



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN EVLİ KADIN HASTALARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYİNİN EVLİLİK
UYUMU VE AİLE İÇİ SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Neslihan Gülşah HANÇER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2018



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN EVLİ KADIN HASTALARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYİNİN EVLİLİK
UYUMU VE AİLE İÇİ SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Neslihan Gülşah HANÇER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2018

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN EVLİ KADIN HASTALARDA
İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYİNİN EVLİLİK UYUMU VE AİLE
İÇİ SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİ**

Neslihan Gülşah HANÇER

Tez Savunma Tarihi: 02.07.2018
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışmanın bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.


Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.


Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

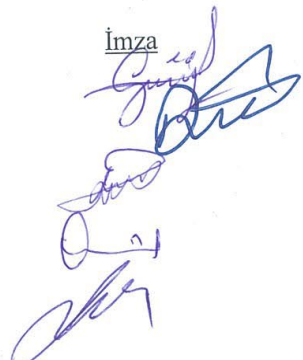
Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR

Dr. Öğr. Üyesi Leman KUTLU

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

İmza



BEYAN

Bu tezin kendi araştırmam olduğunu, bu tezin yazımının tüm aşamalarında etik kurallarına aykırı hiçbir davranışımın olmadığını, tüm verileri etik ve akademik ilkeler doğrultusunda sağladığımı, bu tez sonucunda tespit edilmeyen tüm bilgi ve yorumların kaynağını belirttiğimi ve kullandığım kaynakları listeme eklediğimi, patent ve telif haklarına aykırı bir davranışımın bulunmadığını beyan ederim.

Temmuz/2018

Neslihan Gölşah HANÇER



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim, tezin her aşamasında yoğun ilgi,sevgi ve anlayışını hissettiğim, birlikte çalışmaktan keyif ve onur duyduğum;
danışman hocam SayınDr.Öğr. ÜyesiNurgül ÖZDEMİR' e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve becerilerimin gelişmesinde katkı ve olanaklarsağlayan, engin bilgilerini benimle paylaşan saygıdeğer hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye ve Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR' a,

Tez yazma sürecimin her aşamasında benden fikrini ve desteğini esirgemeyen, her zaman anlayışlı, özenli tutumuyla karşılaştığım, sevgili arkadaşım
Vesile ADIGÜZEL'e

Ve her şeyden önce tüm eğitim hayatım boyunca olduğu gibi, yüksek lisans eğitimimde de desteklerini her zaman arkamda hissettiğim, beni en iyi şekilde yetiştiren ve her zaman yanımda olan, sabrı ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen
Aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Neslihan Gülşah HANÇER

Gaziantep/2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ.....	3
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2.Araştırmanın Amacı.....	5
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Bipolar Bozukluk.....	6
2.1.1.Tanım ve Sınıflaması.....	6
2.1.2.Epidemiyoloji.....	7
2.1.3.Etiyoloji.....	8
2.1.3.1.Genetik.....	8
2.1.3.2.Nörotransmitter Çalışmaları.....	9
2.1.3.3.Nörogörüntüleme Çalışmaları.....	9
2.1.3.4.Dinamik Yaklaşımlar.....	9
2.1.4.Klinik Özellikler.....	10
2.1.4.1.Manik Epizot(mani).....	10
2.1.4.2.Depresif Epizot(depresyon).....	10
2.1.4.3. Hipomani.....	11
2.1.4.4.Karışık Epizot(karma/mikst durum).....	11
2.1.5.Tedavi.....	11
2.2.Kadın Ruh Sağlığı.....	13
2.2.1.Kadınlarda Bipolar Bozukluk.....	15
2.3.İçselleştirilmiş Damgalanma.....	18
2.3.1.Damgalanmanın Tanımı.....	18
2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalanma.....	19
2.3.3. Bipolar Bozukluk ve İçselleştirilmiş Damgalanma.....	20

2.3.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın İşlevsellik Üzerine Etkisi.....	21
2.3.5.İçselleştirilmiş Damgalanma ve Bipolar Bozuklukta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	22
2.4. Evlilik Uyumu.....	24
2.4.1. Evliliğin Tanımı ve Temel İşlevleri.....	24
2.4.2. Evlilik Uyumu.....	24
2.4.3. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	25
2.5.Aile İçi Süreçler.....	27
2.6.Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Evlilik Uyumu ve Aile İçi Süreçte Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	28
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1.Araştırmanın Türü.....	31
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	31
3.3.Araştırmanın Evreni.....	31
3.4.Araştırmanın Örneklemi.....	31
3.5.Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	31
3.6.Dışlanma Kriterleri	32
3.7. Veri Toplama Araçları.....	32
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	32
3.7.2. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği.....	32
3.7.3. Evlilikte Uyum Ölçeği.....	33
3.7.4. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	34
3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri	37
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
3.10. Süre ve Olanaklar.....	38
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	38
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	74
6. SONUÇLAR	94
7. ÖNERİLER.....	95
8. KAYNAKÇA.....	98
9. EKLER.....	114
10. ÖZGEÇMİŞ.....	127

KISALTMALAR

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

BB: Bipolar Bozukluk

DSM-V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition

EUÖ: Evlilik Uyum Ölçeği

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

YLD: Yeti Yitimi ile Geçirilen Yıllar

WHO (DSÖ): Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No Sayfa No

Tablo 1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 2. Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	42
Tablo 3. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4. Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları	45
Tablo 5. Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 6. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 7. Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 8. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 9. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 10. Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 11. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	70

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN EVLİ KADIN HASTALARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA DÜZEYİNİN EVLİLİK UYUMU VE AİLE İÇİ SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİ

Neslihan Gülşah HANÇER

Yüksek Lisans Tezi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:Dr.Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

Temmuz 2018,127sayfa

Bu çalışma bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.Kayseri’de birRuh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde Ocak – Haziran 2018 tarihleri arasında yatan ve ayaktan tedaviye başvuran bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalar evreni oluşturdu.Araştırmayı kabul eden 200 hasta örnekleme dahil edildi.Veriler toplama araçları olarak; “Kişisel Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)”, “Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)”, “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)”kullanıldı.Veriler SPSS Windows versiyon 24.0paket programında ortalama, Shaphiro Wilk, Mann Whitney u testi, Kruskal Wallis testi, Allpairwise testi ve Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirildi.Hastaların RHİDÖ toplam puanı 49.20 ± 16.85 , EUÖ toplam puanı 23.57 ± 13.42 ve ADÖ tüm alt ölçek puanı 2 puanın üzerinde olduğu belirlendi. RHİDÖ toplam puanı ile EUÖ arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, RHİDÖ toplam puanı ve ADÖ alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p < 0.05$).Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin orta seviyede, evlilik uyumlarının kötü ve aile işlevlerinin sağlıklı olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça evlilik uyumlarının bozulduğu ve aile işlevlerinin olumsuz yönde etkilendiğibelirlendi. Çalışmayan, eşi ile görücü usulü olarak evlenen, çocuk sayısı dört ve üzeri olan, düzensiz ilaç kullanan bipolar evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek, evlilik uyumlarının kötü ve aile işlevlerinin sağlıklıolduğu saptandı.Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların evlilik uyumunun artması ve aile işlevlerinin daha sağlıklı olmasına yönelik olarak içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenip, eş ve aile bireylerinin tedavi sürecine katılımı ile damgalanmayı azaltmaya yönelik girişimler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile İçi Süreç,Bipolar Bozukluk, Evlilik Uyumu, İçselleştirilmiş Damgalanma, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

THE EFFECT OF INTERNALIZED STIGMA LEVEL ON MARITAL ADJUSTMENT AND FAMILY PROCESSES IN MARRIED WOMEN WITH BIPOLAR DISORDER

Neslihan Gülşah HANÇER

Master's Degree, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Dr. Nurgül ÖZDEMİR

June 2018, 127 pages

This is a descriptive study that aims at determining the effect of internalized stigma level on marital adjustment and its relation to family processes in married women with bipolar disorder. The target population included married women with bipolar disorder who visited a psychiatric hospital in Kayseri between January and June 2018. 200 patients who agreed to participate in the study were included. As data collection tools, "Biographical Data Form", "Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)", "Marital Adjustment Scale (MAS)", "Family Assessment Scale (FAS)" were used. Collected data was analyzed by calculating mean and conducting Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Allpairwise and Spearman's correlation tests on SPSS Statistics Package Version 24.0 for Windows. The total scores of the patients was 49.20 ± 16.85 on ISMI, and 23.57 ± 13.42 on MAS. Total scores on all subscales of FAS was over 2. It was found that there was a significant moderate negative correlation between total ISMI scores and MAS and that there was a significant weak negative correlation between total ISMI scores and FAS subscales ($p < 0.05$). The findings indicated a medium-level internalized stigma in married women with bipolar disorder and showed that these women have bad marital adjustment and unhealthy family functions. The findings also revealed that marital adjustment deteriorated and family functions were negatively affected as the level of internalized stigma increased. Women who do not work, had arranged marriage, gave birth to four or more children and adopted irregular take of medicine had higher levels of internalized stigma, bad marital adjustment and unhealthy family functions. It is of paramount importance that the internalized stigma levels are determined in order to increase marital adjustment and facilitate healthier family functions in married women with bipolar disorder. Interventions should be planned to reduce internalized stigma levels with the participation of both patients and their family members in the treatment process.

Keywords: Family Process, Bipolar Disorder, Marital Adjustment, Internalized Stigma, Psychiatric Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bipolar (İki Uçlu)bozukluğunyaşam boyu yaygınlığı cinsiyet yönünden farklılık göstermemekle birlikte, hastalığın klinik özellikleri ve seyrinde kadın ve erkeklerde bazı farklılıklar mevcuttur (1).Bipolar I bozukluğu kadınlarda ve erkeklerde aynı oranlarda görülmesine rağmen, bipolar II bozukluğunun kadınlarda görülme oranı daha fazladır.Bipolar I bozukluğu erkek hastalarda daha çok manik epizodla başlamaktadır (2) ve erkeklerde manik dönem sıklığı, madde kötüye kullanım sıklığı fazla iken, kadınlar da ise depresif epizod ve mikst epizod sıklığı fazladır (1), kadınlarda ilk epizod daha çok major depresif dönem ile başlamakla birlikte (2) yaşam boyu depresyon süresi kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır (3,4). Kadınlarda tek uçlu (Unipolar) major depresyon vakaları erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir.Bu farklılık erken erişkinlik döneminde başlar, 30 ile 45 yaşları arasında belirginleşir ve yaşamboyu da aynı oranda devam eder.Kadınlarda yaşamı boyunca karşılaştıkları hormonal değişikliklerin daha fazla ve ani oluşu (5), mevsimsel dönemler ve hızlı döngünün daha belirgin ve fiziksel hastalık komorbitlerinin fazla olduğu belirtilmektedir (1).Kadın, intrauterin dönemden başlayarak, yaşlılık döneminin sonuna kadar geçirdiği yaşam evrelerinin her birinde fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Kadının yaşam döngüsü içerisinde yaşadığı bu değişimler onları psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir (6).Ayrıca toplumsal yapılarıdaki kadının aile içindeki konumu ile kadına yüklenen “iyi eş”, “iyi anne”, “iyi ev hanımı” vb. kendine sunulan kimlikleri çocukluğundan beri yaşadığı sosyalleşme sürecinin sonucu olarak baştan kabullenmekte ve bağımsız bir kişi olduğunu reddetmektedir (7).

Kadınlarda stress olaylarına karşı artmış duyarlılık hallerinin mevcudiyeti, daha çok maladaptif başa çıkma yöntemlerini kullanmaları ve buna karşılık erkeklerin madde ve alkol kullanımına başvurmak suretiyle daha çok depresif belirtilerini baskıladıkları gerçeği yatmaktadır (5). Bipolar kadın hastalar eşinden boşanma, şiddet görme, eşi tarafından damgalanma korkusu nedeniyle hastalıklarını gizlemekte, duygu durumu ile ilgili problemlerini somatoform sorunlar olarak yaşamakta ve farklı baskılama yollarına girmektedir.Buna bağlı olarak bipolar kadın hastalar yaşadığı içselleştirdikleri damgalanma ve psikiyatrik sıkıntılar nedeniyle evliliğe adım atma, evliliği sürdürme ve aile içinde de sorunlar yaşamaktadır (8).

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve buna bağlı olarak kendini değersiz hissetmesi, utanç duyması ve kendini toplumdan geri çekmesidir (8). Bipolar bozukluk toplum tarafından daha az tanınan ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara göre daha az damgalanan bir bozukluk olmasına rağmen hastalar içsel damgalanmayı daha fazla yaşarlar ve kendi kendilerini damgalarlar (9). Bipolar bozukluk hastalarının iş, aile ve sosyal çevresi ile iletişiminin azaldığı, sosyal aktivitelere karşı ilgisinin olmadığı, sorumluluklarını yerine getirmede düşük otonomili oldukları ve bilişsel işlevselliklerinin kötü olduğu belirtilmektedir (10). Aydemir (2004), bipolar bozukluğu olan hastaların yetersizlik ya da eksiklik duygusunu yaşadığını, hastalıkları nedeniyle evliliğin kendilerine bir sorun olacağını düşündükleri ve sosyal çevrelerinin kendilerini yetersiz olarak gördüklerini düşündükleri belirtmiştir (11,12). Bipolar bozukluğa evlilik sorunlarının yanında aile içi sorunlar da büyük ölçüde eşlik etmektedir.

Epizodlarla seyreden kronik bir hastalık olan bipolar bozukluğu olan hastalar fiziksel, sosyal ve yaşamsal alışkanlıklar yönünden güçlük yaşamakta ve bu aileyi de yakından etkilemektedir (13). Güleç (2002) 'de Kohl ve ark.'nın ailedeki psikiyatrik hastalığı olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmalarında ruhsal hastalığı olan bireylerin uygun bir tedavi ile iyileştirildiklerinde bile oldukça ciddi aile krizlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu sonucuna vardığını ifade etmiştir (14). Ruhsal belirtilerle başvuran bireylerin ele alınmasında ve tedavi sürecinde onların içinde yaşadığı ailenin değerlendirilmesi, gerek tanı koyma gerek uygun tedaviye yönlendirmede, ayrıca klinik gidiş ve sonucun belirlenmesinde önem taşır. Bireyin ruhsal sorunları aile dinamikleri ile ilişkili olabileceği gibi evde hasta olan bir kişinin varlığı nedeniyle de ailede işlevler felce uğramış olabilir (15).

Aile dinamikleri, eş ile ilişki, ev içerisindeki etkileşimler, aile işleyişinin nasıl yürüdüğü, bipolar bozukluk geliştirmeye yatkın çocukların nasıl bir ortamda büyüdüğü, evdeki hastalıktan bağımsız gerilimlerin kaynağı hastayı izleyen hekim (16), psikiyatri hemşiresi ve ekibi ile bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Bipolar hastaların aile içi sorunları hastalık dönemlerinin bir sonucu olabileceği gibi ilerideki epizodlara yol açabiliyor olma açısından prognostik bir önem taşımaktadır (17). Hemşirelerin çevrenin hasta üzerindeki etkisini anlaması, ruh sağlığı açısından hastayı çevresi ile beraber değerlendirmesi önemlidir. İçselleştirilmiş damgalanmayla başa çıkmak için hastaya

öncelikle eğitimler verilmeli, hastaların basmakalıp düşüncelerini fark etmeleri sağlanmalıdır (18).Psikiyatri hemşirelerinin hastaların içselleştirilmiş damgalama düzeylerini değerlendirmeleri, içselleştirilmiş damgalamayı azaltmaya yönelik planlamalara taburculuk sürecinde yer vermeleri (12), içselleştirilmiş damgalamaya bağlı olarak sorun yaşayan, kontrollerine gitmeyen, tedavisi aksayan hasta bireylere eğitimler verilmeli ve gerekli kurumlara yönlendirmelidir.

Evlilik ve aile işleyişi ile ilgili koşullar, hastalığın tetiklenmesinde, daha sık ağır ve uzun seyretmesinde önlenabilir çevresel koşullar olarak görülmelidir.Bu süreçte hasta ve ailesine görüşmede bilgi verilmelidir. Hasta, eşi ya da çocuğu aile ya da evlilik terapisi gibi uzmanlara yönlendirilebilir (16).Bipolar bozukluk gibi tekrarlayıcı ve kronik bir hastalığı olan bireye sahip olan ailelerin desteklenmesi ileriki dönemde hasta ailelerinin işlevlerini daha sağlıklı olarak yerine getirmesini sağlayacaktır.Bu sürecin başlangıcını oluşturan taburculuk planında ruhsal dengeyi bozabilecek etkenleri önlemeye yönelik hastaya sosyal ve kişisel becerilerin kazandırılması, başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesini amaçlayan koruyucu psikiyatri alanında eğitimler vermelidir.Aile üyelerine özellikle tedavi sürecini hakkında bilgi verilerek taburculuk sonrası aile içinde yaşanabilecek sorunların minimal düzeye indirgenmesi sağlanmalıdır (13).

Toplumumuzda kadına düşen roller, toplumun kadına bakışı, geleneksel baskılar, kadınların erkeklerden farklı başa çıkma yöntemleri kullanması, kadınların yaşam boyu karşılaştıkları hormonal değişimlerin fazla olması, ailenin ekonomik düzeyi, aile ve evlilik içerisindeki sorunların her zaman kadına yüklenmesi, çocuk bakımı, eş ve ev içi tüm sorumlulukların kadının üzerinde olması ve bunlara ek daha başka sayabileceğimiz sorunların üzerine de kadının psikiyatrik rahatsızlık yaşaması, kadının içselleştirilmiş damgalanma yaşamasına neden olmakta ve buna bağlı olarak aile süreci ve evlilik uyumunda sorunlar yaşamaktadır.

1.2. Tezin Amacı

Bu araştırma bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanımı ve Sınıflaması

Eskiden manik-depresif hastalık olarak bilinen bipolar bozukluk, şimdilerde iki uçlu bozukluk olarak adlandırılan bir duygudurum bozukluğudur. Bu duygu durum bozukluğunda taşkınlık yani mani ve çökkünlük yani depresyon olmak üzere birbirine zıt iki ayrı hastalık dönemi bulunmakta ve bunlar yatışma ve alevlenmelerle seyretmektedir. Hastalık dönemi dışında ise hasta tamamen normale dönmektedir (19,20,21,22).

Dolayısıyla bipolar (İki Uçlu) bozukluk literatürde, “tekrarlayan hipomanik/manik, depresif ya da karma dönemlerle seyreden, dönemler arasında kişinin sağlıklı duygudurumuna (ötimik) dönebildiği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğu” (20,21,23) olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, duygudurum bozuklukları arasındaki kronik ciddi bir ruhsal bozukluk olarak nitelendirilmekte, kişinin günlük yaşamını derinden etkilemekte ve tedavi edilmediğinde intihara dahi yol açan bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir (21,22,24,25).

Bipolar bozukluk, temel bazı özelliklerine göre üç temel alt tipe ayrılmaktadır (26). Ancak farklı kaynaklarda bu üç temel alt tipe “başka türlü adlandırılmayan” adıyla bir alt tip daha eklenmektedir (20). Bu alt tipleri anlayabilmek için öncelikle birer duygu durum bozukluğu olan mani, hipomani, depresyon gibi terimlerin anlamları üzerinde durulmalıdır. Mani, “taşkınlık” anlamına gelmektedir ve bu dönemde kişinin duygudurumu yükselmektedir (aşırı neşeli, aşırı mutlu, enerjik, konuşkan gibi). Hipomani, yine “normalin üzerinde bir canlılık” sergilenmektedir ancak bu durum mani kadar şiddetli değildir. Ayrıca, mani en az 7 gün, hipomani ise en az 4 gün sürmektedir. Depresyonda ise maninin tersine kişinin duygudurumu “çökkündür” (mutsuz, elemli, kafası karışık, öfkeli gibi) (19).

Bipolar (İki Uçlu) bozukluk, duygudurumların yaşanma durumuna göre bipolar I (tip I), bipolar II (tip II) ve siklotimi olmak üzere üç alt tip olarak sınıflandırılmaktadır (26). Bunlardan tip I bipolar bozukluk, tipik mani ve depresyonla karakterize edilir (19).

Mani dönemi ya da karma dönemden biri mutlaka olmalıdır. Depresyon dönemi ve hipomani dönemi de görülebilmektedir. Diğer alt tiplerden daha şiddetlidir, mani ya da karma dönemler, ani başlar ve genellikle hastane yatışı gereklidir. Hastaların yarısında hastalık dönemlerinde psikotik belirtiler(halüsinasyonlar ve hezeyanlar) görülür (20,27,28) .

Tip II bipolar bozukluk daha kısa süren veya daha az tipik manilerden oluşmaktadır. Uzun tekrarlayan depresyonlar ve mutlaka en az bir hipomani bulunmakta, mani ve karma dönem bulunmamaktadır. Dolayısıyla, bipolar tip II bozukluk tanısı konulabilmesi için bir depresyon ve hipomani geçirilmesi gerekmektedir. Bipolar II bozukluk, bipolar I'e göre, psikotik belirti (hezeyan, halüsinasyon gibi) olmaması, mani ve karma dönemin olmaması ve daha az hastane yatışı gerektirmesi nedeniyle daha hafif şiddette bir bozukluk olarak görülmektedir. Ancak uzun süreli izlemde hastalık belirtileriyle geçen toplam süre bipolar II bozuklukta bipolar I'e göre daha uzun ve kronik, hastalık dönemi sayısı daha fazla, psikiyatrik ek tanı daha fazla, depresyonlar daha şiddetli ve intihar davranışı daha fazladır. (22) .

Ayrıca, iki yıl boyunca hipomanilerin birbiri arkasına görüldüğü sürekli hafif şiddette depresyon ve iki aydan daha uzun süre iyilik halinin olmadığı alt tip ise siklotimi olarak adlandırılmaktadır.Dolayısıyla, siklotimi, bipolar bozukluğun birden fazla duygudurumun sıklıkla yaşanan hafif formudur (26).

2.1.2. Epidemiyoloji

Yürütülen çeşitli epidemiyolojik çalışmalar sonucunda bipolar(İki Uçlu) bozukluğun dünya genelinde oldukça yaygın bir hastalık olduğu ve tüm toplumları etkilediği görülmektedir. Dolayısıyla, bugün toplum sağlığı açısından önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (19,26). Hastalığın yaşam boyu yaygınlığının %5-6 düzeyinde olduğu bildirilmektedir (19,21,24,29,30).

Cinsiyete göre yapılan detaylı araştırmalar sonucunda bipolar bozukluk görülme sıklığının kadın ve erkeklerde birbirine benzer olduğu bulgulanmıştır. Yaşam boyu sıklık her iki cinsiyette yaklaşık olarak eşittir (20). Kadın erkek oranının eşit olduğu ülkemizde yapılan yaygınlık çalışmalarında da bildirilmiştir (20,31). Ancak, tip II hastalar arasında kadınların oranı daha yüksektir. Ayrıca, manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda sıktır (19). Kadınların daha fazla tip II, karma dönem ve

hızlı döngülü (yılda dörtten fazla bipolar bozukluk dönemi geçiren tip) tanısı aldığı bildirilmektedir (20,32).

Bipolar (İki Uçlu)bozukluğun başlangıç yaşı, bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşları birbirine yakın olmak üzere genellikle 20 civarındadır.ABD’deyapılan bir araştırma sonucunda ilk belirtilerin, hastaların%33’ünde15yaşındanönce,%27’sinde15-

19yaşarasında,%39’unda20yaşındansonrabaşladığı tespit edilmiştir(21,33). Ailesel öyküsü olan hastalarda ise başlangıç yaşı daha erkendir (19,34). Çünkü, genetik yatkınlık önemli bir etiyolojik faktör olarak görülmektedir (20). Geç başlangıçlı grupta erkek cinsiyet, karma atak,psikotik bulgu, hipertimik mizaç, hipertansiyon, diyabet ve serebrovasküler hastalık gibi üçüncü eksen tanılarının daha sık olduğu ifade edilmiştir (36).

Sosyoekonomik duruma ilişkin veriler kesin olmamakla birlikte bipolar bozukluğun daha çok şehirlerde ve üst sosyoekonomik düzeyde izlendiğini ileri süren çalışmalar mevcuttur (19, 35).

2.1.3. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte etiyolojisinde genetik yatkınlık, biyokimyasal etkenler, çeşitli hormonlar ve çevresel etkenlerin üzerinde durulmaktadır (21,19).

2.1.3.1. Genetik

Yapılan çeşitli araştırmalar bipolar bozukluğun (BB) etiyolojisinde genetik yatkınlığın oldukça etkili olduğunu yani hastalığın genetik temelleri bulunduğunu göstermektedir (20). Zira bipolar bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında hastalığın görülme riskinin topluma göre 5-10 kat arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, biyolojik anne babasında bipolar bozukluk öyküsü olan çocuklar sağlıklı anne babaya evlatlık olarak verildiğinde bu çocuklarda bipolar bozukluğun daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Ters durumda, biyolojik ailesindebipolar bozukluk olmayan çocuklar hasta aileye evlatlık verildiğinde ise BB görülme oranı topluma göre artmamıştır (37).Bunun yanında, monozigot ikizlerde, birlikte hastalanma oranı %60 iken, çift yumurta ikizlerinde %20 bulunmuştur(38). Ancak, bu oranların %100 olmaması hastalıkta sadece kalıtsal

etkenlerin değil, çevresel etkenlerin de rol oynadığına dair güçlü bir kanıt olarak değerlendirilmektedir (19).

2.1.3.2. Nörotransmitter çalışmaları

Stresörler çok çeşitli şekillerde beyinde noradrenerjik sistemi etkinleştirmekte ve otonom sinir sisteminde katekolaminlerin salınımına yol açmaktadır. Dolayısıyla, kronik strese maruz kalmak beyinde norepinefrin sentezinde artışla sonuçlanmaktadır. Bunun yanında, beyinde yer alan dört dopaminerjik sistemden birisi olan ve duygu dışavurum, öğrenme ve zevk alma yetisi, konsantrasyon, motivasyon ve amaca yönelik karmaşık yüksek bilişsel işlemleri düzenleyen mezokortikal yolak etkilenmektedir (19,21).

Ayrıca serotonerjik sistem üzerinde, akut ve kronik stres durumları farklı etkilere sebep olmaktadır. Akut stres durumu serotonin salınımını arttırırken kronik stres durumu 5-HT depolarının boşalmasına ve aktivitesinin azalmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla, bu durum serotonerjik sistemin BB etiyolojisinde rolü olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bipolar bozukluk manik dönemde hücre içi sodyumun azaldığı, potasyum ve su tutulumunun arttığı; depresyonda ise tersi bir durumun yaşandığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla, bu iyon sistemlerinin de BB etiyolojisinde rolleri bulunmaktadır (39).

2.1.3.3. Nörogörüntüleme çalışmaları

Prefrontal lob hacimleri, bipolar depresyonu olan hastalarda kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Ancak talamus hacimleri ve bazal gangliyon daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, bazı çalışmalarda bipolar hastalarda sağ prefrontal korteks işlevlerinde azalma ve hipokampus ve amigdala hacimlerinde büyüme tespit edilmiştir. Bunun sonucunda; hezeyanlar, dürtü kontrolünde azalma ve disinhibisyon gibi bulgulara ulaşılmıştır (40).

2.1.3.4. Dinamik yaklaşımlar

Dinamik yaklaşımlara göre bipolar bozukluğun temelinde sevgi eksikliği ve bununla ilişkili nedenler yatmaktadır. Bu yaklaşımda en fazla bilinen görüşlerden birisi Freud'a aittir ve Freud, depresyonda “gerçek sevgi nesnesi ya da bilinçdışı imgesel bir yitimin” var olduğunu düşünmektedir. Dolayısıyla, depresyonun mani ile ilişkili olduğunu ve maninin depresyona karşı bir savunma olduğunu belirtmektedir.

Benzer biçimde, Karl Abraham’a göre, manik dönemler altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneğidir. Melanie Klein’a göre ise, “depresyon kişide sevgi nesnesi kaybı ile ortaya çıkmakta ve agresyonun neden olduğu anksiyete sonucu oluşmaktadır” (19).

2.1.4. Klinik Özellikler

Bipolar bozuklukta hasta manik, hipomanik, karma ve major depresif epizotlar geçirebilir (41).

2.1.4.1 Manik epizot (mani)

Manik dönem tanısı için duygudurum değişmelerinden en az birisinin varlığı zorunludur.Öforik, iritabl ya da ekspansiv duygudurum; hastada patolojik bir şekilde kendini aşırı iyi hissetme, neşeli olma, keyif, mutluluk ve coşku hali veya aşırı bir sinirlilik, hırçınlık, öfke ve saldırganlık yaşayabilir. Duygudurum değişimine eşlik edebilecek diğer semptomlar:

- Belirgin ölçüde azalan uyku ihtiyacı,
- Abartılı yükselmiş benlik duygusu ya da grandiyozite
- Lögore, baskılı konuşma,
- Düşünce uçuşması ve hızlanması,
- Kötü sonuçlar doğurabilecek ama zevk verici olarak algılanan etkinliklere aşırı eğilim,
- Artan verimlilik/kapasite ve yaratıcılık
- Girişimleri sonuna kadar götürememe
- Psikomotor ajitasyon (41,42).

2.1.4.2. Depresif epizot (depresyon)

İki ana çökmüş duygudurum tipi: depresif ruh halive ilgide azalma ya da zevk alamama gibi ileri ana çökmüş duygu durumu tanımlanmıştır.Depresif duygu durumunda hasta kendini; çökmüş, kederli, hüznölü, sıkıntılı, psikolojik bir acı içinde, mutsuz ve ağlama eğiliminde hisseder.Yaşamın anlam ve zevki kaybolmuş, boşluk hissinde, tüm ilgi, dürtü vet istekler kaybolmuştur. Bu da ilgi ve zevk yitimine işaret eder (41).

Bir depresif epizot için aşağıdaki semptomlar karakteristiktir:

- Hüzünde artış ve motivasyonda azalma duygusu
- Günlük hayattaneşe yaratacak şeylere karşı ilgisizlik

- Uykuda azalma, sabahları çok erken uyanma veya artan uyku ihtiyacı
- İştah ya da kilo kaybı ya da artışı
- Cinsel ilgide azalma
- Sürekli olarak derin düşüncelere dalma eğilimi ve kötümser gelecek perspektifleri
- Değersizlik, suçluluk duygusu, eksik özgüven
- İntihar düşünceleri, intihar tasarı ya da girişimleri
- Konsantrasyon ve dikkat toplama güçlüğü
- Kararsızlık
- Göğüste sıkışma, ishal veya kabızlık gibi bedensel rahatsızlıklar
- Yorgunluk, bitkinlik, enerjisizlik, (41,43).

2.1.4.3. Hipomani

DSM-V tanı kriterlerine göre kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağan dışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte , olağan dışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı dönemin , en az 4 ardışık gün süreyle neredeyse hergün, günün her bölümünde bulunması gerektiği belirtilmiştir (44). Kısa süren ,belirgin bozulma ya da gerilemenin görülmediği, psikotik olmayan daha ılımlı bir manic durumdur.Psikotik belirtilerin olmayışı, kısa sürmesi, hastanın yaşamında temel sarsıntılara yol açmaması nedeniyle hastanın uyumunu bozmaz.

- Abartılı yükselmiş benlik duygusu ya da grandiyozite
- Uyku gereksiniminde azalma
- Lögore,
- Düşünce uçuşması gibi manide görülen semptomlar görülebilmektedir (42).

2.1.4.4. Karışık epizot (karma / mikst durum)

Manik ve depresif belirtilerin karma bir şekilde birlikte görüldüğü dönemdir.Karma dönem bir çok hastada, manik belirtilere bir kaç depresif belirtilerin eklenmesi şeklinde görülmekte ve maninin bir diğer şekli olarak algılanmaktadır.Tedaviside mani ilkelerine uygun olarak planlanmaktadır (41).

2.1.5. Tedavi

Akut tedavi ve koruyucu tedavi olmak üzere tedavinin iki basamağı mevcuttur. Akut tedavi hastalık belirtileri başladığında, belirtilerin mümkün olduğunca hızlı bir şekilde yatıştırılması için uygulanmaktadır ve bu dönem hastanede yatarak tedaviyi de gerektirebilmektedir. Akut tedavide öncelik; hastanın ve çevresinin güvenliğinin sağlanması, intihar riski varsa önlenmesi, tanının netleştirilmesi, mani döneminde sakinliği sağlayacak, depresyon döneminde ise ruhsal kalkınma sağlayacak tedavinin etkili ve güvenli biçimde uygulanmasıdır(45). Koruyucu tedavi ise yeniden hastalanmayı engelleme amacı taşımaktadır. Doğru teşhis yapıp tedaviye erken başlanırsa, hastalığın şiddetli bulgularına rağmen tedavide başarı sağlanabilmektedir (22).

