



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİPOLAR KADIN HASTALARDA RİSKLİ DAVRANIŞLARIN AİLE  
İŞLEVSELLİĞİ İLE İLİŞKİSİ

EDA YILDIZ

DANIŞMAN

PROF.DR. LEYLA KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
RUH SAĞLIĞI VE PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ PROGRAMI

İSTANBUL 2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 06.01.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği  
Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KENDİRKIRAN  
Haliç Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

**BEYAN**

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



Eda YILDIZ

## İTHAF

Bu çalışmayı, hastaya gerçekten dokunup hayatına değer katmayı kendine amaç edinmiş olan tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca rehberliği, sabrı, bilgi ve deneyimleriyle her daim destek olan sevgili hocam Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK'e, ders aşamasında bizlere çok şey katan İ.Ü-Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine,

Yüksek Lisans boyunca desteklerini, sabrını, manevi desteğini her zaman hissettiğim Sevgili Klinik Sorumlu Hemşirem Betül ÇİRCİ'ye, hem dost, hem meslektaşım olan tüm çalışmam boyunca tüm deneyimlerini benimle paylaşan, yol gösteren Cemre GÜNAY'a ve diğer tüm klinik hemşiresi arkadaşlarıma,

Verilerin analiz aşamasında tüm titizliğiyle çalışan, yorulmadan destek veren sevgili Uzm. Dr. Serdar AY'a,

Yılmadan her daim yanımda olup beni destekleyen Emrah YİĞİT'e, Gamze ARICI'ya, sevgili ev arkadaşlarım Elif YILMAZ'a, Birten ÖNLÜER'e ve tüm arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca sabırla, itinayla, ilgi ve desteklerini esirgemeyen, çalışmam boyunca da her daim çalışma motivasyonum olan biricik aileme teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	V
TEŞEKKÜR .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	XII
ÖZET .....	XII
ABSTRACT .....	XIV
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
<u>2.GENEL BİLGİLER.....</u>	<u>3</u>
2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı.....	3
2.2. Bipolar Bozukluk Tarihçesi .....	3
2.3. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi.....	4
2.4. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi.....	5
2.4.1. Genetik.....	6
2.4.2. Biyokimyasal Faktörler .....	6
2.4.3. Çevresel Risk .....	7
2.4.4. Nörogörüntüleme .....	8
2.5. Sınıflandırma.....	8
<u>2.5.1. DSM-V Tanı Kriterleri .....</u>	<u>9</u>
2.6. Klinik Seyir ve Prognoz .....	10
<u>2.6.1. Bipolar Bozukluğun Prognozunu Etkileyen Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler .....</u>	<u>11</u>
2.7. Riskli Davranışlar.....	12
2.7.1. Risk Kavramının Tanımı .....	12
2.7.2. Riskli Davranışlar .....	12
2.7.3. Riskli Davranışların Alt Boyutları.....	13
2.8. Aile İşlevselliği .....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Değişkenleri .....	20
3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	20

3.2.2.Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	20
3.3. Araştırmanın Etik Yönü .....	20
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	21
Kişisel Bilgi Formu: .....	21
Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): .....	21
Modifiye Risk Katılımı ve Algı Ölçeği (M-RIPS): .....	22
3.7. Verilerin Toplanması .....	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	23
3.9. Verilerin Analizi.....	23
4.BULGULAR.....	24
4.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	24
Tablo 4-1: Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	24
4.2. Sosyodemografik Özelliklerin Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanları ve M-RIPS Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4-2-1: Yaş ile ADÖ ve M-RIPS skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi .....	26
4.2.2.Eğitim Durumu .....	27
4.2.3.Çalışma Durumu .....	28
4.2.4.Medeni Durum.....	28
4.2.5.Çocuk Sayısı .....	29
4.2.6.Aile Yapısı .....	30
4.2.7.Algılanan gelir düzeyi.....	31
4.2.8.Kardeş sayısı.....	32
4.2.9. Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre .....	33
4.2.11. Baba Eğitim Düzeyi.....	35
4.2.12.Sigara kullanımı.....	36
Tablo 4-2-12: Sigara kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması .....	36
4.2.13.Alkol/maddde kullanımı .....	36
4.2.14.Aile bireylerinde ruhsal bozukluk olması durumu .....	37
4.2.16.Rastgele Cinsel İlişkide Bulunma Durumu .....	39
Tablo 4-2-16: Rastgele cinsel ilişki olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması .....	39
4.2.17.Araba Kullanırken Aşırı Hız Yapma Durumu.....	40
4.3.Katılımcıların Aile Değerlendirme Ölçeği ve M-RIPS Skorları .....	40

4.4.ADÖ ve M-RIPS Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	41
4.5.M-RIPS ölçeği üzerine hastaya ait özelliklerin, hasta yakınlarına ait özelliklerin ve ADÖ puanlarının etkileri .....	42
5.TARTIŞMA .....	44
5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Tartışılması .....	44
5.2.1. Yaş .....	45
5.2.2. Medeni Durum .....	46
5.2.3.Aile Yapısı .....	47
5.2.4.Algılanan Gelir Düzeyi.....	47
5.3. ADÖ ve M-RIPS'in Birbiriyle Olan İlişkinin İncelenmesi .....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKLAR.....	52
EKLER .....	61
EK 1: ONAM FORMU .....	61
EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....	62
EK 3: AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ).....	63
EK 4: MODİFİYE RİSK KATILIMI VE ALGI ÖLÇEĞİ (M-RIPS) .....	66
ETİK KURUL İZİNİ .....	68
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI .....	71
ÖZGEÇMİŞ.....	72

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2-7: Bipolar bozuklukta risk faktörleri ve koruyucu faktörler

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin

Bulgular Tablo 4-2-1: Yaş ile ADÖ ve M-RIPS skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 4-2-2: Eğitim durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-4: Medeni durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-5: Çocuk sayılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-6: Aile yapılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-7 Gelir düzeylerine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-8: Kardeş sayılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-9: Birlikte yaşadığı kişilere göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-10: Annesinin eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-11: Babasının eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-12: Sigara kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-13: Alkol/maddde kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-14: Aile bireylerinde ruhsal bozukluk olup olmasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-15: Psikiyatrik hastalığı dışında başka herhangi bir hastalık olup olmasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-16: Rastgele cinsel ilişki olup olmasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-2-17: Araba kullanırken aşırı hız yapıp yapmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması

Tablo 4-3: Katılımcıların Aile Değerlendirme Ölçeği ve M-RIPS Skorları

Tablo 4-4: ADÖ ve M-RIPS skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 4-5: M-RIPS ölçeği üzerine hastaya ait özelliklerin, hasta yakınlarına ait özelliklerin ve ADÖ puanlarının etkileri



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**BB:** Bipolar Bozukluk

**APA:** American Psychological Association

**DSÖ:**Dünya Sağlık Örgütü

**WHO:** World Health Organization

**ADÖ:** Aile Değerlendirme Ölçeği

**M-RIPS:** Modifiye Risk Katılımı ve Algı Ölçeği

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

**ICD:** Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

## ÖZET

Yıldız, E. (2022). Bipolar Kadın Hastalarda Riskli Davranışların Aile İşlevselliği İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, Bipolar Kadın Hastalarda Riskli Davranışların Aile İşlevselliği ile İlişkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı araştırma şeklinde gerçekleştirildi.

Araştırma verileri, Mart 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında bir ruh sağlığı eğitim ve araştırma hastanesinin akut kadın psikiyatri kliniklerinden toplandı. Araştırmanın örneklemini yatarak tedavi gören ve araştırma kriterlerine uyan 145 bipolar kadın hasta oluşturdu.

Veriler Kişisel Bilgi Formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Modifiye Risk Katılımı ve Algı Ölçeği (M-RIPS) kullanılarak toplandı.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20,0 ve R istatistik programları kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, medyan minimum-maksimum ve yüzdeler olarak verildi. Normal dağılım göstermeyen ölçümsel verilerin analizinde non-parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grubun karşılaştırılması amacıyla ise Kruskal Wallis testleri uygulandı. Korelasyon testlerinde Spearmann testi uygulandı. Karıştırıcı değişkenlerin kontrolü için linear lojistik regresyon analizi enter yöntemi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

Katılımcıların; yaş ortalaması 32,4 olup, %38,6'sı lise ve %26,2'si yüksek okul/üniversite mezunu, %65,5'i çalışmıyor, %49,7'si bekar idi.

Aile değerlendirme ölçeği alt ölçekleri ile M-RIPS arasında pozitif yönde ve zayıf bir ilişki bulundu. Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, genel işlevler alt boyutları ile M-RIPS arasında pozitif yönde ve zayıf bir ilişki bulundu.

Riskli davranışları, yaş, medeni durum, alkol/madde kullanımı, rastgele cinsel ilişkide bulunma, algılanan gelir düzeyi, aile yapısı, sigara kullanımı bağımsız değişkenlerinin etkilediği bulundu.

Bipolar hastaların tedavi süreçlerine ailelerin daha çok katılımının sağlanması, ailelere psikoeğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile işlevselliği, bipolar, riskli davranış.

## ABSTRACT

Yildiz, E. (2022). The Relationship between Risky Behaviors and Family Functioning in Bipolar Female Patients. Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This study was carried out as a descriptive, relationship-seeking research to investigate the relationship between Risky Behaviors and Family Functioning in Bipolar Female Patients. Research data were collected from the acute female psychiatry clinics of a mental health training and research hospital between March 2021 and June 2021. The sample of the study consisted of 145 bipolar female inpatients who met the research criteria.

Data were collected using the Personal Information Form, the Family Assessment Device (FAD), and the Modified Risk Involvement and Perception Scale (M-RIPS).

SPSS 20.0 and R statistical programs were used to evaluate the data. Descriptive statistics were given as mean±standard deviation, median minimum-maximum) and percentages. Non-parametric tests were used in the analysis of measurement data that did not show normal distribution. Mann Whitney U tests were used to compare two independent groups, and Kruskal Wallis tests were used to compare more than two groups. Spearman test was used in correlation tests. Linear logistic regression analysis enter method was used to control confounding variables. Statistical significance level was accepted as  $p<0.05$ .

Participants; The average age is 32.4, of which 38.6% are high school graduates and 26.2% are high school/university graduates, 65.5% were not working, 49.7% were single.

A positive and weak correlation was found between the family rating scale subscales and M-RIPS. A positive and weak relationship was found between the sub-dimensions of problem solving, communication, roles, emotional responsiveness, general functions and M-RIPS.

Risky behaviors were found to be affected by the independent variables of age, marital status, alcohol/substance use, random sexual intercourse, perceived income level, family structure, and smoking.

It is recommended that families participate more in the treatment processes of bipolar patients and psychoeducation programs are organized for families.

Key words: Bipolar, family functionality, risky behavior.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB) belli bir düzen olmaksızın depresif ya da manik dönemlerle giden ve bu dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurum haline (ötimi) dönebildiği, sirkadiyen ritimlerde düzensizliğe, duygudurum dalgalanmalarına, bilişsel bozukluklara, psikolojik yıkıma sebebiyet verebilen, ciddi ve sürekli tedavi gerektiren, farmakolojik olan veya olmayan tedavi yöntemlerine rağmen yineleme gösteren, yüksek morbidite ve özkıyım riski nedeniyle yüksek mortaliteye sahip olan, kişi ve çevresindekilerin hayatını olumsuz yönde etkileyen, yüksek yeti yitimi yapan ve tıbbi hastalık yükü ile seyreden kronik seyirli bir doğaya sahip bir bozukluktur (Akdeniz, 2018; Eroğlu ve Özpoğraz, 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 15-44 yaş aralığında yeti yetimine sebep olan hastalıklar arasında dünya çapında altıncı sıradadır. BB kişide çok enerjik bir biçimde taşkınlıktan, yoğun mutsuzluk duygularına, enerjik aynı zamanda değersizlik, umutsuzluk, çaresizlik gibi duygulara neden olan karma duyguduruma sebebiyet veren duygudurum dalgalanmalarına sebep olur (Ünal, Yıldız, 2017). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM)-V'te mani dönemi taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurum (en az bir hafta), enerjide olağandışı ve sürekli bir artış, uyku gereksiniminde azalma, konuşma miktarında artış, fikir uçuşması, benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri, distraktibilite, amaca yönelik etkinlik artışı-ajitasyon, kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma), hastaneye yatırılmayı gerektirebilecek şekilde ağır ya da psikoz özellikleri barındıran, bir madde, ilaç veya bir başka sağlık durumunun etkilerinden bağımsız gibi özelliklerle nitelendirilmiştir. Yine DSM-V'te BB'nin depresyon dönemi çökkün duygudurum, zevk almama, uykusuzluk çekme, aşırı uyuma, ajitasyon/yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik düşünceleri, suçluluk duyguları, odaklanmada zorlanma, kararsızlık, kilo verme/kilo alma (1 ayda vücut kitesinin %5'i kadar), yineleyici ölüm düşünceleri gibi özelliklerle nitelendirilir. Bipolar bozukluğu olan hastalar bu semptomları ve özellikleri nedeniyle riskli davranışları daha fazla göstermektedir (APA, 2013).

Riskli davranışlar genel olarak sağlığı tehlikeye atan ve hayati tehlike yaratan, hastalık, yaralanma ve ölümlerle sonuçlanma olasılığı yüksek davranışlar olarak ifade edilmektedir (Smith, 2001). Bazı kaynaklarda da riskli davranış problem davranış olarak tanımlanmakta, problem davranış ise iyilik halini bozan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Siyez, 2013). Jessor (1998), riskli davranışları 'kişisel, sosyal veya gelişimsel olarak istenmeyen sonuçlar

doğuran risk faktörleri' olarak tanımlamıştır. Bunlar ölümlerle dahi sonuçlanabilecek, ciddi zarar veren, heyecan arayıcı, kuralların ihlaline sebebiyet verebilen eylemleri de kapsar. Riskli davranışlar hakkında daha çok ergenlik dönemindeki bireyler üzerinde çalışma yapılmıştır. Gençtanırım ve Ergene'nin (2014) ergenler üzerinde yaptıkları çalışmaya göre; riskli davranışlar arasında okul terki, sigara kullanımı, alkol kullanımı, antisosyal davranışlar, beslenme alışkanlıkları ve intihar gibi eylemler yer almıştır. Atlam ve ark.'nın (2017) yine ergenler üzerinde yaptıkları araştırmaya göre; riskli davranışlar, trafik, cinsellik, madde kullanımı ve sporla ilgili olmak üzere dört farklı grupta toplanır. Suç işleme, sigara içme, alkol veya madde kullanımı, enerji içeceği kullanımı, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, riskli (alkollü, kemersiz, hızlı, ehliyetsiz) araç kullanma, erken yaşta cinsellik yaşama, korunmasız cinsel ilişkiye girme, evden veya okuldan kaçma, okulu bırakma, derslere ilgisizlik, sağlıksız yeme davranışları, diyet yapma ve hareketsiz yaşam riskli davranışlar arasında sayılır. Bu riskli davranışlar göz önüne alındığında BB'nin manik, hipomanik ve depresif dönemlerinde olan hastaların da riskli davranışlar gösterebileceği söylenebilir. Birey bu dönemlerde, hastalığa dair bir iç görüye sahip değilse, tedavisine uyumsuzsa, sosyal desteği yeterli değilse vb. risk almaya açıktır. Bireyin bu dönemlerde hastalığın getirdiği yükü baş etmesini sağlayan pek çok mekanizma üzerine çalışma yapılmış olup, aile işlevselliği ve riskli davranışlar arasındaki ilişkinin çalışıldığı bir araştırmaya literatürde rastlanmamıştır. İşlevsel ailelerin, birey sorunlu bir süreçten geçerken yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başa çıkabildikleri, aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, soruna odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olmasının hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev gördüğüne dair çalışmalar literatürde mevcut olup, işlevsel olmayan ailelerin yeni durumlara bağlı olarak rollerde ortaya çıkan değişimler konusunda yeterli esnekliğe sahip olmadığı, kişilerarası ilişki sorunlarının, bağımlılığın, incinebilirliğin, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olduğu yine literatürde yer almaktadır (Bulut, 1993; Dönmezer, 2001; Ünal vd., 2004). Yine riskli davranışların özelliklerine bakıldığında kadın bipolar hastaların erkeklerden farklı riskli davranışlar göstereceği söylenebilir. Bu çalışmada amaç ise, bipolar kadın hastalarda, riskli davranışlar düzeyini, aile işlevselliğinin nasıl olduğunu, aile işlevselliğiyle, riskli davranışlar arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

## 2.GENEL BİLGİLER

Bu bölümde ikiuçlu (bipolar) ve ilişkili bozuklukların tanımı, tarihçesi, etiyolojisi, epidemiyolojisi, klinik seyri ve gidişi, iki uçlu bozukluklarda riskli davranışlar ve aile işlevselliği ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen veriler ele alınarak genel bilgiler sunulmaktadır.

### 2.1. Bipolar Bozukluk Tanımı

BB belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da karma dönemlerle ve eşik altı belirtili ya da sağlıklı belirtisiz ara dönemlerle giden, genellikle erken yaşta başlayan (15-25 yaş), sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, ekonomik yük, yüksek özkıyım (intihar-suicid) riski, alkol/madde kullanımı, adli olaylara karışma gibi riskli davranışlara neden olan, düzelme ve alevlenmelerle seyreden döngüsel gidişi nedeniyle, bireyi fiziksel, duygusal açıdan etkileyen, aile fonksiyonlarının bozulmasına yol açan, tekrarlı hastane yatışlarıyla beraber bireyin yaşam kalitesini düşüren ve sıklıkla kronikleşen bir ruhsal bozukluktur (Akdeniz, 2018; Eroğlu ve Özpoğraz, 2010).

BB-1'e sahip bireyler dönemler arası işlevsellik seviyelerine tam dönüş yapabilseler de bazıları duygudurum oynaması ve diğer kalıntı belirtilerini göstermeyi sürdürmektedirler. Bireylerin yaklaşık yüzde 60'lık bir bölümü akut dönemlerin arasında kronik mesleki veya kişilerarası güçlükler yaşamaktadırlar. Bireylerin yüzde 10-15'inde intihar vakaları görülmektedir. Karma atakta veya depresif atakta intihar girişimi veya fikri daha sık görülürken, güçlü manik dönemler veya psikotik nitelikli dönemler esnasında eşin istismarı, çocuk istismarı veya başka biçimde saldırgan davranışların görülmesi olasıdır (APA, 2007).

BB orta yaş grubunda yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasında 6. sıradadır. BB'nin erken erişkin yaşlarda görülmesi, bu yaşların en üretken aynı zamanda da en çok zarara uğranabilecek yaşlar olması dolayısıyla işlevsellik kaybı önemli oranlarda görülebilmektedir (Akdeniz, 2018).

### 2.2. Bipolar Bozukluk Tarihçesi

BB'nin tarihi antik Yunan dönemine kadar uzanmakta olup, psikiyatrik hastalıkların sebeplerinin ilk çağlara ilişkin kaynaklarda, beyinden çok kalpteki bir bozukluktan kaynaklandığı veya vücuttaki sıvı dengesizliğinden köken aldığı yönünde açıklanmaya çalışıldığı bildirilmiştir (Oral, 2009). Hipokrat öncesi dönemin hekimleri ve filozofları,

hastalıklı yüceltme ve depresyon durumlarını biliyordu fakat mani ve melonkoliyi sistematik olarak tanımlayan ve melonkoli için bugünküne yakın bir tanım yapan ilk kişi Hipokrat (MÖ 460-337) oldu (Akdeniz, 2018). Hipokratik paradigmaya göre, melankoli kara safra ile ilişkili, yemek yemek istememe, irritabilite, huzursuzluk, uykusuzluk ile tanımlanmış olup, sarı safradaki artış ise maniye sebep olmaktadır (Akdeniz, 2018; Oral, 2009).

