalışmaya katılanların sadece %25'inin kendi niteliklerine uygun işlerde çalıştıkları belirtilirken, %75'i kendi niteliklerine uygun olmayan işlerde çalıştıklarını veya herhangi bir işte çalışmadıklarını belirtmişlerdir (100). Ek olarak, iyileşme dönemindeki BB tanılı hastalarda eşik altı depresif belirtileri var olmasının, mesleki işlevsellikte daha fazla bozulmaya neden olduğu gösterilmiştir (101).

BB tanılı hastalarda mesleki işlevsellik alanı dışındaki işlevsellik alanlarında da bozulmalar saptanmıştır. Ailevi ve kişilerarası ilişkiler, cinsel, bilişsel ve duygusal işlevsellik hastaların zorluk yaşadığı diğer işlevsellik alanları olarak belirlenmiştir (102). Örneğin; BB tanılı hastalarda genel popülasyona kıyasla boşanma oranının üç kat fazla olduğunu belirten çalışma, bu hastalık grubunda sosyal işlevsellik alanında da kayıplar olduğunu düşündürmektedir (103). Başka bir araştırmada, BB tanılı 77 hastanın ötimik dönemdeki verileri incelendiğinde katılımcıların %44'ünün psikososyal işlevselliklerinin belirli alanlarda bozulduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, hastaların yeni bilgileri öğrenme ve hatırlama konusunda daha kötü performans sergilediği görülmüştür. Bu durum, BB'nin hastalarda bilişsel alanda yeti yitimlerine neden olduğuna işaret etmektedir (104). 71 BB tanılı olan hasta ile 61 sağlıklı kontrol grubu Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği kullanılarak karşılaştırılmıştır. BB tanılı hasta grubunun %60'ında ve kontrol grubunun %13,1'inde ölçek puanlarına göre işlevsellikte bozulma olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. BB tanılı hastalar kısa işlevsellik değerlendirme ölçeğinin altı alt alanında da (özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, finansal konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman aktiviteleri) sağlıklı kontrollere göre işlevselliklerinde anlamlı kayıp olduğunu bildirmişlerdir (96).

BB'de erkek cinsiyet, hastalığın erken yaşta başlaması, ileri yaş, eşik altı ve rezidüel depresif semptomların varlığı, epizod sayısının fazla olması, komorbid psikiyatrik hastalıkların varlığı, hastanın hastaneye yatış sayısının fazla olması, bilişsel işlevsellikte bozulmaların mevcut olması, karma dönemlerin sayısının fazla olması, psikotik bulguların varlığı, hastanın tedavi uyumunun düşük olması, hızlı döngülülük ve hastanın hastalığı nedeniyle damgalanması, kullanılan ilaç sayısının ve ilaçların yan etkilerinin fazla olması kötü işlevsellik ile ilişkilendirilmiştir (58,105–108). Literatürde hastaların remisyon dönemlerinde görülen kalıntı depresif semptomların varlığının psikososyal işlevselliğin en güçlü belirleyicisi olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur (109–112). Yapılan bazı çalışmalarda, uzun vadede işlevselliği etkileyen önemli etkenlerin hızlı döngülülük, madde kullanım bozukluğu ek



tanısı, eşik altı depresif belirtiler ve nörobilişsel bozulmalar olduğu belirtilmektedir (113,114).

### **2.3.8. Bipolar Bozuklukta Komorbidite**

#### **2.3.8.1. Psikiyatrik Hastalıkların komorbiditesi**

Bir hastada iki farklı hastalığın bulunması durumu komorbidite olarak tanımlanmaktadır. Bipolar bozuklukta eksen 1 ve eksen 2 komorbiditesi sıklıkla görülmektedir (115). BB Tip-1 tanılı hastalarda, yaşam boyu psikiyatrik ek tanı görülme oranı %50-70 arasında değişmektedir. BB'de görülen psikiyatrik eş tanıları incelendiğinde, psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en güçlü ilişki panik bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğu arasında saptanmıştır (116).

Psikiyatrik komorbiditesi bulunan hastalarda; duygudurum bozukluğunun daha erken yaşta başladığı, hastaların daha şiddetli psikotik özellikler gösterdiği, hastanedeki yatış süresinin daha uzun olduğu ve daha yüksek oranda hızlı döngülülük gösterdiği bildirilmektedir (117). Ek tanı varlığı; kötü prognoz, daha yüksek intihar riski, erken depresyon başlangıcı riski ve daha düşük lityum cevabıyla ilişkilendirilmiştir (115).

Yapılan çalışmalar, BB ile anksiyete bozukluğunun birlikteliğinin oldukça yaygın olduğunu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığının, BB tanılı hastalarda genel topluma göre daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir (118). Macaristan'da gerçekleştirilen bir araştırmada, BB tanılı hastalarda, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve özgül fobi görülme riskinin arttığı bulunmuştur. ECA (Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında bipolar bozuklukta panik bozukluk ek tanısı %21 iken bu oran unipolar depresyon için %10 olarak bulunmakta olup BB' deki panik bozukluk ek tanı riski unipolar depresyona göre 1.8 kat daha fazla olarak tespit edilmiştir (119). Karma dönem geçiren ve hızlı döngülülük gösteren bipolar bozukluk tanılı hastalarda, panik bozukluk ek tanısının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (120). Yapılan bir çalışmada ise, % 31,2 oranı ile yaygın anksiyete bozukluğunun, BB tanısı olan hastalarda yaşam boyu en sık görülen anksiyete bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir (118).

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda, alkol kullanım bozuklukları eş tanısının oldukça yüksek oranda olduğu belirtilmektedir. Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda yapılan iki geniş örneklemlili araştırmada, alkol kullanım bozuklukları eş tanı oranı %46 ve %58 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olup BB tanısı alan 50 hastada eş tanı sıklığının incelendiği bir çalışmada, alkol kötüye kullanımı oranı %10 olarak tespit edilmiştir. Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda, madde kullanım bozukluğu eş tanısının olması; daha yüksek oranda intihar girişimi, daha fazla hastaneye yatış öyküsü, hızlı döngünlük, karma dönem sıklığının artışı, geçmiş depresif dönem sayısı yüksekliği, B kümesi kişilik bozuklukları eş tanısı, ilk duygudurum epizodunun erken yaşta ortaya çıkması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (121).

Kişilik bozuklukları, bipolar bozukluğun klinik seyrini ve gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir. BB tanılı hastaların ötimik döneminde olan 52 hastayla yapılan bir araştırmada, eksen 2 ek tanısı %28 olarak tespit edilmiştir. 117 hastayla yapılan başka bir çalışmada ise, BB tanısı olan hastalarda, kişilik bozukluğu ek tanısı %38 olarak bulunmuştur. Kişilik bozukluğu ek tanısı olan hastalarda kalıntı belirtilerin daha fazla olduğu, prognozun daha kötü seyrettiği, işlevselliğin daha düşük olduğu ve alkol ve madde kullanım miktarının arttığı gözlenmiştir (115).

Bedensel belirti bozukluğu (BBB), tıbbi olarak açıklanamayan veya açıklanabilmesine rağmen önemiyle orantısız olarak içsel güç harcanan fiziksel belirtilerle karakterize, kişinin sağlığı veya belirtileriyle ilgili sürekli olarak kaygı duyduğu bir ruhsal bozukluktur. (54) Bedenselleştirme (somatizasyon) ise bir tanısal kategori olmasından ziyade psikolojik rahatsızlıkların bedensel belirtiler halinde yaşanarak ifade edilmesi ile giden, hastaların zihinsel, duygusal, davranışsal ve yaşantısal özelliklerinden oluşan ortak bir ifadedir (122).

Bipolar spektrum bozukluklarında (BSB) bedensel belirti ve bulgular, tanı ve tedaviyi komplike hale getirebilmektedir (123). BSB’si olan hastalar, genel popölasyona göre bedensel ağrıda artış, fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık durumunda düşüklük göstermektedir. Bu durum da kişilerin tedavi uyumunu

kötüleştirmekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (124). Yapılan meta analiz çalışmaları BSB'si olan kişilerde genel popülasyona oranla migren ve kronik ağrının iki kattan daha fazla görüldüğünü gösterilmiştir (125). Ek olarak BSB tanılı bireylerin genel popülasyona oranla yedi kattan fazla fibromiyalji tanısı aldığı bulunmuştur (126).

106.785 hastanın değerlendirildiği ve 23 çalışmanın dahil edildiği derleme çalışmasına göre BSB'de de bedensel belirtilerin tahmin edilen prevalansı %47,8 olarak tespit edilirken, bedensel belirtileri olan kişilerde BSB'nin tahmin edilen prevalansı %1,4 olarak bulunmuştur. Ek olarak BSB tanılı hastalarda spesifik olmayan pek çok bedensel belirtinin görülebileceği belirtilmiş olup en sık görülen bedensel belirtilerin; iştahta değişiklik, kronik yorgunluk sendromu, enerji düşüklüğü, halsizlik, cinsel ilgide azalma, fonksiyonel aşırı aktif mesane olduğu belirtilmiştir (124).

### **2.3.8.2. Kronik Tıbbi Hastalıkların komorbiditesi**

BB'de yüksek tıbbi hastalık komorbiditesi prevalansları tipik olup hastalığın prognozunu ve tedavi sürecini etkilemektedir (127). BB tanılı hastaların % 96,3'ünde kardiyovasküler, metabolik, endokrin, solunum ve kas-iskelet sistemlerini kapsayan sistemlerin en az bir tanesinde ek tıbbi problem tespit edilmiştir (128). BB'de tıbbi ek tanısı olan hastalar mortalite açısından genel popülasyon ile kıyaslandığında, kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla 9 ile 8,5 yıl daha erken mortalitenin olduğu ve tıbbi ek tanının erken mortaliteyi arttırdığı tespit edilmiştir (129). Eski dönemdeki çalışmalar, BB'deki tıbbi komorbiditeler üzerinde psikotrop ilaçların ve sağlıksız yaşam tarzının olumsuz etkileri üzerinde durulurken, daha güncel çalışmalar, BB ile tıbbi komorbiditeler arasındaki bağlantının altında yatan potansiyel patolojik yollara (oksidatif stres ve inflamasyon gibi) odaklanmıştır (130,131).

BB'de kronik tıbbi hastalık ek tanısı ile de sık karşılaşılmaktadır. Migren, tiroid hastalıkları, obezite, tip 2 diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar BB'de en sık görülen kronik hastalıklardır (132). BB'de en sık erken ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır ve BB'li bireyler, sağlıklı kontrollere kıyasla

beş kata kadar daha yüksek kardiyovasküler hastalık riskine sahiptir (133). 15 meta-analiz çalışmasının incelenmesi sonucunda BB tanılı hastalarda en sık görülen kardiyovasküler sistem bulguları; abdominal obezite, açlık kan glukozu ve trigliserid düzeylerinde artış olarak tespit edilmiştir. Ek olarak BB'ye en sık eşlik eden kardiyovasküler sistem hastalıkları, diabetes mellitus ve hipertansiyon olarak belirlenmiştir (134–136).

Yapılan çalışmalar sonucunda BB tanılı hastalarda en sık görülen solunum sistemi hastalıkları; astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), obstrüktif uyku apnesi ve alerjik rinit olarak belirlenmiştir. Retrospektif bir kohort çalışmasında KOAH ile yeni tanı almış BB tanılı vakalar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (137–141).

Endokrin sistem hastalıkları açısından bakıldığında, tiroid hastalıkları BB ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında hipertiroidizm hastalarında kontrol grubuna göre BB insidansının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ek olarak, BB'de kullanılan lityum ve antipsikotiklerin hipotiroidizme sebep olabileceği, bu nedenle kullanılan ilaçtan bağımsız olarak hipotiroidizm riski açısından BB tanılı hastalarda düzenli kan kontrollerinin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (142,143).

BB'de 3976 bireyi kapsayan 14 meta-analiz çalışması sonucunda, BB-1 ve BB-2'de migren prevalansı sırasıyla %32,7 ve %54,2 bulunmuştur (144). Multipl skleroz tanılı 152 hastada BB prevalansının incelendiği kesitsel bir çalışmada, BB prevalansı %6,5 olarak tespit edilmiştir (145). Ek olarak, literatürde BB'ye epilepsi ve serebellar hastalıkların da nörolojik ek tanı olarak eşlik edebileceği belirtilmektedir (146,147).

BB ile enfeksiyon hastalıklarının birlikteliği ile ilgili de literatürde yapılan çalışmalar mevcuttur. Brezilya'da HIV enfeksiyonu olan 196 yetişkin üzerinde yapılan kesitsel çalışmada, BB prevalansı %8,1 olarak bulunmuştur. Bu durum HIV ile enfekte olan kişilerde BB görülme yaygınlığının, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki genel popülasyonda BB görülme yaygınlığı (%2,1) nın yaklaşık 4 katı olduğunu göstermektedir (148). Kontamine iğnelerin paylaşılması, iğne

batması ve korunmasız cinsel temas gibi HCV ve HIV riskini artıran davranışların, bipolar bozukluk da dahil olmak üzere psikiyatrik hastalığı olan bireylerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (149).

### **2.3.9. Bipolar Bozuklukta Tedavi**

BB'nin tekrarlayan, kronik seyir gösteren ve işlevsellikte bozulmaya neden olan bir hastalık olması nedeniyle, hastalığın erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir. Tedavide amaç; akut duygudurum ataklarının tedavisi, rekürrenslerin engellenmesi ve hastanın işlevselliğini artmasını sağlamaktır. Hastalığın klinik seyri her hastada farklı şekillerde ortaya çıktığı için hastaya özel bir tedavi planı oluşturulup uygulanmalıdır (92). BB tanılı hastalarda tedavi planını oluşturmadan önce hastalığın gidişatı, mevcut döneme ilişkin özellikleri, hastanın atak dönemleri dışındaki duygudurumu, olaylara genel olarak verdiği reaksiyonlar, güçlü olduğu taraflar, başa çıkma stratejileri, hayattaki hedefleri ile bireysel ve aile öyküsü de öğrenilmelidir (150).

Bipolar bozuklukta tedavi akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavi olarak ikiye ayrılır. Akut dönem tedavisi, hastanın içinde bulunduğu duygudurum döneminin tedavisidir. Koruyucu tedavide ise, hastada relaps ve rekürrenslerin önlenerek remisyonun devam etmesini sağlamak hedeflemektedir (151).

Akut mani tedavisindeki amaç; remisyonu sağlamak ve işlevselliği arttırmaktır. Özellikle psikotik belirtileri ve psikomotor ajitasyonu olan akut mani kliniği psikiyatrik acillerdendir ve hızlı bir şekilde tedavi edilmelidir (152). Hastalar, hasta oldukları konusunda içgörüyeye sahip olmadıkları için tedaviye uyumları genellikle düşüktür. Akut dönem tedavide duygudurum dengeleyici ilaçlardan lityum, valproik asit ve karbamazepin tercih edilir. Lityum özellikle tipik olarak karşımıza çıkan öforik ve hafif şiddetteki mani dönemlerinde ilk tercih olarak kullanılırken; valproik asit ve karbamazepin ise ağır, disforik, karma belirtili ve psikotik özellikli mani dönemlerinde ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Duygudurum dengeleyici ilaçların antimanik etkinliği 5-12 gün içerisinde başlamaktadır. Bu nedenle, epizodun ilk dönemlerinde belirtileri şiddetli olgularda duygudurum dengeleyici ilaçlara ek olarak antipsikotik ilaçlar da

eklenebilir. Psikomotor ajitasyon, uyku problemleri ve saldırganlık durumlarında lüzum hali olarak benzodiazepinler de tedavide kullanılabilir (153).

Akut bipolar depresyon tedavisinde amaç; depresif bulguların tamamen düzelmesi ve kişinin hastalık öncesi işlevselliğinin tekrar sağlanmasıdır (154). Depresif dönem; intihar riskinin yüksek olduğu bir dönem olması, yeterli tedaviye rağmen hastaların çoğunda kalıntı belirtilerin kalması ve manik döneme göre daha uzun sürmesi nedeniyle, hızlı ve etkin bir şekilde tedavi edilmelidir (153). Akut bipolar depresyon döneminin tedavisinde, duygudurum dengeleyici ilaçlar ve atipik antipsikotikler ilk tercih olarak sağaltımda kullanılırlar. Antidepresanlar, manik ve hipomanik kaymaya yol açabilecekleri için tek başlarına kullanımları genellikle tercih edilmez. Tedaviye antidepresan ilaç eklemek gerekiyorsa duygudurum düzenleyici etkisi olan ilaçlarla birlikte tedavide kullanılabilir. Farmakolojik tedaviye yanıt alınamayan ve intihar riski yüksek olan vakalarda elektrokonvulsif terapi (EKT) tercih edilebilir (154).

Koruyucu dönem tedavisi, bipolar bozukluğun tekrarlayıcı olması ve hastaların koruyucu dönem tedavisi altında geçirdikleri sürenin akut dönem tedavisi altında geçirdiği süreden daha uzun olması nedeniyle, en az akut dönem tedavisi kadar önemlidir (155). Koruyucu dönem tedavisinde amaç; ileriki dönemde ortaya çıkabilecek relapsları önlemek, kalıntı belirtileri azaltmak ve işlevselliği arttırmaktır (156). Koruyucu tedavide kullanılacak psikotrop ilaç seçilirken; hastalık süresi ve gidişatı, geçirilmiş epizod sayısı ve türleri, hastalığın mevsimsellik veya hızlı döngülülük gösterip göstermediği, kişinin diğer kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlar, ailede bipolarite öyküsünün olup olmadığı, önceden tedavi almışsa hastanın tedavilere yanıt düzeyi ve ilaca uyumu dikkate alınmaktadır (86).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments), İngiliz Psikofarmakoloji birliği (BAP) gibi birçok tedavi kılavuzunda ilk manik epizod sonrasında koruyucu tedavinin başlanması gerektiği söylenmektedir. Ancak, koruyucu dönem tedavisinin başlanması için ikinci bir manik dönemin geçirilmesini beklemek gerektiğine dair görüşler de mevcuttur. Genel olarak, akut fazda etkili olduğu görülen ilaçlara, koruyucu

dönem sağaltımında da devam edilmesi önerilmektedir (150). Hastanın koruyucu dönem tedavisine uyumunu arttırabilmek için mümkünse tedavi monoterapi şeklinde uygulanmalıdır. Psikotrop ilaç tercih edilirken; ilacın istenmeyen yan etkilerinin ve hastadaki ek tıbbi durumları etkileme ihtimalinin az olmasına dikkat edilmelidir (157).

### **2.3.10. Bipolar Bozukluk ve COVID-19**

Pandemi sürecinde COVID-19 virüsünün hızlı yayılımını önlemek için tüm dünyada sosyal izolasyon ve karantina önlemleri alındı. Bu önlemler, aile ve arkadaşlarla olan iletişimin azalmasının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin azalması, sosyal ve fiziksel faaliyetlerde bulunma kapasitesinin sınırlı olması gibi sonuçları beraberinde getirdi. Bu faktörlerin istikrarlı bir ruh hali sürdürmek için önemi göz önüne alındığında, BB ile ilişkili semptomların pandeminin bir sonucu olarak şiddetlenmesi olasıdır (7). Hedefe yönelik müdahaleler olmadan, BB'li hastaların genel popülasyona kıyasla enfekte olma ve daha kötü fiziksel sonuçlar yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu varsayılmaktadır (158).

ABD Alkol ve İlgili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Araştırmasında (NESARC-III), madde kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı, bipolar bozukluğu olan bireyler arasında 2,3 kat daha yüksek olarak bulunmuştur. BB'li bireylerin sosyal izolasyonla başa çıkmak için keyif verici maddeler kullanmasına neden olabilir ve bu durum, dürtüselliği şiddetlendirebilir ve bireylerin karar vermesini zorlaştırabilir (116).

COVID-19 bulaşma riskini azaltmak için el yıkama ve sosyal mesafe gibi halk sağlığı önlemleri önerilmektedir (26). Ancak, BB'de hastalığın doğası gereği bu önlemlerin uygulanmasında zorluklar ortaya çıkabilir. Manik veya hipomanik epizod yaşayan BB'li bireyler tipik olarak dürtüsellik, disinhibisyon ve muhakeme yeteneğinde bozulmalar gösterirler. Kişisel hijyen ve sosyal mesafe protokollerini ihlal edecek riskli davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir (159).

Egzersizler, hobiler ve eğlenceler gibi sosyal aktiviteler ("zeitgebers"), BB tanılı hastalarda biyolojik ritimlerin korunmasında ve zihinsel sağlığın

sürdürülmesinde önemli bir rol oynar. Uygulanan sokağa çıkma yasakları ("tecritler"); okulların, üniversitelerin, restoranların, spor salonlarının kapatılması ve seyahat kısıtlamaları, hastaların sosyal ritimlerinde büyük bozulmalarına neden olur. Bu uygulamaların, BB'li bireylerde, uyku ve enerji düzenlemeleri için olumsuz sonuçlar oluşturmakla birlikte düzenli bir rutin oluşturmalarında zorlanacaklarını göstermektedir (160).

COVID-19 salgınını kontrol etmek için alınan önlemler, BB tanılı hastaların büyük bir bölümünde uyumsuz başa çıkma stratejilerine yol açmıştır. Bunlar; ekran başında geçirilen sürenin artması, hazır abur cubur tüketiminin artması, egzersizin azalması, bazı ülkelerde tütün ile alkol tüketiminin artması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın azalmasıdır. Bu durum hastalarda tekrarlayan duygudurum ataklarının ve intihar davranışı riskinin artmasına neden olur (7,161). Tüm duygudurum bozuklukları arasında en yüksek intihar oranlarının BB'de olduğu gösterilmiştir (162). İşsizlikte ve finansal strese artışın intihar girişimleri açısından önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir (163,164). Covid-19 salgınının sosyo-ekonomik etkilerinin de pandemi döneminde, BB tanılı popülasyonda intihar riskini arttırmış olabileceği belirtilmektedir (165).

Pandemi sırasındaki sosyal izolasyon düşük ruh hali ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir. Mevcut kanıtlar halihazırda düşük bir sosyal etkileşime sahip olan BB'li bireylerin de bu durumdan olumsuz bir şekilde etkilenebileceği ve kendilerini sosyal olarak daha kısıtlanmış hissedebileceklerini göstermektedir (17). BB'de azalmış sosyal etkileşimin, işlevsellikte daha fazla bozulma ve kişilerde daha uzun iyileşme süresi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (166).

Literatürde yapılan iki çalışmada, BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre salgınla ilişkili daha yüksek düzeyde stres ve kaygı, bilişsel işlevlerde belirgin bozulma ve daha yüksek oranda uyku bozukluğu tespit edilmiştir (10,167). BB tanılı hastaların pandeminin ilk dört haftasında, pandemi öncesi döneme göre hastaneye yatış oranları daha yüksek bulunmuştur (168).

Yakın zamanda BB tanısı konulan bireylerde, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişilere göre COVID-19 test taramalarında pozitiflik oranı



daha yüksek bulunmuştur. Bu hastalar arasında, taramalarda, kadın hastaların testlerinin pozitifleşme oranının erkeklerden yüksek olduğu belirtilmiştir (169).

Avustralya'da ilk COVID-19 dalgası sırasında 1292 adet duygudurum bozukluğu (BB ve depresif bozukluk ) tanılı bireyler ile 3167 adet sağlıklı kontrolün kıyaslandığı çalışmada, sağlıklı kontrollere kıyasla duygudurum bozukluğu tanısı olan grupta psikolojik sıkıntının ve alkol kullanımının arttığı, sosyal temasın azaldığı tespit edilmiştir. BB tanılı katılımcılar, depresif bozukluğu olan katılımcılara kıyasla daha yüksek düzeyde stres, depresyon ve finansal kaygı bildirmişler (8). Ceban ve ark.'nın incelediği derleme, COVID-19 enfeksiyonu öncesi duygudurum bozukluğu tanısı olan kişilerin, COVID-19 sebebiyle hastaneye yatış oranlarının ve ölüm riskinin daha yüksek olduğunu vurgulamıştır (9). Karontonis ve ark. BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre öznel bilişsel işlevlerde belirgin bozulmalar olduğunu ve bu bozulmanın intihar düşünceleri ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (10).

Bu dönemde yapılan çalışmalar, ruhsal hastalığı olan (depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu) bireylerde pandemiye yanıt olarak olumsuz duyguların ve olumsuz yaşam tarzı değişikliklerinin arttığını vurgulamaktadır. Pandeminin küresel olarak başlamasının yeniliği göz önüne alındığında COVID-19'un BB'lu kişiler üzerindeki ruhsal sağlık etkilerini hedefleyen araştırmalar asgari düzeydedir (10). COVID-19'un BB tanılı bireylerde etkisinin anlaşılması; yalnızca ruhsal belirtileri daha iyi yönetmek için acil müdahale stratejileri tasarlamak için değil, aynı zamanda gelecekte benzer koşullara daha iyi hazırlanmak için önemlidir.

### **3-) GEREÇ –YÖNTEM**

#### **3.1. Evren ve Örneklem**

Bu çalışma; Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde yapılmıştır. BB tanısı ile takip edilmekte olan ötimik dönemdeki 80 hasta ve hastalarla sosyodemografik özellikler açısından eşleştirilmiş 80 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.2. Etik İzin**

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na 08.11.2021 tarihinde yapmış olduğumuz başvuru ile bu çalışmayı yapmamız Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülmüştür. Çalışmamız için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.11.2021 tarihinde etik kurul onayı alınmıştır.

#### **3.3.Çalışmanın uygulaması**

Katılımcılar araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildi. Katılımcılara her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılanların; çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme nedeni ile tedavi programında herhangi bir etkilene olmayacağı hakkında bilgi verildi. Sözlü ve yazılı onamları alındı.

DSM 5 tanı ölçütlerine göre BB tanısı almış, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde tedavi takipleri devam eden hastalara, çalışma yürütücüsü tarafından SCID I (DSM 5) uygulandı. Bu değerlendirme sonrasında katılımcılara sosyodemografik veri formundaki sorular soruldu ve çalışma yürütücüsü tarafından hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), young mani derecelendirme ölçeği (YMDRS) ve kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği (KİDÖ) uygulandı. Özbildirim ölçekleri olan koronavirüs korkusu ölçeği, koronavirüs anksiyete ölçeği- kısa form ve COVID-19 salgınına yönelik algı ve tutumları değerlendirme ölçeği katılımcılara verildi.