Bipolar bozukluğun farklı dönemlerinde kullanılan ilaçları aşağıdaki şekilde gruplandırmak mümkündür

- Duygudurum Dengeleyicileri (Mood Stabilizatörler): Akut maninin tedavisinde ve bipolar bozuklukta koruyucu olarak etkisi kanıtlanmıştır.
- Antipsikotik İlaçlar: Duygudurum tekrarlarını, mani dönemlerini önlemektedir ve depresyonda tedavisinde etkilidir.
- Anksiyolitik (anksiyete giderici) ilaçlar: Bu grupta en fazla kullanılan ilaçlar benzodiazepinlerdir. Ajitasyon üzerinde etkilidir (42).
- Antidepresan İlaçlar: Bireylerin kendilik algısının, içe kapanma derecelerinin, depresyona özel belirtilerin ve aktivitelerin pozitif yönde değişmesini sağlar. En sık kullanılan antidepresan ilaçlar trisiklik antidepresanlar, monoaminoksidaz inhibitörleri, seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSRI), seratonin noradrenalin geri alım inhibitörleridir (SNRI) (43).

Manik dönemde; ağızdan ilaç tedavisine uyum gösteren hastalarda ilk tercih duygudurum düzenleyicisidir. Saldırganlık durumları ve psikotik özelliklerin eşlik ettiği akut mani hastalarında ayrıca antipsikotik tedavi de başlanır. Ayrıca, benzodiazepinler de önemli bir seçenektir. Oral alımı reddeden veya tedavi uyumu göstermeyen hastalarda intramusküler antipsikotik tedavi zorunlu olabilmektedir. Ayrıca, EKT (elektrokonvülsif tedavi) seçeneği etkili bir yöntemdir (19).

Depresif dönemde; ilk önce lityum tedavisinin başlanması, alıyorsa lityumun etkin kan düzeyine çıkılması önerilmektedir. Yaklaşık 6 ay içerisinde yanıt alınamaması halinde ise antidepresan ilacın tedaviye eklenmesi önerilmektedir. Ayrıca, özellikle psikotik

belirtileri olan, intihar riski olan, oral alımı kısıtlanan hastalarda EKT tedavisine geçilmektedir (19). Ancak, hastaların büyük kısmında ilaca uyumsuzluk vardır, bu durum hastaların %64'ünde görülebilmektedir. Yinelemelerin, morbidite ve mortalitenin en önemli nedeninin bu olduğu düşünülmektedir. Tedaviye uyumsuzluğun ilaç kullanmayı istememek, kronik gidişi kabul edememek, ilaçlara bağlı istenmeyen etkiler veya artık tedaviye ihtiyaç duymadığı inancı gibi çeşitli nedenleri bulunmaktadır (21).

2.2.Kadın Ruh Sağlığı

Cinsiyet psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığını, risk ve duyarlılığı, hastalıkların başlangıç zamanı, gidişi ve prognozunu belirleme de önemli bir faktör olarak rol oynar (46). Kadın ve erkeklerde toplumsal cinsiyet ve cinsiyet arasındaki etkileşim çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır (47). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun (2009) açıkladığı “Kadın ve Sağlık” raporunda; dünyada kadınların alkol ve madde kullanımına bağlı rahatsızlıklardan erkeklere göre daha az etkilendiğini, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıklardan erkeklere göre daha çok etkilendiği ifade etmiştir. Dünyadaki 73 milyon erişkin kadının her yıl major depresyondan etkilendiği, yüksek gelirli ülkelerde erişkin yaş grubu kadınların %40'ının orta ve şiddetli ruhsal hastalıklara bağlı tedavi gördüğü, düşük gelirli ülkelerde bu oranın %14 olduğu raporda yer almıştır (48). Türkiyede her beş kadından birinde (%20) herhangi bir ruhsal hastalık bulunmaktadır (49).

2004 Yılındaki Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkilik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporuna göre; YLD (Yeti Yitimi ile Geçirilen Yıllar) dağılımları erkek ve kadın cinsiyete göre ayrı ayrı incelendiğinde erkeklerde ilk sırayı %7.3 ile osteoartritler alırken, kadınlarda %10.7 ile unipolar depresif hastalıkların yer aldığı görülmektedir. Ayrıca 15-59 yaş grubu kadınlara bakıldığında ilk sırada %14.4 ile yine unipolar depresyon yer almaktadır (50). Dönmez ve arkadaşları (2000) araştırmalarında kadın cinsiyet olmanın duygu durum bozukluğu riskini 2.07 kat arttırdığını, anksiyete riskini 3.56, somatoform bozukluk riskini 1.90 kat artırdığını bulmuştur (51).

Kadınlar psikolojik problemleri olduğunda, yardım arama davranışı olarak fiziksel şikayetlerle sağlık kurumlarına başvurmakta ancak duygusal gereksinimlerini ifade edememektedirler (52). Sağduyu'nun (1995) “Sağlık Ocağına Başvuranlarda Somatizasyon” çalışmasında kadınlarda somatik belirtilerin, erkeklere oranla daha fazla

görüldüğünü belirtilmiştir (53). Kelleci ve arkadaşlarının çalışmasında (2003), değişik bedensel şikayetleri ile sağlık ocağına başvuran kadınların %58.3'ünde (54), Buzlu ve arkadaşlarının çalışmasında (2006), kadınların %45'inde psikiyatrik hastalık yönünden incelenmesi gereken somatik belirtiler saptanmıştır (55).

Sonuçlardan da anlaşıldığı gibi dünya nüfusunun en az yarısını oluşturan kadınların toplum içindeki cinsiyet ayrımına bağlı ve kadınlara yüklenen roller gereği sağlık durumları etkilenmekte ve buna bağlı olarak da kadın sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden incelenmesi gerekmektedir (56,57,58). Geleneksel olarak kadınlara toplumda çocukluğundan itibaren atılan olmayan davranışlar öğretilmektedir; erkeklere yardımcı konumda ve içinde bulundukları durumdan memnun insanlar olmaları, öfkelerini asla dışarıya yansıtmamaları, otorite figürlerine asla soru sormamaları, hayır dememeleri ve diğer insanları mutlu ve rahat ettirmeleri gerektiğidir.

Bu atılan olmayan davranışlar arasında kendinden önce başkalarının gereksinimlerine önem verme , sessiz olma ve uyumlu davranma yer alır. Bunun sonucu olarak da kendine güvensiz, pasif, kararsız, başkaları tarafından verilen kararlara uyan ve duygularını gizleyen, çatışmadan kaçınan geleneksel kadın imajı gelişmekte ve sonuçta kadınların ruh sağlıkları olumsuz etkilenmektedir (59,60,61,62,63) .

Kadınlarda ataerkil yapıya bağlı olarak görülen cinsiyete dayalı iş bölümünün getirdiği toplam statü düşüklüğü (52), toplum içindeki kadının konumu , birbiri ile çatışan iş ,aile ve sosyal rol ve sorumlulukları, özellikle çocuk ve aile bireylerinin bakımı üzerine üstlendiği yük ve yaşamış olduğu çatışmalar, çalışma hayatında eşit şartlara sahip olmaması, yoksulluktan daha fazla pay alması gibi sosyal faktörler, kadınların hastalık, stres gibi durumlardan erkeklere oranla daha fazla etkilenmesine, kadınların strese karşı daha duyarlı olmalarına ve buna bağlı olarak da psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale gelmelerine neden olmaktadır (46). Ayrıca kadınlar yaşamları süresince intrauterin yaşamdan itibaren, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılık gibi hayatın her bir döneminde erkeklere oranla daha çok risk faktörlerine maruz kalmaktadır (64).

Çocukluktan başlayarak şiddet, istismar, kötü muamele gibi olumsuz yaşantılar ve hormonal değişiklikler(menstrüel siklus, gebelik dönemindeki değişimler, postpartum dönemdeki değişiklikler ve menopoiz dönemi değişiklikleri), doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etmenler sebebiyle stres ile en fazla karşı karşıya kalan kadındır, kadınlar ve erkeklerin stresle baş etme tutumları farklıdır (52).Bu farklılıklara bağlı olarak kadınlar

ile erkeklerde görülen hastalık seyri etkilemekte ve sağlık örüntülerinde belirgin farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla stres, psikiyatrik hastalıklar ve cinsiyet farkları araştırılırken bütüncül olarak yaklaşılmalı ve sadece biyolojik, genetik ve psikolojik faktörler değil, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve bunun sonuçları da belirleyici bir etken olarak ele alınmalıdır. Sadece psikiyatrik hastalıklara duyarlılık değil, psikiyatrik hastalığı olan bireylere toplumun bakışı, aile desteği, sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları da cinsiyetlerinden etkilenmektedir (46).

Bu çerçevede, toplumun sağlığını yükseltmede birinci görevi olan ve kadınlara ulaşma kolaylığı daha fazla olan hemşirelerin yeri burada çok önemlidir. Hemşirelere, cinsiyete dayalı bireysel, toplumsal eğitimler yapma, sektörler arası işbirliği yapma, danışmanlık, rehberlik gibi görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Böylece kadın sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayarak, sağlıklı kadınlardan sağlıklı çocuklar, sağlıklı çocuklardan sağlıklı toplumlar oluşmasında katkıda bulunacaktır (65).

2.2.1.Kadınlarda Bipolar Bozukluk

Bipolar (İki Uçlu) bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı cinsiyetler arasında farklılık göstermemektedir (1,5,66,67,68) , ancak hastalığın klinik özellikleri ve seyrinde cinsiyet yönünden bazı farklılıklar vardır (1,68) . Bipolar bozukluk tip I yaygınlığı toplumda kadın ve erkekte eşit olarak görülür ancak bipolar bozukluk tip II söz konusu olduğunda kadın lehine farklılık göstermekle birlikte (69) , bipolar II bozukluk ve depresyon ağırlıklı giden tipler (46,66), tek uçlu (Unipolar) majör depresyon vakaları kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülmektedir (5). Bipolar hastaların yaklaşık yarısından fazlasında ilk hastalık dönemi majör depresyon dönemidir.Majör depresyondan önce hafif şiddette hipomaniler yaşansa bile gözden kaçabilmektedir.İlk birkaç hastalık dönemi depresyon olduğunda bipolar bozukluk tanısının konması uzar ve gözden kaçır (66). Bipolar II de depresif atakların baskın olması ve kadın hastalarda daha sık görülmesi nedeniyle unipolar depresyonla benzeşmektedir (69). Doğru tanı alınmadan önceki tanılarının büyük çoğunluğu unipolar depresyondur (6).

Akarsu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada kadın bipolar bozukluk hastalarında psikotik belirtilerin erkeklere oranla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (70).Kadın bipolar hastalarda manik epizodlarda duygusal oynaklık, anksiyete ve kendine olan ilgi ve bakımda artış vardır, erkeklerde ise mani olgularında grandiozite ve psikomotor aktivite artışı daha sık görülür. Kadın hastalarda psikotik belirtilerle seyreden manik epizodlar

daha ağır seyrederek ve daha çok karma ataklarda ortaya çıkar (71) ayrıca kadın bipolar hastalarda mani nedeniyle hastaneye yatış sık görülmektedir (6).

Bipolar bozuklukta hastalığın seyri kadınlarda erkeklere oranla daha problemlidir (67). Manik epizod sıklığı ve madde kötüye kullanımı erkekler de fazla iken (1,68) , kadın hastalarda depresif epizod daha sık görülür (72). Kadınlarda depresyonun fazla görülmesinin nedenleri olarak hormonal farklılıklar, doğum sonrası etkiler, kadınlar ve erkekler için psikososyal yüklenmelerin farklılığı ve öğrenilmiş çaresizlikle ilgili davranış modelleri varsayılmaktadır (73).Kadınlarda hastalık seyrinde hızlı döngülülük, eşlik eden anksiyete bozuklukları, depresif atak sıklığı nedeniyle hastaneye yatış sayısı fazladır (68). Ayrıca kadınlarda hipotiroidi, migren ve obezite başta olmak üzere fiziksel hastalık eş tanıları, karma atak ve disforik durumlar daha fazladır (74), bu dönemlerde kadınlar erkeklere göre iştah ve kilo değişikliği ve orta devrede uykusuzluk olmak üzere daha fazla bedensel belirti bildirmektedir (6).Kadın hastalarda bipolar bozukluk başlama yaşı erkeklere göre daha geçtir (75,1). Bipolar bozukluk tip II tanılı kadın olgularda hastalık, unipolar kadın depresif olgulara göre daha erken yaşta başlar ve atipik alt tip ölçütleri daha sık görülür (6) ve kadınlarda 30-45 yaşlar arasında belirginleşen unipolar depresyon hayat boyu da aynı oranda devam eder.Burada kadınların hayat boyu karşılaştıkları hormonal değişikliklerin daha fazla ve ani oluşları (menstrüel sikluslar, gebelik dönemlerindeki değişimler, post partum dönemlerdeki ani değişiklikler ile menopoza dönemleri) etkili görülmektedir. Aynı zamanda kadınların stres olaylarına karşı artmış duyarlılık hallerinin mevcudiyeti, daha çok maladaptif başa çıkma yöntemlerini kullanmaları, buna karşılık erkeklerin madde ve alkol kullanımına başvurmak suretiyle daha çok depresif belirtilerini baskıladıkları gerçeği yatar (5).

İki uçlu bozukluk erken başlangıç ve yineleyici olması nedeniyle yaşam boyu koruyucu ilaç kullanmayı gerektirir ve uzun süreli ilaç kullanımına bağlı olarak iki uçlu bozukluk tanısı olan kadınlar üreme dönemleri boyunca hormonlarında değişimlerinde gözlemlendiği bir takım psikiyatrik bozukluklara daha yatkındır.

Ayrıca hamilelik ve doğum sonrası dönemler gibi özel durumlarda koruyucu ilaç kullanımı kesintiye uğramaktadır ve bu durum hastalığın yinelemesi açısından risk oluşturmaktadır (76). Birçok kadında bipolar bozukluk doğum sonrası dönemde başlar ve kadınlarda doğum sonrası dönemde bipolar depresif ataklarının sıklığı göreceli olarak yüksektir (2). Grunebaum ve ark. (1971) ve Coverdale ve ark. (1979), bipolar

kadın hastaların plansız, istenmeyen gebeliklerinin ve düşük sıklığının arttığını, gebelikte daha fazla şiddete maruz kaldığını ve dünyaya gelen çocuklarının bakımını üstlenemediklerini, gereksinimlerini karşılayamadıklarını ortaya koymuştur (77).

Nivoli ve arkadaşları yapmış olduğu 12 yıllık izlem çalışmasında, psikotik özelliği olan depresyon, öz kırım girişimi ve aile öyküsünde öz kırım girişimi sıklığının kadın olgularda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (6).

Hastalarda intihaların %90 'nın dan fazlası ya bir majör depresif epizod ya da karma epizod sırasında gerçekleşmektedir (78). Majör depresif epizod kadınlarda 2 kat daha fazla görüldüğü için bipolar kadın hastaların yaklaşık yarısının evliliğini uyumsuz yönde etkilemektedir ve buna bağlı olarak aile içerisindeki sorunları arttırmakta, aile içi yaşanan çatışmalar sonucunda da kadınlarda depresif atakları tetikleyerek evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkiye neden olmaktadır (77, 79). İki uçlu bipolar bozukluğu olan kadınlar hastalığa bağlı damgalanma nedeniyle de evliliğe adım atma ve evliliği sürdürmede sorun yaşamaktadırlar (76). Bipolar kadın hastalarda evli olma oranı, erkeklere göre daha yüksektir ve evli bipolar kadın hastalar, evli olmayanlara göre daha az sayıda depresif atak geçirmekte ve depresyon şiddetleri daha düşük olmaktadır. Erkek bipolar hastalarda ise evli olan ve olmayanlar arasında ki tek fark, evli olmayanlarda hastalığın başlangıç yaşının daha düşük olmasıdır (6). Coryell (1993), 148 bipolar hastayı 6 sene boyunca izlediği çalışmasında normal kontrollerle bipolar bozukluğa sahip hastaları karşılaştırdığında, bipolar hastalarında evlenme oranlarının yarı yarıya düşük , evli olanlarda ise boşanma ve ayrılma oranlarını 2 kat yüksek bulmuştur (80).

Bipolar bozuklukta kadın cinsiyete özgü farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklar bipolar kadın hastalarda hastalığın klinik seyri ve gidişine etki ettiği gibi tedavi süresince dikkat edilmesi gereken noktalardır. Toplumdaki risk grubu kadınların ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda bilgilendirilmeleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi açısından önemlidir ve bu görev hastalarla en yakından ilgilenen hemşireler olarak bizlere düşmektedir. Kadın ruh sağlığını etkileyen faktörleri bilmeli, kadının yaşam dönemleri boyunca geçirdiği sıkıntıları ve olası risk faktörlerini göz önünde bulundurarak yakından değerlendirmeli ve sorunlarla mücadelede hemşirelik rolümüzün çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

2.3. İçselleştirilmiş Damgalama

2.3.1. Damgalanmanın (Stigmatizasyon, Etiketleme) Tanımı

Damga (stigma), sözcük olarak yara izi, leke, delik delmek anlamlarında kullanılmakla beraber, günümüzde daha çok bir kişiyi işaretleyen utanç ve aşağılamayı ifade eden “kara leke” anlamında kullanılmaktadır (30). Damga kelimesi, kötü ve kaçınılması gereken ya da suçlu kişilerin gösterilmesi ve diğer insanlardan ayırt edilmesini sağlamak amacıyla eski çağlarda vücutlarının kesilerek veya kızgın demirle yakılarak işaretlenmesi anlamındaki Yunanca kelimeden türetilerek kullanılmaktadır(81).Damgalama, bir kişi veya grubu kötüleyerek, mevcut statülerini yok ederek lekelemeyi ve suçlayıcı, kurban edici bir yaklaşıma ve tutuma onları zorlayarak bir tür bulunulan toplum ve sosyal ortamdan dışlama özelliğini göstermektedir (82). Başka bir ifade ile damgalamada kişi, grup veya bir olaya karşı olarak onu/onları gözden düşürerek aşağılayan, hor ve hakir görerek itibarını yok etmeye çalışılan negatif bir davranış ortaya konulmaktadır (83).

Damgalama, bulunulan toplum da stereotipik şekilde bilişsel olarak “biz” ve “onlar” diye bireysel farklılıklar oluşturularak kişilerin kategorize edilmesidir (84). Örneğin kişi veya grubun, etnik özelliği, fiziksel durumu ya da yetersizliği ve psikolojik, ruhsal hastalıklarına göre kötülenip, hatalı gösterilerek veya itibarsızlaştırılarak olumsuz şekilde değerlendirilip hüküm verilmesi durumudur (85).Damgalanarak toplum tarafından hasta kişi veya grup olarak farklı olduğu vurgulanarak damgalanan kişilere daha sonra birtakım kusurlar, olumsuzluklar ve lekeler atfedilerek bu kişiler toplumdan daha da uzaklaştırılmaya, dışlanmaya ve yok olmaları için gayret gösterilir.

Damgalamada eski çağlardan bu yana en fazla dışlanma, yalıtılma ve ayrımcılığa uğrayanlar daha çok ruhsal hastalığı olan kişiler olmuşlardır. Genellikle bu kişileri damgalamada ki amaç onları kendilerinden ayırmak, dışlamak ve hatta yok olmaları için uzakta onları kendi haline bırakıp yalnızlığa terk etmektir (11).

Geçmişten günümüze tarihin her döneminde ruh sağlığında belirgin bozukluk olması nedeniyle düşünce ve hal tavırlarına, hatta fikir ve konuşmalarına anlam verilemeyen bu kişiler çevrelerince tehlikeli ve zararlı olarak görülerek damgalanmışlardır.

Sonrasında o toplumun bir üyesi olmadıklarına hüküm verilerek yapılan acı ve yıkıcı eylemler ile dışlanma duygusu yaşatılmıştır (86). Bu nedenle ruhsal hastalıklı olduğu için damgalanan kişiler; toplumun onları bu yüzden reddedip değersiz muamelesi yapacaklarından ötürü psikolojik ve sosyal uyumda bozulma ve psikiyatrik tedaviye devam etmede azalma yaşamaktadırlar. Ayrıca damgalamanın olumsuz sonuçları olarak bu kişilerde işsizlik, geçim sıkıntısı gibi birçok sorunda yaşamaktadır (87,88).

Sonuç olarak, damgalamanın esas hayat bulduğu zemin toplumsal önyargılardır. Damgalama toplumsal ölçekte kişilerarası ilişkilerde ayrımcılık veya dışlama, öteleme boyutunda yaşandığı görülmektedir. Olumsuz bir eylem olan ayrımcılık, kişi veya grupların diğerlerine karşı önyargı ile damgalama yaparak onları bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakma zorunluluğudur. Aslında asılsız veya haksız önyargılar ile yapılan damgalamanın, en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olduğu ortadadır (82,83).

2.3.2. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalama, toplum tarafından tehlikeli görülerek damgalanan ruhsal hastalığı olan kişilerin “başkaları için tehlikeliyim ya da kendi hayatımı yönetmede yetersizim” şeklinde geliştirdiği doğru olmayan inançların kendileri tarafından kabullenip benimsenmesidir (89). İçselleştirilmiş damgalanmaya uğrayan kişilerde bilişsel olarak içe kapanıklık ve yetersizlik duygusu, kendiyle ilgili olumsuz ve alt edici duygular, düşünceler oluşur. Bunun yanında duygusal olarak bunalım, üzüntü, utanma, ayıplama, öfke hisleri belirgin olarak gözlenir. Ayrıca davranışsal olarak da kendini ve statüsünü gizleme, sosyal çekilme ve kaçınma ile kendini inkâr tepkileri öne çıkmaktadır (90).

Toplumun ruhsal hastalığı olan kişileri “akıl hastası” olarak etiketlemesi sonucu bu kişiler istemeyerek de olsa kendilerini bu önyargıların hedefinde görürler. Bu, bireyler toplumun kendilerine yaptığı bu etiketlemeden ötürü büyük bir yalnızlık yaşarlar. Zamanla toplumdaki olumsuz kalıp yargıları ve etiketleri kabullenerek içselleştirir ve bunun sonucunda oluşan değersizlik, utanç duygularıyla kendisini toplumdan geri çekerler (91).

Toplum tarafından yapılan damgalama sonucu bireylerde oluşan içselleştirilmiş damgalamada; ilk olarak, kendileri ile ilgili önyargıları “bu doğru, ben güçsüzüm ve kendime bakmak için yetersizim” şeklinde basmakalıp düşüncelere dönüştürerek onaylarlar. İkinci olarak bu kişilerde, kişisel ve öz yeterlilik kendilerini yetersiz görerek artan derecede negatif duygusal tepkilere neden olmaktadır. Ayrıca ruhsal hastalıklı bireyler, kendilerine yönelik olan önyargılardan dolayı çalışmayı veya bağımsız yaşama gayretlerini bırakırlar (12).

2.3.3. Bipolar Bozukluk ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Bipolar bozukluk, toplumca daha az tanındığı için damgalamanın daha az görüldüğü bir bozukluk olmakla beraber, hastalar kendi kendilerini damgaladıkları için damgalanma hissini daha fazla yaşamaktadırlar. Bu hastalarda, toplumdan ya da hastanın ailesinden kaynaklanabilen bir damgalanma hissine bağlı olarak yaygın bir reddedilme algısına yol açmaktadır. Bunun sonucunda da hastalarda kendilerinin her zaman başarısızlık gösterdikleri ve herkesi hayal kırıklığına uğratmaları nedeniyle çevresi tarafından güvenilmeyen bir kişi oldukları yönünde ve kendilik saygısının azaldığı bir izlenim oluşmaktadır (89).

Link ve arkadaşlarına göre “Hastaneye yatırılarak tedavi gören hastaların toplum tarafından reddedilme korkuları bulunması nedeniyle kendilerine olan güvenleri azalmakta ve daha savunmacı bir tutum göstermektedirler. Toplum tarafından damgalanma algısı, bu hastalardaki kendilik saygısındaki azalmanın en önemli belirleyicisidir. Ruhsal bozukluğu olan hastalar, genel olarak toplumun aşağılayıcı ve ayrımcı tutumlarını içselleştirdikleri için sürekli toplum tarafından reddedilme beklerler. Bu çerçevede hastalar, hastalıklarını saklama eğilimindedirler ya da toplumsal ilişkilerden kaçınırlar; böylece de reddedilme kaygısını en aza indirirler” şeklinde düşünce ileri sürmüşlerdir (82).

Kocadere ve arkadaşlarının Türk toplumunda bipolar bozukluğu olan hastaları inceleyen bir çalışmada; “Bipolar bozukluğu olan 55 hastanın yarısının damgalandığını düşünmekle beraber damgalanma endişesiyle toplumdan uzaklaşan hastaların oranı, damgalandığını düşünenlerden daha fazladır. Genç yaştaki hastalar ve hastalığı erken yaşta başlamış hastalarda, damgalanma algısı ve korkusu daha fazla görülmüştür. Damgalanma algısı ve korkusu hastaların tedaviye uyumlarını %28 oranında olumsuz

etkilemektedir” şeklinde değerlendirmesi ülkemizde hastaların bipolar bozuklukla ilgili tutumlarını ortaya koymaktadırlar (92). Hastaların bipolar bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçlar da hastaların kendilerini içselleştirilmiş damgalamasına neden olmaktadır. Hastaların uzun süreli ilaç tedavisinde hastanın tedaviye yönelik tutumları ve inançlarındaki azalma nedeniyle uyumları giderek bozulmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bipolar bozukluğun bütün hastalıklar arasında yetersizliğe neden olan altıncı hastalık olduğunu belirtmiştir. Bipolar bozukluk hastalarının işlevselliğindeki bozulma belirtilerin görüldüğü dönemden başlayıp remisyon dönemleri süresince de devam eden uzun bir seyir göstermektedir (93). Bipolar bozukluk hastaları işyerinde ve görevlerini yerine getirmede güçlük yaşadıkları, aile ve çevresiyle etkileşimlerinin giderek azaldığı, kötü bilişsel beceri deneyimledikleri görülmektedir (94). Ayrıca bipolar bozukluk tanısı konan hastaların, toplumun onları daha az zeki ve güvenilmez olarak değerlendirerek bir ferdi olarak kabul etmeyeceklerini, işyerinde diğer çalışanlar gibi iyi ücret alamayacaklarını, karşı cinsle arkadaşlık veya evlenme şanslarının olmayacağını ve insanların kendilerinin fikirlerini daha az ciddiye alacakları şeklinde içsel düşüncelerde oldukları görülmektedir (95).

2.3.4. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın İşlevsellik Üzerine Etkisi

Bipolar bozukluk kronik bir hastalık olması nedeniyle ailesel, sosyal, mesleki olarak şiddetli bozukluklara yol açmaktadır (12). Bipolar bozukluk tanılı hastaların özellikle mesleki işlevsellikleri ile ilgili yaşadığı önemli zorluklar sonunda bu hastaların %20'sinde kalıcı yetersizlik ve iş göremezlik ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Ayrıca aileleri ve arkadaşlarıyla olan bilişsel işlevlerinde daha kötü oldukları, sosyal iletişim kurmada ve görevlerini yerine getirmede daha az işlevsellik gösterdikleri görülmektedir. Bu vazgeçme, geri çekilme, davranışsal kaçınmanın nedeni, damgalanma algısıyla ilişkili olarak oluşan işlev bozukluğu sonucunda olabilir (96).

Damgalanma bipolar hastaların işlevselliğini etkileyen çok önemli bir sorunu teşkil etmektedir. Bireylerin işlevselliği; ailesel, mesleki, kişiler arası ilişkileri içeren sosyal alan ve zihinsel, cinsel, duygusal işlevselliği içeren ruhsal alan, sorunsal olarak değerlendirilerek elde edilmektedir (97). Kişilerin davranışları ve davranışlarının sonuçları üzerine yapılan araştırmalarda içselleştirilmiş damgalanmanın etkileyici olarak önemli etkileri olduğu tespit edilmiştir. Örneğin Meiser ve arkadaşlarının bipolar

bozukluğu olan 200 hastada yapılan bir çalışmada; “hastaların çocuk sahibi olmak yönünde daha az istekli oldukları, çocuk sahibi olamayacaklarına ilişkin kendilerini damgaladıkları” görülmüştür (98).

Bipolar bozukluğu olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma kaygısının hastaların kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmaya yol açarak toplumsal uyum sağlama düzeylerine olumsuz etki yaptığı görülmüştür. Hastaların toplum tarafından damgalandıkları algısı onların toplumsal ilişki kurmalarını engellemekte, sosyal çevresiyle uyumlarını ve ilişkilerini bozmakta, işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemektedir. Rosa ve arkadaşlarına göre; “Duygusal semptomlar (hem depresif hem de manik-hipomanik) ile stigma arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Depresif semptomların şiddeti bipolar hastalardaki işlev bozulmalarının en önemli belirleyici faktörüdür. Ötimik örneklerde var olan depresif semptomlar minimal ise de işlev bozulmalarıyla güçlü ilişkisi vardır. Depresif semptomlar özellikle bilişsel bozukluklar ve mesleki işlevsellikteki bozulmalarla ilişkilidir. Ayrıca hastalığın şiddeti bipolar hastalardaki işlev bozukluğu ile ilişkilidir” değerlendirmesinde bulunmaktadır (98).

Günümüze kadar olan yapılan araştırmalar sonucunda bipolar bozukluk düşük psikososyal işlevsellikle ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalanmanın işlevselliği etkileyen esas faktör olduğu ortaya çıkmaktadır. İşlevselliği etkileyen diğer faktörler ise depresyonun şiddeti ve algılanan sosyal destektir. Damgalanma algısı kişilerin bulunduğu sosyal ortama ve kültüre bağlı olarak da değişebilmektedir.

(93, 96).

2.3.5. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Bipolar Bozuklukta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikiyatri hemşireliği; “birey, aile ve toplumun ruhsal sağlığını geliştiren, ruhsal hastalık ve acı çekme yaşantısını önleme hastalığın yarattığı sorunlarla baş etme ve gerekirse bu yaşantıdan anlam bulmada, profesyonel bir hemşirenin yardım ettiği kişiler arası bir süreç” olarak ifade edilebilir. Amerikan Hemşireler Birliği’nin (ANA) tanımına göre toplum ruh sağlığı hemşiresi; “toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh

sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir” (99).

Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalara olan yaklaşım ve tutumlarıyla aynı zamanda toplum için bir örnek teşkil etmektedir. Bu nedenle hastalarla doğrudan temas içinde olan psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalığı olan bireylerin bu tutumlardan nasıl etkilendiğinin bilincinde olarak öncelikle kendi tutum ve davranışlarını gözden geçirmelidir. Hasta ve hasta yakınları ile hatta psikiyatrik tedavide rol alan tüm sağlık personeli arasında bir köprü olan hemşirelerin, bu öneme uygun olarak, aynı zamanda halkın geniş kitlelerine ulaşacak şekilde eğitilmeleri önem arz etmektedir. Bu bilinç ve tutumda yetiştirilen hemşireler, halkın bu konuda doğru davranışlar göstermesi ve olumlu tutumlara sahip olması adına da önemli katkılarda bulunmaktadır (100).

Bireylerde içselleştirilmiş damgalamanın azaltılmasında öncelikli olarak, hemşirelerin kendi içlerinde bu hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve davranışlarının farkında olup, bu tutumlarını olumluya çevirmeye gayret göstermeleri gerekmektedir. Bu amaçla hemşireler, uzmanlar ve diğer sağlık personeli damgalamayı azaltma organizasyonlarına aktif olarak katılarak eğitim almalıdır. Bunun yanında diğer sağlık meslektaşlarını ve hastaları bu eğitime yönlendirerek daha genel ölçekte bir bilinçlenmeye katkıda bulunabilirler.

Psikiyatri hemşireleri, hastanın bakım ve tedavi sürecinde hasta ile iletişim içinde olmalarından dolayı hastanın ihtiyaçlarını belirlemede, bu ihtiyaçlar doğrultusunda psikoeğitim programları planlamada ve uygulamada önemli bir konuma sahiptirler (101). Dolayısıyla, hemşireler, okul ve işyeri gibi toplu alanlarda, toplumun psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri konusunda gerekli bilgileri paylaşarak önyargı ve içsel damgalanma etkisini azaltacak bir değişime katkı verebilirler. Bu amaca uygun olarak örgün ve yaygın eğitimde damgalanmayla mücadelede araştırma eğitim programlarının planlanması ve oluşturulması gerekmektedir. Buna ek olarak toplum damgalama konusunda eğitilirken psikiyatrik hastaların da damgayla baş etme tedavileri konusunda bilgilendirilmesi faydalı olacaktır (99).