Milattan sonra 150’de Kapadokyalı Aretaeus depresyon ve maniyi tek bir hastalık olarak tanımlamış, ‘ciddi delilik’, ‘çılgınlık’ anlamına gelen ‘mani’ terimini kullanmıştır (Akdeniz, 2018; Yıldırım, 2021).

Orta çağda (1025) İbn-i Sina’da ruhsal çöküntü kavramını en iyi tanımlayanlardan biri olmuştur ve ‘Tıbbın İlkeleri’ adlı kitabında ‘ajitasyon ve irritabiliteyle hızlı başlangıç ve remisyonlarla karakterize ‘hayvani delilik’ kavramından söz etmiş, melankoli, taşkınlık, mani terimlerine de yer vermiştir. Kuduzu da bir mani türü olarak değerlendirmiştir (Koç, 2016; Yıldırım, 2021).

Modern anlamda tanımlanması ilk kez 19. yüzyılda gerçekleşmiştir, bu yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankoliyi tanımlasalarda, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışını, 1896 yılında Emil Kraepelin manik-depresif adı altında toparlamış ve 1921 yılında, manik-depresif deliliğin yineleme ve düzelme dönemleriyle gidişi sebebiyle erken bunamadan ayrı bir kavram olduğunu belirtmiştir. (Kırkpınar, 2021; Oral, 2009) 1930’lu yıllara gelindiğinde ise bu klinik tabloları Bleuler “affektif bozukluklar” şeklinde adlandırmıştır (Oral, 2002).

Amerika Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952’de oluşturulan () DSM-I’de ilk kez “manik depresif reaksiyon” tanımlaması kullanılmıştır. DSM- III’te, BB ile depresyon iki ayrı bozukluk olarak affektif bozukluklar içinde yer alırken, DSM III’ün güncellenmiş versiyonunda affektif bozukluklar yerine daha kapsayıcı daha genel bir durumu tanımlaması için duygudurum bozuklukları kavramı kullanılmıştır. DSM-IV’ün güncellenmiş versiyonunda da duygudurum bozuklukları içinde yer alan BB, en güncel versiyon olan DSM-V’te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak yer almıştır (Hocaoğlu ve Yeloğlu, 2017).

### **2.3. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi**

Geçmişte yaşam boyu sıklığı %1 olarak varsayılan ancak, son yıllarda bir spektrum olarak düşünüldüğünde %5 oranlarında görülebildiği düşünülen BB’nin, APA’ya göre genel popülasyonun yaklaşık %3’ünü etkilediği tahmin edilmektedir (APA, 2013). Dean vd. (2017) ifade ettiği üzere BB’nin yaşam boyu yaygınlığı yüzde 0,1 ile yüzde 4,4 arasındadır. BB’nin alt tipleri de düşünüldüğünde yaşam boyu yaygınlığının %7.8’e kadar ulaştığı bildirilmektedir

(Koç, 2016). Hoccoğlu ve Yeloğlu (2017) aktardığı üzere BB tip 1'in yaşam boyu yaygınlığının %0.6, BB tip 2 için %0.4 ve eşik altı belirtilere sahip olanlar için %2.4 olarak saptanmıştır. Bu oranların daha da fazla olabileceği, bazı uzmanlara göre özellikle hipomanik dönemlerin gözden kaçması nedeniyle yanlış hesaplandığı ileri sürülmektedir (Koç, 2016).

Başlangıç yaşı olarak 15-24 ve 45-54 yaşları arasında pik yaptığı bilinmekle beraber, sıklıkla 17-21 yaş arasında başladığı, 1990 sonrası çalışmalarda ise başlangıç yaşının daha erken olduğu bildirilmektedir (Akdeniz, 2018; Merikangas vd., 2007). BB tip I'in ise erkek/kadın oranı yaklaşık olarak 1:1'dir (Merikangas vd., 2007). BB tip II ise kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görülmektedir.

Depresif atak görülme sıklığı ise yine kadınlarda erkeklere göre daha yüksek orandadır (Leibenluft, 1996). Manik dönem ise erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir (Azorin vd., 2013). Migren, obezite, hipotroidi başta olmak üzere, fiziksel hastalık komorbiditesi olan bipolar kadın hastalarda depresif, miks ataklar, disforik durumlar, mevsimsel gidiş, hızlı döngülülük erkeklere oranla daha yüksektir (Bezgin, Cengiz, İnanç, Kesebir, 2013). Alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanı olarak bipolar bozukluğa sahip erkek hastalarda daha sık karşımıza çıkmasına rağmen, bipolar bozukluğa sahip kadın hastalar alkol ve madde kullanım bozukluğu geliştirme açısından daha riskli konumdadır (Bezgin vd., 2013). Bipolar bozukluğa sahip kadın hastalarda iki yaşam dönemi, gebelik ve postpartum dönem, alevlenme ve yineleme açısından risk oluşturmaktadır. (Bezgin vd., 2013) Yine bipolar bozukluğa sahip kadın hastalar relapsı (hastalığın tekrarlaması) önlemek amaçlı kullandıkları koruyucu tedavi nedeniyle gebeliği erteleyebilmekte, gebelikleri sırasında kullandıkları ilaçların teratojenik etkisi nedeniyle gebeliklerinin sonlandırmak zorunda kalabilmektedir (Koç, 2016).

BB yaygınlığı boşanmış, dul veya bekar kişilerde evlilere göre kısmen daha yüksek orandadır. Bu durumun nedenlerinin; hastalığa bağlı sorunların evlenmemeye ya da boşanmaya, yalnız yaşamaya, ayrılığın yarattığı stresin hastalığı tetiklemesine bağlı olabileceği düşünülmektedir (Koç, 2016).

Yüksek sosyoekonomik sınıflarda bipolar 1 daha sık görülmekte olup, üniversite mezunu olmayanlarda, mezun olanlara göre bipolar 1 oranı daha yüksek saptanmıştır (Ruiz, B.J. Sadock ve V.A. Sadock, 2016).

#### **2.4. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi**

BB'nin kesin nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber, hastalığa kalıtım, beynin yapısal ve biyokimyasal anormallikleri, endokrin ve nörotransmitter bozuklukları ve travma gibi,

biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbiriyle etkileşerek neden olduğu düşünülmektedir (Cantürk, Kılıç ve Sezer, 2017).

#### **2.4.1.Genetik**

Yüzyıldan uzun bir süreden beri BB'nin bir kısım ailede diğerlerine göre daha yüksek oranda görüldüğü bilinmektedir (Post vd., 2016). Konuyla alakalı olarak yapılan aile, ikiz, evlatlık edinme çalışmaları hastalığın etiolojisinde kalıtımın etkisini güçlü bir şekilde desteklemektedir. Kalıtımın BB'nin etiolojisindeki rolünün yaklaşık %60-80 oranında olduğu aktarılmıştır (Delbello, Keck, Strakowski, Patel, 2006). Günümüzde birinci derece akrabalarında BB bulunan kişiler için yaşam boyu risk %5- 10'dur; genel popülasyona göre risk ortalama yedi kat fazla bulunmuştur (Fernandes, Kohler, Molendijk, 2015). Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinde hastalığın konkordansı(eş hastalanma) %70-%90 iken, çift yumurta ikizlerinde oran %16-%35 düzeyinde bulunmuştur (B.J. Sadock ve V.A. Sadock, 2012). Tek yumurta ikizlerinde konkordansın %100 olmaması hastalık etiolojisinde çevresel faktörlerinde önemli etkisinin olduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2014).

Ek olarak BB'de ANK3 (ankyrin G) proteinin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu protein aksonun ilk bölümünde bulunup nöronun ateşlenmesinden sorumludur. Hastalık tedavisinde kullanılan lityum karbonatın manik atakta ANK3'ün salgılanmasını azalttığı bulunmuştur (Koç, 2016).

#### **2.4.2.Biyokimyasal Faktörler**

BB'nin patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülen ve en çok araştırılan nörotransmitterler, monoaminerjik sisteme ait olan serotonin, dopamin ve noradrenalindir (Honig, Riedel ve Sobczak, 2000).

Dopamin, özellikle manik dönemde düzeyinde artma olduğu bilinmektedir. Salınımındaki azalmanın depresyona neden olduğu, artışın ise manik atağı alevlendirdiği düşünülmektedir. Dopamin üzerinden etki eden amfetamin gibi maddelerinde mani tablosu oluşturması bu görüşü destekler niteliktedir. Dopamin reseptör blokeri olan antipsikotikler ise antimanik etki göstermektedir. Dopaminin aşırı hareketliliğe neden olduğu da ileri sürülmektedir (Koç, 2016).

Noradrenalin, noradrenalinin metaboliti olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükolün (MHPG) plazma düzeyleri manik belirtilerin şiddetiyle pozitif korelasyon, depresyon belirtilerinin şiddetiyle negatif korelasyon göstermiştir. Noradrenalin düzeyini arttıran trisiklik

antidepresanların manik kayma yapması da durumu destekler niteliktedir (Kurita, Nishino, Numata, Okubo ve Sato, 2015).

Serotonin, yeme isteği, uyku uyanıklık, libido gibi işlevlerde, noradrenalin ve dopaminle birlikte amaçlı devinim işlevlerinde rol oynayan merkezi sinir sistemi nörotransmitteridir. Serotonin öncüsü olan Ltriptofanın, yüksek dozlarda verilmesi mani benzeri tabloya neden olmaktadır.

Dopaminerjik sistem gibi glutamaterjik sistemin de BB'nin etiolojisindeki yeri araştırılmıştır. Bir duygudurum düzenleyicisi olan lamotrijinin glutamat düzeyini ayarladığı ve terapötik etkisinin bir kısmının buna bağlı olduğu düşünülmektedir (Aksoy ve Savaş, 2018).

Tüm bunlara ek olarak hücre içi kalsiyum seviyelerindeki değişikliğin, son yıllarda üzerinde durulan enflamasyon sürecinin (interlökinler ve hücresel TNF- $\alpha$  reseptörleri üzerine çalışmalar), oksidatif ve antioksidatif mekanizmalar arasındaki dengesizlikten kaynaklanan hasarın, BB'nin patogenezinde rol oynadığına dair veriler bulunmaktadır (Aksoy ve Savaş, 2018).

### **2.4.3.Çevresel Risk**

Tekrar edilen çalışmalar göstermiştir ki BB'nin genetik yükü fazladır ancak tek yumurta ikizlerinin incelendiği çalışmalarda eş hastalanma oranının tam olmaması, biyolojik olarak yatkın olan bireylerde manik dönemlerin bazen kendiliğinden bazen travma sonrası oluşması, etiolojinin sadece genetikle açıklanamayacağını diğer faktörlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle ruhsal bozuklukların psikanalizden davranışçılığa kadar çok geniş teorik çerçevesi, yeni gelişen nörobilimsel yöntemlerle çalışılmaktadır (Aksoy ve Savaş, 2018). Ruhsal bozukluklarda tek bir nedenin etiolojide rol oynadığı düşüncesi artık gerilerde kalmıştır. Genetik kodu yani DNA baz dizilimini değiştirmeksizin, gen ifadesinde uzun süreli değişikliklere yol açan farklı süreçleri ifade etmekte kullanılan bir terim olan epigenetik, gen-çevre ilişkisini ve gen transkripsiyonun düzenlenmesini araştırır, bu da bozukluklara yatkınlığın farklı nedenlerin kombinasyonlarından kaynaklandığı görüşüne ağırlık kazandırmaktadır (Aksoy ve Savaş, 2018; Delcuve vd., 2009). Epigenetik değişimler çok dengeli ve kalıcı yapısına rağmen aynı zamanda da geri döndürebilir niteliktedir (Kouzarides, 2007; Metivier vd., 2008). Buradan yola çıkarak çevresel koşulların değiştirilmesi, terapi vb. dış müdahalelerin BB'nin sağlatımında kullanılması, gen transkripsiyonun düzenlenmesine yol açacağı görüşü çevresel

faktörlerin hastalığın etiolojisindeki rolünü de açıklayabilir niteliktedir (Ertuğrul ve Koçak, 2012).

Çevresel etkenlerin en ağırları olarak ebeveynler ya da büyükler tarafından duygusal suistimal, şiddete maruz kalma veya tanık olma veya cinsel suistimler yer almaktadır. Erken dönem stresini tetikleyen anneden ayrılmanın, insan olmayan primatlarda korpus kallosum hacminde azalmaya neden olduğu bir çalışmada gösterilmiştir (Sanchez vd., 1998). Buna benzer pek çok çalışma literatürde yer almaktadır, bu da gösteriyor ki stresin tipine ve oluştuğu gelişim dönemine bağlı olarak beyinde yapısal ve/veya biyokimyasal değişiklikler meydana gelmektedir (Aksoy ve Savaş, 2018). Bunlara ek olarak pek çok çalışmada ruhsal bozukluğa sahip bireylerin çocukluk çağı travmasına sahip olduğu gösterilmiştir. Özellikle bipolar bozukluğa sahip bireylerin travmatik yaşantılara karşı daha hassas olduğu düşünülmektedir. Değişik çalışmalarda bipolar bozukluğa sahip bireylerin %30-50'sinde travma öyküsü bulunmuştur (Brietzke vd., 2012).

#### **2.4.4.Nörogörüntüleme**

Nörogörüntüleme çalışmaları etiyolojik anlam taşımayabileceği gibi elde edilen bulguların çelişir olması da genellemeyi engellemektedir. Yapılan nörogörüntüleme çalışmalarının bulguları özetlenecek olursa; lateral ventriküllerde genişleme, derin beyaz cevher ve subkortikal gri cevher alanlarında hiperintensite artışı, amigdala hacminde artma ya da azalma, ventroparyetal frontal korteks hücre yoğunluğunda azalma, hipokampus hacminde azalma, bazal ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artış ya da glial hücre azalması sayılabilir (A. Grunze, H. Grunze ve Meisenzahl, 2013).

#### **2.5.Sınıflandırma**

BB tanısı DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) veya Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (international classification of diseases-ICD) sistemine göre konulmaktadır. BB, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyon 11'de (ICD-11) "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmaktadır (ICD, 2018). DSM-V'te ise "İkiüçlü (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında şu şekilde sınıflandırılmıştır (DSM, 2013):

##### **1. İkiüçlü (Bipolar) I Bozukluğu**

- Mani Dönemi
- Hipomani Dönemi

- Major Depresyon Dönemi
2. İkiuçlu (Bipolar) II Bozukluğu
    - Hipomani Dönemi
    - Major Depresyon Dönemi
  3. Siklotimi Bozukluğu
  4. Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk
  5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk
  6. Tanımlanmış Diğer Bir İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk
  7. Tanımlanmamış İkiuçlu ve İlişkili Bozukluk

### 2.5.1. DSM-V Tanı Kriterleri

#### **Mani Dönemi**

Mani dönemi DSM-V' te en az bir hafta içsel güçte, etkinlikte olağanın dışında bir artışın, günün hemen hemen her anında olduğu (hastaneye yatış gerekmiş ise bu süre dışlanır), duygudurum bozukluğunun olduğu bu dönem boyunca olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik, özgüvendeki, konuşmadaki, riskli davranışlara olan katılımdaki ve amaca yönelik/yönelik olmayan etkinlikteki artma, düşünce uçuşması, dikkat dağınıklığı, uyku gereksinimindeki azalma gibi belirtilerin üç ya da daha fazlasıyla karakterize, işlevsellikte belirgin düşmenin olduğu, kendine veya başkalarına zarar verme riski nedeniyle veya psikotik içerik nedeniyle bireyin hastaneye yatırılmasını gerektiren ve başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle, ilaç/madde etkisiyle ilgisi olmayan dönem olarak tanımlanır (DSM, 2013).

#### **Hipomani Dönemi**

Mani döneminin ölçütleriyle benzer nitelikte olup süresi en az dört ardışık gün olmalıdır, iki uçlu I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülürken, iki uçlu I bozukluğu tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması şartı aranmaz (DSM, 2013).

### **Yeğin (Majör) Depresyon Dönemi**

DSM -V'te yeğin depresyon dönemi önceki işlevsellik dönemine göre çökkün duygudurum ya da ilgisini yitirme/zevk almama yönünde değişikliğin en az biriyle karakterize ve ardışık iki haftalık dönem boyunca, çökkün duygurum, çoğu etkinliğe karşı ilgi kaybı, çok kilo alma veya verme(diyet yapmıyorken), çok uyuma veya uykusuzluk çekme, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama, enerji düşüklüğü, değersizlik/uygunsuz suçluluk duyguları, odaklanma güçlüğü, yineleyici ölüm düşüncesi gibi belirtilerden en az beşiyle karakterize, işlevsellikte belirgin düşmeye sebep olan, bir ilaçla/maddeyle/başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilişkisi olmayan dönem olarak tanımlanmaktadır (DSM, 2013).

### **Bipolar I Bozukluğu için Tanı Kriterleri:**

İki uçlu I bozukluğu tanısı konulabilmesi için, bir mani dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanması gerekmektedir. Mani döneminin öncesi veya sonrasında yeğin depresyon veya hipomani dönemleri bulunabilir. Yeğin depresyon ve mani döneminin/dönemlerinin ortaya çıkışı şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, şizoduygulanımsal bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla ilişkilendirilmez (DSM, 2013).

### **Bipolar II Bozukluğu için Tanı Kriterleri:**

Bipolar II bozukluğu tanısı konabilmesi için, hastanın içinde bulunduğu dönemde veya geçmişte ortaya çıkmış hipomani ve majör depresyon dönemi tanı ölçütlerini karşılaması gerekir. En az bir hipomani ve majör depresyon dönemi için tanı ölçütlerinin karşılanması gerekir. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiş olunması gerekir. Yeğin depresyon ve hipomani döneminin/dönemlerinin ortaya çıkışı şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, şizoduygulanımsal bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer iki uçlu ve ilişkili bozuklukla ilişkilendirilmez. Dönemler arası sık gidip gelmelerin işlevsellikte düşüşe neden olması gerekir (DSM, 2013).

### **2.6. Klinik Seyir ve Prognoz**

BB tekrarlayan depresif, hipomanik ve manik dönemler ve hastalık dönemleri arasında kısmi veya tam iyilik hali ile karakterize yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır. Bozukluk genellikle depresif dönemle başlamakta olup, belirtilerin ilk doktor başvurusundan çok önce yirmili yaşların başında olması, hastalığın başlangıç yaşını belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Hastalığın büyük çoğunlukta 18-45 yaş aralığında ortaya çıktığı düşünülmektedir (Kupfer vd., 2002; Kessing, 2005).