Çalışmaya katılan BB tanılı hastalarla sosyodemografik olarak eşleştirilmiş sağlıklı kontroller çalışmaya dahil edildi. Sağlıklı kontrollere sosyodemografik veri formundaki sorular soruldu ve çalışma yürütücüsü tarafından hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), young mani derecelendirme ölçeği (YMDRS) ve kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği (KİDÖ) uygulandı. Özbildirim ölçekleri olan koronavirüs korkusu ölçeği, koronavirüs anksiyete ölçeği- kısa form ve COVID-19 salgınına yönelik algı ve tutumları değerlendirme ölçeği katılımcılara verildi.

### **3.4. Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri**

#### **Dahil Olma Kriterleri;**

1. Klinik görüşme ile değerlendirilen hastaların ötimik dönemde olması
2. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği skorunun <7 olması
3. Young mani derecelendirme ölçeğinin <6 olması
4. Katılımcıların 18-65 yaş aralığında olması

#### **Dışlama Kriterleri;**

1. Katılımcılarda ölçekleri uygulamayı engelleyecek mental retardasyonun veya işlevselliği bozan nörolojik hastalıkların bulunması
2. Katılımcıların çalışmaya yazılı onam vermemesi
3. Katılımcıların 65 yaş üstü ve 18 yaşından küçük olması

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu:**

Katılımcıların demografik özellikleri olan bireysel özelliklerinin, pandemi sürecine bağlı öznel deneyimlerinin belirlenebilmesi için araştırmacı tarafından BB tanılı grup için 44, sağlıklı kontrol grubu için 37 sorudan oluşan Sosyodemografik Bilgi Formu hazırlanmıştır.

### **3.5.2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)**

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, hastalardaki depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, klinisyen tarafından doldurulan, 17 soruluk bir testtir. 1960 senesinde Max Hamilton tarafından yayımlanmış olup günümüzde depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan en yaygın ölçektir (170). Türkçe'ye uyarlaması 1996 yılında Aydemir ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte, depresif mizaç, intihar, iş ve aktivitelerde kayıp, ajitasyon, retardasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriyak belirtiler, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete, içgörü gibi alt gruplar mevcuttur. Ölçeğin; uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik belirtiler, genital belirtiler, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten en yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir (171).

### **3.5.3. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDRS)**

Young ve ark. tarafından 1978 yılında manik dönemin şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış bir ölçektir. Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır ve görüşmeci tarafından doldurulmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, irritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü şeklinde alt grupları bulunmaktadır. (172). Ölçeğin uygulanması hastanın son 48 saat içerisindeki öznel durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme esnasında klinisyenin gözlemlerine dayanarak yapılır Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (173).

### **3.5.4. COVID- 19 Korkusu Ölçeği**

Aharsu ve arkadaşları tarafından 2020 yılında, 717 İranlı katılımcının örneklem olarak alındığı ve 7 madde ile düzenlenen likert tip ölçektir. Her

seçenek için en düşük puan 1(kesinlikle katılmıyorum), en yüksek puan 5 (kesinlikle katılıyorum) olarak belirlenmiştir. Toplam puanın 7-35 arasında değerlendirildiği ve skorun ne kadar yüksek olursa COVID-19 korkusunun o kadar yüksek olacağını öngören bir puanlama sistemine sahiptir (174). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ladikli ve ark. tarafından yapılmıştır (175).

### **3.5.5. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği- Kısa Form**

Lee ve arkadaşları(2020) tarafından geliştirilmiş, COVID-19 ile ilişkili olası disfonksiyonel anksiyete vakalarını tespit etmek için geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin puanlanması “0” “hiçbir zaman”, “1” “Nadir, bir veya iki günden az”, “2” “Birkaç gün”, “3” “7 günden fazla” ve “4” “son iki haftada neredeyse her gün” olarak gerçekleştirilmiştir. **0-4 arasında puanlanabilen 5’li likert tip bir ölçek olup toplam puanı 0-20 arasında değişmektedir. 9 ve üzeri puan alanlar koronavirüs anksiyetesi yüksek olarak yorumlanabilir** (176).

### **3.5.6. COVID-19 Salgınına Yönelik Algı Ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği**

Artan ve arkadaşları (2020) tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği uygulanmış bir öz bildirim ölçeğidir. Genel algı, nedenler algısı, kaçınma davranışları ve kontrol algısı olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmuştur. Anketin hastalığa yönelik genel algıyı değerlendiren alt ölçeği, “bulaşıcılık” ve “tehlike” alt boyutlarını kapsayan 8 maddeden oluşmaktadır. 18 maddelik ikinci alt ölçek olan nedenler algısı ölçeği, hastalığa neden olan faktörleri değerlendirmektedir. Komplo, çevre ve inanç alt boyutlarından oluşmaktadır. Komplo alt boyutu, koronavirüsün bir tür komplo motivasyonu ile yaratıldığına yönelik inanç ifadelerinin yer aldığı bir algıyı değerlendirmektedir. Çevre alt boyutu ise hastalığın çevresel sebeplerden ötürü ortaya çıktığına dair bir algıyı değerlendirmektedir. İnanç alt boyutu ise hastalığı dini gerekçelere dayandırma düzeyini ölçmektedir. Kontrol algısı alt ölçeği, hastalığa yönelik kontrol algısını değerlendirmektedir ve 13 maddeden oluşmaktadır. Kontrol algısı ölçeğinden alınan yüksek puanlar kontrol algısının yüksek olduğunu ifade eden olumlu bir tabloyu ifade etmektedir. Makro kontrol, kişisel kontrol ve kaçınılmazlık alt

boyutları bulunmaktadır. Kaçınılmazlık alt boyutundaki tüm ifadeler ters kodlama gerektirmekte olup bu alt boyuttan alınan yüksek puanlar, kişinin hastalıktan kaçınabileceğine dair inancının yüksek olduğunu göstermektedir. Kaçınma davranışlarını değerlendiren alt ölçek ise 14 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin alt boyutları ise; bilişsel kaçınma, ortak alanlardan kaçınma ve kişisel temastan kaçınma şeklindedir.

Genel Algı, Nedenler ve Kontrol Algısı Ölçekleri “1- Kesinlikle Katılmıyorum” ile “5-Kesinlikle Katılıyorum” arasında işaretleme yapılabilen 5’li likert türündedir. Kaçınma davranışlarını değerlendiren alt ölçek ise “Bu davranışı hiç yapmadım.” ve “Bu davranışı çok sık yaptım.” arasında seçeneklerin yer aldığı 5’li likert tip bir ölçektir. Ölçeklerin her biri bağımsız olarak değerlendirilmekte olup ayrı puanlar elde edilmektedir. Ölçeklerin alt boyutlarının da ayrı ayrı ele alınması ve değerlendirilmesi uygundur. Tüm ölçekler için alınan yüksek puanlar o alandaki inancın yüksek olduğuna işaret etmektedir (177).

### **3.5.7.Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği**

Rosa ve ark. tarafından 2007 yılında geliştirilen, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri olmak üzere 6 alt ölçekten oluşan, 24 maddelik 4’li likert tip bir ölçektir. Değerlendirme için bireyin son 15 günü dikkate alınır. Her soru 0-3 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler ‘hiç zorlanma yok’ (0 puan), ‘çok az zorlanma’ (1 puan), ‘orta derecede zorlanma’ (2 puan), ‘aşırı derecede zorlanma’ (3 puan) şeklinde puanlanır. Toplam ölçek puanı 0-72 puan arasında değerlendirilir. Ölçeğin bir kesme puanı bulunmazken, puanların toplanması ile toplam skor elde edilir ve yüksek puanlar işlevselliğin kötü düzeyde olduğunun göstergesidir. (178).

### **3.6.İstatistiksel Analiz**

Veriler SPSS Paket Program 20.0 sürümü ile analiz edildi. Kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde, sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma

şeklinde ifade edilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin, iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları ise İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uyan değişkenlerin korelasyon analizinde, Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısı 0,00-0,24:zayıf, 0,25-0,49: orta düzeyli, 0,50- 0,74: güçlü ve 0,75-1,00: çok güçlü korelasyon olarak değerlendirildi. Korelasyon analizinde anlamlı çıkan bulguların yordayıcı faktör olup olmadığını değerlendirmek için Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.



## 4- BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir.

Çalışmamızda 80 BB tanılı hasta, 80 sağlıklı kontrol grubunun verileri incelenmiştir. Vaka-Kontrol çalışması olarak planlanması nedeniyle, BB tanılı vaka grubu ile sağlıklı kontrol grubu cinsiyet, yaş ve eğitim durumu açısından birbirleriyle eşleştirilmiştir.

### 4.1. Bipolar Bozukluk ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Verilerinin Kıyaslanması

**Tablo 4.1** Bipolar bozukluk ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik Verilerinin karşılaştırılması

|                 |                 | Bipolar Bozukluk |           | Sağlıklı Kontrol |           | p      |
|-----------------|-----------------|------------------|-----------|------------------|-----------|--------|
|                 |                 | N(%)             | Ort±SD    | N(%)             | Ort±SD    |        |
| Cinsiyet        | Kadın           | 48(60)           |           | 49(%61,2)        |           | 0.871  |
|                 | Erkek           | 32(40)           |           | 31(%38,8)        |           |        |
| Yaş (yıl)       |                 |                  | 43,1±13,2 |                  | 43,7±12,6 | 0,751* |
| Öğrenim Durumu  | İlköğretim      | 27(33,8)         |           | 27(33,8)         |           | 1.0    |
|                 | Lise            | 23(28,8)         |           | 23(28,8)         |           |        |
|                 | Üniversite      | 30(37,5)         |           | 30(37,5)         |           |        |
| Öğrenim yılı    |                 |                  | 12,1±3,4  |                  | 12,1±,34  | 1.0    |
| Medeni Durum    | Evlü            | 44(55)           |           | 52(65)           |           | 0.426  |
|                 | Bekar           | 29(36,2)         |           | 22(27,5)         |           |        |
|                 | Dul/Boşanmış    | 7(8,8)           |           | 6(7,5)           |           |        |
| Kiminle Yaşıyor | Yalnız          | 10(12,5)         |           | 10(12,5)         |           | 1.000  |
|                 | Aile,eş,arkadaş | 70(87,5)         |           | 70(87,5)         |           |        |
| Meslek          | Çalışıyor       | 35(43,8)         |           | 41(51,2)         |           | 0.264  |
|                 | Çalışmıyor      | 39(48,8)         |           | 37(46,2)         |           |        |
|                 | Öğrenci         | 4(5)             |           | 2(2,5)           |           |        |
|                 | İş kaybı        | 2(2,5)           |           | 0(0)             |           |        |

p: ki kare testi, p\*: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ort: ortalama, SD: standart sapma, %: Sütun yüzdesi, istatistiksel anlamlılık değeri= p < 0.05



Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırma yapıldığında, BB tanıılı hastaların %60'ı (n=48), %32'si (n=40) erkek, sağlıklı kontrol grubunun %61,2'si (n=49) kadın, %38,8'i (n=31) erkekti. Katılımcıların yaşlarına bakıldığında bipolar grubunda ortalama yaş 43,1± 13,2, kontrol grubunda ise 43,7±12,6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların meslek durumları incelendiğinde, Bipolar grubunun %43,8'i (n=35) bir işte çalışmakta olduğu, % 48,8'inin (n=39) herhangi bir işte çalışmadığı, %5'inin (n=4) öğrenci olduğu, %2,5'unun (n=2) pandemi nedeniyle iş kaybı yaşadığı saptanmıştır. Kontrol grubunun ise %51,2'sinin (n=41) bir işte çalışmakta olduğu, %46,2'sinin (n=37) çalışmadığı, %2,5'un (n=2) öğrenci olduğu tespit edilmiştir. BB ve sağlıklı kontrol grupları arasında cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, öğrenim yılı, medeni durum, kiminle yaşadığı ve meslek durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2** Pandemi döneminde etkilenen bireysel faktörler-1

|                          |                  | Bipolar Bozukluk | Sağlıklı Kontrol | p     |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|-------|
|                          |                  | N (%)            | N (%)            |       |
| Sigara kullanımı         | Var              | 39 (48,8)        | 33 (41,2)        | 0,34  |
|                          | Yok              | 41 (51,2)        | 47 (58,8)        |       |
| Sigarada artış (Pandemi) | Var              | 25 (64,1)        | 17 (53,1)        | 0,349 |
|                          | Yok              | 14 (35,9)        | 15 (46,9)        |       |
| Alkol kullanımı          | Var              | 17 (21,2)        | 21 (26,2)        | 0,457 |
|                          | Yok              | 63 (78,8)        | 59 (73,8)        |       |
| Alkol kullananlarda AKB  | Var              | 6 (35,3)         | 0 (0)            | 0,003 |
|                          | Yok              | 11 (64,7)        | 21 (100)         |       |
| Alkol kullanım artışı    | Var              | 9 (52,9)         | 3 (14,3)         | 0,011 |
|                          | Yok              | 8 (47,1)         | 18 (85,7)        |       |
| Alkolü kullanım amacı    | Uyuyabilmek      | 2 (11,8)         | 0 (0)            | 0,001 |
|                          | Keyif almak      | 4 (23,5)         | 17 (81)          |       |
|                          | Kaygıyı azaltmak | 11 (64,7)        | 4 (19)           |       |
| Madde kullanımı          | Var              | 2 (2,5)          | 1 (1,2)          | 0,556 |
|                          | Yok              | 78 (97,5)        | 79 (98,8)        |       |
| Fiziksel hastalık        | Var              | 30 (37,5)        | 15 (18,8)        | 0,008 |
|                          | Yok              | 50 (62,5)        | 65 (81,2)        |       |

|           |       |           |         |       |
|-----------|-------|-----------|---------|-------|
| PCR testi | Evet  | 46 (57,5) | 48 (60) | 0,748 |
|           | Hayır | 34 (42,5) | 32 (40) |       |

p: ki kare testi, AKB: Alkol kullanım bozukluğu, istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

Çalışmaya katılan katılımcıların sigara kullanımı ve pandemi döneminde sigara kullanımında artış olup olmadığı kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). (Tablo 4.2).

Gruplar alkol kullanımı oranları açısından incelendiğinde, BB grubunun %21,2'sinin ( $n=17$ ) alkol kullandığı, sağlıklı kontrol grubunun %26,2'sinin ( $n=21$ ) alkol kullanımının olduğu görülmüş olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Alkol kullanan katılımcılarda pandemi döneminde alkol kullanım oranlarında artış olup olmaması açısından incelediğinde, alkol kullanan BB grubunun %52,9'unda ( $n=9$ ), kontrol grubunun %14,3'ünde ( $n=3$ ) alkol kullanımında artış tespit edilmiştir ve BB grubunda pandemide alkol kullanımında daha fazla artış olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,011$ ). BB grubunda alkol kullanan katılımcılarda AKB olup olmadığı incelendiğinde, bipolar grubunda alkol kullananların %35,6'sında ( $n=6$ ) AKB olduğu, kontrol grubunda alkol kullanan hiçbir katılımcıda AKB olmadığı tespit edilmiştir. Alkol kullanan katılımcılar arasında, BB grubunda daha yüksek AKB geliştiği yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,003$ ). Alkol kullanan katılımcıların pandemi döneminde alkolü kullanma amaçları kıyaslandığında, BB grubunun %64,7'sinin ( $n=11$ ) kaygıyı azaltmak, %23,5'inin ( $n=4$ ) keyif alabilmek, %11,8'inin ( $n=2$ ) uyuyabilmek amacıyla alkol kullandığı saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise % 81'inin ( $n=17$ ) keyif almak, %19'unun ( $n=4$ ) kaygıyı azaltmak amacıyla alkol kullandığı görülmüş olup uyuyabilmek amacıyla alkol kullanan katılımcı tespit edilmemiştir. Pandemi BB grubunun kaygıyı azaltmak, sağlıklı kontrollerin ise keyif almak amacıyla alkol kullanımı olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan katılımcılar madde kullanım oranı açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan katılımcılar ek tıbbi hastalığının olup olmaması açısından kıyaslandığında, BB grubunun %37,5'unun ( $n=30$ ), sağlıklı kontrol grubunun %18,8'inin ( $n=15$ ) ek tıbbi hastalığının olduğu tespit edilmiştir. BB grubunun ek tıbbi hastalığının daha fazla olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,008$ ). (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan katılımcılar arasında PCR testi verip vermediği, COVID-19 hastalığını geçirip geçirmediği, COVID-19 hastalığını geçirenlerin kaç kez bu hastalığa yakalandığı, COVID-19 pozitif birileriyle temas edip etmediği karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2) (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3** Pandemi döneminde etkilenen bireysel faktörler-2

|  |             | Bipolar Bozukluk | Sağlıklı Kontrol | P     |
|--|-------------|------------------|------------------|-------|
|  |             | N(%)             | N(%)             |       |
| COVID-19 hastalığını geçirmek            | Evet        | 21(26,2)         | 24(30)           | 0.598 |
|  | Hayır       | 59(73,8)         | 56(70)           |       |
| COVID-19 geçirildiyse kaç kez geçirildi? | 1           | 18(85,7)         | 22(91,7)         | 0.526 |
|  | 1'den fazla | 3(14,3)          | 2(8,3)           |       |
| COVID-19 pozitif biriyle temas           | Evet        | 31(38,8)         | 31(38,8)         | 1.000 |
|  | Hayır       | 49(61,2)         | 49(61,2)         |       |
| 1.Derece yakınlarından COVID-19 geçiren  | Var         | 44(55)           | 49(61,2)         | 0.423 |
|  | Yok         | 36(45)           | 31(38,8)         |       |
| 1.Derece yakınlarından hastaneye yatış   | Var         | 8(18,2)          | 10(20,4)         | 0,786 |
|  | Yok         | 36(81,8)         | 39(79,6)         |       |
| 1.Derece yakınlarından vefat eden        | Var         | 2(4,5)           | 6(12,2)          | 0.175 |
|  | Yok         | 42(95,5)         | 43(87,8)         |       |

p: ki kare testi, %: sütun yüzdesi, istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

Çalışmaya katılan katılımcılar arasında 1.Derece yakınlarından COVID-19 hastalığını geçirenin olup olmadığı, 1.Derece yakınlarının COVID-19 hastalığı nedeniyle hastaneye yatışının gerekip gerekmediği, 1.Derece yakınlarından COVID-19 hastalığı nedeniyle vefat edenin olup olmadığı karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4** Pandemi döneminde etkilenen bireysel faktörler-3

|                                |                | Bipolar Bozukluk | Sağlıklı Kontrol | P                |
|--------------------------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
|                                |                | N(%)             | N(%)             |                  |
| <b>Pandemide iştah</b>         | Artış          | 37(46,2)         | 21(26,2)         | <b>0,006</b>     |
|                                | Azalış         | 9(11,2)          | 5(6,2)           |                  |
|                                | Değişiklik yok | 34(42,5)         | 54(67,5)         |                  |
| <b>Toplam uyku saati</b>       | Artış          | 22(27,5)         | 12(15)           | <b>0.046</b>     |
|                                | Azalış         | 16(20)           | 11(13,8)         |                  |
|                                | Değişiklik yok | 42(52,5)         | 57(52)           |                  |
| <b>Uykuya dalma gücü</b>       | Var            | 34(42,5)         | 18(22,5)         | <b>0.007</b>     |
|                                | Yok            | 46(57,5)         | 62(67,5)         |                  |
| <b>Geceleri sık sık uyanma</b> | Var            | 25(31,2)         | 19(23,8)         | 0.268            |
|                                | Yok            | 54(67,5)         | 61(76,2)         |                  |
| <b>Sabahları Erken Uyanma</b>  | Var            | 20(25)           | 14(17,5)         | 0.246            |
|                                | Yok            | 60(75)           | 66(82,5)         |                  |
| <b>Cinsel Yaşam</b>            | Daha iyiydi    | 0(0)             | 4(5)             | <b>&lt;0.001</b> |
|                                | Daha Kötüydü   | 22(27,5)         | 6(7,5)           |                  |
|                                | Değişiklik yok | 58(72,5)         | 70(87,5)         |                  |
| <b>Ruh Hali</b>                | Daha iyi       | 8(10)            | 9(3,8)           | <b>0,017</b>     |
|                                | Daha Kötü      | 16(20)           | 3(11,2)          |                  |
|                                | Değişken       | 29(36,2)         | 22(27,5)         |                  |
|                                | Değişiklik yok | 27(33,8)         | 46(57,5)         |                  |

p: ki kare testi, %: Sütun yüzdesi, istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi dönemindeki iştah durumu açısından kıyaslandığında, BB grubunun iştahında artış olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,006$ ). (Tablo 4.4).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi dönemindeki toplam uyku süresi açısından karşılaştırıldığında, BB grubunun toplam uyku sürelerinin arttığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,046$ ) (Tablo 4.4).

BB ve sağlıklı kontrol grupları uykuya dalma güçlüğu yaşayıp yaşamadıkları açısından karşılaştırıldığında, BB grubunun uykuya dalmakta güçlük çektiği yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,007$ ) (Tablo 4.4).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi döneminde geceleri sık sık uyanıp uyanmama ve sabahları olduğundan daha erken uyanıp uyanmama açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi dönemindeki cinsel yaşamları açısından karşılaştırıldığında, BB grubunun cinsel yaşamlarının daha kötü olduğü yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,01$ ) (Tablo 4.4).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi dönemindeki ruh halleri açısından karşılaştırıldığında, BB grubunun ruh halinin daha kötü olduğü yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,017$ ) (Tablo 4.4).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi sebebiyle işten çıkarılıp çıkarılmadıkları açısından kıyaslandığında, BB grubunun pandemide işten çıkarılması yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,04$ ) (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5** Pandemiye bağılı ekonomik faktörler

|                                   |                | Bipolar Bozukluk | Sağılıklı Kontrol | P     |
|-----------------------------------|----------------|------------------|-------------------|-------|
|                                   |                | N (%)            | N (%)             |       |
| Pandemi sebebiyle işten çıkarılma | Var            | 3 (3,8)          | 0 (0)             | 0,04  |
|                                   | Yok            | 77 (96,2)        | 80 (100)          |       |
| Pandemide maddi kayıp             | Var            | 10 (12,5)        | 20 (25)           | 0,043 |
|                                   | Yok            | 70 (87,5)        | 60 (75)           |       |
| Çalışma saatleri                  | Artış          | 2 (5,7)          | 2 (4,9)           | 0,405 |
|                                   | Azalış         | 17 (48,6)        | 14 (34,1)         |       |
|                                   | Değişiklik yok | 16 (45,7)        | 25 (61,0)         |       |

p: ki kare testi, %: Sütun yüzdesi, , istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

BB ve sağılıklı kontrol grupları pandemi sebebiyle maddi kayıp yaşayıp yaşamadıkları açısından kıyaslandığında, sağılıklı kontrollerin maddi kayıp yaşaması yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,043$ ) (Tablo 4.5).

BB ve sağılıklı kontrol grupları pandemideki çalışma saatleri açısından kıyaslandığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo4.5) .

**Tablo 4.6** Pandemiye bağılı sosyal ve bedensel faktörler

|                                  |                | Bipolar Bozukluk | Sağılıklı Kontrol | P     |
|----------------------------------|----------------|------------------|-------------------|-------|
|                                  |                | N (%)            | N (%)             |       |
| Fiziksel Aktivite                | Artış          | 9 (11,2)         | 10 (12,5)         | 0,007 |
|                                  | Azalış         | 42 (52,5)        | 23 (28,8)         |       |
|                                  | Değişiklik Yok | 29 (36,2)        | 47 (58,8)         |       |
| Sosyal Aktivite                  | Artış          | 4 (5)            | 13 (16,2)         | <0,01 |
|                                  | Azalış         | 55 (68,8)        | 31 (38,8)         |       |
|                                  | Değişiklik yok | 21 (26,2)        | 36 (45)           |       |
| Birinci derece yakınlarla ilişki | Daha iyi       | 5 (6,2)          | 6 (7,5)           | 0,285 |
|                                  | Daha kötü      | 20 (25)          | 12 (15)           |       |
|                                  | Değişiklik yok | 55 (68,8)        | 62 (77,5)         |       |
| Arkadaşlarla ilişki              | Daha iyi       | 1 (1,2)          | 3 (3,8)           | 0,082 |
|                                  | Daha kötü      | 30 (37,5)        | 18 (22,5)         |       |
|                                  | Değişiklik yok | 49 (61,2)        | 59 (73,8)         |       |
| Eş/Partner ile ilişki            | Daha iyiydi    | 5 (6,2)          | 5 (6,2)           | 0,959 |

p: ki kare testi, istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi döneminde fiziksel aktivitelere ayırdığı zamanda değişiklik olup olmaması açısından karşılaştırıldığında, BB grubunun fiziksel aktivitelere ayırdığı zamanda azalma olması yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,007$ ) (Tablo 4.6).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi döneminde sosyal aktivitelere ayırdıkları zamanda değişiklik olup olmaması açısından karşılaştırıldığında, BB grubunun sosyal aktivitelere ayırdığı zamanda azalma olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ) (Tablo 4.6).