İçsel damgalanma ile mücadelede veya bipolar bozukluk tedavi sürecinde bakım yapan hemşirelerin, bireylerin sorunlarını içtenlikle anlamaya çalışması, sabırlı, aktif ve empatik bir dinleyici olması, iyi niyetli tutum sergilemesi, özverili olması, güven ve

saygı ifade etmesi, kişiyi ısrar etmeye yüreklendirmesi, kişiyi değişim potansiyeli bakımından rahatlatması, vb. birçok niteliğe sahip olması gerekmektedir (101). Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalıkları tanıma, etiyoloji ve tedavi konusunda eğitim alarak bu konuda uzman kişiler haline getirilmelidir. Böylece aldıkları eğitim sonucunda, ruhsal hastaların yaşadığı duyguları daha iyi anlayarak, onlara kaliteli bir bakım verebilmelidirler. Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalıklardan korumada birincil, ikincil ve üçüncül korunma basamaklarında, ruhsal hastalara uygulanan etiketlenme, önyargı ve ayrımcılığın azaltılması çalışmalarında en ön safhada yer alarak, bunları engellemede aktif rol oynamalıdır (102).

2.4. Evlilik Uyum

Çalışmamızın ana konularından birisi olan evlilik uyumuna geçmeden önce kısaca evliliğin tanımı ve temel işlevlerine değinmek yerinde olacaktır. Bu nedenle, öncelikle bunlar üzerinde durulmuştur.

2.4.1. Evliliğin Tanımı ve Temel İşlevleri

Evlilik, en basit anlamıyla sözlükte “erkekle kadının aile kurmak için yasaya uygun olarak birleşmesi, izdivaç etmesi durumu” olarak tanımlanmaktadır (103). Dolayısıyla evlilik, en küçük toplumsal kurum veya toplumun temeli olarak kabul edilen (104) ailenin başlangıç noktasını teşkil etmektedir. “Akrabalık ve sosyal bağlarla bağlanan, birbirlerini etkileyen ve çoğunlukla aynı evde yaşayan fertlerden oluşan, çeşitli rollere sahip, üyelerinin cinsel, psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılayan ve yaşanılan topluma uyumlu temel birim” veya “sosyal bir kurum” olarak tanımlanan aile (105), evlilik bağı ile başlamaktadır.

Ayrıca evliliğin; “karşılıklı cinsel tatminin sağlanmasını, bir arada olmayı, birbirine arka çıkmayı ama daha önemlisi, neslin devamını sağlayan bir ilişki biçimidir” (105), “iki insanın aile kurmayı ve neslinin devamlılığını sağlamayı amaçladıkları, kalıcı bir beraberlik için bir araya geldiği, birbirlerine ve çocuklarına karşı ortak sorumluluklar üstlendikleri, birbirlerine bağlı olan etkileşimsel sistemlerden oluşan evrensel bir kurumdur” (106) şeklinde de kapsamlı tanımları yapılmıştır. Dolayısıyla tanımlarda da görüldüğü üzere evlilik bireylerin ve toplumların hayatında pek çok açıdan önemli bir yer tutmaktadır.

2.4.2. Evlilik Uyumu

Spanner (Spanner 1972), evlilik uyumunu kapsamlı bir biçimde; “eşlerin çatışmadan uzak ve önemli konular üzerinde anlaşmaya vardıkları, bununla beraber aynı boş zaman aktivitelerinden hoşlandıkları ve aynı aktivitelere birlikte katıldıkları, birbirlerine duygusal yakınlık gösterdikleri bir evlilik” olarak tanımlamıştır (107).

Haldford, Kelly ve Markman’a (108) göre ise evlilik uyumu; “eşlerin iyi iletişim kurabilmesi, birbirleri hakkında pozitif duygu ve düşüncelere sahip olması, eşler arasında oluşan çatışmayı çözebilme yeteneği ve eşlerin boş zaman aktivitelerini birlikte yapabilmesi ve bundan zevk alabilmesidir” Bunun yanında evlilik uyumu ile ilgili olarak, “evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda meselelerini pozitif bir şekilde çözebilen ve düşünce birliği yapabilen eşlerin evlilikleridir”, “eşlerin evliliklerinin tüm yönlerini gözden geçirdiklerinde öznel olarak hissettikleri memnuniyettir” (109); “çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatındaki memnuniyet ve mutluluktur” (110) şeklinde çeşitli tanımlar da yapılmaktadır. Ayrıca çeşitli kaynaklarda, “evlilik kalitesi” (mutluluğu) ve “evlilik doyumu” (tatmini) kavramları da “evlilik uyumu” kavramı ile benzer anlamda kullanılmaktadır. Evlilik kalitesi, “evli çiftlerin ilişkilerinin öznel olarak değerlendirilmesi” olarak açıklanmakta ve evlilik kalitesinin yüksek olmasının iyi bir evlilik uyumundan geçtiği düşünülmektedir (111).

Evlilik doyumu kavramı ise “kişilerin evlilikteki taleplerini giderme seviyesine bağlı olan algısı” (112) olarak tanımlanmakta ve evliliklerinde doyumu sağlayan çiftlerin aynı zamanda uyumlu çiftler olduğu da belirtilerek aslında evlilik uyumu ile evlilik doyumunu aynı anlama sahip olduğu çeşitli kaynaklarda belirtilmektedir (113).

2.4.3. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Evlilik uyumunu etkileyen faktörler, çeşitli çalışmalarda farklı model ve isimlendirmeler ile belirtilmiştir. Bunlardan birisi Larson (114) tarafından “Evlilikte Üçgen Modeli” olarak adlandırılan çalışmadır. Larson’a göre evlilik uyumunu bireysel özellikler, çift özellikleri ve çevresel etmenler birlikte etkilemektedir.

Bireysel özellikler, eşlerin birbirinden ayrı olarak kişisel (stresle başa çıkma, depresyon, utangaçlık, özgüven, aşk, esneklik vb.) özelliklerini; çift özellikleri, eşlerin çift olma yani aileye ilişkin iletişim, çatışma çözebilme, uzlaşma vb. özelliklerini; çevresel

etmenler ise çevreden kaynaklanan aileden bağımsızlaşabilme, arkadaşlar ile ilişkiler, sağlık vb. etkenleri içermektedir (114).

Kocadere ise (115) evliliği etkileyen 17 alan olduğunu belirlemiştir. Evliliği etkileyen bu faktörler (alanlar) kişisel özellikler, iş alanı, maddi durum, benzerlik, iletişim, duyguların ifadesi, sorun çözme becerisi, ailelerle ilişkiler, baskınlık, fiziksel ve sözel şiddet, cinsellik, çocuk, boş zaman geçirme, ev işleri, evlilikle ilgili diğer konular, evlilik dışı ilişki ve boşanma düşüncesi olarak belirtilmiştir. Ayrıca, Özgüven yapmış olduğu çalışmada evlilik uyumunu etkileyen faktörleri üç gruba ayırmış ve bunları aileye ilişkin faktörler, kişisel faktörler ve sosyo-ekonomik faktörler olarak sınıflandırmıştır. Özgüven'e göre aileye ilişkin faktörler; eşle aynı duygu ve düşünceleri paylaşma, evlilik biçimi, eşle ev işlerini paylaşma, eşler arasındaki yaş farkı, çocuk sahibi olup olmama, eşlerin cinsel yaşamdaki doyumları ve ailelerden sağlanan destek durumu gibi etkenlerdir. İlk evlenme yaşı, evlilik sayısı, fiziki görünüş ve sağlık durumu gibi özellikler kişisel değişkenleri oluştururken; ailenin aylık geliri ve yeterlilik düzeyi, eşlerin aile gelirine katkısı, eşlerin öğrenim düzeyi ve mesleki durumları gibi etkenler ise ekonomik değişkenleri meydana getirmektedir (105).

Son olarak, Johnson, White, Edwards, ve Booth (116) ise evlilik uyumunu etkileyen faktörler ile ilgili olarak yaptıkları araştırmalar sonucunda eşler arasındaki uyumu etkileyen 5 faktörün olduğunu tespit etmişlerdir. Bu faktörler ve bunlarla kastedilen özellikler şunlardır:

- Etkileşim: Eşlerin günlük aktivitelerin ne kadarını birlikte yaptığı
- Mutluluk: Bireyin evliliğine ilişkin doyum hissi
- Problemler: Evlilikte yaşanan problemler
- Anlaşmazlık: Fiziksel ve sözel çatışmanın sıklığı ve yoğunluğu
- Boşanma Eğilimi: Evliliğin sorunlu olduğunu ve boşanma olasılığını düşünme eğilimi

Çalışmamız ile doğrudan ilgili olması nedeniyle; evlilik uyumunu etkileyen faktörlerden (kişilik özellikleri içerisinde yer alan) depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk gibi çeşitli psikiyatrik bozuklukların üzerinde durulmalıdır. Eşlerden en az birinde mevcut olan psikiyatrik herhangi bir bozukluk evlilik uyumu üzerinde çok önemli etkilerde bulunmaktadır. Zira kişiler arası ilişkilerin en yakınlarından biri olan evlilik ilişkisinin, eşlerin ruhsal sürecinden ayrışması beklenmemektedir (117,118). Çünkü evlilik, yapılan

farklı tanımlarında da belirtildiği üzere etkileşimsel bir süreçtir. Evlilik uyumu da bu süreçten etkilenmektedir. Depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk gibi yaşanan herhangi bir rahatsızlığın, evliliğin etkileşimsel bir süreç olduğu göz önüne alındığında, eşlerin evlilik uyumunu etkilemesi kaçınılmaz olmaktadır (119). Nitekim yapılan çeşitli araştırmalarda evlilik uyumunun psikiyatrik rahatsızlıklardan olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır (118,120).

2.5.Aile İçi Süreçler

Toplumun en küçük birimi olan ailenin insan hayatındaki yeri önemlidir. Bireylerin beden ve ruh sağlığı için gerekli sevgi, şefkat, ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ve tek ortam ailedir (121,13,122). Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu'na (1987) göre, "Aile, kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan aralarında akrabalık ilişkisi, bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel bir toplumsal birimdir (121). Ailenin işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirmesi için "Tam bir iyilik halinde olma" ifadesi sağlık kavramıyla eş anlamlı olarak düşünülebilir. Bu durumda fonksiyonel aile "sağlıklı", fonksiyonel olmayan yani işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirmeyen aile de "sağlıksız" olarak ifade edilmektedir (121).

Gladding sağlıklı ailenin genel özelliklerinin aşağıdaki gibi özetlemiştir:

1. Aile üyelerinin birbirlerine ve aileye bağlı olması.
2. Aile üyelerinin birbirlerine minnettarlık duyuyor olması.
3. Birlikte zaman geçirmeye istekli olmaları.
4. Aile içerisinde etkili iletişim örüntülerinin varlığı.
5. Kriz durumlarında pozitif davranabilme yeteneği.
6. Aile üyelerinin birbirlerini cesaretlendirmeleri, desteklemeleri.
7. Aile üyelerinin birbirlerinin rol beklentilerine uygun davranabilmeleri (125).

Kronik psikiyatrik hastalıklar hastalarda bilişsel zararlarla beraber yeti yitimi, sosyal ve maddi kayıplar gibi bir çok sorunla birlikte, hastaların aile içerisinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede güçlük çekmesine neden olmaktadır(123). Hastaların bipolar bozukluk gibi epizodlarda karakterize kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalması, fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar yönünden çoğu zaman güçlükler yaşamalarına neden olmakta ve bu durum aile bireylerini de yakından

etkilemektedir (13).Bu nedenle hasta bireyler sürekli olarak ailenin bakımı ve desteğine ihtiyaç duymaktadır (123).

Aile bireylerinin birbirlerine olan yakınlığı ve bağlılığı, problem odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları, birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması hastalık süreçlerine ve sonuçlarına karşı koruyucu bir işlev görmektedir (124).

Ailenin işlevsel olmaması aile içindeki problem ve çatışmaları tolere edememesine neden olur, aile bireylerinin yardım isteklerini reddeder ve buna bağlı olarak aile içerisinde var olan sorunlar farklı biçimde sürer. İşlevsel olmayan aile yeni durumlara bağlı olarak rollerde ortaya çıkan değişimler konusunda yeterince esnek değildir .

Kişilerarası ilişki sorunlarının, bağımlılığın, incinebilirliğin, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan “işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin devam etmesine ve pekişmesine ” neden olmaktadır (126) . Aile içi dinamiklerde meydana gelen değişimlere bağlı olarak bireyin yaşantısında sorunlar oluşabilir veya bireyin yaşadığı krizlerin aile içindeki ilişkilere yansmasıyla da aile fonksiyonlarında değişmelere neden olabilmektedir (15,126,127) .

Friedlander (1965), ruh hastalığının ortaya çıkmasının ailede alışlagelmiş rollerin değişmesiyle adaptasyonsorunlarınasebep olduğunu vurgulamaktadır. Hasta bireyin rolü aynı kaldığı halde bu rolü yerine getirememesi sebebiyle aile içinde hastaya yönelik bir baskı oluşmaktadır.Bu durumda aile bireyleri 1) Uyum yapma çabasına girerler ya da hasta kişinin eski rolü yerine geçebilecek başka kişi bulmaya çalışırlar, 2) Mücadele ederler, doktor ya da çevreye saldırıp onları suçlarlar, 3) İlgisiz ve hareketsiz kalırlar – Dış dünya ile ilgilerini keser uyumsuz olurlar (121) .

Sayıl’ın yapmış olduğu araştırmaya göre (1988), hasta ailelerinin hastalığı öğrendiklerinde ilk başta huzursuzluk, ne yapacağını bilememe, hasta ile ilgili her şeyi reddetme, birbirlerini veya tedavi ekibini suçlama, utanç ve üzüntü duyma gibi tepkilerde bulundukları, zamanla bu süreci atlatıp gerçeği kabul ederek rol değişikliklerine ve ilgili karışıklıklara alıştıkları ve yeni duruma adapte olabildiklerini göstermektedir (128).

2.6. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Evlilik Uyumu ve Aile İçi Süreçte Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Bipolar bozukluk, özellikleri gereği duygudurum bozuklukları arasındaki kronik ciddi bir ruhsal bozukluk olarak nitelendirilmekte ve kişinin günlük yaşamını derinden etkileyen bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir (21,22,24,25). Dolayısıyla, doğası gereği evlilikte sorunlara yol açabilen bir rahatsızlıktır (129). Aynı zamanda, bir duygudurum bozukluğu olması nedeniyle evlilik ve aile içi ortamdan etkilenen bir yapıya sahiptir (130).

Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda bipolar bozukluk ve aile işleyişi yani evlilik uyumunun karşılıklı olarak birbirini etkilediğine yönelik çeşitli bulgulara ulaşılmıştır. Bipolar bozukluğun aile işleyişini olumsuz yönde etkilediği ve evlilik uyumunu azalttığı ile ilgili olarak; Hooley ve Teasdale (1989) yaptıkları çalışmada bipolar bozukluk depresif semptomları ile evlilik doyumu (uyumu) arasında negatif bir ilişki bulunduğunu tespit etmişlerdir. Yani, depresyon arttıkça evlilik uyumu azalmaktadır. Ayrıca, bu durum bipolar bozukluğun tekrarını arttırmaktadır (131).

Du Rocher Schudlich ve ark. (132) da yapmış oldukları araştırma sonucunda ailede bipolar veya unipolar bir rahatsızlığı olan ebeveyn bulunmasının özellikle ailenin genel işlevlerini, problem çözme becerisini ve aile içi iletişimi kötü yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. 60 bipolar hasta yakını üzerinde yürütülen farklı bir araştırmada ise bipolar rahatsızlığın evlilik uyumu ile ilgili tüm alanlarda sağlıksız bir gidişe neden olduğu saptanmıştır (133). Ayrıca yapılan farklı araştırmalarda; bipolar bozukluğun aile içerisindeki iletişim ve problem çözme becerilerini bozduğu (134), duygusal ifade, bağlılık ve tatmini azalttığı (135), hatta aile içi şiddete yönlendiren etkilerde bulunduğu (136) ile ilgili bulgulara ulaşılmıştır (137).

Burada dikkat çeken önemli bir husus da biyolojik, psikolojik vb. özellikleri gereği kadının ruh sağlığının çevresindeki olaylardan erkeklere göre çok daha kolay etkilendiğidir (138). Yapılan çeşitli araştırmalar, stres ve yaşam zorluğunun vücut bulmuş hali olan depresyon vb. psikolojik rahatsızlıkların yaşam boyu riskinin erkeklerde %7-12; kadınlarda ise %20-25 olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer bir ifade ile kadın olmak psikolojik rahatsızlıkların görülme olasılığını iki katına çıkarmaktadır (139). Bunda şüphesiz kadının biyolojik olarak erkek kadar güçlü olmaması gibi faktörlerin yanında ev işlerindeki sorumlulukları, çocuk ve yaşlanan akrabaların bakımı,

çalışıyorsa iş yaşamının getirdiği ilave yük gibi faktörler etkili olmaktadır. Sonuç olarak kadınlara taşıyabileceklerinin çok üzerinde bir yük binebilmektedir (140). Bunun sonucu olarak ortaya çıkan depresyon ve bipolar bozukluk gibi rahatsızlıklar ise beraberinde getirdiği eşler arası ilişkilerin zayıflaması, çatışmalar, cinsel istek azlığı, uyku düzensizliği gibi etkenler ile birleştiğinde evlilik uyumunda bozulmalara yol açmaktadır.

Diğer yönden bipolar bozukluk, aile içi ilişkiler ve evlilik uyumundan olumsuz biçimde etkilenmektedir. Bozulmuş aile işlevlerinin depresyon için önemli bir belirteç olduğu, aile işlevleri bozuk olan depresif hasta grubunun daha ağır hastalık dönemleri yaşadığı, daha kötü gidiş gösterdiği ve daha az iyileştiği yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir (141). Evlilik doyumlari sorgulanan bipolar hastalar arasında evliliğinden yeterince doyum alamayanların bir yıl sonunda üç defa daha fazla depresyon geçirdikleri görülmektedir (142). Bunun yanında, Coryell ve ark. (1993) tarafından bipolar hastalarda evlenme oranlarının sağlıklı bireylere göre yarı yarıya daha düşük olduğu, evli olanlarda boşanma ya da ayrılma oranlarının iki kat yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu çalışmada bipolar hastaların aile içi ilişkiler ve cinsel işlevler bakımından da sağlıklı bireylere göre daha kötü durumda oldukları tespit edilmiştir (143). Bozulmuş aile işlevlerinin bipolar rahatsızlığı kötü etkilemesine karşılık olarak ailede düzenin, karar verme süreçlerinin açık ve net olması, aile bireylerinin yakınlığı ve bağlılığı, eşlerin birbirleriyle doğrudan iletişim kurmaları, soruna odaklı başa çıkma yollarını kullanmaları bipolar rahatsızlık için koruyucu bir işlev görmektedir (124). Olumlu aile işlevleri ve evlilik uyumu ile hastalık gidiş arasında pozitif ilişki olduğu, erken iyileşmenin sağlandığı saptanmıştır (141).

Bipolar bozukluğu olan kadın hastaların hastalıklarıyla başa çıkabilmesine yardımcı olabilmek için öncelikle hasta bireye, eşine, çocuğuna yani genel olarak ailesine hastalık hakkında bilgi verilmeli, hastalık dönemleri içerisindeki belirtiler, riskli davranışlar gibi durumlar açıklanmalıdır. Evin kadını olan “anne”, “eş”, yükünü taşıyan kadının , hastalığı ile birlikte bu yükünün daha da arttığını, hasta bireye her açıdan destek olunmasını, sosyal desteğin ve aile içerisindeki sorunlarla baş edebilme tutumunun hastalığın ilerlemesinde ya da yatışmasında koruyucu olduğunu, aile içerisindeki herhangi bir sorun nedeniyle hastalık epizodlarının tekrarlayabileceği konusunda gereken bilgi verilmelidir. Hasta bireylerden anamnez alınırken aile içi süreçler ve evlilik uyumu ile ilgili sorunların psikiyatri kliniğinde önemli bir yer tutması önemlidir ,çünkü evlilik içinde yaşanan çatışma hastalarda psikopatoloji sürecini alevlendirmekte

ve iyileşme sürecini geriletmekte buna bağlı olarak evlilik uyumu bozulan kadın hastalar kötü bir hastalık profili çizmektedir. Hastalık nedeniyle aile içi ilişkileri ve evlilik uyumunun bozulduğu tespit edilen hastalar aile ya da evlilik terapisine yönlendirilebilir. Ruhsal hastalık gibi bireyin ruhsal dünyasını etkilediği kadar eşlerin birbiri ile ilişkisinde etkileyebilen bu süreçte hasta bireye ve eşine uygun baş etme stratejileri öğretilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile içi süreçleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ocak – Haziran 2018 tarihleri arasında Kayseri’de bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Ocak – Haziran 2018 tarihleri arasında, psikotik belirtileri olmayan yatan ve ayaktan tedavi edilmek üzere başvuran bipolar bozukluk tanısı almış ve başka herhangi bir ek tanısı olmayan kadın ve evli hastalar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem power analiz ile hesaplandı ve görsel eşdeğerlik skalası bakımından $1(\pm 1)$ birimlik farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkması için her grupta en çok gerekli olan hasta sayısı $17: \alpha = 0,05$, $1 - \beta = 0,80$ sonucu 191 kişi olarak belirlendi. Ocak – Haziran 2018 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 200 gönüllü hasta örnekleme alındı.

3.5. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 1) Koopere olan hastalar,
- 2) Psikotik özelliği olmayan hastalar,

- 3) Bipolar bozukluğu olan evli ve kadın hastalar,
 - 4) Hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi için başvuran hastalar,
 - 5)Sözel iletişim engeli (işitme ve konuşma) olmayan hastalar,
- Bu kriterlere uyan hastalar çalışmaya dahil edildi.

3.6.Dışlanma Kriterleri

- 1)Erkek bipolar bozukluğu olan hastalar,
 - 2)Kadın bekar bipolar bozukluğu olan hastalar,
 - 3)Sözel iletişim engeli(işitme ve konuşma) olan hastalar,
- Bu kriterlere uyan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması için bipolar bozukluğu olan kadın ve evli hastalar ile tek tek görüşüldü ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara hazırlanmış olan, “Kişisel Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)”, “Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ)” ve “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)” uygulandı. Her görüşme ortalama olarak 30-50 dakika arasında sürdü.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda oluşturulan ve toplamda 36 sorudan oluşan bu form, hastalarınve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerini ve hastanın hastalık durumunu yaş,eğitim düzeyi,çalışma durumu,eşin yaşı, eşin eğitimi, hastalık başlangıç yaşı , hastaneye yatış sayısı vb. sorulardan oluşmaktadır (16,77,145)(Ek:I).

3.7.2.Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ):İçselleştirilmiş damgalanma düzeyini ölçen ve 29 maddeden oluşan bu ölçek Ritsher ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilen biröz-bildirim ölçeğidir (146).Ölçeğingeçerlik ve güvenirlik çalışması Türkçeye çevrilerek Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır (88).(Ek: II).Ölçeğin beş alt ölçeği bulunmaktadır ve ölçekte yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir likert tipi ölçek üzerinde cevaplanmaktadır. “Damgalanmaya karşı

direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçekten elde edilen toplam puan 4 ile 91 arasında değişmektedir (69,88,147). Ölçekten alınan yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Ersoy ve Varan (2007) çalışmasında iç tutarlılık katsayısını 0,93, ölçeğin iki-yarım güvenilirliğini 0, 89 belirlemiştir (88). Bu çalışmada ise cronbach alpha değeri 0, 97 olarak saptandı.

RHİDÖ’ nin alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır:

I. Yabancılaşma (6 madde): 1, 5, 8, 16, 17, 21

Yabancılaşma alt ölçeği, bireyin toplumun bir üyesi olmaktan daha uzak olmak veya “ Zarar görmüş bir kimliğe sahip olmak “ konusunda öznel deneyimi ölçmeye yöneliktir.

II. Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde) :2, 6, 10, 18, 19, 23, 29

Kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği, ruhsal hastalığı olan bireylerin “ Ruhsal hastalığı olan kişiler şiddete eğilimlidirler” ve “Ruhsal bir hastalığım olduğu için topluma herhangi bir katkımler olamaz” gibi ruhsal hastalığı olan kişiler hakkında genel basmakalıp düşünceleri onaylama durumlarını ölçmeye yöneliktir.

III. Algılanan Ayrımcılık (5 madde): 3, 15, 22, 25, 28

Algılanan ayrımcılık alt ölçeği, “ Sadece ruhsal bir hastalığım olduğu için, insanlar beni dikkate almıyorlar veya beni daha az ciddiye alıyorlar ” gibi diğer kişiler tarafından dikkate alınmama konusunda yanıt verenlerin algısını ölçmeye yöneliktir.

IV. Sosyal Geri Çekilme (6 madde): 4, 9, 11, 12, 13, 20

Sosyal geri çekilme alt ölçeği “ Ruhsal hastalığımla diğerlerine yük olmak istemediğim için kendimle ilgili konuşmuyorum” ve “ Kabul görmemenin önüne geçmek için ruhsal hastalığı olmayan insanlara yakınlaşmaktan kaçınıyorum” gibi davranışları değerlendirmeye yöneliktir.

V. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde): 7, 14, 24, 26, 27

“Ruhsal hastalığıma karşın iyi ve tatminkâr bir hayata sahip olabilirim” gibi içselleştirilmiş damgalanmaya direnç veya bundan etkilenmeme deneyimini göz önüne sermek amaçlıdır(88,149).

3.7.3.Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ): Evlilikte Uyum Ölçeği (Marital Adjustment Scale),evlilik ilişkisinden alınan doyum ve evlilik uyumunu ölçmeyi amaçlayan, bu ölçek Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilen seçenek sayıları farklı 15

maddeden oluşan bir ölçektir.(Ek: III).Ölçeğinorijinalinin iç tutarlık (Cronbach Alpha) kat sayısı .90 olarak bulunmuş, geçerlik ile ilgiliçalışmada ölçeğin evliliklerinde uyumlu olanlarla uyumsuzları ayırt ettiği görülmüştür (150).Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, Tutarel-Kışlak (1999) tarafından yapılmıştır. EUÖ bir genel uyumsorusu, olası anlaşma alanlarını ölçen sekiz soru ile çatışma çözme, bağlılık ve iletişimi ölçen altı soruyu içermektedir.Ölçeğin iç tutarlık (Cronbach Alpha) katsayısı 0.84; kadınlar için 0.85, erkekler içinse 0.83'tür (151). Bu çalışmada cronbach alpha değeri 0.90 olarak saptandı. Ölçek çiftlerin her ikisine uygulanabildiği gibi sadece çiftlerden birine de uygulanabilmektedir ve genel evlilik uyumunu yansıtmaktadır.Yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında çiftler arasında bir fark yoktur.Ölçekteki puanlar, uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. En düşük puan 0, en yüksek puan 60'tır. Ortalamayı temel alan kesim noktası formülü kullanılarak, EUÖ'den elde edilen puanların kesim noktası 43 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, ölçekten 43 ve üzeri puan alanlar evliliklerinde uyumlu, 43'ün altında puan alanlar uyumsuz olarak değerlendirilmektedir (151).

Maddelerin puanlanması aşağıdaki gibidir:

1. Madde = 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 puan

2 ile 9 Arası Maddeler = 5, 4, 3, 2, 1, 0 puan

10. Madde = 0, 1, 2 puan

11. Madde = 3, 2, 1, 0 puan

12. Madde= Anlaşmazlık: 0 puan; Dışarıda bir şeyler yapmak: 1 puan;

Evdeoturmak:2puan

13. Madde = 0, 1, 2, 3 puan

14. Madde = 2, 1, 0 puan

15. Madde = 0, 1, 2, 2 puan(151).

3.7.4.Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) : Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) , ailenin işlevlerini hangialanlarda yerine getirdiği ya da getiremediğini, değerlendirmeyi sağlayan, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme,gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler olmak üzere yedi altölçekten oluşan 60 sorulu bir öz bildirim ölçeğidir (Ek:IV). ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programıçerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerinegetirebildiğini belirleyen ve sorun alanlarını ortaya çıkaran bir ölçüm aracıdır.Ölçeğingeçerlilik çalışması 1983'te Epstein ve Bishop

tarafından yapılmıştır.Daha sonra ikinci geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Miller, Bishop, Epstein ve Keitner tarafından 1985 yılında yapılmıştır.Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut(1990) tarafından yapılmıştır.Ölçek McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerine uygulanması ile elde edilmiştir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi,”sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edilebilecek şekilde tanımlamıştır (121).

Yedi alt ölçeğin tanımları aşağıda belirtilmiştir:

1. Problem Çözme:Bu boyut ailenin işlevlerinin etkili bir şekilde yerine getirilebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkmasından çözümlenmesine kadar olan dönem kapsar.

2.İletişim: Aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi olarak tanımlanmaktadır. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan ifade edip etmedikleri üzerinde durulmaktadır.

3.Roller: Roller, ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynaklarını kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda bir davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği üzerinde odaklanmaktadır. İlave olarak roller ile ilgili boyut,görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini içermektedir. Para, konut, giyim, yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile, çocukların ve anne-babanın bakımı, beslenme ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini belirlemiş olan ailedir. İşlevler; para ve sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir.

4. Duygusal Tepki Verebilme:Aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi hoşnutsuzluk ifade eden duyguların yanında kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumlarda irdelenmektedir. Bir başka deyişle, bu işlevi yerine getirebilen aile üyeleri, her türlü duyguyu ağırlıklı bir şekilde sözle ve hareketle ifade edebilir.

5. Gereken İlgiyi Gösterme: Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler, birbiri ile orta derecede ilgilenirler. Az ya da çok ilgilenen aileler, bu konudaki işlevlerini yeterince yerine getiremiyorlar demektir. Çok ilgilenen aile üyelerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenen ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir.

6. Davranış Kontrolü: Aile bireylerinin davranışlarına standart koyma ve disiplinsizliği biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir ve kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu ele alınmaktadır.

7. Genel İşlevler: Yukarıda ifade edilen altı boyutu da kapsayacak şekilde bir alt ölçektir.

Aile değerlendirme ölçek uygulaması sırasında her madde için “Aynen katılıyorum”, “Büyük ölçüde katılıyorum”, “Biraz Katılıyorum”, “Hiç katılmıyorum” maddelerinden biri seçilerek işaretlenir. Ölçeği oluşturan maddelerde iki tür ifade vardır ve bunlar sağlık ve sağlıksızlık gösteren ifadelerdir. Bazı maddelerde “Aynen katılıyorum” seçeneği sağlıklı aile işlevlerini gösterdiği halde, diğerlerinde “hiç katılmıyorum” seçeneği sağlıksızlık göstergesi olmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, puanların hesaplanmasında kolaylık sağlamak amacıyla sağlıksızlık gösteren sorulara verilen puanlar 5’ten çıkarılarak her maddede “Aynen katılıyorum” seçeneğinin en sağlıklı aile işlevini “Hiç katılmıyorum” seçeneğinin ise en az sağlıksız aile işlevini göstermesi sağlanmaktadır. Tüm maddelerde 1 en sağlıklı cevabı, 4 en sağlıksız cevabı temsil etmektedir. Bu şekilde elde edilen puanların her alt boyut içi toplanarak ortalaması alınır. Her bir boyutta, o boyutun içerdiği maddelerin %40’ından fazlası cevapsız bırakılmış ise, ortalama puan hesaplanmaz ve o kişi için elde edilen puan geçersiz sayılır. Test uygulanan her kişi için yedi alt ölçek puanı elde edilmektedir. Bulut, her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4’e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı yolunda bir yorum yapmakla beraber, sağlıklılığı ve sağlıksızlığı ayırt edecek bir puan saptama yoluna da gidildiğini belirtmiştir. En sağlıksız puan 4 olduğuna göre, teorik olarak 2’nin sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırtan bir puan olabileceğini belirtmektedir. Bulut 2’nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğuna

dikkat çekerek, teorik olarak 2'nin ayırt edici bir sayıolarak kabul edildiğini ifade etmektedir (16,121,145).