Manik dönem yaşayan hastaların %90'ında yineleyen ataklar yaşandığı görülmüştür (Aksoy ve Savaş, 2018). Mani dönemlerini genellikle depresyon izlemektedir (Merikangas vd., 2011). Hafif şiddetteki depresif dönemleri ise genellikle mani ve/veya depresif melankolik depresif dönemler veya spontan hipomaniler izlemiştir (Smith vd., 2009). Hastaların büyük bir kısmı hem manik hem depresif dönemler yaşamaktadır. %10-20'si ise sadece manik dönem yaşamaktadır (Limb, Morriss, McCarthy, Perry ve Tarrier, 1999). Dönemlerin süresi 1-2 ay ile bir yıldan uzun sürer şekilde olabilmektedir. Depresif dönemler genelde manik dönemlerden uzun sürmektedir. İlk dönemin depresif olma olasılığı kadınlarda daha fazladır (%75 kadınlar, %67 erkekler). Erkeklerde mani ve depresif dönemler yıllar geçtikçe eşit düzlemde giderken, kadınlarda yıllar geçtikçe depresif dönem sayısının baskınlaştığı bildirilmiştir (Koç, 2016). Hastalığın uzun seyrinde dönem sayısı ve hastalık süresi koruyucu tedaviye uyum ve verilen yanıtı göre değişmektedir. Bu nedenle değişik çalışmalarını bu açıdan karşılaştırmak anlamlı değildir (Aksoy, Savaş, 2018). Zürih'in 30 yıl süren çalışmasında, bireylerin ölüncüye kadar hastalıklarının devam ettiği gözlemlenmiştir (Akdeniz, 2018). BB hastaların %40'ında genellikle kronikleşir (Koç, 2016).

### 2.6.1. Bipolar Bozukluğun Prognozunu Etkileyen Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

BB'de prognozu etkileyen risk faktörleri ve koruyucu faktörler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 2-7).

**Tablo 2-7: Bipolar Bozuklukta risk faktörleri ve koruyucu faktörler**

• Risk Faktörleri	• Koruyucu Faktörler
• Alkol kullanmak	• Koruyucu tedavi almak
• Uyarıcı madde kullanmak	• Alkol kullanmamak
• Tedavi uyumsuzluğu	• Madde kullanmamak
• Antimanik ilaçlar	• Gelecek planı yapmak
• Antidepresanlar	• Düzenli uyku
• Anksiyolitikler	• Düzenli sosyal aktiviteler
• Uyku düzensizliği	• Destek sistemlerini kullanmak

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Destek sisteminin olmaması</li> <li>• Bilişsel bozukluk</li> <li>• Kişilerarası çatışmalar</li> <li>• Rollerde değişme</li> <li>• Uygun olmayan şekilde duygu ifadesi</li> <li>• Sürekli seyahat</li> <li>• Stres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Düzenli kontrollere gitmek</li> <li>• Ailenin desteği</li> <li>• Arkadaşların desteği</li> <li>• Psikoterapi</li> <li>• Düzenli beslenme</li> <li>• Egzersiz</li> </ul>
---	--

(Kaynak: Sachs, G. (2004). *Basic of bipolar disorder. Bipolar Affective Disorder. London: Science Press Ltd, 23-33.*)

## 2.7. Riskli Davranışlar

### 2.7.1. Risk Kavramının Tanımı

Risk kavramının tanımı Türk Dil Kurumu'na göre “zarara uğrama tehlikesi” iken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlık ile ilgili riskin tanımını “olumsuz bir durumu artıran faktörler veya olumsuz bir sonucun gerçekleşmesi” olarak tanımlamıştır.

### 2.7.2. Riskli Davranışlar

Riskli davranışlar genel olarak sağlığı tehlikeye atan ve hayati tehlike yaratan, hastalık, yaralanma ve ölüme sonuçlanma olasılığı yüksek davranışlar olarak ifade edilmektedir (Smith, 2001). Jessor (1998), riskli davranışları ‘kişisel, sosyal veya gelişimsel olarak istenmeyen sonuçlar doğuran risk faktörleri’ olarak tanımlamıştır. Bunlara heyecan arayıcı, fiziksel cesaret gerektiren ya da kuralların ihlalini beraberinde getiren ciddi zarar verici ve hatta ölüme götüren sonuçlar doğurabilen eylemler de dahildir. Riskli davranışlar hakkında daha çok ergenlik dönemindeki bireyler üzerinde çalışma yapılmış, Gençtanırım ve Ergene (2014) ergenler üzerindeki yaptıkları çalışmaya göre; riskli davranışlar arasında okul terki, sigara kullanımı, alkol kullanımı, antisosyal davranışlar, beslenme alışkanlıkları ve intihar gibi eylemler yer almıştır. Atlam ve ark.’nın (2017) yaptıkları araştırmaya göre de; riskli

davranışlar, trafik, cinsellik, madde kullanımı ve sporla ilgili olmak üzere dört farklı grupta toplanır. Suç işleme, sigara içme, alkol veya madde kullanımı, enerji içeceği kullanımı, kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, riskli (alkollü, kemersiz, hızlı, ehliyetsiz) araç kullanma, erken yaşta cinsellik yaşama, korunmasız cinsel ilişkiye girme, evden veya okuldan kaçma, okulu bırakma, derslere ilgisizlik, sağlıksız yeme davranışları, diyet yapma ve hareketsiz yaşam riskli davranışlar arasında sayılır.

### **2.7.3.Riskli Davranışların Alt Boyutları**

#### **2.7.3.1.Madde Kullanımı**

Dsm-V madde kullanım bozukluklarını alkol, kafein, kannabis, halüsinojen (varsandıran), uçucu (inhalan), opiyat, dingingleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici, uyarıcı, tütün ve bilinmeyen bir maddeyle ilişkili bozukluklar alt başlıklarında incelemiştir (DSM, 2013). Madde kullanımı tüm Dünya’da özellikle de gelişmekte olan ülkelerde gerekli önlemler alınmasına karşın baş gösteren ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde de 2010-2019 arasında yapılan TÜİK araştırmalarına göre alkol kullanımı genel nüfusta %12,6’dan %14,9’a doğru yükselme göstermiş olup, büyük çoğunluğu erkekler olmak üzere 25-34 yaş arasında en yüksek kullanım oranları saptanmış, tütün kullanımında ise %25’ten %28 e doğru bir artış olup yine büyük çoğunluğu erkeklerden oluşan 35-44 yaş arası bireylerde yüksek oranlar saptanmıştır. TÜİK yine aynı yıllar arasında alkol ve tütün mamullerine başlama nedenlerini araştırmış, merak, özentisi, aile sorunları, kişisel sorunlar, arkadaş etkisi, eğlence amaçlı ve hiçbir özel neden yok şeklinde veriler elde etmiştir. Tütün ve alkol dışında madde kullanımıyla ilgili epidemiyolojik bir veriye rastlanmamıştır (TÜİK, 2020). Literatür incelendiğinde ise Türkiye’de uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili genel toplum örnekleminde çalışılan tek bir araştırmaya denk gelinmiş, bu çalışmada ise yaşam boyu en az bir kez madde kullandığını belirtenlerin oranı %1.3, erkeklerde kadınlara göre, 15-24 yaş grubunda ise 25 yaş üstüne göre madde kullanım yaygınlığı daha yüksek saptanmıştır (Irak, Işıklı, 2002). Bu çalışmaların bu denli az ve zor olması, madde kullanımının yasal olmayışı, kullanıcıların gizli kalmak istemesi, madde kullanan bireylerin soruları doğru yanıtlamıyor olabileceği, kullanıcılar genellikle belli bazı bölgelerde toplandıkları için, dağılımın net olmayışı genel dağılımı etkileyeceği yönünde görüşlere dayandırılmaktadır (Ögel, 2005). Dünya Uyuşturucu Raporu’na göre dünya çapında 15-64 yaş aralığında yaklaşık 275 milyon yani dünya nüfusunun %5,6’sı en az bir kez uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmıştır. 2016 yılında uyuşturucu bağımlısı 250 milyon olarak kayıtlara geçmiştir. 2 yıl içerisinde bu sayıya 25 milyon kişinin eklenmiş olması durumun ciddiyetini göstermektedir. Yine bu rapora göre; 275 milyon uyuşturucu kullanıcılarından 31 milyondan fazlası uyuşturucu/uyarıcı madde

kullanımı sebebiyle tedaviye ihtiyaç duyacak seviyede zarar görmüştür (Dünya Uyuşturucu Raporu, 2018). Yine ülkemizde yapılan araştırmalar daha çok gençler ve hükümlüler üzerinde olup, BB ve madde kullanımı birlikteliği daha çok kesitsel bölgesel düzeyde yapılmış olup epidemiyolojik veriler oldukça kısıtlıdır. Klinik düzeyindeki araştırmalarda BB'de, yaşam boyu madde kullanım oranları %14 bulunmuşken, ötimik bipolar bozukluğa sahip bireylerde son 12 ayda madde kullanım bozukluğu ise %4,11 oranında bulunmuştur (Güleç, Uludağ, 2015; Umut vd., 2016). Yurtdışında ise ABD merkezli birkaç popüslasyon çalışmasına göre BB'de madde kullanım bozuklukları %34 oranında olup, diğer psikiyatrik bozuklar arasında en yüksek oranlardan biridir. BB'de madde kullanım eş tanısının varlığı tedaviyi zorlaştırmakta, tedavi uyumunu engellemekte, duygudurum ile ilgili semptomlarının yatışmamasına, intihar davranışı gibi riskli durumlara yol açmaktadır. Madde kullanımı BB'de anlık rahatlama sağlayabilirken, hızlı döngülülüğe sebep olmakta, genel işlevselliği düşürüp, düşük yaşam kalitesine sebep olmaktadır (Coles vd., 2019; Brown, İhsan, Salloum ve Sherwood).

### **2.7.3.2. Alkol Kullanımı**

Alkol en kolay ulaşılan maddeler arasında ikinci sıradadır (Köklü, 2019). DSM-V tanı ölçütlerine göre 12 aylık bir süre içinde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya düşme durumunda alkolle ilgili kullanım bozukluğundan bahsedilebilir. Alkol kullanım bozukluğu, alkol elde etmek için çaba harcama, yineleyici ve tehlikeli olabilecek şekilde alkol kullanımı, alkol kullanmak için çok büyük istek uyanması, alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın alkol kullanımının sürdürülmesi, işte, okulda ya da evde sorumluluklarını yerine getirmeme, alkol kullanımından dolayı kişilerarası ilişkilerde sorunların ortaya çıkması gibi tanı kriterleri ile karakterize bir durumdur (DSM, 2013).

Psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerde alkol-madde kullanımı pek çok çalışmada tanımlanmaktadır (Abou-Saleh ve Janca, 2004). Psikiyatrik bozukluklar ile alkol-madde kullanımı birlikteliğinin, psikiyatrik hastalığın erken yaşta başlamasına, hastalığın klinik seyrinin ve tedaviye yanıtının kötüleşmesine, şiddet kullanımına, yasal problemlere, intihar girişimlerinde artışa sebebiyet verdiği öne sürülmektedir (Chengappa, Gershon, Kupfer ve Levine, 2000; Talomo vd., 2006). Bipolar bozukluğa sahip bireylerde alkol kullanım bozuklukları (AKB) eştanısının oldukça sık olduğu bildirilmekte olup yapılan çalışmalarda eş tanı oranı, bozukluğa sahip bireylerin yarısına yaklaşmakta hatta aşabilir durumdadır. Yapılan iki geniş çalışmada bu eş tanı oranı %46 ve %58 olarak bulunmuştur (Grant vd., 2005; Reiger vd., 1990). Ülkemizde konuyla alakalı yapılan çalışmalar oldukça azdır.

### 2.7.3.3.Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı dünyada yılda 3-5 milyon insanın ölümüne sebebiyet vermektedir. Bu sayının 2020- 2030 yılları arasında on kat artacağı düşünülmektedir (DSÖ, 1998). Prognozu kötü seyreden psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerde sigara içmeyle doğrudan ilişkili olarak kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve solunum yolu hastalıkları çok sık görülmekte olup, bu kişilerin genel toplum ortalamasına göre 20- 30 yıl daha erken öldüğü saptanmıştır (Colton ve Manderscheid, 2006). Bütün araştırmalar, özellikle psikotik bozukluklar ve duygudurum bozukluklarına sahip olan bireylerde sigara kullanımına çok sık rastlanıldığını göstermektedir (Baykan ve Yargıç, 2013). Üçok ve ark.'nın 2004'te Türkiye'de yaptıkları bir araştırmada; sigara içme oranları şizofreni hastalarında %57.5, BB hastalarında %55.1, kontrol grubunda %47.3 olarak bildirilmiştir. Son araştırmalarda bipolar bozukluğa sahip bireylerde sigara içme oranı %30-70 arasında bulunmuştur, yaygınlık araştırmaları sonuçlar açısından çeşitlilik gösterse de, özellikle Amerika ve Avrupa'da yapılan kontrollü çalışmalarda tutarlılık yüksektir ve genel topluma göre sigara içme oranı, bozukluğa sahip bireylerde 2-3 kat daha fazladır. Yapılan pek çok araştırma göstermiştir ki bipolar bozukluğa sahip bireyler, genel toplumdaki sigara kullanıcılarından daha ağır içicidir ve bu durum da bırakmalarını zorlaştırmaktadır (Diaz vd., 2009).

Genel olarak özetlemek gerekirse sigara kullanımının bipolar bozukluğa sahip bireylerde bu denli fazla olması şu sebeplere bağlanmaktadır: dikkat attractıcı olması, zevk almayı, sosyalleşmeyi arttırması, nikotinin ödül yolağını etkilemesi, psikotik belirtileri azaltıcısı etkisi, anksiyeteyi azaltması ve duygudurumu daha ötimik duruma yakınlaştırması. Duygudurum ile ilgili etkileri 'kendine tedavi varsayımı' (self medikasyon) olarak bilinir ve maddenin istenmeyen duyguları kaldırmak için kullanıldığını öne sürer. Bu görüş nikotinin monoamin oksidaz (MAO) enzimini inihibe edici etkiye sahip oluşundan ve duygudurumu düzelten (serotonin) ve keyif veren (dopamin) nörotransmitterlerin salınımını artırmasından köken alır (Baykan, Yargıç, 2013).

### 2.7.3.4.İntihar Eğilimi

DSÖ intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümle sonuçlanır. İntihar girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir (Akt., Harmancı, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verisine göre, Türkiye'de bir yılda 2729 kişi intihar ve kasıtlı kendine zarar verme sebebiyle yaşamını yitirmiştir. DSÖ 2016 verilerine göre de Dünya'da her yıl 800 bin kişi intihar sebebiyle yaşamını yitirmektedir (akt. G. Mart, M. Mart ve Örum, 2021). İntihar maddi sorunlar, kronik

hastalıklar, ruh sağlığı bozuklukları, ayrımcılık, ailesel, sosyal sorunlar, yaşam olaylarında krizlere bağlı dürtüsellik, baş etme becerilerinde yetersizlik, şiddet, istismar, yas, göç gibi pek çok durumdan meydana gelebilir. Psikiyatrik bozukluklar hem bu risk faktörlerinden hem yaşam olaylarından etkilenen hem de yapısı gereği intihara sebebiyet veren önemli bir alandır (Görüm vd., 2021). İntiharla en çok bağlantısı olan psikiyatrik bozukluklar majör depresif bozukluk, şizofreni, şizoafektif bozukluk ve BB'dir (Bachmann, 2018).

BB'de, bozukluğun doğasında yer alan depresif periyotlar, ilk atağın depresif olması, son atağın depresif olması, kadın cinsiyet, bozukluğun erken yaşta başlangıcı, eş tanı olarak anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, sınırdurum kişilik bozukluğu olması ve birinci derece aile yakınlarında intihar öyküsü olması intihar eğilimini attıran risk faktörleridir. Bunlara ek olarak umutsuzluk, psikopatoloji, intihar düşüncesi, son dönem yaşam olayları, aile ve ruh sağlığı profesyonelleri için intiharı önlemek açısından uyarıcı nitelik taşımaktadır (Kamaradova, Latalova ve Prasko, 2014). Bipolar bozukluğa sahip bireylerin hayatları boyunca %25-50 oranında en az bir kere intihar girişiminde buldukları ve %8-19 oranında da yaşamlarını yitirdikleri bilinmektedir (Marangell vd., 2006).

#### **2.7.3.5. Beslenme Alışkanlıkları**

İnsan sağlığı beslenme, çevre koşulları, iklim, kalıtım vb. birçok etmenden etkilenir, beslenmenin de bu etmenler arasındaki yeri çok önemlidir. Sağlıklı beslenme; kişinin, cinsiyeti, yaşı ve fizyolojik durumuna göre ihtiyacı olan besin öğelerini tam ve dengeli bir şekilde alabilmesidir. Beslenme ve ruhsal durum arasındaki ilişki birbirini etkiler şeklindedir. Beslenme alışkanlıkları ruhsal durumunu etkilerken, ruhsal durum da beslenmeyi etkiler (Saygın vd., 2011). BB'de ruhsal durumun yeme şekillerine etkisi şu şekilde bulunmuştur; hipomani, mani, ve melankolik depresyona anoreksiya, hipofaji ve kilo kaybı eşlik edebilir, atipik depresyonda ise iştah artışı, aşırı yeme ve kilo artışı görülebilir (Akiskal, Keck, Kotwal ve McElroy, 2005). Dönemsel yeme davranışlarında bozulmaya ek olarak yapılan çalışmalarda BB'de; obezite ve vücut ağırlığında dalgalanmalar olduğu, yeme bozukluğu eş tanısının yaygın olduğu, bunların başını da tikanırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervozanın çektiği bildirilmiştir (Saygın vd., 2011). BB'nin tedavisinde kullanılan ilaçlardan valproat ve atipik antipsikotiklerin tıkanma yemelerini arttırdığı bildirilirken özellikle olanzapinin gece yemelerini arttırdığı, klozapinin ise bulimiya nervozayı alevlendirdiği saptanmıştır (Brewerton ve Shannon, 1992; Paquet vd., 2002).

### 2.7.3.6. Antisosyal Davranışlar

DSM V'te antisosyal kişilik bozukluğu şu davranım örüntüleriyle ilişkilendirilmiştir; Tutuklanmasına yol açan yineleyici eylemlerde bulunmakla belirli olmak üzere, yasal yükümlülüklere uymama, sık sık yalan söyleme, takma adlar kullanma ya da kişisel çıkarı ya da zevki için başkalarını dolandırma ile belirli düzmecilik (sahtekarlık), dürtüsellik ya da geleceğini tasarlamama, sık sık kavga dövüşlere katılma ya da başkalarının hakkına el uzatma ile belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık, kendisinin ya da başkalarının güvenliğini umursamama, sürekli bir işinin olmaması ya da parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme ile belirli, sürekli bir sorumsuzluk, başkasını incitmesi, başkasına kötü davranması ya da başkasından çalması durumunda aldırma gösterme ya da yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme (pişmanlık duymama). Toparlamak gerekirse antisosyal davranışlar toplum normlarına, genel ahlaki yapıya, geleneklere uymayan/ters düşen davranışlardır. Bu davranışlara örnek olarak istismar, yalan söyleme, hırsızlık, evden kaçma, saldırgan davranışlar, suç niteliği taşıyabilecek eylemler verilebilir (Budak, 2000; Öztürk, 2002). Yapılan çalışmalara göre BB antisosyal davranıma neden olabilirken bunun bir sonucu olarak da suça karışmaya sebep olabilecek bir risk faktörüdür. Manik dönemde taşkın bir duygulanım, psikomotor aktivitedeki artış, düşünce bozuklukları, yüksek kendine özgüven, madde kullanımı eş tanısının bulunması, antisosyal /şiddet davranımında bulunma riskini arttıran faktörlerdir (Volavka, 2012). Manik dönemde cinsel taciz, dolandırıcılık ve hırsızlık suçlarının da işlenebildiği görülmektedir.