BB ve sağlıklı kontrol grupları pandemi döneminde birince derece yakınlar, arkadaşlar ve eş/partner ile ilişkilerinde değişiklik olup olmaması açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6)

**Tablo 4.7** Ölçek puanlarının karşılaştırılması

|  |                 | <b>Bipolar Bozukluk</b> | <b>Sağlıklı Kontrol</b> | <b>p</b>     |
|--|-----------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
|  |                 | <b>Ort±SD</b>           | <b>Ort±SD</b>           |              |
| <b>COVID-19 Korkusu Ölçeği</b>             |                 | 13,6±5,7                | 14,35±7,0               | 0.489        |
| <b>COVID-19 Anksiyete Ölçeği Kısa-Form</b> |                 | 0,75±1,8                | 1,16±2,4                | 0.228        |
| <b>Hastalık Algısı Ölçeği</b>              | Toplam          | 3,55±0,5                | 3,37±0,5                | 0.05         |
|  | Bulaştırıcılık  | 3,98±0,6                | 3,73±0,9                | <b>0.044</b> |
|  | Tehlikelilik    | 3,28±0,7                | 3,17±0,7                | 0,334        |
| <b>Nedenler Algısı Ölçeği</b>              | Toplam          | 2,81±0,6                | 2,56±0,7                | <b>0.023</b> |
|  | Komplo          | 3,34±0,8                | 2,91±1                  | <b>0.004</b> |
|  | Çevre           | 2,89±0,4                | 2,73±0,4                | <b>0.009</b> |
|  | İnanç           | 2,32±0,9                | 2,06±0,9                | 0.061        |
| <b>Kontrol Algısı Ölçeği</b>               | Toplam          | 2,97±0,5                | 3,08±0,5                | 0.154        |
|  | Makro kontrol   | 3,11±0,8                | 3,20±1,1                | 0.539        |
|  | Kişisel Kontrol | 3,03±0,8                | 3,18±0,9                | 0.279        |
|  | Kaçınılmazlık   | 2,73±0,8                | 2,86±0,9                | 0.346        |
| <b>Kaçınma Davranışları Ölçeği</b>         | Toplam          | 2,55±0,7                | 2,28±0,8                | <b>0.034</b> |
|  | Bilişsel        | 2,05±0,8                | 1,86±0,9                | 0.177        |
|  | Ortak Alan      | 2,47±1,1                | 2,40±1,2                | 0.714        |
|  | Kişisel Temas   | 3,82±1,2                | 3,05±1,5                | <b>0.001</b> |

|  |                                   |            |          |                 |
|--|-----------------------------------|------------|----------|-----------------|
| <b>C- ATDÖ</b>                               | Toplam Puan                       | 2,89±3,8   | 2,73±0,4 | <b>0.009</b>    |
| <b>Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği</b> |                                   |            |          |                 |
|  | Özerklik Alt Ölçeği               | 2,87±2,5   | 0,53±1   | <b>&lt;0,01</b> |
|  | Mesleki İşlevsellik Alt Ölçeği    | 5,0±3,3    | 2,45±3,2 | <b>&lt;0,01</b> |
|  | Bilişsel İşlevsellik Alt Ölçeği   | 5,56±3,1   | 2,06±2,1 | <b>&lt;0,01</b> |
|  | Mali Konular Alt Ölçeği           | 1,45±1,6   | 0,23±0,6 | <b>&lt;0,01</b> |
|  | Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği | 5,48±3,4   | 1,61±2,6 | <b>&lt;0,01</b> |
|  | Boş Zaman Etkinliği Alt Ölçeği    | 2,35±1,6   | 0,57±1,0 | <b>&lt;0,01</b> |
|  | KİDÖ Toplam Puanı                 | 22,73±11,6 | 7,47±8,1 | <b>&lt;0,01</b> |

p: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, C- ATDÖ: COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği, ort±SD: ortalama±standart sapma, istatistiksel anlamlılık değeri= p < 0.05

BB ve sağlıklı kontrol grupları COVID-19 anksiyete ölçeği-kısa form puanı açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmıştır (p>0,05).

BB ve sağlıklı kontrol grupları Covid-19 korkusu ölçeği puanı açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmıştır (p>0,05).

BB ve sağlıklı kontrol grupları C- ATDÖ toplam puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p= 0,009). BB ve sağlıklı kontrol grupları C- ATDÖ bulaştırıcılık alt ölçek puan ortalamaları açısından kıyaslandığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,044) . BB ve sağlıklı kontrol grupları C- ATDÖ nedenler algısı ölçeği puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,023). BB ve sağlıklı kontrol grupları C-ATDÖ komplo alt ölçeği puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,004). BB ve sağlıklı kontrol grupları çevre alt ölçeği puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,009). BB ve sağlıklı kontrol grupları kaçınma davranışları ölçeği puan ortalamaları kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,034). BB ve sağlıklı kontrol grupları kişisel temastan kaçınma alt ölçek puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir



farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ). BB ve sağlıklı kontrol grupları C-ATDÖ hastalık ve kontrol algısı ölçek puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB ve sağlıklı kontrol grupları C-ATDÖ tehlikelilik, inanç, makro kontrol, kişisel Kontrol, kaçınılmazlık, bilişsel kaçınma, ortak alandan kaçınma alt ölçek puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB ve sağlıklı kontrol grupları KİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,01$ ). BB ve sağlıklı kontrol grupları KİDÖ özerklik, mesleki işlevsellik, mali konular, bilişsel işlevsellik, boş zaman etkinlikleri, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları açısından kıyaslandığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,01$ )

#### 4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubunun Hastalık Tiplerine Göre Kıyaslanması

**Tablo 4.8** BB tiplerine göre pandemi döneminde etkilenen bireysel faktörler

|                                 |     | BB Tip-1  | BB Tip-2  | p            |
|---------------------------------|-----|-----------|-----------|--------------|
|                                 |     | N(%)      | N(%)      |              |
| <b>Katılımcı</b>                |     | 57 (71,3) | 23 (28,8) |              |
| <b>Sigara kullanımı</b>         | Var | 27 (47,4) | 12 (52,2) | 0.697        |
|                                 | Yok | 30 (52,6) | 11 (47,8) |              |
| <b>Sigarada artış</b>           | Var | 18 (66,7) | 7 (58,3)  | 0.618        |
|                                 | Yok | 9 (33,3)  | 5 (41,7)  |              |
| <b>Alkol kullanımı</b>          | Var | 12 (21,1) | 5 (21,7)  | 0.946        |
|                                 | Yok | 45 (78,9) | 18 (78,3) |              |
| <b>Alkol kullanımında artış</b> | Var | 5 (41,7)  | 4 (80)    | 0,138        |
|                                 | Yok | 7 (58,3)  | 1 (20)    |              |
| <b>Madde kullanımı</b>          | Var | 0 (0)     | 2 (8,7)   | <b>0.024</b> |
|                                 | Yok | 57 (100)  | 21 (91,3) |              |

p:ki kare testi, %: sütun yüzdesi, istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

BB grubundaki hastaların %71,3'ü ( $n=57$ ) BB tip-1, %28,8'i ( $n=23$ ) BB tip-2 tanısı ile çalışmaya dahil edilmiştir.

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların sigara kullanım oranı, pandemi döneminde sigara kullanımında artış olup olmadığı karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların alkol kullanım oranı, pandemi döneminde alkol kullanımında artış olup olmadığı karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların madde kullanım oranı karşılaştırıldığında, BB tip-2 tanılı hastaların daha sık madde kullandığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,024$ )

**Tablo 4.9** BB tiplerine göre pandemi döneminde ve öncesinde etkilenen bireysel faktörler

|                |               | BB Tip-1 | BB Tip-2 | p             |
|----------------|---------------|----------|----------|---------------|
|                |               | Ort±SD   | Ort±SD   |               |
| Hastalık Yılı  |               | 10,5±8,0 | 7,1±9,4  | <b>0.017</b>  |
| Yatış Sayısı   |               | 2,78±2,8 | 1,08±1,6 | <b>0.001</b>  |
| Pandemi öncesi | Toplam atak   | 6±4,0    | 4,84±3,6 | 0,343         |
|                | Manik atak    | 3,08±2,6 | 1±0,7    | <b>0,0001</b> |
|                | Depresif atak | 2,91±2,4 | 3,84±3,2 | 0,462         |
| Pandemi dönemi | Toplam atak   | 1,38±1,5 | 2,21±1,9 | 0,059         |
|                | Manik atak    | 0,7±0,8  | 0,78±0,7 | 0,51          |
|                | Depresif Atak | 0,68±1,0 | 1,43±1,4 | <b>0.019</b>  |

p:Man Whitney U Testi, Ort±SD: Ortalama±Standart Sapma, , istatistiksel anlamlılık değeri= $p < 0.05$

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların hastalık yılı ortalaması karşılaştırıldığında, BB Tip-1 tanılı hastaların daha uzun hastalık yılı ortalaması olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,017$ ).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların atak nedeniyle hastaneye yatış sayı ortalaması karşılaştırıldığında, BB Tip-1 tanılı hastaların daha fazla hastaneye yatışlarının olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların pandemi öncesi geçirilen manik atak sayı ortalaması karşılaştırıldığında, BB Tip-1 tanılı hastaların daha fazla manik atak geçirdiği yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,0001$ ).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların pandemi döneminde geçirilen depresif atak sayı ortalaması karşılaştırıldığında, BB-tip 2 tanılı hastaların pandemide daha sık depresif atak geçirdiği yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,019$ ).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların pandemi öncesi toplam atak, pandemi öncesi depresif atak, pandemi dönemindeki toplam atak, pandemi dönemindeki manik atak sayı ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10.** BB tiplerine göre ölçeklerin karşılaştırılması

|                                     |                 | BB Tip-1 | BB Tip-2 | p            |
|-------------------------------------|-----------------|----------|----------|--------------|
| C- ATDÖ                             |                 | Ort±SD   | Ort±SD   |              |
| Hastalık Algısı Ölçeği              | Toplam          | 3,47±0,5 | 3,75±0,6 | <b>0.037</b> |
|                                     | Bulaştırıcılık  | 3,93±0,7 | 4,13±0,6 | 0.220        |
|                                     | Tehlikelilik    | 3,18±0,6 | 3,53±0,8 | <b>0,045</b> |
| Nedenler Algısı Ölçeği              | Toplam          | 2,80±0,6 | 2,84±0,7 | 0.816        |
|                                     | Komple          | 3,35±0,8 | 3,34±0,8 | 0.971        |
|                                     | Çevre           | 2,88±0,4 | 2,93±0,4 | 0.596        |
|                                     | İnanç           | 2,27±0,9 | 4,47±0,9 | 0.368        |
| Kontrol Algısı Ölçeği               | Toplam          | 2,99±0,5 | 2,90±0,6 | 0.447        |
|                                     | Makro kontrol   | 3,22±0,7 | 2,83±0,8 | <b>0.037</b> |
|                                     | Kişisel Kontrol | 3,02±0,7 | 3,05±0,9 | 0.885        |
|                                     | Kaçınılmazlık   | 2,73±0,7 | 2,74±0,9 | 0.954        |
| Kaçınma Davranışları Ölçeği         | Toplam          | 2,54±0,8 | 2,58±0,7 | 0.827        |
|                                     | Bilişsel        | 2,02±0,7 | 2,12±0,9 | 0.607        |
|                                     | Ortak Alan      | 2,53±1,1 | 2,33±1,1 | 0.481        |
|                                     | Kişisel Temas   | 3,70±1,3 | 4,13±1,0 | 0.168        |
| COVID-19 ATDÖ                       | Toplam Puan     | 2,88±0,4 | 2,93±0,4 | 0.596        |
| COVID-19 Korkusu Ölçeği             |                 | 13,5±5,5 | 14,0±6,2 | 0.742        |
| COVID-19 Anksiyete Ölçeği Kısa-Form |                 | 0,64±1,4 | 1,0±2,5  | 0.541        |

| KİDÖ ÖLÇEĞİ                       |            |            |       |
|-----------------------------------|------------|------------|-------|
| Özerklik Alt Ölçeği               | 2,72±1,9   | 3,26±3,6   | 0.389 |
| Mesleki İşlevsellik Alt Ölçeği    | 5,07±3,4   | 4,83±3,3   | 0.771 |
| Bilişsel İşlevsellik Alt Ölçeği   | 5,31±3,3   | 6,17±2,8   | 0.274 |
| Mali Konular Alt Ölçeği           | 1,35±1,4   | 1,69±2,0   | 0.393 |
| Kişilerarası İlişkiler Alt Ölçeği | 5,23±3,1   | 6,13±4,0   | 0.285 |
| Boş Zaman Etkinliği Alt Ölçeği    | 2,33±1,6   | 2,39±1,7   | 0.888 |
| KİDÖ Toplam Puanı                 | 22,00±10,9 | 24,56±13,4 | 0.375 |

p: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, C-ATDÖ: Covid-19 Salgınına Yönelik Algı Ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği, KİDÖ:Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, ort±std: ortalama±standart sapma, istatistiksel anlamlılık değeri=  $p < 0.05$

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların C-ATDÖ hastalık algısı ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,037$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,045$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,037$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların C-ATDÖ bulaştırıcılık, komplo, çevre, inanç, kişisel kontrol, kaçınılmazlık, bilişsel kaçınma, ortak alandan kaçınma, kişisel temastan kaçınma alt ölçekleri toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların C- ATDÖ nedenler algısı, kontrol Algısı ve kaçınma davranışları ölçekleri toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların C- ATDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların CKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların CAÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların KİDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel anlamda anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler, boş zaman etkinlikleri alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Hasta Grubunun İlaç Kullanımı

**Tablo 4.11.** Bipolar bozukluk tanılı hasta grubunun kullandığı ilaçlar

|                                  |              | Bipolar Bozukluk |
|----------------------------------|--------------|------------------|
| İLAÇLAR                          |              | N (%)            |
| SSRI/ SNRI kullanımı             | Var          | 21 (26,3)        |
|                                  | Yok          | 59 (73,8)        |
| Risperidon kullanımı             | Var          | 7 (8,8)          |
|                                  | Yok          | 73 (91,3)        |
| Aripiprazol kullanımı            | Var          | 12 (15,0)        |
|                                  | Yok          | 68 (85,0)        |
| Olanzapin kullanımı              | Var          | 19 (23,8)        |
|                                  | Yok          | 61 (76,3)        |
| Keitapin kullanımı               | Var          | 36 (45)          |
|                                  | Yok          | 44 (55)          |
| Benzodiazepin kullanımı          | Var          | 3 (3,8)          |
|                                  | Yok          | 77 (96,3)        |
| Duzgudurum Dengeleyici kullanımı | Var          | 75 (93,8)        |
|                                  | Yok          | 5 (6,3)          |
| Duygudurum Dengeleyici Kullanımı | Lityum       | 28 (35,0)        |
|                                  | VPA          | 31 (38,8)        |
|                                  | Lityum+ VPA  | 13 (16,3)        |
|                                  | Lamotrijin   | 2 (2,5)          |
|                                  | Karbamazepin | 1 (1,3)          |
|                                  | Kullanmıyor  | 5 (6,3)          |
| Birden fazla ilaç kullanımı      | Var          | 64(80)           |
|                                  | Yok          | 16(20)           |
| Düzenli ilaç kullanımı           | Var          | 49(61,3)         |
|                                  | Yok          | 31(38,8)         |

SSRI:Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri, SNRI: Selektif Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörleri, VPA:valproik asid, %:Sütun yüzdesi,

BB tanılı 80 hastanın %26,3'ünün (n=21) SSRI/SNRI, %8,8'inin (n=7) risperidon, %15'inin (n=12) aripiprazol, %23,8'inin (n=19) olanzapin, %45'inin (n=36) ketaipin, %3,8'inin benzodiazepin, %93,8'inin DDD kullandığı görülmüştür. DDD kullanan 75 hastanın %35'inin (n=28) lityum, %31,8'inin VPA, %16,3'ünün (n=13) lityum+ VPA, %2,5'unun (n=2) lamotrijin, %1,3'ünün (n=1) karbamazepin kullandığı görülmüştür.

BB tanılı hasta grubunun %80'inin (n=64) birden fazla ilaç kullanımının olduğu, %38,8'inin (n=31) ilaçlarını düzenli kullanmadığı görülmüştür.

#### 4.4. Bipolar Bozukluk Hastalarının Korelasyon Analizleri

**Tablo 4.12.** Ölçek puanları ile klinik ve demografik bazı özelliklere ait korelasyon analizleri-1

|               | KİDÖ T.        | Özerklik | Bilişsel       | Mesleki         | Mali konu      | Kişilerarası İlişki | Boş Zaman Etkinlikleri |
|---------------|----------------|----------|----------------|-----------------|----------------|---------------------|------------------------|
| PÖTA          | <b>0,256*</b>  | 0,029    | <b>0,303*</b>  | <b>0,281*</b>   | 0,054          | 0,146               | 0,089                  |
| PÖDA          | 0,222          | 0,165    | <b>0,376**</b> | 0,236           | -0,020         | 0,098               | 0,037                  |
| PÖMA          | 0,174          | 0,102    | 0,090          | 0,201           | 0,107          | 0,130               | 0,103                  |
| PTA           | <b>0,224*</b>  | 0,121    | 0,138          | <b>0,320**</b>  | 0,175          | 0,173               | -0,007                 |
| PMA           | 0,201          | 0,058    | 0,83           | <b>0,341**</b>  | <b>0,235**</b> | 0,078               | -0,061                 |
| PDA           | 0,167          | 0,115    | 0,130          | 0,204           | 0,081          | 0,180               | 0,030                  |
| Hastalık yılı | 0,028          | -0,092   | 0,121          | 0,141           | -0,206         | -0,019              | 0,064                  |
| Yatış Sayısı  | 0,087          | 0,035    | 0,021          | 0,196           | 0,016          | 0,065               | -0,013                 |
| Yaş           | 0,143          | 0,132    | 0,161          | 0,100           | -0,167         | 0,072               | <b>0,297**</b>         |
| CKÖ           | -0,058         | -0,115   | -0,004         | -0,047          | -0,058         | -0,036              | 0,005                  |
| CAÖ           | -0,003         | -0,117   | 0,067          | -0,006          | -0,043         | 0,016               | 0,059                  |
| Öğrenim yılı  | <b>-0,236*</b> | -0,139   | <b>-0,230*</b> | <b>-0,316**</b> | 0,181          | -0,103              | <b>-0,318**</b>        |

\*\*p<0,01 \*p<0,05, p: Pearson Korelasyon Analizi, PÖTA: Pandemi Öncesi Toplam Atak, PÖDA: Pandemi Öncesi Depresif Atak, PÖMA: Pandemi Öncesi Manik Atak, PTA: Pandemideki Toplam Atak, PMA: Pandemideki Manik Atak, PDA: Pandemideki Depresif Atak, CKÖ: Koronavirüs Korkusu Ölçeği, CAÖ: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

BB grubunda pandemi öncesi geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (p<0,05, r=0,256). BB grubunda pandemi öncesi geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ

bilişsel işlevsellik ( $p<0,05$ ,  $r=0,303$ ) ve mesleki işlevsellik ( $p<0,05$ ,  $r=0,281$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. BB grubunda pandemi öncesi geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ özerklik, mali konu, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB grubunda pandemi öncesi geçirilen depresif atak sayısı ile KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=0,376$ ). BB grubunda pandemi öncesi geçirilen depresif atak sayısı ile KİDÖ toplam puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB grubunda pandemi öncesi geçirilen depresif atak sayısı ile KİDÖ özerklik, mesleki işlevsellik, mali konu, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB grubunda pandemi öncesi geçirilen manik atak sayısı ile KİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel anlamda korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB grubunda pandemi öncesi geçirilen manik atak sayısı ile KİDÖ özerklik, mesleki işlevsellik, mali konu, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

BB grubunda pandemi dönemi geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ toplam ( $p<0,05$ ,  $r=0,224$ ) ve mesleki işlevsellik ( $p<0,01$ ,  $r=0,320$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Pandemi dönemi geçirilen toplam atak sayısı ile özerklik, mali konu, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

BB grubunda pandemi dönemi geçirilen manik atak sayısı ile mesleki işlevsellik ( $p<0,01$ ,  $r=0,341$ ) ve mali konular ( $p<0,01$ ,  $r=0,341$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. BB grubunda pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısı ile KİDÖ toplam puan ve özerklik, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB grubunda hastalık yılı ile KİDÖ toplam puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastalık yılı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konu, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB grubunda yatış sayısı ile KİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Yatış sayısı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konu, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB grubunda yaş ile boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=0,297$ ). Yaş ile KİDÖ toplam puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB grubunda yaş ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, malî konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB grubunda CKÖ puanı ile KİDÖ toplam puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). BB grubunda CKÖ puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konu, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişki ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda öğrenim yılı ile KİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=-0,236$ ) . Öğrenim yılı ile KİDÖ bilişsel işlevsellik ( $p<0,05$ ,  $r=-0,230$ ), boş zaman etkinlikleri ( $p<0,01$ ,  $r=-0,238$ ) ve mesleki işlevsellik ( $p<0,01$ ,  $r=-0,236$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Öğrenim yılı ile KİDÖ özerklik, kişilerarası ilişkiler ve malî konular alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )



**Tablo.4.13** Ölçek puanlarının korelasyon analizleri

|                | KİDÖ T. | Özerklik | Bilişsel      | Mesleki | Mali konu     | KAI            | BZE            | CKÖ            | CAÖ            |
|----------------|---------|----------|---------------|---------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>HAÖ</b>     | 0,115   | 0,049    | 0,149         | 0,005   | -0,115        | -0,036         | 0,005          | <b>0,252*</b>  | -0,026         |
| Tehlikelilik   | 0,072   | 0,004    | 0,127         | -0,039  | -0,051        | 0,128          | 0,116          | 0,203          | -0,020         |
| Bulaştırıcılık | 0,137   | 0,091    | 0,119         | 0,079   | -0,166        | 0,171          | <b>0,253*</b>  | 0,166          | -0,013         |
| <b>NAÖ</b>     | 0,038   | -0,038   | 0,013         | -0,003  | 0,075         | 0,067          | 0,066          | 0,038          | -0,031         |
| Komplo         | -0,148  | -0,102   | -0,105        | 0,030   | 0,040         | <b>-0,248*</b> | <b>-0,266*</b> | -0,005         | 0,056          |
| Çevre          | 0,133   | 0,051    | 0,156         | 0,036   | 0,048         | 0,127          | 0,130          | 0,191          | 0,126          |
| İnanç          | 0,104   | 0,043    | 0,035         | 0,004   | 0,066         | 0,190          | <b>0,238*</b>  | 0,043          | -0,028         |
| <b>KAÖ</b>     | 0,119   | 0,106    | 0,050         | 0,083   | 0,131         | 0,066          | 0,110          | 0,065          | 0,061          |
| M. Kontrol     | 0,070   | 0,095    | 0,091         | 0,027   | 0,011         | -0,001         | 0,111          | -0,020         | 0,031          |
| K. Kontrol     | 0,027   | -0,004   | 0,010         | 0,014   | -0,063        | -0,024         | 0,121          | 0,001          | 0,086          |
| Kaçınılmazlık  | 0,112   | 0,075    | 0,104         | -0,005  | <b>0,337*</b> | 0,082          | -0,030         | 0,162          | -0,003         |
| <b>KDÖ</b>     | 0,077   | 0,035    | 0,168         | 0,017   | -0,029        | 0,053          | 0,190          | 0,183          | <b>0,255*</b>  |
| Bilişsel       | 0,110   | 0,097    | 0,081         | -0,054  | 0,36          | 0,26           | -0,119         | -0,034         | 0,165          |
| Ortak Alan     | 0,032   | -0,074   | 0,090         | 0,070   | -0,076        | 0,007          | 0,067          | <b>0,303**</b> | <b>0,289**</b> |
| Kişisel Temas  | 0,180   | 0,135    | <b>0,246*</b> | 0,075   | -0,23         | 0,135          | 0,155          | <b>0,258*</b>  | 0,169          |
| C-ATDÖ         | 0,133   | 0,127    | 0,156         | 0,036   | 0,048         | 0,127          | 0,130          | 0,191          | 0,126          |

\*\*p<0,01 \*p<0,05, p: Pearson Korelasyon Analizi, KİDÖ T. : Kısa işlevsellik Değerlendirme Ölçeği Toplam Puan, KAI: Kişilerarası İlişkiler, BZE: Boş Zaman Etkinlikleri, CKÖ: Koronavirüs Korkusu Ölçeği, CAÖ: Koronavirüs Anksiyetesi Ölçeği, HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği, NAÖ: Nedenler Algısı Ölçeği, KAÖ: Kontrol Algısı Ölçeği, M.Kontrol: Makro kontrol, K.Kontrol: Kişisel Kontrol, KDÖ: Kaçınma Davranışları Ölçeği, C-ATDO: COVID-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği

BB tanılı hastalarda C- ATDÖ hastalık algısı ölçeği puanı ile koronavirüs korkusu alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (  $p<0,01$ ,  $r=0,252$ ). Hastalık algısı ölçeği puanı ile KİDÖ ve CKÖ- kısa form toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C- ATDÖ hastalık algısı ölçeği ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ bulaştırıcılık alt ölçek puanı ile boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,253$ ). C-ATDÖ Bulaştırıcılık alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ bulaştırıcılık alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

C-ATDÖ nedenler algısı ölçeği puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ nedenler algısı ölçeği puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ komplo alt ölçek puanı ile kişilerarası ilişkiler ( $p<0,05$ ,  $r=-0,248$ ) ve boş zaman etkinlikleri ( $p<0,05$ ,  $r=-0,266$ ) alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. C-ATDÖ komplo alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ komplo alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular ve mesleki işlevsellik alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ çevre alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ çevre alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik,

mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ inanç alt ölçek puanı ile KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,238$ ). C-ATDÖ İnanç alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ İnanç alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ kontrol algısı ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ kontrol algısı ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda Makro kontrol alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ kişisel kontrol alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ kişisel kontrol alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ kaçınılmazlık alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır

(  $p>0,05$ ). C-ATDÖ kaçınılmazlık alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı ile CAÖ-Kısa Form arasında pozitif yönden anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,255$ ). C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı ile CKÖ ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C- ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ bilişsel kaçınma alt ölçek puanı ile CKÖ, CAÖ-kısa form ve kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). C-ATDÖ bilişsel kaçınma alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ ortak alandan kaçınma alt ölçek puanı ile CKÖ ( $p<0,01$ ,  $r=0,303$ ) ve CAÖ- kısa form ( $p<0,01$ ,  $r=0,289$ ) toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. C-ATDÖ ortak alandan kaçınma alt ölçek puanı ile KİDÖ toplam puanı ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). KİDÖ özerklik, bilişsel işlevsellik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

BB tanılı hastalarda kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanı ile bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,246$ ) C-ATDÖ kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanı ile CKÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,258$ ). C-ATDÖ kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanı ile CAÖ- kısa form ve KİDÖ toplam puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (

p>0,05). C-ATDÖ kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanı ile KİDÖ özerklik, mali konular, mesleki işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (p>0,05)

**Tablo 4.14** Ölçek Puanları ile klinik ve demografik bazı özelliklere ait korelasyon analizleri-2

|                | Yaş           | Yatış Sayısı | Tanı Yılı | PÖTA   | PÖDA   | PÖMA   | PTA            | PMA            | PDA             |
|----------------|---------------|--------------|-----------|--------|--------|--------|----------------|----------------|-----------------|
| <b>HAÖ</b>     | 0,094         | 0,111        | -0,005    | -0,044 | 0,034  | -0,105 | -0,025         | -0,192         | 0,091           |
| Tehlikelilik   | 0,087         | 0,107        | 0,063     | 0,051  | 0,061  | 0,017  | -0,111         | <b>-0,224*</b> | -0,002          |
| Bulaştırıcılık | 0,092         | -0,020       | -0,107    | -0,144 | -0,011 | -0,234 | 0,109          | -0,032         | 0,166           |
| <b>NAÖ</b>     | 0,183         | 0,062        | 0,105     | 0,062  | 0,042  | 0,054  | 0,101          | -0,044         | 0,164           |
| Kompo          | 0,107         | -0,150       | -0,111    | -0,096 | -0,083 | -0,066 | 0,132          | 0,090          | 0,118           |
| Çevre          | 0,142         | -0,039       | 0,005     | 0,022  | -0,074 | 0,042  | 0,139          | -0,018         | 0,197           |
| İnanç          | 0,074         | -1,29        | 0,092     | 0,037  | 0,0001 | 0,060  | -0,003         | -0,030         | 0,015           |
| <b>KAÖ</b>     | 0,045         | -0,009       | -0,034    | -0,038 | -0,163 | 0,109  | -0,004         | 0,010          | -0,012          |
| M.Kontrol      | 0,137         | 0,025        | 0,012     | -0,039 | -0,214 | 0,161  | <b>-0,250*</b> | 0,055          | <b>-0,297**</b> |
| K.Kontrol      | 0,187         | 0,061        | 0,077     | -0,017 | -0,108 | 0,085  | 0,128          | 0,061          | 0,131           |
| Kaçınılmazlık  | <b>0,263*</b> | 0,059        | -0,164    | -0,027 | -0,018 | -0,025 | 0,045          | -0,019         | 0,072           |
| <b>KDÖ</b>     | 0,82          | 0,033        | 0,070     | -0,074 | -0,103 | -0,011 | 0,168          | 0,088          | 0,166           |
| Bilişsel       | 0,97          | 0,030        | -0,156    | -0,088 | -0,221 | 0,091  | 0,159          | 0,213          | 0,073           |
| Ortak Alan     | 0,158         | 0,002        | 0,078     | -0,075 | -0,049 | -0,068 | 0,050          | -0,076         | 0,116           |
| Kişisel Temas  | <b>0,258*</b> | 0,038        | -0,047    | -0,010 | 0,104  | -0,093 | 0,127          | 0,010          | 0,162           |
| C-ATDÖ         | <b>0,142*</b> | 0,009        | 0,005     | -0,022 | -0,074 | 0,042  | 0,139          | -0,018         | 0,197           |

\*\*p<0,01 \*p<0,05, p: Pearson Korelasyon Analizi, HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği, NAÖ: Nedenler Algısı Ölçeği, KAÖ: Kontrol Algısı Ölçeği, M.Kontrol: Makro kontrol, K.Kontrol: Kişisel Kontrol, KDÖ: Kaçınma Davranışları Ölçeği, PÖTA: Pandemi öncesi toplam atak sayısı, PÖDA: Pandemi öncesi depresif atak sayısı, PÖMA: Pandemi öncesi manik atak sayısı, PTA: Pandemi dönemi toplam atak sayısı, PDA: Pandemi Dönemi Depresif Atak Sayısı, PMA: Pandemi Öncesi Manik Atak Sayısı, C-ATDO: Covid-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği

BB grubunda C-ATDÖ hastalık algısı ölçeği puanı ile pandemi öncesi geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, pandemi döneminde geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (p>0,05).