Değerlendirme:

Aynen katılıyorum : bir(1) puan

Büyük ölçüde katılıyorum : iki (2) puan

Biraz katılıyorum : üç (3) puan

Hiç katılmıyorum : dört (4) puan

Yıldız (*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir, (4, 3, 2, 1) şeklinde olmaktadır. Örnek 14. soru puanlanırken

Aynen katılıyorum: bir(4) puan

Büyük ölçüde katılıyorum: iki (3) puan

Biraz katılıyorum: üç (2) puan

Hiç katılmıyorum: dört (1) puan

Bölme işlemi

Problem çözme	2-	12-	24-	38-	50-	60-							.../6=
İletişim	3-	14*-	18-	22*-	29-	35*-	43-	52*-	59-				.../9=
Roller	4*-	8*-	10-	15*-	23-	30-	34*-	40-	45*-	53*-	58*-		/11=
Duygusal tepki verebilme	9*-	19*-	28*-	39*-	49-	57-							.../6=
Gereken ilgiyi gösterme	5*-	13*-	25-	33*-	37*-	42*-	54*-						.../7=
Davranış kontrolü	7*-	17-	20-	27*-	32-	44*-	47*-	48*-	55-				.../9=
Genel işlevler	1*-	6-	11*-	16-	21*-	26-	31*-	36-	41*-	46-	51*-	56-	/12=

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma da kullanılan Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği kullanımı için Mehmet Akif Ersoy 'dan (Ek:VII), Evlilik uyumu ölçeği için Şennur Tutarel-Kışlak 'dan (Ek:VIII), Aile değerlendirme Ölçeği için Işıl Bulut 'dan(Ek:IX) gereken izinler alınmıştır.Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan(Ek:V),Kayseri Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izinler alındı (Ek:VI). Araştırmaya katılan hastalara ise araştırmanın amacı ve formların içeriği ile ilgili açıklamalarda bulunulup, katılımları için yazılı gönüllü onam formu (Ek:X) imzalatıldı ve sözlü izinler alındı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilk testi ile test edilmiş, normal dağılmayan özelliklerin 2 bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney u testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin 2 den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve Allpairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi amacı ile Cronbach's alpha katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows version24.0 paket programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2017 yılında planlandı ve tez önerisi olarak kabul edildi. Gerekli izinler alındıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilerek, hazırlanan rapor yüksek lisans tezi olarak sunuldu. Araştırma, araştırmacının olanaklarıyla gerçekleştirilmiş olup maddi destek alınmadı.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın sadece çalışmanın yapıldığı hastaneye gelen yatan ve ayaktan tedavi alan bipolar evli kadın hastalarla yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturdu. Bu nedenle çalışma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmamızdayer alanbipolar evli kadın hastaların tanımlayıcı özellikleri, ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği, evlilikte uyum ölçeği ve aile değerlendirme ölçeği alt ölçeklerinden alınan toplam puanları, bu ölçeklerin tanımlayıcı özelliklerle karşılaştırılmaları ve ölçekler arasındaki ilişki yer almaktadır.

Tablo 1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=200)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-29	42	21.0
30-39	52	26.0
40-49	59	29.5
50 ve üzeri	47	23.5
Doğum yeri		
İç Anadolu	158	79.0
Doğu Anadolu	8	4.0
Güneydoğu Anadolu	17	8.5
Marmara	4	2.0
Karadeniz	9	4.5
Ege	4	2.0
Şuan yaşanılan yer		
Köy	81	40.5
Kasaba	16	8.0
Şehir merkezi	103	51.5
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	12	6.0
Okur-yazar	12	6.0
İlkokul	55	27.5
Ortaöğretim	40	20.0
Lise	50	25.0
Üniversite	31	15.5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	57	28.5
Çalışmıyor	143	71.5
Hastalık öncesi meslek		
Ev hanımı	117	58.5
Özel sektör	30	15.0
Serbest meslek	37	18.5
Kamu	16	8.0
Hastalık sonrası meslek		

Ev hanımı	152	76.0
Özel sektör	15	7.5
Serbest meslek	21	10.5
Kamu	12	6.0

Tablo 1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı(n=200)

Eş ile tanışma şekli	n	%
Tanışarak	86	43.0
Görücü usulü	93	46.5
Akraba	21	10.5
Evlilik sayısı		
1	171	85.5
2	29	14.5
Evlilik süresi		
1-4 yıl arası	35	17.5
4-8 yıl arası	22	11.0
8 yıl ve üzeri	143	71.5
Çocuk sayısı		
Yok	26	13.0
1	32	16.0
2	54	27.0
3	48	24.0
4 ve üzeri	40	20.0
Birlikteliğin hukuki durumu		
Resmi nikâh	149	74.5
Dini nikâh	19	9.5
Her ikisi	32	16.0
Eş ve Çocuk Dışında Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Var	94	47.0
Yok	106	53.0
Sigara kullanım öyküsü		
Var	150	75.0
Yok	50	25.0
Madde kullanım öyküsü		
Var	7	3.5
Yok	193	96.5
Alkol kullanım öyküsü		
Var	11	5.5
Yok	189	94.5
Aileden destek		
Evet	139	69.5
Hayır	61	30.5
Herhangi Kurumdan destek		
Evet	101	50.5
Hayır	99	49.5

Bipolar evli kadın hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1 'de görülmektedir. Hastaların %29,5'inin 40-49 yaş grubu arasında olduğu, %79'unun doğum yerinin İç Anadolu Bölgesi olduğu, %51,5'inin şehir merkezinde yaşadığı belirlendi. Hastaların %27.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %71.5'i çalışmadığı, %58.5'inin hastalık öncesi mesleğinin, %76'sının da hastalık sonrası mesleğinin ev hanımı olduğu saptandı. Hastaların %46,5'inin eşi ile görücü usulü olarak tanıştığı, %85.5'inin bir evlilik yaptığı, %74.5'inin resmi nikahlı olduğu, %71.5'inin evlilik süresinin 8 yıl ve üzerinde olduğu, %27'sinin çocuk sayısının 2 olduğu ve %53'ün de evliliği süresince eş ve çocukları dışında evinde birlikte yaşayan kişinin olmadığı belirlendi. Hastaların %75'in de sigara, %3,5'in de madde, %5,5'in de alkol kullanımı olduğu, %69.5'inin hastalığı boyunca aileden yeterli destek aldığı, %50.5'inin herhangi bir kurumdan yeterli destek aldığı saptandı.

Tablo 2: Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=200)

Özellikler	n	%
Eşin yaşı		
25-39	68	34.0
40-49	74	37.0
50 ve üzeri	58	29.0
Eşin eğitimi		
İlkokul	32	16.0
Ortaöğretim	47	23.5
Lise	75	37.5
Üniversite	46	23.0
Eşin mesleği		
Çalışmıyor	22	11.0
Özel sektör	53	26.5
Serbest meslek	64	32.0
Kamu	27	13.5
Diğer	34	17.0
Eşin fiziksel sağlık durumu		
Evet	40	20.0
Hayır	160	80.0
Eşin ruhsal sağlık durumu		
Evet	38	19.0
Hayır	162	81.0
Eşin sigara kullanımı		
Var	123	61.5
Yok	77	38.5
Eşin alkol kullanımı		
Var	46	23.0
Yok	154	77.0
Eşin madde kullanımı		
Var	13	6.5
Yok	187	93.5

Bipolar evli kadın hastaların eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Hastaların eşlerinin %37’sinin 40-49 yaş grubu arasında olduğu, %37,5’inin lise mezunu olduğu, %32’sinin serbest meslekte çalıştığı belirlendi. %20’sinde fiziksel sağlık sorunu, %19’un da ruhsal sağlık sorunu bulunduğu ve eşlerin %61,5’in de sigara, %23’ün de alkol, %6,5’in de madde kullanımı varlığı saptandı.

Tablo 3: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Özellikler	n	%
Hastalığın ilk dönemin tipi		
Mani	42	21.0
Depresyon	118	59.0
Karma	26	13.0
Hipomani	14	7.0
Hastalığın süresi		
1 yıldan az	13	6.5
1-3 yıl arası	26	13.0
3-5 yıl arası	37	18.5
5 yıl ve üzeri	124	62.0
Hastalık öncesi evlenme durumu		
Evlilik öncesi hastalanma	48	24.0
Evlendikten sonra hastalanma	152	76.0
Hastalık başlangıç yaşı		
18 yaş altı	20	10.0
18-25 yaş arası	92	46.0
25-30 yaş arası	39	19.5
30-40 yaş arası	31	15.5
40 yaş ve üzeri	18	9.0
Hastaneye yatış sayısı		
Yok	23	11.5
1 yatış	77	38.5
2-5 yatış	66	33.0
5-10 yatış	19	9.5
10 ve üzeri yatış	15	7.5
İlaç kullanma düzeni		
Düzenli ilaç kullanımı	83	41.5
Düzensiz ilaç kullanımı	117	58.5
Şiddet öyküsü		
Yok	129	64.5
Sıklıkla	17	8.5
Birkaç kez	54	27.0
Öz kıym girişi		
Var	80	40.0
Yok	120	60.0
İlaçla Birlikte Psikoterapi Varlığı		
Evet	35	17.5
Hayır	165	82.5

Bipolar evli kadın hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de görülmektedir. Hastaların %59’un da hastalığın ilk döneminin tipi depresyon olup, %62’sin de hastalığının süresi 5 yıl ve üzeri olduğu saptandı. Hastaların %76’sın da hastalık evlendikten sonra başladığı, %46’sın da hastalık başlangıç yaşının 18-25 yaş arasında olduğu belirlendi. Hastaların %38.5’inin en az bir defa hastaneye yatışının olduğu, %58.5’i düzensiz ilaç kullandığı, %27’sin de birkaç kez şiddet öyküsü olduğu, %40’ında özkıyım girişimi olduğu, %17.5’i ilaç tedavisi ile beraber herhangi bir psikoterapi aldığı saptandı.

Tablo 4: Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları (n=200)

ÖLÇEKLER	Ort (x)	Std (ss)	Medyan (X _{ort})	Min-Max
RHİDÖ ve Alt Ölçekleri				
Yabancılaşma	17.44	4.81	18.00	6-24
Kalıp Yargıların Onaylanması	17.12	6.51	16.00	7-28
Algılanan Ayrımcılık	12.87	4.33	13.00	5-20
Sosyal Geri Çekilme	16.40	5.31	18.00	6-24
Damgalanmaya Karşı Direnç	14.65	4.49	15.00	5-20
Toplam RHİDÖ	49.20	16.85	84.00	14-85
Evlilik Uyum Ölçeği	23.57	13.42	23.00	1-54
Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri				
Problem Çözme	3.30	0.63	3.50	1.00-4.00
İletişim	2.91	0.63	3.00	1.00-3.89
Roller	2.91	0.47	3.00	1.36-3.73
Duygusal Tepki Verebilme	3.48	0.67	3.66	1.17-4.00
Gereken İlgiyi Gösterme	2.93	0.50	3.00	1.43-4.00
Davranış Kontrolü	2.83	0.50	2.88	1.33-3.89
Genel İşlevler	2.88	0.63	3.00	1.00-3.83

Bipolar evli kadın hastaların RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri toplam puanları, EUÖ, ADÖ alt ölçeklerinin toplam puanlarına göre dağılımı Tablo 4’ de görülmektedir. Hastaların RHİDÖ toplam puanı 49.20 ± 16.85 , RHİDÖ alt ölçekleri: Yabancılaşma 17.44 ± 4.81 , Kalıp Yargıların Onaylanması 17.12 ± 6.51 , Algılanan Ayrımcılık 12.87 ± 4.33 , Sosyal Geri Çekilme 16.40 ± 5.31 , Damgalanmaya Karşı Direnç 14.65 ± 4.49 olduğu saptandı. Hastaların EUÖ aldıkları toplam puanı 23.57 ± 13.42 olduğu belirlendi. Hastaların ADÖ alt ölçekleri toplam puanları ; Problem Çözme 3.30 ± 0.63 , İletişim 2.91 ± 0.63 , Roller 2.91 ± 0.47 , Duygusal Tepki Verebilme 3.48 ± 0.67 , Gereken İlgiyi Gösterme 2.93 ± 0.50 , Davranış Kontrolü 2.83 ± 0.50 , Genel İşlevler 2.88 ± 0.63 olduğu saptandı.

Tablo 5: Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçekleri						
Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri	Yabancılaşma	Kalp Yargıların Onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Karşı Direnç	RHİDÖ Toplam	Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanı
Problem Çözme	r=0,147* p=0,038	r =0,140* p=0,049	r=0,143* p=0,043	r=0,120 p=0,092	r=0,213** p=0,002	r=0,156* p=0,038	r= -0.171* p= 0,016
İletişim	r=0,140* p=0,048	r=0,171* p=0,015	r=0,129 p=0,068	r=0,068 p=0,340	r=0,255** p=0,000	r=0,151* p=0,033	r= -0.137 p= 0,053
Roller	r=0,242** p=0,001	r=0,282** p=0,000	r=0,258** p=0,000	r=0,192** p=0,006	r=0,322** p=0,000	r=0,270** p=0,000	r= -0.225** p= 0,001
Duygusal Tepki Verebilme	r=0,138 p=0,051	r=0,138 p=0,052	r=0,130 p=0,067	r=0,128 p=0,070	r=0,201** p=0,004	r=0,155* p=0,029	r= -0.112 p= 0,114
Gereken İlgiyi Gösterme	r=0,129 p=0,068	r=0,114 p=0,107	r=0,163* p=0,022	r=0,174* p=0,014	r=0,195** p=0,006	r=0,160* p=0,023	r= -0.020 p= 0,778
Davranış Kontrolü	r=0,135 p=0,056	r=0,178* p=0,012	r=0,182* p=0,010	r=0,131 p=0,064	r=0,189** p=0,007	r=0,176* p=0,013	r= -0.097 p= 0,172
Genel İşlevler	r=0,243** p=0,001	r=0,291** p=0,000	r=0,252** p=0,000	r=0,197** p=0,005	r=0,331** p=0,000	r=0,278** p=0,000	r= -0.217** p= 0,002
Evlilik Uyum Ölçeği Toplam Puanı	r = -0.399** p= 0.000	r = -0.460** p = 0.000	r= -0.453** p =0.000	r=-0.398** p=0.000	r= -0.347** p=0.000	r= -0.447** p=0.000	

r değeri ; 0,2-0,4 arası zayıf, 0,4-0.6 arası orta 0.6 ve üstü güçlü korelasyondur.

Bipolar evli kadın hastaların RHİDÖ, EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 5’de görülmektedir. RHİDÖ toplam puanı ile EUÖ arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). RHİDÖ toplam puanı ile ADÖ alt ölçekleri toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; RHİDÖ toplam puanı ile ‘‘problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler ‘‘ alt ölçekleri toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$) Evlilik uyum ölçeği ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$), yabancılaşma, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$).

ADÖ alt ölçeği **Problem çözme** ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya karşı direnç arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$), sosyal geri çekilme ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$). Problem çözme alt ölçeği ile evlilik uyum ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

ADÖ alt ölçeği **İletişim** ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, damgalanmaya karşı direnç arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$), algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$). İletişim alt ölçeği ile evlilik uyum ölçeği arasında arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

ADÖ alt ölçeği **Roller** ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Roller alt ölçeği ile evlilik uyum ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

ADÖ alt ölçeği **Duygusal Tepki Verebilme** ile RHİDÖ toplam puanı ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$), yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan

ayrımcılık, sosyal geri çekilme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı($p>0.05$). Duygusal Tepki Verebilme ile evlilik uyum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi($p>0.05$).

ADÖ alt ölçeği **Gereken İlgiyi Gösterme** ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$), yabancılaşma ,kalıp yargıların onaylanması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$). Gereken ilgiyi gösterme ile evlilik uyum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

ADÖ alt ölçeği **Davranış Kontrolü** ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık , damgalanmaya karşı direnç , arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$), yabancılaşma, sosyal geri çekilme, arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0.05$). Davranış kontrolü ile evlilik uyum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$) .

ADÖ alt ölçeği **Genel İşlevler** ile RHİDÖ toplam puanı ve alt ölçekleri yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Genel işlevler ile evlilik uyum ölçeği arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 6: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği		Evlilik uyum ölçeği	
	X±SS	İstatistiksel değerler	X±SS	İstatistiksel değerler
Yaş				
18-29	32.80±10.53	$X^2=98.25$ $p=0.001$	31.10±11.68	$X^2=26.35$ $p=0.001$
30-39	41.75±12.85		24.98±13.53	
40-49	56.10±14.16		22.39±12.27	
50 ve üzeri	63.42±10.87		16.79±12.76	
Doğum yeri				
İç Anadolu	50.03±17.60	$X^2=6.907$ $p=0.228$	23.39±13.40	$X^2=2.054$ $p=0.842$
Doğu Anadolu	54.25±11.13		23.12±15.30	
Güneydoğu Anadolu	46.94±13.80		22.35±13.51	
Marmara	35.25±6.75		28.50±6.19	
Karadeniz	43.55±15.70		22.77±11.05	
Ege	42.50±8.02		33.50±22.30	
Şuan yaşadığı yer				
Köy	57.90±15.12	$X^2=51.22$ $p=0.001$	18.83±13.44	$X^2=20.08$ $p=0.001$
Kasaba	57.62±13.80		20.93±10.64	
Şehir merkezi	41.04±14.44		27.70±12.53	
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	67.58±9.92	$X^2=86.17$ $p=0.001$	17.00±14.88	$X^2=26.46$ $p=0.001$
Okur-yazar	59.25±14.26		25.16±12.81	
İlkokul	59.50±14.50		17.41±12.29	
Ortaöğretim	51.22±11.47		23.45±12.20	
Lise	37.70±14.30		27.28±13.37	
Üniversite	35.83±10.46		30.61±11.61	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	35.21±13.13	$Z= -7.61$ $p=0.001$	32.73±10.86	$Z= -6.037$ $p=0.001$
Çalışmıyor	54.77±14.84		19.92±12.61	
Hastalık öncesi meslek				
Ev hanımı	55.98±14.34	$X^2=50.64$ $p=0.001$	19.15±12.21	$X^2=30.39$ $p=0.001$
Özel sektör	40.10±16.14		31.70±12.41	
Serbest meslek	40.67±16.62		27.97±12.50	
Kamu	36.37±11.52		30.50±13.49	
Hastalık sonrası meslek				
Ev hanımı	54.32±15.11	$X^2=61.92$ $p=0.001$	20.62±13.00	$X^2=32.27$ $p=0.001$
Özel sektör	32.33±10.51		35.53±9.76	
Serbest meslek	32.95±11.75		30.76±10.40	
Kamu	33.75±9.90		33.41±10.11	

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı; X^2 : Kruskal Wallis; Z : Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 6: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Eş ile tanışma şekli	X±SS		X±SS	
Tanışarak	38.34±13.80	$X^2=65.67$ $p=0.001$	28.74±12.49	$X^2=25.26$ $p=0.001$
Görücü usulü	57.47±14.32		18.59±12.35	
Akraba	57.00±13.60		24.47±14.06	
Evlilik sayısı				
1	47.73±16.61	$Z= -2.93$ $p=0.003$	24.33±13.20	$Z=-2.029$ $p=0.042$
2	57.82±15.89		19.10±14.12	
Evlilik süresi				
1-4 yıl arası	34.08±10.72	$X^2=49.47$ $p=0.001$	30.08±11.87	$X^2=14.86$ $p=0.001$
4-8 yıl arası	40.45±17.39		28.45±15.35	
8 yıl ve üzeri	54.24±15.23		21.23±12.82	
Çocuk sayısı				
Yok	37.53±14.38	$X^2=35.45$ $p=0.001$	27.57±10.90	$X^2=13.39$ $p=0.009$
1	40.50±17.40		26.12±15.19	
2	50.03±15.40		21.61±12.21	
3	53.16±15.62		26.56±14.29	
4 ve üzeri	57.85±14.49		18.00±12.12	
Birlikteliğin hukuki durumu				
Resmi nikah	45.62±15.84	$X^2=26.24$ $p=0.001$	24.19±12.93	$X^2=3.883$ $p=0.143$
Dini nikah	59.26±15.62		18.10±13.77	
Her ikisi	59.87±15.59		23.93±15.11	
Birlikte yaşanan kişiler				
Evet	52.23±17.69	$Z= -2.52$ $p=0.011$	22.22±13.93	$Z= -1.370$ $p=0.171$
Hayır	46.50±15.67		24.77±12.90	
Sigara kullanım öyküsü				
Evet	48.52±17.08	$Z= -1.071$ $p=0.284$	24.38±13.48	$Z= -1.485$ $p=0.138$
Hayır	51.22±16.16		21.16±13.09	
Madde kullanım öyküsü				
Evet	57.42±14.15	$Z= -1.264$ $p=0.206$	23.45±13.52	$Z= -0.658$ $p=0.510$
Hayır	48.90±16.90		26.85±10.62	
Alkol kullanım öyküsü				
Evet	52.81±16.09	$Z= -0.751$ $p=0.453$	23.45±13.58	$Z= -0.635$ $p=0.525$
Hayır	48.98±16.91		25.63±10.63	
Aileden destek				
Evet	47.47±16.83	$Z= -2.244$ $p=0.025$	26.00±13.45	$Z= -3.919$ $p=0.001$
Hayır	53.13±16.37		18.04±11.69	
Herhangi Kurumdan destek				
Evet	46.44±15.53	$Z= -2.306$ $p=0.021$	25.49±13.86	$Z= -1.951$ $p=0.051$
Hayır	52.01±17.74		21.61±12.73	

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı; X^2 : Kruskal Wallis; Z : Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Bipolar evli kadın hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre RHİDÖ ve EUÖ ölçeklerinden aldıkları toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 6 'da görülmektedir. Yaş ile RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, 50 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların 18-29 yaş, 30-39 yaş, 40-49 yaş gruplarına göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre, RHİDÖ toplam puanı köyde yaşayan hastaların 57.90 ± 15.12 , EUÖ toplam puanı 18.83 ± 13.44 olduğu belirlendi. Şu an yaşanılan yer ile RHİDÖ, EUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, köy ve kasabada yaşayan hastaların şehir merkezinde yaşayan hastalara göre RHİDÖ, şehir merkezinde yaşayan hastaların köyde yaşayan hastalara göre EUÖ toplam puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre, RHİDÖ toplam puanı eğitim durumu okur-yazar olmayan hastaların 67.58 ± 9.92 , EUÖ toplam puanı 17.00 ± 14.8 olduğu belirlendi. Eğitim durumuna göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, okur-yazar olmayan hastaların, ortaöğretim, lise ve üniversite mezunu olanlara göre RHİDÖ toplam puanı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Üniversite ve lise mezunu olan hastaların okur-yazar olmayan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre, RHİDÖ toplam puanı çalışmayan hastaların 54.77 ± 14.84 , EUÖ toplam puanı 19.92 ± 12.61 olduğu belirlendi. Çalışma durumuna göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların hastalık öncesi ve sonrası meslek durumlarına göre, RHİDÖ toplam puanı hastalık öncesi mesleği ev hanımı olan hastaların 55.98 ± 14.34 , EUÖ toplam puanı 19.15 ± 12.21 olduğu belirlendi. Hastalık öncesi mesleğe göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan

ileri analiz testi sonucu, ev hanımı olan hastaların, kamu, serbest meslek ve özel sektörde çalışanlara göre RHİDÖ toplam puanı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Kamu, serbest meslek ve özel sektörde çalışan hastaların ev hanımı olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalık sonrası mesleği ev hanımı olan hastaların RHİDÖ toplam puanı 54.32 ± 15.11 , EUÖ toplam puanı 20.62 ± 13.00 olduğusaptandı. Hastalık sonrası meslek ile RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, ev hanımı olan hastaların, kamu, serbest meslek ve özel sektörde çalışanlara göre RHİDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Kamu, serbest meslek ve özel sektörde çalışan hastaların ev hanımı olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Hastaların eşi ile tanışma şekline göre, RHİDÖ toplam puanıeş ile tanışma şekli görücü usulü olan hastaların 57.47 ± 14.32 , EUÖ toplam puanı 18.59 ± 12.35 olduğubelirlendi. Eş ile tanışma şekline göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, tanışma şekli görücü usulü ve akraba olan hastaların tanışarak evlenen hastalara göre, RHİDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Tanışarak evlenen hastaların, tanışma şekli görücü usulü olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların evlilik sayısına göre, RHİDÖ toplam puanıevlilik sayısı iki olan hastaların 57.82 ± 15.89 , EUÖ toplam puanı 19.10 ± 14.12 olduğubelirlendi.Evlilik sayısına göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların evlilik süresine göre, RHİDÖ toplam puanıevlilik süresi sekiz yıl ve üzeri olan hastaların 54.24 ± 15.23 , EUÖ toplam puanı 21.23 ± 12.82 olduğubelirlendi. Evlilik süresine göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, evlilik süresi sekiz yıl ve üzeri olan hastaların, evlilik süresi 1-4 yıl ve 4-8 yıl olan hastalara göre, RHİDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) .

Evlilik süresi 1-4 yıl olan hastaların, sekiz yıl ve üzeri evlilik süresi olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların çocuk sayısına göre, RHİDÖ toplam puanı çocuk sayısı dört ve üzeri olan hastaların 57.85 ± 14.49 , EUÖ toplam puanı 18.00 ± 12.12 olduğu belirlendi. Çocuk sayısına göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, çocuk sayısı dört ve üzeri olan hastaların, çocuğu olmayan, çocuk sayısı bir, çocuk sayısı iki ve üç olan hastalara göre, RHİDÖ toplam puanı, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Çocuğu olmayan, çocuk sayısı bir ve çocuk sayısı üç olan hastaların, çocuk sayısı dört ve üzeri olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların birlikteliğin hukuki durumuna göre, RHİDÖ toplam puanı dini nikahlı hastaların 59.26 ± 15.62 olduğu belirlendi. Birlikteliği hukuki durumuna göre RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, birlikteliğin hukuki durumu dini nikah ve her ikisi olan hastaların resmi nikahlı hastalara göre, RHİDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Hastaların evde birlikte yaşadığı kişilere göre evliliği süresince eş ve çocukları dışında, evinde birlikte yaşayan kişiler olan hastaların RHİDÖ toplam puanı 52.23 ± 17.69 olduğu saptandı. Birlikte yaşanan kişiler ile RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların aileden destek alma durumuna göre, RHİDÖ toplam puanı hastalığı süresince ailesinden yeterli destek alamayan hastaların 53.13 ± 16.37 , EUÖ toplam puanı 18.04 ± 11.69 olduğu belirlendi. Aileden destek almaya göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastalar herhangi bir kurumdan destek alma durumuna göre, hastalığı süresince kurumdan destek alamayan hastaların RHİDÖ toplam puanı 52.01 ± 17.7 olduğu belirlendi. Hastalığı süresince herhangi bir kurumdan destek ile RHİDÖ toplam puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların doğum yeri, sigara, madde ve alkol kullanımlarına göre RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Hastaların evliliğinin hukuki durumu, hastalığı süresince eş ve çocuk dışında evde birlikte yaşadığı kişiler, hastalığı süresince herhangi bir kurumdan destek almasına göre EUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).



Tablo 7: Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği		Evlilik uyum ölçeği	
	X±SS	İstatistiksel değerler	X±SS	İstatistiksel değerler
Eşin yaşı				
25-39	34.80±10.38	$X^2=94.79$ $p=0.001$	29.26±12.42	$X^2=20.69$ $p=0.001$
40-49	51.71±15.36		22.27±12.99	
50 ve üzeri	62.86±10.85		18.56±12.86	
Eşin eğitimi				
İlkokul	64.28±11.95	$X^2=56.31$ $p=0.001$	17.31±13.89	$X^2=23.11$ $p=0.001$
Ortaöğretim	53.78±15.27		21.21±12.09	
Lise	47.21±15.14		22.93±12.73	
Üniversite	37.26±14.35		31.39±12.29	
Eşin mesleği				
Çalışmıyor	65.22±14.42	$X^2=36.61$ $p=0.001$	18.04±15.29	$X^2=13.89$ $p=0.008$
Özel sektör	49.81±16.44		21.56±12.80	
Serbest meslek	47.54±14.72		25.06±11.74	
Kamu	35.62±16.17		30.37±12.49	
Diğer	51.76±14.15		22.08±14.92	
Eşin fiziksel sağlık durumu				
Evet	59.37±15.88	$Z= -4.129$ $p=0.001$	21.60±14.35	$Z= -1.039$ $p=0.299$
Hayır	46.65±16.16		24.06±13.18	
Eşin ruhsal sağlık durumu				
Evet	51.10±15.14	$Z= -0.891$ $p=0.373$	23.17±13.33	$Z= -0.861$ $p=0.389$
Hayır	48.75±17.24		25.28±13.87	
Eşin sigara kullanımı				
Var	49.39±16.26	$Z= -0.662$ $p=0.508$	24.00±13.00	$Z= -0.539$ $p=0.590$
Yok	48.89±17.86		22.89±14.14	
Eşin alkol kullanımı				
Var	49.95±17.27	$Z= -1.285$ $p=0.199$	21.91±12.34	$Z= -0.989$ $p=0.323$
Yok	46.67±15.29		24.07±13.73	
Eşin madde kullanımı				
Var	49.73±16.80	$Z= -1.663$ $p=0.096$	20.46±15.26	$Z= -1.001$ $p=0.317$
Yok	41.46±16.30		23.79±13.31	

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı; X^2 : Kruskal Wallis; Z : Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Bipolar evli kadın hastaların eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre RHİDÖ ve EUÖ ölçeklerinden aldıkları toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de görülmektedir.

Hastaların eşlerinin yaş grubuna göre, RHİDÖ toplam puanı eşlerinin yaşı 50 yaş ve üzeri yaş grubunda olan hastaların 62.86 ± 10.85 , EUÖ toplam puanı 18.56 ± 12.86 olduğu belirlendi. Eşin yaşına göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, eşin yaşı 50 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların eşin yaşı 25-39 yaş, 40-49 yaş gruplarına göre RHİDÖ, eşin yaşı 25-39 yaş grubunda olan hastaların 40-49 yaş, 50 ve üzeri yaş grubuna göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Hastaların eşlerinin eğitim durumlarına göre, RHİDÖ toplam puanı eşi ilköğretim mezunu olan hastaların 64.28 ± 11.95 , EUÖ toplam puanı 17.31 ± 13.89 olduğu belirlendi. Eşin eğitim düzeyine göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, eşi ilköğretim mezunu olan hastaların, eşi ortaöğretim, lise ve üniversite mezunu olan hastalara göre RHİDÖ, eşi üniversite mezunu olan hastaların, eşi ilköğretim, ortaöğretim ve lise mezunu olan hastalara göre EUÖ, toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Hastaların eşlerinin meslek durumuna göre, RHİDÖ toplam puanı eşi çalışmayan hastaların 65.22 ± 14.42 , EUÖ toplam puanı 18.04 ± 15.29 olduğu belirlendi. Eşin mesleğine göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, eşi çalışmayan hastaların, eşi kamu, özel sektör, serbest meslek ve diğer bir iş de çalışan hastalara göre RHİDÖ, eşi kamu da çalışan hastaların, eşi çalışmayan, özel sektör, serbest meslek ve diğer bir iş de çalışan hastalara göre EUÖ, toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Hastaların eşlerinin fiziksel sağlık durumuna göre, RHİDÖ toplam puanı eşinde fiziksel sağlık sorunu bulunan hastaların 59.37 ± 15.88 , EUÖ toplam puanı 21.60 ± 14.35 olduğu belirlendi. Eşin fiziksel sağlık durumuna göre RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastaların eşlerinin fiziksel sağlık

durumu ile EUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların eşlerinin ruhsal sağlık durumu, eşin sigara, alkol ve madde kullanımına göre RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).



Tablo 8: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği ve Evlilikte Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Ruhsal hastalıkların içselleştirilmiş damgalanması ölçeği		Evlilik uyum ölçeği	
	X±SS	İstatistiksel değerler	X±SS	İstatistiksel değerler
Hastalığın ilk dönemin tipi				
Mani	42.07±13.55	$X^2=11.51$ $p=0.009$	20.95±12.07	$X^2=4.951$ $p=0.175$
Depresyon	51.88±17.18		23.41±13.50	
Karma	48.07±18.35		24.96±13.89	
Hipomani	50.00±15.25		30.21±14.64	
Hastalığın süresi				
1 yıldan az	31.00±8.28	$X^2=48.20$ $p=0.001$	36.69±9.62	$X^2=16.41$ $p=0.001$
1-3 yıl arası	38.23±14.79		27.53±13.26	
3-5 yıl arası	43.59±15.88		23.16±13.17	
5 yıl ve üzeri	55.08±15.16		21.49±13.04	
Hastalık öncesi evlenme durumu				
Evlilik öncesi hastalık	47.10±16.73	$Z= -0.827$ $p=0.408$	25.00±13.17	$Z=-0.810$ $p=0.418$
Evlendikten sonra hastalık	49.86±16.89		23.12±13.51	
Hastalık başlangıç yaşı				
18 yaş altı	46.00±14.71	$X^2=15.56$ $p=0.004$	22.40±12.27	$X^2=15.90$ $p=0.003$
18-25 yaş arası	47.51±17.77		26.02±12.86	
25-30 yaş arası	45.92±14.36		25.02±14.08	
30-40 yaş arası	53.09±17.28		21.29±12.57	
40 yaş ve üzeri	61.77±12.52		13.16±13.06	
Hastaneye yatış sayısı				
Yok	38.39±17.74	$X^2=29.62$ $p=0.001$	32.78±11.89	$X^2=17.20$ $p=0.002$
1 yatış	45.37±13.15		24.68±12.18	
2-5 yatış	52.78±17.61		20.21±13.27	
5-10 yatış	53.31±17.38		20.84±13.86	
10 ve üzeri yatış	64.40±13.11		22.00±16.06	
İlaç kullanma düzeni				
Düzenli ilaç kullanımı	40.69±13.80	$Z= -6.216$ $p=0.001$	28.03±13.28	$Z= -3.909$ $p=0.001$
Düzensiz ilaç kullanımı	55.23±16.25		20.41±12.65	
Şiddet öyküsü				
Yok	47.82±16.42	$X^2= 2.407$ $p=0.300$	25.15±13.48	$X^2= 5.421$ $p=0.067$
Sıklıkla	50.35±20.06		20.52±14.26	
Birkaç kez	52.11±16.74		20.75±12.62	
Öz kıyım girişimi				
Var	55.15±16.52	$Z= -4.071$ $p=0.001$	22.46±13.99	$Z= -1.135$ $p=0.256$
Yok	45.23±15.94		24.31±13.04	
İlaçla birlikte psikoterapi				
Evet	37.48±15.36	$Z= -4.669$ $p=0.001$	33.20±11.81	$Z= -4.543$ $p=0.001$
Hayır	51.68±16.13		21.53±12.88	

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı; X^2 : Kruskal Wallis; Z : Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Bipolar evli kadın hastaların hastalık özelliklerinin RHİDÖ ve EUÖ ölçeklerinden aldıkları toplam puanlara göre karşılaştırılması Tablo 8’de görülmektedir.