Yaşam boyu saldırgan davranışlarda bulunmada Bipolar I ve Bipolar II tanılarının yaygınlığı %25.34 ve %13.55 olarak saptanmıştır (Grant vd., 2005). Yapılan çalışmalarda uzun süren işsizlik, düşük gelir ve öğrenim süresi, bekar olmak gibi faktörlerin bipolar bozukluğa sahip bireyler için antisosyal davranış gösterme açısından risk oluşturduğu saptanmıştır (Akkaya vd., 2012; Camcıoğlu, Ger, Öncü, Şüküroğlu ve Uygur, 2014).

### 2.7.3.7. Cinsel Davranışlar

BB'de düşünce bozuklukları, algı değişiklikleri, duygudurum dalgalanmaları, dürtüsellik, libido artışı, grandiyözite, öföri, psikomotor aktivite de artış gibi nedenlerden dolayı riskli davranışlara olan eğilimden diğer bölümlerde de sıkça söz edilmiştir. Bozukluğun bu doğası; özellikle manik ve hipomanik evrede görülen hiperseksüalite, dürtüsellik ve muhakeme zayıflığı hastaları cinsel açıdan riskli davranışlara açık hale getirmektedir (DSÖ, 1996; Kraus, Potenza ve Voon, 2016). BB'de özellikle manik atakta cinsel istek artışı, rastgele cinsel ilişki, sık eş değiştirme gözlenmektedir. Türkiye'de bu konu hakkındaki çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, bipolar

bozukluğa sahip bireylerin daha sık cinsel ilişki, daha sık korunmasız cinsel ilişki, daha yüksek cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve daha fazla cinsel partner bildirdiği saptanmıştır (Carey vd., 2004). Brezilya'da yürütülen geniş bir kesitsel çalışmada, bipolar bozukluğa sahip bireylerin %90'ından fazlasının yaşam boyu korunmasız cinsel ilişki bildirdiğini, %30'unun seks karşılığında para alışverişinde bulunduğunu ve %26,8'inin 10'dan fazla cinsel partneri olduğu saptanmıştır (Campos, Dutra ve Guimarães, 2014). Bu cinsel davranış örüntüleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve plansız gebelikler için risk oluşturmaktadır. Bipolar bozukluğa sahip bireylerde madde kullanım bozuklukları yaygın görülmektedir, tüm bu risk faktörleri bir araya gelince, HIV benzeri enfeksiyonların hem bulaşması hem bulaştırılması riskini artırmaktadır. 2012 yılında yapılan bir çalışmaya göre; HIV enfeksiyonu olan bipolar bozukluğa sahip bireyler virüsün bulaşmasına sebep olacak riskli davranışlara daha çok girmekte bu durumda hastalığın bulaştırılması açısından risk oluşturmaktadır (Bevilacqua, Key ve Meade, 2012).

## **2.8. Aile İşlevselliği**

TDK'da aile evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birlik olarak tanımlanmaktadır. Bu birlik insanların birlikte yaşamak üzere bir araya geldikleri en küçük ve en eski topluluktur (Akın, 2013). Aile kavramıyla ilgili çok fazla tanımlama ve görüş olmasına karşın, çoğu aile kuramcıları “yakın olan başka biriyle yaşayan ve bir mekânı paylaşan, iki veya daha fazla bireyleri içeren, bazı duygusal bağların kurulduğu, birbiriyle ilgili sosyal durumlar, roller ve görevlerin üstlenildiği, sevgi, ait olma duygularının paylaşıldığı” konusunda hemfikirdir (Allender ve Spradley, 2005).

Aile işlevselliği ailenin amaçlarına ulaşmak için aile tarafından kullanılan süreçleri içerir. Bu fonksiyonel süreçler aile üyeleri arasındaki iletişim, amaç oluşturma, çatışma çözümü, beslenme, iç ve dış kaynakların kullanımını içerir (Hall, Perry, Potter ve Stocker, 2012). Yüzyıllardır aileler benzer işlevlere sahip olup neslin devamlılığı için çocuk yapma, eğitim öğretim, beslenme, ekonomik, duygusal destek, güvenlik, barınma, bireylerin sağlıklarını koruma gibi ihtiyaçlara cevap vermektedir (Hallaç ve Öz, 2014).

Fonksiyonel/sağlıklı/ normal aileler şu özelliklerle bağdaştırılmıştır: aile üyeleri arasında, kolaylaştırıcı bir etkileşim süreci yaratan, üyenin bireysel gelişimini artıran, rol ilişkilerini etkili bir şekilde yapılandıran, aktif olarak problemleriyle baş etmek için girişimlerde bulunan, sağlıklı bir ev çevresi ve yaşam tarzını sağlayan, bağlı oldukları topluluklarla düzenli bağlar kuran (Allender ve Spradley, 2005). İşlevsel ailelerin, birey sorunlu bir süreçten geçerken yeni duruma uygun rol ve kural değişikliklerini sağlayarak sorunla başa çıkabildikleri, aile

bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, soruna odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olmasının hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev gördüğüne dair çalışmalar literatürde mevcut olup, işlevsel olmayan ailelerin yeni durumlara bağlı olarak rollerde ortaya çıkan değişimler konusunda yeterli esnekliğe sahip olmadığı, kişilerarası ilişki sorunlarının, bağımlılığın, incinebilirliğin, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan "işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olduğu yine literatürde yer almaktadır (Bulut, 1993; Dönmezer, 2001; Ünal vd., 2004).

BB gibi ataklarla seyreden kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalan bireyler, eğitim, mesleki yaşantı, kişiler arası iletişim gibi, fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar yönünden çoğu zaman güçlükler yaşamakta ve bu aileyi de etkilemektedir (Ünal, 2004). BB'nin her atağı, hospitalizasyon gerektiren durumlar hasta ve ailesi için stresli bir yaşam olayıdır ve ailede dengeleri bozar ve yeni baş etme stratejileri geliştirmeyi gerektirir (Kahn, Printz, Ross ve Sachs, 2000). BB'nin manik evresinde ailede posttravmatik stres bozukluğu görüldüğü düşünülmektedir, üyeler bu dönemde emosyonel olarak birbirinden uzaklaşmış hissedebilir, duygulanımda bir labilite söz konusu olup bu durumda kendini dürtüsel olarak gösterebilir. Hançer ve ark.'nın (2020) bipolar bozukluğa sahip evli kadınlarda yaptığı araştırmada, evlilik uyumlarının kötü, aile işlevlerinin sağlıksız olduğu saptanmıştır. Aile işlevselliğinin önemi günümüzde BB açısından kabul görmüş olsa da konuyla ilgili çalışmalar çok kısıtlıdır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, bipolar kadın hastalarda riskli davranışlar ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ilişki arayıcı çalışma tipinde gerçekleştirildi.

#### 3.2. Araştırmanın Değişkenleri

##### 3.2.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, bipolar kadın hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumları, meslek ve çalışma durumu, aile yapısı, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile hastanın ruhsal bozukluk tanısının başlangıcı, tedavi süreci, varsa eşik eden fiziksel hastalıkları ve tedavi süreçleridir.

##### 3.2.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Bipolar kadın hastaların aile değerlendirme ölçeği ve modifiye risk katılımı ve algı ölçeğinden aldıkları puanlar.

#### 3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 22.02.2021 tarihinde 2021/49 nolu karar ile onaylandı. Kurum izni araştırma verilerinin toplanacağı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden alındı. Katılımcılar Helsinki Deklarasyonu'na göre araştırma hakkında bilgilendirildi, yazılı ve sözlü onamları alındı.

#### 3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, Mart 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul İlinde bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi kadın akut psikiyatri servislerinden elde edildi.

#### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul İlinde bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi kadın akut psikiyatri servislerinde yatan BB tanılı hastalar oluşturdu (N=398). Çalışmanın gücü ADÖ ve M- RIPS ölçekleri arasında korelasyon katsayısı ( $\rho$ ) 0.227 olarak alındığında ve %5 alfa hata için çalışmanın gücü %80 olarak hesaplandı. Çalışmanın örneklemini 145 BB

tanılı kadın hasta oluşturdu. Araştırmaya Alınma Kriterleri; yatarak tedavi görüyor olmak, kadın olmak, 18-65 yaş arasında olmak; Araştırmadan dışlanma kriterleri, ayakta tedavi görüyor olmak, erkek olmak, akut dönemde olmak, bilişsel bozukluğu olmak, görme ve duyma alanlarında soruların cevaplanmasını engelleyecek herhangi bir bozukluğa sahip olmak olarak belirlendi.

### **3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Veriler demografik özelliklerin belirlendiği araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu, Aile Değerlendirme Ölçeği (Ek 3) ve Modifiye Risk Katılımı ve Algı Ölçeği (Ek 4) ile toplanmıştır.

#### **Kişisel Bilgi Formu:**

Araştırmacı tarafından hazırlanmış bu formda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim durumu, medeni durumu, kardeş sayısı, gelir durumu vs.) aile yapısına, madde kullanım öyküsüne, ailede ruhsal bozukluk öyküsüne, tıbbi öyküsüne yönelik 18 soru bulunmaktadır.

#### **Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):**

Mc Master Family Assessment Device (Aile Değerlendirme Ölçeği) aile işlevlerini, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere 7 alt boyutta ölçmek üzere Amerika Birleşik Devletleri'nde Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiştir (Miller vd., 1985). Ölçek 60 madde olup, Türkçeye uyarlama çalışması Işıl Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır. 4'lü likert tipi olan ölçeğin her bir maddesi için aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum seçenekleri bulunmaktadır. Ölçeğin puanlamasında aynen katılıyorum 1 puan, büyük ölçüde katılıyorum 2 puan, biraz katılıyorum 3 puan, hiç katılmıyorum 4 puan almıştır. 1., 4., 5., 7., 8., 9., 11., 13., 14., 15., 19., 21., 22., 25., 27., 28., 31., 33., 34., 35., 37., 39., 41., 42., 44., 45., 47., 48., 51., 52., 53., 54. 58. maddeler ters maddeler olup puanlaması ters şekilde, yani aynen katılıyorum 4 puan, büyük ölçüde katılıyorum 3 puan, biraz katılıyorum 2 puan, hiç katılmıyorum 1 puan olacak şekilde puan almıştır. Her alt ölçekten alınan puan o alt ölçeğe ait maddelerden alınan puanların o alt ölçekteki soru sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. 2 üzeri puanlar sağlıklı aile işlevselliğini, 2 altı puanlar sağlıklı aile işlevselliğini göstermektedir (Erbay, 2013). Alt ölçeklerin Cronbach-alfa ile değerlendirilen iç tutarlık katsayıları .38 ile .86 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği boşanma sürecinde olan ve olmayan grupların aldıkları puanlar karşılaştırılarak değerlendirilmiş olup, ölçeğin bu iki grubu anlamlı düzeyde ayırt

ettiği bulunmuştur (Bulut, 1990). Ölçek EK 3'te verilmiştir. Yapılan bu çalışmada ise ADÖ için  $\alpha=.84$  bulunmuştur.

### **Modifiye Risk Katılımı ve Algı Ölçeği (M-RIPS):**

Risk katılımı ve algı ölçeği, riskli alma davranışlarına katılım sıklığını, davranışsal niyetleri ve algılanan risk ve faydayı ölçer (bkz: EK 4) 19 maddeden oluşan orijinal ölçek (Siegel vd., 1994), “katılım”, “algılanan riskler” ve “algılanan fayda” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Başka bir çalışmada Parsons, Siegal ve Cousin (1997) “araba sürmek” maddesini çıkararak ve “niyet” adı verilen başka bir alt ölçeği ekleyerek ölçeği revize etmiştir. Risk Katılımı ve Algısı Ölçeğinde düşük riskten yüksek riske kadar değişen 18 davranış maddesi bulunmaktadır. Her alt ölçek, ilgili uygun talimatlarla aynı 22 davranış listesinden oluşur. RIPS'in maddeleri, katılım alt ölçeği için “hiçbir zaman” ile “günlük” arasında, algılanan risk alt ölçeği için “hiç riskli değil” ile “son derece riskli” arasında ve algılanan fayda için ‘son derece faydalı’ ve “hiç faydalı değil” arasında değişen 9'lu Likert tipi ölçekle ölçülmektedir. RIPS'in katılım alt ölçeğindeki yüksek puanlar, risk alma davranışına daha sık katılımı gösterir ve ayrıca RIPS'in algılanan risk alt ölçeği ve algılanan fayda alt ölçeğindeki daha yüksek puanlar, sırasıyla daha yüksek risk algısı seviyelerini ve daha yüksek fayda algısı seviyelerini gösterir. Tüm alt ölçekler için test-tekrar test güvenilirlik katsayıları katılım için .86, algılanan risk için .62 ve algılanan fayda için .63 iken ( $p < .001$ ), tüm alt ölçekler için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları “katılım” için .72, “algılanan riskler” için .87 ve “algılanan faydalar” için .77'dir (Cousin, Parsons ve Siegal, 1997; Siegel vd., 1994). Özmen (2006) tarafından “katılım” alt ölçeğinden oluşan Modifiye Risk Katılımı ve Algı Ölçeği (M-RIPS) kullanılmıştır. Risk Katılım ve Algı Ölçeği'nin “katılım” alt ölçeği, orijinal RIPS'in 17 maddesi ile RIPS'in diğer versiyonundaki 15 maddenin birleştirilmesiyle ve daha sonra bu madde 32 maddeden 9'unun çıkarılmasıyla 23 madde olarak Türk kültürüne uyarlanmıştır. Uyarlanan ölçek tek boyutlu olup puanlamasında her madde için hiçbir zamandan her güne kadara 0'dan, 8' e kadar yapılan puanlamaların toplamı 23'e bölünerek M-RIPS'ten alınan puan elde edilmiştir. “Katılım” alt ölçeğinin değiştirilmiş versiyonu kabul edilebilir güvenilirlik ( $\alpha=.78$ ) ve geçerlilik değerlerine sahiptir (Özmen, 2006). Yapılan bu çalışmada ise M-RIPS için  $\alpha=.82$  bulunmuştur.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veriler toplanırken katılımcılara, katılımın gönüllülük esasına dayandığı anlatılıp, araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, aydınlatılmış onam formu ve bilgi formu okutulup imzalatıldı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış olup, onam sonrası her bir katılımcı için verilerin toplanması yaklaşık 25 dakika sürmüştür.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sadece T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören bipolar kadın hastalarla yapılmış olması nedeni ile genellenemez. Elde edilen veriler, bireylerin veri toplama araçlarına verdiği yanıtlarla ve veri toplama araçlarının kapsadığı boyutlarla sınırlıdır.

### **3.9. Verilerin Analizi**

Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, medyan minimum-maksimum ve yüzdeler olarak verildi. Normal dağılım göstermeyen ölçümsel verilerin analizinde non-parametrik testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grubun karşılaştırılması amacıyla ise Kruskal Wallis testleri uygulandı. Korelasyon testlerinde Spearmann testi uygulandı. Karıştırıcı değişkenlerin kontrolü için linear lojistik regresyon analizi enter yöntemi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu bölümde tüm katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir.

**Tablo 4-1: Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

		n	%	ss	Medyan	Max	Min
Yaş		145		9,7	32,0	18,0	56,0
Eğitim durumu	İlkokul	21	%14,5				
	Ortaokul	30	%20,7				
	Lise	56	%38,6				
	Yüksek okul / Üniversite	38	%26,2				
Çalışma durumu	Çalışıyor	34	%23,4				
	Çalışmıyor	95	%65,5				
	Öğrenci	16	%11,0				
Medeni durum	Evli	48	%33,1				
	Bekar	72	%49,7				
	Ayrılmış	25	%17,2				
Çocuk sayısı	Yok	81	%55,9				
	Tek çocuk	20	%13,8				
	2 çocuk	27	%18,6				
	3 ve üzeri	17	%11,7				
Aile yapısı	Çekirdek	107	%73,8				
	Geniş	20	%13,8				
	Parçalanmış	18	%12,4				
Algılanan gelir düzeyi	Düşük	37	%25,5				
	Orta	101	%69,7				
	Yüksek	7	%4,8				
Kardeş sayısı	Yok	16	%11,0				
	1 kardeş	19	%13,1				
	2 kardeş	26	%17,9				

	3 kardeş	32	%22,1
	4 kardeş	17	% 11,7
	5 kardeş	17	% 11,7
	6 ve üzeri	18	% 12,4
Evde kimlerle yaşadığı	Anne ve/veya babamla	44	%30,3
	Eşim ve çocuklarımla	43	%29,7
	Diğer	58	%40,0
Anne eğitim düzeyi	Okur-yazar	19	% 13,1
	İlkokul	57	%39,3
	Ortaokul	28	% 19,3
	Lise	19	% 13,1
	Üniversite	5	%3,4
	Okur-yazar değil	17	% 11,7
Baba eğitim düzeyi	Okur-yazar	11	%7,6
	İlkokul	48	%33,1
	Ortaokul	33	%22,8
	Lise	33	%22,8
	Üniversite	13	%9,0
	Okur-yazar değil	7	%4,8
Sigara kullanımı	Yok	44	%30,3
	Var	101	%69,7
Alkol madde kullanımı	Yok	86	%59,3
	Alkol	51	%35,2
	Madde	8	%5,5
	Ailede ruhsal bozukluğu olan birey	Var	60
Yok		85	%58,6
Psikiyatrik hastalık dışında hastalık öyküsü	Var	36	%24,8
	Yok	109	%75,2
Rastgele cinsel ilişki	Evet	19	% 13,1

yaşama durumu	Hayır	126	%86,9
Araba kullanırken aşırı hız yapma	Evet	13	%9,0
	Hayır	132	%91,0

Tablo 4-1' de tüm katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımları incelendiğinde; yaş ortalaması  $32,4 \pm 9,7$  tespit edilmiştir. Eğitim durumları incelendiğinde %14,5'i (n=21) ilkokul mezunu, %20,7'si (n=30) ortaokul, %38,6'sı (n=56) lise ve %26,2'si (n=38) yüksek okul/üniversite mezunu idi. Katılımcıların %23,4'ü (n=34) çalışıyor, %65,5'i (n=95) çalışmıyorken, %11'i (n=25) öğrenciydi. Katılımcıların %33,1'i (n=48) evli, %49,7'si (n=72) bekar, %17,2'si (n=25) ise ayrılmış idi.

## 4.2. Sosyodemografik Özelliklerin Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanları ve M-RIPS Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

### 4.2.1. Yaş

**Tablo 4-2-1: Yaş ile ADÖ ve M-RIPS skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi**

		Yaş
Problem çözme	rho	-0,067
	p	0,421
İletişim	rho	0,034
	p	0,687
Roller	rho	-0,116
	p	0,164
Duygusal tepki verebilme	rho	0,044
	p	0,601
Gereken ilgiyi gösterme	rho	0,114
	p	0,170
Davranış kontrolü	rho	0,141
	p	0,092

Genel işlevler	rho	0,005
	p	0,948
M-RIPS	rho	-0,219**
	p	<b>0,008</b>

Spearman korelasyon testi

\*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır

\*\* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır

Yaş ile ADÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). M-RIPS puanları ile yaş arasında anlamlı zayıf negatif korelasyon tespit edilmiştir ( $p=0,08$ ,  $r=-0,219$ ).