BB grubunda C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçek puanı ile pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p < 0,05$ ,  $r = -0,224$ ). BB grubunda C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçek puanı ile pandemi öncesi geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, pandemi döneminde geçirilen depresif ve toplam atak sayıları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ bulaştırıcılık alt ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ nedenler algısı ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ komplo alt ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ çevre alt ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ inanç alt ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ kontrol algısı ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ Makro kontrol alt ölçek puanı ile pandemi döneminde geçirilen toplam atak sayısı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p < 0,05$ ,  $r = -0,250$ ). C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek puanı ile pandemi döneminde depresif atak sayısı arasında negatif yönde

anlamli korelasyon saptanmifstir (  $p < 0,01$ ,  $r = -0,297$ ). C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek puanı ile pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısı, yaş, yatış sayısı, hastalık yılı, pandemi öncesi geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ kişisel kontrol alt ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ kaçınılmazlık alt ölçek puanı ile yaş arasında pozitif yönde anlamli korelasyon saptanmifstir (  $p < 0,05$ ,  $r = 0,263$ ) . C-ATDÖ kaçınılmazlık alt ölçek puanı ile pandemi öncesi geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları, hastalık yılı, yatış sayısı, pandemi döneminde geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ bilişsel kaçınma alt ölçek puanı ile PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

BB grubunda C-ATDÖ ortak alandan kaçınma alt ölçek puanı PÖDA, PÖMA, PÖTA, yaş, hastalık yılı, yatış sayısı, PDA, PMA, PTA arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

BB tanılı hastalarda C-ATDÖ kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanı ile yaş arasında pozitif yönde anlamli korelasyon saptanmifstir ( $p < 0,05$ ,  $r = 0,258$ ). C-ATDÖ kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanı ile pandemi öncesi geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları, hastalık yılı, yatış sayısı, pandemi döneminde geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları arasında anlamli korelasyon saptanmamifstir ( $p > 0,05$ ).

C-ATDÖ toplam ölçek puanı ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,142$ ). C-ATDÖ toplam ölçek puanı ile pandemi öncesi geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları, hastalık yılı, yatış sayısı, pandemi döneminde geçirilen depresif, manik ve toplam atak sayıları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ( $p>0,05$ )

#### **4.5. Sağlıklı Kontrollerde Korelasyon Analizi**

Sağlıklı kontrol grubunda CKÖ toplam puanı ile CAÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=0,570$ ). Sağlıklı kontrol grubunda CKÖ toplam puanı ile C-ATDÖ nedenler algısı ölçeği ( $p<0,05$ ,  $r=0,252$ ) ve kaçınma davranışları ölçeği ( $p<0,01$ ,  $r=0,584$ ) puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. CKÖ toplam puanı ile kontrol algısı ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r= -0,238$ ). CKÖ toplam puanı ile komplo ( $p<0,01$ ,  $r=0,332$ ), bilişsel kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,482$ ), ortak alandan kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,486$ ) ve kişisel temastan kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,349$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. CKÖ toplam puanı ile makro kontrol alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r= -0,380$ ).

CKÖ toplam puanı KİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,276$ ). CKÖ toplam puanı ile KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=0,327$ )

CAÖ toplam puanı ile C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r=0,284$ ). CAÖ toplam puanı ile C- ATDÖ inanç ( $p<0,05$ ,  $r=0,258$ ), çevre ( $p<0,05$ ,  $r=0,254$ ) ve bilişsel kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,356$ ) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. CAÖ toplam puanı ile C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=-0,326$ ).



CAÖ toplam puanı ile KİDÖ mali konular ( $p<0,01$ ,  $r=0,387$ ) ve kişilerarası ilişkiler ( $p<0,05$ ,  $r=0,226$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

KİDÖ toplam puanı ile C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=0,335$ ). KİDÖ toplam puanı ile kontrol algısı ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r= -0,274$ ). KİDÖ toplam puanı ile C-ATDÖ inanç ( $p<0,05$ ,  $r=0,236$ ), bilişsel kaçınma ( $p<0,05$ ,  $r=0,231$ ) ve ortak alandan kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,331$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. KİDÖ toplam puanı ile makro kontrol alt ölçek puanı ile negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r= -0,276$

KİDÖ özerklik alt ölçek puanı ile C-ATDÖ bulaştırıcılık ( $p<0,05$ ,  $r= -0,280$ ), makro kontrol ( $p<0,05$ ,  $r= -0,259$ ), kişisel kontrol ( $p<0,05$ ,  $r= -0,257$ ) alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır

KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı ile C-ATDÖ İnanç ( $p<0,05$ ,  $r=0,232$ ) ve ortak alandan kaçınma ( $p<0,05$ ,  $r=0,231$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır

KİDÖ mali konular alt ölçek puanı ile C-ATDÖ kontrol algısı ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ,  $r= -0,263$ ) KİDÖ mali konular alt ölçek puanı ile makro kontrol ( $p<0,05$ ,  $r= -0,253$ ) ve kişisel kontrol ( $p<0,01$ ,  $r= -0,337$ ) alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. KİDÖ mali konular alt ölçek puanı ile C-ATDÖ kaçınılmazlık alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r= 0,289$ )

KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı ile kontrol algısı ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r= -0,262$ ) KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı ile makro kontrol alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r= -0,230$ )

KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı ile kontrol algısı ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r= -0,252$ ) KİDÖ boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı ile makro kontrol alt ölçek puanı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r= -0,225$ )

KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçek puanı ile C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,01$ ,  $r=0,459$ ) KİDÖ mesleki işlevsellik alt ölçek puanı ile bilişsel kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,333$ ) ve ortak alandan kaçınma ( $p<0,01$ ,  $r=0,390$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Yaş ile KİDÖ bilişsel işlevsellik ( $p<0,05$ ,  $r=0,285$ ) ve mali konular ( $p<0,05$ ,  $r= -0,241$ ) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır

#### 4.6. Regresyon Analizi

**Tablo 4.15** BB regresyon analizi

|                | Bağımsız Değişken        | Ort± SD   | OR     | p     |
|----------------|--------------------------|-----------|--------|-------|
| <b>KİDÖ T.</b> | PTA                      | 1,62±1,6  | 0,224  | 0,046 |
|                | Öğrenim Yılı             | 12,1±3,4  | -0,226 | 0,042 |
| <b>PTA</b>     | Yaş                      | 43,1±13,2 | -0,277 | 0,023 |
|                | KİDÖ mesleki işlevsellik | 5,0±3,3   | 0,377  | 0,02  |
|                | C-ATDÖ Makro kontrol     | 3,11±0,8  | -0,281 | <0,01 |
| <b>PMA</b>     | PÖMA                     | 2,64±2,5  | 0,477  | <0,01 |
|                | KİDÖ mesleki işlevsellik | 5,0±3,3   | 0,271  | <0,01 |
|                | C-ATDÖ Tehlikelilik      | 3,28±0,7  | -0,208 | 0,037 |
|                | Yatış sayısı             | 2,3±2,5   | 0,201  | <0,01 |
| <b>PDA</b>     | C-ATDÖ Makro kontrol     | 3,11±0,8  | 0,297  | <0,01 |

OR: Odds Ratio, p: lineer regresyon enter modeli, Ort±SD: Ortalama± standart sapma, PTA: Pandemi Dönemi Geçirilen Toplam Atak Sayısı, PMA: Pandemi Dönemi Geçirilen Manik Atak Sayısı, PDA: Pandemi Dönemi Geçirilen Depresif Atak Sayısı, PÖMA: Pandemi Öncesi Geçirilen Manik Atak Sayısı, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, C-ATDÖ: Koronavirüs Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği, istatistiksel anlamlılık değeri  $p= <0,05$

Bağımlı değişken olan KİDÖ toplam puan ortalamasını açıklamada pandemideki toplam atak sayısı ve öğrenim yılı değişkenleri bu modelde önemli faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Bağımlı değişken olan pandemi dönemi geçirilen toplam atak sayısını açıklamada yaş, KİDÖ mesleki işlevsellik ve C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek değişkenleri bu modelde önemli faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Bağımlı değişken olan pandemi dönemi geçirilen toplam manik atak sayısını açıklamada yaş, pandemi öncesi geçirilen manik atak sayısı, KİDÖ mesleki işlevsellik ve C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçek değişkenleri bu modelde önemli faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Bağımlı değişken olan pandemi dönemi geçirilen toplam depresif atak sayısını açıklamada C-ATDÖ makro kontrol alt ölçek değişkeni bu modelde önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta, OR) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

## 5- TARTIŞMA

### 5.1. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin Bulgularının Karşılaştırılması

Çalışmamızın ilk amacı, BB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin sosyodemografik verilerini, pandemi sürecinde etkilenebilecek bireysel faktörlerini ve pandemi döneminde alınan tedbirler doğrultusunda etkilenebilecek durumlarını incelemektir. Bu doğrultuda ilk hipotezimiz, BB tanılı hastalarda pandemi döneminde alkol kullanımında, vejetatif belirtilerde ve geçirilen atak sayılarında artış olacağı yönünde olmuştur.

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz verilere göre, pandemi döneminde alkol kullanım miktarını arttıran katılımcı oranı, BB tanılı hastalarda sağlıklı

kontrollerden daha yüksek düzeyde saptandı. Pandemi döneminde alkol kullanım amacı olarak sağlıklı kontrollerde en sık keyif almak, BB hastalarında en sık sebep kaygıyı azaltmaktı. Literatürü incelediğimizde, COVID-19 pandemisinin alkol kullanımını üzerine etkisi ile ilgili bir fikir birliğine varılmadığı görülmektedir. Dört çalışma, pandemi döneminde kişilerde günlük alkol kullanım miktarının arttığını belirtmektedir (161,179–181). 2020 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmada ise örneklem genelinde pandemi döneminde tüketilen alkol miktarının azaldığı bildirilmektedir (182). Pandemi döneminin aşırı/ tehlikeli düzeyde alkol tüketimi üzerine etkisine bakıldığında, kişilerdeki aşırı/ tehlikeli düzeyde alkol tüketim miktarının iki çalışmada arttığı gösterilirken iki çalışmada ise azaldığı gösterilmiştir. Bir çalışmada ise, pandemi öncesine göre aşırı/ tehlikeli alkol tüketim miktarı açısından bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (181,183–186). 2021 yılında yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, kişinin stres altında olmasının ve bir ruhsal rahatsızlık için tedavi görmesinin artan alkol kullanımını ile ilişkili bulunduğu belirtilmiştir (187). 2021 yılında yayımlanan başka bir gözden geçirme çalışmasına göre pandemi döneminde artan alkol kullanımıyla ilgili risk faktörleri; covid-19 ile ilgili psikolojik sıkıntı, yüksek düzeyde kaygı yaşama, yalnızlık, uykuda değişiklik, siber zorbalık ve azalan fiziksel aktivite olarak belirlenmiştir (188). Literatürde pandemi döneminde BB alkol kullanımını ilişkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız sonucunda BB tanılı hastalarda pandemi döneminde alkol alımının artması; hastalarında ifade ettiği üzere kaygıyı azaltmak amacıyla self medikasyon primer sebep olmakla birlikte; ek olarak bu hastaların genelinde sosyal desteğin yetersiz olması, damgalanmaya maruz kalmaları, pandemi gibi ani gelişen ve yüksek düzeyde stres yaratan durumlarla baş etme becerilerinin düşük olması ve fiziksel aktivitelerinin daha sınırlı olup uyku düzenlerinin çabuk bozulabilmesi gibi sebeplerle açıklanabilir.

Alkol kullanan BB ve sağlıklı kontrol grupları kıyaslandığında, BB tanılı hastalarda AKB tanısı daha yüksek oranda bulunmuştur. Yapılan çalışmalar; BB tanılı hastalarda genel popülasyona göre AKB'nin daha yüksek oranlarda olduğunu göstermiştir (189–196). BB hastalığının doğası gereği yenilik arayışında ve dürtüsel hareketlerde bulunma eğilimlerinin olması, muhakeme

yeteneklerinde bozulmaların gerçekleşebilmesi nedeniyle AKB geliştirme sıklığının genel popülasyona göre arttığı saptanmıştır (197,198). Yine hastalık belirtilerini yatıştırmak için self medikasyon amacıyla BB tanılı hastalar alkol kullanımını arttırabilmektedir. Örneğin, manik dönemde aşırı hareketliliği ve psikomotor ajitasyonu, depresif dönemde ise disforik semptomları azaltmak amacıyla alkol kullanımında artış olabilmektedir. Bu kendini tedavi etme çabası, alkol kullanımının ağırlaşmasına ve alkol kullanım bozukluğu gelişmesine neden olur (199). Yine, BB ve AKB' de ortak genetik faktörlerin rol oynaması, BB'de sağlıklı kontrollere daha yüksek oranda AKB görülmesini açıklayan başka bir hipotezdir (197).

Çalışmaya katılan BB tanılı hastalar ve sağlıklı kontroller, ek tıbbi hastalıklarının olup olmaması açısından kıyaslandığında, BB tanılı hastalarda ek tıbbi hastalıkların daha yüksek oranda eşlik ettiği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, çalışmamızla uyumlu bulgular mevcuttur. 2013 yılında yayımlanan geniş örneklemlili kohort çalışmasında, BB tanılı hastalarda genel popülasyona oranla influenza, pnömoni, KOAH, diyabet, inme ve kardiyovasküler hastalık tanı alma riski artmış bulunmuştur (129). 2018 yılında yayımlanan bir gözden geçirme çalışmasında ise BB tanılı hastaların %96,3'ünde kardiyovasküler, endokrin, kas- iskelet veya solunum sistemini kapsayan en az bir adet ek tıbbi hastalığın eşlik ettiği tespit edilmiştir (128). 2019 yılında hastanede BB tanısı ile yatan hastalar ile psikiyatri dışı branşlarda hastanede yatan hastaların kıyaslandığı bir çalışmada, BB tanısıyla yatan hastalarda hipotiroidi, migren ve astım tanıları anlamlı derece yüksek saptanmıştır (200). BB tanılı hastalarda ek tıbbi hastalık görülme oranının yüksek olması; psikotrop ilaçların yan etkilerine ve rahatsızlığın etiyolojik temelinde etkisi olduğu öne sürülen potansiyel patolojik yollara (oksidatif stres, inflamasyon) bağlı olabilir.

Çalışmamızda, pandemi sürecindeki iştah durumu değerlendirildiğinde, BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre iştahında artış olduğu yönünde anlamlılık saptanmıştır. Pandemi döneminde yapılan çalışmalarda, pandemi sürecinin iştah durumu ve yeme davranışları üzerine olan etkileri açısından fikir birliğine varılamamıştır. 2020 yılında yayımlanan sosyal izolasyonun ve

kısıtlamaların yeme davranışları üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, kişilerde pandemi döneminde sağlıksız besin tüketiminin, ana öğün sayısının ve kontrolsüz yeme ataklarının arttığı tespit edilmiştir (184). Pandemi sürecinde yaşam tarzı değişikliklerinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %17,7'si iştahta azalma olduğunu belirtirken %34,4'ü iştahta artış olduğunu belirtmiştir. İştahta artış, genç yaş ve kadın cinsiyet ile ilişkili bulunmuştur (201). 2020 yılında yapılan 602 katılımcının katıldığı bir çalışmada; katılımcıların %50'sinin yeme alışkanlıkları nedeniyle endişeli olduklarını, endişeli duygularına yanıt olarak daha iyi hissetmek amacıyla yiyecek alımlarını arttırma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir (202). BB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin kıyaslandığı çok merkezli bir çalışmaya göre, beslenme alışkanlıkları ve iştah açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(203). COVID-19 pandemisinin BB tanılı hastalar üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, katılımcılarının %6' sının yeme düzenlerinde değişiklik olduğu tespit edilmiştir (204). Pandemi döneminde yaşanan yoğun stres ile birlikte uygulanan fiziksel ve sosyal kısıtlamalar; BB tanılı hastaların istikrarlı bir ruh halini sürdürmekte güçlük yaşamalarına neden olup yaşadıkları endişeleri azaltmak amacıyla yemek yeme miktarları ve iştahları artmış olabilir.

Pandemi sürecinde uyku durumu incelendiğinde, BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre uykuya dalmakta daha fazla güçlük çektikleri ve toplam uyku saatlerinin daha fazla arttığı tespit edilmiştir. Çalışmamızla uyumlu olarak, 171 BB tanılı hasta ile 171 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı bir çalışmada, BB tanılı bireylerde pandemi döneminde uyku kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Uyku kalitesinde bozukluk, artmış duygusal sıkıntı ile ilişkilendirilmiştir (203). 2021 yılında yayımlanan COVID-19' un psikiyatrik rahatsızlığı olan ve olmayan bireylerde etkisinin incelendiği bir çalışmada, BB tanılı hastalarda yorgunluk, diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (205). 345 BB tanılı hasta ile 147 sağlıklı kontrol grubunun kıyaslandığı bir araştırmada, pandemi döneminin ilk 1 aylık sürecinde BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre uykuya dalmakta daha fazla güçlük çektikleri, uyku kalitelerinin daha kötü olduğu, uyumak için daha fazla uyku ilacı aldıkları tespit edilmiştir. Toplam uyku saati arasında iki grup arasında anlamlı farklılık

saptanmamıştır (167). Avustralya'da 2020 yılında yayımlanan ve 1292 BB tanılı hasta ile 3167 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı başka bir çalışmada ise, pandemi döneminde BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre uyuduğu toplam uyku saatinin daha fazla arttığı tespit edilmiştir (206). Türkiye'de yapılan ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden takipli 42 BB tanılı hastanın dahil edildiği çalışmada, BB tanılı hastaların pandemi öncesi ve pandemi döneminde uyku kaliteleri kıyaslanmıştır. Pandemi döneminde BB tanılı hastalarda uykuya dalmakta güçlük çekme ve uyku kalitelerinde bozulmalar tespit edilirken toplam uyku süresinde pandemi öncesi döneme göre anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (207). Pandemi döneminde yaşanan hastalık kaygısı, endişe, stres ve sosyal izolasyon önlemleri BB tanılı hastaların uyku kalitelerini bozabilir. Aynı zamanda uykuya dalmakta güçlük çekmelerine neden olabilir. Karantina nedeniyle fiziksel ve sosyal aktivitelerde azalmaların meydana gelmesi, BB tanılı hastaları gün içinde yatakta geçirdikleri vakitlerin artmasına ve uyuduğu toplam uyku saatinin artmasına neden olabilir. Yine BB'nin tedavisinde kullanılan ilaçlar, hastalarda sedasyon yan etkisine sebep olarak hastaların gün içindeki uyku miktarının artmasına neden olabilirler.

Çalışmamızda, BB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin cinsel yaşamları kıyaslandığında, BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre cinsel yaşamlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, genel popülasyonun pandemi döneminde cinsel yaşamlarının nasıl etkilendiğine dair kesitsel çalışmalar mevcuttur. Ancak, BB tanılı hastaların pandemi döneminde cinsel yaşamlarının nasıl etkilendiğine yönelik bir çalışma görülmektedir. 2020 yılında Çin'de 967 katılımcı ile pandemi döneminin kişiler üzerindeki etkisinin incelendiği bir araştırmada, pandemi döneminde katılımcıların %22'sinde cinsel istekte azalma tespit edilirken %41'inde cinsel ilişki sıklığında azalma olduğu tespit edilmiştir (208). 2022 yılında yayımlanan ve pandemi döneminde kişilerdeki cinsel yaşam değişikliklerini inceleyen çalışmada, pandemi dönemi ilerledikçe kişilerin cinsel ilişkiye girme sıklıklarının ve isteklerinin azaldığı bulunmuştur. Cinsel ilişki sıklığının azalması; pandemi dönemindeki yorgunluk, stres ve evde sürekli birilerinin bulunması ile ilişkilendirilmiştir (209). Yapılan kesitsel araştırmalar incelendiğinde; genel

popülasyonda pandemi döneminde cinsel istek, sıklık, tatmin ve işlevde azalma olduğu yönünde bulgular mevcut olup pandemi döneminin cinsel yaşamı olumsuz etkilediği yönündeki sonuçlar ağırlıktadır (208,210–216). Pandemi döneminde kişilerin cinsel yaşamlarında bir değişiklik olmadığını, hatta daha iyiye gittiğini belirten çalışmalar da literatürde mevcuttur (208,215,217,218). Bazı çalışmalarda, pandemi dönemindeki olumsuz cinsel yaşam stres ve endişe ile ilişkilendirilmiştir (219,220). BB tanılı hastaların pandemi döneminde yüksek düzeyde stres ve endişe yaşamaları, kişilerarası ilişkileri sürdürmekte güçlük çeken bir tanı grubu olarak sosyal kısıtlamalar nedeniyle sürekli partnerleriyle aynı evde vakit geçirmek durumunda olmaları cinsel yaşamlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Yine, kullandıkları duygudurum dengeleyici ve antipsikotik ilaçların oluşturduğu cinsel yan etkiler nedeniyle genel popülasyona göre cinsel yaşamları daha olumsuz etkilenmiş olabilir.

BB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin pandemi dönemindeki ruh halleri karşılaştırıldığında, BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre ruh halinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, bu konudaki bulgular genellikle çalışmamızla uyumludur. Çalışmamızla uyumlu olarak; Avustralya'da 2020 yılında yayımlanan ve 1292 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile 3167 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı bir çalışmada, duygudurum bozukluğu tanılı hastalar sağlıklı kontrol grubuna göre sosyal kısıtlamaların ruhsal durumlarını daha olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (206). COVID-19 pandemisindeki sokağa çıkma yasağının BB tanılı hastalar ile pandemi öncesi psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişiler üzerindeki etkilerinin kıyaslandığı bir çalışmada, pandemi süreci ilerledikçe BB tanılı hastaların ruh hallerinin daha fazla kötüleştiği tespit edilmiştir (167). Bizim çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; 56 BB tanılı hastanın pandemi dönemindeki ruh halinin pandemi öncesindeki döneme göre kıyaslandığı çalışmada, BB tanılı hastalarının pandemi döneminde ruhsal hallerinin anlamlı derecede daha iyi olduğu bulunmuştur (221). Literatürde, daha önce psikiyatrik hastalığı olmayan veya BB tanısı ile uzun süredir remisyonda olan kişilerde, pandemi döneminde manik



dönem geçirildiğine dair vaka serileri mevcuttur (222,223). BB tanılı hastalarda ruh hallerinin daha kötü olmasının nedenleri; pandemi döneminde yaşanan stres, sosyal kısıtlama, strese bağlı olarak hastaların sosyal rutinlerinin ve sirkadiyen biyolojik ritimlerinin bozulması olabilir.

Çalışmamız sonucunda; BB tanılı hastalarının pandemiye işten çıkarılma oranının sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlar, çalışmamız öncesi belirlediğimiz hipotezimiz ile uyumludur. Çalışmamızla uyumlu olarak; 2020 yılında yapılan ve 1292 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile 3167 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı bir çalışmada, duygudurum bozukluğu tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre COVID-19 nedeniyle daha fazla iş kaybı yaşadığı bulunmuştur. BB tanılı hastalarda diğer gruplardan farklı olarak iş kaybı ve istihdam azalması ile ilgili endişeler pandemi döneminde yüksek endişe nedenlerinden biri olarak saptanmıştır (206). Bizim çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; 43 BB tanılı hasta ile 24 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı bir çalışmada ise COVID-19 nedeniyle iş kaybı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (10). BB tanılı hastaların pandemi nedeniyle daha fazla iş kaybı yaşamalarının nedeni; stres faktörünün etkisiyle hastaların işlevselliklerinin azalması, biyolojik ritimlerinin bozulması nedeniyle mesai saatlerinde uyum problemi yaşamaları ve iş yerindeki kişilerarası ilişkilerinin bozulması olabilir. Yine bu dönemde, sosyal desteklerinin yetersiz kalması ve damgalanmaya maruz kalmaları iş kaybı yaşamalarına sebep olmuş olabilir.