Hastaların hastalığın ilk döneminin tipine göre, RHİDÖ toplam puanı ilk döneminin tipi depresyon olan hastaların 51.88 ± 17.18 olduğu belirlendi. Hastalığın ilk döneminin tipine göre RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, hastalığının ilk döneminin tipi depresyon olan hastaların, hastalığının ilk döneminin tipi mani olan hastalara göre RHİDÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Hastalar hastalığın süresine göre, RHİDÖ toplam puanı hastalığın süresi beş yıl ve üzeri olan hastaların 55.08 ± 15.16 , EUÖ toplam puanı 21.49 ± 13.04 olduğu belirlendi. Hastalığın süresine göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, hastalığın süresi 5 yıl ve üzeri olan hastaların, hastalığının süresi 1 yıldan az, 1-3 yıl ve 3-5 yıl arası olan hastalara göre RHİDÖ, hastalığının süresi 1 yıldan az olan hastaların, hastalığının süresi 1-3 yıl, 3-5 yıl ve 5 yıl ve üzeri olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Hastalar hastalığın başlangıç yaşına göre, RHİDÖ toplam puanı başlangıç yaşı 40 yaş ve üzeri olan hastaların 61.77 ± 12.52 , EUÖ toplam puanı 13.16 ± 13.06 olduğu belirlendi. Hastalığın başlangıç yaşına göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, hastalığın başlangıç yaşı 40 yaş ve üzeri olan hastaların hastalık başlangıç yaşı 18 yaş altı, 18-25 yaş, 25-30 yaş ve 30-40 yaş arasına göre RHİDÖ, hastalık başlangıç yaşı 18 yaş altı, 18-25 yaş, 25-30 yaş ve 30-40 yaş arası olan hastaların, hastalık başlangıç yaşı 40 yaş ve üzeri olan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p < 0.05$).

Hastaların hastaneye yatış sayısına göre, RHİDÖ toplam puanı hastaneye yatış sayısı 10 ve üzeri olan hastaların 64.40 ± 13.11 , hastaneye yatışı olmayan hastalarda EUÖ toplam puanı 32.78 ± 11.89 olduğu belirlendi. Hastaneye yatış sayısına göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucunda, hastaneye yatış sayısı 10 ve üzeri olan

hastaların, hastaneye yatışı olmayan, 1 yatış, 2-5 yatış ve 5-10 yatışı olan hastalara göre RHİDÖ, hastaneye yatışı olmayan hastaların, 1 yatış, 2-5 yatış, 5-10 yatış, 10 ve üzeri yatış alan hastalara göre EUÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) .

Hastaların ilaç kullanma durumuna göre, RHİDÖ toplam puanı düzensiz ilaç kullanan hastaların 55.23 ± 16.25 , EUÖ toplam puan 20.41 ± 12.65 olduğu belirlendi. İlaç kullanma düzenine göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastalar özkıym girişimine göre, RHİDÖ toplam puanı özkıym girişimi olan hastaların 55.15 ± 16.52 olduğu belirlendi. Özkıym girişimine göre RHİDÖ toplam puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastalar psikoterapi alma durumuna göre, RHİDÖ toplam puanı ilaç tedavisine ek psikoterapi almayan hastaların 51.68 ± 16.13 , EUÖ toplam puanı 21.53 ± 12.88 olduğu belirlendi. İlaç tedavisine ek psikoterapi alma durumuna göre RHİDÖ, EUÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların hastalık öncesi evlenme durumu ve şiddet öyküsü ile RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların hastalığın ilk döneminin tipi, hastalık öncesi evlenme durumu, şiddet öyküsü ve özkıym girişimine göre EUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 9: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri						
	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş							
18-29	3.154±0.768	2.814±0.821	2.753±0.577	3.246±0.904	2.795±0.557	2.722±0.544	2.690±0.791
30-39	3.330±0.577	2.933±0.555	2.912±0.451	3.532±0.600	2.967±0.454	2.859±0.437	2.892±0.639
40-49	3.279±0.730	2.896±0.665	2.921±0.471	3.471±0.739	2.978±0.521	2.887±0.563	2.896±0.632
50 ve üzeri	3.461±0.349	2.997±0.450	3.054±0.330	3.677±0.272	3.066±0.503	2.853±0.442	3.049±0.377
İstatistiksel değerler	X ² =2.787 p=0.426	X ² =0.081 p=0.994	X ² =7.138 p=0.068	X ² =1.985 p=0.575	X ² =5.826 p=0.120	X ² =2.963 p=0.397	X ² =2.161 p=0.540
Doğum yeri							
İç Anadolu	3.323±0.607	2.943±0.623	2.921±0.462	3.496±0.660	2.947±0.512	2.843±0.507	2.902±0.617
Doğu Anadolu	3.479±0.242	3.000±0.460	3.238±0.247	3.750±0.218	3.357±0.418	2.986±0.461	3.145±0.287
Güneydoğu Anadolu	3.382±0.588	2.973±0.556	2.978±0.427	3.588±0.592	3.075±0.419	2.921±0.435	2.955±0.611
Marmara	2.708±1.149	2.333±1.054	2.318±0.567	2.958±1.083	2.857±0.670	2.444±0.480	2.333±0.974
Karadeniz	3.129±0.836	2.580±0.736	2.848±0.532	3.277±0.927	2.634±0.589	2.691±0.520	2.638±0.790
Ege	3.083±1.166	2.583±0.539	2.500±0.495	3.208±1.149	2.892±0.442	2.638±0.562	2.645±0.850
İstatistiksel değerler	X ² =2.529 p=0.772	X ² =7.008 p=0.220	X ² =14.63 p=0.012	X ² =4.340 p=0.502	X ² =8.665 p=0.123	X ² =5.006 p=0.415	X ² =5.252 p=0.386
Şuan yaşadığı yer							
Köy	3.308±0.599	2.947±0.606	2.966±0.473	3.532±0.618	2.955±0.554	2.871±0.460	2.958±0.593
Kasaba	3.364±0.293	2.812±0.364	3.062±0.269	3.635±0.266	3.035±0.283	2.854±0.536	2.885±0.381
Şehir merkezi	3.301±0.698	2.900±0.682	2.851±0.485	3.430±0.759	2.947±0.510	2.808±0.529	2.833±0.686
İstatistiksel değerler	X ² =0.902 p=0.637	X ² =2.953 p=0.228	X ² =5.620 p=0.060	X ² =0.150 p=0.928	X ² =0.173 p=0.917	X ² =0.718 p=0.699	X ² =2.790 p=0.248

*p<0.05 düzeyinde anlamlı; X²: Kruskal Wallis; Z: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=200)

Eğitim durumu	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Okur-yazar değil	3.222±0.640	2.842±0.641	2.909±0.606	3.500±0.724	3.083±0.469	2.759±0.0568	2.902±0.567
Okur-yazar	3.458±0.302	2.944±0.270	3.022±0.178	3.666±0.235	2.809±0.484	3.055±0.346	3.062±0.236
İlkokul	3.354±0.599	2.959±0.584	3.013±0.447	3.506±0.600	2.966±0.525	2.872±0.437	2.950±0.617
Ortaöğretim	3.316±0.657	2.911±0.662	2.872±0.439	3.554±0.691	3.053±0.519	2.811±0.566	2.910±0.591
Lise	3.280±0.716	2.902±0.696	2.849±0.508	3.406±0.784	2.897±0.543	2.811±0.497	2.811±0.737
Üniversite	3.241±0.640	2.863±0.688	2.862±0.501	3.430±0.723	2.926±0.464	2.795±0.559	2.801±0.656
İstatistiksel değerler	X ² =2.396 p=0.792	X ² =1.247 p=0.940	X ² =6.567 p=0.255	X ² =1.606 p=0.900	X ² =4.136 p=0.530	X ² =3.158 p=0.676	X ² =2.036 p=0.844
Çalışma durumu							
Çalışıyor	3.231±0.656	2.877±0.654	2.818±0.460	3.400±0.757	3.010±0.490	2.793±0.526	2.764±0.650
çalışmıyor	3.340±0.623	2.927±0.622	2.953±0.470	3.523±0.642	2.937±0.522	2.854±0.492	2.937±0.617
İstatistiksel değerler	Z= -1.626 p=0.104	Z= -0.558 p=0.577	Z= -2.513 p=0.012	Z= -0.890 p=0.373	Z= -0.869 p=0.385	Z= -0.683 p=0.495	Z= -1.928 p=0.054
Hastalık öncesi meslek							
Ev hanımı	3.336±0.627	2.931±0.629	2.954±0.483	3.510±0.657	2.948±0.533	2.836±0.504	2.932±0.624
Özel sektör	3.383±0.559	2.985±0.548	2.845±0.433	3.516±0.646	2.952±0.456	2.881±0.446	2.952±0.549
Serbest meslek	3.270±0.645	2.819±0.607	2.882±0.393	3.468±0.661	2.992±0.550	2.798±0.435	2.786±0.657
Kamu	3.062±0.767	2.854±0.842	2.835±0.600	3.322±0.925	2.955±0.406	2.847±0.724	2.682±0.737
İstatistiksel değerler	X ² =3.734 p=0.292	X ² =1.872 p=0.599	X ² =4.103 p=0.251	X ² =0.236 p=0.971	X ² =0.524 p=0.914	X ² =0.792 p=0.851	X ² =4.154 p=0.245

*p<0.05 düzeyinde anlamlı; X²: Kruskal Wallis; Z: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=200)

Hastalık sonrası meslek	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Ev hanımı	3.331±0.636	2.918±0.617	2.939±0.467	3.511±0.651	2.948±0.522	2.852±0.496	2.926±0.616
Özel sektör	3.322±0.451	2.977±0.594	2.824±0.476	3.533±0.681	2.981±0.476	2.888±0.417	2.927±0.558
Serbest meslek	3.381±0.555	2.883±0.554	2.913±0.346	3.476±0.639	3.047±0.544	2.798±0.464	2.769±0.637
Kamu	2.888±0.817	2.814±0.965	2.727±0.656	3.166±1.007	2.892±0.409	2.648±0.708	2.569±0.821
İstatistiksel değerler	$X^2=7.727$ $p=0.052$	$X^2=0.600$ $p=0.896$	$X^2=3.129$ $p=0.372$	$X^2=1.305$ $p=0.728$	$X^2=1.666$ $p=0.645$	$X^2=1.689$ $p=0.639$	$X^2=3.835$ $p=0.280$
Eş ile Tanışma Şekli							
Tanışarak	3.176±0.716	2.761±0.670	2.781±0.493	3.379±0.805	2.980±0.500	2.816±0.530	2.741±0.696
Görücü usulü	3.437±0.583	3.002±0.605	2.985±0.445	3.546±0.593	2.877±0.522	2.828±0.457	2.974±0.589
Akraba	3.285±0.316	3.137±0.418	3.151±0.308	3.674±0.300	3.224±0.441	2.963±0.571	3.107±0.343
İstatistiksel değerler	$X^2=13.48$ $p=0.001$	$X^2=7.887$ $p=0.019$	$X^2=15.39$ $p=0.001$	$X^2=0.772$ $p=0.680$	$X^2=8.961$ $p=0.011$	$X^2=1.670$ $p=0.434$	$X^2=7.505$ $p=0.023$
Evlilik sayısı							
1	3.305±0.623	2.904±0.623	2.907±0.475	3.483±0.680	2.963±0.496	2.845±0.501	2.875±0.630
2	3.333±0.701	2.961±0.680	2.959±0.445	3.517±0.671	2.926±0.614	2.789±0.506	2.962±0.639
İstatistiksel değerler	$Z=-0.692$ $p=0.489$	$Z=-0.673$ $p=0.501$	$Z=-0.728$ $p=0.466$	$Z=-0.145$ $p=0.885$	$Z=-0.044$ $p=0.965$	$Z=-0.647$ $p=0.518$	$Z=-0.670$ $p=0.503$
Evlilik süresi							
1-4 yıl arası	3.185±0.701	2.850±0.804	2.826±0.589	3.328±0.850	2.942±0.567	2.749±0.551	2.735±0.746
4-8 yıl arası	3.242±0.838	2.853±0.731	2.838±0.520	3.378±0.889	2.746±0.494	2.752±0.473	2.822±0.785
8 yıl ve üzeri	3.349±0.578	2.937±0.566	2.948±0.427	3.544±0.584	2.994±0.497	2.871±0.492	2.935±0.568
İstatistiksel değerler	$X^2=1.701$ $p=0.427$	$X^2=0.017$ $p=0.992$	$X^2=0.955$ $p=0.620$	$X^2=0.672$ $p=0.715$	$X^2=4.915$ $p=0.086$	$X^2=1.791$ $p=0.408$	$X^2=1.245$ $p=0.537$

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı; X^2 : Kruskal Wallis; Z : Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=200)

Çocuk sayısı	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Yok	3.070±0.831	2.799±0.948	2.758±0.670	3.179±0.979	2.884±0.526	2.846±0.634	2.689±0.909
1	3.276±0.763	2.920±0.692	2.892±0.493	3.442±0.833	2.812±0.548	2.774±0.555	2.882±0.730
2	3.333±0.665	2.981±0.609	2.877±0.502	3.450±0.655	2.918±0.509	2.829±0.477	2.885±0.643
3	3.364±0.555	2.863±0.492	2.920±0.365	3.572±0.574	2.961±0.521	2.951±0.433	2.906±0.529
4 ve üzeri	3.391±0.342	2.947±0.505	3.079±0.309	3.675±0.287	3.171±0.419	2.755±0.467	3.004±0.366
İstatistiksel değerler	X ² =2.598 p=0.627	X ² =3.811 p=0.432	X ² =7.286 p=0.122	X ² =4.295 p=0.368	X ² =10.27 p=0.036	X ² =4.594 p=0.332	X ² =0.847 p=0.932
Birlikteliğin hukuki durumu							
Resmi nikah	3.279±0.667	2.888±0.658	2.896±0.495	3.457±0.732	2.941±0.513	2.860±0.515	2.868±0.668
Dini nikah	3.350±0.638	2.964±0.643	3.019±0.448	3.605±0.601	3.052±0.563	2.710±0.462	2.947±0.602
Her ikisi	3.421±0.443	2.993±0.481	2.937±0.348	3.562±0.398	2.977±0.492	2.708±0.449	2.947±0.449
İstatistiksel değerler	X ² =0.894 p=0.064	X ² =0.201 p=0.904	X ² =1.762 p=0.414	X ² =0.931 p=0.628	X ² =1.028 p=0.598	X ² =3.809 p=0.149	X ² =0.005 p=0.997
Birlikte yaşanan kişiler							
Var	3.349±0.611	2.939±0.634	2.972±0.453	3.523±0.651	2.971±0.525	2.848±0.488	2.952±0.594
Yok	3.273±0.653	2.888±0.629	2.864±0.481	3.457±0.701	2.946±0.504	2.827±0.514	2.831±0.658
İstatistiksel değerler	Z= -1.131 p=0.258	Z= -0.593 p=0.553	Z= -2.126 p=0.034	Z= -0.562 p=0.574	Z= -0.451 p=0.652	Z= -0.444 p=0.657	Z= -1.099 p=0.272
Sigara kullanım öyküsü							
Var	3.305±0.645	2.934±0.649	2.932±0.478	3.510±0.669	2.961±0.515	2.834±0.519	2.906±0.616
Yok	3.320±0.604	2.846±0.571	2.863±0.444	3.423±0.704	2.948±0.510	2.846±0.449	2.835±0.674
İstatistiksel değerler	Z= -0.017 p=0.986	Z= -1.259 p=0.208	Z= -1.834 p=0.067	Z= -0.595 p=0.552	Z= -0.224 p=0.823	Z= -0.242 p=0.809	Z= -0.198 p=0.843

*p<0.05 düzeyinde anlamlı; X²: Kruskal Wallis; Z: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 9: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=200)

Madde kullanım öyküsü	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Var	3.428±0.406	3.127±0.310	3.026±0.194	3.714±0.329	3.346±0.520	2.904±0.381	3.166±0.225
Yok	3.304±0.640	2.905±0.638	2.911±0.477	3.480±0.685	2.943±0.508	2.834±0.506	2.878±0.638
İstatistiksel değerler	Z= -0.037 p=0.970	Z= -0.803 p=0.422	Z= -0.244 p=0.807	Z= -0.764 p=0.445	Z= -2.277 p=0.023	Z= -0.420 p=0.675	Z= -1.223 p=0.221
Alkol kullanım öyküsü							
Var	3.454±0.350	3.600±0.291	3.066±0.182	3.742±0.272	3.039±0.511	2.838±0.419	3.083±0.200
Yok	3.300±0.645	2.904±0.644	2.906±0.480	3.473±0.691	2.953±0.514	2.837±0.506	2.877±0.645
İstatistiksel değerler	Z= -0.217 p=0.828	Z= -0.454 p=0.650	Z= -0.985 p=0.325	Z= -1.136 p=0.256	Z= -0.382 p=0.702	Z= -0.116 p=0.908	Z= -0.524 p=0.600
Aileden destek							
Evet	3.268±0.690	2.866±0.660	2.879±0.493	3.430±0.725	2.909±0.538	2.808±0.514	2.833±0.664
Hayır	3.401±0.472	3.018±0.548	2.995±0.405	3.620±0.536	3.067±0.435	2.903±0.468	3.012±0.530
İstatistiksel değerler	Z= -0.808 p=0.419	Z= -1.398 p=0.162	Z= -1.339 p=0.180	Z= -1.769 p=0.077	Z= -1.803 p=0.071	Z= -1.271 p=0.204	Z= -1.963 p=0.050
Herhangi Kurumdan destek							
Evet	3.287±0.651	2.859±0.659	2.898±0.497	3.435±0.722	2.942±0.548	2.904±0.511	2.868±0.661
Hayır	3.331±0.616	2.967±0.598	2.932±0.442	3.542±0.627	2.974±0.477	2.768±0.483	2.908±0.599
İstatistiksel değerler	Z= -0.590 p=0.555	Z= -1.093 p=0.274	Z= -0.406 p=0.685	Z= -0.975 p=0.330	Z= -0.098 p=0.922	Z= -2.203 p=0.028	Z= -0.184 p=0.854

***p<0.05** düzeyinde anlamlı; **X²**: Kruskal Wallis; **Z**: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Bipolar evli kadın hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ADÖ alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanların karşılaştırılması Tablo 9’da görülmektedir. Hastaların doğum yeri, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişilere göre ADÖ roller alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, doğum yeri Doğu Anadolu olan hastaların roller alt ölçeği toplam puanı 3.238 ± 0.247 olduğu ve diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların eş ile tanışma şekline göre, ADÖ problem çözme, iletişim, roller gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, eşi ile görücü usulü olarak tanışan hastaların eşi ile tanışarak ya da akraba olan gruba göre problem çözme alt ölçeği toplam puanı, eşi ile akraba ya da görücü usulü olarak tanışan hastaların tanışarak evlenen hastalara göre iletişim, roller gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların çocuk sayısı ve madde kullanım öyküsüne göre, ADÖ gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz testi sonucu, çocuk sayısı dört ve üzeri olan hastaların, çocuğu olmayan, çocuk sayısı bir ya da iki olan hastalara göre gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Hastaların herhangi bir kurumdan destek alma durumuna göre, ADÖ davranış kontrolü alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Aile değerlendirme ölçeğinin alt ölçeklerinin toplam puanlarına göre yaş, şuan yaşanan yer, eğitim durumu, hastalık öncesi ve hastalık sonrası meslek, evlilik sayısı, evlilik süresi, birlikteliğin hukuki durumu, sigara ve alkol kullanımı, hastalık boyunca aileden destek ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Tablo 10:Hastaların EşlerininTanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam PuanlarınınKarşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri						
	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Eşin yaşı	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
25-39	3.235±0.654	2.864±0.695	2.828±0.505	3.377±0.782	2.876±0.505	2.748±0.480	2.770±0.702
40-49	3.288±0.724	2.888±0.667	2.915±0.490	3.468±0.728	2.978±0.516	2.915±0.535	2.894±0.673
50 ve üzeri	3.422±0.452	3.000±0.488	3.015±0.380	3.643±0.405	3.027±0.514	2.841±0.471	3.018±0.438
İstatistiksel değerler	X ² =2.549 p=0.280	X ² =0.536 p=0.765	X ² =5.030 p=0.081	X ² =1.098 p=0.577	X ² =3.258 p=0.196	X ² =5.182 p=0.075	X ² =2.460 p=0.292
Eşin eğitimi							
İlkokul	3.364±0.522	2.975±0.623	3.000±0.434	3.593±0.493	2.950±0.482	2.857±0.414	3.002±0.489
Ortaöğretim	3.227±0.750	2.825±0.460	2.942±0.550	3.390±0.776	2.936±0.549	2.818±0.552	2.844±0.740
Lise	3.317±0.636	2.883±0.556	2.861±0.473	3.480±0.690	3.003±0.532	2.822±0.518	2.875±0.653
Üniversite	3.340±0.579	3.007±1.054	2.915±0.399	3.529±0.664	2.909±0.473	2.867±0.488	2.875±0.564
İstatistiksel değerler	X ² =0.600 p=0.896	X ² =1.699 p=0.637	X ² =4.282 p=0.233	X ² =1.489 p=0.685	X ² =1.877 p=0.589	X ² =0.206 p=0.977	X ² =1.074 p=0.783
Eşin mesleği							
Çalışmıyor	3.325±0.598	2.868±0.621	2.938±0.461	3.507±0.566	2.896±0.512	2.717±0.484	2.882±0.553
Özel sektör	3.301±0.659	2.949±0.698	2.924±0.499	3.434±0.722	2.946±0.522	2.840±0.494	2.900±0.685
Serbest meslek	3.375±0.553	3.010±0.542	2.933±0.410	3.578±0.587	2.953±0.476	2.890±0.468	2.976±0.556
Kamu	3.209±0.727	2.843±0.688	2.925±0.516	3.487±0.762	3.031±0.588	2.856±0.598	2.719±0.664
Diğer	3.264±0.698	2.754±0.630	2.842±0.518	3.392±0.770	2.966±0.527	2.794±0.513	2.840±0.694
İstatistiksel değerler	X ² =0.908 p=0.923	X ² =6.433 p=0.169	X ² =1.263 p=0.868	X ² =2.344 p=0.673	X ² =1.408 p=0.843	X ² =2.471 p=0.650	X ² =3.823 p=0.431

*p<0.05 düzeyinde anlamlı; X²: Kruskal Wallis; Z: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 10: Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması(n=200)

Eşin fiziksel sağlık durumu	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
Evet	3.345±0.536	3.005±0.505	3.029±0.373	3.645±0.461	2.959±0.524	2.844±0.513	2.962±0.485
Hayır	3.300±0.656	2.889±0.657	2.886±0.488	3.449±0.717	2.950±0.470	2.808±0.453	2.869±0.661
İstatistiksel değerler	Z= -0.039 p=0.969	Z= -0.821 p=0.412	Z= -1.467 p=0.142	Z= -1.146 p=0.252	Z= -0.245 p=0.806	Z= -0.617 p=0.537	Z= -0.222 p=0.824
Eşin ruhsal sağlık durumu							
Evet	3.368±0.590	2.928±0.645	2.915±0.467	3.535±0.656	2.985±0.522	2.857±0.498	2.902±0.641
Hayır	3.295±0.644	2.845±0.564	2.913±0.490	3.477±0.683	2.951±0.512	2.751±0.514	2.826±0.587
İstatistiksel değerler	Z= -0.662 p=0.508	Z= -1.318 p=0.188	Z= -0.249 p=0.804	Z= -0.570 p=0.569	Z= -0.366 p=0.714	Z= -1.279 p=0.201	Z= -1.463 p=0.143
Eşin sigara kullanımı							
Var	3.391±0.561	2.981±0.587	2.964±0.427	3.575±0.590	3.001±0.483	2.916±0.488	2.984±0.551
Yok	3.177±0.719	2.803±0.684	2.835±0.525	3.348±0.781	2.888±0.554	2.711±0.500	2.734±0.717
İstatistiksel değerler	Z= -2.189 p=0.029	Z= -1.692 p=0.091	Z= -1.554 p=0.120	Z= -2.080 p=0.038	Z= -1.556 p=0.120	Z= -2.811 p=0.005	Z= -2.554 p=0.011
Eşin alkol kullanımı							
Var	3.362±0.574	2.915±0.702	2.958±0.513	3.568±0.650	2.978±0.438	2.905±0.487	2.933±0.614
Yok	3.293±0.651	2.912±0.610	2.902±0.457	3.464±0.685	2.951±0.534	2.816±0.505	2.875±0.636
İstatistiksel değerler	Z= -0.767 p=0.443	Z= -0.118 p=0.906	Z= -0.846 p=0.398	Z= -1.089 p=0.276	Z= -0.112 p=0.911	Z= -1.019 p=0.308	Z= -0.245 p=0.807
Eşin madde kullanımı							
Var	3.435±0.300	3.213±0.406	3.118±0.311	3.500±0.326	2.964±0.517	2.914±0.321	3.217±0.329
Yok	3.300±0.650	2.891±0.638	2.900±0.476	3.487±0.695	2.868±0.449	2.831±0.511	2.865±0.640
İstatistiksel değerler	Z= -0.095 p=0.924	Z= -1.658 p=0.097	Z= -1.317 p=0.188	Z= -1.410 p=0.158	Z= -0.841 p=0.400	Z= -0.407 p=0.684	Z= -2.020 p=0.043

***p<0.05** düzeyinde anlamlı; **X²**: Kruskal Wallis; **Z**: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Bipolar evli kadın hastaların eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine göre ADÖ alt ölçekleri toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 10'da görülmektedir. Hastaların eşlerinin sigara kullanımına göre, ADÖ problem çözme, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Hastaların eşlerinin madde kullanımına göre, ADÖ genel işlevler alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Eşin yaşı, eşin eğitimi, eşin mesleği, eşin fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, eşin alkol kullanım öyküsüne göre, aile değerlendirme ölçeği alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$).



Tablo 11: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Özellikler	Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri						
	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Hastalığın ilk dönemin tipi							
Mani	3.238±0.777	2.891±0.832	2.902±0.590	3.361±0.827	2.853±0.524	2.775±0.515	2.825±0.776
Depresyon	3.315±0.613	2.936±0.582	2.915±0.454	3.500±0.654	2.983±0.512	2.877±0.512	2.927±0.612
Karma	3.346±0.637	2.765±0.593	2.881±0.404	3.544±0.659	2.972±0.540	2.743±0.460	2.746±0.579
Hipomani	3.404±0.213	3.047±0.328	3.013±0.314	3.666±0.284	3.030±0.434	2.857±0.447	3.011±0.273
İstatistiksel değerler	X ² =0.848 p=0.838	X ² =4.088 p=0.252	X ² =1.221 p=0.748	X ² =1.272 p=0.736	X ² =3.308 p=0.347	X ² =3.089 p=0.378	X ² =5.896 p=0.117
Hastalığın süresi							
1 yıldan az	2.948±0.948	2.769±0.963	2.643±0.738	3.243±1.051	2.692±0.579	2.786±0.654	2.647±0.834
1-3 yıl arası	3.217±0.654	2.914±0.737	2.821±0.513	3.339±0.747	2.879±0.529	2.782±0.486	2.717±0.734
3-5 yıl arası	3.297±0.811	2.801±0.683	2.832±0.470	3.414±0.825	2.938±0.512	2.810±0.573	2.795±0.721
5 yıl ve üzeri	3.369±0.512	2.960±0.545	2.987±0.411	2.567±0.550	3.008±0.498	2.862±0.468	2.977±0.538
İstatistiksel değerler	X ² = 4.133 p=0.247	X ² =1.655 p=0.647	X ² =6.928 p=0.074	X ² =2.358 p=0.502	X ² =4.629 p=0.201	X ² =0.391 p=0.942	X ² =3.917 p=0.271
Hastalık öncesi evlenme durumu							
Evlilik öncesi hastalık	3.399±0.457	3.037±0.522	2.952±0.379	3.583±0.522	2.979±0.475	2.902±0.484	3.005±0.524
Evlendikten sonra hastalık	3.280±0.678	2.873±0.657	2.903±0.496	3.458±0.718	2.951±0.526	2.816±0.506	2.851±0.657
İstatistiksel değerler	Z= -0.380 p=0.704	Z= -1.196 p=0.232	Z= -0.049 p=0.961	Z= -0.683 p=0.494	Z= -0.174 p=0.862	Z= -0.971 p=0.332	Z= -1.320 p=0.187

*p<0.05 düzeyinde anlamlı; X²: Kruskal Wallis; Z: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 11: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Hastalık başlangıç yaşı	Problem çözme	İletişim	Roller	Duygusal tepki verebilme	Gereken ilgiyi gösterme	Davranış kontrolü	Genel işlevler
18 yaş altı	3.308±0.635	2.861±0.680	2.836±0.433	3.383±0.686	2.964±0.439	2.850±0.508	2.862±0.696
18-25 yaş arası	3.338±0.563	3.001±0.595	2.951±0.430	3.539±0.624	2.953±0.494	2.841±0.508	2.954±0.578
25-30 yaş arası	3.299±0.582	2.908±0.589	2.862±0.497	3.440±0.684	2.908±0.457	2.908±0.445	2.882±0.676
30-40 yaş arası	3.225±0.873	2.731±0.691	2.865±0.561	3.435±0.853	2.866±0.654	2.756±0.544	2.717±0.682
40 yaş ve üzeri	3.324±0.652	2.839±0.712	3.015±0.493	3.537±0.619	3.238±0.482	2.784±0.528	2.884±0.634
İstatistiksel değerler	X ² =0.772 p=0.942	X ² =6.465 p=0.167	X ² =4.622 p=0.328	X ² =2.394 p=0.664	X ² =7.822 p=0.098	X ² =1.411 p=0.842	X ² =5.423 p=0.247
Hastaneye yatış sayısı							
Yok	3.289±0.656	2.917±0.654	2.818±0.532	3.536±0.728	3.031±0.574	2.946±0.512	2.862±0.640
1 yatış	3.339±0.623	2.897±0.600	2.918±0.438	3.463±0.688	3.007±0.537	2.855±0.507	2.887±0.636
2-5 yatış	3.244±0.633	2.910±0.659	2.938±0.495	3.479±0.675	2.926±0.472	2.781±0.483	2.868±0.638
5-10 yatış	3.403±0.733	2.947±0.770	2.928±0.524	3.456±0.761	2.939±0.506	2.924±0.572	2.925±0.694
10 ve üzeri yatış	3.344±0.451	2.948±0.629	2.927±0.379	3.622±0.477	2.752±0.469	2.711±0.444	2.972±0.532
İstatistiksel değerler	X ² =4.649 p=0.325	X ² =1.395 p=0.845	X ² =2.237 p=0.692	X ² =1.424 p=0.840	X ² =5.076 p=0.280	X ² =6.070 p=0.194	X ² =0.837 p=0.933
İlaç kullanma düzeni							
Düzenli ilaç kullanımı	3.190±0.711	2.788±0.693	2.811±0.533	3.385±0.807	2.996±0.511	2.822±0.555	2.738±0.698
Düzensiz ilaç kullanımı	3.393±0.559	3.001±0.568	2.988±0.406	3.561±0.559	2.930±0.514	2.848±0.461	2.995±0.555
İstatistiksel değerler	Z= -2.128 p=0.033	Z= -2.058 p=0.040	Z= -2.668 p=0.008	Z= -0.321 p=0.748	Z= -1.078 p=0.281	Z= -0.246 p=0.806	Z= -2.515 p=0.012
Şiddet öyküsü							
Yok	3.266±0.657	2.893±0.663	2.898±0.490	3.481±0.697	2.996±0.508	2.838±0.517	2.883±0.658
Sıklıkla	3.470±0.635	2.902±0.577	2.935±0.465	3.519±0.714	2.789±0.622	2.803±0.441	3.004±0.517
Birkaç kez	3.361±0.570	2.963±0.571	2.947±0.426	3.493±0.628	2.918±0.484	2.845±0.488	2.862±0.598
İstatistiksel değerler	X ² =5.009 p=0.082	X ² = 0.350 p=0.840	X ² =0.092 p=0.955	X ² =0.504 p=0.777	X ² =3.125 p=0.210	X ² =0.217 p=0.897	X ² =0.758 p=0.684

*p<0.05 düzeyinde anlamlı; X²: Kruskal Wallis; Z: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Tablo 11: Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Öz kıyım girişi	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Var	3.429±0.447	2.973±0.540	2.981±0.377	3.595±0.503	2.978±0.487	2.916±0.461	3.019±0.477
Yok	3.229±0.722	2.872±0.683	2.870±0.519	3.416±0.766	2.944±0.531	2.784±0.522	2.800±0.702
İstatistiksel değerler	Z= -1.675 p=0.094	Z= -0.446 p=0.655	Z= -0.754 p=0.451	Z= -1.032 p=0.302	Z= -0.190 p=0.849	Z= -1.724 p=0.085	Z= -2.142 p=0.032
İlaçla Birlikte Psikoterapi							
Evet	3.242±0.610	2.927±0.673	2.839±0.506	3.433±0.790	2.861±0.486	2.806±0.498	2.821±0.626
Hayır	3.323±0.639	2.909±0.623	2.931±0.462	3.500±0.653	2.978±0.517	2.843±0.503	2.902±0.632
İstatistiksel değerler	Z= -1.379 p=0.168	Z= -0.160 P=0.873	Z= -1.350 p=0.177	Z= -0.541 p=0.589	Z= -1.394 p=0.163	Z= -0.418 p=0.676	Z= -0.842 p=0.400

***p<0.05** düzeyinde anlamlı; **X²**: Kruskal Wallis; **Z**: Mann Whitney u testi uygulanmıştır.

Bipolar evli kadın hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre ADÖ alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanların karşılaştırılması Tablo 11’de görülmektedir. Hastaların ilaç kullanma düzenine göre, ADÖ problem çözme, iletişim, roller, genel işlevler alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların öz kıyım girişimine göre, ADÖ genel işlevler alt ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalığın ilk döneminin tipi, hastalığın süresi, hastalık öncesi evlenme durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, şiddet öyküsü ve ilaçla birlikte ek psikoterapi alma durumuna göre hastaların aile değerlendirme ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışma bipolar bozukluk tanılı evli kadın hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın evlilik uyumu ve aile içi süreçleriyle ilişkisini belirlemek amacı ile yapıldı. Aşağıdaki başlıklar altında, bulunan sonuçlar ile literatür doğrultusunda tartışmalar yapıldı.