#### 4.2.2.Eğitim Durumu

**Tablo 4-2-2: Eğitim durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	İlkokul (n=21)	Lise (n=56)	Ortaokul (n=30)	Yüksekokul/üniversite (n=38)	p
Problem çözme	1,50 [1.00, 2.67]	1,83 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 4.00]	1,75 [1.00, 3.83]	0,478
İletişim	1,89 [1.22, 2.89]	1,89 [1.00, 3.33]	1,83 [1.11, 2.89]	1,89 [1.11, 2.89]	0,722
Roller	2,00 [1.45, 3.00]	2,09 [1.55, 3.09]	2,18 [1.55, 3.09]	2,09 [1.27, 2.82]	0,120
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.33, 2.83]	2,00 [1.17, 3.83]	2,17 [1.17, 3.17]	2,00 [1.33, 3.17]	0,577
Gereken ilgiyi gösterme	2,43 [2.14, 3.14]	2,43 [1.71, 3.57]	2,36 [1.57, 3.29]	2,36 [1.57, 3.00]	0,436
Davranış kontrolü	2,22 [1.33, 3.00]	2,00 [1.44, 3.11]	1,94 [1.33, 3.11]	2,11 [1.44, 3.00]	0,319
Genel işlevler	1,67 [1.00, 2.67]	1,75 [1.08, 3.42]	1,71 [1.08, 3.42]	1,67 [1.00, 2.75]	0,629
M-RIPS	9,00 [2.00, 30.00]	11,00 [0.00, 137.00]	12,50 [1.00, 58.00]	13,50 [0.00, 39.00]	0,887

Kruskal Wallis test

Eğitim durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

### 4.2.3.Çalışma Durumu

**Tablo 4-2-3: Çalışma durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Çalışıyor (n=34)	Çalışmıyor (n=95)	Öğrenci (n=16)	p
Problem çözme	1,92 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 4.00]	1,75 [1.00, 3.50]	0,470
İletişim	1,89 [1.11, 3.22]	1,89 [1.11, 3.33]	1,78 [1.00, 2.56]	0,644
Roller	2,09 [1.64, 3.09]	2,09 [1.27, 3.09]	2,09 [1.55, 2.64]	0,697
Duygusal tepki verebilme	2,17 [1.33, 3.33]	2,00 [1.17, 3.83]	2,00 [1.50, 2.83]	0,415
Gereken ilgiyi gösterme	2,36 [1.57, 3.14]	2,43 [1.57, 3.57]	2,36 [1.71, 2.86]	0,477
Davranış kontrolü	2,11 [1.44, 3.00]	2,11 [1.33, 3.11]	1,94 [1.44, 2.67]	0,162
Genel işlevler	1,67 [1.00, 3.42]	1,67 [1.00, 3.42]	1,62 [1.00, 2.42]	0,500
M-RIPS	12,00 [0.00, 41.00]	12,00 [0.00, 137.00]	10,50 [0.00, 32.00]	0,660

Kruskal Wallis test

Çalışma durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

### 4.2.4.Medeni Durum

**Tablo 4-2-4: Medeni durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Ayrılmış (n=25)	Bekar (n=72)	Evli (n=48)	p
Problem çözme	1,67 [1.00, 3.83]	1,92 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 3.33]	<b>0,011</b>
İletişim	1,67 [1.11, 3.33]	1,94 [1.00, 3.33]	1,89 [1.11, 3.11]	0,119
Roller	1,91 [1.45, 2.82]	2,23 [1.55, 3.09]	2,09 [1.27, 2.91]	<b>0,005</b>
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.33, 3.83]	2,08 [1.33, 3.33]	1,92 [1.17, 2.67]	0,073
Gereken ilgiyi gösterme	2,29 [1.57, 3.14]	2,43 [1.57, 3.57]	2,57 [2.00, 3.43]	0,117
Davranış kontrolü	2,00 [1.44, 2.56]	2,00 [1.33, 3.11]	2,11 [1.33, 3.00]	0,597

Genel işlevler	1,42 [1.08, 3.17]	1,88 [1.00, 3.42]	1,67 [1.08, 2.92]	0,124
M-RIPS	12,00 [1.00, 39.00]	13,00 [0.00, 137.00]	9,00 [0.00, 36.00]	<b>0,031</b>

Kruskal Wallis test

Medeni durumlarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, bekar katılımcıların problem çözme alt ölçek puanları ayrılmış ve evli olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,011$ ). Roller alt ölçeği puanları ise bekarlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak en yüksek iken, evlilerde daha düşük, ayrılmışlarda en düşüktür ( $p=0,05$ ).

M-RIPS puanları bekarlarda en yüksek, ayrılmışlarda daha düşük, evlilerde ise en düşüktür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,031$ ).

#### 4.2.5.Çocuk Sayısı

**Tablo 4-2-5: Çocuk sayılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Çocuk yok (n=81)	Tek çocuk (n=20)	2 çocuk (n=27)	3 ve üzeri (n=17)	
Problem çözme	1,83 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 3.83]	1,67 [1.00, 3.33]	1,67 [1.00, 3.00]	0,110
İletişim	1,89 [1.00, 3.33]	1,78 [1.11, 3.33]	1,89 [1.22, 3.11]	1,78 [1.22, 2.44]	0,940
Roller	2,18 [1.55, 3.09]	2,05 [1.45, 2.73]	2,00 [1.27, 3.00]	2,18 [1.36, 2.91]	0,119
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.33, 3.33]	2,00 [1.17, 3.83]	1,83 [1.17, 2.67]	2,17 [1.17, 2.67]	0,388
Gereken ilgiyi gösterme	2,43 [1.57, 3.57]	2,29 [1.57, 3.14]	2,57 [2.00, 3.14]	2,43 [2.00, 3.43]	0,241
Davranış kontrolü	2,00 [1.33, 3.11]	2,22 [1.67, 2.67]	2,00 [1.56, 3.00]	2,11 [1.33, 3.00]	0,881
Genel işlevler	1,67 [1.00, 3.42]	1,79 [1.08, 3.17]	1,58 [1.08, 2.92]	1,67 [1.25, 2.58]	0,698
M-RIPS	13,00 [0.00, 137.00]	12,00 [0.00, 30.00]	8,00 [0.00, 36.00]	10,00 [0.00, 25.00]	0,077

Kruskal Wallis test

Çocuk sayılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.6.Aile Yapısı

**Tablo 4-2-6: Aile yapılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Çekirdek (n=107)	Geniş (n=20)	Parçalanmış (n=18)	p
Problem çözme	1,67 [1.00, 4.00]	1,67 [1.17, 2.50]	2,17 [1.17, 3.83]	<b>0,022</b>
İletişim	1,89 [1.00, 3.33]	1,83 [1.11, 2.89]	2,00 [1.22, 2.89]	0,511
Roller	2,09 [1.27, 3.09]	2,09 [1.64, 3.09]	2,32 [1.64, 3.00]	0,131
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.17, 3.83]	1,83 [1.17, 2.50]	2,25 [1.33, 3.17]	0,055
Gereken ilgiyi gösterme	2,43 [1.57, 3.43]	2,43 [1.57, 3.57]	2,57 [1.86, 2.86]	0,994
Davranış kontrolü	2,11 [1.33, 3.00]	1,89 [1.44, 2.89]	2,17 [1.78, 3.11]	<b>0,021</b>
Genel işlevler	1,67 [1.00, 3.42]	1,58 [1.00, 2.17]	2,17 [1.25, 3.42]	<b>0,025</b>
M-RIPS	11,00 [0.00, 58.00]	11,50 [0.00, 65.00]	17,50 [5.00, 137.00]	<b>0,011</b>

Kruskal Wallis test

Aile yapılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında parçalanmış aileye sahip katılımcılarda problem çözme alt ölçek puanları geniş ve çekirdek aileye sahip olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,022$ ) Davranış kontrolü alt ölçeği puanları ise parçalanmış aileye sahip olanlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak en yüksek iken, çekirdek aileye sahip olanlarda daha düşük, geniş aileye sahip olanlarda en düşüktür. ( $p=0,021$ ) Genel işlevler alt ölçeği puanları ise parçalanmış aileye sahip olanlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak en yüksek iken, çekirdek aileye sahip olanlarda daha düşük, geniş aileye sahip olanlarda en düşüktür ( $p=0,025$ ).

M-RIPS puanları ayrılmış aileye sahip olanlarda en yüksek, geniş aileye sahip olanlarda daha düşük, çekirdek aileye sahip olanlarda en düşüktür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,011$ ).

#### 4.2.7. Algılanan gelir düzeyi

**Tablo 4-2-7 :Algılanan gelir düzeylerine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

Gelir	Düşük (n=37)	Orta (n=101)	Yüksek (n=7)	P
Problem çözme	1,83 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 4.00]	1,33 [1.00, 2.67]	0,369
İletişim	2,11 [1.11, 3.33]	1,89 [1.11, 3.33]	1,44 [1.00, 2.33]	<b>0,023</b>
Roller	2,18 [1.45, 3.00]	2,09 [1.27, 3.09]	2,09 [1.73, 3.09]	0,698
Duygusal tepki verebilme	2,17 [1.17, 3.17]	2,00 [1.17, 3.83]	1,83 [1.50, 2.50]	0,194
Gereken ilgiyi gösterme	2,57 [1.57, 3.43]	2,43 [1.57, 3.43]	2,43 [2.14, 3.57]	0,840
Davranış kontrolü	2,22 [1.44, 3.11]	2,00 [1.33, 3.11]	1,78 [1.44, 2.89]	<b>0,039</b>
Genel işlevler	2,00 [1.00, 3.42]	1,67 [1.00, 3.42]	1,42 [1.08, 2.17]	0,118
M-RIPS	12,00 [1.00, 39.00]	12,00 [0.00, 137.00]	19,00 [5.00, 65.00]	0,732

Kruskal Wallis test

Gelir düzeylerine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında iletişim alt ölçek puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük gelirlilerde en yüksek, orta gelirlilerde daha düşük, yüksek gelirlilerde en düşüktür. (p=0,023) Davranış kontrolü alt ölçeği puanları ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük gelirlilerde en yüksek iken, orta gelirlilerde daha düşük, yüksek gelirlilerde en düşüktür (p=0,039).

M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0,05).

#### 4.2.8.Kardeş sayısı

**Tablo 4-2-8: Kardeş sayılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Yok (n=16)	1 kardeş (n=19)	2 kardeş (n=26)	3 kardeş (n=32)	4 kardeş (n=17)	5 kardeş (n=17)	6 ve üzeri sayıda kardeş (n=18)	p
Problem çözme	2,17 [1.50, 4.00]	1,83 [1.17, 2.67]	1,58 [1.00, 3.83]	1,67 [1.00, 3.83]	1,83 [1.17, 4.00]	2,00 [1.00, 3.00]	1,67 [1.00, 3.83]	0,239
İletişim	1,94 [1.22, 2.89]	1,89 [1.22, 2.56]	1,83 [1.00, 3.33]	1,83 [1.11, 3.11]	1,78 [1.11, 3.33]	2,00 [1.22, 2.89]	1,89 [1.33, 2.56]	0,976
Roller	2,09 [1.55, 2.91]	2,09 [1.64, 3.09]	2,14 [1.45, 3.09]	2,09 [1.27, 3.00]	2,18 [1.55, 3.09]	2,09 [1.36, 3.00]	2,27 [1.73, 2.91]	0,886
Duygusal tepki verebilme	2,17 [1.83, 3.00]	1,83 [1.50, 2.83]	2,00 [1.17, 3.83]	2,00 [1.17, 3.17]	2,00 [1.50, 3.00]	2,00 [1.17, 2.67]	2,00 [1.17, 3.17]	0,739
Gereken ilgiyi gösterme	2,36 [2.00, 3.14]	2,29 [1.57, 2.86]	2,50 [1.86, 3.57]	2,43 [1.57, 3.43]	2,29 [1.86, 3.29]	2,57 [2.00, 3.43]	2,57 [1.71, 3.29]	0,255
Davranış kontrolü	2,11 [1.44, 3.00]	2,11 [1.44, 2.78]	2,11 [1.44, 2.89]	1,89 [1.44, 3.00]	2,00 [1.33, 3.11]	2,00 [1.56, 3.00]	2,22 [1.33, 3.11]	0,472
Genel işlevler	1,71 [1.08, 3.00]	1,83 [1.08, 2.42]	1,75 [1.00, 3.42]	1,54 [1.08, 2.92]	1,58 [1.00, 2.67]	1,75 [1.08, 2.58]	1,62 [1.17, 3.42]	0,912
M-RIPS	18,00 [0.00, 39.00]	11,00 [0.00, 38.00]	15,00 [0.00, 65.00]	12,00 [0.00, 39.00]	9,00 [2.00, 58.00]	9,00 [2.00, 35.00]	9,00 [0.00, 137.00]	0,242

Kruskal Wallis test

Kardeş sayılarına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ )

#### 4.2.9. Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre

**Tablo 4-2-9: Birlikte yaşadığı kişilere göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Anne ve/veya babayla (n=44)	Eşi ve çocuklarıyla (n=43)	Diğer (n=58)	p
Problem çözme	1,83 [1.00,3.50]	1,50 [1.00, 3.33]	1,83 [1.00, 4.00]	<b>0,028</b>
İletişim	1,89 [1.22,3.33]	1,89 [1.11, 3.11]	1,89 [1.00, 3.33]	0,718
Roller	2,09 [1.55,3.09]	2,09 [1.27, 3.00]	2,18 [1.45, 2.91,]	0,402
Duygusal tepki verebilme	2,08 [1.50,3.83]	2,00 [1.17, 2.67]	2,00 [1.17, 3.33]	0,543
Gereken ilgiyi gösterme	2,43 [1.57,3.57]	2,43 [2.00, 3.43]	2,36 [1.57, 3.29]	0,098
Davranış kontrolü	2,00 [1.33,3.00]	2,11 [1.33, 3.00]	2,00 [1.44, 3.11]	0,490
Genel işlevler	1,79 [1.00,3.17]	1,67 [1.08, 2.92]	1,67 [1.00, 3.42]	0,763
M-RIPS	13,00 [0.00, 137.00]	10,00 [0.00, 36.00]	12,00 [0.00, 41.00]	0,386

Kruskal Wallis test

Birlikte yaşadığı kişilere göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, anne ve/veya babasıyla yaşayanlarda ve diğer grupta, problem çözme alt ölçeği puanları eşi ve çocuklarıyla yaşayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,028$ ).

M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.10. Anne Eğitim Düzeyi

**Tablo 4-2-10: Annesinin eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Okur-yazar değil (n=17)	Okur-yazar (n=19)	İlkokul (n=57)	Ortaokul (n=28)	Lise (n=19)	Üniversite (n=5)	P
Problem çözme	1,33 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 3.83]	1,83 [1.00, 3.83]	1,58 [1.00, 3.00]	1,83 [1.00, 4.00]	2,33 [1.33, 2.50]	0,068
İletişim	2,00 [1.11, 3.11]	1,89 [1.33, 2.89]	1,89 [1.22, 3.22]	1,72 [1.00, 3.33]	2,00 [1.11, 3.33]	1,89 [1.56, 2.00]	0,617
Roller	2,09 [1.55, 2.82]	2,09 [1.64, 2.91]	2,18 [1.45, 3.09]	2,09 [1.27, 2.91]	2,09 [1.55, 2.82]	1,91 [1.82, 2.82]	0,628
Duygusal tepki verebilme	2,17 [1.17, 3.00]	2,00 [1.17, 3.17]	2,00 [1.17, 3.33]	1,83 [1.50, 3.83]	2,00 [1.50, 3.00]	1,67 [1.33, 2.17]	0,188
Gereken ilgiyi gösterme	2,57 [2.00, 3.29]	2,29 [1.57, 3.43]	2,43 [1.86, 3.57]	2,43 [1.57, 3.14]	2,29 [1.57, 3.14]	2,29 [2.14, 3.00]	0,127
Davranış kontrolü	2,22 [1.56, 2.67]	2,22 [1.44, 3.11]	2,00 [1.33, 3.11]	2,00 [1.44, 2.56]	2,00 [1.67, 3.00]	2,11 [2.00, 2.56]	0,203
Genel işlevler	1,75 [1.08, 3.00]	1,75 [1.25, 3.42]	1,67 [1.00, 3.42]	1,62 [1.00, 3.17]	1,50 [1.08, 2.67]	1,33 [1.08, 2.17]	0,339
M-RIPS	9,00 [2.00, 32.00]	14,00 [0.00, 35.00]	12,00 [0.00, 65.00]	12,00 [1.00, 39.00]	9,00 [0.00, 32.00]	29,00 [2.00, 137.00]	0,394

Kruskal Wallis test

Annesinin eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.11. Baba Eğitim Düzeyi

**Tablo 4-2-11: Babasının eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Okur-yazar değil (n=7)	Okur-yazar (n=11)	İlkokul (n=48)	Ortaokul (n=33)	Lise (n=33)	Üniversite (n=13)	P
Problem çözme	1,67 [1.00, 1.83]	1,67 [1.00, 3.83]	1,83 [1.00, 4.00]	1,83 [1.00, 3.83]	1,67 [1.00, 2.83]	2,00 [1.33, 4.00]	0,171
İletişim	2,33 [1.11, 2.89]	2,00 [1.22, 2.33]	1,89 [1.22, 3.22]	1,78 [1.11, 3.33]	1,89 [1.00, 2.78]	1,78 [1.11, 3.33]	0,750
Roller	2,09 [1.82, 2.45]	2,00 [1.55, 3.09]	2,18 [1.45, 3.09]	2,09 [1.55, 3.09]	2,09 [1.27, 2.91]	2,18 [1.64, 2.82]	0,809
Duygusal tepki verebilme	2,17 [1.50, 2.50]	2,17 [1.17, 3.17]	2,00 [1.17, 3.33]	2,00 [1.33, 3.83]	2,00 [1.50, 2.83]	2,00 [1.33, 3.00]	0,926
Gereken ilgiyi gösterme	2,29 [2.00, 2.57]	2,43 [1.86, 3.29]	2,57 [1.57, 3.43]	2,43 [1.57, 3.57]	2,43 [1.86, 3.14]	2,29 [2.00, 3.00]	0,178
Davranış kontrolü	2,22 [1.44, 2.67]	2,00 [1.56, 3.11]	2,17 [1.33, 3.00]	2,00 [1.33, 3.11]	2,00 [1.44, 3.00]	2,11 [1.89, 2.67]	0,281
Genel işlevler	1,50 [1.25, 2.17]	1,58 [1.08, 3.42]	1,83 [1.00, 3.42]	1,67 [1.00, 3.17]	1,58 [1.00, 2.67]	1,42 [1.25, 2.67]	0,183
M-RIPS	15,00 [2.00, 32.00]	14,00 [2.00, 58.00]	11,00 [0.00, 38.00]	13,00 [0.00, 65.00]	12,00 [0.00, 39.00]	11,00 [1.00, 137.00]	0,864

Kruskal Wallis test

Babasının eğitim düzeyine göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

#### 4.2.12.Sigara kullanımı

**Tablo 4-2-12: Sigara kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

Sigara	Sigara		p
	kullanıyor (n=101)	kullanmıyor (n=44)	
Problem çözme	1,83 [1.00, 4.00]	1,67 [1.00, 3.83]	0,553
İletişim	1,89 [1.00, 3.33]	1,78 [1.11, 3.22]	0,477
Roller	2,09 [1.36, 3.09]	2,05 [1.27, 3.09]	0,363
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.17, 3.83]	2,00 [1.33, 3.33]	0,388
Gereken ilgiyi gösterme	2,43 [1.57, 3.43]	2,43 [1.57, 3.57]	0,788
Davranış kontrolü	2,00 [1.33, 3.11]	2,11 [1.33, 3.00]	0,189
Genel işlevler	1,75 [1.00, 3.42]	1,58 [1.08, 3.42]	0,118
M-RIPS	13,00 [2.00, 137.00]	6,00 [0.00, 65.00]	<b>&lt;0,001</b>

Mann Whitney U Test

Sigara kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında ADÖ skorlarında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

M-RIPS skorları sigara içenlerde içmeyenlere göre yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,0019$ ).