Bu çalışmada; BB tanılı hastaların fiziksel aktivitelere ayırdığı zamanda azalma olması yönünde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak; 118 BB tanılı hasta ile 215 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı çalışmada, BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre fiziksel aktivitelere ayırdıkları zamanda azalma olduğu tespit edilmiştir (224). Yine çalışmamızla tutarlı olarak, 35 BB tanılı hasta ile 40 sağlıklı kontrolün katıldığı bir çalışmada, BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre pandemi döneminde kas güçlendirme egzersizlerine ve spora ayırdıkları vaktin azaldığı bulunmuştur (225). Bizim çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; 117 BB tanılı hasta ile 117 sağlıklı kontrolün

karşılaştırıldığı bir çalışmada ise BB tanılı hastalarda fiziksel aktivitelere ayrılan zamanda değişikliklik saptanmazken sağlıklı kontrol grubunda fiziksel aktivitelere ayırdıkları zamanın azaldığı saptanmıştır (203). Yine çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; 1292 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile 3167 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı bir çalışmada, pandemi döneminde fiziksel aktivitelere ayrılan zaman açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (206). Fiziksel aktivitelere ayrılan zamanın azalması; pandemi döneminde sokağa çıkma yasağının uygulanması, spor salonlarının kapatılması ve koronavirüsün seyri bilinmeyen bir hastalık olarak ortaya çıkması nedeniyle kişilerin hastalığa yakalanma korkusuyla dışarı çıkmak istememesi olabilir. Yine, BB tanılı hastalarda pandemi döneminde yaşanan stres ve yalnızlık depresif atakları tetikleyip fiziksel aktivitelere ayırdıkları zamanın azalmasına neden olabilir.

Çalışmamızın anlamlı bulgularından biride; BB tanılı hastaların sosyal aktivitelere ayırdığı zamanda; sağlıklı kontrollerden daha fazla bir azalma olmasıydı. Çalışmamızla uyumlu olarak, 118 BB tanılı hastalar ile 215 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı bir çalışmada, BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre kişilerle olan sosyal temasın anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (224). Yine çalışmamızla tutarlı olarak, 1292 duygudurum bozukluğu tanılı hasta ile 3167 sağlıklı kontrolün kıyaslandığı bir çalışmada, duygudurum bozukluğu tanılı hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre kişilerle olan sosyal temasın anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (206). Çalışmamızdaki bulgular ile uyumlu olarak; 345 BB tanılı hasta ile 147 sağlıklı kontrol grubunun kıyaslandığı bir araştırmada ise pandemi süreci ilerledikçe sağlıklı kontrollerde kişilerle olan sosyal etkileşim artarken BB tanılı hastalarda herhangi bir değişiklik olmadığı bulunmuştur (167). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; 117 BB tanılı hasta ile 117 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı bir çalışmada, sağlıklı kontrol grubundaki katılımcıların BB tanılı hastalara göre kişilerle olan sosyal temasın anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (203) . Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak; 118 BB tanılı hasta ile 215 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise pandemi döneminde sağlıklı kontrollerde BB tanılı hastalara göre sosyal temasta anlamlı düzeyde düşüş saptanmıştır (224). Çalışmalarda

tutarlı olmayan sonuçların sebebi; çalışmaya alınan katılımcıların farklı demografik özelliklere sahip olması, yapılan çalışmaların pandeminin farklı dönemlerde yapılmış olması, BB hastalarının ötimik veya atak döneminde olmaları gibi sebeplerle açıklanabilir.

Çalışmamızda BB tanılı hastalarda KİDÖ toplam puanı sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yine, BB tanılı hastalarda KİDÖ özerklik, mesleki işlevsellik, mali konular, bilişsel işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu bulgular, çalışma öncesi belirlediğimiz hipotezimiz ile uyumlu olup BB tanılı hastalarda sağlıklı kontrollere göre psikososyal işlevsellikte daha fazla bozulma olduğuna işaret etmektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak, 2021 yılında yayımlanan ve ötimik dönemdeki 41 BB tanılı hasta ile 37 sağlıklı kontrolün alındığı izlem çalışmasında, yılın dört mevsiminde de BB tanılı hastalarda KİDÖ toplam puanı ve alt alan puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (226). Çalışmamızla tutarlı olarak, ötimik dönemdeki 68 BB tanılı hasta ile 61 sağlıklı kontrolün işlevselliklerinin kıyaslandığı bir çalışmada, BB tanılı hastaların KİDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (227). Çalışmamızda uyumlu olan, ötimik dönemdeki 36 BB tanılı hasta ile 44 sağlıklı kontrollerin işlevselliklerinin kıyaslandığı başka bir çalışmada, BB tanılı hastalarda KİDÖ toplam puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (228). 2020 yılında yayımlanan ve ötimik dönemdeki BB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin işlevselliklerinin kıyaslandığı 9 kesitsel çalışmanın dahil edildiği bir derleme çalışmasında, 9 çalışmanın tamamında BB tanılı hastaların KİDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (229). Yine, adolosan veya ileri yaş gibi belirli yaş aralıklarında BB tanılı hastalar ile yapılan çalışmalarda da, KİDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (230,231). Literatürde yapılan çalışmalara göre kötü psikososyal işlevsellikle ilişkili faktörler; eğitim yılının düşük olması, yatış sayısının fazla olması, rezidüel depresif belirtilerin mevcut olması, dürtüsellik, bilişsel fonksiyonların düşük olması, işsizlik, psikotik hastalık öyküsünün olması ve bekar olmak ile

ilişkilendirilmiştir (227,229,230,232) . BB tanılı hastalarda psikososyal işlevselliğin daha düşük olmasının nedeni; ötimik dönemdeki rezidüel depresif belirtiler, ilaçların yan etkileri ve geçirdikleri atak sonrası bilişsel fonksiyonlarının bozulmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda CKÖ ve CAÖ puanları açısından BB tanılı hasta grubu ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızdaki sonuçlar, çalışmaya başlamadan önceki hipotezimizle uyumlu değildir. Pandemi döneminin BB tanılı hastalar üzerinde etkisinin incelendiği ve 43 BB tanılı hasta ile 24 sağlıklı kontrolün dahil edildiği bir çalışmada, CKÖ puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamış olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur. (10). Çalışmamızdaki sonuçlarla tutarlı olarak, 117 BB tanılı hasta ile 117 sağlıklı kontrolün dahil edildiği bir çalışmada, Covid-19 korkuları karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda, BB tanılı hastalarda, C-ATDÖ toplam puanı ve bulaştırmacılık, komplo, çevre, kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yine, çalışmamızda BB tanılı hastalarda C-ATDÖ nedenler algısı ölçeği ve kaçınılmazlık ölçeği toplam puanı sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulgular, çalışma öncesi belirlediğimiz hipotezimiz ile uyumludur. Literatür incelendiğinde, BB tanılı hastalarda C-ATDÖ kullanılarak yapılmış herhangi bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Literatürde, Farklı örneklem gruplarında C-ATDÖ kullanılarak yapılmış çalışmalar mevcuttur.(177,233–240). BB tanılı hastaların bulaştırmacılık alt ölçek puanının yüksek olmasının nedeni, genel popülasyona oranla hastalık kaygılarının daha yüksek olması ve rezidüel anksiyete belirtileri ile felaketleştirme gibi bilişsel çarpıtmaları daha baskın bir şekilde kullanmaları olabilir. BB tanılı hastaların nedenler algısı ölçeği toplam puanı ile komplo ve çevre alt ölçek puanlarının daha yüksek olmasının nedenleri; pandemi dönemine bağlı yüksek düzeyde anksiyete yaşamaları ve anksiyetelerini azaltmak için ortaya çıkış sebebi belli olmayan COVID-19 pandemisini belirli bir nedene bağlamak istemeleri olabilir. BB tanılı hastaların C- ATDÖ toplam puanının daha yüksek olmasının nedeni,

pandemi döneminin stresli bir dönem olması ve strese karşı daha duyarlı olan BB tanılı hastaların bu süreci daha olumsuz bir algı ve tutumla karşılamış olmaları olabilir.

## **5.2. Bipolar Bozukluk Alt Tiplerinin Karşılaştırılması**

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların hastalık süreleri karşılaştırıldığında, BB Tip-1 tanılı hastaların daha uzun hastalık sürelerine sahip olduğu yönünde anlamlı farklılık saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, çalışmalardaki sonuçlar arasında fikir birliğine varılamamıştır. Çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu olarak, 252 BB Tip-1 ve 75 BB tip-2 tanılı hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada, BB Tip-1 tanılı hastalarda ortalama hastalık yılının daha uzun olduğu bulunmuştur (241). 141 BB Tip-1 ve 76 BB Tip-2 tanılı hastanın karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, ortalama hastalık süresi açısından iki grup arasında farklılık saptanmazken tedavisiz hastalık süresi ortalaması BB Tip-2 tanılı hastalarda anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. (242). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak, 50 BB Tip-1 ile 42 BB Tip-2 tanılı hastanın incelendiği bir çalışmada, ortalama hastalık yılları arasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (243). Çalışmamızdaki sonuçlarla tutarlı olmayan, 20 BB Tip-1 ve 13 BB-Tip 2 tanılı hastanın kıyaslandığı başka bir çalışmada, hastalık yılları arasında iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (244) . BB Tip-1 tanılı hastalarda manik dönemlerin daha erken yaşlarda ortaya çıkması, hastalığın daha erken tanı almasına sebep olabilmektedir. BB Tip-2 tanısının konulması ve ayırıcı tanısında güçlükler yaşanması sebebiyle hastalık süresinin daha düşük saptanmasına neden olabilir.

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların hastaneye yatış sayıları karşılaştırıldığında, BB Tip-1 tanılı hastaların daha fazla hastaneye yatışlarının olduğu yönünde anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak 20 BB Tip-1 ve 13 BB Tip-2 tanılı hastanın kıyaslandığı çalışmada, BB Tip-1 tanılı hastaların hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (244). Bnezer şekilde, 252 BB Tip-1 ve 75 BB Tip-2 tanılı hastanın karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, BB Tip-1 tanılı hastaların BB Tip-2 tanılı hastalara göre

depresif dönemlerde hastaneye yatış sayısı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (241). Yine çalışmamızla uyumlu olarak 506 BB Tip-1 ve 87 BB-Tip 2 tanılı hastanın karşılaştırıldığı bir çalışmada da BB Tip-1 tanılı hastaların ortalama hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur (245). BB Tip-1 tanılı hastaların ortalama hastane yatış sayılarının daha fazla olmasının nedenleri; BB Tip-1'de manik dönemlerin ön planda olması, bu dönemde hastaların çevreye veya kendilerine zarar verme riskleri taşımaları, psikotik bulguların ortaya çıkması ve işlevselliğin ciddi düzeyde bozulması olabilir.

Pandemi öncesi geçirilen depresif atak sayıları karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak, 935 BB Tip-1 ve 494 BB Tip-2 tanılı hastanın klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, BB Tip-1 tanılı hastalarda ortalama depresif atak sayısı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (246). Judd ve ark. 'larının yaptığı uzun izlem çalışmalarında, BB Tip-2 tanılı hastalarda BB Tip-1 tanılı hastalara göre depresif dönem sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (155,247). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olan, 20 BB Tip-1 ve 13 BB Tip-2 tanılı hastanın katıldığı başka bir çalışmada ise, geçirilen manik ve depresif dönemler arasında iki grup arasında istatistik anlamda farklılık saptanmamıştır (244). Serra ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada BB Tip-2 tanılı hastalarda BB Tip-1 tanılı hastalara göre geçirilen depresif dönem süresi anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (248).

BB Tip-1 ve BB Tip-2 tanılı hastaların pandemi döneminde geçirilen depresif atak sayıları karşılaştırıldığında, BB Tip-2 tanılı hastaların daha fazla depresif atak geçirdiği yönünde anlamlı farklılık saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalar, ağırlıklı olarak COVID-19 enfeksiyonunun BB tanılı hastaların hastalık süreçlerine olan etkisi incelenmiş olup BB alt tiplerine yönelik yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Pandemi öncesi tanı konulan 83 BB Tip-1 ve 111 BB Tip-2 tanılı hastanın pandemi dönemlerini nasıl geçirdiğini inceleyen bir çalışma, 6 BB Tip-1 ve 4 BB Tip-2 tanılı hastanın pandemi döneminde strese bağlı semptomlarının kötüleştiğini, hatta relaps gerçekleştiğini bildirmiştir (165). Literatürde, COVID-19 enfeksiyonunu takiben ilk kez manik dönem geçirerek

bipolar bozukluk tanısı konulan vaka serileri mevcuttur (223,249–254). Yine, BB tanılı hastaların depresif semptomlarına yönelik literatürde çalışmalar bulunmaktadır. Pandemi döneminin ruhsal rahatsızlığı olan kişiler üzerine etkisinin incelendiği ve 445 BB tanılı hastanın katıldığı bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğu depresif ruh hali içerisinde olduklarını belirtmişlerdir (255). Pandemi sürecinin ruh hali üzerine etkisinin incelendiği ve 35 BB tanılı hasta ile 40 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, BB tanılı hastaların Beck depresyon envanteri puanları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (225). Ruhsal rahatsızlığı olan ve olmayan 13.248 kişinin katıldığı ve Pandemi döneminin ruhsal etkilerinin incelendiği bir çalışmada, BB tanılı hastalarda depresif ruh hali, yorgunluk ve öfkeli semptomları diğer ruhsal rahatsızlığı (- depresyon, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, nörogelişimsel bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu) olan gruplardan anlamlı düzeyde daha fazla görülmüştür (205). Pandemi döneminde görülen yalnızlık, stres, başa çıkma becerilerinin düşük olması ve sosyal destek yetersizliği BB tanılı hastalarda pandemi döneminde atakları tetikleyebilir.

### **5.3. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Korelasyon ve Regresyon Analizi Sonuçlarının Yorumlanması**

Çalışmamızda, BB tanılı hastalarda pandemi öncesi geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ toplam puanı, mesleki ve bilişsel işlevsellik alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yine, pandemi döneminde geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ toplam puanı ve mesleki işlevsellik alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçlar, geçirilen epizod sayısı arttıkça psikososyal işlevselliğin düştüğüne işaret etmektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak, 84 BB tanılı hastanın dahil edildiği bir çalışmada, KİDÖ toplam puanı ile geçirilen epizod sayısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (256). Benzer şekilde, 69 BB tanılı hastanın dahil edildiği bir çalışmada, KİDÖ toplam puanı ile geçirilen epizod sayısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (257). Jimenez ve ark.'larının, ötimik dönemdeki 138 BB tanılı hastayla yaptıkları çalışmalarında, geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ toplam

puanı ile mesleki ve bilişsel işlevsellik alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (258). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak, geçirilen toplam atak sayısı ile KİDÖ toplam puanı ile bilişsel ve mesleki işlevsellik alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (259). Aynı zamanda çalışmamızda yapılan lineer regresyon analizi sonucunda, pandemi döneminde geçirilen toplam atak sayısının artmasının işlevsellikte bozulmayla ilişkili önemli bir faktör olduğu görülmüştür. BB tanılı hastalarda geçirilen epizod sayısı arttıkça psikososyal işlevselliğin düşmesinin nedenleri; her geçirilen atakta beyinde nörokimyasal yıkımın artmasının, dönemler arası rezidüel belirtilerin ve hastaların takipleri süreçlerinde kullandıkları ilaçların yan etkilerinin işlevselliği etkilemesi olabilir (227,258,260,261).

BB tanılı hastalarda pandemi öncesi geçirilen depresif atak sayısı ile KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, depresif dönemlerin veya rezidüel depresif belirtilerin bilişsel fonksiyonları bozduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızla uyumlu olarak, 71 ötimik dönemde BB tanılı hasta ile 61 sağlıklı kontrolün alındığı bir çalışmada, BB tanılı hastalarda KİDÖ toplam puanı ile HAM-D skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır (96). 2012 yılında yayımlanan ve 138 ötimik dönemdeki BB tanılı hastanın dahil edildiği çalışmada, depresif semptomların artışının daha yüksek KİDÖ toplam puanı ve bilişsel işlevsellik alt ölçek puanı ile ilişkili bulunmuş olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur (258). Çalışmamızdaki sonuçlarla tutarlı olarak, 2013 yılında yayımlanan ve 12 ay süreyle 55 BB tanılı hastanın takip edildiği izlem çalışmasında, KİDÖ toplam puanı ile subsendromal depresif belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (262). 2016 yılında Kapczinski ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada ise bipolar depresyonda depresif belirtilerin şiddetinin arttıkça hastaların bilişsel fonksiyonlarında ve işlevselliklerinde bozulmaların arttığı bulunmuştur (263). Geçirilen depresif atak sayısı arttıkça KİDÖ toplam puanının artması ve bilişsel işlevselliğin azalmasının nedenleri; dikkat, konsantrasyon problemi gibi rezidüel depresif belirtilerin atak dönemleri arasında mevcut olması ve kullanılan ilaçların bilişsel fonksiyon bozukluğuna yol açması ile açıklanabilir (232,260,261).



BB tanılı hastalarda pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısı ile KİDÖ mali konular ve mesleki işlevsellik alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçlar, fazla sayıda manik dönem geçiren hastalarda mali ve mesleki işlevselliklerinin düştüğü şeklinde yorumlanabilir. 2009 yılında remisyonda olan BB tanılı hastalarda işlevselliğin klinik belirleyicilerinin incelendiği bir çalışmada, geçirilen manik dönem sayısı ile KİDÖ mali konular alt ölçek puanı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmış olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur (96). Harcamaya yönelik işlevsiz davranışlar ve finansal problemler, özellikle BB'nin hipomanik ve manik dönemleri sırasında karşımıza çıkmaktadır (229). 2020 yılında yayımlanan ve BB tanılı hastalarda KİDÖ kullanılarak işlevselliğin ölçüldüğü çalışmaların değerlendirildiği bir derleme çalışmasında, hastaların en çok mesleki işlevselliklerinin bozulduğu görülmüştür (229). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak, mesleki işlevsellik ağırlıklı olarak subsendromal depresif belirtiler ile ilişkilendirilmiştir (229,264–266). Aynı zamanda çalışmamızda yapılan lineer regresyon analizi sonucunda, hastaların mesleki işlevselliklerinin düşük olmasının pandemi döneminde geçirilen manik dönem sayısı artışını yordadığı görülmüştür. Çalışmamızda, literatürden farklı bir sonuç ortaya çıkmasının nedenleri; çalışmaya alınan örneklemin geçirilen manik atak sayısının depresif döneme göre anlamlı düzeyde fazla olması, manik dönem veya kalıntı belirtiler sırasında hastaların mesai saatlerine uyum sağlayamaması ve mesai saatleri içerisinde çalıştığı kişilerle problemler yaşaması nedeniyle işlerine devam edememeleri olabilir.

BB tanılı hastalarda pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısı ile yatış sayısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. 2010 yılında yayımlanan ve 68 ötimik, 31 hipomanik veya manik, 38 depresif dönemde olan BB tanılı hastalar ile yapılan bir çalışmada, hipomanik veya manik dönemde olan hastalarda geçmişe yönelik hastane yatış sayısı daha fazla tespit edilmiş olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur. Çalışmamızla tutarlı başka bir çalışmada, 75 BB tanılı hastanın manik dönem geçirdikten sonra 4 yıllık izlemi yapılmıştır. 4 yıllık izlem sonucunda, bu manik dönemden öncesinde geçirilen epizod sayısının önemli bir faktör olduğu ve manik dönem

öncesi fazla epizod geçiren hastaların işlevselliklerinde daha belirgin bozulmalar görüldüğü tespit edilmiştir (267) . Manik dönem sebebiyle hastaneye yatan hastaların semptom düzeylerinin ve işlevselliklerinin incelendiği bir çalışmada, daha önce hastaneye yatış sayısı fazla olan hastaların daha düşük işlevsellik gösterdikleri saptanmıştır (268). Aynı zamanda, çalışmamızda yapılan lineer regresyon analizi sonucunda, hastaneye yatış sayısının fazla olmasının pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısını yordadığı görülmüştür. Hastaneye yatış sayısı arttıkça geçirdikleri manik dönem sayısının artmasının nedenleri; hastaların işlevselliklerinin düşmesi, hastalığın klinik seyrin kötüleşmesi ve hastaların ilaç uyumunun kötü olması sebebiyle manik ataklar geçirerek hastaneye yatışlarının gerçekleşmesi olabilir.

BB tanılı hastalarda yaş ile KİDÖ boş zaman etkinliği alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, yaş ile KİDÖ toplam puanı veya alt ölçek puanlarının ilişkisinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. 2009 yılında yayımlanan ve ötimik dönemdeki 71 BB tanılı hastanın dahil edildiği çalışmada, hastaların yaşı ile KİDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmış olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur (96). Çalışmamızdaki sonuçlardan farklı olarak, 2021 yılında yayımlanan ve şizofreni ile BB tanılı hastaların işlevselliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, BB tanılı hastalarda yaş ile KİDÖ toplam puanı ve boş zaman etkinlikleri alt ölçek puanı arasında anlamlı korelasyon tespit edilmemiştir (269). İleri yaş hastaların boş zaman etkinliklerine yönelik işlevselliklerinin azalmasının nedeni, kronik hastalıkları nedeniyle COVID-19 enfeksiyonunu daha ağır geçirerek yaşamlarını kaybetmeye yönelik endişelerinin olması ve yoğun endişeleri sebebiyle yakınları ile sosyal temaslarını en aza indirmiş olmaları olabilir.

BB tanılı hastalarda öğrenim yılı ile KİDÖ toplam puanı ve mesleki işlevsellik, boş zaman etkinlikleri ve bilişsel işlevsellik alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu sonuçlar, eğitim düzeyi düşük olan hastaların işlevselliklerinin daha kötü olduğu şeklinde yorumlanabilir. 2010 yılında yayımlanan ve 65 epizod döneminde olmayan BB tanılı hastanın dahil edildiği çalışmada, yüksek eğitim yılının

işlevsellikte iyileşmeyi yordadığı gösterilmiş olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur (232). Manik veya mikst epizod geçiren 106 BB tanılı hastanın 12 aylık izlem takibinin yapıldığı bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha kısa sürede remisyona girdikleri ve işlevselliklerinin yükseldiği görülmüştür (270). Aynı zamanda çalışmamızda yapılan lineer regresyon analizi sonucunda, hastalardaki düşük eğitim yılının işlevselliklerindeki bozulmayı yordadığı görülmüştür. BB tanılı hastalarda düşük eğitim yılının kötü işlevsellikle ilişkilendirilmesinin nedenleri; hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, ilaç uyumlarının kötü olması ve sosyoekonomik imkanlarının kısıtlılığı olabilir.

Çalışmamızda, CKÖ ile C- ATDÖ alt boyutlarının korelasyonları karşılaştırılmış olup CKÖ ölçeği puanı ile C-ATDÖ hastalık algısı ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yine, CKÖ ölçeği puanı ile C-ATDÖ ortak alandan kaçınma ve kişisel temastan kaçınma alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. 2021 yılında yayımlanan bir çalışmada, COVID-19 risk algısının koronavirüs korkusu ile ilişkili olduğu bulunmuş olup çalışmamızdaki sonuçlarla uyumludur (271). 2022 yılında yayımlanan bir çalışmada, yüksek düzeyde COVID-19 korkusu kişilerin partnerine, arkadaşlarına ve yabancılara temas etmekten kaçınması ile ilişkili bulunmuş olup çalışmamızdaki bulgular ile tutarlıdır (272). Koronavirüs korkusu yüksek olan hastaların C-ATDÖ hastalık algısı ölçeği puanlarının yüksek olmasının nedeni, yüksek düzeyde kaygı duymaları nedeniyle hastalık etkenini daha tehlikeli ve bulaştırıcı bulmaları olabilir. Yine, koronavirüs korkusu yüksek olan hastalar, hastalığa yakalanmaktan korktukları için sosyal çevreleri ile temas halinde olmamış ve gerekli ihtiyaçlar dışında dışarıya çıkmamış olabilirler.

Çalışmamızda CAÖ ile C-ATDÖ kaçınma davranışları ölçeği puanı ve ortak alandan kaçınma alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızdaki sonuçlarla uyumlu olarak, 448 kişilik örneklemin incelendiği bir araştırmada, kişilerde sağlık kaygısı yüksek olan kişilerin koronavirüse yönelik kaçınma davranışlarını daha sık sergiledikleri

tespit edilmiştir (239). Koronavirüs anksiyetesi yüksek olan hastaların C- ATDÖ kaçınma davranışları alt boyut puanlarının daha yüksek olmasının nedeni; koronavirüsün kendisine bulaşacağı ile ilgili duyduğu yoğun kaygı ve bulaş sonrası hayatını kaybetmekten korkmaları sebebiyle insanların bulunduğu ortak alanlara girmek istememeleri olabilir.

Çalışmamızda, C- ATDÖ alt ölçek puanları ile KİDÖ alt ölçek puanlarının birbirleriyle korelasyonları karşılaştırılmıştır. KİDÖ boş zaman etkinlikleri ölçek puanı ile C- ATDÖ bulaştırıcılık, komplo ve inanç alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yine, KİDÖ bilişsel işlevsellik alt ölçek ile C- ATDÖ kişisel temastan kaçınma alt boyut puanı arasında ve KİDÖ kişilerarası ilişkiler alt ölçek ile C- ATDÖ alt boyut puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon tespit edilmiştir. C- ATDÖ'de korelasyon analizinde anlamlı çıkan alt boyutların işlevselliğe yordayıcı etkisinin olup olmadığını anlamak için regresyon analizi yapılmış olup, yordayıcı faktör olarak anlamlı bir değişken bulunmamıştır.

Çalışmamızda, BB tanılı hastalarda C- ATDÖ alt ölçek puanları ile pandemi dönemi geçirilen atak sayılarının birbirleriyle korelasyonları karşılaştırılmıştır. C-ATDÖ makrokontrol alt ölçek puanı ile PTA ve PDA sayıları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. C- ATDÖ tehlikelilik alt ölçek boyutu ile PMA sayısı arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, C-ATDÖ ile ilgili BB tanılı hasta örneğinde yapılmış bir çalışma olmayıp farklı örneklem gruplarında yapılmış çalışmalar mevcuttur (177,233,234,236–239). Korelasyon analizinde anlamlı çıkan bulguların, ileri düzey regresyon analizi ile incelenmesi sonucunda; C- ATDÖ makrokontrol alt ölçek puanının düşük olmasının (yani dünyadaki ve Türkiye'deki önleyici çalışmaların yetersiz bulunması) pandemi döneminde geçirilen depresif ve toplam atak sayısını yordadığı görülmüştür. C-ATDÖ makrokontrol ölçek puanının düşük olmasının PTA ve PDA sayılarını yordamasının nedenleri; Türkiye'deki ve dünyadaki önleyici yaklaşımı yetersiz bulan hastaların koronavirüs enfeksiyonuna karşı kendini güvende hissetmemesi, kaygı düzeylerinin daha yüksek olması ve koronavirüsü ciddi bir

stresör olarak algılamaları nedeniyle depresyona olan yakınlıklarının daha fazla olması olabilir. Yine, yapılan regresyon analizi sonucunda, C-ATDÖ tehlikelilik alt ölçek puanının düşük olmasının (yani hastalığın tehlikeli olmadığı düşünmek) pandemi döneminde geçirilen manik atak sayısını yordadığı görülmüştür.