Bipolar Bozukluğu Olan Evli Kadın Hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği Toplam puanı ve Alt Ölçekleri, Evlilik Uyum Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Toplam Puanı ve Aralarındaki İlişkinin Tartışılması

İçselleştirilmiş damgalanma hastalarda; benlik saygısı azalmasına, toplumsal ve aile ilişkilerinin, tedavi ve iyileşme sürecinin bozulmasına, çalışma motivasyonunun engellenmesine, bireyin sosyal yaşamda güçlükler yaşamasına ve sosyal olarak izole olmasına ve hastaların daha sınırlı yaşamasına, gecikmiş yardım isteme davranışına, ayrımcılığa, yalnızlığa, şiddet ve özkıyımına neden olmaktadır (152,153) Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma yaşayan hastalar hastalıktan utanma, aşağılık duyguları, kendini yetersiz hissetme, olumsuz otomatik düşünceler de artma gibi sorunlar yaşamaktadır (47). İçselleştirilmiş damgalanmanın bu gibi olumsuz etkilerine bağlı olarak kadın hasta evliliği ve aile içi sürecinde sorunlar yaşayabilir. Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda bipolar bozukluk ve aile işleyişi ve evlilik uyumunun karşılıklı olarak birbirini etkilediğine yönelik çeşitli bulgulara ulaşılmıştır (126,133,135,143,144,187).

Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) toplam puanı 49.20 ± 16.85 , alt ölçeklerinin ise Yabancılaşma 17.44 ± 4.81 , Kalıp Yargıların Onaylanması 17.12 ± 6.51 , Algılanan Ayrımcılık 12.87 ± 4.33 , Sosyal Geri Çekilme 16.40 ± 5.31 , Damgalanmaya Karşı Direnç 14.65 ± 4.49 olarak saptandı. Hastaların orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı belirlendi. Çuhadar ve Çam tarafından (2013) bipolar bozukluğu olan hastalarda işlevsellik düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada, bipolar hastaların RHİDÖ toplam puanı 41.22 ± 13.38 olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma alt ölçekleri Yabancılaşma 13.30 ± 4.21 , Kalıp Yargıların Onaylanması 14.56 ± 3.79 , Algılanan Ayrımcılık 11.25 ± 3.61 , Sosyal Geri

Çekilme 13.7 ± 4.12 , Damgalanmaya Karşı Direnç 11.60 ± 3.56 olarak, içselleştirilmiş damgalanmanın orta düzeyde olduğu saptanmıştır (12).

Çuhadar'ın (2011), bipolar bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada psikoeğitimin etkinliğini araştıran çalışmasında, bipolar kadın hastaların RHİDÖ toplam puanı 43.79 ± 12.31 olduğunu ve bipolar kadın hastaların orta düzeyde içselleştirilmiş damgalanma yaşadığını saptamıştır (147). Morselli'nin 2003 yılında yaptığı bir çalışmada bipolar hastaların %54.6'sının kendi kendini damgaladığı bulunmuştur (188). Üstündağ ve Kesebir (2013) tarafından bipolar hastalarla yapılan çalışmada içselleştirilmiş damgalanma oranı % 46 olarak bulunmuştur (148). Brohan ve ark. (2010) 1182 bipolar bozukluk ve unipolar depresyon hastası ile RHİDÖ kullanarak yaptığı çalışmada hastaların %21.72'sinde orta ve ileri derecede içselleştirilmiş damgalanma saptamışlardır (152).

Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların evlilik uyum ölçeği (EUÖ) toplam puanı 23.57 ± 13.42 olduğu belirlendi. Bipolar evli kadın hastaların evlilik uyumlarının kötü olduğu saptandı. Aktaş'ın (2017) EUÖ kullanarak bipolar bozukluk hastaları ile sağlıklı bireyleri evlilik uyumu açısından karşılaştırdığı çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının evlilik uyum ölçeği toplam puanı 34.93 ± 11.14 olarak sağlıklı bireylerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (79). Taşdelen ve ark (2016) evlilik uyumu ve aile işlevselliği ölçeği kullanarak bipolar bozukluk tip I ve romatoid artritli hastaların evlilik uyumu ve aile işlevselliğini kıyasladığı çalışmada, bipolar bozukluk tip I tanılı hastaların romatoid artritli hastalara göre evlilik uyumlarının daha kötü olduğunu saptamışlardır (155). Muke ve ark. (2014) 'nın bipolar bozukluk, şizofreni ve madde bağımlılığı hastalarında evlilik uyumunu incelediği çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının %70'in de, şizofreni hastalarının %60'ında ve madde bağımlılığı olan hastaların %50'sinde evlilik uyumunu zayıf bulmuştur (158). Kleindienst ve ark. (2005) ise çalışmalarında bipolar bozukluk hastalığı ile evlilik uyumu arasında doğrudan bir ilişki saptamamıştır fakat evlilik içinde yaşanan sorunların hastalığın gidişine negatif yönde etkilediğini bildirmişlerdir (159). Whisman (2007) tarafından ABD 'de yapılan araştırmaya göre, bipolar bozukluk, alkol kullanım bozuklukları ve yaygın anksiyete bozukluğunun diğer DSM-IV tanılarına göre, evliliği daha olumsuz etkiledikleri belirtilmiştir (160). Bilen (2010) bipolar bozukluğu olan hastalarda çift uyum ölçeği kullanarak yapmış olduğu çalışmada, hastaların depresif dönemde geçen süre, dönem

sayısı ve depresif dönemin şiddetinin çift uyumunu ile negatif ilişkili ve anlamlı bulmuştur (16). Horesh ve Fennig (2000) çalışmalarında, depresif bozukluk tanılı hastaların evlilikleri ile bipolar bozukluk tanılı hastaların evliliklerini çift uyum ölçeği kullanarak karşılaştıran çalışmada, depresif bozukluklu hastaların evliliklerinin ve ikili ilişkilerinin bipolar bozukluk tanılı hastalara kıyasla daha kötü olduğunu ifade etmişlerdir (163).Sadock (2007) ‘de bipolar hastaların evliliklerinin kötü olduğunu ve hatta boşanma oranlarının arttığını bildirmiştir(164). Lam ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada 37 bipolar hastanın eşleri ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapmış ve üçte ikisinin sosyal hayatlarında kısıtlamalar, ekonomik sıkıntılar ve hasta eşten dolayı artmış sorumluluklar sonucu evliliklerinde gerginlik hissi yaşadıkları saptanmışlardır (129).Granek ve ark. (2016), Vibha ve ark.(2013) yapmış oldukları çalışmalarda,evlilik başlangıcında olmayıp daha sonra ortaya çıkan bipolar bozukluklarda çiftler arasında uyum sorunlarının oluştuğu, bunun da yeni bir duruma uyum sağlamada, bipolar bozukluğu bulunan eşte yeni kişilik özelliğinin olması sonucunda da duruma uygun başa çıkma becerileri geliştirmenin zorluk yarattığını bildirmişlerdir (156,157).

Bipolar bozukluğu olan kadın hastaların aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlarıProblem Çözme 3.30 ± 0.63 , İletişim 2.91 ± 0.63 , Roller 2.91 ± 0.47 , Duygusal Tepki Verebilme 3.48 ± 0.67 , Gereken İlgiyi Gösterme 2.93 ± 0.50 , Davranış Kontrolü 2.83 ± 0.50 , Genel İşlevler 2.88 ± 0.63 olduğu saptandı.Bipolar kadın hastaların aile işlevlerinin sağlıklı olduğu belirlendi.Bilen’in (2010) bipolar hastalarda aile işleyişini ADÖ kullanarak araştırdığı çalışmada 74 bipolar hastanın aile değerlendirme ölçeği her bir alt ölçeğinden normal sınırın üzerinde aldığını saptamıştır (16). Taşdelen ve ark (2016) evlilik uyumu ve aile işlevselliği ölçeği kullanarak bipolar bozukluk tip I ve romatoid artritli hastaların evlilik uyumu ve aile işlevselliğini kıyasladığı çalışmada, bipolar bozukluk tip I tanılı hastaların romatoid artritli hastalara göre aile işlevselliklerinin daha kötü olduğunu saptamışlardır (155). Yan ve ark. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada ise, bipolar bozukluğun aile içindeki sorunları arttırdığı, aile içinde yaşanan çatışma ve problemlere bağlı olarak da bipolar hastaların depresif epizodlarının tetiklendiğini ortaya koymuşlardır (161).

Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin evlilik uyumu ve aile süreciyle ilişkisine baktığımızda; bipolar evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça evlilik uyumunun azaldığı ve aile içi süreçlerinin bozulduğu saptandı. Briscoe ve Smith (1975) depresyon ve aile sorunlarının birbiri ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (165). Weisman ve Paykel (1984) ise depresyonda olan kadınların büyük bir kısmının şikayetinin evlilik sorunları olduğunu ve bu hastaların ailelerinde zayıf iletişim, kararsızlık, cinsel uyumsuzluk gibi işlev bozukluklarının, depresif olmayan normal kadınların ailelerinden daha fazla olduklarını saptamıştır (166). Literatür incelemesi sonucunda içselleştirilmiş damgalanma, evlilik uyumu ve aile içi süreçler arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Kadının evlenmesiyle birlikte eş rolü, annelik rolü, geleneksel aile rollerinin artması, toplum baskısının kadınlarda daha fazla olması, süperegönün kadınlarda daha baskın olması ve bunların yanında bipolar hastalığının semptomları ve dönemsel alevlenmeleri nedeniyle kadının aile ve evlilik ilişkisi içindeki sorumluluklarını yerine getirememesi sonucunda, kadının hastalığından dolayı utanması ve çevresi tarafından damgalanma korkusu nedeniyle içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı düşünülebilir. Yaşadığı içselleştirilmiş damgalanmaya bağlı olarak eşinden boşanma ya da hastalığı nedeniyle eşinden şiddet görme korkusu, eşine karşı iyi bir eş olamama düşüncesi ile eşinden hastalığının belirtilerini gizlediği ve bu belirtileri somatik belirtilerle yansıtmak zorunda kalması evlilik ve aile ilişkisi içinde krizlere yol açarak evlilik uyumunu bozabilir. Hastalıkları süresince bipolar kadın hastalar ailenin sevgi, ilgi ve desteğine ihtiyaç duyabilir aile içindeki rolü aynı kaldığı halde beklenen rolleri yerine getirememesi aile içinde baskıya neden olabilir.

Bipolar Bozukluğu Olan Evli Kadın Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilik Uyum Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Toplam Puanları ile Tartışılması

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre içselleştirilmiş damgalama, evlilik uyumu ve aile işlev düzeyleri incelendiğinde:

Hastaların yaş ortalamasına göre RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastaların yaşı arttıkça damgalanma düzeyinin arttığı ve evlilik uyumunun azaldığı belirlendi. Çekiç (2014) bipolar bozukluğu olan 120 hasta ile içselleştirilmiş damgalanmanın empati ve işlevsellik üzerine ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan hastaların %64'ünün yaş ortalamasını 39 yaş ve üzeri olduğunu saptamıştır (167). West ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, 34 yaşın altındaki hastalarda içselleştirilmiş damgalanma şiddeti düşük; 35-54 yaş aralığındaki hastalarda içselleştirilmiş damgalanma şiddeti yüksek olduğunu bulmuştur (168). Çuhadar (2013) ve Cerit ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmalarda yaş ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir (12,93). Süataç (2010)'ın evlilik uyumunu kişilerarası tarz ve öfke açısından araştırdığı çalışmasında yaş arttıkça evlilik uyumun da düşüş olduğunu belirtmiştir (169). Tuzcu (2017) yaş arttıkça evlilik uyum puan ortalamasının düştüğünü belirtmiştir (112).

İleri yaş dönemi bireylerin sosyal değer yargılarına daha çok önem verdiği bir dönem olması ve bu dönemdeki bireylerin başkalarının görüşlerini kendisi için daha çok önemli olduğunu düşünmesi, toplum tarafından daha çok yadırganabileceği korkusu nedeniyle toplumdan gelebilecek yaşa bağlı bu olumsuz eleştirilerin hastaların içselleştirilmiş damgalarını etkilediği ve arttırdığı düşünülebilir. Bipolar hastalığa sahip olmak kadın hastanın evlilikle birlikte bir çok sorumluluğu yüklenmesine neden olmakta ve yıllar geçtikçe bu sorumluluğun artması ve sorumluluk paylaşımındaki eşitsizlik kadının evlilik uyumunun yıllar içerisinde düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Aile değerlendirme ölçeği alt ölçekleri toplam puanı ile yaş arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Bilen'in (2010) bipolar hastalarda aile işleyişini ADÖ

kullanarak araştırdığı çalışmada, yaş ile ADÖ arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (137).

Hastaların **doğum yerine** göre RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Aile değerlendirme ölçeği alt ölçeklerinden roller ile doğum yeri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Bu durum ailenin kaynakların kullanımında bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda aile içindeki rollerin doğum yerine göre etkilendiğini, Doğu Anadolu’ da yaşayan hastaların diğer bölgelere göre bir davranış kalıbı geliştirmediğini, aile üyeleri içerisinde görevlerin eşit dağılımı ve sorumlulukların yerine getirilmesi konusunda sıkıntı yaşandığını , ailenin o işlevinde bozulmalar olduğunu düşündürmektedir. Literatürde hastaların doğum yeri ile RHİDÖ , EUÖ, ADÖ ile ilgili herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Hastaların **şuan yaşadığı yere** göre RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Şehir merkezinde yaşayan hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanları köy/kasabada yaşayanlara göre anlamlı olarak daha düşük, evlilik uyum toplam puanının ise daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanmayı şiddetli yaşayan hastaların daha çok kırsalda yaşadığı bildirilmiştir (12,148,167). Aydın ve Kışlak ‘ın (2009) çalışmasında bireylerin yaşadıkları yerlere bağlı olarak evlilikte uyum puanı ortalamalarının anlamlı olduğu ve şehir merkezinde yaşayanların evlilik uyumunun daha iyi olduğunu saptamışlardır (170). Süataç (2010) çalışmasında yaşanan yer ve evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (169).

İçselleştirilmiş damgalanmanın köy gibi küçük yerleşim yerlerinde daha çok algılanması, kırsal yerlerde bireylerin toplumun kültür ve değer yargılarına, örf ve adetlerine daha çok bağlı olması nedeniyle hastalıkla ilgili kalıp yargılara daha çok maruz kalması ve bu nedenle utanç hissetmesine bağlı olabilir. Bu nedenle kişiler psikiyatrik yardım alma arayışı ve tedavi alma konusunda damgalanma endişesi nedeniyle muayene için başvurmadıkları düşünülebilir ve buna bağlı olarak hastaların içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin arttığı ve evlilik uyumunun bozulacağı söylenebilir.

Hastaların ADÖ alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanı ile şuan yaşanılan yer arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).Literatür de şuan yaşanılan yer ile ADÖ ile ilgili herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Hastaların **eğitim durumuna** göre,RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).Eğitim düzeyi düştükçe içselleştirilmiş damgalanma toplam puanının anlamlı olarak yükseldiği ve evlilik uyumunun azaldığı belirlendi.Yapılan çalışmalar da eğitim düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin azaldığınısaptanmıştır (12,171,172).Aydınlı ve Kışlak'ın (2009) çalışmasında, lise ve üzeri eğitim görenlerin bireylerin evlilik uyumlarının daha iyi olduğunu belirlemiştir (170).

Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin evlilik ilişkisi içinde sorunlarla başa çıkma becerilerinin daha iyi olabileceği düşünülmektedir.Hastaların eğitim düzeyindeki artışın ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sahibi olması ve tedavi arayışına girmesi konusunda artış sağlaması ve bu durumun içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkisinin olabileceği düşünülebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan hasta birey hastalığının biyolojik faktörlerden kaynaklandığını anlayabilir ve kendini suçlama eğilimine girmez.Eğitim düzeyi düşük olan hastalar dışlanma ve etiketlenme durumundan korkarak, tedavi arama girişiminde bulunmadan, geleneksel tıp dışı yöntemlere başvurarak hastalığını gizleme eğilimine girebilir ve bu nedenlerden dolayı içselleştirilmiş damgalanma yaşayabilir ve evlilik uyumu bozulabilir.

Hastaların eğitim durumu ile ADÖ alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).Bilen 'in (2010) bipolar hastalarla yaptığı çalışmasında eğitim süresi ile ADÖ arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (16).

Hastaların **çalışma durumlarına göre**,RHİDÖ, EUÖ ve ADÖ roller alt ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).Çalışmayan hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve roller alt ölçeği toplam puanı anlamlı olarak yüksek olduğubelirlendi.Çalışan hastaların evlilik uyumlarının daha iyi olduğu saptandı.Üstündağ ve Kesebir 'in (2013) çalışmayan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın daha fazla olduğu belirtmiştir (148). Çekiç 'in (2014) bipolar hastalarda içselleştirilmiş damgalanması düşük olan hastaların büyük çoğunluğunun çalıştığını saptamıştır (167).Alonso ve ark (2009) çalışmasında damgalanmanın işsiz olma ve düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğunu belirtmiştir (172).

Çalışan hastaların toplumda yer alarak sosyal ağlarını genişletmesi, işlevselliğini arttırmasının, çalışıyor olmakla iyi bir sosyoekonomik düzeye sahip olmanın hastanın benlik saygısını arttıracağından dolayı içselleştirilmiş damgalanmayı azalttığı ve evlilik uyumunu arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Çalışmayan hastaların da içselleştirilmiş damgalanmayı daha çok hissetmesi, kendini çalışanlara göre yetersiz ve aileye bir yük olarak görmesinden kaynaklanabileceği ve kadın hastaların işlevselliğinin azalması ile aile içinde rol değişimi yaşayabileceği düşünülmektedir. Literatürde bipolar hastaların çalışma durumları ile ADÖ ve EUÖ ile ilgili herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Hastaların **hastalık öncesi ve sonrası mesleğine göre**, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastalık öncesi ve sonrası mesleği ev hanımı olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek, evlilik uyumlarının kötü olduğu belirlendi. %58.5'inin hastalık öncesi mesleği ev hanımı olan hastaların, hastalık sonrasında %76 olarak arttığı saptandı. Pehlivan'ın (2004) kadın psikiyatrik hastalarda yaptığı çalışmada, hastalık öncesi meslek ile hastalık sonrası mesleği karşılaştırdığında meslek sahibi olan kadınların sayısının hastalık sonrasında anlamlı olarak azaldığını saptamıştır (73).

Meslek sahibi olan kadınların sayısının hastalık sonrasında anlamlı olarak azalmasında, kadınların çalışma yaşamında hastalığın ortaya çıkmasıyla çalışma ortamındaki çevresi ya da toplum tarafından etiketlenme korkusu, hastalık nedeniyle yaşadığı dönemsel krizlere uyum sağlayamama, hastalığının işlevselliğinde bozulmaya yol açması gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülebilir. Toplumun ve ailenin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik olumsuz tutumları düşünüldüğünde iş kaybında sürece eklenmesi hastaların daha çok içselleştirilmiş damgalanma yaşamasına neden olabilmektedir. Çalışan kadının ekonomik olarak bağımsız olmasının içselleştirilmiş damgalanmayı azaltarak evlilik uyumunu olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Hastalık sonrası mesleği ev hanımı olan hastaların, tanı aldıktan sonra hastalığa uyum sağlamada zorlanması ve hastalığı içselleştirmesine bağlı olarak evlilik uyumunun kötü olduğu düşünülmektedir. Hastalık öncesi ve hastalık sonrası meslekle evlilik uyumu arasında literatürde herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Hastalık öncesi ve sonrası mesleğe göre ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Hastalık öncesi ve hastalık sonrası ADÖ arasında literatürde herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Hastaların **eş ile tanışma şekline göre**, RHİDÖ, EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri problem çözme, iletişim, roller, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Eş ile tanışma şekli görücü usulü/akraba olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi. Tanışarak evlenen hastaların evlilik uyumu, görücü usulü ve akraba evliliklerine göre yüksek olduğu tespit edildi. Süataç (2010) EUÖ kullandığı çalışmada görücü usulü ile evlenen kişilerin evlilik uyumunu düşük olduğunu saptamıştır (169). Bilen 'in (2010) bipolar hastalarda yapmış olduğu çalışmada evlenme biçimine göre ADÖ arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (16).

Eşi ile görücü usulü ya da akraba olarak evlilik yapan kadın hastaların, eşi ile tanışarak evlenen hastalara göre eşini tanıması için yeterli fırsatı olmadığı, ailesel ya da bireysel önemli kararlarda fikir birliğinin sağlanamadığı, hastanın eşinin verebileceği tepkiler (şiddet, boşanma) gibi nedenlerle hastalığını eşinden gizlediği, eşinden yeterli desteği alamadığı gibi nedenlerle hastalığı içselleştirdiği ve buna bağlı olarak evlilik uyumunun bozulduğu düşünülebilir. Kentlerde tanışıp anlaşılarak evlenmeler artarken, gelenekselliğin ön planda olduğu yerlerde görücü usulü veya akraba evliliği evlenme biçimlerinin başında gelmektedir. Evlilik öncesi eşlerin birbirlerini tanımaları, birlikte zaman geçirmeleri, ortak kararlar almalarının evlilik uyumunu arttırabileceği düşünülebilir. Eşi ile tanışarak evlenemeyen hastalar da eşi ile karşılıklı iletişim ve etkileşimde sorun yaşayacağı birbirlerine yeterli oranda sevgi, ilgi ve bakımın gösterilmesi ve tüm bu işlevlerin yerine getirilmesin de aile işlevlerinin kötü olduğu düşünülmektedir. Literatürde eş ile tanışma şekli ve RHİDÖ arasında herhangi bir kaynağa rastlanmadı.

Hastaların **evlilik sayısına göre**, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). İki evlilik yapan hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Evlilik sayısı iki olan hastaların evlilik uyumlarının daha kötü olduğu belirlendi. Bayraktaroğlu ve Çakıcı (2013) çalışmada evlilik sayısı ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (138). Taşdelen ve ark (2016) evlilik uyumu ve aile işlevselliği ölçeği kullanarak bipolar bozukluk tip I ve romatoid artritli hastaların evlilik uyumu ve aile işlevselliğini kıyasladığı çalışmada, evlilik sayısı ile evlilik uyumu ve aile işlevselliği arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (155).

Hastaların yapmış olduğu ikinci evlilikten dolayı kendini daha çok baskı altında hissetmesi, hastalığından dolayı eşinin kendisine karşı olumsuz tutum sergileyeceğı endişesi ve tekrardan eşinden ayrılma korkusunun içselleştirilmiş damgalanmayı arttırabileceğı düşünülmektedir. Literatürde evlilik sayısı ile RHİDÖ ve ADÖ ile ilgili herhangi bir kaynağı rastlanmadı. Evlilik sayısı ile ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Hastaların **evlilik süresine göre**, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Evlilik süresinin 8 yıl ve üzeri olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olduğu ve evlilik uyumlarının kötü olduğubelirlendi. Yapılan çalışmalarda evlilik yılı arttıkça evlilik uyumunun azaldığı saptanmıştır (169,174). Aktaş'ın (2017) bipolar bozukluk hastaları ile EUÖ kullanarak yaptığı çalışmada, evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (79). Kışlak ve Çabukça (2002) çalışmasında evlilik süresi gibi demografik değişkenlerin evlilik uyumunu ile arasında bir ilişki olmadığını saptamıştır (175).

Evliliğı süresincehastalık döneminde geçen sürenin uzaması, hastalığın ağırlaşması, aile içinde sorunların birikmesi ve sorunlarla baş edilememesi, hastalığı uyumun yetersiz olması gibi nedenlerle içselleştirilmiş damgalanmanın arttığı ve evlilik uyumunun bozulabileceğı düşünülebilir. Evlilik uyum puan ortalamalarının 8 ve üzeri yıldan sonra azalmaya başlaması ailelerin genişlemesiyle, maddi ve manevi olarak sorumlulukların artması, eşlerin birbirlerine ayırabilecekleri zamanın azalması ve evliliğin giderek monotonlaşması düşünülmektedir. Evlilik süresi ve RHİDÖ ve ADÖ alt ölçekleri arasında literatürde herhangi kaynağı rastlanmadı. Evlilik süresi ile ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı($p>0.05$).

Hastaların **çocuk sayısına göre**, RHİDÖ, EUÖ ve ADÖ gereken ilgiyi göstermetoplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Çocuk sayısı dört ve üzeri olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olduğu, evlilik uyumunun kötü olduğuve gereken ilgiyi gösterme durumlarınınsağlıksız olduğu belirlendi. Üstündağ ve Kesebir (2013) bipolar hastalarda yaptığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalanma algısı olan hastaların çocuk sayısının daha yüksek olduğunu saptamıştır (148). Meiser ve arkadaşlarına ait bir çalışmada (2007) ise tek ve iki uçlu ve şizoafektif bozukluklu hastalarda çocuk sahibi olmayı istememek ya da daha az istemek, algılanan damgalanma için yordayıcı bir değişken olarak saptanmıştır (176).

Aktaş'ın (2017) bipolar bozuklukta evlilik uyumunu incelediği çalışmasında çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki olmadığını saptamıştır (79).Tutarel-Kışlak ve Çabukça (2002) çalışmasında, evlilik uyumunun çocuk sayısına bağlı olarak değişmediğini saptamıştır (175).Friedmann ve ark. (1997) tarafından bipolar hastalarda aile işlevlerindeki belirgin bozulma bildirilmiştir (133).

Türk toplumunda daha çok ev hanımı statüsünde olan kadının gerek ev içindeki gerekse çocuk bakımındaki rollerini yerine getirmede kendini yetersiz hissetmesi ve eski işlevselliğinin kaybolmasının içselleştirilmiş damgalanma hissinin artmasında etkili olduğunu düşündürebilir.Çocuk sayısının artmasıyla eşlerin birbirlerine daha az zaman ayırması, eşlerin gereken ilgi, sevgi ihtiyacını karşılayamaması, hastalığı nedeniyle işlevselliğinde bozulmalar meydana gelen hastanın çocukların bakımıyla eskisi kadar ilgilenememesi gibi durumların evlilik uyumunun bozulmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.Gereken ilgiyi gösterme, aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği sevgi, ilgi ve bakımı içerir. Literatürde çocuk sayısı ile ADÖ arasındaki ilişki ile ilgili herhangi bir kaynağa rastlanılmadı.

Hastaların **birlikteliği hukuki durumuna göre**,RHİDÖ ve EUÖtoplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).Birlikteliğinin hukuki durumu dini nikahlı olan bipolar kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olduğu belirlendi. Pehlivan'ın (2004) kadın psikiyatrik hastalarda yaptığı çalışmasında, evliliğin hukuki durumu ile anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (73).

Resmi nikahın kadına hem maddi hem de manevi olarak bir güvence kazandırıyor olması, hastaların benlik saygısında yükselmeye neden olmaktadır.Bu nedenle dini nikahlı kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek olduğu düşünülebilir.Birlikteliğin hukuki durumu ile EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı($p>0.05$).Bu durum evliliğin hukuki durumunun evlilik uyumundan bağımsız olduğunu evlilik uyumu üzerinde etkisi olmadığını düşündürmektedir.Literatürde bipolar bozukluktabirlikteliğin hukuki durumu ile EUÖ veADÖ ilişkisini içeren herhangi bir kaynağa rastlanılmadı.

Hastaların **birlikte yaşanan kişilere göre**,RHİDÖ ve ADÖ roller alt ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Ev içerisinde eş ve çocukları dışında birlikte yaşadıkları kişiler olan bipolar kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksekve aile işlevlerinin sağlıklı olduğu belirlendi.

Çekiç (2014) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada, içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan grubun yalnız ya da geniş ailede yaşadığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir (167).Bilen (2010) bipolar hastalarla yapmış olduğu çalışmada geniş aile ile yaşayan bipolar hastaların roller alt ölçeğini anlamlı olarak yüksek bulmuştur (16).

Evde eş ve çocuk dışında birlikte yaşanan kişilerin kadın hastaya ek bir yük oluşturabileceği,aile içindeki kişilerin hastalığa bakış açısı ve tutumu, aile içindeki rollere karışmaları gibi nedenlerle hastanın içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artmış olabileceği ve aile işlevlerinin bozulabileceği düşünülebilir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilerle evlilik uyumu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).Bu durum beraber yaşanan kişilerin evlilik uyumunu üzerinde etkisi olmadığını göstermektedir.Taycan ve ark. yaptığı çalışmada evde ailenin çekirdek üyeleri dışında bir bireyin bulunmasının evlilik üzerinde olumsuz etkisinin olduğunu belirtmiştir (177).

Hastaların **sigara, madde ve alkol kullanım öyküsüne göre**,RHİDÖ, EUÖ ve ADÖtoplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).Madde kullanımına göre ADÖgereken ilgiyi gösterme alt ölçeği arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi($p<0.05$).Aşkın (1994) psikiyatrik tedavi gören hastaların %40 ile %100'ünün nikotin bağımlısı olduğu bildirilmektedir (186).Taşdelen ve ark. (2016) bipolar hastalarla yaptığı çalışmada sigara kullanımını evlilik uyumu ve aile işlevselliği üzerinde anlamlı olmadığını saptamıştır (155).Pehlivan (2004) psikiyatrik kadın hastalarla yaptığı çalışmada madde kullanım oranlarında hasta ve kontrol grubunda anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (73). Drake ve arkadaşları (1989) yaptığı çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan vakaların, %25 ile %75'inin madde kötüye kullanımı veya madde bağımlısı tanısı aldığını belirlemiş ve bu oranın genel topluma göre 4.6 kat daha fazla olduğu saptamıştır (178).Çam ve Çuhadar'ın (2013) bipolar hastalarda alkol kullanım durumlarına göre hastaların içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamasının anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (12).Taşdelen ve ark. (2016) bipolar bozukluğu olan hastalarla alkol kullanımını evlilik uyumu ve aile işlevselliği üzerinde anlamlı olmadığınısaptamıştır (155).