#### 4.2.13.Alkol/maddde kullanımı

**Tablo 4-2-13: Alkol/maddde kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

Alkol/Madde	Alkol/madde			p
	yok (n=51)	Madde kullanıyor (n=8)	Alkol kullanıyor (n=86)	
Problem çözme	1,83 [1.00, 4.00]	2,33 [1.00, 2.83]	1,67 [1.00, 4.00]	0,431
İletişim	1,89 [1.00, 2.89]	2,06 [1.67, 2.56]	1,89 [1.11, 3.33]	0,614
Roller	2,09 [1.55, 3.00]	2,82 [1.91, 3.09]	2,09 [1.27, 3.09]	<b>0,002</b>
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.17, 3.17]	2,00 [1.50, 3.00]	2,00 [1.17, 3.83]	0,942

Gereken ilgiyi gösterme	2,29 [1.57, 3.29]	2,79 [1.86, 3.57]	2,57 [1.71, 3.43]	<b>&lt;0,001</b>
Davranış kontrolü	2,00 [1.44, 3.11]	2,61 [1.89, 3.11]	2,00 [1.33, 3.00]	<b>0,038</b>
Genel işlevler	1,67 [1.00, 3.42]	2,21 [1.25, 2.50]	1,67 [1.00, 3.42]	0,062
M-RIPS	15,00 [1.00, 41.00]	36,50 [22.00, 137.00]	8,50 [0.00, 28.00]	<b>&lt;0,001</b>

Kruskal Wallis test

Alkol/madde kullanıma göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, roller alt ölçek puanları madde kullananlarda, alkol/madde kullanmayanlar ve alkol kullananlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,002$ ). Gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak madde kullananlarda en yüksek iken, alkol kullananlarda daha düşük, alkol/madde kullanmayanlarda en düşüktür ( $p<0,001$ ). Davranış kontrolü alt ölçek puanları ise madde kullananlarda, alkol/madde kullanmayanlar ve alkol kullananlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ( $p=0,038$ ).

M-RIPS puanları madde kullananlarda en yüksek, alkol/madde kullanmayanlarda daha düşük, alkol kullananlarda en düşüktür. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

#### 4.2.14. Aile bireylerinde ruhsal bozukluk olması durumu

**Tablo 4-2-14: Aile bireylerinde ruhsal bozukluk olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Ailede ruhsal bozukluğu olan birey		p
	Var (n=60)	Yok (n=85)	
Problem çözme	1,83 [1.00, 3.83]	1,67 [1.00, 4.00]	0,778
İletişim	1,89 [1.00, 3.33]	1,89 [1.11, 3.33]	0,410
Roller	2,09 [1.36, 3.09]	2,09 [1.27, 3.09]	0,839
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.17, 3.83]	2,00 [1.17, 3.00]	0,604
Gereken ilgiyi gösterme	2,57 [2.00, 3.43]	2,43 [1.57, 3.57]	<b>0,032</b>
Davranış kontrolü	2,11 [1.33, 3.11]	2,00 [1.33, 2.89]	<b>0,049</b>
Genel işlevler	1,75 [1.00, 3.42]	1,67 [1.00, 3.00]	0,469
M-RIPS	12,00 [0.00, 58.00]	11,00 [0.00, 137.00]	0,635

Mann Whitney U Test

Aile bireylerinde ruhsal bozukluk olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında Gereken ilgiyi gösterme alt ölçek puanları ailede ruhsal bozukluğu olan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak olmayanlara göre daha yüksektir ( $p=0,032$ ). Davranış kontrolü alt ölçek puanları ise ailede ruhsal bozukluğu olan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak olmayanlara göre daha yüksektir ( $p=0,049$ ).

M-RIPS skorları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.15. Psikiyatrik Hastalığı Dışında Başka Herhangi Bir Hastalığın Bulunması Durumu

**Tablo 4-2-15: Psikiyatrik hastalığı dışında başka herhangi bir hastalık olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Psikiyatrik hastalığınız dışında başka herhangi bir hastalık		p
	Var (n=36)	Yok (n=109)	
Problem çözme	1,75 [1.00, 3.33]	1,67 [1.00, 4.00]	0,949
İletişim	1,89 [1.11, 3.33]	1,89 [1.00, 3.33]	0,635
Roller	2,09 [1.36, 3.09]	2,18 [1.27, 3.09]	0,374
Duygusal tepki verebilme	2,00 [1.17, 3.83]	2,00 [1.17, 3.33]	0,834
Gereken ilgiyi gösterme	2,57 [1.86, 3.14]	2,43 [1.57, 3.57]	0,123
Davranış kontrolü	2,06 [1.56, 3.00]	2,00 [1.33, 3.11]	0,816
Genel işlevler	1,75 [1.17, 3.17]	1,67 [1.00, 3.42]	0,236
M-RIPS	10,00 [2.00, 36.00]	12,00 [0.00, 137.00]	0,847

Mann Whitney U Test

Psikiyatrik hastalığı dışında başka herhangi bir hastalık olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).

#### 4.2.16.Rastgele Cinsel İlişkide Bulunma Durumu

**Tablo 4-2-16: Rastgele cinsel ilişki olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Rastgele cinsel ilişki		p
	Var (n=19)	Yok (n=126)	
Problem çözme	2,00 [1.17, 3.83]	1,67 [1.00, 4.00]	<b>0,021</b>
İletişim	2,22 [1.11, 3.22]	1,89 [1.00, 3.33]	0,082
Roller	2,36 [1.82, 3.09]	2,09 [1.27, 3.09]	<b>0,012</b>
Duygusal tepki verebilme	2,33 [1.50, 3.33]	2,00 [1.17, 3.83]	0,091
Gereken ilgiyi gösterme	2,43 [1.57, 3.57]	2,43 [1.57, 3.43]	0,453
Davranış kontrolü	2,22 [1.44, 3.11]	2,00 [1.33, 3.00]	0,070
Genel işlevler	2,17 [1.08, 3.42]	1,67 [1.00, 3.17]	<b>0,037</b>
M-RIPS	22,00 [8.00, 137.00]	10,00 [0.00, 58.00]	<b>&lt;0,001</b>

Mann Whitney U Test

Rastgele cinsel ilişki olup olmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında problem çözme alt ölçeği puanları rastgele cinsel ilişkisi olan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak olmayanlara göre daha yüksektir ( $p= 0,021$ ). Roller alt ölçeği puanları rastgele cinsel ilişkisi olan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak olmayanlara göre daha yüksektir ( $p=0,012$ ). Genel işlevler alt ölçeği puanları ise rastgele cinsel ilişkisi olan katılımcılarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak olmayanlara göre daha yüksektir.

M-RIPS skorları rastgele cinsel ilişkisi olan katılımcılarda olmayanlara göre daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

#### 4.2.17.Araba Kullanırken Aşırı Hız Yapma Durumu

**Tablo 4-2-17: Araba kullanırken aşırı hız yapıp yapmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorlarının karşılaştırılması**

	Hiç araba kullanırken aşırı hız yaptınız mı?		p
	Evet (n=13)	Hayır (n=132)	
Problem çözme	2,00 [1.17, 3.33]	1,67 [1.00, 4.00]	0,307
İletişim	2,00 [1.22, 3.11]	1,89 [1.00, 3.33]	0,821
Roller	2,09 [1.73, 3.09]	2,09 [1.27, 3.09]	0,803
Duygusal tepki verebilme	1,83 [1.50, 2.67]	2,00 [1.17, 3.83]	0,744
Gereken ilgiyi gösterme	2,29 [2.00, 3.57]	2,43 [1.57, 3.43]	0,786
Davranış kontrolü	2,00 [1.56, 2.89]	2,06 [1.33, 3.11]	0,687
Genel işlevler	1,67 [1.08, 2.92]	1,67 [1.00, 3.42]	0,835
M-RIPS	16,00 [2.00, 65.00]	12,00 [0.00, 137.00]	0,126

Mann Whitney U Test

Araba kullanırken aşırı hız yapıp yapmamasına göre sınıflandırılmış katılımcıların ADÖ ve M-RIPS skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

#### 4.3.Katılımcıların Aile Değerlendirme Ölçeği ve M-RIPS Skorları

**Tablo 4-3: Katılımcıların Aile Değerlendirme Ölçeği ve M-RIPS Skorları**

	Ortalama	ss	Medyan	Min	Max
Problem çözme	1,89	,69	1,67	1,00	4,00
İletişim	1,92	,47	1,89	1,00	3,33
Roller	2,17	,40	2,09	1,27	3,09
Duygusal tepki verebilme	2,08	,51	2,00	1,17	3,83
Gereken ilgiyi gösterme	2,47	,39	2,43	1,57	3,57
Davranış kontrolü	2,12	,41	2,00	1,33	3,11
Genel işlevler	1,80	,53	1,67	1,00	3,42
M-RIPS	15,10	15,20	12,00	,00	137,00

#### 4.4.ADÖ ve M-RIPS Skorları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Tablo 4-4: ADÖ ve M-RIPS skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi**

		M-RIPS
Problem çözme	rho	0,227**
	p	<b>0,006</b>
İletişim	rho	0,210*
	p	<b>0,011</b>
Roller	rho	0,296**
	p	<b>&lt;0,001</b>
Duygusal tepki verebilme	rho	0,172*
	p	<b>0,039</b>
Gereken ilgiyi gösterme	rho	-0,038
	p	0,650
Davranış kontrolü	rho	0,071
	p	0,399
Genel işlevler	rho	0,255**
	p	<b>0,002</b>

Spearman korelasyon testi

\*Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır

\*\* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır

Problem çözme ile M-RIPS arasında pozitif zayıf korelasyon ( $p=0.006$ ,  $r=0.227$ ), iletişim alt ölçeği ile M-RIPS arasında pozitif zayıf korelasyon ( $p=0.011$ ,  $r=0.296$ ), roller ile M-RIPS arasında pozitif zayıf korelasyon ( $p<0.001$ ,  $r=0.296$ ), duygusal tepki verebilme ile M-RIPS arasında pozitif zayıf korelasyon ( $p=0.039$ ,  $r=0.172$ ), genel işler ile M-RIPS arasında pozitif zayıf korelasyon ( $p=0.002$ ,  $r=0.255$ ) tespit edilmiştir.

#### 4.5.M-RIPS ölçeği üzerine hastaya ait özelliklerin, hasta yakınlarına ait özelliklerin ve ADÖ puanlarının etkileri

**Tablo 4-5: M-RIPS ölçeği üzerine hastaya ait özelliklerin, hasta yakınlarına ait özelliklerin ve ADÖ puanlarının etkileri**

	B	Std. Hata	t	p.	B katsayısı için %95 Güven Aralığı	
					En alt değer	En üst değer
Eğitim durumu	-0,608	1,388	-0,438	0,662	-3,356	2,139
Çalışma durumu	-1,493	2,065	-0,723	0,471	-5,580	2,594
Medeni durum	0,298	2,058	0,145	0,885	-3,775	4,371
Çocuk sayısı	-1,237	1,346	-0,918	0,360	-3,901	1,428
Aile yapısı	5,303	1,841	2,881	<b>0,005</b>	1,660	8,945
Algılanan gelir düzeyi	5,347	2,558	2,090	<b>0,039</b>	0,283	10,411
Kardeş sayısı	-0,227	0,663	-0,342	0,733	-1,539	1,085
Evde kimlerle yaşadığı	-1,049	0,577	-1,817	0,072	-2,190	0,093
Anne eğitim düzeyi	0,198	0,894	0,221	0,825	-1,571	1,967
Baba eğitim düzeyi	1,292	1,079	1,197	0,234	-0,844	3,427
Sigara kullanımı	9,527	2,636	3,614	<b>&lt;0,001</b>	4,309	14,745
Ailede ruhsal bozukluğu olan birey var mı?	1,400	2,531	0,553	0,581	-3,610	6,410
Psikiyatrik hastalığınız dışında başka herhangi bir hastalık var mı?	-0,208	2,966	-0,070	0,944	-6,079	5,663
Problem çözme	-0,677	2,526	-0,268	0,789	-5,676	4,323

İletişim	1,469	3,331	0,441	0,660	-5,124	8,062
Roller	9,067	3,503	2,589	<b>0,011</b>	2,135	16,000
Duygusal tepki verebilme	-6,003	3,147	-1,908	0,059	-12,231	0,225
Gereken ilgiyi gösterme	0,126	3,437	0,037	0,971	-6,677	6,929
Davranış kontrolü	5,589	3,395	1,646	0,102	-1,132	12,309
Genel işlevler	4,291	3,758	1,142	0,256	-3,147	11,729

M-RIPS ölçeği üzerine diğer değişkenlerin etkilerini ölçmek için, modele, hastaya ait özellikler, hasta yakınına ait özellikler ve ADÖ alt ölçek puanları dahil edilmiştir. M-RIPS ölçeği üzerine aile yapısı 5,303 katsayı ile ( $p=0,005$ ), algılanan gelir düzeyi 5,347 katsayı ile ( $p=0,039$ ), sigara kullanımı 9,527 katsayı ile ( $p<0,001$ ), roller skoru ise 9,067 katsayı ile ( $p=0,011$ ) etki etmektedir.

## 5.TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklarda tartışılmıştır.

### 5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan bipolar bozukluğa sahip bireylerin yaş ortalaması 32,4 'tür. Literatür tarandığında yaş ortalaması genel olarak yapılan çalışmalarla benzer bulunmuştur. Akarsu ve ark.'nın (2012) klinikte yaptıkları araştırmada; hastalarda ortalama yaş kadın hastalarda 38.6 genel ortalama 30.8, Akkaya ve ark.'nın (2012) Türkiye'nin çeşitli coğrafi bölgelerinde yaptığı çalışmada manik atakla kliniğe başvuran bipolar hastaların yaş ortalaması 33.9 bulunmuştur. BB başlangıç yaşı sıklıkla 17-21 yaş aralığında olup hastaların ilk psikiyatrik tedaviye başlama yaşı arasında en az 6 yıl bulunmaktadır (F. Goodwin ve K. Jamison, 2007). İlk doktora başvuru ve paralelinde olabilecek hastane yatışlarına sebebiyet verebilecek bu yaş aralığı Akkaya vd (2012) yaptığı araştırmada, 18-40 yaş aralığında %87,5 oranında bulunmuştur. Hastane yatışlarına sebebiyet verebilecek bu yaş aralığındaki yoğunluk göz önüne alındığında araştırmadaki yaş ortalamasıyla paralel seyretmektedir. Katılımcıların eğitim durumları %14.5'i ilköğretim mezunu, %20.7'si ortaokul, %38.6'sı, lise ve %26.2'si yüksek okul/üniversite mezunudur. Türkiye'de çoğunlukla büyük şehirlerde yapılmış çalışmalarda eğitim yılı bipolar bozukluk hastalarında 10 yılın üzeri bulunmuştur (Gültekin, Kesibir, Tamam, 2014). Yapılan araştırmanın İstanbul ilinde gerçekleştiği ve katılımcıların %38.6'nın lise, %26.2'sinin yüksek okul/ üniversite mezunu olduğu göz önüne alındığında katılımcıların eğitim durumları literatürle benzer niteliktedir. Katılımcıların %23.4'ü çalışıyor, %65.5'i, çalışmıyorken, %11'i öğrenciydi. Yine literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında katılımcıların çalışma durumları farklı kategorilerde incelenmiş olup bazı araştırmacılar meslek grupları, öğrenci, emekli ve işsiz olarak bazı araştırmacılar ev hanımı, işsiz, geçimini aile sağlıyor gibi kategorilerde inceleme yapmıştır (Aydemir vd., 2007). Kategorilerdeki bu farklılığı, işsiz/çalışmıyor bazında ele alırsak araştırmada bulunan %65,5 çalışmama durumu diğer ulusal ve yerel çalışmalarla benzer niteliktedir (Akkaya vd., 2012). Katılımcıların algılanan gelir düzeylerine bakıldığında orta düzey ve altı toplamda %95,2'lik bir orana sahiptir. Bu da katılımcıların %65,5'inin çalışmıyor, %11'nin öğrenci olması ile ilişkili olup, geçimin bir başkası tarafından sağlandığı durumuna bağlanabilir niteliktedir. Hastaların çoklu hastane yatışları, toplumdaki stigmatizasyon ve çalışmada belirttiği üzere sadece %26,2'sinin üniversite mezunu olması, bir iş bulup devam ettirme şanslarını düşürmekte birçoğu ekonomik anlamda bir başkasına bağlı olarak hayatlarını devam ettirmekte bu da hem algıladıkları gelir

düzeylerini etkilemekte hem de başka süreçlerine etki edebilir niteliktedir. Katılımcıların %33.1'i evli, %49.7'si, bekar, %17.2'si ise ayrılmış idi. Gökçenoğlu, (2021) yılında yaptığı araştırmada katılımcıların %36,4 bekar, %47,7 evli, %13,6 boşanmış, %2,3 duldur. Bodur (2021) tarafından yapılan araştırmada ise bipolar bozukluğa sahip katılımcıların %43.3 ü evli, %48.3'ü bekar, %8.3'ü ayrılmıştır. Akarsu ve ark.'nın (2012) klinikte yaptıkları araştırmada ise, katılımcılar %28.8 evli, %71.2 bekadır. Literatür incelendiğinde hastaların medeni durumları çok fazla çeşitlilik göstermiştir. Ailesinde ruhsal bozukluğa sahip birey olan katılımcıların oranın %41,4 gibi yüksek bir oranda olması, psikiyatrik hastalıkların etiolojisindeki genetik yükü düşündürmektedir. Kayahan'ın (2021) yaptığı çalışmada bu oran (%75,5) çok daha yüksektir.