## **6-SINIRLILIKLAR**

Çalışmamıza katılan örneklem grubu Kasım 2021- Ağustos 2022 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilmiş olup çalışmamız sosyal izolasyon önlemlerinin uygulandığı ve strese maruziyetin daha belirgin olduğu pandeminin ilk döneminde yürütülmemiş olması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Pandemi döneminin BB ve sağlıklı kontrol grupları üzerine etkileri geçmişe yönelik öz bildirim soruları ile değerlendirilmiş olup katılımcıların bazı verileri hatırlayamamasına bağlı olarak eksiklikler olmuş olabilir. Yine, çalışmamızın bir takip çalışması olmaması nedeniyle hastaların işlevselliğinin pandemi sonrası uzun dönemdeki etkilerini değerlendirme konusunda yetersiz kalmış olabilir.

## **7-SONUÇLAR- ÖNERİLER**

COVID-19 salgınının ortaya çıkmasının ardından, insanlar arasında salgınla ilgili artan bilgi ve endişeler, toplumun ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemiş olmakla birlikte toplumun bir kısmında bu etkilenme durumu halen devam etmektedir. Şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalar arasında yer alan BB hastaları, COVID-19 pandemisinden etkilenen en savunmasız popülasyonlar arasında sayılabilir. Pandemi döneminde sosyal izolasyon önlemlerinin alınması; bu önlemler neticesinde kişilerin yakınları ile iletişiminin azalması, sağlık hizmetlerine erişiminde güçlük yaşanması, fiziksel ve sosyal faaliyetlere katılımının azalması gibi faktörler ile BB tanılı hastaların bu dönemi sağlıklı popülasyona göre daha kötü geçirdikleri çalışmamız sonucunda gösterilmiştir. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar neticesinde BB tanılı hastaların sağlıklı kontrollere göre; ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan pandemi döneminde olumsuz yönde etkilendiklerini, işlevselliklerinin sağlıklı bireylerden daha fazla bozulduklarını kanıtlar niteliktedir. BB Tip-2 hastalarının pandemi döneminde depresif atak, BB Tip-1 hastalarının manik atak geçirme

bakımından yüksek riske sahip olduğu, BB Tip-2 hastalarının COVID-19 ile ilgili anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğu alanlar gözlenmiştir. Bu sonuç özellikle BB Tip-2 hastalarında kaygı düzeyleri yüksek olanların pandemi sürecinden daha fazla etkilendiklerini göstermiştir.

BB tanılı hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, telepsikiyatri uygulamalarını gerekli durumlarda aktifleştirmek, hasta ve hasta yakınlarına tekrardan böyle bir süreçle karşı karşıya kaldıklarında neler yapmaları gerektiği hakkında psikoeğitim vermek alınabilecek önlemlerdir.



## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. World Health Organization; 2020. Report No.: WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
2. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. Erişim adresi: <https://covid19.who.int>
3. Esakandari H, Nabi-Afjadi M, Fakkari-Afjadi J, Farahmandian N, Miresmaeili SM, Bahreini E. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. Biol Proced Online [Internet]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402395/>
4. Dessie ZG, Zewotir T. Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. BMC Infectious Diseases [Internet]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06536-3>
5. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. Int J Soc Psychiatry [Internet]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
6. Kahl KG, Correll CU. Management of Patients With Severe Mental Illness During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Psychiatry [Internet]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1701>
7. Stefana A, Youngstrom E, Chen J, Hinshaw S, Maxwell V, Michalak E, vd. The COVID-19 pandemic is a crisis and opportunity for bipolar disorder. Bipolar Disorders. 08 Haziran 2020;22:641-3.

8. Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Tan EJ, Toh WL, vd. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. J Affect Disord. 01 Ekim 2020;275:69-77.
9. Ceban F, Nogo D, Carvalho IP, Lee Y, Nasri F, Xiong J, vd. Association Between Mood Disorders and Risk of COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 01 Ekim 2021;78(10):1079-91.
10. Karantonis JA, Rossell SL, Berk M, Van Rheenen TE. The mental health and lifestyle impacts of COVID-19 on bipolar disorder. Journal of Affective Disorders [Internet]. Erişim adresi:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720332766>
11. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. Terh [Internet]. Erişim adresi:<https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=terh&plng=tur&un=TERH-93764&look4=>
12. Pandemi İçinde Vikipedi [Internet]. Erişim adresi: <https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pandemi&oldid=28643791>
13. Tunç A, Atici FZ. Dünyada ve Türkiye’de Pandemilerle Mücadele: Risk ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme. anakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi [Internet]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usb/issue/57805/808685>
14. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021) [Internet]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WHE-2021.02>
15. Honigsbaum M. Pandemic. The Lancet [Internet]. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609610539>



16. Fullan M. Learning and the pandemic: What's next? Prospects (Paris) [İnternet]. 2020 Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7471512/>
17. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, vd. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 14 Mart 2020;395(10227):912-20.
18. Tekin A. TARİHTEN GÜNÜMÜZE EPİDEMİLER, PANDEMİLER ve EKONOMİK SONUÇLARI. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi [İnternet]. 31 Ağustos 2021;(40):330-55. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sbe/issue/62244/908431>
19. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. What is a pandemic? J Infect Dis. 01 Ekim 2009;200(7):1018-21.
20. Aykut S, Aykut SS. Kovid-19 Pandemisi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Temelinde Sosyal Hizmetin Önemi. Toplumsal Politika Dergisi [İnternet]. 30 Haziran 2020; 1(1):56-66. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tpd/issue/54902/764078>
21. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen Psychiatr. 2020;33(2):e100213.
22. World health statistics 2014 [İnternet]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112738>
23. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, vd. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res [İnternet]. Mayıs 2020; 287:112934. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102633/>
24. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, vd. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000Res

[İnternet]. 23 Haziran 2020; 9:636. Erişim adresi:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7549174/>

25. PDFfiller [İnternet]. Erişim adresi: [https://www.pdfFiller.com/jsfiller-desk11/?requestHash=4b118c7daeb169fe360652fde85b0eb2118e74af897c3d561de232d1cd48a570&lang=en&projectId=1135107083&loader=tips&MEDIUM\\_PDFJS=true#4426a95471d847d4b21739abfd2ca6e3](https://www.pdfFiller.com/jsfiller-desk11/?requestHash=4b118c7daeb169fe360652fde85b0eb2118e74af897c3d561de232d1cd48a570&lang=en&projectId=1135107083&loader=tips&MEDIUM_PDFJS=true#4426a95471d847d4b21739abfd2ca6e3)

26.Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). İçinde: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>

27.Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, vd. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. Emerg Infect Dis. Temmuz 2020;26(7):1583-91.

28.Sa TC, Bakanli L. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) REHBERİ. :55.

29.Türken M, Köse Ş. COVID-19 Bulaş Yolları ve Önleme. İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi [İnternet]. 2020; 30(0):36-42. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/370860>

30.Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. Turk J Med Sci. 21 Nisan 2020;50(SI-1):563-70.

31.Zhu J, Zhong Z, Ji P, Li H, Li B, Pang J, vd. Clinicopathological characteristics of 8697 patients with COVID-19 in China: a meta-analysis. Fam Med Community Health. Nisan 2020;8(2):e000406.

32.Clinical Management of Adults [İnternet]. COVID-19 Treatment Guidelines. Erişim adresi: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/management/clinical-management-of-adults/>

- 33.CDC. People with Certain Medical Conditions [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [a.yer 26 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>
- 34.Huang Y, Cheng W, Zhao N, Qu H, Tian J. CT screening for early diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis*. Eylül 2020;20(9):1010-1.
- 35.He JL, Luo L, Luo ZD, Lyu JX, Ng MY, Shen XP, vd. Diagnostic performance between CT and initial real-time RT-PCR for clinically suspected 2019 coronavirus disease (COVID-19) patients outside Wuhan, China. *Respiratory Medicine* [Internet]. 01 Temmuz 2020;168:105980. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611120301207>
- 36.Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, vd. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. Ağustos 2020;296(2):E32-40.
- 37.Erişkin Hasta Tedavisi [Internet]. [a.yer 27 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66926/eriskin-hasta-tedavisi.html>
- 38.Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. 30 Haziran 2020;30(2):3022008.
- 39.Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. Mart 2015;10(2):227-37.
- 40.Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol Health* [Internet]. 02 Haziran 2020;42:e2020038. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7644933/>

- 41.Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, vd. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg*. Haziran 2020;78:185-93.
- 42.Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 16 Mart 2020;49(3):155-60.
- 43.Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. Ağustos 2020;52:102066.
- 44.Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. Eylül 2020;291:113190.
- 45.Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. Ağustos 2020;66(5):504-11.
- 46.Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. Ekim 2020;89:531-42.
- 47.Tariku M, Hajure M. Available Evidence and Ongoing Hypothesis on Corona Virus (COVID-19) and Psychosis: Is Corona Virus and Psychosis Related? A Narrative Review. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:701-4.
- 48.COVID-19 ve Ruh Sağlığı | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ [İnternet]. Erişim adresi: <https://psikiyatri.org.tr/menu/161/cov%C4%B1d-19-ve-ruh-sagligi>
- 49.Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord*. Aralık 2001;67(1-3):3-19.

50.Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. The Lancet [Internet]. 09 Nisan 2016;387(10027):1561-72. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361500241X>

51.Psychiatry.org - What Are Bipolar Disorders? [Internet]. [a.yer 02 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>

52.Fagiolini A, Coluccia A, Maina G, Forgione RN, Goracci A, Cuomo A, vd. Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in Bipolar Disorder. CNS Drugs. Eylül 2015;29(9):725-40.

53.Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, vd. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord [Internet]. Mart 2018; 20(2):97-170. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5947163/>

54.Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

55.Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB, vd. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. Mol Psychiatry [Internet]. Aralık 2011;16(12):1234-46. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223313/>

56.Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Ther Adv Psychopharmacol [Internet]. 26 Nisan 2018; 8(9):251-69. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116765/>

- 57.Gültekin BK, Kesebir S, Tamam L. Türkiye’de Bipolar Bozukluk/Bipolar Disorder in Turkey. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler* [Internet]. 2014;6(2):199-209.Erişim adresi: <https://www.proquest.com/docview/1559599927/citation/8F99EFA81D0644C3PQ/1>
- 58.Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, vd. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. Mart 2011;68(3):241-51.
- 59.Yüncü Z, Kesebir S, Akdeniz F, Vahip S. [Anticipation in bipolar disorder: A comparison between two generations]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2008;19(4):349-57.
- 60.Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis - *The Lancet* [Internet]. Erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62129-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62129-1/fulltext)
- 61.Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 11. bs. 2017.
- 62.Shih RA, Belmonte PL, Zandi PP. A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *Int Rev Psychiatry*. Kasım 2004;16(4):260-83.
- 63.Kisa C, Aydemir Ç, Başterzi AD, Tüzer V, Göka E. Bipolar bozukluk tanisi konan hastaların ebeveynlerinde ruhsal bozukluklar. [Mental Disorders in the Parents of Bipolar Patients.]. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15:175-81.
- 64.Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet*. Ağustos 1999;36(8):585-94.
- 65.Stahl EA, Breen G, Forstner AJ, McQuillin A, Ripke S, Trubetskoy V, vd. Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nat Genet*. Mayıs 2019;51(5):793-803.

66.Chen DT, Jiang X, Akula N, Shugart YY, Wendland JR, Steele CJM, vd. Genome-wide association study meta-analysis of European and Asian-ancestry samples identifies three novel loci associated with bipolar disorder. *Mol Psychiatry* [Internet]. Şubat 2013;18(2):195-205. Erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/mp2011157>

67.Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, vd. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord*. Mayıs 2013;15(3):306-13.

68.Anand A, Verhoeff P, Seneca N, Zoghbi SS, Seibyl JP, Charney DS, vd. Brain SPECT imaging of amphetamine-induced dopamine release in euthymic bipolar disorder patients. *Am J Psychiatry*. Temmuz 2000;157(7):1108-14.

69.Sigitova E, Fišar Z, Hroudová J, Cikánková T, Raboch J. Biological hypotheses and biomarkers of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. Şubat 2017;71(2):77-103.

70 .Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri - Duygudurum Bozuklukları - M. Emin Ceylan - E. Timuçin Oral | Nadir Kitap [Internet]. NadirKitap.Erişim adresi: <https://www.nadirkitap.com/arastirma-ve-klinik-uygulamada-biyolojik-psikiyatri-duygudurum-bozukluklari-m-emin-ceylan-e-timucin-oral-kitap8074962.html>

71.Dubovsky SL, Davies R, Dubovsky AN. Mood disorders. İçinde: *The American Psychiatric Publishing textbook of clinical psychiatry*, 4th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2003. s. 439-542.

72. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry Cilt - Google'da Ara [Internet]. [a.yer 06 Aralık 2022]. Erişim adresi: [EQ0QMQ6gIQJzoHCC4Q6gIQJzoMCAAQ6gIQtAIQQxgCOgwLhDqAhC0AhB](https://books.google.com/books?id=EQ0QMQ6gIQJzoHCC4Q6gIQJzoMCAAQ6gIQtAIQQxgCOgwLhDqAhC0AhB)

73. Van Enkhuizen J, Milienne-Petiot M, Geyer MA, Young JW. Modeling bipolar disorder in mice by increasing acetylcholine or dopamine: chronic lithium treats most, but not all features. *Psychopharmacology (Berl)*. Eylül 2015;232(18):3455-67.
74. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel sanatlar matbaacılık; 2003.
75. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biol Psychiatry*. 01 Eylül 2003;54(5):515-28.
76. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am*. Haziran 2005;28(2):443-67.
77. Kupferschmidt DA, Zakzanis KK. Toward a functional neuroanatomical signature of bipolar disorder: quantitative evidence from the neuroimaging literature. *Psychiatry Res*. 30 Ağustos 2011;193(2):71-9.
78. Engin E, ÇO. Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı. Editörler; Çam O, Engin E. İstanbul Tıp Kitapevi 1. Baskı 2014;5-19.
79. Garo JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. Şubat 2005;186:121-5.
80. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. *J Affect Disord*. 15 Mayıs 2013;148(1):118-22.
81. Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *Lancet*. 11 Mayıs 2013;381(9878):1663-71.



- 82.Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. Şubat 2003;64(2):161-74.
- 83.Dunner DL, Fleiss JL, Fieve RR. The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry*. Ağustos 1976;133(8):905-8.
- 84.Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice | Request PDF [İnternet]. Erişim adresi: [https://www.researchgate.net/publication/316171833\\_Managing\\_Bipolar\\_Disorder\\_in\\_Clinical\\_Practice](https://www.researchgate.net/publication/316171833_Managing_Bipolar_Disorder_in_Clinical_Practice)
- 85.Bebbington P, Ramana R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Kasım 1995;30(6):279-92.
86. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* [İnternet]. 01 Haziran 2010;2(2):206-36. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/11162/133444>
- 87.Blackwood DH, Visscher PM, Muir WJ. Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *Br J Psychiatry Suppl*. Haziran 2001;41:s134-136.
- 88.Fritz K, Russell AMT, Allwang C, Kuiper S, Lampe L, Malhi GS. Is a delay in the diagnosis of bipolar disorder inevitable? *Bipolar Disord*. Ağustos 2017;19(5):396-400.
- 89.Kennedy N, Everitt B, Boydell J, Van Os J, Jones PB, Murray RM. Incidence and distribution of first-episode mania by age: results from a 35-year study. *Psychol Med*. Haziran 2005;35(6):855-63.
- 90.Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*. 2005;46 Suppl 4:8-13.

91. Sekhon S, Gupta V. Mood Disorder. İçinde: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Erişim adresi: [http:// www. ncbi. nlm. nih.gov/books/NBK558911/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558911/)
92. Uluşahin N.A, Ö 0, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.2016. Orhan Öztürk.
93. Zarate CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. *Psychiatr Q.* 2000;71(4):309-29.
94. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo JP, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, vd. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord.* Ağustos 2016;18(5):440-50.
95. Tohen M, Frank E, Bowden CL, Colom F, Ghaemi SN, Yatham LN, vd. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disord.* Ağustos 2009;11(5):453-73.
96. Rosa AR, Reinares M, Franco C, Comes M, Torrent C, Sánchez-Moreno J, vd. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord.* Haziran 2009;11(4):401-9.
97. Henry BL, Minassian A, Perry W. Everyday functional ability across different phases of bipolar disorder. *Psychiatry Research* [Internet]. 30 Aralık 2013;210(3):850-6. Erişim adresi: [https:// www. sciencedirect. com/ science/ article/pii/S0165178113001947](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113001947).
98. Murru A, Pacchiarotti I, Verdolini N, Reinares M, Torrent C, Geoffroy PA, vd. Modifiable and non-modifiable factors associated with functional impairment during the inter-episodic periods of bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* Aralık 2018;268(8):749-55.
99. Vieta E, Torrent C. Functional remediation: the pathway from remission to recovery in bipolar disorder. *World Psychiatry* [Internet]. Ekim 2016;15(3):288-9. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5032507/>

100. Suppes T, Leverich GS, Keck PE, Nolen WA, Denicoff KD, Altshuler LL, vd. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *J Affect Disord*. Aralık 2001;67(1-3):45-59.
101. Fagiolini A, Kupfer DJ, Masalehdan A, Scott JA, Houck PR, Frank E. Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. Haziran 2005;7(3):281-5.
102. Michalak EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry*. Şubat 2005;50(2):95-100.
103. Sachs GS, Rush AJ. Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals? *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 6:18-22; discussion 28.
104. Martinez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, vd. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord*. 2007;9(1-2):103-13.
105. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. Temmuz 2012;53(5):484-9.
106. Solé B, Bonnin CM, Torrent C, Balanzá-Martínez V, Tabarés-Seisdedos R, Popovic D, vd. Neurocognitive impairment and psychosocial functioning in bipolar II disorder. *Acta Psychiatr Scand*. Nisan 2012;125(4):309-17.
107. Gitlin MJ, Miklowitz DJ. The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *J Affect Disord* [Internet]. Şubat 2017;209:147-54. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7213058/>
108. Levy B, Manove E. Functional Outcome in Bipolar Disorder: The Big Picture. *Depress Res Treat* [Internet]. 2012;2012:949248. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3180778/>

109. Bonnín CM, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Solé B, Reinares M, Rosa AR, vd. Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *J Affect Disord.* Şubat 2012;136(3):650-9.
110. Reinares M, Papachristou E, Harvey P, Mar Bonnín C, Sánchez-Moreno J, Torrent C, vd. Towards a clinical staging for bipolar disorder: defining patient subtypes based on functional outcome. *J Affect Disord.* 10 Ocak 2013;144(1-2):65-71.
111. Bonnín C del M, González-Pinto A, Solé B, Reinares M, González-Ortega I, Alberich S, vd. Verbal memory as a mediator in the relationship between subthreshold depressive symptoms and functional outcome in bipolar disorder. *J Affect Disord.* Mayıs 2014;160:50-4.
112. Bowie CR, Depp C, McGrath JA, Wolyniec P, Mausbach BT, Thornquist MH, vd. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* Eylül 2010;167(9):1116-24.
113. Andreou C, Bozikas VP. The predictive significance of neurocognitive factors for functional outcome in bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry.* Ocak 2013;26(1):54-9.
114. Bonnín C del M, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, vd. Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* [Internet]. 19 Nisan 2019;22(8):467-77. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6672628/>
115. Krishnan KRR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med.* 2005;67(1):1-8.

116. Blanco C, Compton WM, Saha TD, Goldstein BI, Ruan WJ, Huang B, vd. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - III. *J Psychiatr Res.* Ocak 2017;84:310-7.
117. Tomruk B. NK. N. Karamustafalıoğlu, Alpay N, Tomruk B. İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5(1): 28-36.
118. Tamam L. [Comorbid anxiety disorders in bipolar disorder patients: a review]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2007;18(1):59-71.
119. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* Eylül 1997;27(5):1101-19.
120. Freeman MP, Freeman SA, McElroy SL. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *J Affect Disord.* Şubat 2002;68(1):1-23.
121. İlker Ö, Yargic I, Berkol T, Karayün D, Yazici O. Frequency of Alcohol Use Disorder in Patients with Bipolar Disorder Followed in a Mood Disorders Unit. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 01 Ocak 2009;46.
122. Kırkpınar İ. Somatizasyon ve somatoform bozukluklar: Uygulamaya yansıyan anlam karmaşası. *Psikiyatride Güncel* 2013; 3(1): 1-16.
123. Angst J, Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7 Suppl 4:4-12.
124. Edgcomb JB, Tseng CH, Kerner B. Medically unexplained somatic symptoms and bipolar spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 01 Kasım 2016;204:205-13. Erişim adresi: [https:// www. sciencedirect. com/ science/ article/ pii/ S0165032716303731](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716303731)

- 125.Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, vd. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. Şubat 2015;131(2):75-88.
- 126.Kudlow PA, Rosenblat JD, Weissman CR, Cha DS, Kakar R, McIntyre RS, vd. Prevalence of fibromyalgia and co-morbid bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 01 Aralık 2015;188:134-42. Erişim adresi: [https:// www. sciencedirect. com/ science/ article/pii/S0165032715302718](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715302718)
- 127.Sinha A, Shariq A, Said K, Sharma A, Jeffrey Newport D, Salloum IM. Medical Comorbidities in Bipolar Disorder. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 07 Mayıs 2018;20(5):36. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0897-8>
- 128.Sylvia LG, Shelton RC, Kemp DE, Bernstein EE, Friedman ES, Brody BD, vd. Medical burden in bipolar disorder: findings from the Clinical and Health Outcomes Initiative in Comparative Effectiveness for Bipolar Disorder study (Bipolar CHOICE). *Bipolar Disord*. Mart 2015;17(2):212-23.
- 129.Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. Eylül 2013;70(9):931-9.
- 130.Magalhães PV, Kapczinski F, Nierenberg AA, Deckersbach T, Weisinger D, Dodd S, vd. Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. Nisan 2012;125(4):303-8.
- 131.Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*. 25 Mayıs 2005;293(20):2528-30.
- 132.Thompson WK, Kupfer DJ, Fagiolini A, Scott JA, Frank E. Prevalence and clinical correlates of medical comorbidities in patients with bipolar I disorder: analysis of acute-phase data from a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*. Mayıs 2006;67(5):783-8.

133. Cardiovascular disease and hypertension among adults with bipolar I disorder in the United States. [Internet]. Erişim adresi: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/19689508>
134. Gomes FA, Almeida KM, Magalhães PV, Caetano SC, Kauer-Sant'Anna M, Lafer B, vd. Cardiovascular risk factors in outpatients with bipolar disorder: a report from the Brazilian Research Network in Bipolar Disorder. *Braz J Psychiatry*. 2013;35(2):126-30.
135. Godin O, Etain B, Henry C, Bougerol T, Courtet P, Mayliss L, vd. Metabolic syndrome in a French cohort of patients with bipolar disorder: results from the FACE-BD cohort. *J Clin Psychiatry*. Ekim 2014;75(10):1078-85; quiz 1085.
136. Leopold K, Reif A, Haack S, Bauer M, Bury D, Löffler A, vd. Type 2 diabetes and pre-diabetic abnormalities in patients with bipolar disorders. *J Affect Disord*. 01 Ocak 2016;189:240-5.
137. Chen MH, Lan WH, Hsu JW, Huang KL, Chen YS, Li CT, vd. Risk of bipolar disorder among adolescents with allergic rhinitis: A nationwide longitudinal study. *J Psychosom Res*. Aralık 2015;79(6):533-6.
138. Wu MK, Wang HY, Chen YW, Lin PY, Wu CK, Tseng PT. Significantly Higher Prevalence Rate of Asthma and Bipolar Disorder Co-Morbidity: A Meta-Analysis and Review Under PRISMA Guidelines. *Medicine (Baltimore)*. Mart 2016;95(13):e3217.
139. Tsai PJ, Liao YT, Lee CTC, Hsu CY, Hsieh MH, Tsai CJ, vd. Risk of bipolar disorder in patients with COPD: a population-based cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:6-12.
140. Lu MK, Tan HP, Tsai IN, Huang LC, Liao XM, Lin SH. Sleep apnea is associated with an increased risk of mood disorders: a population-based cohort study. *Sleep Breath*. Mayıs 2017;21(2):243-53.
141. Mieczkowski BP, Oduguwa A, Kowatch RA, Splaingard M. Risk factors for sleep apnea in children with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2014;167:20-4.

- 142.Hu LY, Shen CC, Hu YW, Chen MH, Tsai CF, Chiang HL, vd. Hyperthyroidism and Risk for Bipolar Disorders: A Nationwide Population-Based Study. PLOS ONE [Internet]. 30 Ağustos 2013;8(8):e73057. Erişim adresi: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0073057>
- 143.Lambert CG, Mazurie AJ, Lauve NR, Hurwitz NG, Young SS, Obenchain RL, vd. Hypothyroidism risk compared among nine common bipolar disorder therapies in a large US cohort. Bipolar Disord. Mayıs 2016;18(3):247-60.
- 144.Fornaro M, Stubbs B. A meta-analysis investigating the prevalence and moderators of migraines among people with bipolar disorder. J Affect Disord. 01 Haziran 2015;178:88-97.
- 145.Jun-O'Connell AH, Butala A, Morales IB, Henninger N, Deligiannidis KM, Byatt N, vd. The Prevalence of Bipolar Disorders and Association With Quality of Life in a Cohort of Patients With Multiple Sclerosis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2017;29(1):45-51.
- 146.Sucksdorff D, Brown AS, Chudal R, Jokiranta-Olkonemi E, Leivonen S, Suominen A, vd. PARENTAL AND COMORBID EPILEPSY IN PERSONS WITH BIPOLAR DISORDER. J Affect Disord [Internet]. 01 Aralık 2015;188:107-11. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631649/>
- 147.Delle Chiaie R, Minichino A, Salviati M, Fiorentini S, Tonini A, Bersani FS, vd. Bipolar Spectrum Disorders in Patients With Cerebellar Lesions: A Comparison With Parkinson's Disease. J Nerv Ment Dis. Eylül 2015;203(9):725-9.
- 148.De Sousa Gurgel W, da Silva Carneiro AH, Barreto Rebouças D, Negreiros de Matos KJ, do Menino Jesus Silva Leitão T, de Matos e Souza FG, vd. Prevalence of bipolar disorder in a HIV-infected outpatient population. AIDS Care. 2013;25(12):1499-503.