Sigara kullanan hastaların sigarayı etkisiz baş etme yöntemi olarak kullanması ile açıklanabilir. Madde kullanan kadın hastaların gereken ilgiyi gösterme alt ölçeğinden

iki puanın üzerinde alması, aile içindeki birbirlerine karşı sevgi, ilgi ve bakım ihtiyacını yeterince karşılayamadığı yönünde açıklanabilir.

Hastaların **aileden destek alma durumuna göre**, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalığı boyunca ailesinden yeterli destek alamayan hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek, evlilik uyumunun kötü olduğu belirlendi. Aile desteği alan bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların evlilik uyumlarının daha iyi olduğu belirlendi. Aile desteğinin evlilik uyumuna etkisi ile ilgili bir literatürde herhangi bir kaynağına rastlanılmadı. Aileden destek ile ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Aydemir (2007) çalışmasında, bipolar bozukluğu olan hastaların %54.6'sının damgalanma hissettiği ve bu damgalanma hissini toplumdan kaynaklanabileceği gibi ailesinden de kaynaklanabileceğini ve hastalarda yaygın bir reddedilme algısına yol açtığını bildirmiştir (9).

Çalışmada hastaların %69.5'i ailesinden yeterli destek almaktadır, ülkemizde psikiyatrik hastaların aile desteğinin halen yüksek oranda devam ettiği, özellikle kadınlarda söz konusu olduğunda sosyo-kültürel özellikler nedeniyle koruyucu tutumun arttığı ifade edilebilir. Ailenin hastalığından dolayı hastayı damgalamaması, destek olması hastanın hastalığını kabul etmesinde uyum sağlamasında ve kendini iyi hissetmesinde önemli rol oynar. Aile hastayı hastalığı boyunca destekler yalnız bırakmazsa bu hastanın hem tedavisi hem de hastalık sürecinde hastanın iyi hissetmesine yardımcı olarak hastanın içselleştirilmiş damgalanmasının azalmasına ve evlilik uyumunun artmasına yardımcı olacağı düşünülebilir.

Hastaların **kurumdan destek alma durumuna göre**, RHİDÖ ve ADÖ davranış kontrolü toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalığı boyunca herhangi bir kurumdan destek alma ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Hastaların tedavi sürecinde kendisine yol göstererek destek olacak bir kurumun bulunması ve hastanın kendisi ile aynı durumda olan hastalarla karşılaşması hastanın güveninin artmasında ve hastalık sürecinin iyi gitmesinde yardımcı olur. Destek bulacağı bir kurumun olması içselleştirilmiş damgalanma hissini azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde kurumdan destek ile RHİDÖ ve ADÖ ilişkisini içeren herhangi bir kaynağına rastlanılmadı

Bipolar Bozukluğu Olan Evli Kadın Hastaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilik Uyum Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Toplam Puanları ile Tartışılması

Hastaların eşlerinin yaşına göre, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). ADÖ alt ölçekleri ile eşin yaşı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$). Eşin yaşı arttıkça damgalanma hissinin arttığı ve evlilik uyumunun azaldığı belirlendi. Süataç (2010) çalışmasında yaş arttıkça evlilik uyumunun azaldığını saptamıştır (169). Eşin yaşının içselleştirilmiş damgalanmaya olan etkisi konusunda literatürde herhangi bir kaynağa rastlanılmadı.

Hastaların eşlerinin eğitime göre, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). ADÖ alt ölçekleri ile eşin eğitimi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Eşin eğitim düzeyi arttıkça içselleştirilmiş damgalanmanın azaldığı ve evlilik uyumunun arttığı belirlendi. Aktaş (2017), bipolar bozukluk hastalarının eşlerinde ve sağlıklı bireylerin eşlerinde hasta ve sağlıklı bireylerin eğitim düzeylerine göre evlilikte uyum ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (79).

Bipolar kadın hastaların eşlerinin eğitim düzeyinin damgalanmanın içselleştirilmesinde payı olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan eşlerin ruhsal hastalığın bilincinde olması ve eşine daha anlayışlı olarak yaklaşması damgalanma hissini azaltıp evlilik uyumunu arttırabileceği ile açıklanabilir.

Hastaların eşlerinin mesleğine göre, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Eşin mesleği ile ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Eşi çalışmayan hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek, evlilik uyumlarının kötü olduğu belirlendi. Tuzcu (2017) çalışmasında, evli bireylerin çalışma durumları ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (112).

Eşin çalışmaması sosyoekonomik düşüklüğe neden olarak ailenin maddi sıkıntılar yaşamasına, aile ve evlilik ilişkisi içinde huzursuzluğa, tedavi sürecinin aksamasına, aile içinde stresli ortamın oluşmasına neden olabileceği ve içselleştirilmiş damgalanmayı

arttırabileceği buna bağlı olarak da evlilik ve aile sürecinde çatışmalar yaşanabileceği düşünülebilir.

Eşin fiziksel sağlık durumuna göre, RHİDÖ arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).Eşin fiziksel sağlık durumu ile EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Eşinde fiziksel sağlık sorunu olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek olduğu saptandı. Bipolar kadın hastaların eşlerinde fiziksel sağlık sorununun bulunması eşinin kendi hastalığı ile birlikte kendi hastalık yükünün de olması hasta eşe yeteri kadar destek olamaması, yetersizlik duygusuna sebep olarak içsel damgalanma hissini arttırabileceğini düşündürmektedir. Eşin fiziksel sağlık durumu ile içselleştirilmiş damgalanma, evlilik uyumu ve aile işlevleri ile ilgili literatürde herhangi bir kaynağa rastlanılmadı.

Eşin ruhsal sağlık durumuna göre, RHİDÖ, EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Pehlivan (2004) çalışmasında şizofren hastaların eşlerinde artmış psikopatoloji saptamıştır (73).

Anlamlı olmamakla birlikte bu sonuç, hastanın eşinde bir ruhsal hastalıkla mücadele ediyor olmasının, eşlerin birbirlerine karşı empati yapabilmesini sağladığı düşünülerek, eşler arasında, aile sürecinde bir uyum olabileceği ve bununda hastanın tedavi sürecini iyi yönde etkilemesi ile evlilik ve aile ortamının iyi olması nedeniyle içselleştirilmiş damgalanma yaşamayacağı düşünülebilir. Ayrıca toplumda fiziksel veya ruhsal hastalığı olan kişilerin iyi anlaşılır düşüncesiyle birbirleriyle evlendirilmesi de bu sonucudüşündürebilir.

Eşin sigara, alkol ve madde kullanım durumuna göre, RHİDÖ ve EUÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Eşteki alkol ve madde kullanım oranlarının az olması nedeniyle içselleştirilmiş damgalanma ve evlilik uyumuna bir etkisi olmadığı düşünülebilir.Eşin sigara kullanımı ile ADÖ problem çözme, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).Eşin madde kullanımı ile ADÖ genel işlevler alt ölçeği arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$).

Eşi madde kullanan kadın bipolar hastaların aile işlevlerinde sorunların yaşamasına aile işlevlerinin bozulmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Bipolar Bozukluğu Olan Evli Kadın Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Evlilik Uyum Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçeklerinin Toplam Puanları ile Tartışılması

Hastalığın ilk döneminin tipine göre, RHİDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastalığın ilk dönemin tipi depresyon olan hastaların içselleştirilmiş damgalanması daha yüksek olduğu belirlendi. Üstündağ ve Kesebir (2013) içselleştirilmiş damgalanması olan hastaların depresif dönem sayılarını daha fazla olduğunu belirlemiştir (148). Çelik (2012) bipolar bozukluk veya depresyon tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın depresyon döneminde daha fazla olduğunu saptamıştır (179).

Depresif hastalarda süperegönün baskın olması, hastanın sürekli olarak hastalığından dolayı kendini suçluyor olması ve depresif belirtiler nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik yaşaması hastanın içselleştirilmiş damgalanma düzeyini arttırdığını düşünülebilir.

Hastalığın ilk döneminin tipi ile EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$). Blumenthal (1975) depresif semptomatoloji ve sosyal işlevleri karşılaştırdığı çalışmasında, yüksek depresyon skoru alan kadınların evlilikte yüksek uyumsuzluk düzeyi bildirdiğini saptamıştır (77).

Evlilik uyumunun ve aile sürecinin uzun dönemde etkilenebileceği düşünüldüğünden, ilk dönemin tipinin etkisi olmayacağı söylenebilir.

Hastalığın süresine göre, RHİDÖ ve EUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0.05$). Hastalık süresi 5 yıl ve üzeri olan hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek ve evlilik uyumlarının kötü olduğu belirlendi. Yapılan bazı çalışmalarda ise hastalık süresi ile RHİDÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (12,149,180). Aktaş (2017) bipolar hastalarla yaptığı çalışmada hastalığın süresi ile EUÖ arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (79).

Bu durum kronik bir hastalığa sahip olmanın, uzun süreli tedavi ve kontrollere neden olmasından dolayı hastalığın süresinin artmasıyla eşlerin zamanla yıpranma düzeylerinin artmasının hastalarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artmasına ve evlilik uyumunda bozulmayan neden olabileceği düşünülebilir.

Hastalık öncesi evlenme durumuna göre, RHİDÖ ve EUÖtoplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Pehlivan (2004) çalışmasında, psikiyatrik hastalığı olan vakaların %30'unun evlenmeden önce hasta olduğu, % 70'inin ise evlendikten sonra hastalandığı belirlenmiş olup hasta grupları arasında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (73).

Ülkemizdeki kadınların evlenme yaşının erken olması nedeniyle hastalığın evlilik sonrası dönemde başladığı düşünülebilir. Çalışmada bipolar kadın hastaların %76'sının evlendikten sonra hastalandığı belirlendi. Hastaların evlendikten sonra rollerinin değişmesi, evlilik yaşamına uyum sağlayamama, iş yükünün artması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği ve evlilik uyumunda bozulmalar olabileceği düşünülebilir.

Hastalık başlangıç yaşına göre, RHİDÖ ve EUÖtoplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Hastalığı 40 yaş ve sonrasında başlayan kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının yüksek ve evlilik uyumlarının kötü olduğu belirlendi. Doğanavşargil-Baysal ve ark.(2013) duygudurum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanma çalışmasında hastalık başlangıç yaşı ile RHİDÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (180). Aktaş (2017) bipolar bozukluğu olan hastalarda evlilik uyumunu EUÖ ile değerlendirdiği çalışmasında hastalık başlangıç yaşı ile EUÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (79).

Hastalığın belirli bir evlilik süresinden sonrabaşlaması, hastanın eşine ve çocuklarına karşı artık sorumluluklarını yerine getiremeyeceği kaygısı, kendini yetersiz hissetmesi sonucu damgalanma hissi yaşaması nedeniyle evlilik sürecinde bozulmalar olabilir.

Hastaneye yatış sayısına göre, RHİDÖ ve EUÖtoplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Bipolar kadın hastaların hastaneye yatış sayısının arttıkça içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin arttığı ve evlilik uyumunun azaldığı belirlendi. Livingston , Boyd (2010) ve Cerit ve ark. (2012) hastaların hastaneye yatış sayısı arttıkça içselleştirilmiş damgalanmanın düzeyinin arttığını bildirmişlerdir (93,181). Çam ve Çuhadar (2013) bipolar bozukluğu olan hastalarla yaptığı çalışmada , hastalık nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalamasının hastaneye yatış öyküsü olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır(12). Bilen (2010) bipolar hastalarda çift uyum ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada hastaneye yatış ile çift uyumu arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (137).

Kadın hastanın hastaneye yatışın fazla olması, gerek çocuklarına gerek eşine karşı kendi rollerini yerine getirmekten uzak kalmasıyla yetersizlik hissine bağlı içselleştirilmiş damgalanmayı arttırması ve eşi ile çatışmalara neden olarak evlilik uyumunun bozulmasına neden olabilir.

Hastaların ilaç kullanma düzenine göre, RHİDÖ, EUÖ ve ADÖ alt ölçekleri, problem çözme, iletişim, roller ve genel işlevler toplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$). İlaçlarını düzensiz kullanan hastaların içselleştirilmiş damgalanmasının ilaçlarını düzenli kullanan hastalara göre yüksek olduğu saptandı. Yapılan çalışmalarda ilaçlarını düzenli olarak kullanmayan hastaların içselleştirilmiş damgalama puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır (12,147). Hastalar hastalığın kendisi kadar kullanılan ilaçlardan dolayı da sorun yaşamaktadırlar, bu durum hastaların kendisini damgalamasına neden olmaktadır. Böylece hasta bir dönem sonra tedaviye uyum sorunu yaşamaya başlamaktadır. Bunun nedeni hastanın tedaviye yönelik taşıdığı inanç ve tutumlarıdır (182).

Kadın hastalar damgalanma konusunda daha hassas oldukları için, damgalanma korkusu nedeniyle ilaç tedavisine uyum konusunda zorluk yaşayarak, içselleştirilmiş damgalanma hissini arttırabilir. Hastanın ilaç kullanmaması tedaviye uyumunun kötü olduğunu göstermektedir. Hastaların hastalığını kabul etmemesinden dolayı ilaçlarını düzenli kullanmaması damgalanma hissini yüksek olduğunu ve düzensiz ilaç kullanmaktan dolayı hastalığının nüks etmesine, hastalık belirtilerinin artmasına ve evlilik sürecinde çatışmalara neden olabilir. Düzensiz ilaç kullanan hastaların aile işlevlerinin olumsuz yönde artış gösterdiği saptandı. Düzensiz ilaç kullanan bipolar kadın hastaların problemlerle baş etme, aile içindeki karşılıklı iletişim ve etkileşim, aile içindeki rollerini yerine getirme ve tüm bu işlevlerin kapsayan genel işlevlerinde sorun yaşadığı görülmektedir. Literatürde ilaç kullanma düzeni ve ADÖ ilişkisi ile ilgili herhangi bir kaynağa rastlanılmadı.

Şiddet öyküsü olan hastaların RHİDÖ ve ADÖ alt ölçekleri toplam puanları şiddet öyküsü olmayan hastalara göre yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Sıklıkla ya da birkaç kez şiddet öyküsü olan hastaların şiddet öyküsü olmayan hastalara göre evlilik uyumlarının daha kötü olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu durum hastalardaki şiddet

davranışının damgalanma hissini arttırdığını, aile işlevlerinde ve evliliğinde sorunlar yaşamasına neden olabileceği ile açıklanabilir.

Hastaların özkıyım girişimine göre, RHİDÖ ve ADÖ genel işlevler alt ölçeğitoplam puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0.05$).Özkıyım girişimi olan hastaların özkıyım girişimi olmayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanmasının yüksekve genel işlevlerinin sağlıklı olduğu belirlendi.Bilen (2010) bipolar hastalarda yaptığı çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların en az bir kez özkıyım girişimi olduğunu ve kadın örnekleme özkıyım girişiminin erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla olduğunu saptamıştır (16).Vazquez ve arkadaşları (2011) yaptığı çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastaların %41'inin intihar girişiminde bulunduğunu saptamıştır (185).Kök'ün (2014)psikiyatri hastalarında yaptığı çalışma daintihar girişiminde bulunan hastaların RHİDÖ puan ortalamalarını intihar girişimi bulunmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu saptamıştır (149)Literatürde BB tanılı olgularda intiharın, depresyon dönemine özgü bir sorun olarak karşımıza çıktığı ve olguların % 15-19'unun bu yolla yaşamını kaybettiği vurgulanmaktadır (183,184). Goodwin ve Jamison(1990) bipolar bozukluğun ölümle sonuçlanabilecek ciddi bir risk oluşturduğunu ve hastaların yaklaşık % 10-15'i intihar sonucu öldüğünü bildirmektedir(79).

Hastalar içselleştirilmiş damgalanma hissettiği için intihar girişiminde bulunmuş olabilir ya da intihar girişiminde bulunduğu için ve bunun çevre tarafından yadırganması nedeniyle içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri artmış olabilir.Her iki durum da hastanın içselleştirilmiş damgalanama düzeyinin artmasına neden olabilir.Bunun sonucunda hastanın problemleriyle baş edememesi ve intihar girişiminde bulunması nedeniyle evlilik uyumu ve aile işlevlerinde bozulmalara neden olabileceği düşünülebilir.

Özkıyım girişimi olan hastaların EUÖ toplam puanının özkıyım girişimi olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlendi fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).Bu sonuç özkıyım girişiminin evliliği olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir.Kleindienst, Engel ve Greil, (2005) bipolar bozukluğun kendisinin doğrudanevlilik uyumu ve aile sorunlarıyla olumsuz bir ilişkisinin olduğunu, bipolar bozukluğu olan hastaların evlilik içerisinde yaşadıkları çatışmaların da hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilediğini belirtmektedirler (159).

İlaçla birlikte psikoterapialan hastaların ilaçla birlikte psikoterapi almayan hastalara göre içselleştirilmiş damgalanması düşük, evlilik uyumlarının yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).Çuhadar (2011) bipolar bozukluğu olan hastalarda yapmış olduğu çalışmada, psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili olduğunu saptamıştır (147).Literatürde ilaçla birlikte psikoterapi alma ve evlilik uyumu arasındaki ilişki ile ilgiliherhangi bir kaynağa rastlanılmadı.

Hastalara sadece ilaç tedavisi değil de hastalığı ile ilgili eğitim verilmesi sorunları ile başa çıkmasında profesyonel yardım almasının içselleştirilmiş damgalanmayı azaltıp, evlilik uyumunu arttırabileceği düşünülebilir.

Hastalığın ilk döneminin tipi, hastalığın süresi, hastalık öncesi evlenme durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, şiddet öyküsü ve ilaçla birlikte psikoterapi kullanımına göre ADÖ alt ölçekleri toplam puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

6.SONUÇ

Bu çalışmada;

- Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin orta seviyede olduğu,
- Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların evliliklerinin uyumsuz olduğu,
- Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların aile içi süreçlerinin sağlıklı olduğu,
- Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça evlilik uyumlarının azaldığı ve aile işlevlerininolumsuz yönde etkilendiği,
- Çalışmayan, eşi ile görücü usulü ile evlenen, çocuk sayısı fazla olan (4 ve üzeri), düzensiz ilaç kullanan bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek, evlilik uyumlarının kötü ve aile işlevlerinin sağlıklı olduğu,
- İleri yaş grubunda olan(40 yaş ve üzeri), kırsal kesimde yaşayan, eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan, hastalığı öncesi ve sonrası mesleği ev hanımı olan, görücü usulü ile evlenen, ikiden fazla evlilik yapan, evlilik süresi uzun olan, çocuk sayısı fazla olan (4 ve üzeri),ailesinden yeterli destek alamayan, hastalık süresi beş yıl ve üzerinde olan, hastalığı geç yaşta başlayan (40 yaş ve üzeri), hastaneye yatış sayısı fazla olan (10 ve üzeri), düzensiz ilaç kullanan ve ilaç tedavisine ek psikoterapi almayan, eşi çalışmayan,eşi ileri yaş grubunda olan (50 ve üzeri) ve eşinin eğitim seviyesi düşük olan bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha yüksek ve evlilik uyumunun daha düşük olduğu,
- Dini nikâhlı olan, evde eş ve çocukları dışında birlikte yaşadığı kişiler olan, kurum desteği almayan, hastalığının ilk dönem tipi depresyon olan, özkıyım girişimi olan ve eşinde fiziksel sağlık sorunu olan bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma seviyelerinin daha yüksek olduğu,
- Evde eş ve çocukları dışında birlikte yaşadığı kişiler olan, madde kullanım öyküsü olan, kurumdan destek almayan, özkıyım girişimi olan, eşi sigara ve madde kullanan bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların aile işlevlerinin daha kötü olduğu belirlendi.

7.ÖNERİLER

Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Öneriler:

- ✓ Çalışmayan, ev hanımı olan kadın bipolar bozukluğu olan hastaların içselleştirilmiş damgalanma seviyesini azaltmak, evlilik uyumu ve aile işlevlerini arttırmaya yönelik olarak kadınların becerilerine yönelik psiko-sosyal beceri eğitimi, kurs gibi yerlere yönlendirilmesi, bu kurs ve eğitimlerdeki ürettikleri ürünlerle aile bütçesine katkı sağlamaları konusunda cesaretlendirilmesi,
- ✓ Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların aşırı stres, yorgunluk, uykusuzluk ve iş yükünden dolayı hastalık dönemleri tetiklenmekte ve ataklara sebep olabilmektedir. Hasta ne kadar atak geçirirse o kadar kendini yetersiz hissedmekte ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri artmaktadır. Buna yönelik olarak kadın hastaların iş yükünün azaltılması, uyku düzeni, yaşam koşullarının düzenlenmesine yönelik girişimlerin planlanması,
- ✓ Hastaların sosyal yaşamdan uzak kalması içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini arttıracığından hastalar toplum ruh sağlığı merkezlerine yönlendirilerek işlevselliklerinin artırılması,
- ✓ Hastaların içselleştirilmiş damgalanma seviyeleri ve evlilik uyumunda eşler önemli bir yer tutmaktadır. Eşlerin eğitim düzeyinin hastalığa bakış açısı üzerinde etkisi olduğu için eğitim düzeyine uygun olarak eşine hastalık hakkında bilgi verilmesi,
- ✓ Aile desteği iyi olan bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların içselleştirilmiş damgalanma seviyesi düşük olduğu için hastalık süresince hastayla beraber ailenin de tedavi sürecine katılması, hastaya destek olması hem damgalamayı azalttığı gibi hem de tedavi sürecinin iyi gitmesinde katkı sağladığı için ailelerin tedaviye katılımı sağlanması önerilir.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Öneriler:

- ✓ İçselleştirilmiş damgalanma ruhsal hastalıkların tedavisinde sorun teşkil etmektedir. Bipolar bozukluğu olan kadın hastalar içselleştirilmiş damgalanmanın etkisiyle önerilen tedaviyi uygulama ve kontrollere gelmeyi

reddedebilir. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin ruhsal hastalığı olan hastaları içselleştirilmiş damgalanma yönünden değerlendirmesi,

- ✓ Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalar içselleştirilmiş damgalanmayı arttıran sosyo-demografik özellikler (eğitim düzeyinin düşük, çocuk sayısının fazla olması gibi) göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi ve içselleştirilmiş damgalanma yönünden risk grubunu teşkil eden hastalara içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik girişimler planlanması,
- ✓ İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltmak, evlilik uyumunu ve aile işlevlerini arttırmak için hastaların eğitim seviyelerini yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Hastalara eğitim seviyesine göre hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi verilmesi,
- ✓ Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların yaşamsal faktörlerle baş etme tutumlarının yetersiz ve sorunlu olması nedeniyle hastaların içselleştirilmiş damgalanma seviyesi yüksek ve evlilik uyumları kötü yönde etkilenmektedir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri olarak, baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler verilmesi,
- ✓ Çocuk sayısı fazla olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın yüksek, evlilik uyumunun kötü olduğu sonucuyla, hastaların çocuklarıyla etkili iletişim kurma, çocukların bakımı ve eğitimi konusunda bilgilendirilmesi,
- ✓ Kurum desteğinin psikiyatrik hastalıkların tedavisi ve damgalanma sürecinde etkili olduğu saptandı. Psikiyatrik hastalıklarda hastaların destek ve yardım alabilecekleri merkezlerin çoğaltılması, hastaların kendine güvenini arttıracak ve damgalanma hissini azaltacağı için hastalara bulundukları illerdeki var olan merkezler hakkında bilgi verilmeli ve bu kurumlara yönlendirilmesi,
- ✓ Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların düzensiz ilaç kullanması hastalık seyrinin kötü gitmesine neden olarak içselleştirilmiş damgalanmayı arttırmakta, evlilik uyumu ve aile işlevlerini olumsuz etkilemektedir. İlaç kullanımının düzenli hale getirilmesi, hastalık ve tedavi ile ilgili yanlış inançlarının düzeltilmesi, hastaların iyi hissetmesini sağlayacağı için ilaçlarını düzenli alması konusunda psikiyatri hemşireleri olarak hastaların desteklemesi ve psiko-eğitimler verilmesi,
- ✓ İçselleştirilmiş damgalanması yüksek olan bipolar evli kadın hastaların özkıyım düşüncelerinin de bulunacağı varsayılarak, özkıyım açısından değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda hastaların tedaviye yönlendirilmesi,

- ✓ Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastaların evlilik ve aile yaşamındaki zorluklar belirlenerek karşılaştıkları sorunlu alanları konusunda hasta desteklenmelidir. Psikiyatri hemşirelerinin hastayı değerlendirirken ailesi ve evlilik yaşamının da sorgulaması ve ailesiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirmesi,
- ✓ Çalışmamız sonucunda içselleştirilmiş damgalanması yüksek olan hastaların evlilik uyumu ve aile işlevlerinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Evli bipolar bozukluğu olan kadın hastaların ruhsal durumlarını güçlendirmek, evlilik ve aile sürecindeki uyumsuzlukları azaltmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından evlilik ve aile sürecinde sorun yaşayan hastaların aile/evlilik terapisine yönlendirilmesi önerilir.

Çalışmayla İlgili Öneriler:

- ✓ Çalışmanın daha geniş gruplarda yapılması,
- ✓ Çalışmaya eş ve çocukların dahil edilerek çalışılması,
- ✓ Bipolar bozukluğu olan evli kadın hastalarda bu tür çalışmaların daha sık yapılarak içselleştirilmiş damgalanmanın, evlilik uyumu ve aile içi sürece etkisi ile ilgili farkındalığın artırılması önerilir.

8.KAYNAKÇA

1. Vega P, Barbeit S, Azua SR. Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health*. 2011; 7: p.663–676.
2. Turhan N. Bipolar Bozukluk: Kesitsel Bir Değerlendirme.2007,Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi,93 sayfa,Adana,(Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz).
3. Nivoli AM, Pachiarotti I, Rosa AR. Gender differencesin a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J Affect Disord*. 2011; 133:p.443-449.
4. Isometsa E, Heikkinen M, Henriksson M, Aro H,Lonnqvist J. Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder: a comparison with major depressive suicides. *J Affect Disord*.1995; 33: p.99-106.
5. Uğur M. Türkiye’ de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Duygudurum Bozuklukları. İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizini. 2008,s. 59 – 84.
6. Kesebir S, İnanç L, Bezgin HÇ, Cengiz F. Kadınlarda Bipolar Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013a; 5(2):s.220-231.
7. Taş A.K, Uyanık D, Karakaya Z. Şiddeti İçselleştiren Kadın Profili. II. Kadın Çalışmaları Toplantısında Sunulmuş Bildiri. 17-19 Mayıs 1997, Adana.
8. Corrigan PW. The Impact Of Stigma On Severe Mental İllness. *Cognitive And Behavioral Practice* (5).1998;p.201 - 222.
9. Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir: Meta Basım Metbacılık Hizmetleri.2007; s.157-165.
10. Vazquez GH. Stigma and Functioning in Patients With Bipoar Disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2011;130 p. 323-327.
11. Aydemir Ö. Bipolar Bozukluğa Yönelik Tutumlar ve Damgalama. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji* (3P) Dergisi. 2004; 12 (Ek 3),s.61-64.
12. Çam O, Çuhadar D. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(2).

13. Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile işlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*. 2002;15(4): s.221-228.
14. Güleç C. Aile ve Evlilik Krizlerinde Acil Psikoterapi. *Psikoloji Dergisi*.1988;6:s.20-26,
15. Eker D. Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıkları İle İlgili Tutumları. *Aile ve Toplum*.1991;2:s.72-77.
16. Keskinöz Bilen N. Bipolar Hastalarda Aile İşleyişi ve Evliliğin Hastalık Özellikleri İle İlişkisi. 2010, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 100 sayfa, İzmir (Prof. Dr. Işıl Vahip).
17. Miklowitz D.J. The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007 August; 16(4): p.192–196.
18. Ektiricioğlu C. Alkol ve Madde Bağımlılarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi.2016,Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi,101 sayfa, İstanbul ,(Doç. Dr. Gül Ünsal Barlas).
19. Genç E. Bipolar Bozuklukta İntihar Girişimi Olan, İntihar Düşüncesi Olan ve Olmayan Bireylerin Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. 2017, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RSSHEAH, Uzmanlık tezi, 102 sayfa, İstanbul (Dr. Armağan Özdemir).
20. Subaşı Z. Antidepresan Kullanımına Bağlı Manik/Hipomanik Kayma Yaşayan Hastalar İle İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanısı Olan Hastaların Klinik ve Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması. 2017, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 74 sayfa, Eskişehir (Prof. Dr. Çınar Yenilmez).
21. Özdoğan M.G. Remisyon Dönemindeki İki Uçlu Bozukluk Hastalarında Homosistein Düzeylerinin Besin Tüketim Şekli ve Kronotip İle İlişkisi ve Klinik Seyire Etkisi. 2017, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 147 sayfa, Erzurum (Yrd. Doç. Dr. Fahri Aydın).
22. Kerner B. Genetics of bipolar disorder. *The Application of Clinical Genetics*. 2014;7: p.33-42.
23. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003: s. 156-163.

24. Grunze H. Guidelines for the biological treatment of bipolar disorders. World J Biol Psychiatry. 2004;5(3): p.115-124.
25. National Institute of Mental Health. Bipolar Disorder. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>. Şubat 2018 , Erişim Tarihi:05 Şubat 2018.
26. American Psychiatric Association. What Are Bipolar Disorders?<https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>. Şubat 2018, Erişim Tarihi: 22 Şubat 2018.
27. Judd LL, Akiskal HS. The Prevalence And Disability Of Bipolar Spectrum Disorders In The US Population: Re-Analysis Of The ECA Database Taking Into Account Subthreshold Cases. Journal Of Affective Disorders. 2003;73(1):p.123-131.
28. Tezcan G. İkiuçlu Bozuklukta Grup Psikoeğitiminin Hastalık Belirtileri, İçgörü, Tedavi Uyumu ve İşlevsellik Üzerine Etkilerinin Araştırılması. 2017,Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Y. Beyazıt EAH, Uzmanlık tezi, 152 sayfa, Ankara (Uzman Seher Olga Güriz).
29. Connolly KR, Thase ME. The Clinical Management Of Bipolar Disorder: A Review Of Evidence-Based Guidelines. Prim Care Companion CNS Disord. 2011;p.13(4).
- 30.Gray AJ. Stigma in psychiatry. Journal of The Royal Society of Medicine. 2002;95:p.72-76.
31. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri-Home Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2012;22:p.31-42.
32. Sadock B.J., & Sadock V.A. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins: 2011.
33. Hirschfeld R.M. Lewis L. Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. The Journal of Clinical Psychiatry. 2003; 64(2):p. 161-174.
34. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. Bulletin of the Menninger Clinic. 1996; p.174–196.
35. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. Journal of Affective Disorders. 1998;50(2): p.143-151.

36. Gültekin B.K. Kesebir S. Tamam L. Türkiye'de Bipolar Bozukluk. Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(2):s.199-209.
37. Savaş H.A. Yumru M. Bipolar (İkiuçlu) Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences. 2006;2(29):10-16.
38. Arısoy Ö, Oral E.T. Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatr Dergisi. 2009;20:282–293.
39. Yazıcı O. Kora K. Üçok A. Unipolar Mania: A Distinct Disorder?. Journal Of Affective Disorders. 2002;71(1), 97-103.
40. Berns GS, Nemeroff CB. The Neurobiology Of Bipolar Disorder. In American Journal Of Medical Genetics Part C: Seminars In Medical Genetics. 2003;123(1): p. 76-84.
41. Çakır S. Yazıcı O. Duygudurum Bozuklukları. İçinde: Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi, Tükel R, Çakır S (edt), Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2013, s:45-46, 51.
42. Engin E. Çuhadar D. Bipolar Bozukluk. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E. (edt). 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul, 2014, s.371-374.
43. Engin E. Ergün G. Depresyon. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, Çam O, Engin E (edt). 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2014, s:371-374.
44. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, s:63-67.
45. Bipolar Bozukluk Psikoeğitim. İstanbul Beyin Hastanesi. https://npistanbul.com/assets/uploads/sayfa/46/file/bipolar_bozukluk.pdf. Şubat 2018, Erişim Tarihi : 11 Şubat 2018.
46. Aki Erden Ö. Yaşlanan Kadın ve Psikiyatrik Sorunlar. Türk Geriatri Dergisi. 2012; 15 (2) 229-236.
47. Taşkın EO. İçselleştirilmiş Damgalama ve Damgalama Algısı. İçinde, Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir. 2007; ss.31-40.
48. World Health Organization Women and Health ,WHO 2009, Switzerland, s.53.

49. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Ön Rapor. T.C.Sağlık Bakanlığı,Ankara, 1997.
50. Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi, Aralık ,2004.
51. Dönmez L. Dedeoğlu N. Özcan E.Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar.Türk Psikiyatri Dergisi.2000 ;11:198-203.
52. Nalbantoğlu D. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkin Kadınların Genel Ruh Sağlığı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanmaları Ve Etkileyen Faktörler. 2011,Pamukkale Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,129 sayfa,Denizli,(Prof. Dr. Mehmet ZENCİR).
53. Sağduyu A. Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Somatizasyon.Türk Psikiyatri Dergisi.1995; 6(1):21-29.
54. Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Gore Ruhsal Durumları. C.U. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7:11-14.
55. Buzlu S, Bostancı N, Ozbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Gore Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED). 2006; 15:134-138.
56. Yaktıl G. Sosyal Yaşamda Kadın. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1700 Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 88. 1. Baskı. Eskişehir-2006.s: 1-89, 149-160.
57. Akın A. Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Ankara-2008.s:151.
58. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. Ankara-2004. s:320.
59. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003, 25 (4), Özel Eki, 73-83.
60. Aksu B. Sivil Toplum Kuruluşları İçin Toplumsal Cinsiyet Rehberi. Ankara: Odak Ofset Matbaacılık. 2008. s.15, 22, 35-45.
61. Güldü Ö. Ersoy M. K. Toplumsal Cinsiyet Roller ve Siyasal Tutumlar Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. AnkaraÜniversitesi SBF Dergisi.2000; 64 (3), 97-117.

62. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Ulusal Eylem Planı. 2008- 2013. Ankara.
63. Türmen T. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Un.Platform For Action.1995;p: 89-99.
64. Koyun A. Taşkın L. Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1):67-99.
65. Kahraman S.D. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.2010; 3 (1); 30-35.
66. Bipolar Bozukluk. <http://www.sibelcakir.com.tr/bipolar-bozukluk>. Şubat 2018, Erişim Tarihi: 11 Şubat 2018.
67. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:1322-30.
68. Altshuler LL, Kupka RW, Helleman G et al. Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network. Am J Psychiatry. 2010;167(6):708-15.
69. Kesebir S. İnanç L. Yıldırım G. Bipolar Bozukluk Tip I İle Tip II 'nin Depresyon Atakları Arasındaki Farklılıklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013b; 5(3):290-298.
70. Akarsu S, Erdem M, Bolu A, Günay H, Garip B, Ak M. Bipolar Bozuklukta Cinsiyete Göre Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54:279-283.
71. Braunig P, Sarkar R, Effenberger S, Shoofs N, Krüger S. Gender Differences İn Psychotic Bipolar Mania. Gend Med .2009; 6:356-361.
72. Leibenluft E. Women With Bipolar İllness: Clinical And Research İssues. Am J Psychiatry. 1996; 153:p.163-173.
73. Pehlivan K. Kadın Psikiyatrik Hastaların Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması Ve Kontrasepsiyon, Gebelik Ve Çocuk Sahibi Olma, Aids Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Populasyonla Karşılaştırmalı Çalışması. 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1. Psikiyatri Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 134 sayfa.

74. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord* .2004; 6(5):p.421-425.
75. Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C. Gender and bipolar illness. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61: p:393-396.
76. Annagür BB, Zincir SB, Bez Y, İnanlı İ, Şahingöz M, Ateş N, Alpak G. İki Uçlu Bozukluğu Olan Kadınların Sosyal ve Üreme Yaşamları, *Journal of Mood Disorders*. 2013;Volume:3 , Number: 1 .
77. Pehlivan K. Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*. 2006; 19(3):143-154.
78. Singh V, Bowden CL. Bipolar Bozukluk, Karma Dönemlerin Tanı ve Tedavisindeki Gelişmeler, Teksas Üniversitesi San Antonio Sağlık Bilimleri Merkezi Psikiyatri Bölümü, *Clinical Approaches in Bipolar Disorders*. 2005; 4: 35-43.
79. Aktaş N. Bipolar Affektif Bozukluk Tanısı Almış ve Almamış İnsanların Evlilik Uyumu, Dürtüsellik ve Öfke Kavramlarının Bağlantısallığı Açısından Değerlendirilmesi. Üsküdar Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2017. İstanbul. 95 sayfa. (Yrd. Doç. Dr. Birim Sungu Talu).
80. Saka MC, Özer S, Uluşahin A, Bipolar Bozukluk Bir Yıllık İzlem Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(4):283-292.
81. Taşkın EO. Damgalama, Ayrımcılık Ve Ruhsal Hastalık. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 2004; 12 (Ek 3): 5-12.
82. Link B.G, Struening E.L, Neese-Todd, S, S., A. Phelan, J. C. Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illnesses. *Psychiatric services*. 2001; 52(12), p:1621-1626.
83. Boyd MA. *Psychiatric Nursing*, 2nd Edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins. 2002; 10-27.
84. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* (Vol. First Touchstone Edition). New York Simon & Schuster, Inc: 1963.
85. DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision). (2000) American Psychiatry Association, Washington D.C., 419-439.

86. Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C. It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*. 2011; p: 1-16.
87. Abood Z, Abood A, Sharkey M, Webb M, Kelly A, Gill M. Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *Bipolar Disord*. 2002; 4:243-48.
88. Ersoy M, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2), 163 - 171.
89. Yanos P.T, Roe D, Lysaker P.H. Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: a new group based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *Journal of International Group Psychotherapy*. 2011;61(4), p.576-595.
90. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010;10(80), 2 - 11.
91. Sarisoy G, Kaçar Ö.F, Pazvanoğlu O, Zabun-Korkmaz I, Öztürk A, Akkaya D, Şahin A.R. Internalized Stigma And İntimate Relations In Bipolar And Schizophrenic Patients: A Comparative Study. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54, 665-672.
92. Kocadere M, Vahip I, Çam A. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Gözünden Damgalanma. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongre Özet Kitabı, 2003, Ankara, s.76-77.
93. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan A.E. Stigma: A Core Factor On Predicting Functionality In Bipolar Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53, s.484-489.
94. Chung K.F, Chen E.Y.H, Liu C.S.M. University Students' attitudes towards Mental Patients and Psychiatric Treatment. *International Journal of Social Psychiatry*. 2001;47, 63-72.
95. Hayward P, Wong G, Lam D. Stigma and Self-esteem in Manic Depression: An Exploratory Study. *Journal of Affective Disorders*. 2002;69, 61-67.
96. Cacilhas AA, Magalhaes PV, Cereser KM, Walz JC, Weyne F, Rosa AR. Bipolar disorder and age-related functional impairment. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2009;31(4):354-357.
97. Rosa AR, Franco C, Martinez-Aran A, Sanchez M, Reinares M, Salamero M . Functional impairment in patients with remitted bipolar disorder. *Psychother Psychosom*. 2008;77 (6):390-392.

98. Meiser B, Mitchell PB, Kasparian NA, Strong K, Simpson JM, Mireskandari S . Attitudes towards childbearing, causal attributions for bipolar disorder and psychological distress: a study of families with multiple cases of bipolar disorder. Psychol Med. 2007; 37(11):1601-1611.
99. Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, 2000.
100. Sarıkoç G. Ruhsal Sorunları Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların İçselleştirilmiş Etiketlenme, Psikiyatri Hemşireliği Programı. Hacettepe Üniversitesi, 2011, Ankara.
101. Gümüş F, Buzlu S, Çakır S. Bipolar Bozukluk İçin Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli. Journal Of Psychiatric Nursing 2016; 7(3):142-147.
102. Rüsch N, Angermeyer M.C. Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. European Psychiatry. 2005;20, 529-539.
103. TDK. Büyük Türkçe Sözlük. <http://www.tdk.gov.tr/index.php>.Şubat 2018, Erişim Tarihi: 20 Şubat 2018.
104. Dönmezer G. Ailede İletişim ve Etkileşim, İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1999.
105. Özgüven İ.E. Evlilik ve Aile Terapisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
106. Saxton L. Marriage. The Nature of Marriage, The Individual, Marriage, and The Family. (5.Edith). California, Wadsworth Publishing Company Belmont, A Division of Wadsworth; 1982: 216-224.
107. Spainer GB, Lewis RA, Cole CL. Marital Adjustment Over The Family Life Cycle: The Issue of Curvilinearity. Journal of Marriage and Family. 1972;37(2), 263-275.
108. Halford WK, Kelly A, Markman, H.L. The Concept of A Healthy Marriage: Clinical Handbook of Marriage. Hoboken, NJ: John Wiley; 1997.
109. Kahraman Z. Bir Evlilik ve Aile Hayatı Eğitim Programının Evli Kadınlarda Evlilik Uyumuna ve Aile Sistemine Etkisi. 2011, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 96 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Halil Ekşi).
110. Çetin BT. Evlilik Doyumunun Bazı Değişkenlere Göre Yordanması. 2010, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 104 sayfa, İzmir (Yrd. Doç. Dr. Dilek Yelda Kağnıcı).

111. Açık Ö. Evlilik Uyumu ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki. 2008, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 91 sayfa, İzmir (Doç. Dr. Haluk Arkar).
112. Tuzcu A. Evli Bireylerde Kişilik Özelliklerinin Evlilik Uyumu Ve Evlilik Doyumu Üzerine Etkisi. 2017, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 68 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. M Engin Deniz).
113. Akar H. Psikiyatrik Yardım Talebi Olanlar İle Yardım Talebi Olmayan ve Boşanma Aşamasında Olan Çiftlerde Çift Uyumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırması. 2005, SB Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman RSSH Eğit. ve Araşt. Hast., Uzmanlık tezi, 109 sayfa, İstanbul (Dr. Latif Alpkan).
114. Larson JH. The great marriage tune-up book. San Francisco, CA: Joseey-Bass; 2003.
115. Kocadere M. İyi ve Kötü Evliliklerin Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Betimsel Bir Çalışma. 1995, Ege Üniversitesi Sağlık, Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 214 sayfa, İzmir (Doç. Dr. Benal İnceer).
116. Johnson D, White L, Edwards J, & Booth A. Dimensions of Marital Quality: Towards Methodological and Conceptual Refinement. Journal of Family Issues. 1986;7: 31-49.
117. Dimitrovsky L, Schapira-Beck E, Itskowitz R. Locus of control of Israeli women during the transition to marriage, The Journal of Psychology. 1993; 128(5): 537-545.
118. Temeloğlu Şen, Uzun Oğuz E. Psikiyatrik tanı alan bireylerin ve eşlerinin evlilik uyumları, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2017; 4(1): 16-24.
119. Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM. Marital dissatisfaction and spousal psychopathology and personality characteristics, Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004; 72: 830 - 838.
120. Dehle C, Weiss RL. Associations between anxiety and marital adjustment, Journal of Psychology. 2002; 136: 328-339.
121. Bulut, I.Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi. Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Kılıçaslan Matbaacılık, Ankara,1993.
122. Özgüven E. Evlilik ve Aile Terapisi. Ankara:PDREM Yayınları,2000.

123. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs.*2003; 24:175-198.
124. Fisher L, Weihs K.Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *J Family Practice.*2000; 49:561-566.
125. Gladding, S. Family Therapy. History, Theory and Practice. PearsonEducation,Inc., Merrill Prentice Hall, New Jersey;2000.
126. Ünal S. Kaya B.Çekem B. Özışık H.Çakıl G. Kaya M.Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması.*Türk Psikiyatri Dergisi.*2004; 15(4):291-299.
127. Wood BL.Beyond the "psychosomatic family": A biobehavioral family model of pediatric illness. *Family Process.* 1993;32: 261-278.
128. Sayıl I ve diğerleri. Psikotik Hasta Aileleri ile Sorunları Temel Alan Grup Çalışması.”Grup Psikoterapileri Kongre ve Sempozyumu Bildirileri.Ankara: Aşama Matbaacılar Sanayi,1988.
129. Lam D, Donaldson C, Brown Y . Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord.* 2005; Oct;7(5):p.431-40.
130. Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2001; p.3-24.
131. Hooley JM, Teasdale JD. Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism, *Journal of abnormal psychology.* 1989; 98(3): 229.
132. Du Rocher Schudlich, TD, Youngstrom EA, Calabrese JR et al. The role of family functioning in bipolar disorder in families. *J Abnorm Child Psychol.* 2008; 36(6):p.849-63.
133. Friedmann MS, McDermet WH, Solomon DA et al. Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and non-clinical families. *Fam. Process;* 1997; p.36: 357–367.
134. Townsend LD, Demeter CA, Youngstrom E. et al. Family Conflict Moderates Response to Pharmacological Intervention in Pediatric Bipolar Disorder *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007;17(6): p.843-52.

135. Levkovitz V, Fennig S, Horesh N. Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without. *J Affect Disord.* 2000;58(3): p.237-40.
136. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners, *J Affect Disord.* 2001;67(1-3): 147-58.
137. Keskinöz Bilen N. Bipolar Hastalarda Aile İşleyişi ve Evliliğin Hastalık Özellikleri İle İlişkisi. 2010, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 100 sayfa, İzmir (Prof. Dr. Işıl Vahip).
138. Bayraktaroğlu M. Anaokulunda Çocuğu Olan Çalışan Ve Çalışmayan Annelerin Rol Memnuniyetine Göre Depresyon ve Kaygı Belirtileri Düzeylerinin Karşılaştırılması. 2010, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 97 sayfa, İstanbul (Yrd. Doç. Dr. Figen Karadayı).
139. Küey L, Güleç C. Depression in Turkey in 1980's:epidemiological and clinical approaches.*Clinical Neuropharmacology.* 1989; 12,Suppl:1-12.
140. Şengel C.Üniversite ya da Yüksek Okul (2 Yıllık) Mezunu Çalışan Evli Kadınların Depresyon Durumunun Belirlenmesi. 2017, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 58 sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Hüsnü Erkmen).
141. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Recovery And Major Depression: Factors Associated With Twelve-Month Outcome. *Am J Psychiatry.* 1992;149(1): 93-9.
142. Choi H, Marks NF. Marital Conflict, Depressive Symptoms, and Functional Impairment. *J Marriage Fam.* 2008;70(2): 377-390.
143. Coryell W, Scheftner W, Keller M .The Enduring Psychosocial Consequences Of Mania And Depression, *Am J Psychiatry.*1993;150(5): 720-727.
144. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW. Psychosocial Factors And The Long-Term Course Of Major Depression, *J Affect Disord.* 1997;44(1): 57-67.
145. Kılıç M. Evli Çiftlerde Görülen Ruhsal Belirtiler İle Aile İşlevsellik Düzeyi Arasındaki İlişki. 2012, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Programı Yüksek Lisans Tezi,145 sayfa, İzmir, (Yrd. Doç. Dr Zekavet Kabasakal).
146. Boyd-Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized Stigma Of Mental İllness: Psychometric Properties Of A New Measure. *Psychiatric Research,* 2003; 121(1),p. 31 - 49.

- 147.Çuhadar D.Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmayı Azaltmada Psikoğitimin Etkinliği. 2011, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi,189 sayfa,İzmir.(Prof.Dr.M.Olcay Çam).
148. Üstündağ MF, Kesebir S. İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum İle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2013;24(4):231-239.
149. Kök H.Psikiyatri Polikliniğinde Takip Edilen Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Benlik Saygısı ve Algılanan Sosyal Destek.2014,Gazi Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 90 sayfa,Ankara,(Doç. Dr. Satı Demir).
150. Locke H.J, Wallace K.M. Short Marital Adjustment And Prediction Tests: Their Reliability And Validity. Marriage And Family Living. C.21,1959; p.251-255.
151. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. 3P Dergisi.1999;7 (1).
152. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self- Stigma, Empowerment And Perceived Discrimination Among People With Bipolar Disorder Or Depression İn 13 European Countries: The GAMIAN- Europe Study. Journal Of Affective Disorders. 2011; 129:p.56-63.
153. Graves RE, Cassisi JE, Penn DL. Psychophysiological evaluation of stigmatowards schizophrenia. Schizophrenia Research. 2005; 76:p.317-327.
154. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G and For the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. Journal of Affective Disorders 2010, doi:10.1016/j.jad.2010.09.001 .
155. Taşdelen Ö, Çınar RK, Taşdelen Y, Görgülü Y,Abay E. Bipolar Bozukluk Tip I' de Romatoid Artrite Kıyasla Evlilik Uyumu ve Aile işlevselliği. Klinik Psikiyatri. 2016;19, 167-175.
156. Granek L, Danan D, Bersudsky Y, Osher Y. Living With Bipolar Disorder: The Impact On Patients, Spouses, And Their Marital Relationship, Bipolar Disorder,.2016;18(2), 192-9.

157. Vibha, P, Saddichha S, Khan N, Akhtar S. Quality Of Life And Marital Adjustment In Remitted Psychiatric Illness: An Exploratory Study In A Rural Setting. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201, 334-8.
158. Muke SS, Ghanawat GM, Chaudhury S, Mishra SK, Verma AN, Singh AR Marital adjustment of patients with substance dependence, schizophrenia and bipolar affective disorder. *Medical Journal of Dr. DY Patil University.*2014; 7, 133-138.
159. Kleindienst N, Engel R.R, Greil W. Psychosocial And Demographic Factors Associated With Response To Prophylactic Lithium. A Systematic Review For Bipolar Disorders. *Psychological Medicine.* 2005; 35, p. 1685–1694.
160. Whisman M. A Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *J Abnorm Psychol.*2007;116, 638-43.
161. Yan L.J, Hammen C, Cohen A.N, Daley S.E, F Henry R.M.Expressed Emotion Versus Relationship Quality Variables In The Prediction Of Recurrence In Bipolar Patients. *Journal Of Affective Disorders.* 2004;83, 199 –206.
162. Novick DM, Swartz HA, Frank E.Suicide Attempts İn Bipolar I And Bipolar II Disorder: A Review And Meta-Analysis Of The Evidence. *Bipolar Disord.*2010; Feb;12(1):1-9.
163. Horesh ve Fennig.Perception Of Spouses And Relationships: A Matchedn Control Study Of Patients With Severe Affective Disorder İn Remission And Their Spouses. *J Nerv Ment Dis.* 2000; Jul;188(7):p.463-6.
164. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadoc’s Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007.
165. Briscoe CW. Simth JB.”Depression and Marital Turnoil”, *Archives of General Psychiatry.* 1975; 29:p.811-917.
166. Weissman M.M, Paykel E.S.The depressed Women:A study in social relationship,Chicago:Universitiy of Chicago Press.1974.
167. Çekiç M. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanmanın Empati ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.Tıpta Uzmanlık Tezi.2014.İstanbul.131 sayfa.(Doç.Dr.Güliz Özgen, Uz.Dr.Pınar Çetinay Aydın).

168. West ML, Yanos PT, Smith SM Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action*. 2011 January; 1;1(1):3-10.doi:10.5463/sra.v1i1.9.
169. Süataç AÖ. Evlilik Uyumunun Kişilerarası Tarz ve Öfke Açısından Araştırılması.Ege Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,2010, 158 sayfa,İzmir. (Prof.Dr.Benal İnceer).
170. Aydınli E, Tutarel-Kışlak Ş. V. Ulusal Aile ve Evlilik Terapileri Kongresi. İstanbul. 2009.
171. Coşkun S, Güven Caymaz N. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Özel Bir Psikiyatri Ünitesine Başvuran Hastaların İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Yönünden Karşılaştırılması. 3. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, 2009, 85.
172. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, Graaf R, Haro JM, Girolamo G et al.Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *J Affect Disord* 2009;118:180-186.
173. Bayraktaroğlu H. Çakıcı E. Factors related with marital adjustment. *Eğitim Araştırmaları-Eurasian Journal of Educational Research*, 2013;53/A, 297-312.
174. Şener A. Terzioğlu G. Bazı Sosyo-Ekonomik Ve Demografik Değişkenler İle İletişimin Eşler Arası Uyuma Etkisinin Araştırılması. *Aile Ve Toplum Eğitim Ve Kültür Araştırma Dergisi*. 2008;Cilt:4 Sayı:13.
175. Tutarel-Kışlak Ş. Çabukça F. Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumuna İle İlişkisi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*.2002; 2 (5), 32–38.
176. Meiser B, Mitchell PB, Kasparian NA. Attitudes towards childbearing, causal attributions for bipolar disorder and psychological distress: a study of families with multiple cases of bipolar disorder. *Psychol Med*.2007; 37:1601-11.
177. Taycan-Erdoğan S. Kuruoğlu-Çepik A.Evlilik Uyumuna İle Bağlanma Stilleri ve Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilerinin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24.
178. Drake RE, Wallach MA. Substance Abuse Among The Chronic Mentally Ill. *Hosp Community Psychiatry*. 1989; 40:1041-6.
179. Çelik P. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresif Bozukluklu Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İlişkili Değişkenler. 2012,Uzmanlık Tezi,81 sayfa, Manisa,(Doç. Dr. Oryal TAŞKIN).

180. Doğanavşargil-Baysal G.Ö, Özkan Ç, Gökmen Z.Duygudurum Bozukluklarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Bilişsel İşlevler ve İşlevsellik.Cukurova Medical Journal. 2013; 38 (3): 390-402.
181. Livingston, J, Boyd J.Correlates And Consequences Of İnternalized Stigma For People Living Eith Mental İllness: A Systematic Review And Meta-Analysis. Social Science And & Medicine,2010; 2150 - 2161.
182. Bilge A. Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1):71-78.
183. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar Depression: Phenomenological Overview And Clinical Characteristics. Bipolar Disorder. 2004;6(6):530-539.
184. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime Rates Of Suicide Attempts Among Subjects With Bipolar And Unipolar Disorders Relative To Subjects With Other Axis I Disorders.Biological Psychiatry. 1996;39(10):896-899.
185. Vazquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, Cordoba R, Jaramillo CL, Rosa AR. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2011; 130:323-327.
186. Aşkın R. Depresyon El Kitabı, 2.baskı, İstanbul; Roche Mühtahzarları Sanayi A.Ş. 1994.
187. Koyama A, Akiyama T, Miyake Y .Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. Psychiatry Clin Neurosci.2004; Oct;58(5):495-500.
188. Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe/BEAM Survey I- Global Analysis Of A Patient Questionnare Circulated To 3450 Members Of 12 European Advocacy Groups Operating İn The Field Of Mood Disorders. Bipolar Disorders. 2003; 5(4):265-278

9.EKLER

EK I: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

a)18-29 b)30-39 c)40-49 d)50 ve üzeri

2.Doğum yeriniz:

a)İç Anadolub)Doğu Anadolu c)Güneydoğu Anadolu d)Marmara e)Karadeniz Bölgesi
f)Ege Bölgesi g)Akdeniz

3. Şu an yaşadığınız yer: a) köy b) kasaba c) Şehir Merkezi

4. Eğitim durumunuz nedir:

a) Okur- yazar değil b) Okur- yazar c) İlkokul d) Ortaöğretim e) Lise f) Üniversite

5.Çalışma durumu:

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. HASTALIK ÖNCESİ Mesleği ve sosyal güvencesi:

a) Ev Hanımı b) Özel Sektör Çalışan c) Serbest Meslek d) Kamu

7.HASTALIK SONRASI Mesleği ve sosyal güvencesi:

a) Ev Hanımı b) Özel Sektör Çalışan c) Serbest Meslek d) Kamu

8. Eşin yaşı:

a)18- 24 b)25-39 c)40-49 d) 50 ve üzeri

9. Eşi ile tanışma şekli:

a)tanışarak b)görücü usulü c)akraba

10. Eşin eğitimi:

a) Okur- yazar değil b) Okur- yazar c) İlkokul d) Ortaöğretim e) Lise f) Üniversite

11. Eşin mesleği ve sosyal güvencesi;

a) Çalışmıyor b) Özel Sektör Çalışan c) Serbest Meslek d) Kamu e)Diğer

12. Eşinizin herhangi bir fiziksel sağlık sorunu var mı? a)Evet b)Hayır

13.Eşinizin herhangi bir ruhsal sağlık sorunu var mı? a)Evet b)Hayır

14.Evlilik sayısı:a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri

15.Evlilik süresi: a)1 yıldan az b)1-4 yıl c)4-8 yıl d)8 yıl ve üzeri

16.Çocuk sayısı:a)yokb)1c)2d)3 e)4 ve üzeri

17. Halen devam eden birlikteliğinin hukuki durumu:

a)resmi nikâhlı b) dini nikâhlı c) her ikisi d)birlikte yaşıyor

18. Evliliği süresince eş ve çocukları dışında, evinde birlikte yaşayan kişiler olmuş mu?

a)Evet b)Hayır

19.HASTALIK

A-İlk dönemin tipi: a) Mani b) Depresyon c)Karma d)Hipomani e)Belirsiz

B-Hastalık başlangıcından bu yana geçen süre (ay olarak):

a)1 yıldan az b)1-3 yıl arası c)3-5 yıl arası d) 5 ve üzeri

C-Hastalık öncesi evlenme durumu?

a)-evlilik öncesi hastalanma b)-evlendikten sonra hastalanma

D-Başlangıç yaşı:

a)18 yaş altı b)18-25 yaş arası c)25-30yaş d)30-40 yaş e)40 yaş ve üzeri

E-Hastaneye yatış sayısı : a)Yok b)1 c)2-5yatış d)5- 10yatış e)10'dan fazla

F-İlaç kullanma düzeni: a)düzenli ilaç kullanımı b)düzensiz ilaç kullanımı

G-Şiddet öyküsü:

a)yok b)sıklıkla c)birkaç kez

İ-Özkıym girişimi

a)var b)yok

20. Sigara kullanım öyküsü:

a) var b)yok

21.Madde kullanım öyküsü:

a)var b) yok

22.Alkol kullanım öyküsü:

a)var b) yok

23.Eşin sigara kullanım öyküsü:

a)var b)yok

24.Eşin alkol kullanım öyküsü:

a)var b)yok

25.Eşin madde kullanım öyküsü:

a)var b)yok

26. Hastalığınız boyunca ailenizden yeterli destek aldınız mı?

a)evet b)hayır

27.Hastalığınız boyunca herhangi bir kurumdan yeterli destek aldınız mı?

a)evet b) hayır

28.Hastalığınızla ilgili ilaç tedavisi ile beraber herhangi bir psikoterapi alıyor musunuz?

a)evet b)hayır

EK II:İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA ÖLÇEĞİ

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

“Kesinlikle aynı fikirde değilim”	diyorsanız	(1)	rakamını ;
“Aynı fikirde değilim”	diyorsanız	(2)	rakamını ;
“Aynı fikirdeyim”	diyorsanız	(3)	rakamını ;
“Kesinlikle aynı fikirdeyim”	diyorsanız	(4)	rakamını daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Hercümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

		Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi budünyadabiryabancı gibi hissediyorum.	1	2	3	4
2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırganolmayaeğilimlidirler.	1	2	3	4
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlarbanafarklıdavranıyorlar.	1		3	4
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığıolmayankişilereyaklaşmaktan kaçınıyorum.	1	2	3	4
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundandolayı utanıyorum.	1	2	3	4
6	Ruhsal hastalığı olankişilerevlenmemelidir.	1	2	3	4
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler toplumaönemli katkılardabulunurlar.	1	2	3	4
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerdendahaşağıhissediyorum	1	2	3	4
9	Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmemeyadadavranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	1	2	3	4
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyumverici birhayatyaşayamazlar	1	2	3	4
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmakistemediğimdendolayı,kendi hakkımda fazla konuşmam	1	2	3	4
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgiliolumsuzdüşünceler, yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken,kendimisankio ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4

14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15	Sırf ruhsal hastalığımın dolayısı ile insanlar bana sıklıkla yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar	1	2	3	4
16	Ruhsal hastalığımdan dolayı için kendimden memnundeyim.	1	2	3	4
17	Ruhsal hastalığımla yaşamam hayatıma bir katkı sağladı.	1	2	3	4
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımla yaşadığımı anlayabilirler	1	2	3	4
19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili yanlış kararlar başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20	Ailem ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum	1	2	3	4
21	Ruhsal hastalığı olmayanların benimle olan ilişkileri mümkündür	1	2	3	4
22	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı için insanlar beni göz ardı eder	1	2	3	4
23	Ruhsal hastalığımla yaşadığım için topluma hiçbir katkı sağlamaz.	1	2	3	4
24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4
25	Ruhsal bir hastalığımdan dolayı için kimse bana yakınlaşmak istemez	1	2	3	4
26	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum	1	2	3	4
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu bir hayatım var.	1	2	3	4
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığımla yaşadığım için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumumla ilgili dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

EK III: EVLİLİKTE UYUM ÖLÇEĞİ

1. Bu maddede yer alan ölçeği kullanarak, bütün yönleri ile evliliğinizdeki mutluluk düzeyini en iyi temsil ettiğine

inandığınız noktayı **daire** içine alınız. Ortadaki 'mutlu' sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil eder ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliği çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliği çok mutlu küçük bir azınlığı temsil etmektedir.

*	*	*	*	*	*	*
Çok Mutsuz			Mutlu			Çok Mutlu

*Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki **anlaşma ya da anlaşmazlık** derecesini yaklaşık olarak (X) şeklinde belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.*

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
2. Aile bütçesini idare etme	()	()	()	()	()	()
3. Boş zaman etkinlikleri	()	()	()	()	()	()
4. Duyguların ifadesi	()	()	()	()	()	()
5. Arkadaşlar	()	()	()	()	()	()
6. Cinsel ilişkiler	()	()	()	()	()	()
7. Toplumsal kurallara uyma(doğru, iyi veya uygun davranış)	()	()	()	()	()	()
8. Yaşam felsefesi	()	()	()	()	()	()
9. Eşin akrabalarıyla anlaşma	()	()	()	()	()	()

Lütfen evliliğinizi *en iyi ifade ettiğine inandığınız* bir cevabın yanındaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle:

() Erkeğin susması ile () Kadının susması ile () Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır.

11. Ev dışı etkinliklerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

() Hepsini () Bazılarını () Çok azını () Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

() Dışarıda bir şeyler yapmayı () Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini yapmayı tercih eder?

() Dışarıda bir şeyler yapmayı () Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

() Sık sık () Arada sırada () Çok seyrek () Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz;

() Aynı kişiyle evlenirdiniz () Farklı bir kişiyle evlenirdiniz () Hiç evlenmediniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- () Hemen hemen hiçbir zaman
 () Nadiren
 () Çoğu konularda
 () Her konuda

EK IV: AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA:İlişkide 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 Katılıyorum*)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. 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 Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılıyorum
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 uyguluyoruz.	()	()	()	()
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 karışırız.	()	()	()	()
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 hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
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 karışıyoruz.	()	()	()	()
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 V: GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU KARAR FORMU**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the decision form. In the center of the box, there is a faint, light gray watermark logo consisting of stylized, overlapping geometric shapes that form a monogram.



EK VI: KURUM İZNİ



EK VII: ÖLÇEKLERDEN ALINAN İZİN YAZILARI

İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği'nin Kullanımı İzin Yazısı

Mehmet Akif Ersoy <akifersoy@gmail.com>

17.4.2017 (Pzt) 05:55

Kime:

Neslihan Hançer (nghancer@hotmail.com)

Ölçek ektedir

Kolay gelsin

Evlilikte Uyumu Ölçeği'nin Kullanımı İzin Yazısı

Kime:

Neslihan Hançer (nghancer@hotmail.com)

EUÖ ve ilgili makale ekte.

Başarılar dilerim.

Şennur Kışlak

Prof.Dr.Şennur Tutarel Kışlak

Ankara Üniversitesi

DTCF Psikoloji Bölümü

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Sıhhiye-Ankara

0312 310 32 80/1401

Aile Değerlendirme Ölçeği'nin Kullanımı İzin Yazısı

'Neslihan Hançer' (nghancer@hotmail.com)

Sayın Neslihan Hançer,

Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafımdan gerçekleştirilen “Aile Değerlendirme Ölçeği”ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarı dileklerimle..

Prof. Dr. Işıl BULUT
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı
0 312 246 66 78



EK XIII:Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bölümü’nde “Bipolar Bozukluğu olan Evli Kadın Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyinin Evlilik Uyumu ve Aile İçi Süreçleri İle İlişkisi” konulu yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmanın sonuçları psikiyatri hemşireliğine katkısı açısından önem taşımaktadır. Araştırmaya katılanların isimleri hiç bir yerde yayınlanmayacak, sadece bilimsel araştırmalar yapmak için kullanılacaktır. Soruları atlamadan, tüm soruları cevaplamanız, içinizden geldiği gibi ve özellikle de doğru yanıtlar vermeniz araştırma için önemlidir. Ayrıca sizin belirtmek istediğiniz bilgiler var ise, lütfen son sayfaya yazınız.

İlginiz ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

ARAŞTIRMACILARIN		GÖNÜLLÜNÜN	
Adı Soyadı:	Neslihan Gülşah HANÇER	Adı Soyadı:	
İmza		Adresi:	
Adı Soyadı:	Yrd. Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR	İmza	
İmza			

Özgeçmiş

1993 yılında Kayseri’de doğdu.Kayseri Anadolu-Sağlık Meslek Lisesi’nden 2011 yılında mezun oldu. 2015 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nden mezun oldu. 2015 yılı Ağustos ayındaKayseri Develi Devlet Hastanesi’nde göreve başladı.2016 yılı güz dönemindeGaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim DalıPsikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programında eğitime başladı.Kayseri Develi Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Servisinde görev yapmaktadır.