## **5.2.Aile İşlevselliği ve Risk Alma Davranışı Gösterme Sıklığı ve Algısının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Farklaşmasına Yönelik Bulguların Tartışılması**

### **5.2.1. Yaş**

Aile işlevselliği ve yaş arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Artan yaşla beraber, atak sayılarının, yeti yitiminin artması, işlevselliğin düşmesiyle hasta birey ve ailesinin işlevselliğinin düşmesi beklenebilir. Perlick vd.(2007) yaptığı araştırmada bireye bakım verenlerin; %52'si sosyal rollerinde geçmişe göre kayıp olduğunu, %89'unun hastanın davranışlarıyla ilgili olarak endişeli olduğunu ve %61'inin günlük aile yaşantısını sürdüremediğini saptamıştır. Bu çalışmada ise hastaların kaçınıcı ataklarındaki hastane yatışı olduğu, hızlı döngülülük, ilk atak yaşı gibi aile işlevselliğini direk etkileyebilecek sorulara kişisel bilgi formunda yer verilmemiş, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, kimlerle yaşadığı gibi yaşla dolaylı biçimde aile işlevselliğini etkileyebilecek sorulara yer verilmiştir. Yaş ile risk alma sıklığı ve algısının ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı olarak zayıf negatif korelasyon göstermiştir. Çalışmada katılımcıların son bir yıl içerisindeki risk alma sıklığı ve algısına bakılmıştır. Bu da katılımcının riskli davranışa katılım sıklığı ve algısı ile içinde bulunduğu yaşın aynı yıla denk düştüğünü gösterir. Buradan yola çıkarak yaş arttıkça riskli davranışlara katılımın istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığını söyleyebiliriz. Bunu etkileyebilecek pek çok faktör olabilir, 40-50'li yaşlarına yakın katılımcılar hastalığın ilk baş gösterdiği yıllarda riskli davranışlara hastalık doğası gereği daha çok katılmış, hastalığın tedavisi ve doğası anlaşıldıkça bu durum azalmış olabilir, Bunun ötesinde riskli davranışları, alkol/madde gibi, bir baş etme veya self medikasyon yöntemi olarak kullanmış daha sonrasında yerine farmakolojik tedavi ve/veya daha etkili baş etme yöntemli koymuş olabileceğini düşünebiliriz. Bireylerin yaşam olayları, evlenme, çocuk sahibi olmak gibi durumların da ilerleyen yaşlarda riskli davranışa katılımını

azaltmış olabileceğini söyleyebiliriz. Bunlara ek olarak Erten vd. çalışmasında bipolar bozukluğa sahip bireylerin bakım verenleri %46.7 oranında yük bildirmiş, özellikle aile yaşantısının bozulması hakkında olan bir yük saptanmıştır, buradan yola çıkarak hastaların yaşla beraber yeti yetimin arttığı ve bakım veren himayesinde davranışlarının kontrol altında tutulduğu düşünülebilmektedir, Öksüz vd.(2005) yaptığı araştırmada psikotik hastaların hastalık süreleri, hastaneye yatış sayıları/süreleri arttıkça ailelerinin sosyal kısıtlayıcılık faktörü skorlarının yükseldiğini saptamıştır fakat araştırmadaki katılımcıların kişisel bilgilerinin birbirinden farklı olduğu kimlerinin parçalanmış kimilerinin geniş/çekirdek aileye sahip olduğu bulgusu bu konuda çıkarımda bulunmayı güçleştirmektedir. Bu sebeple yaşın risk alma davranışı sıklığı ve algısını etkileyen pek çok değişken olabileceğini söyleyebiliriz.

### 5.2.2. Medeni Durum

Aile işlevselliği problem çözme alt kategorisinde bekar bireylerin evli ve ayrılmışlara göre aile işlevselliğinin daha sağlıklı olduğu saptanmıştır. Roller alt kategorisinde ise bekarlar evlilere göre evliler ise ayrılmışlara göre daha sağlıklı aile işlevine sahiptir. Bunlara ek olarak bekar ve evli bireyler kıyaslamasının yanı sıra roller alt ölçeğinden de 2 üstü yani sağlıklı aile işlevselliği puanı almıştır. Problem çözme alt kategorisi ailenin problem çözme süreç, yöntem ve etkililiğini ölçerken, roller alt ölçeği ailenin tüm ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bireylerin aile içindeki görevlerini, görev dağılımlarını, alınan görevin yerine getirilip getirilmemesini inceler (Erbay, 2013). İki alt ölçekte de en sağlıklı aile işlevselliği olan bekar bireylerdir, ayrılmış ve evli bireylerde problem çözme alt kategorisinin skorlarının aynı çıkması, boşanılan eşle ortak bir çocuğa sahip olunabileceği durumu ve hasta bireyin sorumluluğunda olabilecek bir çocuğun olması bekarlara göre bu alt kategoride onların işlevselliğini arttırmış olabilir. Evlilik kadının başkalarına ve çevreye uymasına, daha fazla sorumluluk almasına ve uyum yeteneğinin artmasına sebep olur, bu sebeple roller alt kategorisinde bekarlara göre evlilerin daha iyi aile işlevselliğine sahip olması açıklanabilir niteliktedir (Pehlivan, 2006). Ayrılmış kişilerle ilgili yorum yapmak güçtür, bu anlamda durumu etkileyecek aile yapısı, çocuk sayısı ve varlığı, çocuğunun bakımını üstlenen kişinin kim olduğu, bireyin kimlerle yaşadığı, yalnız yaşıyorsa sadece kendi ihtiyaçlarını karşılamaktan yükümlü olduğu gibi pek çok değişken söz konusudur. Medeni durumla riskli davranışa katılım sıklığı ve algısının ilişkisine bakıldığında riskli davranışa katılım sıklığı ve algısı en yüksek bekarlar, sonra ayrılmış bireyler, daha sonra evli bireylerdir. Buradan yola çıkarak evliliğin riskli davranışlara katılma açısından koruyucu bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

### 5.2.3.Aile Yapısı

Aile işlevselliği problem çözme, davranış kontrolü, genel işlevler alt kategorilerinin hepsinde diğer gruplara göre en sağlıksız işleve sahip olan aynı zamanda da ADÖ'nün tüm alt kategorilerinden 2 ve üstü puan alarak işlevselliği en kötü olan parçalanmış ailelerdir. Yine aynı zamanda aile yapısı parçalanmış olan bireyler riskli davranışlara da diğer gruplara göre daha fazla katılmıştır. Kronik psikiyatri hastalarının çoğunun aileleriyle yaşadığı ve ailelerinden bakım desteği aldığı düşünülürse bu durum literatürle benzer niteliktedir (Schenk vd, 2008).

### 5.2.4.Algılanan Gelir Düzeyi

Aile işlevselliği iletişim alt kategorisinde en sağlıksız işlevselliği düşük gelirli aileler, sonra yüksek gelirli aileler, en son olarak da orta gelirli aileler göstermiştir. Davranış kontrolü alt kategorisinde ise sağlıksız işlevselliği düşük gelirli aileler, sonra orta gelirli aileler, en son olarak da yüksek gelirli aileler göstermiştir. Düşük gelirli bireylerin diğer tüm kategorilerde de aldıkları skorlar diğer gruplara göre yüksektir bu da en sağlıksız aile işlevselliğini gösterir. Algılanan gelir düzeyi direk olarak riskli davranışlara katılım sıklığı ve algısını etkilemiş olmasa da regresyon analizinde gelir düzeyinin riskli davranışlara katılım sıklığı ve algısını 5,347 kat arttırdığı tespit edilmiştir. (bkz. Tablo 4-5). Düşük gelirli ailelerin aile değerlendirme ölçeği alt kategorileri düşünüldüğünde daha zorlu yaşam koşulları nedeniyle ilgi göstermekte, hastalık yüküyle baş etmekte, etkili bir iletişim kurmada/buna zaman ayırmada, problemlerin etkili çözümünde, aile içi rollerin eşit dağılımı gibi konularda yetersiz kalmış olabileceği söylenebilir (Erbay, 2013). Algılanan düşük gelir araştırmada bulunan %65,5 işsizlik oranıyla da ilgili olabilmekte, bu da bireyin bir başkasına bağımlı yaşadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Ailelerin bakım verme yüküne bağlı işlevselliğindeki düşme burada da söz konusu olabilmektedir. Ünal (2004) bipolar bozukluğa sahip bireylerin aile işlevselliğini değerlendirdiği çalışmasında bu çalışmaya paralel olarak düşük gelirli ailelerde iletişim alt ölçeğinde en sağlıksız işlevselliği saptamıştır. Bu durumu da ekonomik sorunların evde iletişimi bozduğuna, birlik ve dayanışmayı zedelemesine ek olarak manik dönemdeki hastaların para harcamadaki kontrolsüzlüklerinin aile işlevselliğini sağlıksız bir şekilde etkilemesine bağlamıştır.

### 5.2.5.Bireyin Ailede Kimlerle Yaşadığı

Aile işlevselliği problem çözme alt kategorisinde en sağlıklı işlevselliği eş ve çocuklarıyla yaşayanlar göstermiştir. Bipolar bozukluğa sahip bireylerin ilişki kurmak ve devam ettirmek

de ki zorlukları nedeniyle genellikle bekar veya boşanmış olduğu saptanmıştır fakat eş uyumu ve medeni durumun kültürle bağıntılı olduğu, kültürümüzdeki aile bağlarının ve aile desteğinin önemi ve düzenli yaşamın hastanın uyumunu arttırdığı yapılan araştırmalarda saptanmıştır (Kaya, Tunca ve Özerdem, 2001). Tüm bunlara ek olarak hastaların çalışma durumlarının olmayışı, bir aile içindeki anne ve eş rolü daha sorumlu hissettirebilmekte bu durumda aile işlevselliğini etkiliyor olabileceği düşünülmektedir.

### **5.2.6.Sigara Kullanma Durumu**

Sigara kullanma ile aile işlevselliği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Üçok ve ark.'nın (2004) Türkiye'de yaptıkları bir araştırmada; sigara içme oranı Bipolar hastalarında %55.1'dir, yapılan yurt içi ve yurtdışı araştırmalarında da genel topluma oranla 2-3 kat daha fazla içici oldukları saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada ise hastaların sigara içme oranı %69.7 bulunmuştur. Sigara kullanımının aile işlevselliğiyle ilişkili bulunmamasının sebeplerinden biri genel olarak çoğu bipolar hastasının sigara kullanıyor olmasıyla ilişkilendirilebilir. Durum aile işlevselliğinden ziyade sigaranın dikkat attirıcı olması, zevk almayı, sosyalleşmeyi arttırması, nikotinin ödül yolağını etkilemesi, psikotik belirtileri azaltıcısı etkisi, anksiyeteyi azaltması ve duygudurumu daha ötimik duruma yakınlaştırmasıyla ilişkilendirilebilir. Duygudurumda yaptığı bu değişiklikler self-medikasyon olarak bilinir ve çoğu bipolar hastası bu sebeple sigara kullanıyor durumdadır (Baykan ve Yargıç, 2013). Riskli davranışa katılma sıklığı ve algısının sigarayla arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Sigara içenlerde M-RIPS ölçek puanı içmeyenlere göre daha yüksektir. Bu durum sigara kullanmanın riskli davranış olduğu ve kullananların ölçek skorlarının artmasına sebep olduğu söylenebilir.

### **5.2.7.Alkol ve/veya Madde Kullanma veya Kullanmama**

Aile işlevselliği roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü alt ölçeklerinde alkol ve madde kullananlar diğer gruplardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır. Bu da bu alt ölçeklerdeki sağlıksız aile işlevselliğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda madde kullanımı olan hastaların hastane yatış sayısı/süresinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Sonne ve Brady, 1994; Güleç ve Uludağ, 2015). Bu durum hastaları aileden uzun süre uzaklaştırabilmekte, aile dinamiklerini bozuyor olabileceği düşünülmektedir. Madde kullanımının doğası hastalık gidişini ağırlaştırabilmekte bu durumda aile bakım yükünü arttırabilmektedir. Davranış alt ölçeği tehlikeler karşısında ailenin tepkisinin etkililiğini ölçmektedir. Madde kullanımı olan bipolar hastaların risk katılımı ve algısının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa, hasta ve ailesi daha sık tehlikeli durumlar ile

karşı karşıya kalabilmektedir ve bu da bu alt ölçekteki işlevselliklerinin düşmesine sebep olmuş olabilmektedir. Madde kullanımı bu hastalarda anlık rahatlama sağlayabilirken, hızlı döngülülüğe sebep olmakta, tedavi uyumunu engellemekte, duygudurum ile ilgili semptomların yatışmamasına, intihar eğiliminin artmasına, genel işlevselliği düşürüp, düşük yaşam kalitesine sebep olmaktadır tüm bunlar göz önüne alındığında hastaların aile işlevselliğinin düşmesinin kaçınılmaz olduğunu söyleyebiliriz. (Coles vd., 2019; Brown vd., 2017).

### **5.2.8. Aile Bireylerinde Ruhsal Bozukluk Olması/Olmaması**

Aile işlevselliği, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü alt ölçeklerinde ailesinde ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerde olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek skorlar saptanmıştır. Bu da bu alt ölçeklerde ailesinde ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin aile işlevselliğinin daha sağlıklı olduğunu gösterir. Akarsu vd.(2012) Türkiye geneli bipolar bozukluğu olan hastalarda, birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluğa sahip birey sayısı 50.8 saptanmıştır. Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş olup oran %41.4'tür. Gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği gösterilen ilgi ve bakımla ilişkili iken, davranış kontrolü ise aile üyelerinin davranışlarının kontrolü ve tehlikeler karşısında ailenin tepkisinin etkililiğini ölçmektedir (Erbay, 2013). Kronik psikiyatrik hastalıklarla birlikte gelen yeti yitimi, hastalığın vermiş olduğu iki kat ekonomik ve bakım yükü, ailedeki diğer hasta bireyin atak dönemleri bu alt ölçeklerdeki işlevselliğini sağlıklı yönde etkilemiş olduğu düşünülmektedir. Bunlara ek olarak bipolar bozukluğa sahip bireyin bakım vereninde, hasta bireye bakım verme sorumluluğu nedeniyle, depresyon görülebileceği çalışmalarda gösterilmiştir (Aschbrenner, Greenberg ve Seltzer, 2009).

### **5.2.9.Rastgele Cinsel İlişki**

Aile işlevselliği roller, problem çözme, genel işlevler alt ölçek skorları rastgele cinsel ilişkide bulunanlarda bulunmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu da bu alt ölçeklerde rastgele cinsel ilişkide bulunanların daha sağlıklı aile işlevselliğine sahip olduğunu gösterir. Bu hastalarda cinsel açıdan riskli davranışları sorgulayan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. ABD'de yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, bipolar bozukluğa sahip bireylerin daha sık cinsel ilişki, daha sık korunmasız cinsel ilişki, daha yüksek cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve daha fazla cinsel partner bildirdiği saptanmıştır (Carey vd., 2004). Brezilya'da yürütülen geniş bir kesitsel çalışmada, %26,8'inin 10'dan fazla cinsel partneri olduğu saptanmıştır (Campos, Dutra ve Guimarães, 2014). Yapılan bu çalışmada ise BB hastalarının rastgele cinsel ilişkide bulunma oranı %13.1 bulunmuştur. Kültür ve dinin bu

konuda koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir. Manik ataktaki dürtüsellik, libido artışı, özgüven artışı, öföri, psikomotor aktivitedeki artış gibi belirtilerin bu duruma sebebiyet verdiği düşünölmektedir. Rastgele cinsel ilişkide bulunmayanlarda hem aile işlevselliği alt boyutlarının sağlıklı işlevsellikte olması, hem risk alma katılımı sıklığı ve algısının düşük olması, ailenin problem çözme etkililiği, manik atağın yatışması için izlenecek etkili yolun belirlenmesi, manik atak öncesi belirtilerin takibi, ailenin atak boyunca bireyin yaşantısındaki rolleri ve tutumuyla ve genel işlevlerinin iyi olmasıyla bireyi rastgele cinsel ilişki ve riskli davranışlardan uzak tutmasıyla ilişkilendirilebilir.

### **5.3. ADÖ ve M-RIPS'in Birbiriyle Olan İlişkinin İncelenmesi**

Aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçekleri olan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler kategorilerinin M-RIPS ile arasında pozitif zayıf korelasyon tespit edilmiştir. Bu durum bu alt ölçeklerde alınan puan yükseldikçe katılımcı sağlıklı aile işlevselliği gösterir, alınan puanın yükselmesi ile de M-RIPS skorları yükselmektedir. Yani bu kategorilerdeki sağlıklı işlevsellik ile risk alma davranışı sıklığı ve algısı arasında doğru orantı vardır. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aileleri ve kontrol grubuyla çalışıldığı bir araştırmada problem çözme, roller, gereken ilgiyi gösterebilme, iletişim, genel işlevler ve davranış kontrolü alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu hastalarda hastalık ve sağlıklı aile işlevselliğinin ilişkili olduğu saptanmıştır (Ünal, 2004). Yapılan bu araştırma ise benzer özellikler göstermekle beraber sağlıklı aile işlevselliği ile riskli davranışların ilişkili olduğu saptanmıştır. Ailenin maddi manevi problemlerini etkin şekilde çözebilmesi, sağlıklı iletişim kurabilmesi, aile içi rollerin belirgin olması, görev ve sorumlulukların etkin bir şekilde dağıtılması ve yerine getirilmesi, ailenin olumlu olumsuz duygularını konuşabilmesi kısacası birbirine açık ve etkin baş edebilen işlevsel aileler, hastalarının riske açık atak dönemleri, kalıntı belirtilerin olduğu, tam bir ötiminin olmadığı dönemlerde ve hastalığın seyri boyunca riskli davranışlardan korunmasında rol oynamaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bipolar kadın hastalarda riskli davranışların aile işlevselliği ile ilişkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı, ilişki arayıcı araştırma şeklinde gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçları olarak aşağıdakileri söyleyebiliriz:

- Aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçekleri olan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme ve genel işlevler kategorilerinin M-RIPS ile arasında pozitif zayıf korelasyon tespit edilmiştir. Bu durum bu alt ölçeklerde alınan puan yükseldikçe katılımcı sağlıklı aile işlevselliği gösterir, alınan puanın yükselmesi ile de M-RIPS skorları yükselmektedir. Yani bu kategorilerdeki sağlıklı işlevsellik ile risk alma davranışı sıklığı ve algısı arasında doğru orantı vardır.
- Aile işlevselliğini, medeni durum, aile yapısı, gelir düzeyi, bireyin kimlerle yaşadığı, alkol- madde kullanımı, aile ruhsal bozukluğa sahip bireyin olup/olmaması, rastgele cinsel ilişkide bulunup/bulunmama demografik verileri etkilemiştir.
- Riskli davranışları, yaş, medeni durum, alkol/madde kullanımı, rastgele cinsel ilişkide bulunma, algılanan gelir düzeyi, aile yapısı, sigara kullanımı demografik verileri etkilemiştir.

*Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler söylenebilir:*

- Bipolar hastaların tedavi süreçlerine ailelerin daha çok katılımının sağlanması, konuyla ilgili ailenin de dahil edildiği özellikle problem çözme, krizle baş etme, hastalığın tedavisi, seyri hakkında psikoeğitim programlarının düzenlenmelidir.
- Hastalar taburculuk sonrası bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezine yönlendirilerek remisyon dönemlerinde de etkili bir şekilde takibi yapılmalıdır.
- Bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olması dikkate alınarak, bu grup hastaların özellikleri dikkate alınarak nitelikli ölçeklerin geliştirilmesi veya Türkçe'ye uyarlanması, konuyla ilgili daha geniş kapsamlı genellenebilir çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Abou-Saleh, M. T., & Janca, A. (2004). The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 16(1), 3-8
2. Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., & Kurt, E. (2012). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri- HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 31-42.
3. Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Garip, B., Ak, M., & Zincir, S. (2012). Bipolar Bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 279-83.
4. Akın, M. (2013). Aile içi şiddet. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 71(1), 27-41.
5. Akiskal, H. S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. *Bipolar disorder*, 5, 1-96.
6. Allender JA, Spradley BW.. , (2005). *Community Health Nursing Concepts and Practice*, 5th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
8. Atlam, D., Aldemir, E., & Altıntoprak, A. E. (2017). Prevalence of risky behaviors and relationship of risky behaviors with substance use among university students. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30(4), 287.
9. Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Koçal, N., Devrimci Özgüven, H.,... & Vahıp, S. (2007). Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4).
10. Azorin, J. M., Bellivier, F., Kaladjian, A., Adida, M., Belzeaux, R., Fakra, E., ... & Golmard, J. L. (2013). Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: findings from an admixture analysis. *Journal of affective disorders*, 150(3), 993-1000.

11. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425.
12. Bodur. B, (2021).Ötimik bipolar hastalarda davranışsal bağımlılık sıklığının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması, Yayınlanmamış yüksek lisanstezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
13. Brewerton, T. D., & Shannon, M. (1992). Possible clozapine exacerbation of bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*.
14. Brietzke, E. Kauer sant'anna, M. Jackowski, A., et al. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology . *Revista brasileira de psiquiatria*. 34(4), 480-8
15. Budak S., (2000).Psikoloji Sözlüğü. Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları, (s. 79).
16. Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Schroder, K. E., Venable, P. A., & Gordon, C. M. (2004). HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(4), 289.
17. Chengappa, K. R., Levine, J., Gershon, S., & Kupfer, D. J. (2000). Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in a voluntary registry. *Bipolar Disorders*, 2(3), 191-195.
18. Coles, A. S., Sasiadek, J., & George, T. P. (2019). *Pharmacotherapies for co- occurring substance use and bipolar disorders: A systematic review. Bipolar disorders*, 21(7), 595-610
19. Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). PEER REVIEWED: congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing chronic disease*, 3(2)
20. Delcuve GP, Rastegar M, Davie JR (2009) Epigenetic control. *J Cell Physiol*, 219:243-50.
21. Demirkol, M. E., Tamam, L., Namlı, Z., Uğur, K., & Karaytuğ, M. O. (2020). Bipolar Bozuklukta anksiyete duyarlılığı, algılanan stres ve dürtüsel davranışlar ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 302-312.
22. Dönmezer, İ. (2001). *Ailede iletişim ve etkileşim*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
23. Dutra, M. R. T., Campos, L. N., & Guimarães, M. D. C. (2014). Sexually transmitted diseases among psychiatric patients in Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 18, 13-20

24. Epözdemir, B. (2013). *İlkokul öğrencilerinin ailelerinin aile işlevleri, çocuğun beslenmesindeki tutum ve davranışları ile çocuğun beden kitle indeksi arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Doctoral dissertation, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
25. Eroğlu, M. Z., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar Bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.
26. Erten, E., Alpman, N., Özdemir, A., & Fıstıkcı, N. (2014). The Impact of Disease Course and Type of Episodes in Bipolar Disorder on Caregiver Burden. *Turkish Journal of Psychiatry*, 25(2).
27. Erbay, H. N. (2013). *Aile işlevselliğinin matematik başarısıyla ilişkisi: Güney Kore – Türkiye karşılaştırması*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
28. Fernandes, B. S., Molendijk, M. L., Köhler, C. A., Soares, J. C., Leite, C. M. G., Machado- Vieira, R., ... & Carvalho, A. F. (2015). Peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) as a biomarker in bipolar disorder: a meta-analysis of 52 studies. *BMC medicine*, 13(1), 1-22.
29. Goodwin FK, Jamison KR, (2007). Manic depressive illness: Bipolar Disorders and Recurrent depression. 2nd Edition. Newyork: Oxford Univercity Press.
30. Gökçenoğlu Y, (2021), Bipolar Bozukluk hastalarında duygu düzenleme güçlüğü ve sirkadiyen tercihlerin klinik özellikler ve işlevsellik ile ilişkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya.
31. Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(10), 0-0.
32. Grunze A, Meisenzahl E, Grunze H. (2013) .Neuroimaging of bipolar disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr*; 81 (Suppl 1):17-21.
33. Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(10), 0-0.

34. Gültekin, B. K., Kesebir, S., & Tamam, L. (2014). Türkiye'de bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 199-209.
35. Gülseren, Ü. (2002). Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 15(4), 221-8.
36. Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitap Evleri.
37. Hallaç, S., & Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 142-153.
38. Hançer, N. G., Özdemir, N., & ŞAHİN, Ş. (2020). Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçler ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(3).
39. Harmanlı, P. (2015). Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*.
40. Havaceliği Atlam, D., Aldemir, E., & Altıntoprak, A. E. (2017). Prevalence of risky behaviors and relationship of risky behaviors with substance use among university students. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30(4), 287.
41. Işıklı S, Irak M. Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. Türk Psikologlar Derneği 2002 Aralık; 55-65.
42. Işık, E. (2003) Depresyon ve Bipolar Bozukluk. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası.
43. İsmen, A. (2004). Duygusal zeka ve aile işlevleri arasındaki ilişki. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 11:55-77.
44. Jessor, R. (Ed). (1998). *New Perspectives On Adolescence Risk Behavior*. New York: Cambridge University Press.
45. Karamustafalıoğlu, O. (2018). *Temel ve klinik psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
46. Kahn, D. A., Ross, R., Printz, D. J., & Sachs, G. S. (2000). Treatment of bipolar disorder: a guide for patients and families. *Postgraduate Medicine*, 107.
47. Kaplan H, Saddock B. (2000). Bipolar Disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Edition, 1284- 1289.

48. Kayahan.S, (2021). Bipolar Bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın hastalık özellikleri, evlilik ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
49. Kessing, L. V. (2005). Diagnostic stability in bipolar disorder in clinical practise as according to ICD-10. *Journal of affective disorders*, 85(3), 293-299.
50. Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda bipolar bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2).
51. Kılıç, S., Sezer, F., & Cantürk, G. (2017). Subdural Hematoma Bağlı Gelişen Bipolar Bozukluk Olgu Sunumu. *Adli Tıp Bülteni*, 22(2), 151-153.
52. Kouzarides, T. (2007). Chromatin modifications and their function. *Cell*, 128(4), 693-705.
53. Koçak, E. E., & Ertuğrul, A. (2012). Psikiyatrik bozukluklar ve epigenetik.. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 130-140.
54. Köklü, A. (2019). Ergenlerde Ahlaki Uzaklaşma İle Riskli Davranışlar ve Empati Yeteneği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
55. Kurita, M., Nishino, S., Numata, Y., Okubo, Y., & Sato, T. (2015). The noradrenaline metabolite MHPG is a candidate biomarker between the depressive, remission, and manic states in bipolar disorder I: two long-term naturalistic case reports. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 353.
56. Kupfer, D. J., Frank, E., Grochocinski, V. J., Cluss, P. A., Houck, P. R., & Stapf, D. A. (2002). Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 120-125
57. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. (2014). Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub*, 26, 108–14
58. Leibenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: clinical and research issues. *The American journal of psychiatry*.
59. Marangell, L. B., Bauer, M. S., Dennehy, E. B., Wisniewski, S. R., Allen, M. H., Miklowitz, D. J., ... & Thase, M. E. (2006). Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar disorders*, 8(5p2), 566-575.

60. McElroy, S. L., Kotwal, R., Keck Jr, P. E., & Akiskal, H. S. (2005). Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations. *Journal of affective disorders*, 86(2-3), 107-127.
61. Meade, C. S., Bevilacqua, L. A., & Key, M. D. (2012). Bipolar disorder is associated with HIV transmission risk behavior among patients in treatment for HIV. *AIDS and behavior*, 16(8), 2267-2271.
62. Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 543-552.
63. Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251
64. Miklowitz, G. (1994). Bipolar illness and family. First International Conference on Bipolar Disorder, Pittsburgh-Pensilvania, 138-169.
65. Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1990). Burden of disease. *A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in*.
66. Oral, T. (2002). İki uçlu bozukluk. *WPA Serisi. İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı*.  
s, 441-503.
67. Oral, E. T. (2009). Geçmisten günümüze bipolarite ve endofenotipler/History of bipolarity and endophenotypes. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, S8.
68. Organization WH. (2018) International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).
69. Öksüz, E. Vural H, Oflaz, F. (2005) Aile bireylerinin psikiyatrik hastalara ilişkin tutumları. *Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi* 1:11-20.
70. Örum, M. H., Mart, G., & Mart, M. (2021). Bipolar Bozukluk'ta İntihar Girişimi ile Erişkin Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

71. Özmen, O. (2006). Türk Ergenlerinde Risk Alma Davranışlarını Yordayan Değişkenler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
72. Özerdem, A., Tunca, Z., & Kaya, N. (2001). The relatively good prognosis of bipolar disorders in a Turkish bipolar clinic. *Journal of affective disorders*, 64(1), 27-34.
73. Patel, N. C., DelBello, M. P., Keck Jr, P. E., & Strakowski, S. M. (2006). Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization. *Bipolar disorders*, 8(1), 91-94.
74. Paquet, V., Strul, J., Servais, L., & Fossion, P. (2002). Sleep-related eating disorder induced by olanzapine. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(7), 0-0.
75. Perry, A., TARRIER, N., MORRIS, R., MCCARTHY, E., & LIMB, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj*, 318(7177), 149-153.
76. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., ... & STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9(3), 262-273.
77. Potter, P. A., Perry, A. G. E., Hall, A. E., & Stockert, P. A. (2009). *Fundamentals of nursing*. Elsevier mosby.
78. Post, R. M., Kupka, R., Keck Jr, P. E., McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Frye, M. A., ... & Nolen, W. A. (2016). Further Evidence of a Cohort Effect in Bipolar Disorder: More Early Onsets and Family History of Psychiatric Illness in More Recent Epochs. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(8), 0-0
79. Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
80. Sachs, G. (2004). Basic of bipolar disorder. *Bipolar Affective Disorder*. London: Science Press Ltd, 23-33.

81. Salloum, I. M., & Brown, E. S. (2017). Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(4), 366-376.
82. Sanchez, M.M. Hern, E.F. Do, D., et al. (1998). Differential rearing affects corpus collosum size and cognivite funcution of rhesus monkeys. *Brain research*. 812(1-2), 38-49.
83. Sandıkçı, Ç. (2018). Ergenlerde Riskli Davranışların Kişilik Özellikleri Tarafından Yordanmasında Sosyal İlişki Unsurlarının Aracı Rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir.
84. SAYGIN, M., Öngel, K., ÇALIŞKAN, S., YAĞLI, M., Has, M., Gonca, T., & Yücel, K. U. R. T. (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(2), 43-47.
85. Schenk, PA. Lippincott, RC. Bennett. C, Steigman, PJ. (2008) Improving knowledge about mental illness through family-led education:the journey of hope. *Psychiatr Serv* 59, 49-56.
86. Smith, E.N. Bloss, C.S. Badner, J.A., et al. (2009). Genoma-wide association study of bipolar disorder in European American and African American individuals. *Mol Psychiatry*.1488, 755- 63.
87. Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia research*, 86(1-3), 251-255.
88. TÜİK, (2020). Bireylerin alkol kullanma durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı.  
24.11.21 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma> adresinden erişildi.
89. Uludağ, Y. T., & Güleç, G. (2015). Bir Psikiyatri Kliniğine Başvuran Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Alkol-Madde Kullanımının Değerlendirilmesi.
90. Umut, G., Delice, M. A., Cansız, A., Can, A., Kurt, E., & Evren, C. (2016). Clinical Characteristics of Euthymic Bipolar Disorder Patients Comorbid with Alcohol and Drug Use Disorders and Psychometric Properties of the Assessment Tools. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(1), 48-57.

91. Üçok, A. Polat, A. Bozkurt, O. Meteris, H. (2004) Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 58, 434-437.
92. Ünal, S., Kaya, B., Çekem, B., Özişik, H. I., Çakıl, G., & Kaya, M. (2004). Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
93. Volavka, J. (2013). Violence in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 0-33.
94. World Health Organization, (1998). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*.
95. Yıldırım, N. S. (2021). *Bipolar bozuklukta optik koherens tomografi ve difüzyon tensor görüntüleme bulgularının ilişkisinin araştırılması*. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi, İstanbul.

## EKLER

### EK 1: ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu  
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi EDA YILDIZ tarafından yürütülen "Bipolar Kadın Hastalarda Riskli Davranışların Aile İşlevselliği ile İlişkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı bilime katkı sağlamaktır. Araştırmada sizden tahminen 15-40 dakika arası vakit ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya siz dahil tahminen 145 kişi katılacaktır. <sup>1</sup> Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [e.yildiz14@outlook.com](mailto:e.yildiz14@outlook.com) e-posta adresi ve 05449640014 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Bu çalışma, bipolar kadın hastalarda riskli davranışlar ile aile işlevselliği arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı ilişki arayıcı bir çalışmadır. Bu çalışmaya katılmanız halinde size Aile Değerlendirme Ölçeği ve Parsons Risk İçeren Davranışları Gösterme Sıklığı Ölçeği uygulanacaktır. Kişisel verileriniz ve sorulara verdiğiniz cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir, araştırma bittikten sonra da imha edilecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının <sup>2</sup>:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını;  kabul ediyorum  kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin <sup>3</sup>:

Adı-Soyadı:..... İmzası:.....

## EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyet:**
2. **Yaş:**
3. **Eğitim Durumu:**
  - a) ilkokul mezunu
  - b) ortaokul mezunu
  - c) lise mezunu
  - d)yüksek okul/üniversite mezunu
4. **Çalışabilirlik:** a) çalışıyor b) çalışmıyor c)öğrenci
5. **Medeni Durum:** a) evli b) bekar c) ayrılmış
6. **Çocuk:** a) var (sayısı.....) b) yok
7. **Aile yapısı :** a) çekirdek b) geniş c) parçalanmış
8. **Algılanan gelir düzeyi:** a) düşük b) orta c) yüksek
9. **Kardeş sayınız:**
10. **Evde kimlerle yaşıyorsunuz?**
  - a) babamla
  - b) annemle
  - c)anne ve babamla
  - d) yalnız
  - e) ev arkadaşımla
  - f) eşim ve çocuklarımla
  - h )çocuklarımla
  - i) diğer (.....)
11. **Anne eğitim düzeyi?** a) okur-yazar b) ilkokul c) ortaokul d)lise  
e)üniversite f) okur-yazar değil
12. **Baba eğitim düzeyi?** a) okur-yazar b) ilkokul c) ortaokul d)lise  
e)üniversite f) okur-yazar değil
13. **Sigara kullanım öyküsü?** a) Yok b) Var
14. **Alkol-Madde kullanım öyküsü?** (Varsa Süresini belirtiniz.....) a) Yok b) Alkol  
c) Kannabis d) Opiyat e) Kokain f) Stimülanlar  
g) Uçucu madde h) Diğer (Belirtiniz.....)
15. **Ailede ruhsal bozukluğu olan bir birey var mı? (küm)\*:** a) var (.....) b) yok
16. **Psikiyatrik hastahğiniz dışında başka herhangi bir hastahğiniz var mı? (Varsa hastahğiniz adını belirtiniz.**  
a ) var (.....) b ) yok
17. **Hiç rastgele cinsel ilişkide bulundunuz mu?** a ) evet b ) hayır
18. **Hiç araba kullanırken aşırı hız yaptınız mı?** a ) evet b ) hayır

### EK 3: AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)

#### AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA:** İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur. (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler verilmiştir. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen	Büyük	Biraz	Hiç
	Katılı- yorum	Ölçüde Katılı- yorum		
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	( )	( )	( )	( )
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	( )	( )	( )	( )
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	( )	( )	( )	( )
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	( )	( )	( )	( )
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17.Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )

18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	( )	( )	( )	( )
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	( )	( )	( )	( )
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karşız.	( )	( )	( )	( )
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	( )	( )	( )	( )
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	( )	( )	( )	( )
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine	( )	( )	( )	( )

46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	( )	( )	( )	( )
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karşıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )

**EK 4: MODİFİYE RİSK KATILIMI VE ALGI ÖLÇEĞİ (M-RIPS)****MODİFİYE RİSK KATILIMI VE ALGI ÖLÇEĞİ (M-RIPS)**

Bu ölçek, risk alma davranışı içerisinde ne kadar sıklıkta bulunduğunuzu ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda sıralanan her bir davranışı “son 1 yıl boyunca ne sıklıkta gösterdiğinizizi” ilgili numarayı daire içine alarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman (0)	Nadiren (Yılda 2-3 kez)	Bazen (Ayda 2-3 kez)	Sık sık (Haftada 2-3 kez)	Her zaman (Her gün)
İçki içme	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Sarhoş Olma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Hız yapma (otomobil, bisiklet, motosiklet)	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Araba kullanma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Sigara içme	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Gece ıssız yerlerde yürüme/dolaşma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Motosiklet kullanma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Marihuana içme	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Alkollü araba kullanma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Kokain kullanma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Emniyet kemeri takmadan araba kullanma veya yolculuk etme	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Reçete ile satılan ilaçları doktor onayı olmaksızın veya aşırı dozda kullanma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Esrar içme	0	1 2	3 4	5 6	7 8

Bisikletle yarış yapma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Sınavda kopya çekme	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Okulu asma/devamsızlık yapma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Uhu/bali gibi maddeler koklama	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Okul ödevlerini yapmama	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Kesici, delici alet ve silah taşıma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Tanımadığın birisinin arabasına binme	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Otostop yapma	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Kumar ve şans oyunları oynama	0	1 2	3 4	5 6	7 8
Ehliyetsiz araba kullanma	0	1 2	3 4	5 6	7 8

**ETİK KURUL İZİNİ**





**KURUM İZİNİ**

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Eda YILDIZ-4801180312

## ORJİNALLİK RAPORU

% <b>18</b>	% <b>17</b>	% <b>7</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>2</b>
<b>2</b>	<a href="http://nek.istanbul.edu.tr:4444">nek.istanbul.edu.tr:4444</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://acikerisim.deu.edu.tr">acikerisim.deu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://www.dusunenadamdergisi.com.tr">www.dusunenadamdergisi.com.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://burkonturizm.com">burkonturizm.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://depresyonrehberi.com">depresyonrehberi.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>8</b>	<a href="http://www.kizlarsoruyor.com">www.kizlarsoruyor.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>9</b>	<a href="http://liberteterapi.com">liberteterapi.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

**EDA YILDIZ**

### EĞİTİM BİLGİLERİ

2018- Halen Devam **İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa**, Florence Nightingale  
Hemşirelik Fakültesi , Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli  
Yüksek Lisans Programı ( Beklenen Mezuniyet Tarihi:- 2022)

2012-2017 **Hacettepe Üniversitesi**, Hemşirelik Fakültesi

### İŞ DENEYİMİ

Mayıs 2013- 2017 *Stajyer*, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri  
2017- Halen Devam *Klinik Hemşiresi*, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof.Dr.  
Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, H3-A Servisi (Akut Kadın Psikiyatri Servisi)

### AKTİVİTELER

2019 Kasım *Eğitmen*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Psikiyatri Birimlerinde Hemşirelik  
Hizmetleri Sertifikalı Eğitim Programı - 2019 yılı  
3. Dönem, Anksiyete Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımı,  
Bilişsel Süreçlerle İlgili Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı.

### SERTİFİKALAR

2020 Eylül- Halen Devam **İstanbul Üniversitesi**, Tıp Fakültesi, Sosyal Psikiyatri Servisi, Sanat  
Psikoterapileri Kursu (Beklenen Bitiş Tarihi: 2022)

### BECERİLER

**Yabancı Dil Becerileri:** İngilizce (Orta seviye konuşma, ileri seviye okuma ve yazma)