- 149.Carmo RA, Campos LN, Melo APS, Guimarães MDC. Hepatitis C among patients with mental illness in Brazil: an analysis of associated factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):129-33.
- 150.Akdeniz F. AÖ Uluşahin A,. Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İki Uçlu Bozukluk Sağaltım kılavuzu. 1. baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, 2010.
- 151.Karamustafalıoğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri: İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri; 2018. 283–306 p.
- 152.Altınbaş K. Altınbaş K. Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi. 2021.
- 153.Uluşahin N.A, Ö 0, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2016. Orhan Öztürk. 788 s.
- 154.Shen YC. Treatment of acute bipolar depression. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*. 2018;30(3):141-7.
- 155.Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, vd. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Haziran 2002;59(6):530-7.
- 156.Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, Aronson JK, Barnes T, Cipriani A, vd. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. Haziran 2016;30(6):495-553.
- 157.Gitlin M, Frye MA. Maintenance therapies in bipolar disorders. *Bipolar Disord*. Mayıs 2012;14 Suppl 2:51-65.
- 158.Xue S, Husain MI, Ortiz A, Husain MO, Daskalakis ZJ, Mulsant BH. COVID-19: Implications for bipolar disorder clinical care and research. *SAGE Open Medicine* [Internet]. 01 Ocak 2020;8:2050312120981178. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1177/2050312120981178>

- 159.Swann AC. Impulsivity in mania. *Curr Psychiatry Rep.* Aralık 2009;11(6):481-7.
- 160.Stetler C, Dickerson SS, Miller GE. Uncoupling of social zeitgebers and diurnal cortisol secretion in clinical depression. *Psychoneuroendocrinology.* Kasım 2004;29(10):1250-9.
- 161.Zajacova A, Jehn A, Stackhouse M, Denice P, Ramos H. Changes in health behaviours during early COVID-19 and socio-demographic disparities: a cross-sectional analysis. *Can J Public Health [Internet].* 01 Aralık 2020;111(6):953-62. Erişim adresi: <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00434-y>
- 162.Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P, vd. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord.* 20 Aralık 2012;143(1-3):16-26.
- 163.Bellivier F, Yon L, Luquiens A, Azorin JM, Bertsch J, Gerard S, vd. Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord.* Haziran 2011;13(4):377-86.
- 164.Rihmer Z, Kiss K. Bipolar disorders and suicidal behaviour. *Bipolar Disord.* 2002;4 Suppl 1:21-5.
- 165.Fornaro M, De Prisco M, Billeci M, Ermini E, Young AH, Lafer B, vd. Implications of the COVID-19 pandemic for people with bipolar disorders: A scoping review. *J Affect Disord.* 01 Aralık 2021;295:740-51.
- 166.Koenders MA, Giltay EJ, Hoencamp E, Elzinga BM, Spinhoven P, Spijker AT. The bidirectional impact of perceived and enacted support on mood in bipolar outpatients: A two-year prospective study. *Compr Psychiatry.* Temmuz 2015;60:59-67.
- 167.Yocum AK, Zhai Y, McInnis MG, Han P. Covid-19 pandemic and lockdown impacts: A description in a longitudinal study of bipolar disorder. *J Affect Disord.* 01 Mart 2021;282:1226-33.

168. The impact of COVID-19 on health behaviour, well-being, and long-term physical health - McBride - 2021 - British Journal of Health Psychology - Wiley Online Library [Internet]. Erişim adresi: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12520>
- 169.Wang C, Wang Z, Wang G, Lau JYN, Zhang K, Li W. COVID-19 in early 2021: current status and looking forward. Signal Transduct Target Ther. 08 Mart 2021;6(1):114.
- 170.Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. Şubat 1960;23(1):56-62.
- 171.Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatry. Ağustos 1988;45(8):742-7.
- 172.A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity - PubMed [Internet]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/728692/>
- 173.Karadag F, Oral ET, Yalcın F, Eren E. Young Mania Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği [Young Mania Rating Scale reliability and validity in Turkey]. Türk Psikiyatri Dergisi. 01 Ocak 2001;13:107-14.
- 174.Martínez-Lorca M, Martínez-Lorca A, Criado-Álvarez JJ, Armesilla MDC, Latorre JM. The fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. Psychiatry Research [Internet]. Kasım 2020;293:113350. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396130/>
- 175.Türkkan, Z. L N. Ladikli, N., Bahadır, E., Yumuşak, F. N., Akkuzu, H., Karaman, G. ve Türkkan, Z. (2020). Kovid-19 Korkusu Ölçeği’nin Türkçe güvenilirlik ve geğerlik alışması. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 3(2), 71-80.
176. Kurt, M. E. B İ. Biçer, İ., akmak, C., Demir, H. ve Kurt, M. E. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu: Türkçe geğerlik ve güvenilirlik alışması. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 25(Ek 1), 216-225.

- 177.Cebeci, F. A T. Artan, T., Karaman, M., Atak, I., & Cebeci, F. (2020). Covid-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği'nin Değerlendirilmesi. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(2), 101-107.
- 178.Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, vd. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 07 Haziran 2007;3:5.
- 179.Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Aemele S, vd. Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *Eur Addict Res*. 2020;26(6):309-15.
- 180.Barbosa C, Cowell AJ, Dowd WN. Alcohol Consumption in Response to the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Addict Med*. 01 Ağustos 2021;15(4):341-4.
- 181.Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P, vd. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 29 Eylül 2020;29:e173.
- 182.Sallie SN, Ritou V, Bowden-Jones H, Voon V. Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ Open*. 26 Kasım 2020;10(11):e044276.
- 183.Boschuetz N, Cheng S, Mei L, Loy VM. Changes in Alcohol Use Patterns in the United States During COVID-19 Pandemic. *WMJ*. Eylül 2020;119(3):171-6.
- 184.Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, vd. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 28 Mayıs 2020;12(6):1583.

- 185.Niedzwiedz CL, Green MJ, Benzeval M, Campbell D, Craig P, Demou E, vd. Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. Mart 2021;75(3):224-31.
- 186.Alpers SE, Skogen JC, Mæland S, Pallesen S, Rabben ÅK, Lunde LH, vd. Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures. *Int J Environ Res Public Health*. 29 Ocak 2021;18(3):1220.
- 187.Schmidt RA, Genois R, Jin J, Vigo D, Rehm J, Rush B. The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 01 Kasım 2021;228:109065.
- 188.Murthy P, Narasimha VL. Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on alcohol use disorders and complications. *Curr Opin Psychiatry* [İnternet]. Temmuz 2021;34(4):376-85. Erişim adresi: [https:// www. ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/articles/PMC8183243/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8183243/)
- 189.Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. Nisan 1997;54(4):313-21.
- 190.Farren CK, Hill KP, Weiss RD. Bipolar Disorder and Alcohol Use Disorder: A review. *Curr Psychiatry Rep* [İnternet]. Aralık 2012;14(6):659-66. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730445/>
- 191.Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord*. Temmuz 2001;65(2):105-15.
- 192.Cardoso BM, Kauer Sant'Anna M, Dias VV, Andreazza AC, Ceresér KM, Kapczinski F. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. Eylül 2008;42(6):451-7.

193. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE, Frye MA, Denicoff KD, vd. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. Mart 2001;158(3):420-6.
194. Helzer JE, Pryzbeck TR. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*. Mayıs 1988;49(3):219-24.
195. Brady KT, Lydiard RB. Bipolar affective disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacol*. Şubat 1992;12(1 Suppl):17S-22S.
196. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, vd. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 Kasım 1990;264(19):2511-8.
197. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, vd. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. Aralık 2004;161(12):2222-9.
198. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry*. Ağustos 1992;149(8):999-1010.
199. Ozpoyraz N, Tamam L, Karakuş G. Alkol Bağımlılığı ve Duygudurum Bozuklukları [Alcohol Dependence and Mood Disorders]. 01 Ocak 2008;9:31-5.
200. Hossain S, Mainali P, Bhimanadham NN, Imran S, Ahmad N, Patel RS. Medical and Psychiatric Comorbidities in Bipolar Disorder: Insights from National Inpatient Population-based Study. *Cureus*. 12 Eylül 2019;11(9):e5636.
201. L DR, P G, F P, L S, A A, G C, vd. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine* [Internet]. 06 Ağustos 2020;18(1). Erişim adresi: [https:// pubmed. ncbi. nih. gov/32513197/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513197/)

202.Di Renzo L, Gualtieri P, Cinelli G, Bigioni G, Soldati L, Attinà A, vd. Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients* [Internet]. 19 Temmuz 2020;12(7):2152. Erişim adresi: [https:// www. ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/ articles/PMC7401000/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7401000/)

203.Dalkner N, Ratzenhofer M, Fleischmann E, Fellendorf FT, Bengesser S, Birner A, vd. Psychological and behavioral response on the COVID-19 pandemic in individuals with bipolar disorder: A multicenter study. *Psychiatry Research* [Internet]. 01 Nisan 2022;310:114451. Erişim adresi: [https:// www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178122000658](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178122000658)

204.Impact of COVID-19 pandemic on individuals with bipolar disorder | Prechter Program | Michigan Medicine [Internet]. Prechter Program. 2020. Erişim adresi: <https://medicine.umich.edu/dept/prechter-program/bipolar-research/bipolar-disorder-research-projects/impact-covid-19-pandemic-individuals-bipolar-disorder>

205.Campos JADB, Campos LA, Martins BG, Valadão Dias F, Ruano R, Maroco J. The Psychological Impact of COVID-19 on Individuals With and Without Mental Health Disorders. *Psychol Rep* [Internet]. 01 Ekim 2022;125(5):2435-55. Erişim adresi: [https:// doi. org/ 10.1177/ 00332941211026850](https://doi.org/10.1177/00332941211026850)

206.Van Rheenen TE, Meyer D, Neill E, Phillipou A, Tan EJ, Toh WL, vd. Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 01 Ekim 2020;275:69-77. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720323958>

207.Aydınoğlu Ü, Yazla E. The effect of COVID-19 pandemic on the sleep quality of patients who have the diagnosis of Bipolar Disorder (tur). *J Clin Psy* [Internet]. 2021;24(1):33-40. Erişim adresi: [https:// /jag. journalagent. com/ z4/ download\\_fulltext.asp?pdire=kpd&plng=eng&un=KPD-26576](https://jag.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=kpd&plng=eng&un=KPD-26576)

- 208.Li G, Tang D, Song B, Wang C, Qunshan S, Xu C, vd. Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: Cross-Sectional, Online Survey Study. *J Med Internet Res*. 06 Ağustos 2020;22(8):e20961.
- 209.Izdebski Z, Słowikowska-Hilczer J, Mazur J. The Effect of the COVID-19 Pandemic on the Assessment of Sexual Life-Repeated Cross-Sectional Surveys among Polish Adults in 2017, 2020 and 2021. *Int J Environ Res Public Health*. 30 Mart 2022;19(7):4110.
- 210.Lehmiller JJ, Garcia JR, Gesselman AN, Mark KP. Less Sex, but More Sexual Diversity: Changes in Sexual Behavior during the COVID-19 Coronavirus Pandemic. *Leisure Sciences* [Internet]. 01 Mart 2021;43(1-2):295-304. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1774016>
- 211.Cocci A, Giunti D, Tonioni C, Cacciamani G, Tellini R, Polloni G, vd. Love at the time of the Covid-19 pandemic: preliminary results of an online survey conducted during the quarantine in Italy. *Int J Impot Res*. Eylül 2020;32(5):556-7.
212. Schiavi MC, Spina V, Zullo MA, Colagiovanni V, Luffarelli P, Rago R, vd. Love in the Time of COVID-19: Sexual Function and Quality of Life Analysis During the Social Distancing Measures in a Group of Italian Reproductive-Age Women. *J Sex Med* [Internet]. Ağustos 2020;17(8):1407-13. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7342024/>
- 213.Fuchs A, Matonóg A, Pilarska J, Sieradzka P, Szul M, Czuba B, vd. The Impact of COVID-19 on Female Sexual Health. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. Ekim 2020;17(19):7152. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579227/>
- 214.Jacob L, Smith L, Butler L, Barnett Y, Grabovac I, McDermott D, vd. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in the United Kingdom. *J Sex Med*. Temmuz 2020;17(7):1229-36.



- 215.Ko NY, Lu WH, Chen YL, Li DJ, Chang YP, Wu CF, vd. Changes in Sex Life among People in Taiwan during the COVID-19 Pandemic: The Roles of Risk Perception, General Anxiety, and Demographic Characteristics. *Int J Environ Res Public Health*. 11 Ağustos 2020;17(16):5822.
- 216.Yuksel B, Ozgor F. Effect of the COVID-19 pandemic on female sexual behavior. *Int J Gynaecol Obstet*. Temmuz 2020;150(1):98-102.
- 217.Arafat SMY, Alradie-Mohamed A, Kar SK, Sharma P, Kabir R. COVID-19 online surveys need to follow standards and guidelines: Comment on “does COVID-19 pandemic affect sexual behavior? A cross-sectional, cross-national online survey” and “binge watching behavior during COVID 19 pandemic: A cross-sectional, cross-national online survey”- authors’ reply. *Psychiatry Res* [Internet]. Eylül 2020;291:113211. Erişim adresi: [https:// www. ncbi. nlm. nih. gov/pmc/articles/PMC7278639/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7278639/)
- 218.Mahanty C, Kumar R, Mishra BK. Analyses the effects of COVID-19 outbreak on human sexual behaviour using ordinary least-squares based multivariate logistic regression. *Qual Quant*. 2021;55(4):1239-59.
- 219.Ballester-Arnal R, Nebot-Garcia JE, Ruiz-Palomino E, Giménez-García C, Gil-Llario MD. “INSIDE” Project on Sexual Health in Spain: Sexual Life During the Lockdown Caused by COVID-19. *Sex Res Social Policy* [Internet]. 2021;18(4):1023-41. Erişim adresi: [https:// www. ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/ articles/PMC7666970/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7666970/)
- 220.Panzeri M, Ferrucci R, Cozza A, Fontanesi L. Changes in Sexuality and Quality of Couple Relationship During the COVID-19 Lockdown. *Front Psychol* [Internet]. 29 Eylül 2020;11:565823. Erişim adresi: [https:// www. ncbi. nlm. nih. gov/pmc/articles/PMC7550458/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7550458/)

221.Pinkham AE, Ackerman RA, Depp CA, Harvey PD, Moore RC. A Longitudinal Investigation of the Effects of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Individuals with Pre-existing Severe Mental Illnesses. *Psychiatry Res* [Internet]. Aralık 2020;294:113493. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7528831/>

222.Uvais NA. Mania Precipitated by COVID-19 Pandemic-Related Stress. *Prim Care Companion CNS Disord*. 04 Haziran 2020;22(3):20102641.

223.Lazzari C, Nusair A, Shoka A, Hein SM, Rabottini M. Case reports of first psychiatric presentations during CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr*. 2020;55(5):319-21.

224.Sperling JD, Dalkner N, Berndt C, Fleischmann E, Ratzenhofer M, Martini J, vd. Physical Health Profile and Associated Behavior During the COVID-19 Pandemic in Patients With Bipolar Disorder. *Front Psychiatry* [Internet]. 06 Aralık 2021;12:759694. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8685329/>

225.Ortner J, Bengesser SA, Wagner-Skacel J, Fellendorf FT, Fleischmann E, Ratzenhofer M, vd. [COVID-19 and Bipolar Affective Disorder: Subjective Changes in Lifestyle Variables During the First Lockdown During the COVID-19 Pandemic in Austria]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 26 Temmuz 2022;

226.ÇÖKMÜŞ FP, AŞÇIBAŞI K, DİKİCİ DS, ÇÖLDÜR EÖ, AVCI E, AYDEMİR Ö. Seasonality in Bipolar Disorder: Impact on Mood Symptoms, Psychosocial Functioning, Neurocognition, and Biological Rhythm. *Noro Psikiyatrs Ars* [Internet]. 19 Kasım 2020;58(1):41-7. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7980720/>

227.Rosa AR, Reinares M, Michalak EE, Bonnin CM, Sole B, Franco C, vd. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value Health*. Aralık 2010;13(8):984-8.

228.Vasconcelos-Moreno MP, Bucker J, Burke KP, Czepielewski L, Santos BT, Fijtman A, vd. Cognitive performance and psychosocial functioning in patients with bipolar disorder, unaffected siblings, and healthy controls. *Braz J Psychiatry*. 2016;38(4):275-80.

229.Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Functioning in euthymic patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis using the Functioning Assessment Short Test. *Bipolar Disorders* [Internet]. 2020;22(6):569-81. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bdi.12904>

230.Comes M, Rosa A, Reinares M, Torrent C, Vieta E. Functional Impairment in Older Adults With Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*. Haziran 2017;205(6):443-7.

231.Mendez I, Castro-Fornieles J, Lera-Miguel S, Picado M, Borrás R, Cosi S, vd. Functional Impairment and Clinical Correlates in Adolescents with Bipolar Disorder Compared to Healthy Controls. A Case-control Study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ağustos 2020;29(3):149-64.

232.Wingo AP, Baldessarini RJ, Holtzheimer PE, Harvey PD. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders* [Internet]. 2010;12(3):319-26. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-5618.2010.00808.x>

233.Kaçan H, Öztürk A, Değer VB. Bireylerin Kaygıları Covid-19 Salgınına Yönelik Algı ve Tutumlarını Etkiler mi? *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 29 Aralık 2021;13(Ek 1):405-20.

234.Kartal M, Dikici İC, Tülüçe D. Bir Hastaneye Başvuran Bireylerin COVID-19 Hastalığı ve COVID-19 Aşısına Yönelik Algı ve Tutumları. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* [Internet]. 20 Aralık 2022;6(3):184-94. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ahievransaglik/issue/73988/1098251>

235.Saldıray P, Ziyagil MA. PCR Testi Pozitif Ve Negatif Bireylerin Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Alışkanlıkları İle Obezite Ve Covid-19'a Karşı Tutumlarının Karşılaştırılması.

236.Uslu YD, Yılmaz E, Altun U. Sağlık Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi Öğrencilerinin Covid-19'un Kontrolüne ve Aşısına Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi [İnternet]. 23 Eylül 2021;10(3):383-97. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/65005/908459>

237.Yazicioğlu SA, Taşkin D, Çarikçi F. Üniversite Öğrencilerinin COVID-19 Pandemisine Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi [İnternet]. 30 Aralık 2022;3(3):10-21. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjhr/issue/74584/1174959>

238.Özcan A, Erkasap A. Covid-19 Algısının İşgören Performansına Etkisi. International Journal of Economics Administrative and Social Sciences. 29 Aralık 2021;4(2):142-55.

239.Artan T, Cebeci F, Karaman M, Atak I. The relationship between Coronavirus (COVID-19) outbreak related perceptions and health anxiety. Soc Work Public Health. 17 Şubat 2022;37(2):135-45.

240.Lee RWK, Loy SL, Yang L, Chan JKY, Tan LK. Attitudes and precaution practices towards COVID-19 among pregnant women in Singapore: a cross-sectional survey. BMC Pregnancy Childbirth. 10 Kasım 2020;20(1):675.

241.Guzman-Parra J, Streit F, Forstner AJ, Strohmaier J, González MJ, Gil Flores S, vd. Clinical and genetic differences between bipolar disorder type 1 and 2 in multiplex families. Transl Psychiatry [İnternet]. 11 Ocak 2021;11:31. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801527/>



%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0924933817327517%3Fs  
howall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F

249.Sprenger S, Bare JP, Kashyap R, Cardella L. Acute mania following COVID-19 in a woman with no past psychiatric history case report. *BMC Psychiatry*. 20 Temmuz 2022;22(1):486.

250.Kozian R, Chaaban A. [Mania after COVID-19 Infection]. *Psychiatr Prax*. Ocak 2022;49(1):51-3.

251.Haddad PM, Alabdulla M, Latoo J, Iqbal Y. Delirious mania in a patient with COVID-19 pneumonia. *BMJ Case Rep*. 01 Kasım 2021;14(11):e243816.

252.Park JH, Kummerlowe M, Gardea Resendez M, Nuñez NA, Almorsy A, Frye MA. First manic episode following COVID-19 infection. *Bipolar Disord*. Aralık 2021;23(8):847-9.

253.Russo M, Calisi D, De Rosa MA, Evangelista G, Consoli S, Dono F, vd. COVID-19 and first manic episodes: a systematic review. *Psychiatry Res*. Ağustos 2022;314:114677.

254.Yin X, Sun Y, Zhu C, Zhu B, Gou D, Tan Z. An Acute Manic Episode During 2019-nCoV Quarantine. *J Affect Disord*. 01 Kasım 2020;276:623-5.

255.Barrett EA, Simonsen C, Aminoff SR, Hegelstad WTV, Lagerberg TV, Melle I, vd. The COVID-19 pandemic impact on wellbeing and mental health in people with psychotic and bipolar disorders. *Brain Behav* [Internet]. 06 Nisan 2022;12(5):e2559. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9110908/>

256.Atılgan M, Özer ÖA. (2022). Bipolar bozuklukta sirkadiyen tercihlerine göre akşamcıl olan ve olmayan hastaların çocukluk çağı travması, duygu düzenleme güçlüğü, işlevsellik ve suisidalite açısından karşılaştırılması.

257.Vahapoğlu B, Özdemir A. (2019). Elli yaş ve üzeri remisyonda bipolar bozukluk hastalarında klinik özellikler, anksiyete bozukluğu tanısı ve bilişsel işlevlerin işlevsellik üzerindeki etkisinin araştırılması.

258.Jiménez E, Arias B, Castellví P, Goikolea JM, Rosa AR, Fañanas L, vd. Impulsivity and functional impairment in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 01 Şubat 2012;136(3):491-7. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271100694X>

259.Erat İN, Kart AG. (2019). Tek manik atak geçirmiş bipolar-I ve tek hipomanik atak geçirmiş bipolar-II bozukluk hastalarının nörobilişsel ve psikososyal işlevselliklerinin karşılaştırılması.

260.Manji HK, Zareta CA. (2002). Manji HK, Zarate CA (2002) Molecular and cellular mechanisms underlying mood stabilization in bipolar disorder: implications for the development of improved therapeutics. *Mol Psychiatry*, 7:1–7. McIntosh WB, Horn EH, Mathieson LM, Sumner D (1987)

261.Samalin L, Boyer L, Murru A, Pacchiarotti I, Reinares M, Bonnin CM, vd. Residual depressive symptoms, sleep disturbance and perceived cognitive impairment as determinants of functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 01 Mart 2017;210:280-6. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503271631905X>

262.Strejilevich SA, Martino DJ, Murru A, Teitelbaum J, Fassi G, Marengo E, vd. Mood instability and functional recovery in bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 2013;128(3):194-202. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.12065>

263.Kapczinski NS, Narvaez JC, Magalhães PV, Búcker J, Peuker AC, Loredó AC, vd. Cognition and functioning in bipolar depression. *Braz J Psychiatry*. 2016;38(3):201-6.

264. Boland EM, Stange JP, Molz Adams A, LaBelle DR, Ong ML, Hamilton JL, vd. Associations between sleep disturbance, cognitive functioning and work disability in Bipolar Disorder. *Psychiatry Res.* 15 Aralık 2015;230(2):567-74.
265. Arvilommi P, Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Leppämäki S, Isometsä E. Predictors of long-term work disability among patients with type I and II bipolar disorder: a prospective 18-month follow-up study. *Bipolar Disord.* Aralık 2015;17(8):821-35.
266. O'Donnell LA, Deldin PJ, Grogan-Kaylor A, McInnis MG, Weintraub J, Ryan KA, vd. Depression and executive functioning deficits predict poor occupational functioning in a large longitudinal sample with bipolar disorder. *J Affect Disord.* Haziran 2017;215:135-42.
267. Tohen M, Wateraux CM, Tsuang MT. Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry.* Aralık 1990;47(12):1106-11.
268. Dion GL, Tohen M, Anthony WA, Wateraux CS. Symptoms and Functioning of Patients With Bipolar Disorder Six Months After Hospitalization. *PS* [Internet]. Haziran 1988;39(6):652-7. Erişim adresi: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.39.6.652>
269. Aydın K. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan kişilerde işlevselliğin değerlendirilmesi ve işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi [masterThesis]. İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
270. Keck PE, McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, vd. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry.* Mayıs 1998;155(5):646-52.
271. Roshanshad R, Roshanshad A, Molavi Vardanjani H, Mashhadiagha A, Mobarakabadi M, Hoveidaei A, vd. Risk perception, attitude, and practice related to COVID-19: A cross-sectional study among 1085 Iranian healthcare workers. *Ann Med Surg (Lond).* Ekim 2021;70:102865.



272.Passarelli M, Casetta L, Rizzi L, Perrella R, Maniaci G, La Barbera D. Changes in Touch Avoidance, Stress, and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in Italy. *Front Psychol.* 2022;13:854110.



## EK-1: Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu



|  |                |                     |           |                         |                       |
|--|----------------|---------------------|-----------|-------------------------|-----------------------|
| <b>ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ</b> |                |                     |           |                         |                       |
| <b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>     |                |                     |           |                         |                       |
| <b>GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU</b>         |                |                     |           |                         |                       |
| <b>Doküman:</b>                            | <b>Form-11</b> | <b>Revizyon No:</b> | <b>02</b> | <b>Revizyon Tarihi:</b> | <b>23 / 01 / 2012</b> |

### 1. Çalışmanın adı:

Covid-19 Pandemi Sürecinin Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Etkisinin Değerlendirilmesi

### Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Dr İlhan Ahmet Çetiner: ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950

Doç.Dr Hülya Ertekin: ÇOMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tel: 0286 2635950 Dahili No:2545

### 2. Araştırmanın amacı ve kısa özeti:

2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde; daha önceki SARS-CoV ve MERS CoV'unda içine bulunduğu beta coronavirus (beta- koronavirüs) ailesi içinde yer alan yeni bir virüs türü ortaya çıkmıştır ve "COVID-19" olarak adlandırılmıştır. Tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisinin sosyal, siyasal, ekonomik ve psikolojik yansımaları yaşamımızın ortasına aniden konumlanan yadsınamaz bir gerçeklik olmuştur. Pandemi sürecinde COVID-19 virüsünün hızlı yayılımını önlemek için tüm dünyada sosyal izolasyon ve karantina önlemleri alındı. Bu önlemler, aile ve arkadaşlarla olan iletişimin azalmasının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin azalması ve anlamlı sosyal ve fiziksel faaliyetlerde bulunma kapasitesinin sınırlı olması gibi sonuçları beraberinde getirdi. Bu faktörlerin istikrarlı bir ruh hali sürdürmek için önemi göz önüne alındığında, bipolar bozukluk (BB) ile ilişkili semptomların pandeminin bir sonucu olarak şiddetlenmesi olasıdır. Çalışmamızın amacı, COVID-19 Pandemisi sürecinde Bipolar Bozukluk tanısıyla takip edilen hastaların; hastalık süreçlerinin nasıl etkilendiğinin belirlenmesi, pandemi döneminde hastalık sürecini olumsuz yönde yordayabilecek bireysel, çevresel ve psikolojik risk faktörlerinin tespit edilmesi ve pandemi sürecinin Bipolar Bozukluk tanılı hastalar üzerindeki etkilerinin sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanması amaçlanmaktadır

### 3. Bu araştırma için neden siz seçildiniz?

Pandemi öncesinde Bipolar Bozukluk tanısıyla Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi'nde takip edilmeniz sebebiyle veya herhangi bir psikiyatrik hastalık tanınız olmaması sebebiyle çalışmamıza dahil edildiniz.

**4. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?**

Araştırmaya katılmak, bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda değilsiniz. İstediğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz.

**5. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?**

Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz anket formunda yer alan sorular size sorulacaktır.

**6. Araştırmaya katılmak size bir zarar verecek mi? Sizin için olumsuz yönleri/riskleri olacak mı?**

Araştırmaya katılmak size bir zarar vermeyecek, sizin için olumsuz yönleri ve riskleri olmayacaktır.

**7. Araştırmaya katılmanın size olası yararları nelerdir? Araştırmaya katılmak size bir fayda/üstünlük sağlayacak mı?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**8. Araştırma için masrafım olacak mı? Araştırmanın benim için maddi bedeli var mı?**

Araştırmaya katılmak için herhangi bir masrafınız olmayacak ve herhangi bir maddi bedel demeyeceksiniz.

**9. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?**

Elde edilen verilerinizin güvenliği araştırma ekibi olarak tarafımızda sağlanacak, anket formlarınız kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

**10. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**11. Araştırma sonuçlarına ne olacak?**

Araştırma sonuçları bilimsel ortamlarda paylaşılacaktır. İstendiği takdirde araştırma ekibine bildirilen iletişim bilgileri ile ulaşılabilir ve bilgi alınabilir.

**12. Daha ayrıntılı bilgi için, Dr. İlhan Ahmet etiner'e danışabilirsiniz.**

**13. Teşekkür:**

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

**BU BİLGİLENDİRME FORMU SİZDE KALACAKTIR. ARAŞTIRMAYA KATILMAK İSTERSENİZ AŞAĞIDA YER ALAN ONAM FORMUNU İMZALAMANIZ GEREKMEKTEDİR.**

**ONAM FORMU (D<sup>2</sup>)**

| Araştırmanın Adı: Covid-19 Pandemi Sürecinin Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalardaki Etkisinin Değerlendirilmesi                    |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Evet                     | Hayır                    |
| Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.</i>                                      |                          |                          |

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

## EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

#### A)Bireysel Faktörler:

1)Cinsiyet: Kadın( ) Erkek( )

2)Yaş: .....

3)Öğrenim Durumu: Eğitimsiz( ) İlköğretim( ) Ortaokul( ) Lise( ) Üniversite( )

4)Medeni durum: Evli( ) Bekar( ) Boşanmış( ) Sevgili/Partner( )

5)Kiminle yaşıyorsunuz?: Yalnız( ) Ailesiyle( ) Eşi/Çocuklarıyla( ) Arkadaşlarıyla( )

6)Meslek durumu: İşsiz( ) Çalışıyor( ) COVID-19 nedenli iş kaybı( ) Emekli( )

Engelli destek aylığı( ) öğrenci( )

7)Tanı: Bipolar bozukluk (BB)tip1( ) BB tip2( ) BB spektrum( ) Tanı yok( )

8)Hastalık süresi: .....yıl

9)Hastane yatış sayısı:.....

10)Pandemi öncesi toplam atak sayısı:.....

Pandemi öncesi depresif atak sayısı...

Pandemi öncesi manik atak sayısı.....

11)Pandemi sürecinde geçirilen (hipo)manik atak sayısı

Depresif atak sayısı:

12)Psikotrop ilaç kullanımı:

SSRI/SNRI( )

Duygudurum Dengeleyici:

Lityum( ) Valproat( ) Lamotrijin( ) Diğer Duygudurum dengeleyiciler( )

Antipsikotik( )

Benzodiazepin( )

Toplam ilaç sayısı: 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( )

13)COVID19 Pandemi sürecinde ilaçlarınızı düzenli olarak kullanabildiniz mi? Evet( ) Hayır( )

A)cevabınız hayır ise sebebini belirtiniz

İlaçlarımı yazdıramadım( ) İlaçlarımı kullanmayı unuttum( ) İlaçlarımı kullanmak istemedim( ) Diğer( )

14)Sigara kullanıyor musunuz? Evet( ) Hayır( )

A)Sigara kullanıyorsanız günlük kullanım miktarını belirtiniz.

1 Paket/gün'den az( ) 1 Paket/gün( ) 1-2 paket/gün( ) 2 paket/gün'den fazla( )

B)Sigara kullanıyorsanız pandemi döneminde artış oldu mu? Evet( ) Hayır( )

15)Alkol kullanıyor musunuz? Evet( ) Hayır( )

A)Alkol kullanıyorsanız haftalık kullanım miktarını belirtiniz.

1 std içkiden az( ) 1-4 std içki( ) 4-7 std içki( ) 7 std içkiden fazla( )

(1 std içki:1 adet 33 cc bira=1 tek rakı=1 kadeh şarap=1 tek cin,viski,vodka)

B)Alkol kullanımınızda pandemi döneminde bir artış oldu mu?

Artış var( ) Azalış var( ) Değişiklik yok( )

C)Pandemi döneminde genellikle hangi amaçla alkol kullandınız?

Uyuyabilmek için( ) Keyif almak için( ) Var olan kaygıyı azaltmak için( ) Diğer( )

16)Madde kullanıyor musunuz? Evet( ) Hayır( )

A)Madde kullanıyorsanız kullandığınız maddeyi belirtiniz

Esrar( ) Kokain( ) Eroin( ) Diğer( )

B)Madde kullanıyorsanız pandemi döneminde madde kullanımınızda bir değişiklik oldu mu?

Artış var( ) Azalış var( ) Değişiklik yok( )

C)Artış varsa hangi madde/maddelerde artış oldu?uygun olan seçenekleri işaretleyiniz

Esrar( ) Kokain( ) Eroin( ) Diğer( )

17)Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı? Var( ) Yok( )

18)Pandemi sürecinde COVID-19 için PCR testi(Sürüntü örneği) verdiniz mi?Evet( ) Hayır( )

A) Yanıtınız evet ise kaç kez COVID-19 PCR testi verdiniz?

1 kez( ) 1-3 kez( ) 3'ten fazla( )

19)Pandemi sürecinde COVID-19 hastalığını geçirdiniz mi? Evet( ) Hayır( )

A)Cevabınız evet ise COVID-19 hastalığını kaç kez geçirdiniz?

1 kez( ) 1'den fazla( )

B)cevabınız evet ise COVID19 hastalığını ne zaman geçirdiniz?

1 aydan daha kısa süre ( ) 1-3 ay ön ce( ) 3-6 ay önce( ) 6 aydan önce( )

C)COVID-19 hastalığını geçirdiyse nasıl geçirdiniz?

Ayaktan( ) Serviste yatarak( ) Yoğunbakımda yatarak( )

20)Pandemi sürecinde COVID-19 Pozitif birileriyle temasınız oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

21)1.derece Yakınlarınızdan (anne-baba-eş-çocuk-sevgili/partner,amca,teyze,hala,dayı) COVID-19 hastalığını geçirenler oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

A)1.derece yakınlarınızdan biri COVID-19 hastalığını geçirdiyse hastaneye yatışı gerekli oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

B)1.derece yakınlarınızdan biri COVID-19 nedeniyle vefat eden oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

## B)COVID19 PANDEMİ SÜRECİNE BAĞLI FAKTÖRLER

22)Pandemi sürecinde ruhsal sağlık hizmetlerine başvuruda/erişmekte/??) zorluk yaşadınız mı?

Rahatlıkla erişebildim ( ) Sınırlı erişim imkanım oldu( ) Hizmetlere erişemedim( )

23)Ruh sağlığı hizmetlerine erişebildiyse,hangi imkanlar sayesinde erişebildiniz?

Telepsikiyatri( ) Online( ) Yüzyüze hastane şartlarında( )

24)Pandemi sürecinde intihar düşüncelerinizde veya kendinize zarar verme düşünceleriniz üzerine etkisi nasıl oldu?

Bu düşünceler arttı( ) Bu düşünceler azaldı( ) Değişiklik olmadı( )

25)Pandemi sürecinde intihar girişiminiz oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

A))Cevabınız evet ise ,kaç kez intihar girişiminde bulundunuz?.....

B)Cevabınız evet ise ne şekilde bir girişimde(ası,ilaç vs) bulundunuz?.....

26)Pandemi döneminde beslenme alışkanlıklarınızda(iştah durumunuzda) değişiklik oldu mu?

Artış var( ) Azalış var( ) Değişiklik yok( )

27)Pandemi sürecinde uyku miktarınızda (uyuduğunuz toplam saatte) değişiklik oldu mu?

Artış var( ) Azalış var( ) Değişiklik yok( )

28)Pandemi sürecinde uykuya dalmakta güçlük çektiniz mi?

Evet( ) Hayır( )

29) Pandemi sürecinde geceleri sık sık uyanma durumunuz oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

30) Pandemi sürecinde sabahları kalktığınızdan daha erken uyanma durumunuz oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

31)Pandemi sürecinin genelinde ruh halinizde bir değişiklik oldu mu?

Genelinde daha kötüleşti( ) Genelinde daha iyiydi( ) İnişli çıkışlı bir ruh halim vardı( )  
değişiklik yok( )

32)COVID-19 nedeniyle işten çıkarılma durumunuz oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

33)COVID-19 nedeniyle maddi bir kaybınız oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

34)Çalışıyorsanız COVID-19 Nedeniyle çalışma saatlerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?

Çalışma saatlerim arttı( ) Çalışma saatlerim azaldı( ) Değişiklik yok( )

35)Pandemi sürecinde fiziksel aktivitelerinize (spor,yürüyüş,etkinlik vs) ayırdığınız zaman konusunda herhangi bir değişiklik oldu mu?

Artış oldu( ) Azalış oldu( ) Değişiklik yok( )

36)Pandemi sürecinde bilişsel aktivitelerinize(bulmaca çözme,kitap okuma,yazma) ayırdığınız zaman konusunda herhangi bir değişiklik oldu mu?

Artış oldu( ) Azalış oldu( ) Değişiklik yok( )



37) Pandemi sürecinde sosyal aktivitelerinize(dijital veya yüzyüze çevrenizdekilerle vakit geçirme) ayırdığınız zaman konusunda herhangi bir değişiklik oldu mu?

Artış oldu( ) Azalış oldu( ) Değişiklik yok( )

38) Pandemi sürecinde eş/partnerinizle ilişkilerinizde bir değişiklik oldu mu?

Daha iyiydi( ) Daha kötüydü( ) değişiklik yok( )

39) Pandemi sürecinde 1.derece yakınlarınızla olan ilişkilerinizde bir değişiklik oldu mu?

Daha iyiydi( ) Daha kötüydü( ) Değişiklik yok( )

40) Pandemi sürecinde arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizde bir değişiklik oldu mu?

Daha iyiydi( ) Daha kötüydü( ) Değişiklik yok( )

41) Pandemi sürecinde cinsel yaşamınızda herhangi bir değişiklik oldu mu?

Artış oldu( ) Azalma oldu( ) Değişiklik yok( )

A)cevabınız azalma oldu şeklindeyse azalmanın sebebini belirtiniz.

Eş/partner ile ilişkilerde bozulma( ) istekte azalma olması( ) cinsel problem yaşamak( ) diğer( )

42) Pandemi sürecinde endişeler,kötü bir şey olacağı beklentisi,korkulu bekleyiş oldu mu?

Evet( ) Hayır( )

43) Pandemi sürecinde gerilim,kolayca ağlamaya başlama,bitkinlik,irkilme gibi belirtiler ortaya çıktı mı?

Evet( ) Hayır( )

44) Pandemi sürecinde çarpıntı,el titremesi,terleme,taşikardi,göğüste baskı,yutma güçlüğü gibi fiziksel belirtiler ortaya çıktı mı?

Evet( ) Hayır( )

**EK YORUMLAR:**

### EK-3: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

|  |  |
|--|--|
| 1. Depresif ruh hali<br>(Keder, umutsuzluk,<br>Çaresizlik,<br>Değersizlik)                     | 0. Yok .<br>1. Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşılıyor.<br>2. Hasta bu durumları kendilinginden söylüyor.<br>3. Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden,<br>postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.<br>4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma<br>sirasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.  |
| 2. Suçluluk<br>Duyguları   | 0. Yok<br>1. Kendi kendini kınıyor insanları üzdüğünü sanıyor.<br>2. Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.<br>3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.<br>4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya<br>kendisini tehdit eden görsel hallusinasyonlar görüyor.   |
| 3. İntihar   | 0. Yok<br>1. Hayatı yaşamayı değer bulmuyor.<br>2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor<br>3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.<br>4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanlı<br>değerlendirilir).  |
| 4. Uykuya<br>Dalanamamak   | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.<br>1. Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.<br>2. Gece boyunca gözünü bile kırpamadığından şikayet ediyor.  |
| 5. Geceyarısı<br>Uyumak  | 0. Herhangi bir sorunu yok.<br>1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.<br>2. Gece yarısı uyanıyor Yataktan kalkmak, 2 puanlı değerlendirilir<br>(Herhangi bir neden olmaksızın).  |
| 6. Sabah erken<br>uyanmak  | 0. Herhangi bir sorunu yok.<br>1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.<br>2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.   |
| 7. Çalışma ve<br>aktiviteler   | 0. Herhangi bir sorunu yok.<br>1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle<br>ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.<br>2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı<br>olan ilgisini kaybetmiş, bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından<br>bildiriyor ya da başkaları onun kayıtsız kararsız mütereddit olduğunu<br>belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).<br>3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede<br>yatarken hergün en az 3 saat servisteki işlerinin dışında aktivite<br>göstermeyenlere 3 puan verilir.<br>4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda<br>servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis<br>işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir. |
| 8. Retardasyon<br>(düşünce ve<br>konuşmada<br>yavaşlama,<br>konsantrasyon<br>yeteneğinde boz.) | 0. Düşünceleri ve konuşması normal.<br>1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.<br>2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.<br>3. Görüşmeyi yapabilmek, çok zor.<br>4. Tam stuporda.  |

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| 9. Ajitasyon               | 0.Yok<br>1.Elleriyle oynuyor saçlarını çekiştiriyor.<br>2.Elini ovuşturuyor tırnak yiyor dudaklarını ısırıyor.  |   |
| 10. Psikik aksiyete        | 0.Herhangi bir sorunu yok.<br>1.Subjektif gerilim ve iritabilite.<br>2.Küçük şeylere üzüyor.<br>3.Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğunu anlaşıyor.<br>4.Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.  |   |
| 11. Somatik anksiyete      | 0.Yok<br>1.Hafif<br>2.İlmlı<br>3.Şiddetli<br>4.Çok şiddetli   | <u>Anksiyete eslik eden su gibi fizyolojik sorunlar:</u><br>Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme<br>Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı<br>Solunumla ilgili:Hiperventiliasyon, iç çekmek<br>Sık idrara çıkma<br>Terleme |
| 12. Somatik semptomlar     | 0.Yok<br>1.İştahsız ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.<br>2.Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.   |   |
| 13. Somatik semptomlar     | 0.yok<br>1.Ekstremitelerinde sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları baş ağrısı kaslarda sızlama. Enerji kaybı kolayca yorumla.<br>2.Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.   |   |
| 14. Genital semptomlar     | 0.yok<br>1.Hafif<br>2.şiddetli<br>3.Anlaşılmadı   |   |
| 15.Hipokondriyaklık        | 0.Yok<br>1.Kuruntulu<br>2.Aklını sağlık konularına takmış durumda.<br>3.Sık sık şikayet ediyor yardım istiyor.<br>4.Hipokondriyaklık Delusyonları.  |   |
| 16.Zayıflama               | A Tedavi öncesinde (anamnez Bulguları)<br>0.kilo kaybı yok.<br>1.Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama.<br>2.Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.<br><br>B.Psikiyatri tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollarda<br>0.Haftada 0.5 kg dan daha az zayıflama.<br>1.Haftada 0.5 kg dan daha fazla zayıflama.<br>2.Haftada 1 kg dan daha fazla zayıflama. |   |
| 17. Durumu Hakkında Görüşü | 0.Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.<br>1.Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere virüslere, istirahate ihtiyacı olduğunu bağlıyor<br>2.Hasta olduğunu kabul etmiyor.  |   |

## **EK-4: Young Mani Derecelendirme Ölçeği**

### **YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ**

#### **1) Yükselmiş duygudurum**

0. Yok

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

#### **2) Hareket ve enerji artışı**

0. Yok

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

#### **3) Cinsel ilgi**

0. Artma yok

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

#### **4) Uyku**

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

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

#### **5) İritabilite**

0. Yok

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

#### **6) Konuşma hızı ve miktarı**

0. Artma yok

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

## **7Düşünce yapı bozukluğu**

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

## **8Düşünce içeriği**

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

## **9Yıkıcı-Saldırgan Davranış**

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

## **10)Dış görünüm**

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

## **11)İçgörü**

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

## EK-5: COVID-19 Anksiyete Ölçeği Kısa Form

**Tablo 1: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Örneği**

**KAÖ**

| Son 2 hafta boyunca aşağıdaki aktiviteleri ne sıklıkta yaşadınız?  | Hiç    | Nadiren, bir veya iki günden az | Birkaç gün | 7 günden fazla | Son 2 haftada neredeyse her gün |
|--|--------|---------------------------------|------------|----------------|---------------------------------|
| 1. Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğumda veya dinlediğimde başım döndü, sersemlemiş veya baygın hissettim.           | 0      | 1                               | 2          | 3              | 4                               |
| 2. Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.                            | 0      | 1                               | 2          | 3              | 4                               |
| 3. Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda felç olmuş veya donmuş gibi hissettim.                  | 0      | 1                               | 2          | 3              | 4                               |
| 4. Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda yemek yemeye ilgimi kaybettim.                          | 0      | 1                               | 2          | 3              | 4                               |
| 5. Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda mide bulantısı hissettim veya mide problemleri yaşadım. | 0      | 1                               | 2          | 3              | 4                               |
| Sütun toplamları   | _____+ | _____+                          | _____+     | _____+         | _____+                          |

## EK-6: Koronavirüs (COVID-19) Korkusu Ölçeği

### Koronavirüs (COVID-19) Korkusu Ölçeği

Değerli Katılımcı, aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizden beklenen içtenlikle cevap vererek bilimsel bir çalışmaya yardımcı olmanızdır. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1 Kesinlikle katılmıyorum  |   |   |   |   |   |
| 2. Katılmıyorum  |   |   |   |   |   |
| 3. Kararsızım  |   |   |   |   |   |
| 4. Katılıyorum   |   |   |   |   |   |
| 5. Kesinlikle katılıyorum  |   |   |   |   |   |
| Koronavirüsten çok korkuyorum.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Koronavirüsü düşünmek beni rahatsız ediyor.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Koronavirüsü düşündüğümde ellerim terliyor.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Koronavirüse yakalanarak hayatımı kaybetmekten çok korkuyorum.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sosyal medyada Koronavirüs ile ilgili haberleri ve hikayeleri izlediğimde kaygılanıyor ve endişeleniyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Koronavirüse yakalanmaktan duyduğum endişeden dolayı uykularım kaçıyor.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Koronavirüse yakalandığımı düşündüğümde kalp atışım hızlanıyor.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



## EK-7: Koronavirüs Salgınına Yönelik Algı ve Tutumları Değerlendirme Ölçeği

|  | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|--|-------------------------|--------------|------------|-------------|------------------------|
| <b>Hastalık Algısı</b>   |                         |              |            |             |                        |
| 1. Bu hastalık söylendiği kadar tehlikeli değil.                                       | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 2. Medya koronavirüs salgını abartıyor.  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 3. Sağlık çalışanları koronavirüs salgını abartıyor.                                   | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 4. Koronavirüs tedavisi olan bir hastalıktır.  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 5. Koronavirüs ölümcül bir hastalıktır.  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 6. Koronavirüs herkese bulaşabilir.  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 7. Kolay bulaşan bir hastalıktır.  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 8. Koronavirüsün kadınlara ve erkeklere bulaşma olasılığı eşittir.                     | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| <b>Nedenler Algısı</b>   |                         |              |            |             |                        |
| 9. Bu hastalık gelişmiş ülkelerin ortaya koyduğu politik bir oyundur.                  | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 10. Bu salgının nedeni gelişmiş ülkelerin ilaç ve aşı satma çabasıdır.                 | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 11. Bu virüs ekonomik sisteme katkı sağlamak için bilinçli olarak yayıldı.             | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 12. Koronavirüs biyolojik bir silah olarak üretildi.                                   | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 13. Bu salgın koronavirüs ile ilgili büyük bir deneyin parçasıdır.                     | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 14. Bu hastalığın nedeni ekonomik krizdir.   | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 15. Çevre kirliliği hastalığın önemli nedenlerinden biridir.                           | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 16. Salgının nedenlerinden biri su kaynaklarının kirlenmesidir.                        | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 17. Bu salgın sağlıklı beslenme nedeniyle ortaya çıktı.                                | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 18. Sebze ve meyvelerdeki hormonlar koronavirüse neden oluyor.                         | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 19. Katkı maddeli yiyecekler koronavirüsün yayılmasını sağladı.                        | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 20. Bu hastalık sağlıksız yaşam tarzının bir sonucudur.                                | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 21. Küresel ısınma salgının nedenlerinden bir tanesidir.                               | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 22. Bu tür salgınlar tabiatın dengesini kurması çabasıdır.                             | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 23. Bu tür salgınlar toplumun dinden uzaklaşmasına karşı Tanrının verdiği bir cezadır. | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 24. Bu salgın toplumsal bozulmaya karşı Tanrının bir gazabıdır.                        | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 25. Bu salgın kaderimizde var.   | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 26. Yarasa eti tüketimi koronavirüse neden olur.                                       | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| <b>Kontrol Algısı</b>  |                         |              |            |             |                        |
| 27. Türkiye'deki önleyici çalışmalar yeterlidir.                                       | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |
| 28. Hastalığın yayılmasını durdurmak için yapılanlar yeterlidir.                       | 1                       | 2            | 3          | 4           | 5                      |



|   |                                   |                                     |                                   |                                 |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| 29. Hastalıkla mücadele için sağlık kurumlarının yaptığı çalışmalar yeterlidir.           | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 30. Dünyadaki önleyici çalışmalar yeterlidir.   | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 31. Kişisel temizliğime dikkat edersem koronavirüs bana bulaşmaz.                         | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 32. Beslenmeme dikkat edersem bu hastalık beni etkilemez.                                 | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 33. Koronavirüs salgınından kişisel tedbirler olarak korunmak mümkündür.                  | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 34. Salgını durdurmak için herkesin ellerini sıkça yıkaması yeterli olur.                 | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 35. Bu hastalığa yakalanmamak için aldığım kişisel tedbirler yeterlidir.                  | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 36. Hastalığa yakalanmak kişinin kendi elinde değildir.                                   | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 37. Görmediğin bir virüsten kaçınmak mümkün değildir.                                     | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 38. Ne kadar önlem alınrsa alınsın hastalığın bulaşmasını engelleyemeyebiliriz.           | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 39. Alacağım kişisel tedbirler hastalıktan korunmam için yetersiz kalır.                  | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| <b>II. BÖLÜM</b>  | <b>Bu davranışı hiç yapmadım.</b> | <b>Bu davranışı nadiren yaptım.</b> | <b>Bu davranışı bazen yaptım.</b> | <b>Bu davranışı sık yaptım.</b> | <b>Bu davranışı çok sık yaptım.</b> |
| <b>Kaçınma Davranışları</b>   |                                   |                                     |                                   |                                 |                                     |
| 1. Hastalıkla ilgili haberlere maruz kaldığımızda dikkatinizi başka yere çevirmek         | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 2. Hastalıkla ilgili konulardan söz edilirken başka şeyler düşünmek                       | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 3. Salgınla ilgili gazete haberlerini okumamak  | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 4. TV'de hastalıkla ilgili haberler çıktığında kanalı değiştirmek                         | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 5. Hastalıkla ilgili konuşmaları sonlandırmak için konuyu değiştirmek                     | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 6. Çevrenizde hastalıkla ilgili konuşmalar olduğunda ortamdaki uzaklaşmak                 | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 7. Koronavirüse yakalanmamak için hastane veya doktora gitmemek                           | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 8. Koronavirüse yakalanmamak için alışveriş merkezlerine gitmemek                         | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 9. Koronavirüse yakalanmamak için sosyal etkinliklere katılmamak (sinema, tiyatro vs.)    | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 10. Koronavirüse yakalanmamak için işe/okula gitmemek                                     | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 11. Koronavirüse yakalanmamak için toplu taşıma araçlarına binmemek                       | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 12. Koronavirüse yakalanmamak için tanıdığımız insanlarla selamlaşırken onları öpmemek    | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 13. Koronavirüse yakalanmamak için tanıdığımız insanlarla selamlaşırken ellerini sıkmamak | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |
| 14. Koronavirüse yakalanmamak için umumi tuvaletleri kullanmamak                          | 1                                 | 2                                   | 3                                 | 4                               | 5                                   |

**EK-8: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği**

|   |  |
|---|--|
| <b>ÖZERKLİK</b><br>1. Evde sorumluluk üstlenme<br>2. Kendi başına yaşayabilme<br>3. Alışveriş yapabilme<br>4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)  | (0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)                                       |
| <b>MESLEKİ İŞLEVSELLİK</b><br>5. Maaşlı bir işte çalışabilme<br>6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme<br>7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme<br>8. Mesleki kazanımlar elde etme<br>9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme                              | (0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)                    |
| <b>BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK</b><br>10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme<br>11. Akıldan hesap yapabilme<br>12. Bir problemi hakkıyla çözebilme<br>13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme<br>14. Yeni bilgiler öğrenebilme   | (0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)                    |
| <b>MALİ KONULAR</b><br>15. Kendi parasını idare edebilme<br>16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme   | (0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)   |
| <b>KİŞİLERARASI İLİŞKİLER</b><br>17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme<br>18. Sosyal faaliyetlere katılabilme<br>19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme<br>20. Ailesiyle birlikte yaşama<br>21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması<br>22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme | (0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3)<br>(0) (1) (2) (3) |

